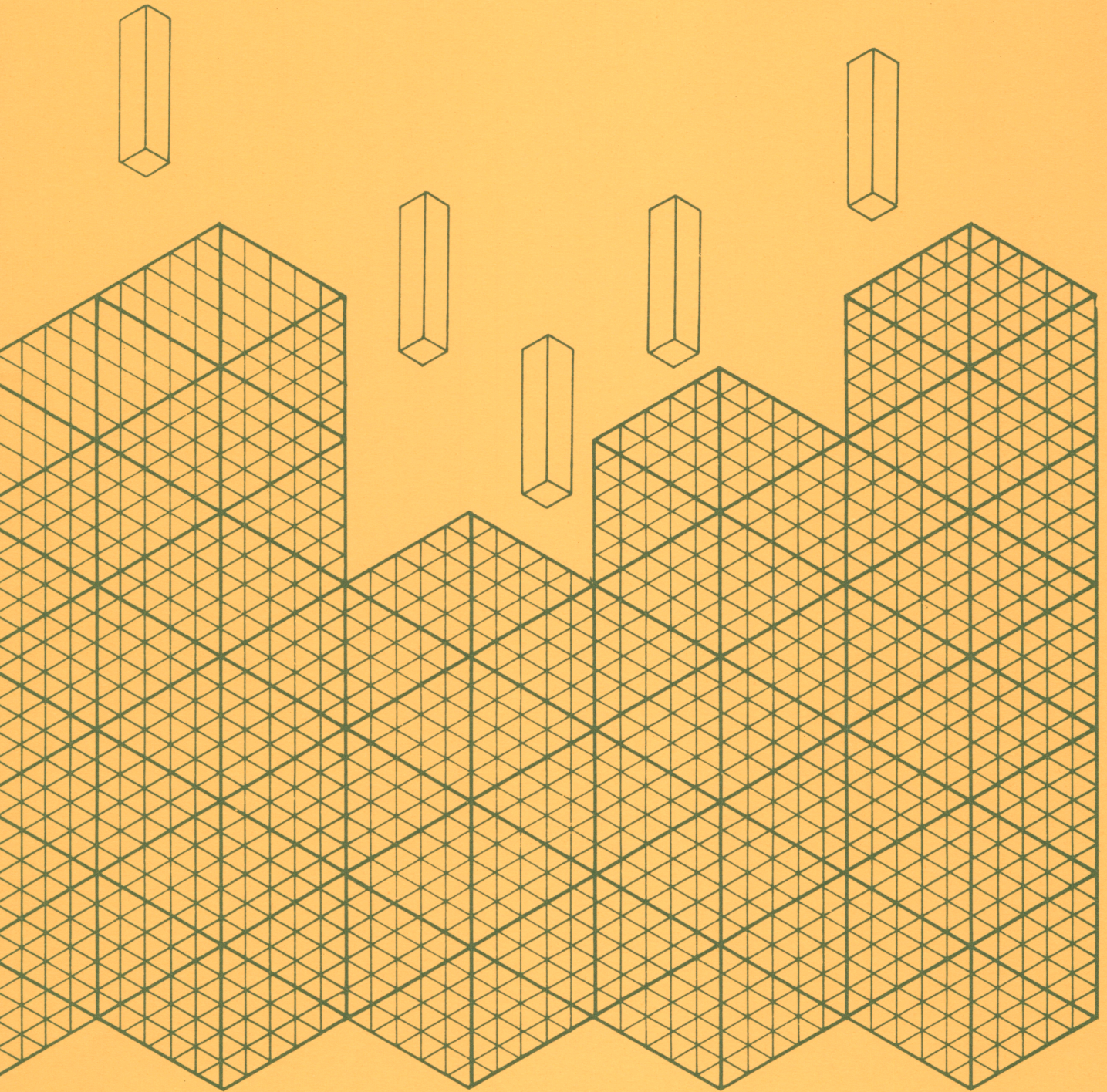


's-Gravenhage februari 1990

# EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN



Kwartaalschrift voor Basisgezondheidszorg en Onderzoek

# EPIDEMIOLOGISCH bulletin

---

Februari 1990  
25ste jaargang nr. 1  
ISSN 0921-6219

## Redactie

H.G.J. Nijhuis,  
arts-epidemioloog  
(hoofdredacteur);  
Prof.dr. W.J. Schudel,  
psychiater;  
Ir. H.W.A. Struben,  
epidemioloog;  
Mw. I. Burger,  
onderzoekmedewerker.

