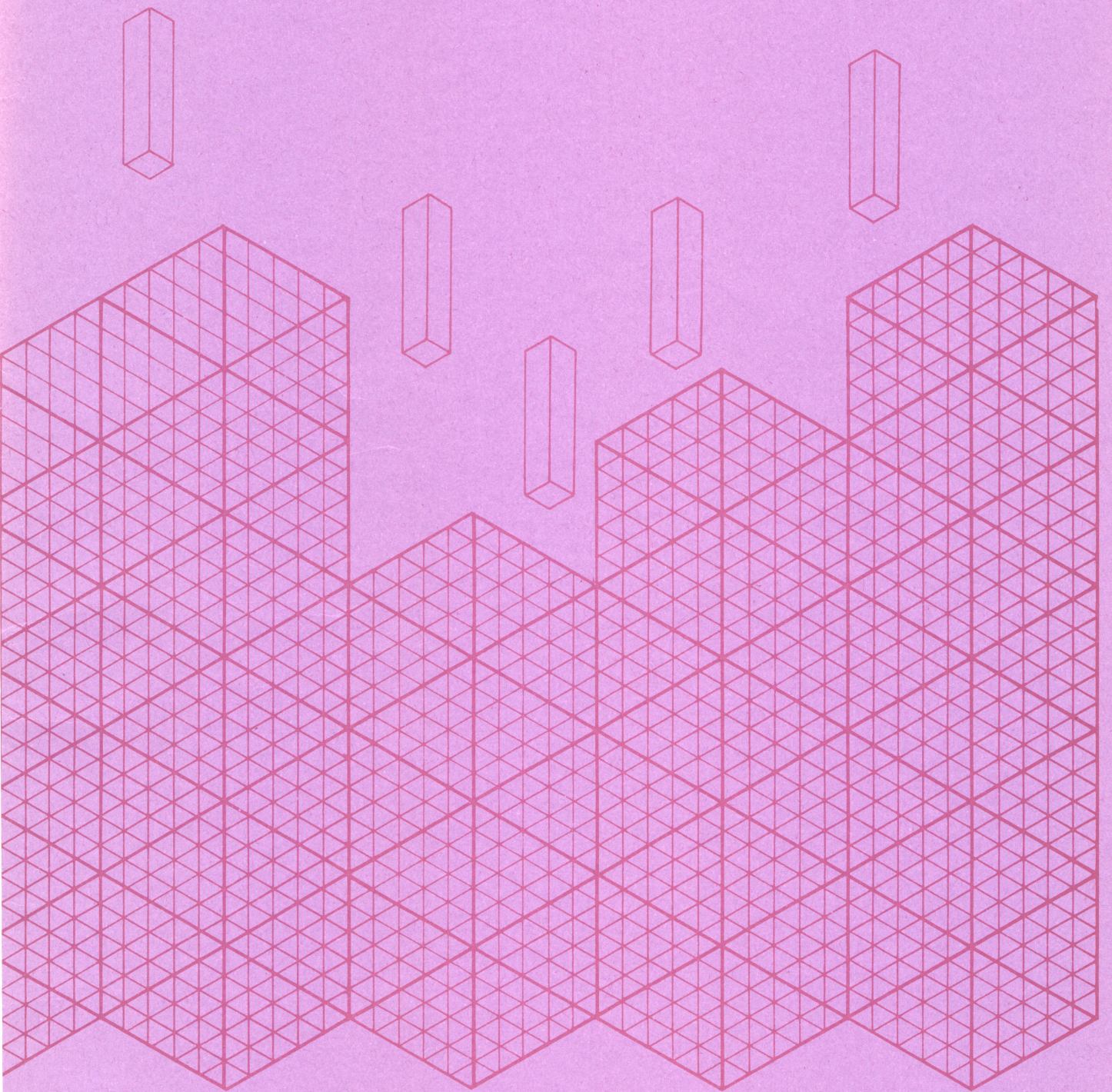


's-Gravenhage augustus 1988

EPIDEMIOLOGISCH
BULLETIN



Kwartaalschrift voor Basisgezondheidszorg en Onderzoek

EPIDEMIOLOGISCH

bulletin

REDACTIE

H.G.J. Nijhuis, arts-
epidemioloog (hoofd-
redacteur);
Dr. A.H. Bergink,
jeugdarts (redactielid);
Prof.dr. W.J. Schudel,
psychiater (redactielid);
I. Burger (redactie-
medewerkster)

GRAFISCH ONTWERP

P.J.C. Martens

DRUKWERK

Koninklijke drukkerij
de Swart BV, Den Haag

SECRETARIAAT

Stafbureau Epidemiologie
GG en GD
Postbus 65783
2506 EB 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

De redactie is verantwoor-
delijk voor de inhoud en
de samenstelling van het
bulletin

Augustus 1988
23ste Jaargang nr. 3

Uitgave van de
GG en GD Den Haag

ISSN: 0921-6219

Inhoud

	Blz.
Redactioneel	3
Hoe belangrijk is de medische zorg in een landelijk stelstel van gezondheidszorg	4
Sterfte in Den Haag (I) Trends over de tijd van de totale sterfte H.W.A. Struben	7
Maatschappelijke omgeving, gezondheid en jeugdgezondheidszorg H.G.J. Nijhuis	18

OPINIENUMMER

Redactioneel

Deze uitgave kent een volstrekt andere inhoud dan gebruikelijk is voor het Epidemiologisch Bulletin. Er zijn een drietal artikelen in opgenomen die zich onder andere uitspreken over het thema sociale ongelijkheid en gezondheidsverschillen. De stukken bevatten daarnaast - het een wat meer dan het andere - een visie op gewenste ontwikkelingen in de gezondheidszorg om de aan de orde gestelde problematiek adequaat tegemoet te treden.

In het eerste artikel staat een sterk opiniërende visie op het belang van de curatieve geneeskunde en de kwaliteit van de bestaansomgeving en sociale welstand voor de volksgezondheid. Dit overgenomen 'editorial' uit een recente editie van het 'Journal of Public Health Policy' is een stellingname in de internationale discussie die over dit thema gaande is. Het tweede artikel (Struben) bevat historische sterfte-analyses voor de stad Den Haag. Bovendien wordt de discussie aangegaan over interpretaties van gevonden trends of verschillen in mortaliteit. Dit artikel vormt de eerste in een geplande serie over sterfte in Den Haag. Het derde artikel (Nijhuis) stelt de kwestie van sociale ongelijkwaardigheid en gezondheidsverschillen bij jeugdigen in Den Haag aan de orde. Er wordt de consequentie aan verbonden dat serieuze veranderingen in de denk- en werkwijze van de instellingen voor jeugdgezondheidszorg nodig zijn om het gezonde bestaan van jongeren te bevorderen.

Deze uitgave draagt de visie uit dat in tegenstelling tot de bestaande situatie veel meer aandacht dient te worden gegeven aan collectieve en maatschappelijke aspecten van gezondheid. De kritische toon ten aanzien van de bestaande medisch ingekleurde gezondheidszorg is daaraan impliciet. Het zal duidelijk zijn dat de tot uitdrukking gebrachte visie niet los staat van politieke opvattingen over hoe onze samenleving moet worden geregeld, of juist ontregeld om het beste voor een ieder te bewerkstelligen. De liberale maatschappijvisie komt in de bezinning, en discussie hierover tot andere conclusies dan een socialistische maatschappij-opvatting. In de redactie bestond over de teneur van de in deze editie geuite visie geen gelijkheid van mening. Zij wil dan ook benadrukken dat de gepresenteerde opvattingen, kritiek of toekomstvisie niet door de volledige redactie wordt gedragen. Ook is zij van mening dat de dikwijls impliciete discussie over de aan de orde gestelde thema's expliciet gevoerd zou moeten worden. Daartoe vormt deze uitgave van het Epidemiologisch Bulletin een aanzet. De redactie vraagt zich in alle ernst af of een opiniërende uitgave als deze door het lezerspubliek als gewenst wordt ervaren. Zij nodigt daarom de lezers uit om naast of tegenover het gepresenteerde de eigen opvatting of kritiek voor publicatie aan te bieden. De samenstelling van de redactie staat borg voor gelijkwaardigheid in behandeling.

De redactie.

Hoe belangrijk is de medische zorg in een landelijk stelsel van gezondheidszorg? 1)

Een van de grote zwakheden in de ontwikkeling van de gezondheidszorg in de Verenigde Staten en ook van andere landen is de veronderstelling dat het opbouwen van een landelijk systeem van medische zorg hetzelfde is als het tot stand brengen van een landelijk stelsel van gezondheidszorg. De verwarring komt voor een deel voort uit de bewuste of onbewuste wens om een produkt te willen verkopen aan het publiek. Dit is misschien wel begrijpelijk maar niet echt goed te keuren. Immers wat er gedaan wordt is puur 'Madison Avenue', dat wil zeggen het verkeerd gebruiken van woorden om dingen te laten lijken wat zij niet zijn. Hetzelfde kan worden gezegd van de steeds modieuzere term 'gezondheidszorgsysteem'. Zoals Kristine Gebbie, Health Officer van de staat Oregon terecht opmerkte: "het valt te betreuren dat in het debat met het publiek gezondheidszorg een eufemisme vormt voor 'ziektezorg' of 'curatie'"(1).

De verwarring hangt eveneens samen met het feit dat op het gebied van het volksgezondheidsbeleid in de meeste landen de medische professie een dominante positie inneemt die primair geïntereerd is op curatie. Daarnaast vinden helaas veel regeringen de medische zorg het belangrijkste aspect van het gezondheidsbeleid omdat het politiek gezien het meest populaire deel is. Zij paaien daarmee als het ware de opvatting van het publiek dat evenals de medische professie overwegend belangstelling heeft voor curatieve voorzieningen.

Voordat de curatief geïntereerde Britse National Health Service tot stand kwam lagen de meningen in het Verenigd Koninkrijk op dit punt veel duidelijker. De British Medical Association bijvoorbeeld stelde dat er meer aandacht moest komen voor de economische, sociale, milieuhygiënische determinanten van gezondheid. En in 1934 verklaarde de Labourparty's Health Research Group, waar achtenswaardige leden als Herbert Morrison en Somerville Hastings deel van uit maakten, dat de drie belangrijkste oorzaken van ongezondheid in volgorde van importantie waren armoede, een defecte omgeving en inadequate medische zorg (2).

Ervaringen opgedaan met het Britse en ook Canadese medische zorgsysteem bevestigen dit. Pogingen om in beide landen de armoede te lenigen zijn vastgelopen op een steeds zwakker wordend economisch systeem. Een werkloosheidspercentage van meer dan 10% van de werkende bevolking lijkt nu een normaal verschijnsel te zijn geworden in deze landen. Noch de Britse noch de Canadese gezondheidsautoriteiten hebben zich serieus beziggehouden met preventie. Alle belangstelling was gericht op het medische zorgsysteem. Schotland geniet op het ogenblik de twijfelachtige eer om de eerste plaats te hebben overgenomen van Finland als land met het hoogste sterftecijfer veroorzaakt door hart- en vaatziekten. Engeland en Wales doen het niet veel beter. Gedurende

1) Overgenomen uit:
*Journal of Public
Health Policy* 1988;
9 nr 1: 7-10.

de jaren zeventig is het sterftecijfer in Canada van longkanker met 60% gestegen; het sterftecijfer van levercirrose met 25% (3). Dit zijn vermijdbare ziekten. Het is duidelijk dat een situatie van gelijke toegang tot medische zorg niet heeft geleid tot gelijkheid in gezondheid. In Engeland en Wales zijn de verschillen in mortaliteitscijfers tussen diverse sociale klassen zelfs groter geworden sinds het tot stand komen van de National Health Service. De twee hoogste sociale klassen (naar beroepsgroep) vertoonden een gestandaardiseerde mortaliteitsratio (SMR) van 91 in 1951 naar 80 in 1961 en 80 in 1971. De twee laagste sociale klassen hadden een SMR van 110 in 1951, 115 in 1961 en 121 in 1971. Het verschil in SMR's steeg van 19 (1951), naar 35 (1961), tot 41 (1971) (4). Ook het Canadese medische zorgsysteem is er niet in geslaagd gelijkheid in gezondheid te bewerkstelligen.

