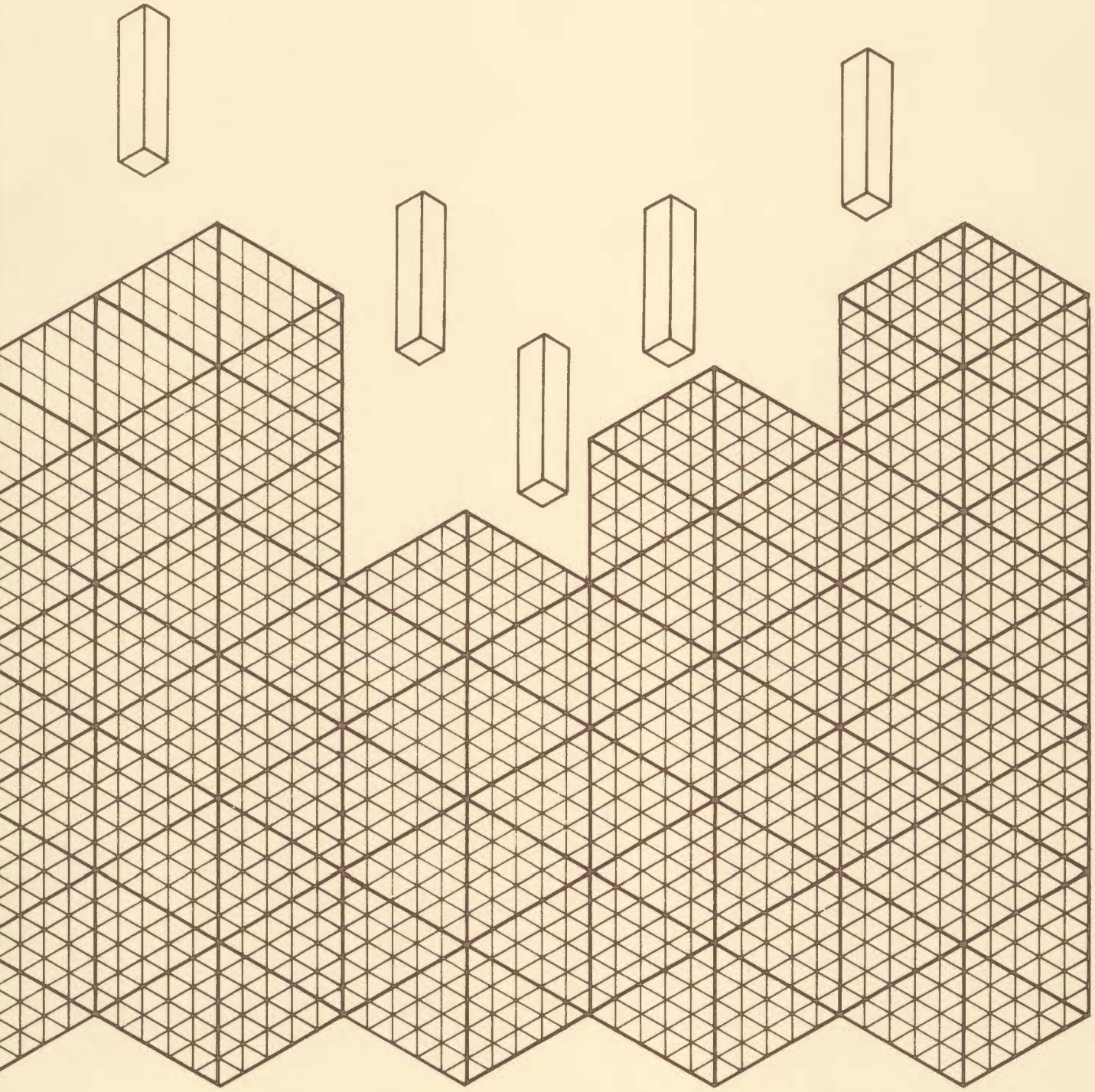
's-Gravenhage november 1989

EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN



Kwartaalschrift voor Basisgezondheidszorg en Onderzoek

EPIDEMIOLOGISCH bulletin

DRUKWERK
Koninklijke drukkerij
de Swart BV, Den Haag

SECRETARIAAT
Stafbureau epidemiologie
GG en GD
Postbus 65 783
2506 EB Den Haag
Telefoon:
070 - 61 92 00

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

De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en de samenstelling van het bulletin.
Overname van artikelen is in vele gevallen mogelijk in overleg met de redactie.

November 1989
24ste Jaargang nr. 4

Uitgave van de
GG en GD Den Haag

ISSN: 0921-6219

Inhoud

Epidemiologische ideeënbus

Diercquens-prijs voor beste inzending

Belangrijke vernieuwende ontwikkelingen op het terrein van de volksgezondheid zijn vaak voortgesproten uit persoonlijk initiatief. Een treffend voorbeeld hiervan is de voortrekkersrol die de Haagse burgemeester Diercquens in het midden van de 18e eeuw vervulde bij de totstandkoming van een goede - en voor de epidemiologie onmisbare - bevolkingsadministratie in Nederland. Teneinde uitspraken, dat het in Den Haag ongezond vertoeven zou zijn, te kunnen weerleggen wilde hij meer inzicht krijgen in de gezondheidstoestand van de Haagse burgerij. Als eerste in Nederland gaf Diercquens in 1755 op de secretarie van het Haagse stadhuis de opdracht geboorte en sterfte systematisch vast te leggen. Na 19 jaar registratie analyseerde hij persoonlijk het materiaal. In een beroemde (anonieme) publicatie - met voor Nederland unieke sterfteoverzichten - weerlegde Diercquens de aantijgingen. Mede door zijn ijver werd het Haagse voorbeeld geleidelijk overgenomen in andere steden en gebieden in Nederland waarmee een belangrijke stap op weg naar een bevolkingsadministratie werd gezet.

Vele lezers van het bulletin bezitten zonder twijfel een rijke variatie aan casuïstieke ervaringen en epidemiologische signalementen waaruit opinies en ideeën ontstaan. Naar overtuiging van de redactie biedt de tamelijk solitaire setting van waaruit veel van onze lezers, vooral praktiserende artsen, opereren onvoldoende mogelijkheden om latent sluimerende ideeën en plannen naar buiten te brengen, of te realiseren.

Naar aanleiding van enkele recente artikelen in dit blad waarin de betekenis van Diercquens' initiatieven werden belicht, heeft de redactie het plan van een 'epidemiologische ideeënbus' in het leven geroepen. We willen de lezer een forum bieden voor ideeën die vanuit lokaal gezondheidsperspectief een oorspronkelijk opiniërende of signalerende waarde hebben dan wel, al dan niet met ondersteuning vanuit de basisgezondheidsdienst, kunnen leiden tot nieuwe epidemiologische (onderzoeks)activiteiten.
De redactie nodigt bij deze haar lezers uit om dit idee in de vorm van een artikel aan het redactiesecretariaat van het Epidemiologisch Bulletin te zenden. DE BESTE INZENDING ZAL WORDEN GEHONOREERD MET EEN PRIJS TER WAARDE VAN DUIZEND GULDEN WAARAAN DE NAAM VAN DIERCQUENS VERBONDEN ZAL ZIJN. De redactie beoordeelt de inzendingen in het bijzonder op oorspronkelijkheid, de impact op de opinievorming en de mate waarin een lezersinitiatief vervolg krijgt in de vorm van op gezondheidsverbetering gerichte activiteiten. Er zal uiteraard voor zorggedragen worden dat de toekenning van de prijs met inachtneming van voldoende objectiviteit zal geschieden.
In een volgend bulletin zal ingegaan worden op de samenstelling van de jury. De termijn voor inzending wordt beëindigd op 1 juli 1990, waarna in het novembernummer de bekendmaking van de winnaar van de

Diercquens-prijs zal plaatsvinden.
De redactie hoopt dat met het instellen van de Diercquens-prijs een aanzet wordt gegeven tot een intensieve gedachtenuitwisseling tussen gemeente en GG en GD enerzijds en alle anderen die op de een of andere manier betrokken zijn bij de gezondheid van de bevolking van de regio Den Haag. Ze hoopt dat de geboden mogelijkheid om ideeën en initiatieven in te brengen, en eventueel gezamenlijk uit te werken, ook daadwerkelijk wordt aangegrepen om in sturende zin actief invloed op het gemeentelijke gezondheidsbeleid te verwezenlijken.
DE 'EPIDEMIOLOGISCHE IDEEENBUS' IS HIERBIJ GEOPEND.
HET WOORD IS AAN DE LEZER! ■

Over de schaduwzijde van antidepressiva

Prof.dr. W.J. Schudel, hoogleraar psychiatrie, Erasmus Universiteit Rotterdam.