## Ontwerp

P.J.C. Martens

## Druk

Koninklijke drukkerij  
de Swart BV, Den Haag

## Secretariaat

Stafbureau epidemiologie  
GG en GD  
Postbus 65 783  
2506 EB Den Haag  
Tel.: 070 - 361 94 43

## Uitgave

GG en GD, Den Haag

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.

---

# EPIDEMIOLOGISCH

## bulletin

1950  
1951  
1952

1953  
1954  
1955  
1956  
1957  
1958  
1959  
1960

1961  
1962

1963  
1964

1965  
1966  
1967  
1968  
1969

1970  
1971

1972  
1973  
1974  
1975  
1976  
1977  
1978  
1979  
1980

# Inhoud

---

<b>Redactioneel</b>	5
<b>'Nieuwe uitdagingen in de jaren negentig'</b> Nieuwjaarsrede, uitgesproken op 3 januari 1990 door J.W.H. Garvelink, arts, directeur GG en GD	6
<b>De crisis en de gezondheid van de Hagenaar</b> - Ir. H.W.A. Struben	10
<b>Cariës bij Nederlandse, Hindoestaanse, Marokkaanse en Turkse kleuters:</b> Verslag van een onderzoek in een Haags schoolartsrayon 1984-1989 - Dr. A.H. Bergink en J.A.M. Reuser	20
<b>Gebitsgezondheid van 12-16-jarigen:</b> Onderzoek bij deelnemers van de Haagse jeugd tandzorg - H. Westerhof	26
<b>Een epidemie van 'stippetjes':</b> De jeugdgezondheidszorg en de kinderdagverblijven - M. Monné-van Wirdum	33

---



10/10/11

10/10/11

10/10/11

10/10/11

10/10/11

10/10/11

10/10/11

10/10/11

10/10/11



## Redactioneel

---

Bijzondere gelegenheden nodigen uit tot een ongewone aanpak. Precies tien jaar scheiden de World Health Organization (WHO) en ons allen van het nobele doel 'Health for all'. Tien jaar waarin nog veel moet en kan gebeuren. Ook in Den Haag bevindt de GG en GD, onze uitgever, zich in een uitzonderlijke fase van haar bestaan.

Reden genoeg voor de redactie om ditmaal plaats in te ruimen voor de nieuwjaarsboodschap van directeur Garvelink.

In het verlengde van zijn inleiding is de verdere inhoud van dit Epidemiologisch Bulletin gewijd aan gezondheidsverschillen tussen diverse groeperingen van de Haagse bevolking.

Het artikel van Struben toont gezondheidsverschillen van Hagenaars aan de hand van sterftecijfers in relatie tot het sociaal-economisch niveau van de wijken over de ons achterliggende decennia. We nemen hiermee direct Garvelink's uitdaging aan om, conform de uitgangspunten van de WHO, bij te dragen aan het doen verkleinen van de achterstand in gezondheid die nog bij teveel stadgenoten bestaat.

Ook de Haagse jeugd krijgt in dit nummer bijzondere aandacht. De gezondheid in de stad in het jaar 2000 zal immers ook in belangrijke mate bepaald worden door hetgeen we in het komende decennium aan de jeugd kunnen overbrengen op het gebied van gezondheidsbevorderende attitude en gedrag en aan voorwaarden kunnen creëren voor gezonde omgevingsfactoren. Bergink en Westerhof constateerden onafhankelijk van elkaar gelijklopende verschillen in gebitsgezondheid tussen groepen Haagse kleuters en jeugdigen.

De redactie van Uw Bulletin hoopt samen met U te mogen blijven bijdragen aan het verminderen van verschillen in gezondheid. De in het vorige Bulletin geopende 'epidemiologische ideeënbus' geeft hier alle mogelijkheden toe.

De redactie.

# Nieuwe uitdagingen in de jaren negentig

---

Nieuwjaarsrede

Uitgesproken op 3 januari 1990

door J.W.H. Garvelink, arts, directeur GG en GD

De GG en GD is in beweging. We bevinden ons middenin de roerigheid van een ingrijpende reorganisatie in de gemeente: de GG en GD wordt onderdeel van de dienst Welzijn waarin ook Sport, Recreatie, Samenlevingsopbouw, Sociaal Cultureel Werk en Maatschappelijke Zorg zijn ondergebracht. Maar niet alleen de GG en GD is in beroering in het land van de gezondheidszorg. Heel Nederland vraagt zich in toenemende mate af of we wel op de goede weg zijn met onze gezondheidszorg. De technologie werd steeds ingewikkelder en daarmee duurder, en de ethische problemen bleken onvoorzien moeilijk om mee om te gaan. Waar liggen de grenzen? Welke kant moet het op in de jaren negentig?

