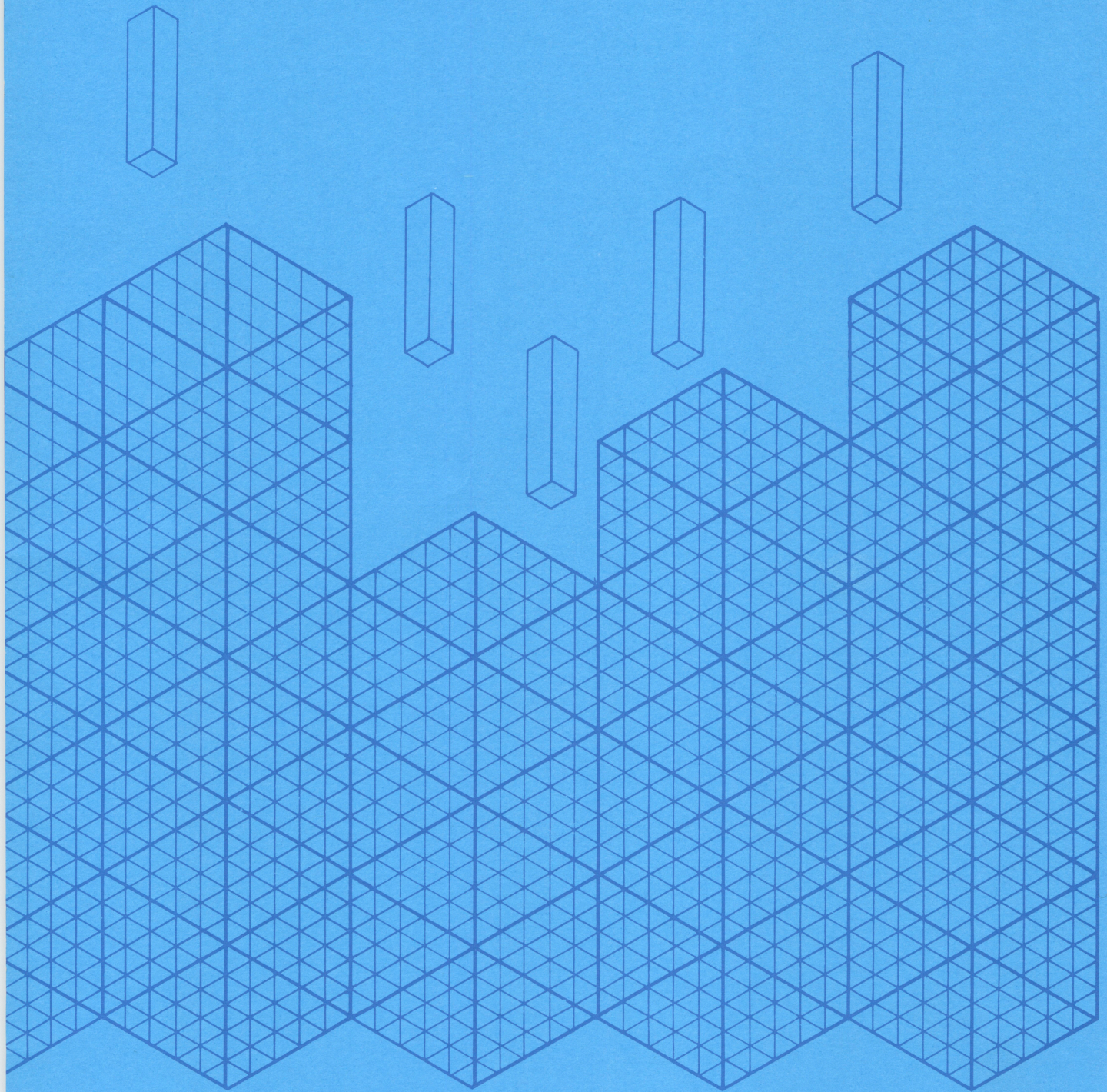


's-Gravenhage februari 1987

EPIDEMIOLOGISCH
BULLETIN



Kwartaalschrift voor Basisgezondheidszorg en Onderzoek

EPIDEMIOLOGISCH bulletin

REDACTIE

H.G.J. Nijhuis
arts-epidemioloog
(hoofdredacteur);
Dr.A.H.Bergink,
jeugdarts;
Prof.Dr. W.J. Schudel,
psychiater

Tekstverzorging en
Lay out:
I. Verkade-Burger

Grafisch ontwerp:
P.J.C. Martens

SECRETARIAAT

Stafbureau Epidemiologie
GG en GD
Hanenburglaan 284
2565 HC Den Haag
Telefoon:
070 - 61 45 21

Het bulletin verschijnt
viermaal per jaar en
wordt gestuurd aan
huisartsen, specialisten
en bestuurders in de
gezondheidsregio
Den Haag

Februari 1987
22 Jaargang nr. 1

EPIDEMIOLOGISCH

bulletin

1920
1. Die Grippe
2. Die Masern
3. Die Diphtherie
4. Die Typhus
5. Die Cholera
6. Die Dysenterie
7. Die Ruhr
8. Die Malaria
9. Die Leishmaniose
10. Die Lepra
11. Die Tuberkulose
12. Die Syphilis
13. Die Gonorrhoe
14. Die Triponosomiasis
15. Die Leishmaniose
16. Die Lepra
17. Die Tuberkulose
18. Die Syphilis
19. Die Gonorrhoe
20. Die Triponosomiasis

Inhoud

	Blz.
Epidemiologie in de preventieve zorg	
Wat is de bedoeling?	
H.G.J. Nijhuis	3
Cariës en de georganiseerde jeugdtandzorg anno 1987	
H. Westerhof	15
AIDS in Den Haag 2 Voortgangsrapportage	
W.J.O. Beaumont	26
Infectieziekten	
Kinkhoest: enige praktische informatie	36

Journal

Journal of the
American Medical Association
1914

Published weekly, except on Sundays, holidays, and during the summer months.

Volume 11

Number 1
January 1, 1914

Published by the

American Medical Association, 535 North Dearborn Street, Chicago, Ill.

Epidemiologie in de preventieve zorg

Wat is de bedoeling?

H.G.J. Nijhuis, arts-
epidemioloog, hoofd
Stafbureau Epidemiologie,
GG en GD Den Haag.

■ INLEIDING

Aan epidemiologie bij de uitvoering en ontwikkeling van bestaande en nieuwe preventieve programma's in de gezondheidszorg wordt veel waarde gehecht. Het is een vast en centraal onderwerp in nagenoeg alle beleidsdocumenten die een relatie hebben met preventie of gezondheidsplanning. De Nota 2000 is hiervan als belangrijk strategisch beleidsstuk voor Nederland een duidelijk voorbeeld. De installering van epidemiologen bij instellingen in de gezondheidszorg is eveneens exemplarisch voor de grote belangstelling voor epidemiologie. Eigen ervaringen en observaties in de praktijk hebben in de loop van de afgelopen jaren mijn mening over en verwachtingen van epidemiologie als functie van gezondheidszorg gevormd. Aanvankelijk stond mij bij epidemiologie het beeld van een wetenschappelijke research-discipline voor ogen waarbij alle zorg moest worden besteed aan het methodologisch zo verantwoord mogelijk uitvoeren van onderzoek. Dit blijft uiteraard belangrijk. Echter er blijkt een zeker zo grote zorg gelegen in de vraag 'hoe wordt de epidemiologie een volwaardig functioneel onderdeel van het management van preventieve gezondheidszorg'.

Dit artikel behandelt de rol van epidemiologie bij de ontwikkeling van preventieve zorg. Allereerst wordt uiteengezet wat men met epidemiologie kan. Vervolgens wordt de functie epidemiologie uitgewerkt in een model voor planning. Uiteindelijk zal blijken dat de bloei van epidemiologie in de gezondheidszorg en het effectieve gebruik ervan onder meer afhangen van de opstelling van het management en de zorgverleners in instellingen van gezondheidszorg.

■ EPIDEMIOLOGIE

Epidemiologie is een basisdiscipline van sociale gezondheidszorg, zoals fysiologie en biochemie basisdisciplines zijn voor geneeskunde. Onderstaande hoofddoelstellingen van epidemiologie laten duidelijk zien waarvoor men epidemiologie kan gebruiken:

1. Het beschrijven van gezondheidsproblematiek (omvang, risicogroepen, trends, geografische spreiding etc.);
2. Het onderzoeken van de etiologie en het natuurlijk verloop van ziektes;
3. Het evalueren van het effect van gezondheidszorg op de volksgezondheid (vooral door middel van output- en outcome-evaluatie (zie later);
4. Het bevorderen van het gebruik van epidemiologische modellen en begrippen in (het management van) de gezondheidszorg (bijvoorbeeld Lalonde-model;

collectieve benadering; primair- secundair-
tertiair preventiemodel).

Onderzoek dat één van de eerste drie doelstellingen nastreeft levert informatie op over gezondheidsproblemen, over de onstaanswijze van ziektes of over het effect van zorg. Hoe deze informatie bruikbaar is bij het vorm geven aan de gezondheidszorg, zullen we in het vervolg bespreken.

Uit de vierde doelstelling resulteert uiteindelijk een epidemiologisch geïntegreerde benaderingswijze van gezondheidszorg. Steeds staat daarbij voorop de gerichtheid op problemen (in plaats van voorzieningen), de gerichtheid op determinanten en anticiperen (in plaats van cureren en afwachten) en de gerichtheid op collectiviteiten (in plaats van de individuele patiënt).

Voordat op de functie en plaats van epidemiologie binnen de preventieve gezondheidszorg wordt ingegaan, wordt het begrip planning nader uiteengezet.

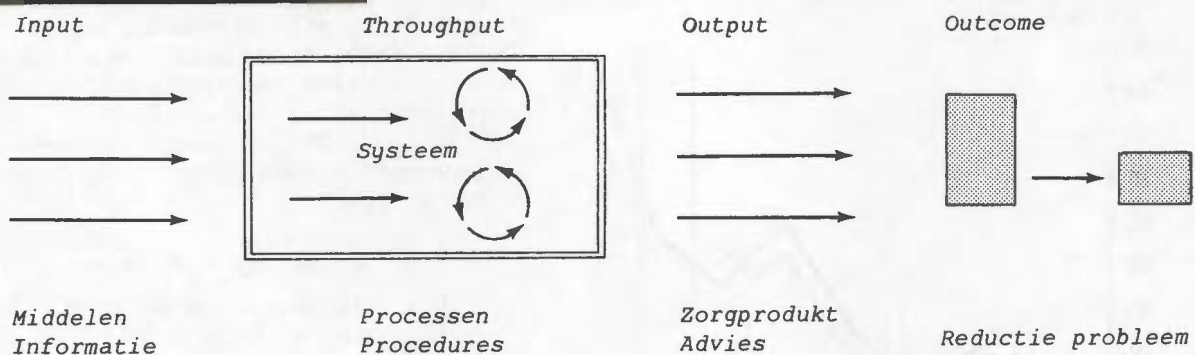
■ PLANNING

'Planning' vormt een moeilijk toegankelijk en grijpbaar terrein. Er bestaan vele omschrijvingen van het begrip planning. Daarnaast bestaan er veel termen die min of meer naar hetzelfde begrip verwijzen (bijvoorbeeld 'beleid' en 'management'). Ook bestaan er diverse niveau's van planning: men spreekt wel van strategische, tactische en operationele planning. In dit bestek wordt de discussie zoveel mogelijk beperkt tot het terrein waar de epidemiologie een vrij concrete rol heeft in de planning van preventieve gezondheidszorg namelijk de operationele planning van preventieve programma's. De rol van epidemiologie bij strategische planning welke meer gebaseerd is op het gebruik van epidemiologische modellen blijft derhalve buiten beschouwing.

Open en gesloten organisaties

'Planning is het ontwerpen van een gewenste toekomst en van effectieve methoden om die toekomst te realiseren':

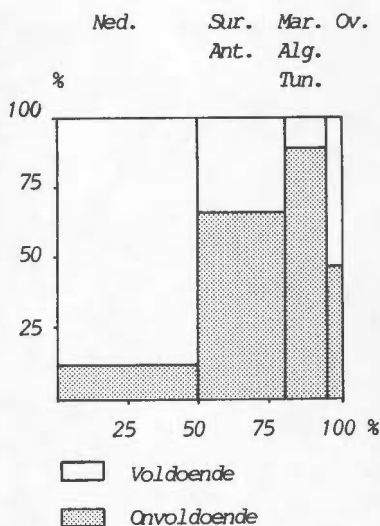
Vertaald in termen van gezondheidszorg betekent deze algemene definitie eigenlijk: stel vast wat je in het algemeen of op een bepaald probleemgebied wilt bereiken en specificeer de gezondheidszorg (inclusief de middelen) waarmee je dat wilt bereiken. Om het begrip planning beter grijpbaar te maken kunnen we een organisatie van gezondheidszorg waarvoor gepland wordt het beste voorstellen als een systeem. In schema 1 is een onderdeel van gezondheidszorg schematisch als systeem weergegeven. Het systeem zou bijvoorbeeld een kinkhoestvaccinatieprogramma kunnen zijn. Dit is in feite een zorgsysteem dat als onderdeel van basisgezondheidszorg uitgevoerd wordt door consultatiebureaus en schoolartscentra.



Schema 1. Systeemtheoretisch model voor een gezondheidszorgprogramma.