1. Gebbie K. *Impact of Cutbacks: Alternative Futures in Public Health Nursing* J Pub Health Policy 1986; 7: 21-7.
2. Fox DM. *Health Policies, Health Politics: the British and American Experience, 1911-1965*. Princeton NJ: Princeton University Press, 1986: 63-4.
3. Terris M. *Newer Perspectives on the Health of Canadians: Beyond the Lalonde Report*. J Pub Health Policy 1984; 5: 327-37.
4. Richard G. Wilkinson, editor. *Class and Health: Research and Longitudinal Data*. London and New York: Tavistock Publications, 1986: 14.
5. Wilkins R, Adams OB. *Health Expectancy in Canada, Late 1970s: Demographic, Regional and Social Dimensions*. Am J Pub Health 1983; 73: 1073-80.
6. Terris M. *The Primacy of Prevention*. Prev Med 1981; 10: 689-99.
7. Terris M. *Redefining, the Public Health Agenda*. J Pub Health Policy 1987; 8: 151-63.

Russel Wilkins en Owen Adams hebben berekend wat de invaliditeitsvrije levensverwachting is in Canada naar inkomensniveau in de tweede helft van de zeventiger jaren (5). Het bleek dat het verschil in algemene levensverwachting tussen mensen in de laagste en de hoogste inkomensgroepen 4,5 jaar was. Het verschil in levensverwachting zonder invaliditeit bedroeg 11 jaar. In Canada verkeren arme mensen gemiddeld slechts 55 jaar in goede gezondheid, dat wil zeggen een leven zonder invaliditeit. De invaliditeitsvrije levensverwachting van rijke Canadezen is 66 jaar. Het is essentieel dat personen werkzaam op het gebied van volksgezondheid begrijpen dat in een landelijk stelsel van gezondheidszorg medische zorg de minst belangrijke van de drie basiselementen is. Veel belangrijker zijn preventie en de levensstandaard. De snelste en meest dramatische verbeteringen op het gebied van de volksgezondheid zullen niet komen van de medische zorg maar uit preventieve maatregelen. Zo was het in het verleden toen infectieziekten de meeste aandacht vroegen. Maar zo is het ook vandaag de dag nu niet-infectieuze aandoeningen de belangrijkste oorzaken vormen van ziekte, invaliditeit en dood (6)(7).

Een van de meest verontrustende aspecten van de huidige situatie is, in het perspectief van preventie, de steeds groter wordende afstand tussen hoge en lage sociale klassen. Gelijkwaardigheid met betrekking tot een gezond bestaan (preventie) is immers belangrijker dan gelijkwaardigheid voor de medische zorg. Evenzeer is gelijkwaardigheid in de levensstandaard van doorslaggevende betekenis bij het verbeteren van de gezondheidstoestand. Daarom hebben gezondheidswerkers in de Verenigde Staten de verplichting om bij te dragen aan het bewerkstelligen van onder andere: volledige beschikbaarheid van werk; een adequaat gezinsinkomen; fatsoenlijke behuizing,

goede voeding; meer financiële ondersteuning ten behoeve van openbaar onderwijs en de verwijdering van financiële barrières voor hoger onderwijs, de verbetering van mogelijkheden voor culturele en recreatieve ontplooiing; bijdragen gericht op het beëindigen van discriminatie van minderheden.

Dit zijn nauwelijks nieuwe ideeën te noemen. In 1920 nam Winslow in zijn definitie van 'public health' het volgende op: 'the development of the social machinery which will ensure to every individual in the community a standard of living adequate for the maintenance of health' (7). Voorstanders van een nationaal medisch zorgsysteem dienen niet langer de illusie op te wekken dat dit synoniem is aan een landelijk stelsel van gezondheidszorg. Als hen de zorg voor de volksgezondheid in Amerika werkelijk ter harte gaat dienen zij de preventie niet langer alleen maar lippendienst te bewijzen. In plaats daarvan dienen zij preventie te verheffen tot een eerste prioriteit voor regeringsactie en financiële ondersteuning. Daarnaast dienen zij zowel in woord als in daad de pleitbezorgers te zijn voor 'the development of the social machinery which will ensure to every individual in the community a standard of living adequate for the maintenance of health'. ■

Sterfte in Den Haag (I)

Trends over de tijd van de totale sterfte

Ir. H.W.A. Struben, wetenschappelijk medewerker, stafbureau Epidemiologie, GG en GD Den Haag.

INLEIDING

Bij het beschrijven van de gezondheidstoestand van de bevolking te Den Haag in 1852 schrijft Schick met betrekking tot het belang van kennis over ziekte en sterftal 'de kennis van ziekten die zich vertoonen, van de ziekten die oorzaken van den dood zijn, van de sterfte in verhouding tot de bevolking en de geboorten, en van den levensduur, is de maat waarnaar wij de gezondheid van verschillende plaatsen beoordelen, waarnaar wij de veranderingen afmeten die in de oorzaken van ziekte en sterfte plaats grijpen' (1). Nu 136 jaar later gelden deze doelstellingen voor mortaliteitsstatistieken nog steeds. Beschrijving en analyse van sterfteverschillen tussen bevolkingsgroepen naar tijd, plaats en levensomstandigheden hebben tot doel de aandacht te richten op gezondheidsproblemen en aanwijzingen te verschaffen omtrent eventuele onderliggende oorzaken. De resultaten kunnen zo nodig aanleiding geven tot interventies.

Er zijn geen mortaliteitsanalyses van recente datum met betrekking tot de Haagse bevolking voorhanden. Wij zullen in de komende edities van het Epidemiologisch Bulletin uitgebreid aandacht besteden aan diverse aspecten van de lokale sterfte. In dit eerste artikel wordt het verloop van de totale, niet oorzaakspecifieke, sterfte vanaf 1700 beschreven. Vanaf 1850 nuanceren wij het verloop naar geslacht en trekken vergelijkingen met de landelijke sterfte. Na de Tweede Wereldoorlog doen wij dit ook met betrekking tot de drie andere grote steden en de provincie Zuid-Holland. In de volgende bijdragen wordt meer nadrukkelijk aandacht geschonken aan de leeftijdsspecifieke sterfte, veranderingen in het doodsoorzakenpatroon, de sterfteverschillen tussen wijken onderling en eventuele relaties met welstandsniveau.

De in dit artikel gepresenteerde informatie bestaat voor een belangrijk deel uit tijdreeksen van sterftcijfers waarvan de teller betrekking heeft op overledenen en de noemer op de bevolking waaruit deze overledenen afkomstig zijn. De daartoe benodigde gegevens zijn hoofdzakelijk ontleend aan de referentienummers twee tot en met negentien. De gegevens zijn voornamelijk afkomstig van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) of de voorlopers daarvan. Een andere belangrijke bron vormt het statistisch basismateriaal dat afkomstig is van de in 1986 opgeheven secretarie-afdeling Statistiek en Onderzoek van de gemeente Den Haag (19). Het opheffen van deze afdeling heeft helaas ook tot gevolg gehad dat belangrijke demografische informatie over Den Haag ondanks vele naspeuringen tot op heden spoorloos is. Het gebruik van het cijfermateriaal uit de genoemde publicaties loopt als een rode draad door

1. Schick JW. Over den gezondheidstoestand van 's-Gravenhage. Den Haag: 1852.
2. Jaarboekje over Uitgegeven op last van Z.M. den Koning 1826-1859. Samengesteld door R. Lobatto. Den Haag: Algemene Landsdrukkerij.
3. Statistisch jaarboek voor het Koninkrijk der Nederlanden 1857-1868. Departement van Binnenlandsche Zaken. Den Haag: Van Weelde en Mingelen.
4. Jaarcijfers over en vorige jaren. Statistisch Instituut der Vereniging voor de Statistiek in Nederland 1884-1891. Amsterdam.
5. Jaarcijfers door de Centrale Commissie voor de Statistiek 1892-1897. Den Haag: Van Weelde en Mingelen.
6. Jaarcijfers voor het Koninkrijk der Nederlanden 1898-1922. Centraal Bureau voor de Statistiek. Den Haag: Belinfante.

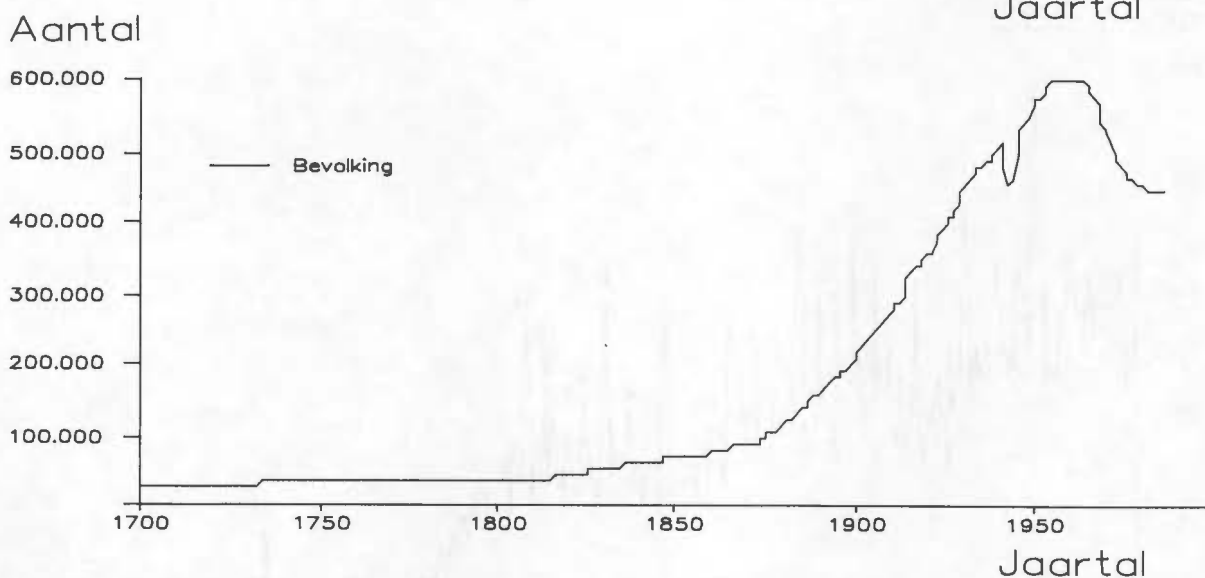
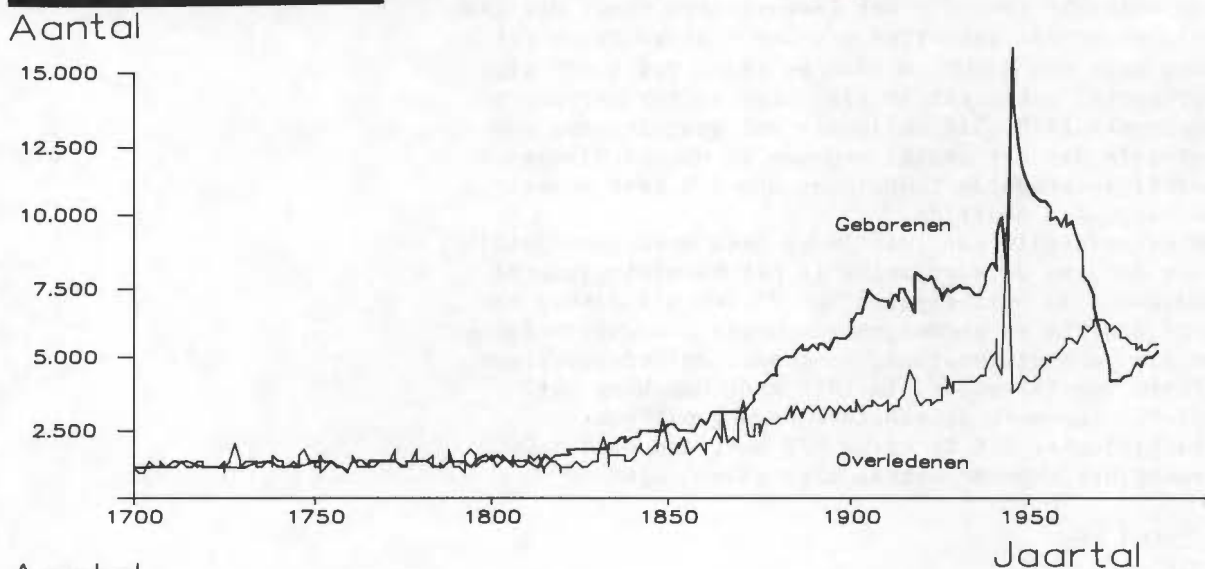
dit artikel. Expliciete verwijzing hiernaar zal in het verdere vervolg achterwege gelaten worden.