De laatste jaren is er steeds meer aandacht gekomen voor hoe we gezond kunnen blijven in plaats van de gerichtheid op hoe we het beste kunnen genezen. Dit betekende meer aandacht voor 'gezondheidsbevordering' in plaats van 'gezondheidszorg'. Velen waaronder de World Health Organization en het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur hebben het onderwerp van de 'Health Promotion' (gezondheidsbevordering) uitvoerig in de schijnwerpers gezet. Ook wij in Den Haag hebben ons niet onbetuigd gelaten. De Healthy-Cities-gedachte is hier ter stede mede door de inzet van de GG en GD al tot gemeengoed geworden.

Naast gezondheidsbevordering vormt het thema van de gezondheid van de sociaal zwakkeren in onze samenleving een steeds belangrijker onderwerp. Wat overkomt de ouderen, de geestelijk zwakkeren, de gehandicapten, de allerarmsten en de randgroeperingen in een grote stad als Den Haag? Hebben deze groepen voldoende mogelijkheden om de nodige aandacht te geven aan hun gezondheid? Dreigen ze niet, vaak zonder dat we het in de gaten hebben, stilletjes uit de boot te vallen?

De economie trekt weer aan en de welvaart neemt weer toe. Voor de GG en GD Den Haag echter liggen er juist voor deze groepen aandachtsgebieden waarop nog veel tot stand gebracht moet worden. Hier liggen onze uitdagingen voor de jaren negentig.

Ik wil u een paar cijfers over de volksgezondheid in Den Haag laten zien.

In onze stad sterven jaarlijks zo'n 5.500 mensen aan allerlei ziekten. Van dit aantal sterft maar liefst 15%, ofwel ongeveer 800 mensen, omdat ze veel gerookt hebben. Roken is, ook voor Hagenaars, een echte 'killer'.

Deze epidemiologische cijfers vormden het afgelopen jaar aanleiding tot een discussie bij het gemeentebestuur over maatregelen die te nemen zouden zijn om het roken terug te dringen. Samen met de landelijke initiatieven heeft het er ondermeer toe geleid, dat we vanaf 1 januari alleen nog in 'schandzaaltjes' mogen roken in openbare gebouwen. Roken heeft al bijna gevolgen voor de hoogte van de ziektekostenverzekering; gelukkig nog net niet voor ons salaris. U ziet: het gaat de goede kant uit!

Het anti-rookinitiatief van de sector Volksgezondheid van de gemeentesecretarie en de GG en GD heeft helaas nog niet geleid tot

---

---

een afname van de rookreclame op straat. De unieke gelegenheid om dit te doen via voorwaarden aan het verhuur van deabri's in de stad is helaas gemist. In het moeilijke grensgebied tussen economische - en volksgezondheidsbelangen wordt volharding gevraagd om resultaat te bereiken.

Er zijn ook andere patronen in de volksgezondheid in Den Haag waar we in de jaren negentig niet omheen kunnen. Er bestaan aanzienlijke gezondheidsverschillen tussen wijken in Den Haag. Deze worden vooral zichtbaar in de verschillen in sterftecijfers in de verschillende gebieden in de stad. Het blijkt dat de sterfte op alle leeftijden rond de 35% hoger ligt in de slechtste wijken. Dit geldt voor jeugdigen, middelbare leeftijdsgroepen en ouderen. Een uitzondering hierop vormen vermoedelijk de alleroudsten die tevens de allersterksten blijken te zijn. U moet bedenken dat deze betere overleving van de welgestelden iets is dat ook in Amsterdam en Rotterdam, in heel Nederland, eigenlijk in de hele wereld bestaat. In deze tijd komen deze verschillen sterk voor het voetlicht. We zijn minder geneigd om ze als vanzelfsprekend te accepteren. We staan voor de uitdaging om er iets aan te doen!