Een dergelijk systeem heeft als organisatie zogenaamde input nodig om te kunnen functioneren. Hieronder verstaat men onder andere geldelijke middelen, apparatuur en menskracht die het functioneren mogelijk maken. Het systeem heeft ook informatie nodig over een grote diversiteit van zaken waaronder regels, wetten, richtlijnen, activiteiten bij andere instellingen, beleid, politieke wensen etc. etc.

Informatie over de problematiek welke door het systeem wordt bestreden (de needs) vormt eveneens een onderdeel van de input. Deze kan worden geleverd met behulp van epidemiologie (hoofddoelstelling 1). In geval van kinkhoest is het wat het probleem aangaat onder andere van belang geïnformeerd te zijn over de vaccinatiegraad van verschillende groepen jeugdigen in het werkgebied. Figuur 1 laat een epidemiologische analyse zien die duidelijk maakt dat de vaccinatiegraad onder migranten een probleem is. De input zou men kunnen zeggen bestaat voor wat betreft het informatiedeel uit gegevens over aspecten van de 'markt' van het programma van gezondheidszorg.



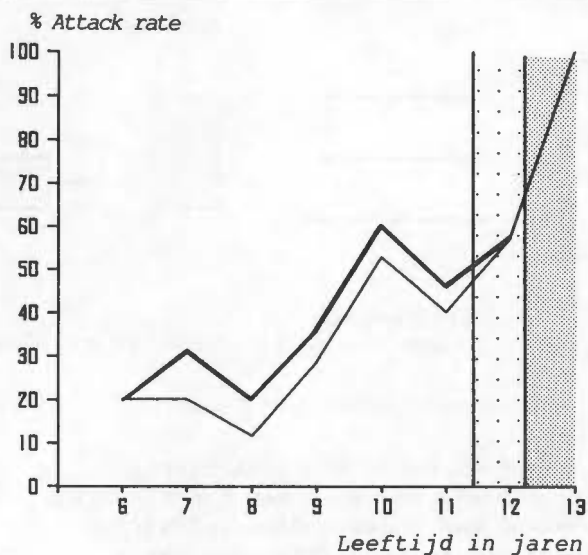
Figuur 1. Percentages 'voldoende' respectievelijk 'onvoldoende' gevaccineerden naar afkomst op het moment van eerste contact met de Jeugdgezondheidszorg, Den Haag 1983.

Bron: Oost J van. De vaccinatieoestand van een groep Haagse schoolkinderen. Epidemiol Bul Grav 1984; 19 nr 2:12-5.

Zowel de middelen als deze markt informatie moeten in het programma worden omgezet in zorgverlenende en administratieve processen. We spreken bij alle activiteiten die binnen een zorgsysteem plaatsvinden van throughput. Diagnostiek bedrijven, behandelen, vaccineren en administratieve handelingen verrichten zijn hier onderdelen van. In het voorbeeld van het kinkhoestvaccinatieprogramma zijn het uitnodigen van kinderen, het daadwerkelijk vaccineren en de hiermee samenhangende administratieve processen voorbeelden van de throughput.

De zogenaamde output kan worden gezien als het product van het gezondheidszorgsysteem. In het kinkhoest voorbeeld is de output individueel gezien een gevaccineerd kind, collectief gezien een groep tegen kinkhoest gevaccineerde kinderen.

De outcome is de uiteindelijke doelstelling van het programma. Outcome wordt wel gedefinieerd als de



Figuur 2. Attack rates van (sero-positieve) ziektegevallen onder scholieren naar leeftijd, februari-juni 1986. Bron: Mertens PLJM, Nijhuis HGJ. Een kinkhoest-epidemie onderzocht. Epidemiol Bul Grav 1986; 21 nr 4: 12-20.

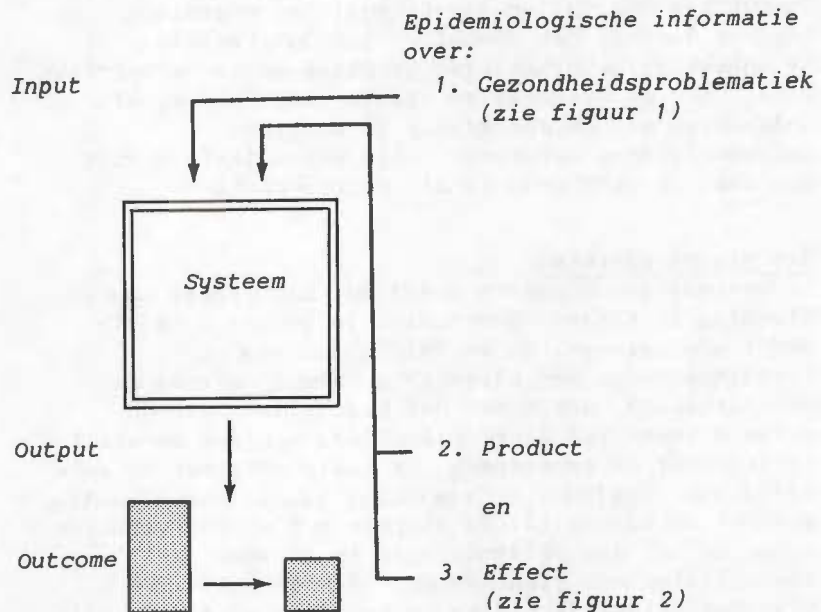
| | Periode van 10 OU vaccin
 |·| Overgangperiode van 10 OU naar 16 OU vaccin
 ■ Periode van 16 OU vaccin
 — Ziek
 - - - Ziek en sero-positief

behaalde reductie van de problematiek onder de bevolking. Zoals bleek uit de derde doelstelling van epidemiologie kan hierover informatie worden verkregen met behulp van epidemiologische methoden. In figuur 2 wordt een aspect van de outcome van het kinkhoestvaccinatieprogramma voor kinderen getoond. Het is duidelijk dat het risico om kinkhoest te krijgen weer geleidelijk toeneemt met het voortschrijden van de jaren sinds de laatste kinkhoestvaccinatie. Deze informatie zegt iets over het resultaat van het vigerende vaccinatiebeleid dat voorziet in een laatste vaccinatie op één-jarige leeftijd. Het kan worden gezien als een outcome-evaluatie van het kinkhoestvaccinatieprogramma. Schema 2 geeft schematisch weer hoe deze informatie over het effect van het product (de zorg) wederom input-informatie vormt welke kan worden gebruikt om het programma eventueel bij te stellen. In het bovengeschetste model blijkt informatie een vitale nutrient voor een goed functionerend gezondheidszorgsysteem te zijn. Epidemiologie kan zoals blijkt uit de doelstellingen ervan, worden opgevat als een generator van informatie over gezondheid en gezondheidszorg. De volgende omschrijving van planning geeft daarom fraai aan hoe de functie van epidemiologie bij planning kan worden gezien:

'Plannen is het verzamelen van informatie van 'buiten' (de markt) en 'binnen' (onder andere het product van een organisatie van gezondheidszorg) en deze gebruiken bij de ontwikkeling en uitwerking van activiteiten (de zorgverlening)'.

Epidemiologie is één van de toeleveranciers van informatie welke nodig is voor de planning van een effectief, efficiënt en goed bereikbaar gezondheidszorgprogramma. Impliciet aan deze formulering is dat planning alleen

Schema 2.
De input-informatie-
functie van epidemio-
logie voor een gezond-
heidsprogramma.



mogelijk is in een organisatie die zich voor informatie als een open systeem gedraagt. Er dient belangstelling te bestaan voor informatie van 'buiten'. Deze dient 'binnen' gehaald te worden en vervolgens verwerkt te worden in de zorgverlening. Om dit te kunnen doen dient men de beschikking te hebben over ontvangstapparatuur (sensoren) om deze informatie op te vangen. Epidemiologie vormt één van de sensoren voor gezondheidszorgsystemen.

Een organisatie kan activiteiten afgestemd op behoeftes en omstandigheden, slechts plannen in een open systeem. De opgevangen informatie wordt daarbij systematisch gebruikt bij de vaststelling van de activiteiten. Zo wordt in een 'open' kinkhoestvaccinatieprogramma informatie over de vaccinatiegraad bij migranten gebruikt bij het vaststellen van de activiteiten van consultatiebureaus en schoolartsencentra (bijvoorbeeld in de autochtone taal gestelde voorlichting over vaccinatie).

Gesloten systemen kunnen niet anders dan zich reactief aanpassen aan maatregelen die van buiten komen. Deze kunnen zich moeilijk zelfstandig, op eigen initiatief, creatief aanpassen op basis van bekendheid met de markt (behoefte, wensen, beleidsontwikkelingen etc.), maar moeten reageren op opgelegde maatregelen van buiten. Geslotenheid leidt tot korte termijn planning, onafhankelijke groeiprocessen, tot muddling through ('doormodderen'). Bezuinigingsmaatregelen (welke in het algemeen van buiten komen) kunnen in gesloten systemen leiden tot geforceerde reactieve aanpassing van zorgprogramma's die niet door de organisatie zelf voorzien waren, laat staan gebaseerd zijn op kennis van de markt en

een kritische evaluatie van het zorgproduct. Gewoonlijk overvallen zij de gesloten organisatie en creëren daarbij een atmosfeer van onzekerheid. De onzekere en verbitterde stemming welke veroorzaakt wordt door de hardnekkige bezuinigingsgolven, die onderdelen van de specifieke preventieve gezondheidszorg teisteren, zijn mijns inziens voor een deel te verklaren in dit perspectief.

Het planningsproces

Er bestaat een klassiek model dat het proces van planning in stappen voorstelt. In schema 3 is dit model weergegeven. In werkelijkheid is het planningsproces een cirkelgang waarbij steeds de evaluatiefase, samen met het beschrijven van de actuele stand van de problematiek, opnieuw de start vormen voor de procesgang. In feite ontstaat op deze wijze een continue, reïteratief proces van planning waarbij de verschillende stappen met elkaar verweven zijn. De rol van epidemiologie is in deze voorstelling van planning goed aan te geven. Om hierover duidelijkheid te verschaffen worden de vijf onderscheiden stappen toegelicht met behulp van een in Den Haag ervaren praktijkvoorbeeld: de anti-rachitiscampagne, Den Haag.

De eerste stap is het kennen van de markt voor de beoogde preventieve zorg. Epidemiologie heeft hierbij een aandeel in het aanleveren van informatie over de aard en omvang van de te bestrijden problematiek. Zo werd indertijd epidemiologisch onderzoek verricht naar de rachitisproblematiek in Den Haag, hetgeen resulteerde in de zogenaamde community diagnosis voor rachitis. Samengevat luidde de diagnose:

'Het rachitisprobleem in Den Haag is groot 60 nieuwe gevallen per jaar. Het betreft nagenoeg uitsluitend jonge kinderen (0-4 jaar) uit migrantengezinnen. Etiologisch gezien spelen gebrekkige profylaxe, tekort aan zonlicht en allochtone voedingsgewoontes een rol bij het ontstaan van deze problematiek'.

Naast deze epidemiologische informatie werd kennis verzameld onder andere over utilisatie van preventieve kindzorg, betrokken hulpverleners en instellingen, en bestaande antirachitisactiviteiten.

De tweede stap, dat wil zeggen het stellen van prioriteiten, werd ondernomen door de intussen opgerichte Werkgroep Rachitis Den Haag. De vastgestelde problematiek werd gewogen en er werd prioriteit aan de bestrijding ervan gehecht. Deze keuze werd onder meer bepaald door de ernst en omvang van de problematiek (late complicaties!) en de bewezen haalbaarheid van nagenoeg 100% preventie. Het benoemen van een bepaald probleem tot prioriteit vormt een onvermijdelijk onderdeel van het planningsproces, daar gegeven de beschikbaarheid van

Schema 3.

De relatie tussen planning en management.

Bron: Dever AGE.

Epidemiology in Health Services Management. Rockville Maryland: Aspen Systems Corporation, 1984.

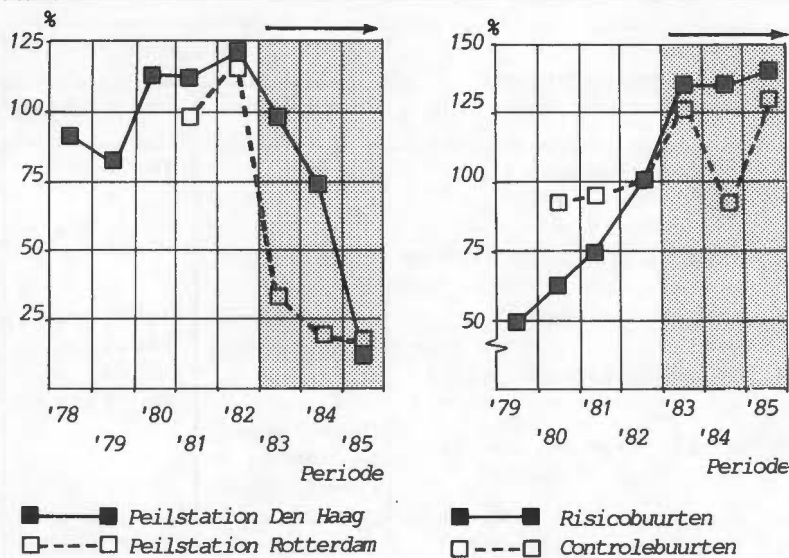
Planningproces	Management	
	Functioneel	Procesmatig
1. Beschrijven van problemen (markt) -----	Planning	Technisch -----
2. Stellen van prioriteiten -----		Administratief en Politiek
3. Zetten van doelen -----		
4. Specificeren van actie -----		
5. Mobiliseren en coördineren van middelen -----	Organiseren Dirigeren Coördineren	
6. Evalueren (product)	Bewaken	Technisch

de middelen niet aan alles het maximum aan energie kan worden besteed.