■ ABSOLUTE OMVANG STERFTE, GEBOORTE EN BEVOLKING VANAF 1700

Het vroegste statistisch materiaal met betrekking tot de in- en uitstroom van de Haagse bevolking ten gevolge van geboorte en overlijden treffen wij aan in het 'Algemeen verslag van den toestand der gemeente 's-Gravenhage over het jaar 1862'. In een door het bureau van de Burgerlijke Stand van Den Haag opgestelde staat zijn geboorten en sterfgevallen volgens de kerkelijke registers over het tijdvak 1700 tot en met 1862 opgenomen. Vanaf 1838 zijn er wettelijke voorschriften van kracht met betrekking tot het voeren van een bevolkingsregistratie door de Burgerlijke Stand, waardoor vanaf dat jaar ook hieruit geput kan worden. Een deel van de uit beide bronnen afkomstige geboorte- en overlijdensgegevens voldoet echter niet aan de eisen van een moderne bevolkingsadministratie (20). Zo zijn tot 1901 geboorte- en sterftecijfers verwerkt ongeacht of de betrokkene tot de werkelijke bevolking van Den Haag behoort. Geboorten van de Israelitische gemeenten ontbreken tot circa 1750 en tot 1924 worden dood- en levendgeborenen, die overlijden vóór aangifte, niet van elkaar onderscheiden. Ook de definitie van 'doodgeborenen' ondergaat in de loop van de tijd enige malen een wijziging (21). Voor het volgen van de belangrijkste ontwikkelingen in de tijd zijn deze kanttekeningen slechts van marginale betekenis.

De absolute omvang van geboorte en sterfte vanaf 1700 tot en met 1987 zijn uitgezet in figuur 1a. Daaronder is de bevolkingsomvang afgebeeld (figuur 1b) (22). Van 1700 tot 1988 overleden volgens de statistieken in totaal 748.335 Hagenaars. In die periode zagen 1.104.527 personen het levenslicht. Dit laatste aantal is exclusief de 25.729 doodgeboren respectievelijk levenloos aangegeven kinderen. Figuur 1 geeft een aantal interessante bevindingen te zien. Van 1700 tot 1815 houden sterfte en geboorte elkaar ongeveer in evenwicht. Dit blijkt ook uit het feit dat in de 18e eeuw in bijna de helft van het aantal jaren, namelijk 44, het aantal sterfgevallen groter is dan het aantal geboorten. In die periode is er niet of nauwelijks sprake geweest van een vestigingsoverschot daar de bevolking min of meer stabiel bleef. Zo schommelt het inwonersaantal van 1750 tot 1815 voortdurend rond de 42.500 duizend inwoners. Vanaf dat jaar verwijderen de geboorte- en sterftelijn zich van elkaar. In 1871 overtreft het aantal overledenen het aantal geborenen voorlopig voor het laatst. Dit is het laatste jaar waarin een pokkenepidemie massaal huishoudt onder de Haagse bevolking (1306 doden). Laten wij de Tweede Wereldoorlog buiten beschouwing dan is te zien dat de

7. *Jaarcijfers voor Nederland 1923-1968. Centraal Bureau voor de Statistiek. Den Haag.*
8. *Statistiek van de loop der bevolking van Nederland 1865-1941. Departement van Binnenlandsche Zaken resp. Centraal Bureau voor de Statistiek. Den Haag: Van Weelde en Mingelen, 1867-1947.*
9. *Bevolking van Nederland naar geslacht, leeftijd en burgerlijke staat 1830-1969. Centraal Bureau voor de Statistiek. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1970.*
10. *Bevolking van Nederland. Leeftijd en geslacht 1900-1952. Centraal Bureau voor de Statistiek. Utrecht: Uitgeversmaatschappij W. de Haan N.V., 1953.*
11. *Maandstatistiek van de bevolking en volksgezondheid. Diverse jaargangen. Centraal Bureau voor de Statistiek. Den Haag: Staatsuitgeverij.*
12. *Sterfteatlas van Nederland over 1841-1860. De Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Amsterdam, 1866.*
13. *Sterfteatlas van Nederland over 1860-1874. De Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Amsterdam, 1879.*
14. *Verslag aan den koningin van de bevindingen en handelingen van het geneeskundig staatstoezicht 1866-1900. Departement van Binnenlandsche Zaken. Den Haag: Van Weelde en Mingelen.*



Figuur 1a en 1b. Absoluut aantal overledenen, geboren en inwoners. Den Haag, 1700-1987.

15. Sterfte naar de oorzaken van de dood 1869-1874. Departement van Binnenlandsche Zaken. Den Haag: Van Weelde en Mingelen.

16. Vijfjarig overzicht van de sterfte naar den leeftijd en de oorzaken van den dood in elke gemeente 1875-1880 en 1895-1899. Departement van Binnenlandsche Zaken. Den Haag: Van Weelde en Mingelen.

omvang van de geboorten die van de sterfte gedurende de volgende 100 jaar verre overtreft. Vanaf 1971 is er weer sprake van een omgekeerde situatie. In 1987 overlijden er bijvoorbeeld 5481 Hagenaars, circa 50 meer dan dat er in dat jaar geboren worden.

Qua absolute omvang van de sterfte vormt uiteraard 1945 een zwarte bladzijde uit de historie van Den Haag. In dat jaar overlijden, onder andere als gevolg van de hongersnood (1590 doden) en oorlogshandelingen (586 doden), circa 10.000 Hagenaars.

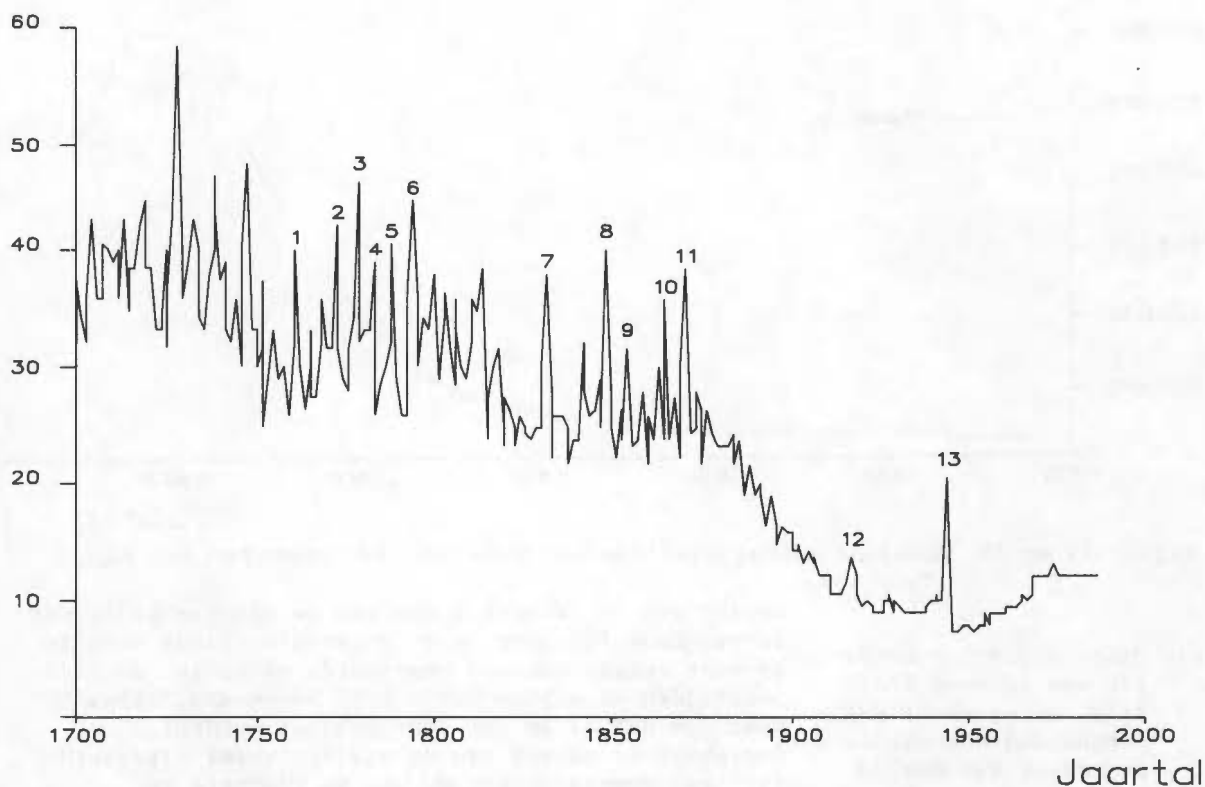
Tijdens de Tweede Wereldoorlog overlijden circa 16.000 van de naar schatting 18.000 Joodse Hagenaars in of buiten Den Haag.

In reactie op de oorlogsomstandigheden zien in 1946 aan de start van de 'baby boom' 16.061 Hagenaars -

een absoluut record - het levenslicht. Vanaf dat jaar zal het aantal geboorten gestaag blijven dalen tot iets meer dan 4.000 in 1976 en 1977. Met 5.428 ligt het aantal geboorten in 1987 weer op het niveau van omstreeks 1890. Dit weliswaar met inachtneming van het feit dat het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijdscategorie thans meer dan 2,5 keer zoveel bedraagt als destijds.

De geboortegolf van 1947 is er mede verantwoordelijk voor dat, na de aderlating in het bevolkingsaantal gedurende de oorlogsjaren met 75.000 als gevolg van hoge sterfte en gedwongen evacuatie (Jodenvervolging) en een vestigingsverbod, weer snel het vooroorlogse niveau bereikt wordt. In 1958 kent Den Haag met 607.973 inwoners de grootste omvang uit haar geschiedenis. Dit is circa 27% meer dan de 445.000 waarop het inwonersaantal zich thans lijkt te

Sterfte per 1.000



- | | |
|---------------------------|--|
| 1. 1762 Pokken | 8. 1849 Cholera (1070) |
| 2. 1773 Pokken | 9. 1855 Cholera + Mazelen + Pokken (95, 155, 145) |
| 3. 1779 Roodvonk + Pokken | 10. 1866 Cholera asiatica |
| 4. 1784 Pokken | 11. 1871 Pokken (1306) |
| 5. 1791 Pokken + Mazelen | 12. 1918 Spaanse griep (545) |
| 6. 1795 Rode loop | 13. 1945 Honger nood + Oorlogsomstand. (1590, 586) |
| 7. 1832 Cholera (556) | |

Figuur 2. Aantal overledenen (per 1.000). Den Haag, 1700-1987. 1)

1) Exclusief doodgeboren en levenloos aangegeven.

- stabiliseren.
- De spectaculaire bevolkingsgroei, die zich in Den Haag gedurende de 19e eeuw inzet, doet zich in de gehele geïndustrialiseerde wereld voor. De meeste historici zijn het er tegenwoordig over eens dat de daling van het sterftecijfer veel belangrijker is geweest dan de toename van het geboortecijfer (23). Het vanuit historisch, demografisch, economisch en geneeskundig perspectief gevoerde debat over de achterliggende oorzaken is nog steeds niet afgerond. Hofstee is van mening dat de na 1815 ingezette bevolkingsgroei in eerste instantie veroorzaakt wordt door een toegenomen geboortecijfer (24). De oorzaak zou gelegen zijn in de verlichting, waarin na beëindiging van de Franse overheersing in 1815, de remmen van de oude maatschappij worden losgegooid. Dit resulteert in een stroom onwettige geboorten en een hoger geboortecijfer. Omstreeks 1880 treedt volgens hem een soortgelijke 'geestelijke' ommekeer op die onder andere resulteert in een toename van het hygiënisch besef. Afname van het sterftecijfer wordt niet veroorzaakt door een vooruitgang van de medische wetenschap, maar is het gevolg van de aanleg van waterleiding en riolering en verbetering van andere sanitaire en hygiënische omstandigheden. Jansen en de Meere menen dat een betere verklaring is gelegen in het einde van de blokkade van de scheepvaart na de Franse periode (23). Hierdoor komen handel en nijverheid weer op gang waardoor na 1817 de prijzen van de eerste levensbehoeften dalen, en zijn dientengevolge het aantal huwelijken en geboorten toegenomen. Door toedoen van een betere voeding neemt de vatbaarheid voor infectieziekten af. Met name de sterfte tengevolge van tuberculose zou hierdoor zijn verminderd. Andere menen echter dat de afname van de sterfte ook voor een belangrijk deel is gelegen in de opkomst van de gezondheidszorg. Zij wijzen hierbij onder andere op de invloed van de pokkenvaccinatie.
17. *Statistiek van de sterfte naar den leeftijd en de oorzaken van den dood, resp: Sterfte naar doodsoorzaken, leeftijd en geslacht, resp: Overledenen naar doodsoorzaak, leeftijd en geslacht. Den Haag/ Voorburg, 1901-1986.*
18. *Overzicht der sterfte naar geslacht, leeftijd en de oorzaken van den dood 1901-1904. Centraal Bureau voor de Statistiek. Den Haag: 1908.*
19. *Basisdocumentatie bevolkingsstatistiek. Afdeling Statistiek en Onderzoek der Gemeentesecretarie. Den Haag.*
20. *Van Gravenslot tot Groote Stad. Statistisch kwartaalschrift gemeente Den Haag. 1946: no. 3.*
21. *Geboorte en sterfte. Gecorrigeerde cijfers 1950-1963. Maandstatistiek van de bevolking en volksgezondheid 1964: no. 3. Centraal Bureau voor de Statistiek.*
22. *Algemeen Verslag van den toestand der Gemeente 's-Gravenhage over het jaar 1862.*
23. *Jansen PC, De Meere JMM. Het sterftepatroon in Amsterdam 1774-1930. Tijdschr Soc Geschiedenis 1982; 8: 26.*
24. *Hofstee EW. Korte demografische geschiedenis van Nederland van 1800 tot heden. Haarlem: Fibula van Dishoeck, 1981.*
- STERFTECIJFERS VANAF 1700
- Keren wij nu terug naar de Haagse situatie. In figuur 2 wordt rekening gehouden met de omvang van de bevolking door de sterfte uit te drukken per 1.000 inwoners. Een oogopslag is voldoende om te beseffen hoe hoog de sterfte in de 18e en 19e eeuw geweest is. Qua gemiddeld niveau van het bruto-sterftecijfer zijn een aantal perioden van elkaar te onderscheiden. Van 1700 tot 1750 beweegt de gemiddelde bruto-sterfte zich iets beneden de 40 per 1.000 inwoners. De volgende 65 jaar, tot 1815, beweegt het niveau zich iets boven de 30, waarna het zakt tot circa 25 per 1.000 voor de periode van 1815 tot 1871. Dan zet een sterke daling in tot ongeveer 8 per 1.000 inwoners in het begin van de jaren vijftig. Thans bedraagt het sterftecijfer ongeveer 12 per 1.000 inwoners. Duidelijk is ook af te lezen dat tot 1871 sterfte-