In het jaarverslag over 1988 van het Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag beschreven we aard en omvang van de receptuur van antidepressiva, althans voor zover dergelijke medicatie door de huisarts zelf was geïndiceerd (1). Uit genoemde registratie bleek, dat in een huisartspraktijk in 1988 gemiddeld 16 patiënten ingesteld werden op een antidepressivum. Per 1.000 patiënten schreven de deelnemende huisartsen in 1988 12 recepten voor antidepressiva uit.
Over de juistheid van de indicatiestelling kan op basis van de geregistreerde gegevens niets zinnigs worden opgemerkt. Wel is het mogelijk de receptuur op zich aan een nadere beschouwing te onderwerpen, mede in het licht van wat er bekend is over de werking en de bijwerkingen van de betreffende categorie geneesmiddelen. In het genoemde overzicht werd reeds geattendeerd op de bevinding, dat de voorgeschreven dosering veelvuldig laag tot zeer laag genoemd moest worden in vergelijking met in de literatuur aanbevolen en werkzaam geachte hoeveelheden (2). In sommige gevallen kon van de voorgeschreven medicatie redelijkerwijs zelfs geen noemenswaardig antidepressief effect worden verwacht.
Zonder op de beweegredenen van de voorschrijvende artsen te kunnen of willen ingaan, lijkt het evenwel aangewezen de mogelijke consequenties van het gesignaleerde voorschrijfgedrag hier te bespreken.

Antidepressiva zijn primair geïndiceerd bij niet-psychotische depressieve syndromen met zogenaamde vitale kenmerken (onder andere dagschommelingen, in- en doorslaapstoornissen, verminderde eetlust, droge slijmvliezen en anhedonie). Bij de psychotische depressie (in het bijzonder de melancholie) komen altijd óók, en als regel in de eerste plaats, neuroleptica in aanmerking. Bij de meer neurotisch bepaalde, vaak lichtere depressieve syndromen zonder vitale kenmerken, kan een antidepressivum soms werkzaam zijn. Hetzelfde geldt voor sommige andere aandoeningen van het gevoelsleven, zoals bepaalde angst- en paniekstoornissen.
Als kernsymptomen van het depressieve spectrum in ruimere zin zijn te beschouwen gevoelens van neerslachtigheid, zelfdepreciatie en futloosheid, onder meer tot uiting komend in een negatieve toekomstverwachting en anhedonie. Suïcidale gedachten dringen zich waarschijnlijk bij de meeste depressieve patiënten in meer of mindere mate op, al gaat slechts een klein deel van hen daadwerkelijk over tot gevaarlijk zelfschadend gedrag. Toch moet het risico van suïcide of parasuïcide ten allen tijde onder ogen worden gezien en door de behandelaar zo nauwgezet mogelijk worden ingeschat.
In een ambulante praktijk, zoals de huisartspraktijk, is men gedoemd met onzekerheden te werken. Men kan de patiënt niet in het oog houden en het is ongewis óf en in hoeverre hij de voorgeschreven medicijnen inneemt. Een aantal factoren maakt de positie van de (huis)arts

bij depressieve patiënten nog minder comfortabel:
- De werking van alle antidepressiva treedt pas op nadat een zekere bloedspiegel is bereikt. Dit duurt bij een adequate dosering als regel tenminste zeven à tien dagen en soms nog aanzienlijk langer.
- De therapietrouw van een zwartgallige patiënt, die nogal eens nauwelijks voor behandeling gemotiveerd is, wordt door de vertraagde werking extra op de proef gesteld.
- De meeste klassieke (tricyclische) antidepressiva hebben in normale dosering onaangename bijwerkingen. Ook hierdoor wordt de therapietrouw negatief beïnvloed.
- In overdosering zijn met name de tricyclische antidepressiva gevaarlijk. De arts belandt hierdoor in de paradoxale situatie dat hij een potentieel suïcidaal patiënt een middel voorschrijft waarmee deze zich feitelijk kan suïcideren.

Dat dit laatste punt méér inhoudt dan een theoretische mogelijkheid moge blijken uit recent Brits epidemiologisch onderzoek (3)(4). Volgens deze gegevens overlijden in Engeland en Wales jaarlijks 200-300 patiënten ten gevolge van een dodelijke intoxicatie met antidepressiva. In overgrote meerderheid betreft dit tricyclische antidepressiva. Tot dusverre wijzen de door ons verzamelde gegevens niet op een soortgelijke ontwikkeling in de Haagse regio. Een (letale) suïcide met behulp van antidepressiva vindt hier slechts zelden plaats. Wél werd in 1988 door 10 Haagse mannen en 21 Haagse vrouwen een aan hen voorgeschreven antidepressivum gebruikt voor een niet-dodelijke auto-intoxicatie (parasuïcide).
De aard van de registers, met hun gewaarborgde anonimiteit, maakt het uiteraard onmogelijk om de gegevens van suïcidaal gedrag te herleiden tot de receptuurgegevens van het peilstation. Maar een nadere beschouwing van deze laatste wijst op het frequent vóórkomen van onderdosering, juist van de relatief meest toxische antidepressiva.

In tabel 1 zijn de dagdoseringen weergegeven van de in 1988 door de peilstationartsen meest frequent voorgeschreven antidepressiva, te weten vier klassieke tricyclische verbindingen en twee 'moderne' antidepressiva. De doseringen in de eerste kolom bevinden zich duidelijk onder het aanbevolen en therapeutisch werkzaam geachte niveau (2). De doseringen in de tweede kolom komen wel overeen met de aanbevolen referentiewaarden (te hoge doseringen zijn we niet tegengekomen). Bijna de helft (47%) van de recepten voor tricyclische antidepressiva schrijven derhalve een te lage, in elk geval sterk verminderd werkzame dosering, voor. De tricyclische verbindingen zijn voorts bij uitstek berucht om hun cardiovasculaire complicaties bij overdosering.

Wanneer we, met alle nodige slagen om de arm, proberen een extrapolatie naar de Nederlandse situatie te

Tabel 1. Voorgeschreven dagdosering antidepressiva (bij monotherapie). Huisarts-peilstationsysteem regio Den Haag 1988.

Naam preparaat	Te lage dagdosering			Aanbevolen dagdosering		
	Grensw.	Abs.	(%)	Grensw.	Abs.	(%)
'KLASSIEKE' TRICYCLISCHE VERBINDINGEN						
Amitryptiline (Tryptizol):	≤ 50 mgr	134	(73)	≥ 75 mgr*	50	(27)
Maprotiline (Ludiomil):	≤ 50 mgr	86	(26)	≥ 75 mgr*	246	(74)
Imipramine (Tofranil):	≤ 75 mgr	20	(91)	≥ 100 mgr*	2	(9)
Clomipramine (Anafranil):	≤ 50 mgr	42	(63)	≥ 75 mgr*	25	(37)
Subtotaal:		282	(47)		323	(53)
'MODERNE' PREPARATEN						
Mianserine (Tolvon):	≤ 50 mgr	103	(77)	≥ 60 mgr*	31	(23)
Fluvoxamine (Fevarin):	≤ 50 mgr	21	(53)	≥ 75 mgr*	19	(47)
Subtotaal:		124	(71)		50	(29)
TOTAAL:		406	(52)		373	(48)

* Overdoseringen niet aangetroffen.

maken, dan zien we het volgende. Jaarlijks schrijven de Nederlandse huisartsen tenminste 150.000 maal antidepressiva voor. Waarschijnlijk niet meer dan de helft van deze recepten zal op grond van de voorgeschreven dosering kunnen leiden tot een adequaat antidepressief effect, terwijl een groot aantal potentieel suïcidale patiënten tegelijkertijd over een gevaarlijk medicament beschikt.
Recente gegevens uit Finland en Noorwegen bevestigen de macabere opmars van de tricyclische antidepressiva, die in de genoemde landen de van oudsher beruchte barbituraten als belangrijkste suïcidemiddel inmiddels hebben ingehaald (5).
Wordt het niet tijd te luisteren naar de epidemiologen en het voorschrijven van de meest toxische antidepressiva in de ambulante setting kritisch te herzien? In elk geval lijkt het aangewezen ook in Nederland een nader onderzoek in te stellen naar het aandeel van antidepressiva bij al dan niet dodelijke auto-intoxicaties. ■