De derde stap is het formuleren van doelstellingen. Men stelt vast wat men na een bepaalde tijd wenst te bereiken in termen van het reduceren van problematiek (outcome). In het geval van rachitis werd gesteld dat na verloop van enkele jaren de problematiek zou moeten zijn gereduceerd tot het autochtone Nederlandse niveau, dat wil zeggen tot bijna nihil. In deze stap is het voornoemde ontwerpen van de toekomst als kerngedachte van planning te herkennen.

De vierde stap behelst het vaststellen van de activiteiten welke de reductie van de problematiek beogen en welke te samen het programma zullen uitmaken. De antirachitiscampagne bestond uit activiteiten gericht op verbetering van vroegdiagnostiek (secundaire preventie) en op verandering van rachitis-riskante-gedragingen (primaire preventie). Zo kwamen onder andere aan de orde: het bevorderen van de alertheid en diagnostische kwaliteiten bij huisartsen en consultatiebureau-artsen; een breed scala aan voorlichtingsactiviteiten gericht op verbetering van vitamine D-gebruik, buiten spelen (zonlicht) en voedingsgewoontes; het bevorderen van het consultatiebureau-bezoek door migranten.

De vijfde stap is het mobiliseren en organiseren van de benodigde middelen (geld, menskracht, materieel) om het programma te kunnen uitvoeren. In de antirachitiscampagne werden deze zaken uitgewerkt in subwerkgroep-verband. Zo werden geld en expertise gevonden om bijvoorbeeld een mobiele videopresentatie over rachitispreventie te vervaardigen. Huisartsen en consultatiebureau-werkers werden bij herhaling bijeengebracht om hen te equiperen met alertheid,



Figuur 3.

- Het verloop van het vóórkomen van rachitisgevallen in Den Haag en Rotterdam, 1978-1985.
- Het verloop van de vitamine D-verkoop bij apotheken in risico-buurtten en controlebuurtten, Den Haag 1979-1985.

→ Rachitispreventie in Den Haag en Nederland

vaardigheden en voorlichtingsmateriaal. Het merendeel van de middelen, gebruikt in de antirachitiscampagne, werd gerecruteerd uit de bestaande capaciteit bij hulpverleners en instellingen.

De zesde stap, de evaluatie, dient plaats te vinden nadat het programma enige tijd heeft gefunctioneerd. Van de types evaluatie die mogelijk zijn (input-, proces-, structuur-, output-, en outcome-) is in het perspectief van epidemiologie zoals wij reeds zagen vooral de output-, outcome-evaluatie van belang. De antirachitiscampagne werd continu aan de hand van gekozen indicatoren voor output en outcome geëvalueerd. In figuur 3 staan de resultaten tot en met 1985 weergegeven. Onder andere de interpretatie van deze informatie heeft geleid tot de conclusie dat het voeren van de antirachitiscampagne als expliciet programma niet meer nodig was.

De cirkel van het planningsproces is intussen gesloten. We zijn opnieuw aangeland bij het kiezen van prioriteiten en het stellen van doelen. Rachitis kreeg niet dezelfde prioriteit als in 1982 en de campagne werd beëindigd. Wel werd nu vastgesteld dat routine rachitispreventie bij consultatiebureaus en huisartsen moest worden onderhouden. Tevens werd besloten de eerste jaren de rachitisproblematiek verder te bewaken door middel van een rachitis-surveillance-systeem hetgeen ook nu nog operationeel is.

De hierboven uitgelegde stappen zijn praktisch gesproken uiteraard niet zo schematisch aan de orde, maar zijn nauw met elkaar verweven. Wanneer evenwel de onderscheiden elementen in de geschilderde systematiek aanwezig zijn, is het na verloop van tijd mogelijk om de preventieve gezondheidszorg wat meer op een rationele, onder meer epidemiologische leest te schoeien.

■ PLANNING EN MANAGEMENT

Binnen een organisatie van gezondheidszorg spelen zich allerlei processen af welke te onderscheiden zijn als zorgverleningsprocessen, administratieve processen en managementsprocessen. Het boven beschreven planningsproces is een bepaald type managementproces. In feite vormen deze processen te samen de throughput.

De zorgverlening wordt uitgevoerd door artsen, verpleegkundigen en andere hulpverleners. Op het gebied van preventieve gezondheidszorg zijn onder andere aan de orde het screenen op latente afwijkingen (bijvoorbeeld jeugdgezondheidszorg), vaccineren, het beïnvloeden van gedrag (gezondheidsvoorlichting en opvoeding) en milieu (medische milieukunde).

Administratief werk wordt verricht door hierin gespecialiseerd personeel (boekhoudkundig personeel, assistenten etc.) maar ook als deelfunctie door verschillende groepen zorgverleners.

Management wordt eveneens bedreven door een grote diversiteit aan functionarissen. Een aantal hiervan hebben een specifieke managementfunctie (bijvoorbeeld een directeur, afdelingshoofd, beheerder). Anderen zijn in wisselende mate onderdeel van managementprocessen bijvoorbeeld als teamleider of als deelnemer aan managementoverleg. Management wordt hier opgevat als het deel van de interne processen dat zich bezighoudt met plannen, organiseren, coördineren en bewaken van de zorg. In schema 3 staat tevens weergegeven hoe deze functies van management zich verhouden tot het boven beschreven planningsproces.

Voor de onderlinge relaties tussen management, het proces van planning en epidemiologie bekijken we de indeling die onder procesmatig management in schema 3 is weergegeven.

Wanneer management zich bezighoudt met het verzamelen van informatie over de markt voor een bepaald zorgprogramma spreekt men wel van technisch management. Onder het functioneren van een organisatie als open systeem is dit aspect van management uitgebreid onder de aandacht geweest. Het spreekt vanzelf dat epidemiologische interesse en activiteiten een onderdeel vormen van dit type management.

Managementsprocessen welke tot voorwerp hebben het mobiliseren en organiseren van middelen (financiën en personeel), dan wel het bewaken van processen die hiermee samenhangen, worden wel aangeduid met administratief en politiek management. Het organiseren, het onderhouden en het procedureel bewaken van een gezondheidsprogramma vormt de administratieve identiteit van het management in de gezondheidszorg.

Wanneer management zich bezighoudt met evaluatie is

opnieuw sprake van technisch management. Ook hierbij geldt dat epidemiologie een onderdeel vormt van dit type management.

Epidemiologie is daarmee geïdentificeerd als een onderdeel van technisch management dat zich bezighoudt met het plannen van programma's van preventieve zorg. In de voorbeelden van het kinkhoest-vaccinatieprogramma en de antirachitiscampagne buigt het management van deze programma's zich, met gebruikmaking van de epidemiologie, over de problematiek (bijvoorbeeld vaccinatiegraad migranten; 60 rachitisgevallen per jaar) dan wel over een evaluatie-aspect van het programma (bijvoorbeeld onvoldoende kinkhoestbescherming op de kinderleeftijd; daling rachitisproblematiek tot ongeveer nihil). Bij het maken van keuzes ter verbetering van het programma worden epidemiologische overwegingen betrokken waarna aanpassing volgt.

Epidemiologie, geïnstalleerd bij instellingen van preventieve gezondheidszorg, kan niet worden gezien als onderzoeksdiscipline alleen. Het is in die positie bedoeld als een onderdeel van technisch management. Wil men epidemiologie maximaal benutten dan dient men er tegen die achtergrond mee om te gaan.

■ DRIE CONDITIES VOOR SUCCES

In het bovenstaande is een theoretisch model uitgewerkt voor de functie van epidemiologie voor de ontwikkeling van preventieve gezondheidszorg-programma's. In de praktijk wordt de aldus beschreven functie mijns inziens onvoldoende benut, ook in situaties waar men epidemiologische deskundigheid ter beschikking heeft. Er zijn een drietal condities aan te wijzen die de volledige bloei van de epidemiologie als planningsfunctie van gezondheidszorg in de weg staan.

In schema 4 staan deze condities weergegeven, benevens de gewenste verschuivingen die een effectief gebruik van epidemiologie mogelijk maken.

Administratief → Technisch Management

Organisaties van gezondheidszorg gedragen zich in het algemeen meer als gesloten dan als open systemen. Traditioneel bestaat in de professionele wereld van de gezondheidszorg een sterke betrokkenheid bij de kwaliteit van de diagnostiek en de behandeling van patiënten op individueel niveau. Een groot deel van de activiteiten van zorgverlening bestaat uit de uitvoering van routine-activiteiten bij een geregeld of spontaan aanbod van cliënten of patiënten. Er is daarbij eerder sprake van een introverte gerichtheid op de kwaliteit van de zorgverlening dan van een extroverte oriëntatie op de behoeftes (needs), de wensen (demands), het effect van het product op de volksgezondheid (outcome) of andere omstandigheden op de markt die van invloed zouden kunnen zijn op de

1. Management	Administratief	→	Technisch
2. Zorgverlening	Routines	→	Flexibiliteit
3. Epidemiologie	Research discipline	→	Functie van Management

Schema 4. Gewenste verschuivingen voor effectieve rol van epidemiologie bij management van gezondheidszorg.

aard van de gezondheidszorgprogramma's. Dit aspect van onze gezondheidszorgcultuur draagt er toe bij dat zowel het management als de zorgverlening voornamelijk gepreoccupeerd zijn met procedurele zaken welke wij voorheen aanduiden met throughput. Daarnaast is van niet gering belang dat organisaties van gezondheidszorg zich momenteel in een tijdvak van turbulente ontwikkelingen bevinden, waarbij bezuinigingen en reorganisaties aan de orde van de dag zijn. De onzekerheid en crisissfeer die hier niet zelden mee samenhangen versterken nog eens de preoccupatie met financiële en personele (procedurele) zaken.

Het management van gezondheidszorginstellingen draagt op bovengenoemde gronden vaak vooral een administratief karakter.

In een overwegend administratieve managementcultuur bestaan voor epidemiologie onvoldoende mogelijkheden om zich te ontplooiën. Om de mogelijkheden van epidemiologie ten volle te benutten is een verschuiving nodig van administratief naar technisch management.

Routinematige → Flexibele Zorgverlening

De activiteiten binnen de zorgverlening hebben -ook in instellingen voor collectief preventieve zorg- vaak een individueel gericht, routinematig karakter. Zeer illustratief hiervoor is het vastleggen van de activiteiten van diverse categorieën zorgverleners in een vrij concrete functie-omschrijving. Het zorgverleningsapparaat is daarmee weliswaar in veel gevallen een 'geöliede productiemachine', het is daarmee echter eveneens tamelijk behoudend van karakter. Van niet gering belang is daarnaast dat instellingen van specifiek preventieve zorg zich gebonden achten aan landelijke richtlijnen of opdrachten om bepaalde routinematige zorgactiviteiten uit te voeren. Deze horigheid draagt eveneens bij tot een zekere starheid. De zorgprogramma's die worden uitgevoerd zijn in het algemeen niet gemakkelijk te veranderen. Nog moeilijker is het geheel nieuwe programma's door hetzelfde apparaat uitgevoerd te krijgen. Ofschoon we hieraan geen aandacht hebben gegeven, was de antirachitiscampagne ook in dit opzicht exemplarisch. Het gebruiken van epidemiologie bij de planning kan zeer wel leiden tot veranderingen in de zorgverlening. Dit vraagt om flexibiliteit. Er zou een verschuiving moeten plaatsvinden van een

zorgapparaat met vastgelegde routines naar een zorgverlening met een grotere flexibiliteit.

Interactie tussen Management en Epidemiologie

Epidemiologie met de haar toebedeelde functie voor planning van gezondheidszorg kan niet worden gezien als een wetenschappelijke onderzoekdiscipline alléén. Het dient op de allereerste plaats gezien te worden als een functie van technisch management. Dit impliceert dat er een intensieve interactie moet bestaan tussen diegenen die de epidemiologische deskundigheid en benadering vertegenwoordigen en diegenen die andere bijdrages van technisch, administratief en politiek management aanleveren. Met name bij het toeleveren van de epidemiologische benaderingswijze (o.a. de collectieve op determinanten gerichte oriëntatie, epidemiologische modellen en begrippen) heeft epidemiologie in deze een ontwikkelingsfunctie. De haar toegedachte functie van change agent wordt in deze interactie tijdens managementoverleg geëffectueerd. Zonder betrokkenheid bij managementoverleg zullen onderzoekbureaus ontstaan die even goed bij een universiteit kunnen functioneren als bij instellingen van preventieve gezondheidszorg. ■

Geraadpleegde literatuur

- Bemelmans TMA. Bestuurlijke informatiesystemen en automatisering. Leiden: Stenfert Kroese, 1981.
- Mc Carthy M. Epidemiology and Policies for Health Planning. London: King's Fund Publishing Office, 1982.
- Dever AGE. Epidemiology in Health Services Management. Rockville Maryland: Aspen Systems Corporation, 1984.
- Holland WW. Evaluation of Health Care. Oxford: Oxford University Press, 1983.
- Ibrahim MA. Epidemiology and Health Policy. (University of North Carolina at Chapel Hill). Rockville, Maryland: An Aspen Publication, 1985.
- Knox EG. Epidemiology in Health Care Planning. New York: Oxford University Press, 1979.
- Lilienfeld AM. Foundations of Epidemiology. New York: Oxford University Press, 1976.
- Mausner J. Bahn AK. Epidemiology: an Introductory Text. London: WB Saunders Company, 1974.
- Nota 2000: Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens. Tweede Kamer, vergaderjaar 1985-1986. nr 19500.
- Vall M van de. Sociaal beleidsonderzoek: een professioneel paradigma. Alphen aan de Rijn: Samsom, 1980.