epidemieën ten gevolge van infectieziekten schering en inslag waren. Met grote regelmaat hield de sterfte onder de bevolking huis met een intensiteit welke die van de Tweede Wereldoorlog te boven ging. Met een sterfte van bijna 60 per 1.000 vormt 1729 het absolute 'topjaar'. Een sterfte van dergelijke omvang zou thans in een jaar bijvoorbeeld de gehele bevolking van de Bomen-, Bloemen- en Vruchtenbuurt (27.000 inwoners) elimineren. Met de verbetering van de hygiënische omstandigheden in de laatste decennia van de 19e eeuw verdwijnen ook de sterftepleken uit het patroon. Een uitzondering vormen daarna nog de Spaanse griep-epidemie uit 1918 en de gebeurtenissen rond 1944-45.

Uit beschrijvingen van de toestand in Den Haag vanaf circa 1850 blijkt dat de leefomstandigheden in de grote stad Den Haag schreeuwen om hygiënische verbeteringen. Zo worden alle faecalieën en ander afval op de slecht doorstroomde grachten en sloten geloosd. Eind 18e eeuw zijn deze nog schoon maar tengevolge van de toename van de bevolking zijn deze rond 1850 dermate vervuild, dat bij warm weer zomers de stank ondragelijk is en zelfs tot ver buiten de stad te ruiken is. Bij hoog water gebeurde het nogal eens dat de drab en het vuil door de riolering terugstroomde in met name de laaggelegen huizen van de mindervermogenden. In toenemende mate vervuilde het grondwater met alle nadelige gevolgen voor de drinkwatervoorziening. Hoewel er reeds vanaf 1825 plannen bestaan voor een 'uitwatering' bij Scheveningen zal het gemeentebestuur pas in 1870 besluiten tot het graven van een verbinding door de duinen heen naar zee.

Ook de situatie met betrekking tot de behuizing voor de arbeidersbevolking, die voornamelijk in hofjes zijn ondergebracht, is zeer droevig. Schick stelt in 1852 deze mistoestanden reeds aan de kaak (1). In een uitgebreid medisch-geografische beschrijving van Den Haag gaat hij in op de relatie tussen de slechte sanitaire- en hygiënische omstandigheden en de gezondheidstoestand. Een en ander gebeurt tegen de achtergrond van de dan heersende miasma-theorie, dat kwalijke dampen ('mal-aria'), vrijgekomen uit de rotting van organisch materiaal, een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van ziekten. Zo zijn er niet weinigen, die menen dat Den Haag vanuit geneeskundig oogpunt zeer ongelukkig is gelegen. Zij zijn bevreesd voor de nabijheid van de zee en de kwalijke dampen die zij menen te zien opstijgen uit het Haagse Bosch. Schick bestrijdt dit. Wel schrijft hij naar aanleiding van de door hem waargenomen toename van de zuigelingensterfte: 'slechte lucht oefent eenen hoogst verderfelijken invloed op het kinderlijk organisme uit, die meer behoudt van de lucht die het inademt dan de volwassene omdat het kind die stoffen tot aanwas en vorming noodig heeft'. Hij haalt daarbij het verslag aan van een Engelse gezondheidscommissie uit 1848 die stelt dat men

sterfte onder jonge kinderen als maatstaf voor de zuiverheid van de lucht kan aannemen. Schick tracht onder andere de vraag te beantwoorden of de gezondheidssituatie van de Hagenaars ten opzichte van eind 18e eeuw er op achteruit is gegaan. Zo schrijft hij dat: 'zij die onder den invloed van 'mal-aria' leven traag, zoowel van ligchaam als van geest, onverschillig en zwaarmoedig worden; daarom is eene beschrijving van den inborst, de driften en de neigingen van de Hagenaars uit de vorige eeuw de vermelding wel waardig. Daaruit zullen zij die het tegenwoordige volkskarakter bekend zijn wellicht enig besluit kunnen trekken'. Ons komt daarbij een nieuwe theorie voor ogen over de etiologie van de 'ambtenaren-atmosfeer' te Den Haag.

Uit particulier initiatief ontstaat een aantal jaren later in Den Haag de Vereniging tot Verbetering van den Gezondheidstoestand, het latere Hygiënisch Genootschap. Deze houdt zich heel nadrukkelijk bezig met de verbetering van de sanitaire en hygiënische omstandigheden tot in de 20e eeuw. Van 1866 tot 1905 verzamelt zij gegevens over sterfgevallen naar leeftijd en doodsoorzaak voor de verschillende straten van de stad teneinde onder andere de kwalijke invloed van de sterk vervuilde grachten en sloten aan te kunnen tonen. Ook verschillen in welstand tussen diverse bevolkingsgroepen worden bij sterfte-analyses betrokken.

■ GESTANDAARDISEERDE STERFTECIJFERS VANAF 1850

Sterfte is in hoge mate leeftijdsafhankelijk. Het sterftecijfer hangt daarom af van de leeftijdsopbouw van een bevolking. Bij gelijkblijvende sterfte onder de diverse leeftijdsgroepen zal bij een verouderende bevolking het brutocijfer toenemen. Vanaf 1850 zijn gegevens met betrekking tot de leeftijdsopbouw van de Haagse bevolking bekend. Tabel 1 illustreert de verschuiving in de leeftijdsopbouw van de Haagse bevolking vanaf 1850. In dat jaar bedroeg het aandeel mannen en vrouwen ouder dan 65 jaar respectievelijk 3,9 en 6,3%. Thans in 1988 zijn deze percentages gestegen tot 14,3 en 23,5%. Hieruit blijkt hoe sterk

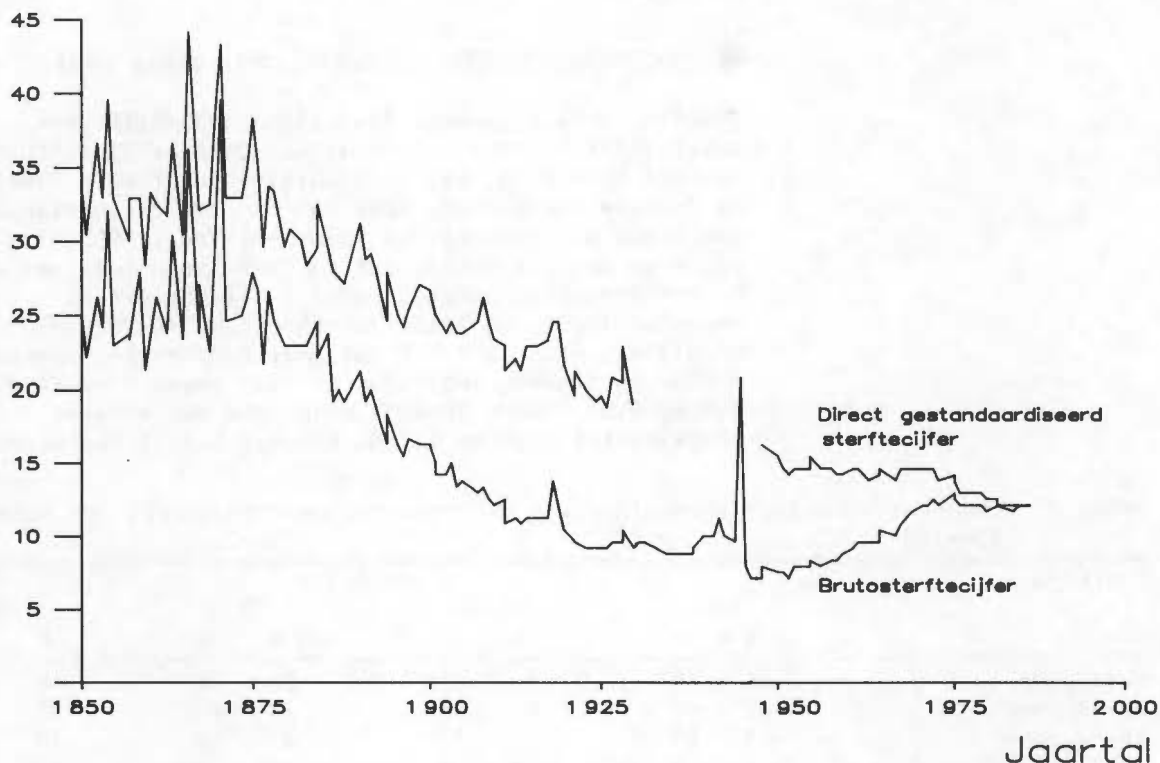
Tabel 1. Procentuele leeftijdsverdeling van de bevolking naar geslacht. Den Haag, 1850-1988.

Leeftijd	Peiljaar							
	1850		1900		1950		1988	
	M	V	M	V	M	V	M	V
< 14 jaar :	35	29	36	29	28	24	16	14
15-44 jaar:	47	47	44	47	44	44	50	42
45-64 jaar:	14	18	15	17	21	23	20	20
> 65 jaar :	4	6	5	7	7	9	14	24
Totaal :	100	100	100	100	100	100	100	100

de Haagse bevolking met name na 1950 is vergrijsd. Om bij vergelijking van sterftcijfers in de tijd (of tussen bevolkingsgroepen onderling) een dergelijke verstoring te voorkómen hebben wij voor ieder jaar het brutosterftcijfer berekend dat zou gelden als de leeftijdsopbouw van de bevolking niet was veranderd.

Wij noemen dit het direct- (voor leeftijd) gestandaardiseerde sterftcijfer. De keuze van de leeftijdsopbouw die wij als constant (standaard) veronderstellen is arbitrair. Bij het in figuur 3 afgebeelde verloop van de direct-gestandaardiseerde sterftcijfers is uitgegaan van de gemiddelde leeftijdsopbouw van de Haagse bevolking in 1987. Uit de figuur blijkt dat over de gehele tijdsperiode de direct-gestandaardiseerde sterfte hoger ligt dan de bruto-sterfte. Met andere woorden, wanneer wij het sterfteniveau uit het verleden willen vergelijken met het momentane niveau dan moeten wij er rekening mee houden dat de sterfte in het verleden relatief gunstig is vertekend door de veranderde leeftijdsopbouw. Zo bedraagt de bruto-sterfte over 1850-59 gemiddeld 23.0 per 1.000, hetgeen 10 per 1.000 minder is dan de direct-gestandaardiseerde sterfte (33.8). Ten opzichte van het huidige niveau (12.3) ligt dit

Sterfte per 1.000



Figuur 3. Direct-gestandaardiseerd - en brutosterftcijfer (per 1.000).
Den Haag, 1850-1987.

respectievelijk 87% en 174% hoger. Ook in deze figuur valt de sterftedaling na 1870 op alsmede het feit dat de direct-gestandaardiseerde sterftecijfers na 1950 geen stijging meer vertonen. De toename van de brutosterfte na 1950 is dus het gevolg van de vergrijzende bevolking. Wegens onvoldoende gegevens kan voor de periode 1930 tot 1947 geen direct-gestandaardiseerd sterftecijfer berekend worden.