1. *Schudel WJ. Recept antidepressivum. Epidemiol Bul 1989; 24 nr 2: 6-9.*
2. *Moleman P, Pepplinkhuizen L. Praktische psychofarmacologie. Utrecht: wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1987.*
3. *Beaumont G. The Toxicity of Antidepressants. Br J Psychiatry 1989; 154: 454-8.*
4. *Pinder RM. The Benefits and Risks of Antidepressant drugs. Hum Psychopharm 1988; 3: 73-86.*
5. *Abstracts. International Association for Suïcide Prevention. IVth Congress. Brussels, June 1989.*

Tatoeages bij Haagse LTS-ers 1974-'89

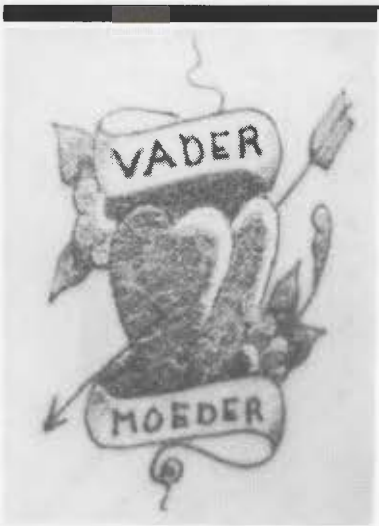
Dr. A.H. Bergink, jeugdarts voorheen werkzaam op de afdeling Jeugdgezondheidszorg, GG en GD Den Haag.
Mw. J.A.M. Reuser, jeugdarts werkzaam op de afdeling Jeugdgezondheidszorg, GG en GD Den Haag.

INLEIDING

Bij het periodiek geneeskundig onderzoek van leerlingen van enkele lagere technische scholen in Den Haag, werd in de beginjaren zeventig opgemerkt dat veel jongens tatoeages hadden, vooral op de onderarmen en handen. Besloten werd tot een prevalentieonderzoek, hetgeen plaatsvond in de schooljaren 1974-'75 en 1975-'76. Hierbij waren in totaal 1066 leerlingen betrokken. Bij 74 (6.9%) jongens werden tatoeages gevonden. Bij het merendeel (6%) ging het om amateurtatoeages (1).
Nadat de Rolling Stones met succes hun langspeelplaat 'Tattoo you' hadden uitgebracht en in de beginjaren van het huidige decennium in dag- en weekbladen berichten verschenen onder de kop 'Tatoeage een nieuwe rage', werd besloten periodiek prevalentiemetingen te verrichten naar het vóórkomen van tatoeages bij LTS-ers. Nieuwe metingen vonden plaats in de schooljaren 1981-'82, 1985-'86 en 1988-'89.
De uitkomsten van de metingen van het afgelopen schooljaar waren, vergeleken met die van de drie voorgaande onderzoekingen, van dien aard dat het ons nuttig leek hierover te berichten.

Vooraf echter nog een enkel woord over de wijze waarop het cijfermateriaal werd verzameld. Dit gebeurde tijdens het schoolgeneeskundig onderzoek van de leerlingen van de tweede en vierde klas. De aantallen meisjes in de LTS-klassen zijn zeer gering. In veel klassen zitten zelfs geen meisjes. Bij deze screening werden de meisjes buiten beschouwing gelaten. Overigens heeft de ervaring bij het systematisch onderzoek op scholen voor voortgezet onderwijs, met ongeveer gelijke aantallen jongens en meisjes, ons geleerd dat bij meisjes veel minder tatoeages worden aangetroffen dan bij jongens.
De huid van elke jongen werd zorgvuldig op de aanwezigheid van tatoeages geïnspecteerd, terwijl tegelijkertijd navraag werd gedaan of er wel eens tatoeages waren aangebracht. De aard en de plaats van de tatoeages werden geregistreerd.
Omdat na 1976 de allochtone leerlingen op de technische scholen in het betrokken schoolartsrayon sterk in aantal toenamen, werd bij de laatste drie screeningen ook genoteerd of het een autochtone, dan wel een allochtone scholier betrof.
Sedert 1987 is het systematisch onderzoek van de vierde klassers vervallen. Om toch een naar verhouding even groot aantal vierde klassers bij het onderzoek te betrekken, is deze groep in het schooljaar 1988-'89 klassikaal onderzocht tijdens de sportlessen.
Bij de registratie is onderscheid gemaakt tussen amateur- en professionele tatoeages.
Amateur tatoeages worden met de hand aangebracht

Figuur 1 Een amateur tatoeage bestaande uit drie puntjes: het symbool voor het geloof, de hoop en de liefde.

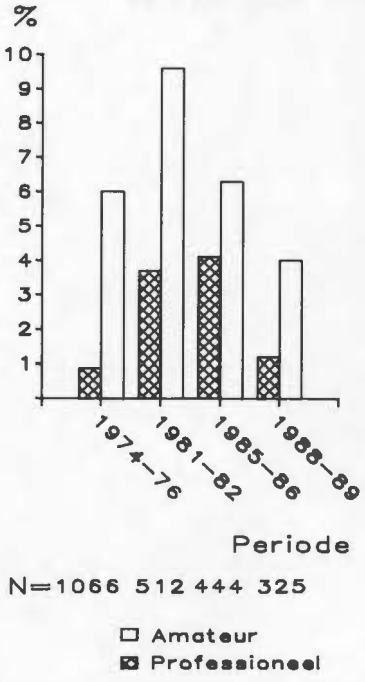


Figuur 2. Voorbeeld van een professionele tatoeage met hartmotief.

(figuur 1). Een naald en wat Oostindische inkt is alles wat men nodig heeft. Meestal brengen de jongens zelf de tatoeages aan. Soms gebeurt het door een vriendje of een kennis. Een enkele keer, bij Hindoestaanse jongens bijvoorbeeld op jonge leeftijd door hun moeder of door een imam. Rechtshandige jongens tatoeëren zichzelf meestal op de linker handrug of linker onderarm, linkshandigen doen het omgekeerd. De tatoeages bestaan in hoofdzaak uit eigen initialen of die van een vriendin, drie puntjes (het symbool voor geloof, hoop en liefde), een hart met een pijl, een anker en de woorden 'love' en 'moeder'. Niet zelden treft men mislukte tatoeages aan. Oostindische inkt is volledig inert en geeft geen aanleiding tot allergische reacties. Wel treden vaak pyogene infecties op na zelftatoeëring.
Professionele tatoeages worden tegen betaling door tatoeëerders aangebracht met een elektrisch aangedreven tatoeëermachine. Eerst worden de omtrekken van een tatoeage gemaakt met behulp van Oostindische inkt. Vervolgens wordt de tatoeage ingevuld met andere pigmenten. Deze kleurstoffen kunnen na verloop van tijd allergische reacties geven. Bij de leerlingen van de lagere technische scholen zijn harten, rozen, zwaarden, slangen en draken de meest vóórkomende motieven (figuur 2).

UITKOMSTEN

In figuur 3 vindt men een overzicht van de resultaten van de vier onderzoekingen, die in de periode 1974-'89 werden gehouden. Hieruit blijkt dat het percentage leerlingen met amateur tatoeages in de vier onderzoeksjaren respectievelijk 6.0%, 9.6%, 6.3%, en 4.0% bedroeg. Bij de bepaling van deze percentages werden eventueel aanwezige amateur tatoeages bij jongens die ook een professionele tatoeage hadden buiten beschouwing gelaten. Deze jongens werden ingedeeld bij de categorie professionele tatoeages. Het percentage leerlingen met professionele tatoeages bedroeg respectievelijk 0.9%, 3.7%, 4.1% en 1.2%. Een kleine optelsom leert dat het percentage jongens met amateur- en/of professionele tatoeages in de vier onderzoeksjaren achtereenvolgens uitkwam op 6.9%, 13.3%, 10.4% en 5.2%.
We zien dat in de beginjaren tachtig, in vergelijking tot de jaren 1974-'76, het percentage jongens met tatoeages bijna tweemaal zo groot was. Wat verder duidelijk opvalt is dat in het afgelopen schooljaar het percentage jongens met tatoeages sterk gedaald is, zelfs tot beneden het niveau van de jaren 1974-'76.