Cariës en de georganiseerde jeugdtandzorg anno 1987

H. Westerhof, tandarts,
hoofd Afdeling Jeugd-
tandzorg, GG en GD
Den Haag.

■ INLEIDING

De laatste tijd wordt in de media nogal eens de indruk gewekt dat het tandbederf (cariës) zo sterk op zijn retour is dat binnen afzienbare tijd het als een opgelost probleem kan worden beschouwd, net als tuberculose en andere klassieke infectieziekten. Dit alles tot groot genoegen van bezuinigende bewindslieden die dergelijke berichten graag hanteren als rechtvaardiging bij hun pogingen het aanbod van tandheelkundige zorg in te krimpen. Met een voor de overheid verbazingwekkende doortastendheid zijn sinds 1982 al zo'n 50 school- en jeugdtandverzorgingsdiensten geliquideerd, mogen sinds 1984 vrijwel nergens meer nieuwe tandartspraktijken worden gevestigd, is het aantal tandheelkundige subfaculteiten reeds teruggebracht van vijf naar drie en bestaat het voornemen dit aantal verder te reduceren tot één, en tenslotte prijkt de tandheekunde al een tijdje op de lijst van ziekenfondsvoorzieningen waarin geschrapt zou mogen worden.

WHO-doelstelling

Worden bovengenoemde maatregelen inderdaad gerechtvaardigd door de geconstateerde daling van cariës? De doelstelling van de World Health Organization voor het jaar 2000 met betrekking tot cariës luidt: de cariës-experience oftewel het bekende DMFT-getal* bij kinderen van 12 jaar mag niet hoger zijn dan drie (1). Heeft Nederland die doelstelling al gehaald? Voor beantwoording van die vraag moet men niet bij het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur zijn, want in de brochure van dit departement, getiteld 'Health for all by the year 2000 - rapportage Nederland 1985' wordt laconiek geconstateerd dat hierover geen gegevens beschikbaar zijn (2).

■ RESULTATEN VAN CARIËS-ONDERZOEK

Er zijn in Nederland inderdaad geen exacte gegevens waaraan de WHO-doelstelling kan worden getoetst. Wel zijn er talloze onderzoeksresultaten over cariës en mogelijke factoren die daarop van invloed zijn uit binnen- en buitenland. Deze gegevens zijn verzameld en gepubliceerd door een Joint Working Group van de WHO en de FDI (Fédération Dentaire Internationale) en onlangs verschenen en becommentarieerd in het Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde (zie tabel 1)(1). Enige reserve ten opzichte van de vermelde waarden is noodzakelijk, gezien de uiteenlopende jaartallen en de soms verschillende wijzen van verzameling der gegevens. De eerste conclusie die kan worden getrokken is dat in de jaren zeventig in vrijwel alle Westerse landen een spectaculaire en continue daling is opgetreden van de cariës-experience bij kinderen. Opvallende

* Het gemiddeld aantal aangestaste ontbrekende en gevulde gebitselementen van het blijvend gebit (D=Decayed; M=Missing; F=Filled; T=Tooth)

Tabel 1. Ontwikkeling van de cariëssituatie bij 12 jarigen in 18 geselecteerde landen.

Land	DMFT (Jaar)	DMFT (Jaar)	% Gedaald	% Gestegen
Hong Kong :	1.8* (1980)	2.0 (1968)	- 10.0	
Thailand :	2.7 (1977)	0.9 (1960)		+ 200.0
Ver. Staten:	2.6 (1980)	3.8 (1974)	- 31.6	
Australië :	2.8 (1983)	4.8 (1975)	- 41.7	
Singapore :	2.8 (1979)	3.0 (1970)	- 6.7	
Nigeria :	2.9 (1973)	1.2 (1965)		+ 142.0
Engeland :	3.0 (1983)	4.7 (1973)	- 36.2	
Nw.-Zeeland:	3.3 (1983)	9.0 (1973)	- 63.3	
Frankrijk :	3.4 (1982)	3.5 (1975)		Onveranderd
Zweden :	3.4 (1982)	4.8 (1972)	- 29.2	
<u>Nederland</u> :	<u>3.9 (1982)</u>	<u>7.5 (1973)</u>	<u>- 48.0</u>	
Ierland :	3.9 (1980)	8.0 (1961)	- 51.2	
Finland :	4.1 (1982)	6.9 (1975)	- 40.0	
Noorwegen :	4.4 (1982)	7.4 (1978)	- 40.5	
Denemarken :	4.7 (1981)	6.3 (1978)	- 25.4	
Columbia :	4.8 (1980)	7.1 (1965)	- 32.4	
Japan :	5.9 (1980)	5.9 (1975)		Onveranderd
Brazilië :	7.2 (1980)	7.2 (1975)		Onveranderd

* Voorlopige niet officiële opgave.

uitzonderingen zijn Frankrijk en Japan, waar vrijwel geen verandering plaatsvond.

Tegelijk valt op dat in een aantal Derde Wereld landen de cariës in dezelfde periode toenam, zij het dat de DMFT-waarden daar nog altijd lager liggen dan in de rijke landen.

Nederland volgt de algemene trend, zowel met betrekking tot het tempo van de daling als het bereikte cariësniveau. De totale daling in de periode 1973-1983 wordt voor Nederland geschat op bijna 50%. Een belangrijke aanwijzing voor de gebitsgezondheid van kinderen is het percentage dat een cariësvrij gebit heeft (DMFT=0). Ook hier zien we spectaculaire verbeteringen. Sprekende voorbeelden uit Nederland zijn in tabel 2 weergegeven.

Voor Nederland werd op basis van de lokale onderzoeksresultaten de gemiddelde DMFT-waarde voor 12-jarigen op 3.9 geschat (1982), nog boven de WHO-norm voor het jaar 2000! De Nederlandse cijfers zijn echter afkomstig van lokaal onderzoek en zijn daardoor niet zonder meer te generaliseren. In de toekomst zullen de basisgezondheidsdiensten voor hun eigen regio deze epidemiologische functie moeten uitoefenen (zie verderop).

■ CARIËSREMMENDE FAKTOREN

Welke factoren hebben deze gunstige ontwikkeling veroorzaakt of beïnvloed? De WHO/FDI-werkgroep noemt de volgende mogelijkheden:

- fluoride-maatregelen: in drinkwater, in tablet-

Tabel 2. Percentage kinderen met een cariësvrij gebit in Noordoost-Friesland (6- en 12- jarigen) en Den Haag (7-jarigen), 1972-1984.

Lokatie		1972	1973	1981	1982	1984
Noordoost-Friesland	6-jarigen:	.	5%	.	45%	.
	12-jarigen:	.	0%	.	23%	.
Den Haag	7-jarigen:	6%	.	63%	.	73%

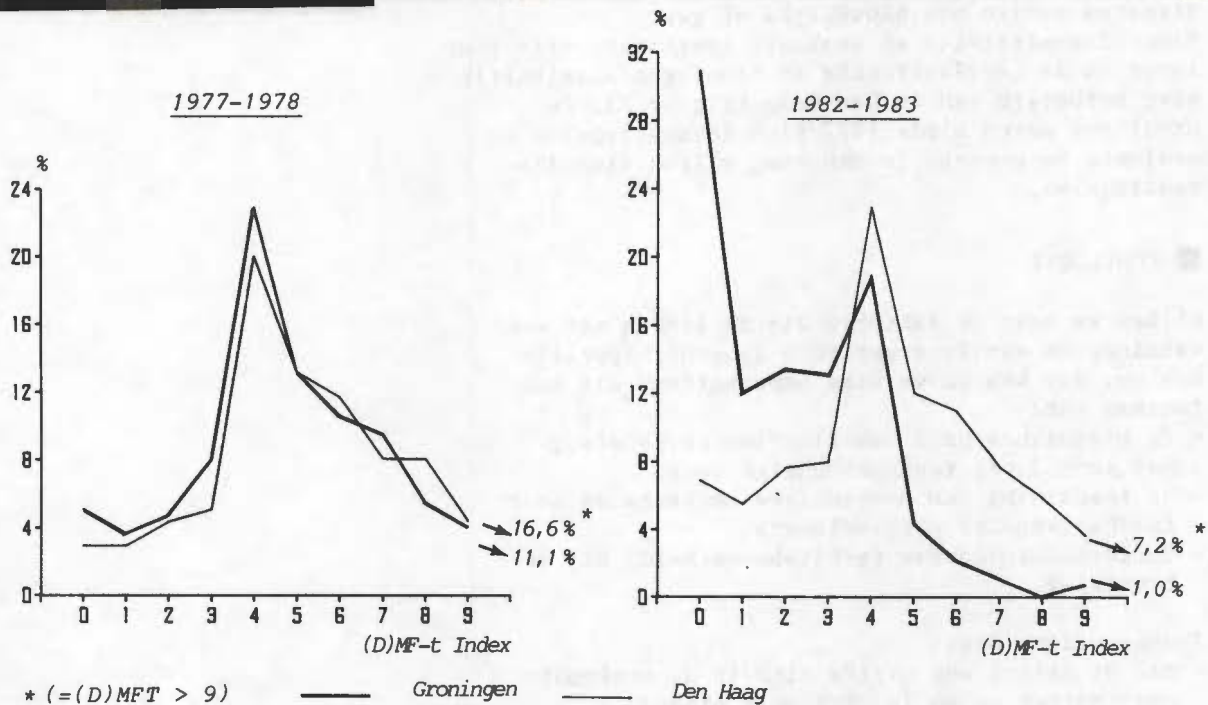
- vorm, als applicatie-gel, als mondspoeling en in tandpasta;
- toename van het aanbod van tandheelkundige voorzieningen;
 - tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (TGVO);
 - veranderde voedingsgewoonten;
 - veranderde diagnostische criteria;
 - verbreding van antibiotica;
 - groepsimmunitet.

Evaluatie van de onderzoeksresultaten leidt tot de volgende bevindingen (toegespitst naar de Nederlandse situatie).

- Over de cariësremmende werking van fluoride bestaat allang geen twijfel meer. De meest effectieve methode is nog steeds de drinkwaterfluoridering met een cariësreduktie van ca. 50% en een bereik van 100%. Voor Nederland speelt, zoals bekend, sinds 1973 de drinkwaterfluoridering geen rol meer. Hoewel de andere genoemde fluoride-methoden die rol hebben overgenomen, valt niet precies na te gaan in welke mate. De effectiviteit van deze methoden is bij optimaal gebruik wat lager (ca. 25-40% cariësreduktie).

Van meer belang is echter het beperktere bereik: het aantal consumenten van fluoridetabletjes in de juiste dosis en frequentie is onder de jeugd niet meer dan 5-10%; de gel-applicatie wordt alleen toegepast bij de tandarts bij kinderen vanaf zes jaar; het fluoridespoelen mocht zich verheugen in een groeiende belangstelling, maar de betekenis ervan is de laatste jaren teruggelopen door de opheffing van tal van jeugdtandverzorgingsdiensten die zorgden voor de organisatie en financiering van het spoelen. Bovendien is men afhankelijk van de medewerking van de scholen (in 's-Gravenhage neemt ca. 38% van de basisschoolleerlingen aan het spoelen deel; op de scholen waar gespoeld wordt is de deelname ca. 94%); en tenslotte de gefluorideerde tandpasta: het kan, net als het spoelen, vanaf het vierde jaar worden toegepast, maar het effect is uiteraard afhankelijk van de frequentie waarmee gepoetst wordt. Van belang is wel dat ook in Nederland sinds het eind van de jaren zeventig de gefluorideerde tandpasta's de ongefluorideerde grotendeels hebben verdrongen.

-
- In alle landen waar de cariës-experience is gedaald, is het aanbod van tandartsen en hulpkrachten sterk toegenomen. Bovendien valt op dat de cariësdaling het grootst was in landen met een georganiseerde jeugd tandzorg (schooltandverzorging)(3).
Hoewel ook in Nederland het aantal tandartsen sterk is gestegen, is de tandarts-bevolkingsratio relatief ongunstig, namelijk ongeveer 1 tandarts op 2.400 inwoners (1985) (ter vergelijking: West-Duitsland: 1 op 1760 (1983), Zweden: 1 op 920, Denemarken 1 op 940 en Noorwegen: 1 op 1.000 inwoners).
De toename van het aanbod heeft in Nederland ook geleid tot een toename van de tandheelkundige consumptie: van 1974-1983 steeg het percentage regelmatige bezoekers van de tandarts met ca. 15% (4)
 - In de meeste landen waar daling van cariës heeft plaatsgevonden zijn omvangrijke en intensieve TGVO-campagnes opgezet. Toch kon nergens worden aangetoond dat de TGVO op zich een bijdrage heeft geleverd aan de cariësreduktie. Bovendien blijken specifieke gedragskenmerken als voedingsgewoonten en mondhygiëne niet of nauwelijks meetbaar te zijn verbeterd, terwijl bij andere gedragskenmerken als verhoogd tandartsbezoek en overschakelen op gefluorideerde tandpasta de rol van de TGVO onduidelijk is.
 - Van de negen geselecteerde landen met een opmerkelijke daling van cariës bleek de suikerconsumptie slechts in drie landen gedaald, in vijf min of meer gelijk gebleven en in één gestegen: Nederland. De gemiddelde Nederlander verbruikte in 1970 50,0 kilogram per jaar, in 1982 53,6 kilogram per jaar. Ook in de meeste Derde Wereld landen steeg de suikerconsumptie, maar bleef op een veel lager niveau (het wereldgemiddelde lag in 1982 op 20 kilogram per persoon per jaar). Men kan dus stellen dat in de meeste Westerse landen de cariës afnam niet dankzij, maar ondanks de bestaande of veranderde voedingsgewoonten.
 - Sinds gebleken is dat een beginnende demineralisatie van het glazuur nog niet hoeft te leiden tot een curatieve behandeling, zijn de criteria voor een caviteit (de D in het DMFT-getal) scherper gesteld. Het is daardoor mogelijk dat naar de huidige maatstaven in vroeger onderzoek de DMFT-waarden iets te hoog zijn gesteld.
 - Het is bekend dat antibiotica bij kinderen (bijvoorbeeld bij keelinfecties) mondbacteriën als de Streptococcus mutans aanzienlijk kunnen onderdrukken. Toch is het niet erg waarschijnlijk dat hierdoor juist vanaf de jaren zeventig zo'n sterke daling van cariës optrad. Daar komt bij dat juist in de Westerse landen de verkrijgbaarheid en
-



Figuur 1 en 2. Percentages (D)MFT-indices van schoolverlaters (12-jarigen) van de jeugdtandverzorgingsdiensten in Groningen en Den Haag, 1977-1978 en 1982-1983.

toepassing van antibiotica vrij streng is gereguleerd.