■ VERGELIJKINGEN MET NEDERLAND, DE ANDERE GROTE STEDEN EN DE PROVINCIE ZUID-HOLLAND

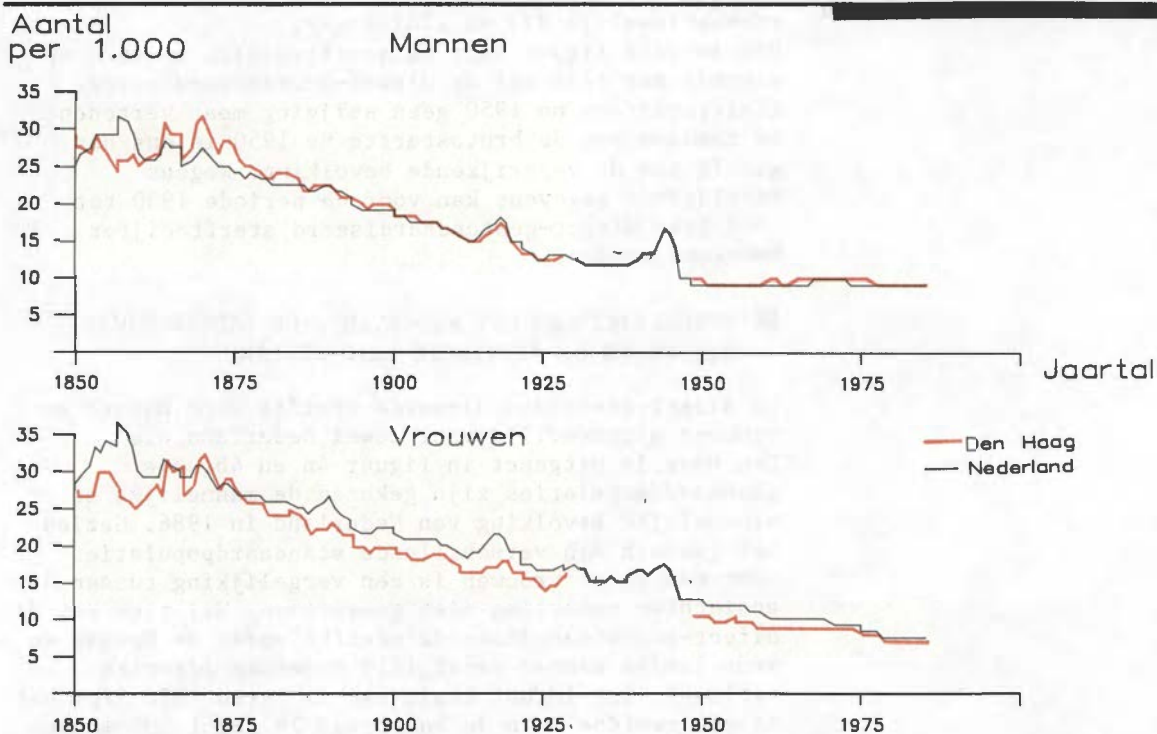
De direct-gestandaardiseerde sterfte voor mannen en vrouwen afzonderlijk voor zowel Nederland als Den Haag is uitgezet in figuur 4a en 4b. Als standaardpopulaties zijn gekozen de mannelijke en vrouwelijke bevolking van Nederland in 1986. Gezien het gebruik van verschillende standaardpopulaties voor mannen en vrouwen is een vergelijking tussen de geslachten onderling niet toegestaan. Wij zien dat de direct-gestandaardiseerde sterfte onder de Haagse en Nederlandse mannen vanaf 1850 nagenoeg identiek verloopt. Tot in het begin van de jaren 1870 ligt het niveau gemiddeld in de buurt van 28 per 1.000 mannen en daalt tot circa 9 à 10 per 1.000 in 1950. Vanaf die tijd treedt er weinig verandering meer op. Dit betekent dat vanaf 1850 de totale sterfte onder mannen met circa 65% is gedaald.

Bij de vrouwen ligt dit anders. Nagenoeg over de gehele periode van 1850 ligt de sterfte bij de Haagse vrouwen onder het niveau van de Nederlandse vrouwen. Vanaf circa 1970 is de sterfte even groot. In tegenstelling tot de mannen vertoont het verloop bij de vrouwen een continue dalend karakter, ook na de jaren 1950. Thans bedraagt de sterfte circa 8 per 1.000 hetgeen ten opzichte van 1850 een daling van meer dan 70% is.

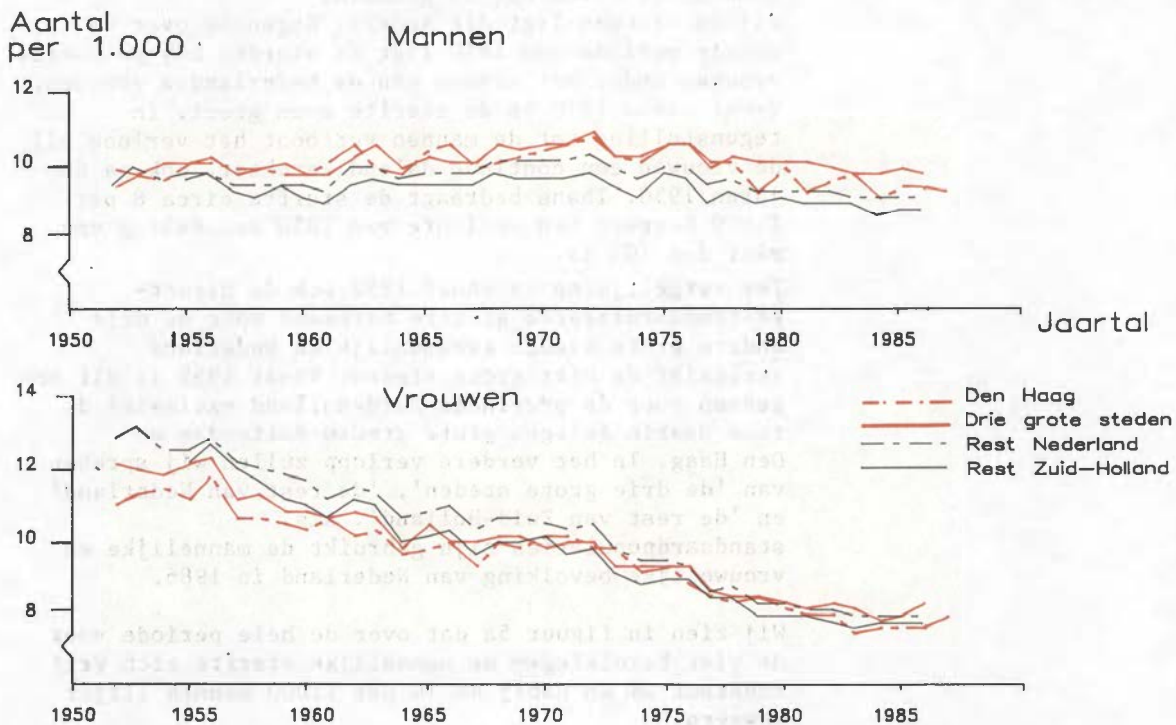
Ter vergelijking is vanaf 1952 ook de direct-gestandaardiseerde sterfte berekend voor de drie andere grote steden gezamenlijk en Nederland exclusief de vier grote steden. Vanaf 1955 is dit ook gedaan voor de provincie Zuid-Holland exclusief de twee daarin gelegen grote steden Rotterdam en Den Haag. In het verdere verloop zullen wij spreken van 'de drie grote steden', 'de rest van Nederland' en 'de rest van Zuid-Holland'. Als standaardpopulaties zijn gebruikt de mannelijke en vrouwelijke bevolking van Nederland in 1986.

Wij zien in figuur 5a dat over de hele periode voor de vier bevolkingen de mannelijke sterfte zich vrij constant om en nabij de 10 per 1.000 mannen blijft bewegen.

Het sterftecijfer voor mannen van Den Haag en ook van de grote steden ligt over de hele periode op een hoger niveau dan de rest van Nederland. De mannen uit de rest van Zuid-Holland onderscheiden zich op hun



Figuur 4a en 4b. Voortschrijdend gemiddelde van de direct-gestandaardiseerde sterfte (per 1.000) voor mannen en vrouwen. Den Haag en Nederland, 1850-1987.



Figuur 5a en 5b. Vergelijkingen van het voortschrijdend gemiddelde van de direct-gestandaardiseerde sterfte voor mannen en vrouwen tussen Den Haag, de drie grote steden, de rest van Nederland en de rest van Zuid-Holland, 1950-1987.

beurt weer gunstig ten opzichte van de rest van Nederland.

Het gemiddelde direct-gestandaardiseerde sterftecijfer over de afgelopen tien jaar bedraagt voor Den Haag, de drie grote steden, de rest van Nederland en de rest van Zuid-Holland respectievelijk 9.7, 10.0, 9.2 en 8.9 per 1.000 mannen. Het is belangwekkend om na te gaan wat dit betekent in absolute aantallen doden. Met andere woorden wat is de relevantie van deze verschillen? De mannelijke sterfte in Den Haag bedraagt bijvoorbeeld 0.7 per 1.000 meer dan in de rest van Zuid-Holland. Dit betekent dat wanneer de huidige mannelijke Haagse bevolking van circa 210.000 dezelfde leeftijdsamenstelling zou hebben als de standaardpopulatie, de sterfte circa 150 meer bedraagt dan in de groep 'Zuid-Hollandse' mannen.

Bij de vrouwen daarentegen zien wij een geheel ander beeld (figuur 5b). De vier bevolkingen geven vanaf 1952 een voortdurend dalend sterftecijfer te zien. Het niveau daalt van gemiddeld 12 per 1.000 vrouwen in het begin van de jaren vijftig tot minder dan 8 op dit ogenblik. Dit betekent maar liefst een sterftevermindering van een derde. In tegenstelling tot mannen onderscheidt de sterfte onder Haagse vrouwen, en vrouwen in de drie grote steden zich niet ongunstig ten opzichte van de rest van Nederland. De sterfte onder de Haagse vrouwen ligt zelfs nagenoeg gedurende de hele periode lager. Zoals wij reeds eerder zagen is dit bijna voortdurend het geval geweest vanaf 1850. Wel zien wij dat nu het verschil ten gunste van de Haagse vrouwen (2 per 1.000 aan het begin van de jaren vijftig) zeer geleidelijk convergeert naar het Nederlandse niveau. Dit geldt ook voor de drie andere grote steden en de rest van Zuid-Holland.

Resumeren mogen wij stellen dat de Haagse bevolking thans is blootgesteld aan sterfterisico's die behoren tot de laagste die de mensheid ooit gehad heeft. Onze Haagse voorouders uit het midden van de vorige eeuw zouden ons in ieder geval zeer benijd hebben vanwege verworven sterftedaling. Immers 'ongelijkheid in de duur van het leven zelf, is één van de meest fundamentele vormen van ongelijkheid tussen groepen mensen' (25). ■

Maatschappelijke omgeving, gezondheid en jeugdgezondheidszorg

Op 17 mei 1988 werd op initiatief van de Nationale Kruisvereniging een conferentie gehouden over het thema: 'Het consultatiebureau is niet van gisteren'. De inhoud van dit artikel vormde als voordracht één van de bijdragen aan de discussie. De toekomst van het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters staat ter discussie.

Het thema van maatschappelijke omstandigheden en gezondheid heeft de laatste jaren enorm aan actualiteit gewonnen. Met name is zo langzamerhand wel duidelijk dat onze welvaartstaat inclusief onze moderne gezondheidszorg niet een adequaat antwoord kunnen bieden op de alom gesignaleerde sociale ongelijkwaardigheid en gezondheidsverschillen (1)(2)(3)(4)(5).

In dit artikel worden de thema's jeugdgezondheidszorg en sociale ongelijkwaardigheid met elkaar in verband gebracht. Er wordt gezocht naar nieuwe wegen om vanuit de gezondheidszorg op adequate wijze met deze maatschappelijke verschijnselen om te gaan. Het onderdeel van de gezondheidszorg dat voor het voetlicht wordt geplaatst is de preventieve gezondheidszorg voor zuigelingen, kleuters en schoolgaande kinderen. Het betoog heeft echter ons inziens tevens relevantie voor de preventieve gezondheidszorg in meer algemene zin, zo ook voor de gezondheidszorg in haar totaliteit.