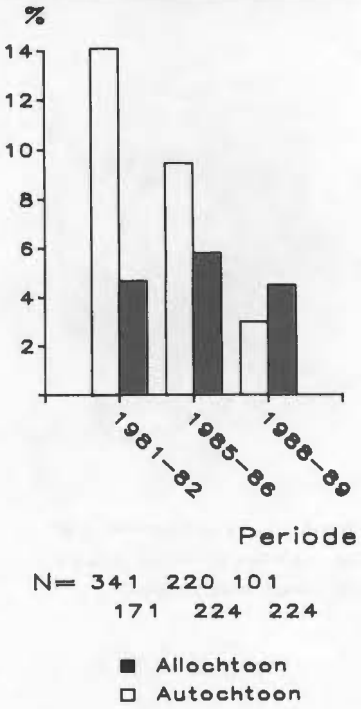


Figuur 3. Percentage Lts-ers met amateur en professionele tatoeages. Den Haag 1974-89.

In figuur 4 zijn de prevalentiecijfers gepresenteerd betreffende de amateur tatoeages bij de autochtone en allochtone scholieren. Bij de berekeningen van deze getallen werden de amateur tatoeages bij jongens die

tevens professionele tatoeages hadden wel meegeteld. De uitkomsten over de jaren 1974-'76 zijn niet meegenomen, omdat toen geen onderscheid werd gemaakt naar afkomst. Figuur 4 laat zien dat in het schooljaar 1981-'82 niet minder dan 14.1% van de autochtone leerlingen amateur tatoeages had. Dit percentage daalde tot 3% in het afgelopen schooljaar. Bij de allochtone jongens vertoonde dit percentage slechts geringe schommelingen en bedroeg in 1981-'82 4.7%, in 1985-'86 5.8% en in 1988-'89 4.5%. Uit deze cijfers moet dan ook de conclusie worden getrokken dat de spectaculaire daling van jongens met tatoeages voornamelijk op rekening komt van het veel geringere aantal amateur tatoeages bij de autochtone scholieren.

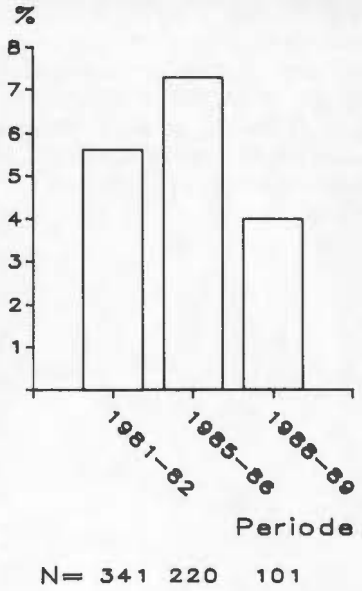
In alle onderzoeksjaren zijn de professionele tatoeages, op slechts een enkele uitzondering na, aangetroffen bij de autochtone leerlingen. Figuur 5 geeft daarom een overzicht van het vóórkomen van professionele tatoeages bij uitsluitend de autochtone jongens. Deze figuur laat zien dat ook het percentage leerlingen met professionele tatoeages in het schooljaar 1988-'89 daalde, vooral in vergelijking met het schooljaar 1985-'86.



Figuur 4. Percentage Lts-ers met amateur tatoeages naar afkomst. Den Haag 1981-89.

DISCUSSIE

Gegevens over het vóórkomen van tatoeages bij scholieren van het voortgezet onderwijs zijn schaars. In de literatuur is slechts één mededeling gevonden. Thomson en McDonald screenden in het schooljaar 1981-'82 in Lanarkshire (Schotland) 513 jongens van scholen voor voortgezet onderwijs in de leeftijd van rond 15 jaar op tatoeages. Bij 27 (5.2%) jongens werden amateur tatoeages aangetroffen (2). Van professionele tatoeages werd geen melding gemaakt. Bij dit onderzoek waren scholieren uit alle sociale klassen betrokken, zodat de uitkomsten niet goed vergeleken kunnen worden met die van de hier gepresenteerde screeningen. Wel wijst dit onderzoek uit dat ook in Schotland in de beginjaren tachtig amateur tatoeages bij scholieren vrij frekwent voorkwamen.
In die periode was er ook in Nederland sprake van een tatoeage rage. Pop- en rock- en rollsterren hadden tatoeages. In 1984 werd in het Amsterdamse Paradiso een driedaagse internationale tatoeage manifestatie gehouden die een enorme belangstelling trok.
De uitkomsten van het prevalentie onderzoek in het schooljaar 1988-'89 laten zien dat, althans in het onderhavige schoolartsrayon, de tatoeage rage op z'n retour is. Opmerkelijk is dat alle sportleraren van de betrokken scholen dit ook waargenomen hadden. Zij zien de leerlingen tijdens de sportlessen vrijwel altijd met ontblote bovenarmen. Uit de gesprekken die recentelijk met de betrokken docenten werden gevoerd bleek dat het hen was opgevallen dat ze veel minder



Figuur 5. Percentage autochtone Lts-sers met professionele tatoeages. Den Haag 1981-89.

tatoeages zagen bij hun leerlingen dan enkele jaren terug.
De vraag rijst hoe het komt dat de tatoeage rage afneemt. Zeker is dat het tatoeëren sterk aan de mode onderhevig is. Gedurende korte perioden in de 17e en 18e eeuw bijvoorbeeld lieten vele notabelen, vaak van adellijke afkomst, zich tatoeëren tijdens een reis naar de Oost, in het bijzonder tijdens een reis naar Japan, India of Burma (3). Het is dus mogelijk dat het tatoeëren bij adolescenten simpelweg wat uit de mode raakt. Het is ook mogelijk dat de gezondheidsvoorlichting aan adolescenten in het algemeen van invloed is geweest. Naar onze overtuiging heeft de Aids-voorlichting op de scholen voor voortgezet onderwijs zeker invloed gehad. Het is onze ervaring dat wanneer tijdens de gesprekken, die gedurende het systematisch onderzoek met de jongens worden gehouden, het tatoeëren aangeroerd wordt, de schoolarts niet zelden te horen krijgt 'Aan mijn lijf geen Aids' of opmerkingen in dezelfde trant.
Voortgezet longitudinaal onderzoek naar het vóórkomen van tatoeages bij adolescenten lijkt zeker zinvol ook in het kader van de evaluatie van de Aids-voorlichting.

SLOTOPMERKING

Aan het tatoeëren zijn veel risico's verbonden. Tal van besmettelijke ziekten kunnen hierdoor worden overgebracht. Het meest berucht zijn de explosies van hepatitis B-infecties. Limentani en Elliot beschreven een dergelijke explosie, waarbij 31 mannen in de leeftijd van 16 tot 28 jaar waren betrokken die allemaal door dezelfde tatoeëerder waren besmet (4). Tot nu toe zijn nog geen gevallen beschreven van HIV-transmissie door het tatoeëren. Met de mogelijkheid dat dit in de toekomst zal gebeuren dient beslist rekening te worden gehouden (3). De uitkomsten van de laatst gehouden screening op tatoeages geven evenwel hoop dat met een goed opgezette Aids-voorlichting op de scholen voor voortgezet onderwijs resultaten kunnen worden geboekt. ■

1. *Bergink AH. Tatoeages bij leerlingen van lagere technische scholen in Den Haag. Tijdschr Kindergeneeskd 1977; 45: 16-22.*
2. *Thomson W. McDonald JCH. Self-tattooing by schoolchildren. Lancet II 1983: 1243-4.*
3. *Stolz E, Stek J van der, Vuzevski VD. Tatoeages. Ned Tijdschr Geneeskd 1988; 132: 2380-5.*
4. *Limentani AE, Elliot LM. An outbreak of hepatitis B from tattooing. Lancet II 1979: 86-8.*