Anderzijds worden antibiotica-drankjes bij jonge kinderen bij langdurig gebruik verantwoordelijk gesteld voor een hoge cariësincidentie vanwege de grote hoeveelheid suiker die eraan wordt toegevoegd.

- Het is denkbaar dat mens en mondbacteriën zich hebben aangepast. Het is bijvoorbeeld opmerkelijk dat vaak personen en groepen die geen gunstig voedingspatroon vertonen, noch fluoride gebruiken toch minder cariës vertonen. Helaas is meting van dit effect nauwelijks mogelijk en men kan zich afvragen of groepsimmunitet zich in zo'n korte tijd heeft kunnen ontwikkelen.

Het rapport van de WHO/FDI gaat niet in op de rol van sealants: het afdichten van pits en fissuren van gebitselementen met een kunstharslaagje. Hoewel deze methode leidt tot een sterke reductie van cariës (met name indien toegepast in combinatie met fluoride) is zij nog zo nieuw dat zij geen rol kan hebben gespeeld bij de terugloop op grote schaal van cariës in de jaren zeventig. Voor de jaren tachtig is het echter een veelbelovende factor. Ter illustratie van het belang van sealants worden in figuur 1 en 2 de (D)MFT-indices van schoolverlaters (12-jarigen) van de jeugdtandverzorgingsdienst in Groningen vergeleken met deze dienst in Den Haag. In figuur 1 (1977-1978) is de cariëssituatie vrijwel gelijk. In beide

diensten werden nog nauwelijks of geen fluoridemaatregelen en sealants toegepast. Vijf jaar later is de cariëssituatie in Groningen aanzienlijk meer verbeterd dan in Den Haag (figuur 2). In Groningen waren sinds 1977 fluoridemaatregelen en sealants toegepast, in Den Haag alleen fluoride-maatregelen.

■ CONCLUSIE

Kijken we naar de factoren die de landen met een verminderde cariës-experience gemeenschappelijk hebben, dan kunnen we deze samenvatten, als een toename van:

- de beschikbaarheid van fluoride-preparaten;
- het aanbod van tandheelkundige zorg;
- de toepassing van preventieve maatregelen door tandheelkundige zorgverleners;
- de dentalmindedness (gebitsbewustheid) bij de bevolking.

Resten vragen als:

- zal de daling van cariës zich in de toekomst voortzetten en zo ja, tot welk niveau?
- kan het aanbod van zorg en zorgverleners worden ingekrompen zonder dat daarmee de gunstige ontwikkeling negatief wordt beïnvloed?

Bij de beantwoording van deze vragen zijn de volgende factoren en overwegingen van belang.

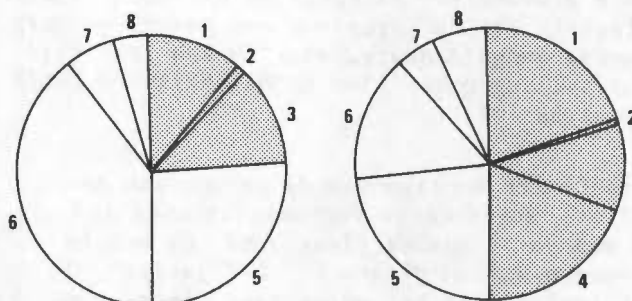
De omvangrijke en snelle daling van cariës kan niet volledig worden verklaard uit de vier bovengenoemde factoren. Er is dus sprake van een niet onaanzienlijke onverklaarde variantie. Dit aspect maakt het op zich al vrijwel onmogelijk een betrouwbare voorspelling te doen over het toekomstig verloop van de cariësontwikkeling.

Een van de meest opvallende conclusies is dat vrijwel de gehele terugloop van cariës wordt verklaard uit aanbodsfactoren (toename van tandheelkundige zorg en zorgverleners; vervanging van ongefluorideerde door gefluorideerde tandpasta's door handel en industrie), terwijl aan het gedrag van ouders en kinderen (met name met betrekking tot voeding en mondhygiëne) weinig of niets is verbeterd. Inkrimping van het aanbod zou dus zeer wel kunnen leiden tot een omslag van de trend.

Bovendien leidt de terugloop van cariës niet zonder meer tot terugloop van zorgbehoeften. Deels is er sprake van een verschuiving van curatieve zorg naar de hogere leeftijdsgroepen, deels wordt de nieuwe beschikbare tijd benut voor de behandeling van ziekten en afwijkingen die vroeger door de cariës grotendeels buiten beeld waren gebleven (zoals orthodontische afwijking, parodontopathieën, traumata, enz.). Zelfs bij de jonge kinderen is voorlopig nog geen sprake van vermindering van zorg,

1981-1982
(4-13 jarigen)

1985-1986
(2-14 jarigen)



- 1 = Individuele voorlichting
 - 2 = Tandsteen verwijderen
 - 3 = Fluoride applicaties
 - 4 = Sealants
 - 5 = Vullingen melkgebit
 - 6 = Vullingen blijvend gebit
 - 7 = Anesthesie en extracties
 - 8 = Overige verrichtingen
- } Preventieve verrichtingen

Figuur 3. Tijdsbesteding naar soort verrichting door tandartsen werkzaam bij de afdeling Jeugd-tandzorg van de GG en GD, Den Haag.

maar wel van een sterke verschuiving van curatieve naar preventieve verrichtingen, zoals kan worden geïllustreerd aan de hand van de activiteiten bij de afdeling Jeugd tandzorg van de GG en GD van Den Haag (figuur 3).

De tijd besteed aan preventieve verrichtingen is vergeleken met vier jaar geleden verdubbeld. Bij deze activiteitenregistratie is uitgegaan van gewogen gemiddelden per soort verrichting volgens landelijke normen (Centrale Raad voor Sociale Tandheelkunde). Niet meegeteld zijn de collectieve verrichtingen (TGVO en fluoridespoelen).

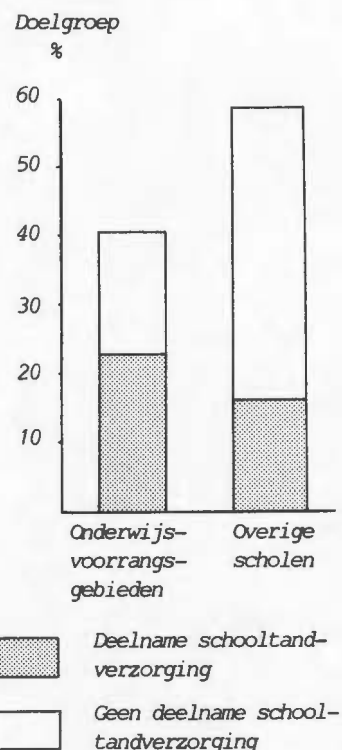
De gepresenteerde DMFT-waarden (tabel 1) betreffen gemiddelden. Gebleken is dat er rondom dat gemiddelde aanzienlijke verschillen kunnen bestaan en dat er een samenhang bestaat tussen de gevonden DMFT-waarden en sociaal-economische, etnische, geografische en andere variabelen (5)(6). Zo blijken kinderen uit sociaal-lagere milieus, kinderen van migranten en kinderen van ouders die zelf niet regelmatig naar de tandarts gaan, relatief hoge DMFT-scores te vertonen. Juist bij deze groepen is een adequaat aanbod van zorgverlening essentieel. Dit aanbod blijkt het meest effectief in de vorm van de georganiseerde jeugd tandzorg, ook wel bekend als de schooltandverzorging. Voor veel kinderen blijkt deze specifieke zorgstructuur het enige reële alternatief. Voor de Haagse situatie is de deelname aan de schooltandverzorging groter op scholen in onderwijsvoorrangs-

gebieden en in wijken waar weinig huistandartsen zijn gevestigd (figuur 4 en 5). Dat ook deze risicogroepen volledig kunnen profiteren van de inmiddels beschikbare preventieve maatregelen kan onder andere worden afgeleid uit de terugloop van curatieve zorg bij de Haagse jeugd tandzorg, waar in zes jaar tijd het aantal vullingen per kind in het blijvend gebit afnam met circa 70%.

Het spectaculaire aanzien van de daling van de cariëscijfers wordt deels veroorzaakt door de leeftijd waarop de meting plaatsvond. De meeste onderzoeken vonden plaats bij 5-7 jarigen. Op 12-jarige leeftijd is het percentage kinderen met een gaaf gebit al drastisch gedaald (zie tabel 2). Dat is begrijpelijk, want het DMFT-getal is een maat voor de in de loop der jaren opgebouwde 'gebitsinvaliditeit' en stijgt dus met de leeftijd of blijft tenminste gelijk. Van dit laatste is ondanks alle preventie nog lang geen sprake. De cariëspiegessie is weliswaar geringer dan zo'n 15 jaar geleden, maar is nog steeds aanzienlijk. Voor een juist beeld van de cariëssituatie volgen hier nog drie relativerende kanttekeningen.

Bij een cariësonderzoek in 1911-1914 onder 14.000 Haagse kinderen (het eerste in Nederland) bleek slechts 35% van de 13-jarigen te beschikken over een gaaf blijvend gebit (vergelijk de cijfers uit tabel 2). Men oordeelde de uitslagen van het onderzoek in die tijd als zeer alarmerend en drong aan op uitbreiding van de tandheelkundige voorzieningen en de oprichting van schooltandverzorgingsdiensten. Vandaag de dag zijn de reacties op dezelfde onderzoeksresultaten precies tegenovergesteld. De al driekwart eeuw durende toename van de cariës heeft dus geleid tot een normverschuiving waardoor men tegenwoordig een hoge cariësprevalentie bij kinderen als normaal is gaan beschouwen. Dat de verbeterde situatie in de afgelopen tien jaar zo snel heeft geleid tot afbouw van een aantal tandheelkundige voorzieningen is niet alleen veroorzaakt door een normverschuiving en bezuinigingsbehoefte. Deze wordt ook beïnvloed door een vertekening van het probleem, waarbij men wel naar de trend kijkt maar niet naar de omvang van het cariësprobleem. Daarnaast wordt impliciet de trend als een soort autonoom proces gezien dat ook zonder zorgverlening zou bestaan.

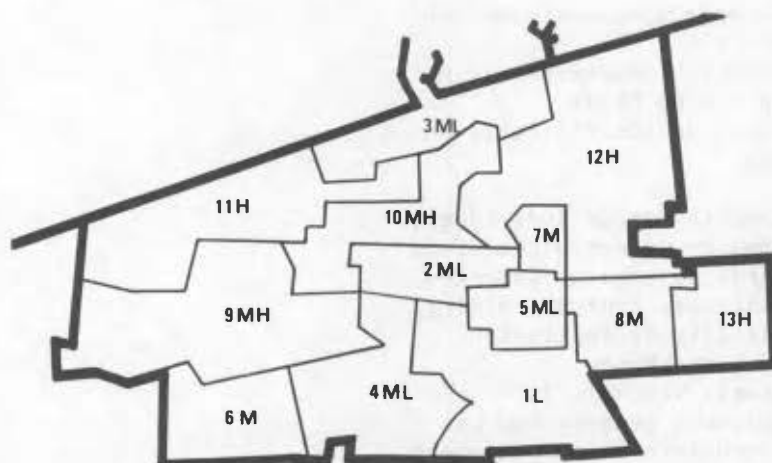
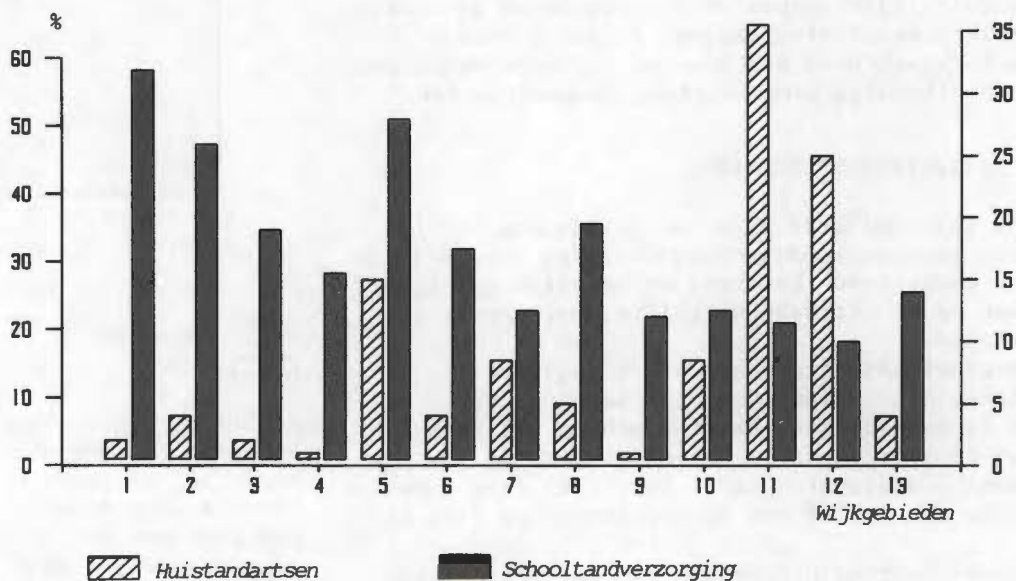
Het DMFT-getal geeft als het ware de 'overlevingskans' aan van een blijvend gebit. Dat betekent bij 6-, respectievelijk 12-jarigen een overlevingskans van hooguit 1, respectievelijk 6 jaar voor de 'oudste' blijvende elementen. Wenst men op middelbare leeftijd een goed functionerend eigen gebit, dan zou men eigenlijk pas van een gezonde gebitssituatie mogen spreken als bijvoorbeeld op 18-jarige leeftijd tenminste 95% van de bevolking cariësvrij is. En aan die doelstelling is zelfs de WHO nog lang niet toe.