De verhandeling is niet bedoeld om meer duidelijkheid te verschaffen over de concrete organisatie of over financieel-administratieve en personele aspecten van het consultatiebureau, het schoolartsencentrum of een kruisvereniging of Geneeskundige Gezondheidsdienst. De discussie is functioneel van aard en heeft eerder de hoedanigheid van de zorg tot aandachtsgebied dan wie of wat het instituut vormt. Om die reden wordt in dit bestek bijvoorbeeld niet de vraag gesteld of de huisarts dan wel het consultatiebureau het aangewezen instituut is voor jeugdgezondheidszorg.

Eerst geven wij een aantal voorbeelden van sociale ongelijkwaardigheid en gezondheidsverschillen afkomstig uit onderzoek bij jeugdigen in Den Haag. Daarna trachten wij meer duidelijkheid te verschaffen over de samenhang tussen maatschappelijke omstandigheden en gezondheid bij jeugdigen. In het licht van de gepresenteerde interpretatie geven wij vervolgens een typering van de jeugdgezondheidszorg 'van vandaag'. In dat perspectief volgt tenslotte een karakterisering van de jeugdgezondheidszorg 'van morgen'.

■ ENKELE VOORBEELDEN

Allereerst geven wij enkele voorbeelden van sociale ongelijkwaardigheid en gezondheidsverschillen, zowel voor een beter begrip als om te laten zien dat ook vandaag de dag opvallende verschillen bestaan tussen het gezondheidsniveau van kinderen uit hogere en lagere sociale klassen. Onderzocht worden twee

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

indicatoren voor gezondheid bij jeugdigen: sterfte en groeiachterstand. Epidemiologische informatie over deze twee parameters van volksgezondheid weerspiegelen slechts een zeer beperkt aspect van de gezondheidstoestand van kinderen. Zij drukken cijfermatig iets uit over ultieme toestanden van ziekte of gebrek. Als zodanig moeten ze worden geïnterpreteerd als toppen van een 'onzichtbare' ijsberg.

In tabel 1 staat een belangwekkende historische analyse van de zuigelingensterfte in Den Haag rondom de eeuwwisseling (6). Weergegeven is de sterfte onder zuigelingen van gezinnen woonachtig in de zogenaamde 'hofjes' naast de zuigelingensterfte van gezinnen die daar niet in wonen. De 'hofjes' vormden in die dagen karakteristieke woonsteden voor arbeidersgezinnen. De woonomstandigheden waren er doorgaans belabberd: kleine behuizing, pover sanitair en een slechte watervoorziening. Zulks in tegenstelling tot de woonomstandigheden bij de meer welgestelde gezinnen. Wij zien dat voor alle districten in Den Haag de zuigelingensterfte hoger uitvalt voor de 'hofjes'-kinderen. Over het totaal genomen blijkt dat de zuigelingensterfte zo'n 80 à 90 jaar geleden in Den Haag 30% hoger was in de lagere sociale klassen. Onder andere dit soort uitingen van ongelijkheid stonden indertijd in het brandpunt van de belangstelling van een stroming in de sociale geneeskunde die wordt aangeduid als de 'hygiënisten'. In Den Haag vroegen geneeskundigen als Parreau en Egeling en de 'Vereniging Tot Verbetering Van Den Gezondheidstoestand' in dezelfde gemeente de aandacht van het gemeentebestuur voor deze schrijvende verschillen. Onder andere door de sociaal-politieke acties die gevoerd werden door deze groep sociaal-geneeskundigen zijn op den duur belangrijke verbeteringen in de woonomstandigheden van de 'hofjes'-bewoners in Den Haag tot stand gebracht. Het volgende citaat mag in dit verband niet onvermeld blijven: 'Het eerste consultatiebureau werd in 1910 in Den Haag geopend. Aanleiding was de hoge zuigelingensterfte. Het uitvoerende werk was daarom vooral gericht op het aanleren van een betere hygiëne en verzorging aan moeders' (7). Blijkbaar heeft ook het huidige sociaal-geneeskundige vakgebied van de jeugdgezondheidszorg als bestaansgrond de maatschappelijk onacceptabel hoge zuigelingensterfte, met name in de lagere sociale klassen.

Een tweede voorbeeld (tabel 2) betreft een analyse van de hedendaagse perinatale en zuigelingensterfte in Den Haag naar sociale klasse. In deze retrospectieve studie zijn door middel van de odds ratio relatieve risico's berekend van kinderen van vaders uit verschillende sociaal geclassificeerde beroepsgroepen (8). Zowel bij de perinatale als bij de zuigelingensterfte is dezelfde trend waarneembaar.

Tabel 1. Doodgeboortes en sterfgevallen onder één jaar (per 100 geboortes). Den Haag, 1895-1904. (6)

Distr	'Hofjes'-bewoner	
	Ja	Neen
I	20.2	12.5
II	21.6	13.9
III	23.7	16.3
IV	23.3	16.5
V	28.6	11.2
VI	24.7	20.5
VII	19.8	15.7
VIII	26.0	19.4
IX	21.1	18.4
X	25.7	21.2
XI	22.3	18.9
XII	21.1	18.0
XIII	22.4	19.4
Totaal:	23.0	17.7

Tabel 2. Relatieve risico's voor perinatale - en zuigelingensterfte. Den Haag, 1976-1980. (8)

Kwalificatie beroep vader	Perinataal	Zuigelingen
Zonder beroep :	2.10	1.34
Eenvoudig :	1.08	1.09
Vrij ingewikkeld:	1.03	0.78
Ingewikkeld :	1.00	1.00
Zeer ingewikkeld:	1.03	0.95
Wetenschappelijk:	0.58	0.91
Overheid :	0.75	0.86

De overlevingskansen rondom de geboorte en in de zuigelingenleeftijd zijn geringer voor kinderen van vaders uit lagere beroepsgroepen. Evenals vroeger geldt ook nu nog als belangrijkste verklaring voor de gevonden verschillen dat kinderen uit lagere sociale klassen meer blootgesteld worden aan gezondheidsbedreigende bestaansomstandigheden.

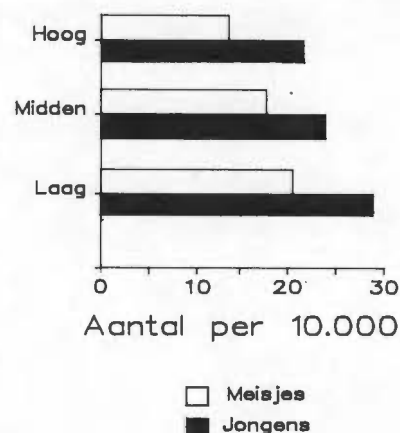
In recent sociaal-demografisch onderzoek is een classificatie van wijken in Den Haag gemaakt naar sociaal-achterstandsniveau (9). Ten behoeve van de in figuur 1 weergegeven analyse zijn de Haagse wijken gegroepeerd naar drie sociale lagen op een dusdanige wijze dat in iedere laag ongeveer evenveel inwoners vertegenwoordigd zijn. Voor deze drie groepen wijken staan in de figuur de sterftecijfers van nul- tot vier-jarigen weergegeven (10). Opnieuw blijkt dat ook vandaag er een evidente samenhang bestaat tussen sociale klasse en de gezondheidstoestand van kinderen. Geboren worden en opgroeien in 'achterstandsbuurten' betekent minder kansen op een goede gezondheid. Deze conclusie is consistent met talrijk onderzoek in binnen- en buitenland (2)(11)(12).

■ GEZONDHEID EN MAATSCHAPPIJ

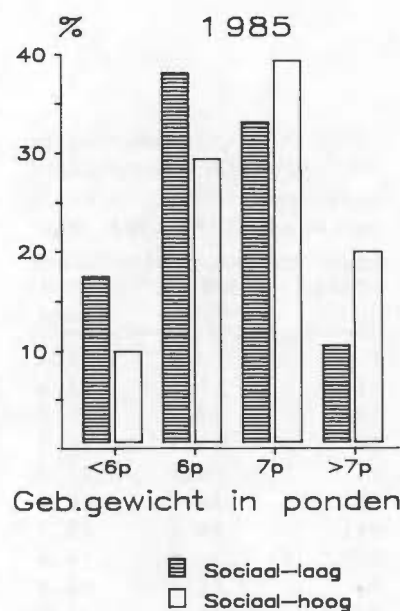
Aan de hand van het volgende voorbeeld, eveneens afkomstig uit Den Haag, willen wij dieper ingaan op de samenhang tussen de gezondheid van kinderen en maatschappelijke omstandigheden. Als indicatoren voor gezondheid wordt in dit voorbeeld gekozen voor geboortegewicht en groeiachterstand. Als parameter van sociale classificatie is ook in dit onderzoek gebruik gemaakt van de sociale classificatie van Haagse buurten (9). De twee lichaamsmaten zijn voor vier- en achtjarige kinderen onderzocht met behulp van de reguliere dossiers van de jeugdgezondheidszorg en vervolgens geanalyseerd naar sociaal geclassificeerd woonadres (5).

In figuur 2 is het geboortegewicht naar sociale klasse weergegeven. Het is evident dat kinderen in de laagste sociale klassen vaker een licht geboortegewicht hebben in vergelijking met de hogere sociale lagen. Er bestaat consensus over dat het frequent vóórkomen van geboortegewichten onder de zes pond

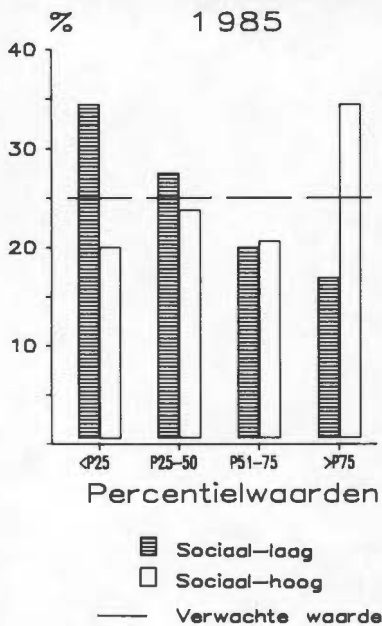
Sociale classificatie



Figuur 1. Sterftecijfer voor 0-4 jarige jongens en meisjes naar sociale classificatie van wijken. Den Haag, 1977-1986. (10)



Figuur 2. Procentuele verdeling van het geboortegewicht naar sociale classificatie. Den Haag, 1985. (5)



Figuur 3. Procentuele verdeling van de lengte naar sociale classificatie over de percentielwaarden van de landelijke referentiewaarden. Den Haag, 1985. (5)

duidt op een prenatale blootstelling aan minder gezonde levensomstandigheden. Prenatale medische zorg, de gezondheidstoestand van de moeder en leefgewoonten van de moeder als voeding, roken en rust vormen hier bepalende voorwaarden.

Wij bekijken nu de in figuur 3 weergegeven lengtegroei van de kinderen naar sociale klasse. Relatief komen de meeste korte kinderen voor in de lagere sociale klassen, de lange kinderen in de hogere. De karakteristieke trend is opnieuw evident en wijst wederom op de blootstelling aan ongezonde bestaansomstandigheden.

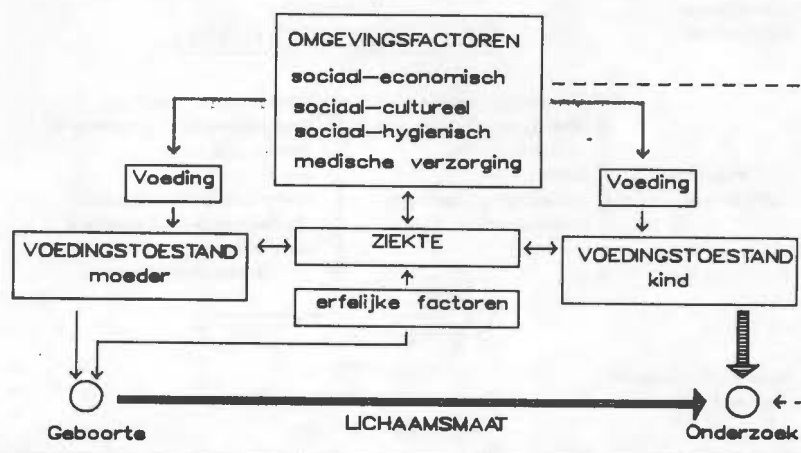
In deze twee figuren staan epidemiologische analyses gepresenteerd die gebaseerd zijn op individuele persoonskenmerken. Wanneer wij het wezen en de ontstaanswijze van de gevonden verbanden trachten te interpreteren moeten wij het denken op basis van individuele gegevens verlaten en het domein van het collectieve, het maatschappelijke betreden.