Gezonde steden en een participerende bevolking

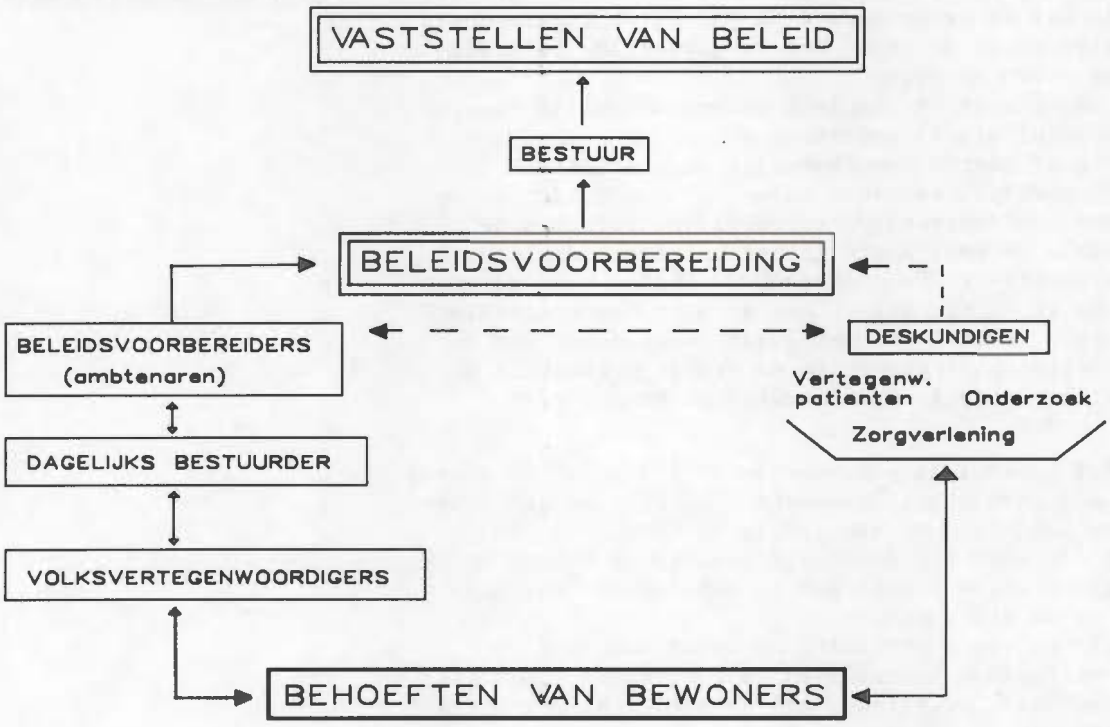
A.G.M. van Elzakker, voorheen werkzaam als projectleider gezondheid op de afdeling Maatschappelijk Welzijn en Volksgezondheid, gemeentesecretarie Den Haag.

Het internationale project van 'Healthy Cities' begint in Nederland vaste grond onder de voeten te krijgen. In steeds meer steden wordt het door de World Health Organization opgezette project aangegrepen om een vernieuwend lokaal gezondheidsbeleid tot ontwikkeling te brengen. Inmiddels hebben we voldoende informatie over wat het Gezonde Steden-project in grote lijnen inhoudt (1)(2)(3). Zeker na het internationale congres dat in juni 1989 in Den Haag is gehouden is het besef doorgedrongen dat de fase van concreet handelen is aangebroken. Op lokaal niveau zullen volksgezondheidsplannen in de geest van het project moeten worden geformuleerd, ontwikkeld en tot uitvoer gebracht. In een aantal steden zijn hiertoe de eerste initiatieven genomen, bijvoorbeeld in Eindhoven, Rotterdam en Den Haag. De Gezonde Steden-beweging staat evenwel nog in de kinderschoenen. Zo bestaat er nog onvoldoende ervaring om te weten volgens welke aanpak de doelstellingen van het Gezonde Steden-project het beste kunnen worden bereikt. In dit artikel wordt getracht hieraan een bijdrage te leveren. Er zal op een belangrijk aspect van het lokale gezondheidsbeleid namelijk de bevolkingsparticipatie worden ingegaan. Aan de hand van ervaringen die in Den Haag zijn opgedaan bij de totstandkoming van de discussienota 'Beter Gezond' in januari van dit jaar zal aandacht worden gevraagd voor een aantal belemmeringen die een perfecte 'community involvement' (zoals de bevolkingsparticipatie in het jargon wordt genoemd) in de weg staan.

BEVOLKINGSPARTICIPATIE

De voortrekkers van het Gezonde Steden-project laten er geen enkele twijfel over bestaan dat het succes van het project afhankelijk is van de mate waarin de lokale overheden erin zullen slagen de bevolking actief te betrekken bij het gezondheidsbeleid (4)(5). Het gezondheidsbegrip moet niet langer alleen door medici worden ingevuld maar ook door de bevolking zelf. Niet de behoeften aan gezondheid zoals gedicteerd door de zorgvoorzieningen moeten de richting van het beleid bepalen, maar de door de stedelingen zelf ervaren behoeften. Alleen op deze manier is te voorkómen dat het gezondheidsbeleid wederom verwordt tot gezondheids'zorg'beleid. Een zorgbeleid dat de volksgezondheid in West-Europa de afgelopen decennia geheel heeft gedomineerd.

Eén en ander is wellicht te verhelderen in de gepresenteerde schema's. In schema 1 zien we hoe traditioneel het volksgezondheidsbeleid op stedelijk niveau tot stand komt. Kenmerkend voor deze manier van plannen maken is dat de gezondheidsbehoeften van de stedelijke bevolking in het proces slechts op zeer afgeleide wijze een rol spelen. Het proces van opstellen van plannen ten behoeve van de volksgezondheid, wordt gedomineerd enerzijds door de politiek ingehuurde professionele beleidsvoorbereiders (i.c. de



Schema 1. Traditioneel beleidsmodel ter ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid.

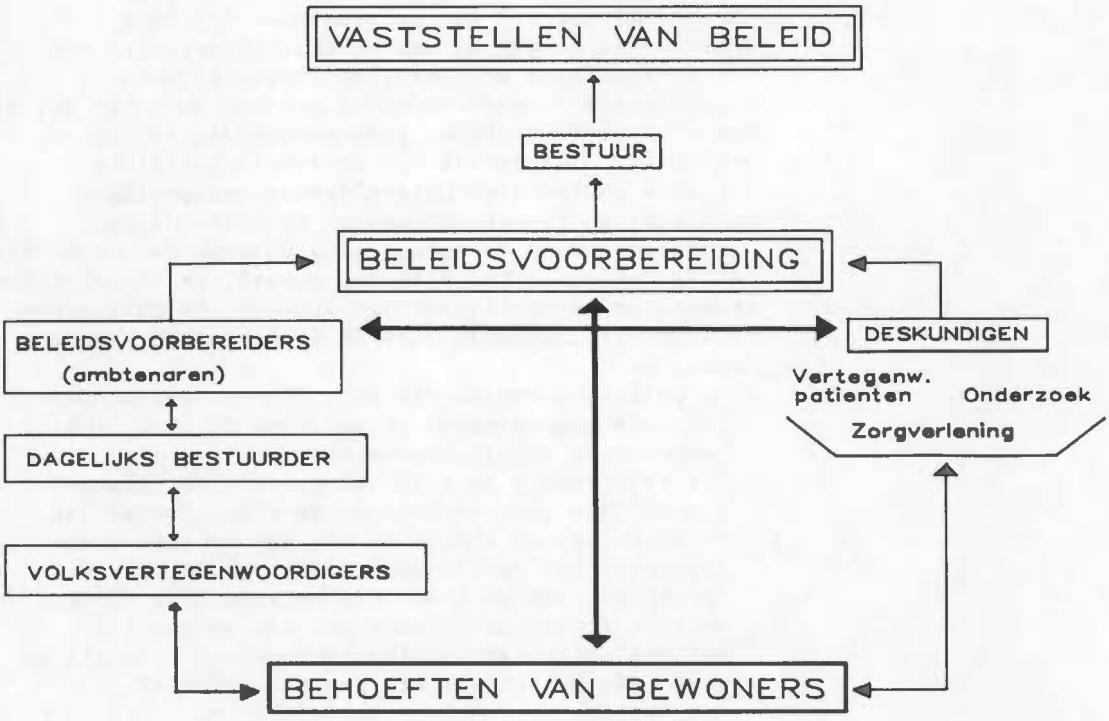
ambtenaren) en anderzijds door de deskundige sleutelfiguren uit het beleidsveld. Bij deze deskundigen denken we aan medici, directeuren van zorginstellingen en ziektekostenverzekeraars, onderzoekers (zoals epidemiologen) en wellicht de, al dan niet professionele, vertegenwoordigers van de patiënten. Afhankelijk van de lokale politieke situatie zullen zich uiteenlopende verhoudingen manifesteren tussen ambtenaren en deskundigen. Doorgaans kunnen de ambtenaren, vanwege hun nauwe band met de wethouder van volksgezondheid, de belangrijkste stempel op het beleidsproces drukken. Ze zullen hun beleidsvoorbereidende werk op drie bronnen baseren, namelijk:

- De politieke wensen van de volksvertegenwoordigers (i.c. de gemeenteraad en met name de portefeuillehouder voor volksgezondheid).
  Dit zijn vooral de politiek gefilterde belangen van actieve groeperingen in de stad. Dergelijke belangen zullen altijd in het perspectief worden geplaatst van het 'algemeen belang' en het 'prestige' van de stad. Dit betekent dat spectaculaire zorgvoorzieningen met een omvangrijk verzorgingsgebied (sociaal-economisch belang!) al gauw meer prioriteit krijgen dan relatief onzichtbare preventieve activiteiten.
- De meningen en percepties van (een aantal) deskundigen.
  Deze deskundigen zijn select gekozen en worden vaak

op ad hoc basis betrokken. Daar ze meestal afkomstig zijn uit de gevestigde orde van de volksgezondheid zullen ze in de regel ook de gevestigde belangen naar voren brengen.

- De resultaten van sociaal-wetenschappelijk (vooral epidemiologisch) onderzoek.
  Het gaat hierbij voornamelijk om statistisch datamateriaal van vaak enige jaren oud, dat in een aantal veronderstelde oorzakelijke relaties de sociale werkelijkheid in het volksgezondheidsveld representeert. De onderzoekers zullen niet nalaten er op te wijzen dat alleen de door hen statistisch bewezen bevindingen een juist beeld geven van de samenleving. (Hetgeen in de praktijk betekent dat veelal nog veel vervolgonderzoek moet worden verricht).

Uit het bovenstaande kunnen we afleiden dat de plannen voor een lokale volksgezondheid op deze manier vooral worden gebaseerd op een indirecte kennis van de werkelijkheid. (De eventuele praktische kennis en oorspronkelijke ideeën van de ambtenaren overigens niet te na gesproken).
Dit proces van planvorming op basis van gekwantificeerde werkelijkheidsbeelden en specifiek geselecteerde zegslieden zal de bestaande perceptie van behoeften en belangen in de volksgezondheid in het algemeen verder versterken. Deze conclusie betekent dat via de traditionele wijze van plannen maken en



Schema 2. Ideaal beleidsmodel ter ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid.

uitvoeren de idealen van het Gezonde Steden-project niet gerealiseerd kunnen worden.

Er is een andere wijze van planvorming nodig. In het tweede schema is getracht dit weer te geven. De twee (nieuw) aangezette communicatielijnen zijn essentieel om het beleidsproces beter te laten aansluiten bij het gedachtengoed van het Gezonde Steden-project. Zo moet er een duidelijke en hechte verbinding komen tussen ambtenaren en deskundigen. Daarnaast moet het idee worden verlaten dat het maken van plannen voor de volksgezondheid een exclusieve aangelegenheid is van de (lokale) overheid, die naar goeddunken en genade bepaalde betrokkenen uit de samenleving inschakelt. Goede plannen kunnen alleen maar tot stand komen in de wisselwerking tussen overheid en maatschappij. Juist daarom is de nieuwe communicatielijn van belang: die tussen het proces van planvorming en de bewoners. Voor een nieuw volksgezondheidsbeleid is deze directe verbinding tussen het beleidsproces en het object van dat beleid, de stedelingen, van wezenlijk belang. Het gaat hier om een participatie van de bevolking, die in zodanige vorm gegoten wordt dat ze wezenlijk onderdeel uitmaakt van het tot stand komen van de lokale volksgezondheidsplannen. Het onderscheid tussen professionele beleidsvoorbereiders, deskundigen en bevolking moet in het lokale volksgezondheidsbeleid zo snel mogelijk van ondergeschikt belang worden.

DE NOTA BETER GEZOND

Onlangs is in Den Haag bij de opstelling van een globaal volksgezondheidsplan zoveel mogelijk volgens het tweede model gewerkt, hetgeen verwoord is in de discussienota 'Beter Gezond'. De gekozen werkwijze heeft zich gekarakteriseerd door vijf kenmerken (6)(7):
- maatschappelijke betrokkenheid;
- een integrale benadering;
- doelzoekend;
- een streven naar uitvoeringsafspraken en
- toekomstgericht.

Concreet heeft dit vorm gekregen door het houden van een tweetal workshops tussen ambtenaren en deskundige sleutelfiguren uit het veld en aansluitend door bilaterale contacten tussen ambtenaren en sleutelfiguren van een bepaalde geleding. Met name via de bilaterale gesprekken zijn steeds meer 'achterbannen' van sleutelfiguren in het beleidsproces opgenomen. In de contacten zijn ontwikkelingen, problemen en mogelijke oplossingen aan de orde gesteld. Er is met andere woorden samen gezocht naar de juiste doelstellingen van de gezondheidsplannen. Na het verschijnen van de volksgezondheidsnota (met discussiestatus!), is er een symposium voor alle belangstellenden georganiseerd (8). Naast deze 'informele' mogelijkheid tot inspraak, heeft uiteraard

de formele inspraakroute tot ieders beschikking gestaan. Een kleine veertig organisaties en personen hebben van de gelegenheid gebruik gemaakt om een schriftelijke inspraakreactie aan het gemeentebestuur ter kennis te brengen.
Deze activiteiten in het beleidsproces hebben zich dus sterk gericht op een verbeterd contact tussen beleidsvoorbereiders en deskundigen, hetgeen in een apart rapport is geëvalueerd (9).

Zoals gezegd is voor een werkelijke 'community involvement' de verticale verbindingspijl uit schema 2 het belangrijkst. Ook hier is bij het opstellen van het volksgezondheidsplan aandacht besteed, zij het minder nadrukkelijk. In de volgende paragraaf wordt hier nader op ingegaan. Onder andere op grond van inspraakreacties, informeel en formeel heeft de politiek zich een oordeel gevormd over het in de nota 'Beter Gezond' uiteengezette volksgezondheidsplan. Opvallend daarbij is dat naast de toevoeging van een aantal actiepunten in het plan, de volksvertegenwoordigers nog eens uitdrukkelijk opgenomen willen zien dat tijdens de uitvoering van de actiepunten een voortdurend samenspel moet blijven bestaan tussen de gemeente en maatschappelijk betrokkenen. We bevinden ons momenteel in de fase die zich op dit aspect moet richten.

■ DE PUBLIEKSACTIE

Zoals gezegd is in genoemd beleidsproces getracht de lokale bevolking actief bij de ontwikkeling van het gezondheidsbeleid te betrekken. Hoewel zeker niet omvattend en systematisch, noch theoretisch onderbouwd, is geprobeerd een stukje bevolkingsparticipatie te realiseren dat uitstijgt boven de groepsgewijze collectieve belangenbehartiging, die op het niveau van deskundigen domineert.
'Gezondheid is een zaak van ons allemaal', luidde de eerste zin van de oproep, die de gemeente heeft verspreid onder de Hagenaars. In die oproep werd iedereen uit de stad gevraagd mee te denken over de inhoud van de op stapel staande nota 'Beter Gezond'. Concreet werd gevraagd naar de persoonlijke invulling van het begrip 'gezondheid' en naar wat als 'gezond' en 'ongezond' wordt ervaren in het dagelijkse leven in de stad. De Hagenaars hebben hun mening kenbaar kunnen maken met behulp van de aan de oproep bevestigde antwoordkaart of, indien de kaart onvoldoende ruimte bood, per brief. De oproepen zijn in de zomermaanden van 1988 verspreid via de bibliotheken, wijk- en dienstencentra en de gemeentelijke balies. In totaal zijn ongeveer 300 reacties binnengekomen. Het betreft vooral antwoordkaarten, maar ook tientallen brieven. Opmerkelijk was het dat vóór enige rapportage had plaatsgevonden, in een plaatselijke krant de waarde van de actie sterk is gerelativeerd. Deskundigen uit de onderzoekswereld zijn aangehaald, die er op wezen

dat vanwege het geringe aantal deelnemers er geen conclusies aan de resultaten verbonden mogen worden. Met andere woorden het zicht op 'gezond' en 'ongezond' in Den Haag kan met de publieksactie niet worden vergroot; voldoende statistisch bewijs ontbreekt immers.