Figuur 4. Deelname aan de schooltandverzorging op scholen in onderwijsvoorrangsgebieden en overige scholen, Den Haag 1983.

Schooltand-
verzorging

Huistandartsen
per 10.000 inw.



Wijkgebieden in Den Haag
naar sociale status (1981).

L = laag
ML = midden-laag
M = midden
MH = midden-hoog
H = hoog

Figuur 5. Aanbod van huistandartsen (gesitueerd naar praktijkadres) en het percentage deelnemers van de schooltandverzorging, in 13 wijkgebieden, Den Haag, 1985.

Nogmaals dient er op gewezen te worden dat een gemiddeld DMFT-getal nog niet veel zegt zolang er nog duidelijke en omvangrijke risicogroepen bestaan. Ook deze groepen profiteren van de bestaande trend (zie figuur 6), maar in een lager tempo. In het schooljaar 1967-1968 werd het hoogste percentage schoolverlaters met een aangetast blijvend gebit geregistreerd: 99,2%. Het percentage 12-jarige kinderen bij de Haagse jeugdtandzorg met een gaaf gebit was in 1985 nog niet veel meer dan 15%.

Samenvattend kan men stellen:

- de trend van het cariësverloop nog gunstig is, maar dat het aantal kinderen boven de 12 jaar met een

- gezond gebit nog zeer gering is;
- er grote verschillen bestaan in gebitsgezondheid tussen verschillende bevolkingsgroepen waarbij zich steeds duidelijker bepaalde risicogroepen aftekenen;
 - de bereikte resultaten vrijwel volledig moeten worden toegeschreven aan toename en verbetering van de tandheelkundige zorg en fluoride-maatregelen.

■ TAAK BASISGEZONDHEIDSDIENST

Duidelijk zal inmiddels zijn dat inkringing van het aanbod van tandheelkundige zorgverlening -zoals in de inleiding aangegeven- belangrijke nadelige gevolgen kan hebben op de cariësontwikkeling, met name bij risicogroepen.

Basisgezondheidsdiensten hebben als taak deze ontwikkelingen te volgen, te analyseren en zo mogelijk te compenseren. Daartoe hebben zij in het kader van de gewijzigde Stimuleringsregeling Basisgezondheidsdiensten van 1 juli 1985 drie taken gekregen op het gebied van de jeugdtandzorg (7), te weten:

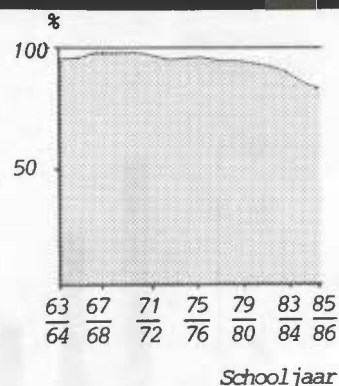
- zorgdragen voor de uitvoering van de collectieve TGVO;
- stimuleren van een zo groot mogelijke deelname aan de jeugdtandzorg;
- het uitvoeren van epidemiologisch onderzoek, in het bijzonder ter ondersteuning van de beide bovengenoemde functies en voor de identificatie en benadering van risicogroepen.

Deze functies zullen, met inbegrip van de individuele zorgverlening, geïntegreerd moeten worden uitgeoefend middels regionale georganiseerde verbanden, samengesteld uit de basisgezondheidsdienst, kruisvereniging, huistandartsen, dienst voor jeugdtandzorg (indien aanwezig) en eventuele andere betrokkenen.

In 1986 heeft de Staatssecretaris van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur opdracht gegeven aan het Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg te onderzoeken welke modellen voor zo'n georganiseerd verband effectief zouden kunnen functioneren en welke de organisatorische en financiële gevolgen zouden zijn.

De resultaten van dit onderzoek zullen naar verwachting begin 1987 aan de Staatssecretaris worden aangeboden.

Het zal gezien het bovenstaande duidelijk zijn dat de basisgezondheidsdiensten op het gebied van de jeugdtandzorg een nogal belangrijke centrale en initiërende rol krijgen toebedeeld. Van de drie genoemde functies vormt de epidemiologie in feite de basis waarop uitvoerende activiteiten moeten zijn gebaseerd. De basisgezondheidsdiensten zullen in hun regio gegevens met betrekking tot de gebitsgezondheid (waaronder de DMFT-scores), vraag en aanbod van tandheelkundige zorg, het effect van (preventieve)



Figuur 6. Percentage schoolverlatende deelnemers (ca. 12 jaar) bij de schooltandverzorging in Den Haag met een aangetast, respectievelijk gaaf blijvend gebit.

1. Redactie. Over de teruggang van het verschijnsel cariës. Deel I en II. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1986; 93: 221-4; 251-3.
2. Health for all by the year 2000: Rapportage Nederland 1985. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Leidschendam 1986.
3. Hage MD. Mondgezondheid verandert. *Ned Tandartsenbl* 1984; 39: 737.
4. Contact met de tandarts 1974-1983. *Maandber Gezondheidsstat* 1985; 4 nr 1: 5-14.
5. Houwink B et al. Tandbederf bij 5-jarige Amsterdammers in 1973 en 1981 en een onderzoek naar kennis, houding en gedrag met betrekking tot tandheelkunde bij hun begeleiders. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1983; 90: 78-88.
6. Truin GJ et al. Tandcariës, gingivitis en glazuurafwijkingen bij inheemse en uitheemse 8-jarige Haagse schoolkinderen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1984; 91: 298-304.
7. Brief Staatssecretaris van WVC dd. 3 oktober 1985 (kenmerknr. 25569 DVGZ/AGZ/BGZ) en Brief Staatssecretaris van WVC aan de voorzitter van de Tweede kamer der Staten-Generaal van 29 april 1986 (kenmerk DGV92/AGZ/BGZ nr. 62264).

zorgverlening en de deelname van verschillende bevolkingsgroepen moeten verzamelen en analyseren. Het ligt overigens in de bedoeling dat ook landelijke onderzoeksinstellingen als het NIPG-TNO en de tandheelkundige subfaculteiten (althans wat daarvan overblijft) een ondersteunende rol zullen spelen bij het opzetten van epidemiologisch onderzoek. ■

Aids in Den Haag 2

Voortgangsrapportage

■ ACHTERGROND

Aan het ziektebeeld AIDS wordt in Nederland meer en meer aandacht besteed in de media. De groots opgezette voorlichtingscampagne van de Britse regering met televisiespots en huis aan huis verspreide voorlichtingsfolders kreeg ook in Nederland volop belangstelling. AIDS was agendapunt op de bijeenkomst van regeringsleiders van de lidstaten van de Europese Gemeenschap in december j.l. Deze bijzondere aandacht werd vooral veroorzaakt door de bezorgdheid van de medische professie dat de verwekker van AIDS het Human Immunodeficiency Virus (HIV-virus) zich ook onder heterosexuelen verspreidt. De berichten over de AIDS-epidemie in Afrika gaven een extra lading aan deze bezorgdheid. Er bestaat grote onzekerheid of er nog 'op tijd' een vaccin tegen het HIV-virus beschikbaar is, vooral omdat het virus voortdurend van antigeen 'masker' verandert. Men heeft voorts nog geen geneesmiddel tegen AIDS; voorlopig moet men zich beperken tot symptoombehandeling.

Risicogroepen

Voor zover thans bekend vindt overdracht van het HIV-virus plaats door sperma, bloed en bloedproducten. Er zijn geen aantoonbare aanwijzingen dat overdracht ook plaatsvindt via speeksel of door insectenbeten.

De gegevens ter definiëring van de risicogroepen zijn sedert het vorige artikel in het Epidemiologisch Bulletin (november 1985) niet gewijzigd (1). Homo- en biseksuele mannen (met riskant gedrag en risicovolle contacten), intraveneuze druggebruikers, seksuele partners van deze groepen en babies van moeders met antistoffen tegen het HIV-virus vormen in de Westerse wereld de voornaamste risicogroepen. Door het onderzoek op antistoffen tegen het HIV-virus zijn bloedtransfusies en bloedproducten op het ogenblik in hoge mate beveiligd. In Afrika vindt verspreiding vooral door heterosexueel contact plaats. De verwachting is dat ook in de Westerse wereld de verspreiding van het HIV-virus binnen de heterosexuele gemeenschap in de komende jaren zal toenemen. Alle personen met riskant gedrag en risicovolle contacten kunnen dan tot de risicogroep gaan behoren. Dit geldt met name voor prostituées.

Het testen op antistoffen tegen het HIV-virus

Antistoffen tegen het HIV-virus wijzen op een besmetting met het HIV-virus. Het beleid met betrekking tot de toegankelijkheid van de faciliteiten waar men deze antistoffen kan laten bepalen verschilt van land tot land. In onder andere de Verenigde Staten geeft men een screeningsadvies. In een aantal Afrikaanse landen bagatelliseert men het bestaan van AIDS. Nederland voert een terughoudend beleid door het laten testen niet aan te

*W.J.O. Beaumont, arts,
hoofd Afdeling Infectie-
ziekten en Hygiëne,
GG en GD Den Haag.*

moedigen. Dit beleid is te rechtvaardigen vanwege het feit dat seropositieven spijt kunnen krijgen over hun beslissing zich te laten testen. Toch is het aanbieden van een testfaciliteit noodzakelijk vanwege de keuzevrijheid van het individu en vanwege de kwaliteit van de bloed(producten). De publiciteit rondom AIDS, de verwachte aantallen seropositieven en de verslechterende prognose (nu: 25% of meer van de seropositieven ontwikkelt AIDS) heeft de angst dermate aangewakkerd dat dit terughoudende beleid minder effectief is.

■ DE EPIDEMIOLOGISCHE SITUATIE

Wereld

Sedert het ziektebeeld AIDS in 1981 voor het eerst in de Verenigde Staten werd beschreven vormt het nu in een aantal staten de voornaamste doodsoorzaak in de leeftijdsgroep 20-50 jaar. In de Verenigde Staten waren in november 1986 reeds meer dan 26.000 AIDS-patiënten geregistreerd. Naar verwachting zal dit aantal in 1990 zijn opgelopen tot 200.000. In de AIDS-statistieken van de Verenigde Staten is de verdeling over de risicogroepen constant gebleven. Onder de vrouwelijke AIDS-patiënten was 52% intraveneus druggebruiker en 20% sexueel partner van een lid van een risicogroep. 79% Van de 376 kinderen met AIDS zijn waarschijnlijk in de periode rond de geboorte besmet. Virusdragende zwangeren die intraveneus drugs gebruiken of sexueel partner zijn van een gebruiker besmetten in 50% van de gevallen hun baby rond de geboorte. Bovendien werkt de zwangerschap luxerend op het uitbreken van AIDS bij een met het HIV-virus besmette vrouw.

De huidige kennis over de situatie in Afrika is uitermate verontrustend (2). Hier is de man-vrouw verhouding 1 : 1 (Verenigde Staten 16 : 1; Europa 10 : 1). De prevalentie van seropositieven is vooral hoog onder prostituées (soms 80%)(3). In een aantal Afrikaanse landen is meer dan 20% van de bevolking besmet (Malawi 24%, Rwanda en Uganda 18-23%). In de stedelijke gebieden in Rwanda bleek bovendien 45% van de pasgeborenen seropositief.

In Europa waren in november 1986 ruim 3700 AIDS-patiënten geregistreerd.

Opvallend is dat in Nederland, Engeland en Scandinavië de nadruk ligt op homo- en bisexuele mannen terwijl in Italië en Spanje meer dan 50% van de patiënten intraveneuze druggebruikers zijn. Enkele landen (België en Frankrijk) kennen een influx van Afrikaanse patiënten. Een schatting van het aantal verwachte nieuwe AIDS-gevallen per week in enkele Europese landen waar het vóórkomen van AIDS het sterkst stijgt staan in tabel 1.

Het vóórkomen van AIDS in Australië vertoont overeenkomst met de Verenigde Staten en Europa,

Tabel 1. Verwacht aantal nieuwe AIDS-gevallen per week in Europese landen waar AIDS het sterkst stijgt en Nederland.