In schema 1 wordt een model gepresenteerd dat de verbondenheid van de onderzochte individuele kenmerken met maatschappelijke categorieën in beeld brengt. Wij zien een vrij complex beeld waarbinnen allerlei persoonlijke factoren en collectief-maatschappelijke structuren met elkaar in interactie verkeren. In ons voorbeeld zijn bij de geboorte en na verloop van vier en acht levensjaren de individuele groeikenmerken onderzocht. De kwaliteit van deze kenmerken hangt samen met een grote diversiteit aan omstandigheden van de moeder en het kind.

Voedingsopname en het vóórkomen van ziekten zijn in dit complex natuur-wetenschappelijk meetbare grootheden. De grondslag van de kwaliteit van deze medisch-biologische grootheden bij personen ligt echter voornamelijk in maatschappelijke omstandigheden. Deelgenoot zijn aan een bepaalde cultuur impliceert bepaalde gezonde respectievelijk ongezonde leefgewoonten. Het beschikbaar hebben van de benodigde middelen (waaronder geld en kennis) levert kansen op een betere gezondheid.

In onze redenering zijn wij daarmee aangeland bij collectieve systemen, bij maatschappelijke structuren

Schema 1. Weergave van de belangrijkste samenhang tussen omgevingsfactoren, erfelijke factoren, ziekte, voedingstoestand en lichaamsmaten. (5)



die te zamen onze maatschappij vormen. Deze maatschappelijke categorieën onttrekken zich aan het zicht van een op individuele personen gerichte visie of onderzoek. zij zijn daarmee niet in beeld te brengen, te doorgronden of te begrijpen. Toch vormen juist deze collectieve categorieën de grondslag van de gezondheidsverschillen die hun oorsprong hebben in sociale ongelijkwaardigheid.

Het hierboven beschreven etiologisch model voor groeiachterstand bij kinderen past in een meer algemeen theoretisch model over behoeften dat afkomstig is van Doyal (schema 2)(4). Welzijn is volgens deze Engelse onderzoeker opgebouwd uit twee fundamentele individuele behoeften: gezondheid en autonomie. Beide zijn onlosmakelijk verbonden met wat hij noemt intermediaire behoeften. Aan deze intermediaire behoeften dient te worden voldaan om in het leven een acceptabel niveau van gezondheid en autonomie te kunnen opbouwen.

Onder de intermediaire behoeften die vooral belangrijk zijn voor lichamelijke 'gezondheid', herkennen wij bestaansomstandigheden zoals water, woon- en werkomgeving, die een eeuw geleden het aandachtsgebied vormden van de 'hygiënisten'. Wij vinden daaronder ook de behoefte aan voldoende adequate voeding, hetgeen ter sprake kwam in ons voorbeeld van groeiachterstand en sociale klasse. Onder 'autonomie' staan intermediaire behoeften gerangschikt die bevredigd moeten worden om in sociaal-psychologische zin een zelfstandig en volwaardig bestaan mogelijk te maken. Deze categorie behoeften vormt niet het primaire aandachtsgebied van de zorg voor de volksgezondheid en zij wordt daarom hier niet nader besproken. Echter met name in het perspectief van gezondheidsbevordering en preventie is het van groot belang vast te stellen dat een gezond bestaan nimmer mogelijk is zonder dat eveneens voldaan is aan fundamentele behoeften van menselijke autonomie.

Onder het hoofd 'maatschappelijke behoeften' staan



Schema 2. Model voor de interrelatie tussen individuele -, intermediaire -, en maatschappelijke behoeften. (4)

een aantal collectieve categorieën gerangschikt die eigenlijk de invulling van onze samenleving voorstellen. Onze politieke ideologie, onze sociaal-economische verhoudingen, ons onderwijs-systeem, ons culturele waardepatroon en de rol van onze overheid vormen Nederlandse uitwerkingen van deze sociale categorieën.

Na de teloorgang van de hygiënistenbeweging, die zoals gezegd een sterke sociale oriëntatie kende is de gerichtheid van de Nederlandse gezondheidszorg op intermediaire en maatschappelijke behoeften zo goed als verloren gegaan (11). Onze moderne gezondheidszorg, waaronder de instituten voor jeugdgezondheidszorg (consultatiebureaus en centra voor schoolgezondheidszorg) houden zich voornamelijk bezig met individuele gezondheidsproblematiek. Ofschoon zoals wij hierboven hebben laten zien een sterke verwevenheid bestaat tussen individuele gezondheid en sociaal-maatschappelijke omstandigheden komt de aandacht voor genoemde behoeften niet of nauwelijks tot uitdrukking in onze huidige gezondheidszorg (14)(15). Wij willen in dit perspectief een nadere karakterisering geven van de jeugdgezondheidszorg 'van vandaag' en 'van morgen'.

■ DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG 'VAN VANDAAG'

In schema 3 staan de belangrijkste activiteiten van de bestaande jeugdgezondheidszorg opgesomd. De vroeg-diagnostiek van (beginnende of latente) afwijkingen en de begeleiding van het zich ontwikkelde en opgroeiende kind vormen de hoofdtaken. Vaccinatie, en voorlichting aan kind of ouders met betrekking tot gezond gedrag vormen eveneens belangrijke onderdelen van de jeugdgezondheidszorg. Deze laatste worden wel gerekend tot de categorie primaire preventie. In het schema hebben wij tevens aangegeven dat bij deze activiteiten primair de gerichtheid op het 'individuele' en 'het afwijkende' aan de orde is. Dit geldt zelfs voor het onderdeel gezondheidsvoorlichting, waar immers bestaand of dreigend ongezond gedrag als individuele 'afwijking' de aandacht krijgt.

Het merendeel van de jeugdgezondheidszorgactiviteiten vindt plaats in een klassieke arts-patiënt-relatie. Onderzoek en voorlichting vinden meestal plaats in de spreekkamer van de jeugdarts of de verpleegkundige. Deze kamer bevindt zich weliswaar niet in de praktijk aan huis, of in een ziekenhuis, maar kent verder veel van de kenmerken die het medisch-professioneel optreden karakteriseren. Een belangrijk gegeven daarbij is dat de deskundige wordt gezien als een autoriteit die het weet en bepaalt wat er gedaan moet worden. Zowel deze houding ten opzichte van de medisch-technische deskundigheid, als de setting en de sfeer waarin de gesprekken plaatsvinden zijn typerend voor de medische omgeving. Deze is het meest indrukwekkend te herkennen in moderne ziekenhuizen.

JEUGDGEZONDHEIDSZORG 'van vandaag'

- Vroegdiagnostiek
- Begeleiding
- Vaccinatie
- Voorlichting

Overwegende karakteristieken:

- gerichtheid INDIVIDUEEL
- gerichtheid 'AFWIJINGEN'
- PROFESSIONEEL INSTITUUT
- autoriteit, spreekkamer, 'gesloten'



Preventieve
GENEESKUNDE

Schema 3. Weergave van de jeugdgezondheidszorg 'van vandaag'.

Natuurlijk zijn er accentverschillen bijvoorbeeld in het type problematiek dat wordt bekeken of de sfeer en de plaats waar de activiteiten plaatsvinden. Wezenlijk is echter dat gewerkt wordt vanuit een principieel zelfde uitgangspunt: de deskundigheid gericht op het individueel afwijkende. Dit is logisch en moet worden verwacht. De professionals immers zijn allen opgeleid en zijn deskundig op het gebied van de geneeskunde die juist gebaseerd is op dit principe. Wij zouden daarom de jeugdgezondheidszorg 'van vandaag' het beste kunnen karakteriseren als een vorm van 'preventieve geneeskunde'.

■ DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG 'VAN MORGEN'

Bij het uitbeelden van een jeugdgezondheidszorg 'van morgen' stellen wij dat het noodzakelijk is dat de 'sociale' geneeskunde zich opnieuw volledig interesseert voor maatschappelijke omstandigheden die een relevantie hebben voor gezondheid. Uiteraard niet -zoals in de dagen van de hygiënisten- uitsluitend met een gerichtheid op de hygiëne, watervoorziening of kleine behuizing, maar met een gerichtheid op moderne maatschappelijke omstandigheden die de aandacht vragen.

In onze voorbeelden hebben wij laten zien dat sociale minderwaardigheid leidt tot slechtere kansen op een goede gezondheid. Zij vormt een uitdrukking van de sociaal-economische verhoudingen in onze samenleving. Verwijzend naar schema 2 gaat het eigenlijk over de gevolgen van de wijze waarop wij in Nederland collectief omgaan met fundamenteel maatschappelijke behoeften. Blijkbaar, zo zeggen onze analyses, zijn de mogelijkheden voor de laagste sociale klassen om hun intermediaire behoeften te bevredigen beperkt. De aandacht voor zowel de intermediaire als de maatschappelijke behoeften vanuit een zorgapparaat, dat 'sociaal'-geneeskundig heet te zijn, is op zijn plaats. Een echte 'sociale' gezondheidszorg dient, wil zij niet vervallen in een paradox, zich expliciet te richten op maatschappelijke behoeften.

De intellectuele en sociale beweging van de 'hygiënisten' is in het begin van deze eeuw teloor gegaan onder de druk van de geweldige expansie van de medisch-biologische geneeskunde. Zij heeft noch op universiteiten, noch in de praktijk van de gezondheidszorg een plaats weten te behouden (13). Het antwoord dat de laatste decennia zowel theoretisch als in de praktijk te geven was op gezondheidsproblematiek was dan ook voornamelijk medisch-biologisch georiënteerd. Intussen worden wij geconfronteerd met problematiek die met dit begrensde antwoord onoplosbaar blijkt. Onze voorbeelden van (jeugd)gezondheidsverschillen en sociale ongelijkwaardigheid tonen uiteraard slechts een klein deel van deze problematiek.

Wat zijn nu de uitgangspunten van een jeugdgezondheidszorg die een adequaat antwoord zouden kunnen

1. *Healthy Cities: dageraad van een nieuwe volksgezondheid. Bijdragen aan het symposium dat op 20 november 1987 ter gelegenheid van het 75- en 50-jarig bestaan van de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten van Den Haag en Voorburg-Leidschendam werd gehouden in Den Haag. Den Haag: Ministerie voor Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, juli 1988. (ISBN 90 346 1603 7).*
2. *Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. De ongelijke verdeling van gezondheid: verslag van een conferentie, maart 1987. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1987.*
3. *Townsend P, Phillimore P, Beattie A. Health and Deprivation. Inequality and the North Croom Helm, Beckenham, 1988.*
4. *GG en GD Amsterdam. Vergelijkend buurt-onderzoek naar sterfte, ziekenhuisopname en langdurige arbeidsongeschiktheid in Amsterdam. Instituut voor Sociale Geneeskunde, Amsterdam, 1980.*
5. *Struben HWA, Kempers BAM. De voedingstoestand van Haagse kinderen in relatie tot sociale achterstand. Epidemiol Bul Grav 1987; 22 nr 3: 20-9.*

Schema 4. Model voor de
jeugdgezondheidszorg
'van morgen'.

JEUGDGEZONDHEIDSZORG
'van morgen'

- Bestaande taken
(geactualiseerd)
- en
- Maatschappelijke
bemoeienis
- MAATSCHAPPELIJKE
behoeften (stad, wijk,
buurt, school)
- gerichtheid GEZOND BESTAAN
- PARTICIPATIE
- 'COMMUNITY BASED'
(adviseur, buiten, 'open')



GEZONDHEIDSBEVORDERING
(Health promotion)

geven op maatschappelijk gewortelde gezondheids-
problematiek. Met andere woorden, hoe ziet de
jeugdgezondheidszorg eruit, die naast de medisch-
biologische evenzeer gefundeerd is op een sociale
ideologie.

In schema 4 staan de principes van een mogelijke
jeugdgezondheidszorg 'van morgen' weergegeven. In de
eerste plaats is het nodig dat de bestaande taken die
wij hebben vermeld worden geactualiseerd.