Een verslag van de binnengekomen reacties is opgenomen in de nota 'Gezondheid in Den Haag'(10). Uit de reacties blijkt dat 'gezondheid' en 'ongezondheid' worden ervaren als elkaars tegenpolen: de eerste is het goede, de tweede het kwade. Ongezonde factoren domineren evenwel in de stad Den Haag. Hoewel de persoonlijke leefwijze van belang wordt geacht, is het toch vooral de omgeving die de mogelijkheden tot een gezond leven bepalen. Wat dat betreft maken de hondepoep, het autoverkeer, het zwerfvuil, de graffity en het vandalisme de kansen op een gezond leven in de stad gering, aldus de reagerende Hagenaars. De gemeente, als organiserende instantie achter deze actie, wordt in de reacties voortdurend aangesproken. Enerzijds wordt aangegeven dat veel door de gemeente geïnitieerde (beleids)activiteiten ongezonde situaties in de stad tot gevolg hebben: bijvoorbeeld de verkeerscirculatieplannen voor de binnenstad, het volbouwen van open groene ruimten, het onvoldoende reinigen van de straten, etc. Anderzijds wordt de gemeente aangesproken om aan ongezonde situaties een eind te maken, niet alleen door aanpassing van het eigen beleid, maar juist ook door gebiedend en verbiedend op te treden naar de inwoners van de stad toe. Men vraagt om actie en hoopt dat het komende volksgezondheidsplan een einde kan maken aan ongezonde toestanden op velerlei (beleids)terreinen.
In het uiteindelijke gezondheidsplan hebben deze oproepen via een aantal actiepunten respons gekregen. Al moet hierbij direct worden toegegeven dat de materie te complex is gebleken om duidelijke en concrete oplossingen te bieden voor de geconstateerde ongezonde situaties. De geformuleerde actiepunten moeten veeleer de voorwaarden scheppen voor een gezondheidsbeleid dat de stedelijke gezondheids-situatie op hoger peil brengt en waarbij de stedelingen zelf expliciet betrokken zijn. Dus, via actiepunten wordt aandacht gelegd bij facetbeleid (een integrale aanpak van de gezondheidsproblematiek); kennisvermeerdering (welke zijn de factoren achter ongezondheid in de stad) en bevolkingsparticipatie (voorstellen om het beleid zo in te richten dat de stedelingen volledig betrokken zijn).

BELEMMERINGEN OP WEG NAAR BEVOLKINGSPARTICIPATIE

De boven kort beschreven publieksactie kan wellicht niet worden beschouwd als een geslaagd voorbeeld van bevolkingsparticipatie waarnaar in het Gezonde Steden-project wordt gestreefd. Daarvoor was de actie te beperkt, te weinig doordacht en vooral te weinig

continu. In het beleidsproces rond de nota 'Beter Gezond' is het accent gelegd op het betrekken van deskundigen. Toch heeft de publieksactie wel het een en ander opgeleverd. Behalve een (select) beeld van de gezondheidssituatie van de stedelijke leefomgeving, betreft dit vooral een aantal lessen voor de toekomst. Er zijn namelijk een aantal verschijnselen naar voren gekomen die hoogstwaarschijnlijk bij de verdere ontwikkeling van de bevolkingsparticipatie een rol zullen blijven spelen. En dat zal, als er niet terdege rekening mee gehouden wordt, vooral een belemmerende rol zijn. We bekijken de volgende zaken.

Conflicterende belangen

Individuen zullen als ze in het beleidsproces participeren waar mogelijk hun eigen (groeps)belang naar voren brengen. Dit is natuurlijk heel normaal. Processen van planvorming kunnen met goede reden worden gezien als gereguleerde machtsspelen, die gedreven worden door individuele en/of groepsbelangen. De regulering zit hem er dan meestal in dat een van de partijen, veelal de overheid, een extra macht krijgt toegedicht, een spelleiderschap, om het uiteindelijke plan vast te stellen. Een gevolg van dit spelleiderzijn is echter dat de overheid een overheersende rol gaat spelen in het beleidsproces. Bij de ontwikkeling van het lokale gezondheidsbeleid moet dit nu juist zoveel mogelijk voorkómen worden: werkelijke bevolkingsparticipatie komt uiteindelijk vanuit de mensen zelf (bottom up) in plaats vanuit van overheidswege opgestelde structuren (top down). Er moet dan wel een andere wijze worden gevonden voor het omgaan met uiteenlopende belangen. De hondepoep en het hondegedrag ergeren vele stedelingen, maar veel anderen beschouwen de hond juist als een contact waar ze voor hun welbevinden veel baat bij hebben. De auto is voor de één een rechtstreekse bedreiging voor zijn leefmilieu, terwijl de auto voor een ander de enige binding is met het sociale leven in de stad. Zo zijn er nog diverse conflicterende belangen in de publieksactie naar voren gekomen.

Afgeleide belangen

Hierbij laten individuen of groepen in het beleidsproces ook andere belangen meespreken. Evenzeer een voor de hand liggend verschijnsel, maar wel verstorend voor de ontwikkeling van een goed gezondheidsplan. De middenstander die het autoverkeer best gezond acht omdat hij bang is dat autobeperkende maatregelen zijn klandizie zullen aantasten, weegt zijn gezondheidsbelang af tegen zijn economisch belang. Heel begrijpelijk, maar onzuiver voor het volksgezondheidsbeleid. Veel ernstiger wordt het echter indien vanuit louter politiek opportunisme in het beleidsproces wordt meegedaan: vindt groep x dat y gezond is, dan vinden wij dat y ongezond is. De reacties uit de publieksactie van bewoners in een straat, die ongezondheid in de stad in verband brengen met de

aanleg van een fietspad voor de deur waarvoor enkele bomen zijn gekapt, is een voorbeeld van een dergelijke drogreden in het beleidsproces.

'Hogere' politieke belangen

Na dit tweede aandachtspunt moet evenwel direct de andere kant van de medaille aan de orde worden gesteld. Degenen, die de bevolkingsparticipatie in het beleidsproces willen stimuleren, i.c. de politici (en hun ambtenaren), hebben daarbij niet altijd alleen de belangen van een goed gezondheidsbeleid voor ogen. Vaak spelen voor hen andere, politieke, belangen een minstens even grote rol. Dat kan tamelijk banaal een electoraal belang betreffen: om de kiezersgunst betrek je als bestuurder de inwoners bij het beleid. Het stimuleren van participatie kan echter ook een subtielere methode zijn om je eigen politieke beleid te realiseren: bijvoorbeeld op het ene terrein uitgebreid de bevolking mee laten praten, maar onderwijl op een ander issue, hopelijk ongemerkt, je zin doordrijven. Of: door te blijven hameren op de betrokkenheid van de bevolking en op de mogelijkheden om die te vergroten, kan de aandacht wellicht worden afgeleid van belangrijke inhoudelijke items, c.q. kunnen beslissingen langer worden uitgesteld. Dergelijke 'hogere' politieke belangen van de verantwoordelijke lokale bestuurders kunnen natuurlijk een averechtse uitwerking hebben op de ontwikkeling van een vernieuwend lokaal gezondheidsbeleid.