Land	Aantal per week
Frankrijk	: 8-12
Italië	: 6-7
West-Duitsland:	6-7
Engeland	: 3-4
Spanje	: 2-3
Nederland	: 1-2

terwijl AIDS in Azie tot dusverre nauwelijks gemeld is.

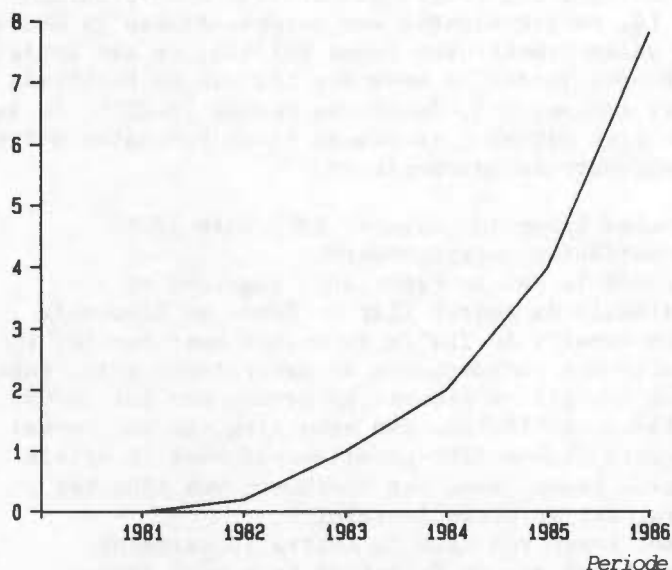
Nederland

Nederland kende tot 31 december 1986 218 AIDS-patiënten. Figuur 1 laat de toename vanaf 1981 zien. Het aantal personen besmet met het HIV-virus wordt geschat op 20.000. Op basis van een niet representatieve steekproef komt men in Amsterdam tot 20-30% mannen in de groep met homoseksuele contacten en/of intraveneuze druggebruikers die besmet zijn (4). In Nederland schat men voor intraveneuze gebruikers buiten de randstad een besmettingsgraad van ongeveer 5% (5). Volgens schattingen zullen in 1990 tenminste 150.000 mensen in Nederland met het HIV-virus zijn besmet; zullen 3.500 personen AIDS ontwikkeld hebben en nog eens 3.500 personen lijden aan AIDS-related complex (ARC). Volgens huidig inzicht zullen tenminste 25% van de mensen die met het HIV-virus zijn besmet AIDS krijgen en 25% ARC ontwikkelen. In hoeverre personen met ARC AIDS krijgen is niet bekend. Dit betekent dat tenminste 35.000-40.000 van de in 1990 met het HIV-virus besmette personen in de daaropvolgende jaren AIDS zullen krijgen. De verspreiding van het HIV-virus zal zich bovendien verder voortzetten. Ook is het niet onwaarschijnlijk dat een nog hoger percentage van de seropositieven AIDS zal ontwikkelen. Wij zien momenteel in Nederland slechts de top van de ijsberg. De toekomstige AIDS-problematiek zal zeer ernstige gevolgen hebben voor de volksgezondheid.

(Groot) Den Haag

Het aantal geregistreerde AIDS-patiënten in de regio Groot Den Haag (Den Haag, Wassenaar, Voorburg,

Incidentie
per 1.000.000



Figuur 1.
Incidentiecijfers van
AIDS (per 1.000.000
per jaar), Nederland
1981-1986.

Leidschendam, Rijswijk en Zoetermeer) is bij de GG en GD Den Haag niet bekend. Tot op heden heeft het verzoek van de GG en GD Den Haag aan ziekenhuizen een AIDS-geval anoniem te melden geen gevolg gehad. Gebaseerd op geruchten schatten wij het cumulatieve aantal AIDS-patiënten in Den Haag op tenminste vijf en in de regio Groot Den Haag op tien. De schatting voor seropositieven in de regio Groot Den Haag bedraagt 1.000.

■ PROGNOSES

Het ontbreken van officiële cijfers over het aantal AIDS-patiënten in Den Haag en omgeving bemoeilijkt het opstellen van een AIDS-beleidsplan. Ook de Geneeskundige Hoofdinspectie verstrekt geen lokale gegevens al zal zij in de toekomst jaarlijks gegevens over regio's en de grote steden bekendmaken. Afgewacht moet worden of ook cijfers voor de regio Groot Den Haag zullen worden verstrekt. De GG en GD Den Haag is door deze terughoudendheid gedwongen op grond van geruchten een beleid voor de komende jaren te formuleren. Wij zijn dan ook geneigd voor een aangifteplicht voor AIDS als C-ziekte te pleiten. Inadequate planning met name met betrekking tot de financiële- en personele aspecten van zorg ondermijnen het vertrouwen in het lokale overheidsbeleid. In tabel 2 is een prognose weergegeven ten aanzien van het verwachte vóórkomen van AIDS en de daarmee samenhangende verpleegbehoefte. Bij de beoordeling van deze prognose moet men rekening houden met de onbekendheid met het werkelijk aantal patiënten in de regio en met een onnauwkeurigheid door kleine getallen. Zij zal daarom jaarlijks moeten worden bijgesteld.

■ HOE MOETEN WE DE AIDS-PROBLEMATIEK AANPAKKEN

Veel hulpverleners zullen in de komende jaren met geen of slechts enkele AIDS-patiënten in contact

Tabel 2. Prognose van het vóórkomen en de verpleegbehoefte van AIDS-patiënten, regio Groot Den Haag 1987-1990 1).

Periode	Aantal gevallen	(Bezetting) in mensjaren		
		Ziekenhuisbed	Verpleeghuisbed	Thuiszorg
1987:	20-25	2-3	1-1,5	7-11,5
1988:	40-60	4-7	2-3,5	14-24,5
1989:	80-135	8-15	4-8	28-52
1990:	160-300	16-33	8-17	56-115

1) Bij de berekening is uitgegaan van een verdubbelingstijd van het aantal AIDS-patiënten van 10-12 maanden; van een gemiddelde levensduur na diagnose van 13 maanden; van een gemiddelde ligtijd in een ziekenhuis van 4 maal 2-3 weken.

komen. Wel zullen zij in toenemende mate geconfronteerd worden met angst voor AIDS-besmetting en met HIV-geïnfecteerden personen. Vaak zal de hulpvraag moeilijk herkenbaar zijn omdat men zich schaamt voor de oorzaak van de angst. Hier zal een belangrijke taak zijn weggelegd voor de huisarts. Zoals wij reeds in het vorig artikel uiteenzetten kunnen de benodigde maatregelen worden gezien als vormen van primaire- en secundaire preventie (1). Voor deze preventie is intensieve samenwerking tussen hulpverleners en instellingen noodzakelijk.

Primaire preventie

- het voorkómen van de verspreiding van het HIV-virus.
Dit kan door voorlichting over riskant sexueel gedrag waarbij eventueel condoomgebruik en/of sexuele gedragsverandering wordt geadviseerd. Voorzorgsmaatregelen zijn niet alleen noodzakelijk voor de huidige AIDS-risicogroepen. Relatief groot risico lopen mensen die riskant sexueel contact hebben met bijvoorbeeld personen uit Afrika, Centraal-Amerika en het Caribische gebied (3).
- het voorkómen van contaminatie met besmet bloed, sperma c.q. organen. Dit is mogelijk door het screenen van bloed op HIV-antistoffen bij donaties en het treffen van voorzorgsmaatregelen in bijvoorbeeld een medisch laboratorium of tandartspraktijk.
- het voorkómen van ongefundeerde angst door volledige voorlichting.

Secundaire preventie

- van secundaire preventie kan voorlopig geen sprake zijn noch bij AIDS-patiënten noch bij seropositieven. Alleen het wegnemen van angst en/of psychosociale problematiek behoort wel tot de mogelijkheden.

Overige maatregelen

- de opvang en begeleiding van AIDS-patiënten, zowel medisch als psychosociaal.
- de opvang en zonodig begeleiding van mensen met angst voor AIDS (bijvoorbeeld seropositieve leden van risicogroepen).
- de opvang en begeleiding van de omgeving van AIDS-patiënten (eventueel inclusief betrokken hulpverleners).

■ BELEID

In februari 1986 maakte de wethouder voor Maatschappelijk Werk en Volksgezondheid in Den Haag kort samengevat de volgende beleidsvoornemens bekend (6):

1. Het tot stand brengen van een alternatieve testfaciliteit bij de GG en GD Den Haag.

-
2. Ten aanzien van intraveneuze druggebruikers:
 - een onderzoek door de GG en GD Den Haag naar geschikte locaties voor spuitomruil.
 - het creëren van een mogelijkheid voor heroïneprostituëes ten behoeve van geslachtsziektencontrole, voorlichting en bevorderen van condoomgebruik.
 3. Ten aanzien van verwijzingsstructuur:
 - de verspreiding van een hulpverlenerslijst onder hulpverleners en belangenorganisaties voor AIDS-problematiek.
 - duidelijkheid over de psychosociale opvang voor AIDS-patiënten, seropositieven en hun relaties en familie.
 4. Het tot stand brengen van een overleg ten behoeve van de opvang van AIDS-patiënten in alle verschillende stadia van het ziekteverloop met vertegenwoordigers van de intramurale voorzieningen: de Vereniging van Ziekenhuizen in 's-Gravenhage en omstreken en de Vereniging van Verpleeghuizen.
 5. Het tot stand brengen van een overleg met instellingen voor thuiszorg in het streven AIDS-patiënten zolang mogelijk thuis te handhaven.
 6. Het bevorderen van de voorlichting aan beroepsgroepen en het publiek door de GG en GD. Dit in nauw overleg met de deelnemende instellingen in het AIDS-platform en binnen het kader van het landelijk AIDS-beleid.
 7. Het bevorderen van de juridische vraagbaak/ advisering door de sociale raadslieden in juridische kwesties betreffende AIDS-problematiek/AIDS-patiënten.
 8. Het tot stand brengen van een financiële bijdrage voor het AIDS-informatie en -begeleidingssprekuur.
 9. Het tot stand brengen van een telefonisch informatiepunt voor AIDS bij het reeds bestaande telefonisch informatiepunt voor geslachtsziekten bij de GG en GD.

In de AIDS-beleidsvoornemens zijn de elementen van de primaire-, secundaire- en overige preventietaken vaak gecombineerd terug te vinden. Kort zal worden ingegaan op de voornoemde beleidsvoornemens, de huidige stand van zaken en enkele van de problemen of obstakels.

Angst voor AIDS

De landelijke overheid heeft vooralsnog niet positief gereageerd op het verzoek een alternatieve testfaciliteit in Den Haag te financieren. Tot voor kort werden personen die een test op antistoffen tegen het HIV-virus wensten ontvangen voor een begeleidend gesprek en daarna eventueel verwezen naar een testfaciliteit in Rotterdam of Amsterdam. Dit blijkt in de praktijk niet haalbaar. Momenteel functioneert de GG en GD Den Haag als alternatieve testfaciliteit.

De gesprekken (gemiddeld twee per dag) samen met de

gedurende de laatste maanden ongeveer dertig gesprekken per dag bij het telefonisch informatiepunt voor AIDS, brengen andere activiteiten van de afdeling Infectieziekten en Hygiëne van de GG en GD in Den Haag ernstig in het gedrang. De angst voor AIDS-besmetting is door de publiciteit in de media sterk vergroot. Genoemde afdeling wordt dagelijks met dit aspect geconfronteerd in gesprekken op de AIDS- en geslachtsziekten telefoonlijn (070 - 64 70 36) en op de twee drempelvrije poliklinieken voor geslachtsziekten in het Westeinde- en het Leyenburg Ziekenhuis. Op beide poliklinieken zijn sociaal-verpleegkundigen van de GG en GD aanwezig voor voorlichting en contactopsporingsactiviteiten.

Intraveneuze druggebruikers

De GG en GD heeft na overleg met betrokkenen een voorstel voor spuitomruil opgesteld. Verwacht wordt dat binnenkort tot uitvoering kan worden overgegaan. De afdeling Infectieziekten en Hygiëne van de GG en GD is hierbij verantwoordelijk voor de uitvoering. Het aantal intraveneuze-druggebruikers wordt in Den Haag geschat op 600 personen (30% van de naar schatting 2.000 druggebruikers). Registratie van personen die hun spuiten ruilen zal niet plaatsvinden aangezien dit voor een belangrijke groep een onoverkomelijk bezwaar zal vormen om aan een spuitomruilsysteem mee te werken. Samenwerking met andere hulpverleners en dan vooral de drughulpverlening is van belang. Zonodig of op verzoek zal verwezen worden naar andere hulpverleningsinstanties, zoals de huisarts of het consultatiebureau voor alcohol en drugs.

In het huiskamerproject voor heroïneprostituées nabij de tippelzone aan de Waldorpstraat houden huisartsen onder verantwoordelijkheid van de GG en GD tweemaal per week 's-nachts spreekuur, zonodig wordt overdag hulp verleend door een sociaal-verpleegkundige van de GG en GD. Deze voorziening heeft al in veel gevallen geresulteerd in verkoop van condooms aan heroïneprostituées.

Verwijzingsstructuur

Een lijst van hulpverleners, instellingen en organisaties voor AIDS-problematiek is verspreid onder de betrokken hulpverleners. Deze zal regelmatig worden bijgewerkt. Met de instanties in regio Groot Den Haag wordt momenteel overlegd over een uitgave voor dit verzorgingsgebied.