Voorbeelden, onder andere uit Engeland, laten zien
dat het mogelijk is bestaande zorgprogramma's te
evalueren en aan te passen aan veranderde
omstandigheden en nieuwe inzichten (16). Daarnaast
zou de jeugdgezondheidszorg een belangrijke plaats
moeten inruimen voor een expliciete maatschappelijke
bemoeienis. Dit betekent ons inziens een tamelijk
ingrijpende nieuwe oriëntatie in theorie en praktijk
op andere dan de traditioneel medische behoeften.
Naast kinderen en hun ouders verschijnen dan in het
aandachtveld een grote diversiteit aan maatschappe-
lijke functies en structuren. De school verschijnt
als educatief - en sociaal vormend instituut, waarin
leraren, lesstof en de sociale omgeving
gezondheidsrelevante invloeden vormen. Sport en
recreatie worden meer dan uitsluitend individuele
activiteiten, en blijken verbonden met de
aanwezigheid van accommodaties en de mogelijkheid voor
kinderen om deel te nemen. Voedingspatronen,
rookgewoonten, televisie en slaapgewoonten vragen als
uitingen van culturele patronen de aandacht. Bij het
laatste kan niet voorbijgegaan worden aan de vaak
indringende aanwezigheid van een commerciële
omgeving, die via advertenties dwingend uitnodigt tot
ongezonden gewoonten. Vanwege de grote ongevals-
risico's voor kinderen worden ook het verkeer en
andere aspecten van de materiële omgeving een object
van aandacht.

Bij een zodanig werkterrein van maatschappelijke
bemoeienis is de gerichtheid op het individuele en
het afwijkende onvoldoende. Het is absoluut
noodzakelijk dat bij de gezondheidswerkers expliciet
de gerichtheid tot stand komt op het gezonde bestaan,
ook in maatschappelijke betekenis.

Onder de jeugdgezondheidszorg 'van vandaag' gaven wij
reeds aan dat de professioneel-deskundige als de
autoriteit wordt gezien. Deze weet het beste wat er
aan de hand is en wat er gedaan moet worden. In geval
van strikt medisch-technische zaken is deze
verhouding begrijpelijk en tot op zekere hoogte
nodig. Bij een jeugdgezondheidszorg met een
uitgebreide maatschappelijke bemoeienis liggen de
zaken anders. Maatschappelijke en intermediaire
behoeften zijn alleen te kennen als de gezondheids-
deskundigen participeren in allerlei maatschappelijke
processen. Zij moeten deelnemen aan gesprekken die
van belang zijn voor de inrichting van de
maatschappelijke en materiële omgeving van kinderen.
Afhankelijk van de schaalgrootte van het overleg

(school, buurt, wijk, stad) kan bijvoorbeeld worden deelgenomen door veldwerker, verpleegkundige, arts of coördinator. Uiteraard dienen deze gesprekken te vallen binnen de structuren die voor overleg op andere aandachtsgebieden in het leven zijn geroepen. Welzijnsplanning, onderwijs en stadsontwikkeling vormen sectoren waarbij op buurt-, wijk-, stadsdeelen stadsniveau moet worden aangesloten. Ook kan ons inziens deze opzet van een jeugdgezondheidszorg pas optimaal functioneren wanneer ook voor de overige delen van de gezondheidszorg, bijvoorbeeld andere vormen van basisgezondheidszorg en eerstelijns-geneeskunde, sprake is van overleg en samenwerking op deze niveaus. Hierop behoeft evenwel niet gewacht te worden. De jeugdgezondheidszorg zou een van de voorlopers kunnen worden bij deze nieuwe ontwikkelingen.

Het belangrijkste grondprincipe en leitmotif van de komende ontwikkelingen zou moeten zijn 'bevolkingsparticipatie'. Het is onmogelijk om adequate maatschappelijke jeugdgezondheidszorg te produceren zonder hierover het gesprek te hebben met direct betrokkenen dat wil zeggen kinderen en hun ouders. Om te kunnen vaststellen welke jeugdproblemen de aandacht behoeven is dit gesprek nodig. Het is immers onvoorstelbaar hoe een op werkelijke behoeften gericht beleid of zorgprogramma zou kunnen bestaan zonder dat sprake is geweest van een intensieve betrokkenheid van de doelgroepen. Het is evenmin onvoorstelbaar hoe adequate maatregelen in de omgeving of een vergroting van het gezondheidsbewustzijn tot stand kunnen komen zonder draagvlak in de bevolking. De keuze van de onderwerpen en de oplossingen vragen om een 'bottom up' benadering. De 'top down' aanpak kan onmogelijk behoeften van de mensen zelf tot uitdrukking brengen. Het leidt eerder tot medicalisering en imperialisme van het gezondheidsbedrijf. Op dit punt worden dikwijls bezwaren gehoord van de zijde van de professionals. De deskundige immers kan wetenschappelijk verantwoord onderzoeken en zo objectief vaststellen welke behoeften er bestaan, dus wat mensen nodig hebben. Wij bestrijden dit. Onderzoek en inzicht van de deskundige jeugdarts zijn belangrijke, onmisbare bijdragen. Zij vormen het natuurwetenschappelijke fundament voor een op het individu-gerichte activiteit, maar ook voor een collectieve aanpak van problemen. Het maatschappelijke fundament, dat wil zeggen de overeenstemming over wat aangepakt moet worden, en het draagvlak voor de gewenste veranderingen hebben echter geen natuurwetenschappelijk karakter. Dit maatschappelijke fundament is alleen te verkrijgen via optimaal overleg met de mensen zelf. In onze samenleving zijn voor een dergelijk gesprek op buurt-, wijk- of stadsniveau lang nog niet overal werkbare structuren voorhanden. Ook voor bevolkingsparticipatie geldt dat

6. Poppel F van. *Differential Mortality in the Past: the Relationship between socio-economic position and infant and childhood Mortality in The Netherlands in the period 1950-1940.* Netherlands Interuniversity Demographic Institute. Working paper no 23. Voorburg, August 1981.
7. Het consultatiebureau in grote lijnen. Nationale Kruisvereniging. Bunnik, april 1987.
8. Nordbeck HJ, Nijhuis HGJ, Egmond van J. *Perinatale en zuigelingensterfte in 's-Gravenhage.* *Epidemiol Bul Grav* 1983; 18 nr 1: 2-13.
9. Nijhuis HGJ, Struben HWA, Verkade-Burger I. *Den Haag in sociaal-demografisch perspectief: een maat voor gezondheid.* Den Haag, mei 1986.
10. Gegevensbestand staf-bureau Epidemiologie. GG en GD Den Haag.
11. Mackenbach JP. *Mortality and Medical Care: studies of mortality by cause of death in The Netherlands and other European countries.* Proefschrift. Erasmus Universiteit Rotterdam 1988.

aansluiting moet worden gezocht bij bestaande of in ontwikkeling zijnde overlegsituaties op scholen, in de buurt of de wijk.

Samenvattend zal de deskundige uit de maatschappelijke jeugdgezondheidszorg 'van morgen' meer dan nu het geval is optreden als adviseur bij zaken van maatschappelijke besluitvorming en bij het vergroten van het bewustzijn inzake gezondheidsbehoeften. De jeugdgezondheidszorgwerker zal vanuit een 'open' instituut van jeugdgezondheidszorg, ook buiten de spreekkamer van het consultatiebureau of op school, opereren als een pleitbezorger voor gezondheidszaken. De jeugdgezondheidszorg heeft dan gezondheidsbevordering in een brede maatschappelijke betekenis aan haar takenpakket toegevoegd.

■ TOT SLOT

Wij hebben aan de hand van een aantal epidemiologische analyses laten zien dat er een samenhang bestaat tussen de gezondheidstoestand van jeugdigen en maatschappelijke omstandigheden waarin zij leven. Wij hebben deze samenhang nader geïnterpreteerd aan de hand van een theoretisch model dat de relatie tussen gezondheid, autonomie, intermediaire- en maatschappelijke behoeften in beeld brengt. Wij stelden dat jeugdgezondheidszorg 'van vandaag' voornamelijk werkt vanuit het klassieke medisch-biologische model. Zij is evenals de curatieve geneeskunde primair gericht op individuele afwijkingen of individueel ongezond gedrag. Wij hebben verder opgemerkt dat in het werk van de jeugdgezondheidszorgwerker, dat uitsluitend gebaseerd is op het natuurwetenschappelijk denken, maatschappelijke gezondheidsbehoeften nagenoeg onaangeroerd blijven.

Indien de jeugdgezondheidszorg 'van morgen' maatschappelijke omstandigheden, die een relevantie hebben voor gezondheid, tot haar aandachtsgebied zou rekenen, zou zij haar werk mede moeten baseren op een sociaal gezondheidsmodel. Dit impliceert ingrijpende veranderingen in het denken en werken van de gezondheidswerkers. Immers, zowel de intellectuele als praktische vorming van de artsen en verpleegkundigen vindt haar oorsprong in curatief-geneeskundige instituten. Het sociale gezondheidsdenken, dat wij hier uiteen hebben gezet, heeft daarbinnen nauwelijks of geen plaats. Er zal zowel aan de theorievorming als aan de opleiding van deze beroepsgroepen veel aandacht besteed moeten worden.

Wat uitvoering van het werk betreft gelden eveneens een aantal ingrijpende verschuivingen.

Gezondheidsbehoeften moeten worden vastgesteld in samenspraak met ouders, kinderen, de bevolking en andere dienstsectoren. Medisch en epidemiologisch onderzoek blijven belangrijke probleembeschrijvende of verklarende bijdragen. Niet minder belangrijk is

12. Townsend P, Davidson N. *Inequality in Health (the Black report)*. Harmondsworth: Penquinbooks LTD, 1982.

13. Ten Have HAMJ. *Gezondheid en samenleving. Over de ideeën van geneeskunde en sociale wetenschap*. In: *Scripta medico-philosophica* 1, 1986, 10-28.

14. Maesen LJG van der. *Vier instellingen voor 'volksgezondheid' in Nederland, de sociale geneeskunde en de epidemiologie: een behoefte tot koerswijziging*. In: *Healthy Cities: dageraad van een nieuwe volksgezondheid*. Ministerie voor Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, juli 1988. (ISBN 90 346 1603 7).

15. Nijhuis HGJ. *GGD'en en de 'nieuwe volksgezondheid'*. In: *Healthy Cities: dageraad van een nieuwe volksgezondheid*. Ministerie voor Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, juli 1988. (ISBN 90 346 1603 7).

16. McFarlane A. *Lezing op het congres 'Het consultatiebureau is niet van gisteren'*. Utrecht, juni 1988.

17. Burrage H. *Epidemiology and community health: A strained connection?* *Soc Sci Med* 1987; 25 nr 8: 895-903.

echter de theorievorming en onderzoek dat is gefundeerd op het sociale gezondheidsmodel (16). Het gedecentraliseerde karakter van de georganiseerde jeugdgezondheidszorg in consulatiebureaus en schoolgezondheidscentra levert een zeer gunstige opzet voor het omgaan met gezondheidsbehoeften op bovengestelde wijze. Deze gespreide infrastructuur biedt goede mogelijkheden voor het gesprek met de omgeving en voor het opvangen van verontrustende of bemoedigende signalen.

Zo zou de jeugdgezondheidszorg 'van morgen' eruit kunnen zien. Het is een ideologie waar men wel of niet voor kan kiezen. De keuze is uiteraard aan anderen dan een theoreticus-epidemioloog van de GGD in Den Haag. Het gepresenteerde toekomstbeeld is evenwel een consequente uitwerking van de ideeën van 'Health for All by the Year 2000' (World Health Organization, 1982), de Nota 2000 (ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1986) en de Nota Gezondheidsbeleid Den Haag (college van Burgemeester en Wethouders, Den Haag, 1987) en alle beleidsuitspraken, waarin belijdenissen worden afgelegd over 'community participation' en 'intersectoraal beleid'. ■

INGEZONDEN COMMENTAAR

Prof.dr F. de Waard, hoofd Bureau Epidemiologie van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne zond ons het volgende commentaar naar aanleiding van het artikel over cervixcarcinoom opgenomen in het Epidemiologisch Bulletin van mei 1988.

In het artikel wordt de officiële keuze betreffende de leeftijdsgrenzen voor screening op cervix-carcinoom (35-55 jaar) bekritiseerd op grond van de sterftecijfers aan deze ziekte.

De Waard bestrijdt dit op grond van de volgende overwegingen:

- er zijn kosten-effectiviteitsoverwegingen bij het bepalen van de ondergrens;
 - nieuwe prae-maligne afwijkingen worden op oudere leeftijd nauwelijks meer gevonden;
 - bij een goede deelname aan het screeningsprogramma voor 35-55 jarigen zullen deze afwijkingen worden ontdekt die anders tot de dood na het 55ste jaar zouden leiden.
-