De positivistische sociale werkelijkheid

Een aspect van geheel andere orde betreft de verovering van het alledaagse denken door de positivistische wetenschap. Hiermee wordt bedoeld dat ook alledaagse ervaringen en beelden van de werkelijkheid steeds meer getoetst worden vanuit de rationeel-analytische criteria die door de (vooral natuurkundig georiënteerde) wetenschap worden aangelegd. De subjectieve kijk op de wereld van het individu wordt veel minder waardevol geacht dan het wetenschappelijk geconstrueerde wereldbeeld. Het is opvallend dat de belangrijkste kranteberichtgeving omtrent de publieksactie ingaat op de statistische onbetrouwbaarheid van de resultaten. Impliciet is aangegeven dat deze actie hierdoor niets voor het beleid heeft opgeleverd. Door deze berichtgeving heeft de actie, ook bij een aantal intern betrokkenen, het stempel 'mislukt' meegekregen. Dat 300 visies op 'gezond' en 'ongezond' in de stad naar voren zijn gebracht (waarbij wellicht 'eye-openers' zaten) is volstrekt naar de achtergrond gedrongen. De deskundigheid van de bevolking telt slechts indien deze wetenschappelijk is gefundeerd. De hondepoep in de straten van de stad worden pas een werkelijk probleem als wetenschappelijk de relatie met ziekte is aangetoond; de ergernis die vele stedelingen hebben uitgesproken over de hondepoep is nauwelijks als probleemsignaal opgevat.

1. *Kaasjager DC, van der Maesen LJG, Nijhuis HGJ (red). Healthy Cities: dageraad van een nieuwe volksgezondheid. (Reeks gezondheidsbeleid: No 2). Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1988.*
2. *Kaasjager DC, van der Maesen LJG, Nijhuis HGJ (red). Healthy Cities en volksgezondheid: paradoxen en oplossingen in beleid, theorie en praktijk. (Reeks gezondheidsbeleid: No 6). Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1989.*
3. *Ketting E, de Leeuw E. Gezonde steden, een oude innovatie. Tijdschr Gezondh Politiek 1989; 7 nr 2: 74-6.*

De voorhoede van de Gezonde Steden-beweging zal er terdege rekening mee moeten houden dat de (rationeel-analytische) wetenschappelijke denkwijze vaste voet heeft veroverd in onze samenleving. Ook veel leken beoordelen de werkelijkheid vanuit procenten en de betrouwbaarheidsintervallen die de representativiteit van de steekproef weerspiegelen.

De 'verdachte' overheid

Bij het ontwikkelen van een lokaal gezondheidsplan zal de plaatselijke overheid altijd een belangrijke rol spelen. Formeel ligt de volkswil immers bij de plaatselijke politici in de vertegenwoordigende organen en het ligt voor de hand dat beleidsbepaling dan ook daar geschiedt. Initiatieven als het vergroten van de bevolkingsparticipatie bij het tot stand komen van beleidsplannen worden dan ook veelal door overheidsorganen genomen. Dit geldt voor de hier besproken Haagse publieksactie. Dat het om een overheidsinitiatief gaat maakt veel bewoners echter al bij voorbaat kopschuw. Dit kan te maken hebben met het feit dat men achterliggende bedoelingen vermoedt: 'de gemeente wil wat van me weten omdat deze iets van plan is'. Er kan ook sprake zijn van onbegrip: 'de gemeente is toch verantwoordelijk voor de stedelijke volksgezondheid en niet ik?'. Voorts kan het initiatief al tot mislukken gedoemd worden geacht: 'al hebben we nog zulke goede ideeën, de gemeente zal er toch wel niets mee doen'. Om welke reden dan ook, terecht of onterecht, bij veel stedelingen zijn acties van de lokale overheid verdacht.

De 'versnipperde' overheid

Voor een deel hangt het zojuist aangestipte probleem samen met het gegeven dat de plaatselijke overheid op alle beleidsterreinen actief is. Precies omdat het intersectorale beleid voorgestaan in de Gezonde Steden-beweging nog tot ontwikkeling moet komen, valt het gebrek aan samenhang in beleid de stedelingen enorm op. Moeilijk te begrijpen is dat de gemeentelijke overheid zich opwerpt om te streven naar een gezonde stad, terwijl terzelfde tijd in hun perceptie die gemeente activiteiten onderneemt, die het leefklimaat in de stad ernstig aantasten. Een groot aantal reacties van Hagenaars heeft betrekking op deze versnippering in beleidsvoering. Hoe kan het bestaan dat gelijktijdig met de oproep van de gemeente om mee te denken over een gezonde stad, de bomen voor de woning door gemeentemensen worden omgezaagd? Overigens hadden de organisatoren van de publieksactie ook te maken met deze versnippering. De interne coördinatie van de lokale overheid zal danig moeten worden verbeterd om een door de bewoners gedragen gezondheidsbeleid tot stand te brengen.

De 'noodzakelijke' overheid

Een schijnbare tegenspraak met de vorige punten is, dat gelijktijdig met de nodige reserves ten opzichte

4. *Ashton J. Healthy Cities: een project van de World Health Organization. In: Kaasjager DC, van der Maesen LJG, Nijhuis HGJ (red). Healthy Cities: dageraad van een nieuwe volksgezondheid. (Reeks gezondheidsbeleid: No 2). Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1988.*
5. *Londen van J. Gezondheidsbeleid en de leefbare stad. In: Kaasjager DC, van der Maesen LJG, Nijhuis HGJ (red). Healthy Cities: dageraad van een nieuwe volksgezondheid. (Reeks gezondheidsbeleid: No 2). Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1988.*

van de lokale overheid er een breed gedragen opinie bestaat dat dezelfde overheid de aangewezen instantie is om actie te ondernemen. Nog afgezien van het feit dat vooral om ge- en verbiedend optreden van de overheid wordt gevraagd, betreft het ook een uiting van een verkeerde voorstelling van bevolkingsparticipatie. Meedoen in gezondheidsbeleid door de stedelingen kan natuurlijk niet betekenen dat ze alleen de beleidsdoelen mede vaststellen en vervolgens rustig toekijken hoe de overheid en eventueel de direct betrokken deskundigen trachten deze doelen te realiseren. Werkelijke bevolkingsparticipatie impliceert ook een verantwoordelijkheid van de burger bij de beleidsuitvoering. De Hagenaar moet zelf werken aan een gezonde stad om in te leven. De lokale overheid kan dit streven slechts ondersteunen, in opdracht van de volkswil.

■ CONCLUSIE

De geschetste problemen overziend kan niet anders worden geconcludeerd dan dat het betrekken van de bevolking bij het gezondheidsbeleid een hoogst complexe en moeilijk te vervullen taak is. Het is goed te begrijpen dat de betrokken politici en ambtenaren vooral zullen neigen het beleidsproces te openen richting de 'deskundigen'. Vanuit de lokale overheid gezien is dit immers de meest praktische manier om tegemoet te komen aan de alom gevoelde noodzaak het volksgezondheidsbeleid geen exclusieve overheidszaak te laten zijn. Door 'sleutelfiguren' in het proces te betrekken is de stedelijke samenleving tenminste in het beleidsproces vertegenwoordigd. Er is echter al betoogd dat op deze wijze geen gezondheidsbeleid tot stand kan komen volgens de uitgangspunten van de Gezonde Steden-beweging. De gevestigde belangen in de gezondheidszorg houden de overhand.
Voorts moet uit eerdere ervaringen worden geleerd. De democratiseringswens die in de zestiger en zeventiger jaren in de samenleving aanwezig was, heeft zich vertaald in uitgebreide inspraakregulering in het beleidsproces. Deze formele inspraakmogelijkheden functioneren vanuit het perspectief van gezondheidsbeleid kennelijk onvoldoende. Het strak reguleren van de maatschappelijke krachten lijkt in het Gezonde Steden-project immers ongewenst.
Maar wat blijft er tussen de Scylla van de geschetste problemen bij de besproken methode en de Charybdis van de inspraakregulering dan over? Toch maar gewoon beginnen zoals met de publieksactie 'Beter Gezond'? ■

6. *Nota 'Beter Gezond'. Gemeente Den Haag, 1989.*
7. *Elzakker van AGM. Na de planning: een nieuwe beleidsvoering in de gezondheidszorg. Med Contact 1989; 44 nr 24: 807-9.*
8. *Symposiumverslag 'Beter gezond'. Gemeente Den Haag, maart 1989.*
9. *Rooijen van S. Beter gezond, betere (inter) aktie: onderzoekverslag met betrekking tot de beleidsvoering van de nota 'Beter Gezond'. Gemeente Den Haag, 1989.*
10. *Nota 'Gezondheid in Den Haag: enkele aspecten'. Gemeente Den Haag, april 1989.*