Over de psychosociale opvang van personen met AIDS-problematiek zijn afspraken gemaakt met de betrokken instellingen. Uitgezonderd is vooralsnog de intramurale psychiatrische zorg. De rol van de huisarts staat bij de gemaakte afspraken centraal. Gestreefd wordt psychische decompensatie te voorkómen met behulp van maatschappelijke zorg, goede voorlichting en zonodig juridische hulp. In samenwerking met de Jhr Mr Schrorer-stichting vond in

januari 1987 verdere scholing in deze plaats ten behoeve van hulpverleners in de regio groot Den Haag.

Zorgvoorzieningen

De ziekenhuizen hebben gekozen voor een gedecentraliseerde klinische AIDS-behandeling. Dit lijkt een verantwoorde beslissing zowel medisch als sociaal en gezien in het kader van de budgettering. Samenwerking tussen de behandelende specialisten in de regio voor de opbouw van regionale expertise wordt nagestreefd. Bij de besprekingen over intramurale voorzieningen zullen ook de psychiatrische ziekenhuizen worden betrokken. Volgens informatie vanuit de regio kon tot op heden in de meeste gevallen met ziekenhuisopname en thuiszorg worden volstaan. Verwacht mag worden dat in een aantal gevallen thuiszorg onvoldoende is. Zelfs kan opname in een gesloten afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis noodzakelijk zijn.

Door betere behandeling van opportunistische infecties wordt de levensduur van AIDS-patiënten verlengd en is de kans op cerebrale aantasting groter. Verpleeghuisopname is in die gevallen mogelijk geïndiceerd. Het denken over de behoefte aan verpleeghuisbedden voor AIDS-patiënten is nog onontgonnen terrein. Tussenvormen van zorg zoals de laatste tijd voor Amsterdam in de publiciteit verschijnen komen zeker niet voor een ieder in aanmerking.

Thuiszorg is voor een belangrijk deel geregeld bij de afspraken over de psycho-sociale hulpverlening in de regio Groot Den Haag. Hoewel de meeste hulpverleners zijn voorbereid op de somatische thuiszorg bestaan nog lacunes. Contacten zijn gelegd om deze weg te werken. Onderschatting van de omvang van de zorg, de benodigde menskracht en de psychische belasting voor de betrokken hulpverleners spelen een belangrijke rol. Hier zal nog veel aandacht aan moeten worden besteed.

Voorlichting

Aan de AIDS-voorlichting wordt zeer veel waarde gehecht. Voorlichting over en motivatie tot voorzorgsmaatregelen en gedragsveranderingen die resulteren in het voorkomen van de verspreiding van het HIV-virus is momenteel het enige wapen in de strijd tegen verdere transmissie.

Zowel prostituanten als prostituées moeten in hun eigen belang worden gemotiveerd tot constant condoomgebruik. Ook de exploitanten dienen te beseffen dat onbeschermd contacten, bijvoorbeeld in clubs, niet langer verantwoord is vanwege het levensgevaar dat besmetting met het HIV-virus voor de prostituée met zich meebrengt. Pogingen worden gedaan ook de prostituanten te bereiken, ondermeer in samenwerking met de afdeling Jeugdgezondheidszorg van de GG en GD. Het zou echter onjuist zijn daarbij uitsluitend naar de prostituées uit AIDS-endemische gebieden te kijken. Ook onbeschermd contacten buiten

S T U D I E D A G

'VOORLICHTING EN AIDS'

OP 27 MAART 1987
(van 9.00 tot + 18.00 uur)

in AMSTERDAM

Voor wie:

Allen die betrokken zijn bij primaire preventie van AIDS, o.a. beleidsmedewerkers, staffunctionarissen overheid werkzaam bij ministeries, gemeenten, GG en GD'n, RIAGG's, gezondheidsdiensten, kruisverenigingen, ziekenhuizen ect.

Korte inhoud:

Primaire preventie door voorlichting. Organisatie en planning voor voorlichtingscampagnes. Wat valt er te leren van reeds gevoerde campagnes? Verslag en evaluaties. Beleidaspecten t.a.v. toekomstige campagnes.

Informatie:

PACO/PAOS
Postbus 325
2300 AH LEIDEN
Tel.: 071 - 14 83 33 tst 2442

het prostitutiecircuït kunnen uiteraard tot besmetting leiden.

Bij intraveneuze-druggebruikers moet het gebruik van condooms sterk worden gestimuleerd zelfs bij het sexueel contact met een vaste partner, met het oog op een zwangerschap. Sommige druggebruikers prostitueren zich om aan de benodigde financiële middelen voor drugs te komen. Voor een hogere betaling zijn zij eerder geneigd van condoomgebruik af te zien.

Het AIDS-informatie en -begeleidingsspreekuur is door de gemeente Den Haag gesubsidieerd ten behoeve van aanvullende voorlichting en hulpverlening aan mannen met homoseksuele contacten, met name de groep die zich (nog) niet tot hun huisarts kan/wil wenden. Bij het verspreiden van voorlichtingsmateriaal aan homoprostituëes speelt de zedenpolitie een rol. Dat de acceptatie van de homocondoom niet algemeen is, blijkt ondermeer uit de verkoopcijfers die ver achterblijven bij de verwachtingen.

De voorlichting over de AIDS-problematiek aan beroepsgroepen is niet zo vanzelfsprekend gebleken als verwacht. De noodzaak van voorlichting wordt in een aantal gevallen onderschat, of men vreest juist het oproepen van onrust. In ziekenhuizen waar veel

ervaring is opgedaan met AIDS-problematiek bleek een voortdurende voorlichting en begeleiding van het personeel noodzakelijk. Daarom zal telkens weer aandacht aan dit aspect geschonken moeten worden. De voorlichting aan hemofiliepatiënten en aan bloeddonoren wordt binnen deze kringen op zeer adequate wijze aangepakt.

Bij de voorlichting aan het publiek worden de aanbevelingen van de landelijke AIDS-Beleid Coördinatie gevolgd.

Concluderend mag worden gesteld dat de AIDS-problematiek in de komende jaren een groot beroep zal doen op de gemeenschap. In Den Haag en omgeving vormt het AIDS-platform en de AIDS-beleidsgroep een ontmoetingsplaats van hulpverleners die de samenwerking positief bevordert. De ervaring van de afgelopen jaren stemt ons optimistisch over de verdere bereidheid tot gezamenlijke aanpak en ondersteuning van het gemeentelijk beleid.

Het hoge percentage besmette personen dat uiteindelijk AIDS ontwikkelt, momenteel geschat op tenminste 25%, maakt het voorkómen en vertragen van de verspreiding van het HIV-virus van eminent belang. Preventie blijft vooralsnog ons enige wapen. De schattingen over de AIDS-incidentie in de komende jaren maken een nauwe samenwerking tussen extra- en intramurale instanties noodzakelijk. ■

1. Beaumont WJO, Nijhuis HGJ. AIDS in Den Haag: uitgangspunten voor beleid. *Epidemiol Bul Grav* 1985; 20 nr 4: 7-12.
2. *Haagse Courant*, 25 november 1986. Rapport PANOS-instituut: 'AIDS and the third world'.
3. AIDS-problematiek in Nederland, richtlijnen voor groepsonderzoek en adviezen voor preventie. Gezondheidsraad. Den Haag december 1986.
4. Mondelinge informatie, Dr. R.A. Coutinho, medisch microbioloog, Sector Volksgezondheid GG en GD Amsterdam, 1986.
5. Limbeek J van. Voorzitting symposium sputtomruil, 19 november 1986.
6. Bruning HJJ. Wethouder Maatschappelijk Welzijn en Volksgezondheid. CM 86.32 Onderwerp AIDS. Den Haag, februari 1986.

Infectieziekten

Kinkhoest: enige praktische informatie

In 1986 zijn de kinkhoest-aangiften in Nederland gestegen tot ongeveer 2.000, weer beduidend meer dan in 1985 (1522 aangiften). Huisartsen zien geleidelijk meer kinkhoest, ook bij volwassenen. Volwassenen zijn hierdoor vaak enige tijd arbeidsongeschikt. De afdeling Infectieziekten en Hygiëne van de GG en GD Den Haag wordt vanwege kinkhoest regelmatig door huisartsen geconsulteerd, vandaar deze korte notitie. Een schematische weergave van het ziektebeeld kinkhoest staat in figuur 1.

W.J.O. Beaumont, arts,
hoofd Afdeling Infectie-
ziekten en Hygiëne,
GG en GD Den Haag.

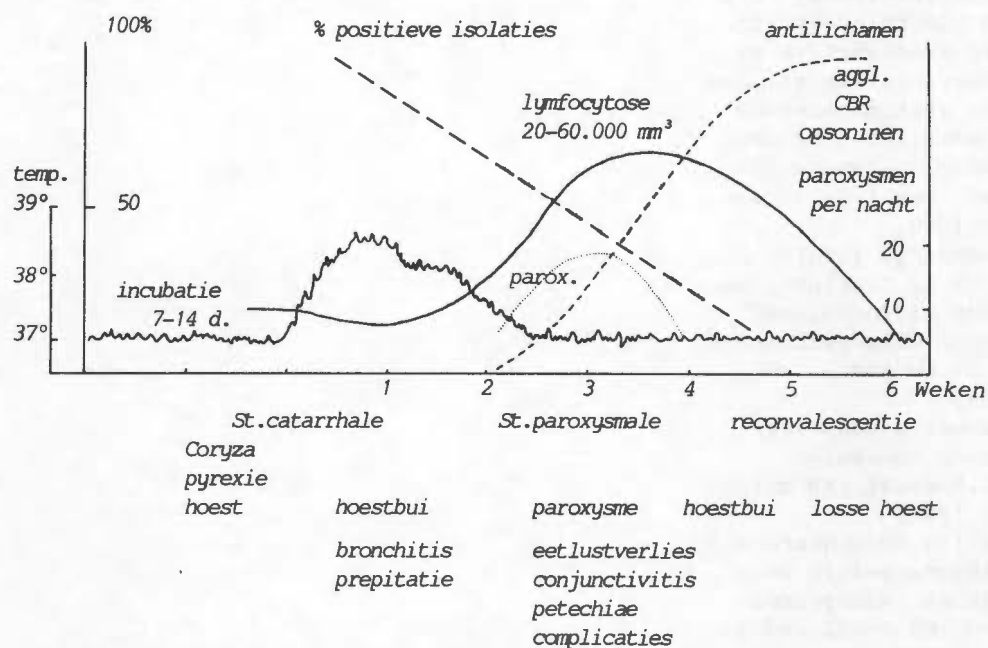
Dit stukje is tot stand
gebracht in samenwerking
met Dr.H.C. Rümke, kinder-
arts werkzaam bij het
RIVM, Medisch Centrum
Vaccinzaken.

Diagnostiek bij vermoeden op kinkhoest:

- Kweken op de Bordetella pertussis in de beginfase van het ziekteproces dat wil zeggen wanneer de patiënt slechts korte tijd hoest. De besmettelijkheid loopt uiteraard parallel met de kans op een positieve isolatie. Kweken dienen pernaasaal te worden afgenomen (vóór het toedienen van een antibioticum) en geënt op een speciale voedingsbodem (Bordet-Gengou plaat)*.
- Serologie kan worden opgestuurd naar het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid te Bilthoven. Getest wordt volgens de ELISA-methode, op IgG-anti-LPF (component B. pertussis) en op het IgA tegen de gehele kinkhoestbacterie. Serologische bepalingen hebben eerst zin na twee weken vanaf de eerste ziektedag bij personen ouder dan vier jaar, na vier weken bij kinderen tussen 1-4 jaar en na zes weken bij kinderen onder één jaar.

Therapie

Erythromicine toegediend vroeg in het ziekteproces (paroxysmaal stadium) verbreekt de epidemiologische



Figuur 1. Schematische weergave van het ziektebeeld kinkhoest.

* Hiervoor wordt geadviseerd vooraf contact op te nemen met het hoofd van een bacteriologisch laboratorium.

keten. Het effect op de symptomen is echter gering. Men moet extra alert zijn bij jonge zuigelingen in een gezin. Beschermende antilichamen gaan niet over van moeder op kind. Kinkhoest in de eerste levensmaanden is bijzonder gevaarlijk. Bij ernstige aanvallen of bij twijfel is verwijzing naar een kinderarts gewenst voor ondersteunende therapie (sondevoeding, fysiotherapie, eventueel zuurstof).

Prophylaxe

Vaccinatie tegen kinkhoest (DKTP) vindt plaats bij zuigelingen op de leeftijd van 3, 4 en 5 maanden. De vierde DKTP wordt gegeven tenminste zes maanden na de derde (bijvoorbeeld op de leeftijd van 14 maanden simultaan met het bof-mazelen-rubella vaccin). Ook bij volledige vaccinatie bestaat geen volledige bescherming tegen kinkhoest. Wel verloopt het ziektebeeld bij twee of meer vaccinaties minder ernstig. Bij onvolledig tegen kinkhoest gevaccineerde kinderen bestaat de mogelijkheid de vaccinatie in te halen met een specifiek kinkhoestvaccin, dus alleen de K-component. Het vaccin (Wellcome Engeland) is in Nederland niet vrij verkrijgbaar en kan, na overleg (en tegen betaling) worden verkregen bij het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid, Medisch Centrum Vaccinzaken, Dr. H.C. Rümke (tel. 030 - 74 25 95). De arts die het vaccin toedient moet een bewustheidsverklaring tekenen. In principe is dit vaccin beschikbaar voor kinderen tot en met vier jaar. ■