In het bijzonder wil ik uw aandacht nog vestigen op heel recent cijfermateriaal dat eveneens te denken geeft. Als je de sterfte in de loop van de jaren tachtig bekijkt, bijvoorbeeld de eerste helft van dit decennium, dan valt aan de sterfte van mannen iets bijzonders op. Je zou verwachten dat de verschillen tussen arm en rijk steeds kleiner worden hooguit hetzelfde blijven. Bij vrouwen en jeugdigen is dit inderdaad het geval, echter niet bij oudere mannen. Bij mannen tussen 45 en 65 jaar is het verschil tussen sociaal zwakken en welgestelden juist toegenomen met maar liefst 20-30%. De gezondheid van deze volwassen mannen in de slechtste wijken is er dus sterk op achteruitgegaan ten opzichte van de gemiddelde bewoner in de welgestelde wijken. Zien we hier de klap van de economische crisis, die zijn slachtoffers maakt in kringen van werkloze mannen, die in de buurt van de minimumgrens leven?

Als we aan deze verschillen wat willen doen, ook vanuit de GG en GD dan moeten we meer begrijpen van de oorzaken. Hoe komt deze achterstand in gezondheid? Er bestaat niemand die precies kan aangeven hoe dat komt, gezondheid en levenskansen hangen met ontzettend veel dingen in het leven samen. Het heeft bijvoorbeeld te maken met het soort leven waar mensen voor kiezen uit eigen vrije wil. Je kiest om te roken, dus heb je bepaalde kansen om oud te worden.

Zo'n 40% van de Hagenaars rookt. Maar in welgestelde milieus wordt aanzienlijk, wel zo'n 25%, minder gerookt dan in sociaal lagere milieus. Dus dat roken staat ook niet op zichzelf. Het is allemaal heel complex. Werkloos zijn, een bepaalde opleiding gehad hebben, in de buurt van het minimuminkomen zitten, in een bepaalde wijk wonen en gewoontes als roken hangen allemaal met elkaar samen. Als stemgedrag iets zegt over de mate waarin mensen maatschappelijk betrokken zijn dan is - dat blijkt overduidelijk uit cijfers - de maatschappelijke betrokkenheid zeer laag bij Hagenaars die het ongezondst zijn.

Het is onmogelijk om één oorzaak aan te wijzen die alles kan verklaren. Het is ook niet zo dat men overal zelf voor kiest.

Werkloos zijn en een minimuminkomen hebben wordt je door de

---



---

omstandigheden opgedrongen, daarvoor kies je in de regel niet. Al deze zaken uit het dagelijks bestaan hebben een invloed op de gezondheid. Vanuit het gezondheidsdenken staat de GG en GD dan ook voor de uitdaging om aan de oplossingen een bijdrage te leveren. GG en GD-ers, zoals verpleegkundigen, artsen en anderen zullen meer plaats moeten nemen aan tafels, waar voor het dagelijks bestaan van Hagenaars en hun omgeving, belangrijke beslissingen worden genomen. Het gezondheidsargument ontbreekt daar maar al te vaak.

Zoals waarschijnlijk bekend kennen we, ook in Den Haag, een sterk vergrijsde samenleving en steeds meer geestelijk en lichamelijk mindervalide medeburgers. Den Haag kent nu 19% 65-plussers. Dit aantal zal in 1995 weliswaar iets afgenomen zijn, maar het aantal hoogbejaarden (80 jaar en ouder) zal echter verder toenemen. Steeds meer mensen zullen het zonder de maatschappelijke en medische ondersteuning van anderen niet meer kunnen stellen.

We weten het eigenlijk allemaal, we zien het aankomen, maar hebben we er de nodige voorzieningen voor getroffen? Het antwoord is neen!

Het is duidelijk dat de traditionele vormen van ondersteuning in instellingen als het verpleeghuis, het bejaardenhuis en het ziekenhuis niet het ideale antwoord bieden. Natuurlijk zijn deze vormen van hulp voor veel mensen onvermijdelijk. Het moet echter voor meer mensen mogelijk worden verder te leven met hulp van burens, vrienden en/of familie in de eigen omgeving. Daarop hebben we ons vanuit de gezondheidszorg, ook vanuit de GG en GD, nog onvoldoende ingesteld. We hebben nog geen goede organisatievorm, financiering en juiste beroepshouding ontwikkeld om het zelfstandige bestaan van bijvoorbeeld ouderen thuis goed te ondersteunen. We moeten deze vormen tot stand brengen door samen met ouderen zelf, het kruiswerk, de gezinszorg en de huisartsen overleg te plegen en experimenten op te zetten. Hier gaan de maatschappelijke zorg en de gezondheidszorg hand in hand op zoek naar oplossingen voor problemen, die zich maar al te vaak in alle stilte voltrekken. Deze problematiek vormt een grote uitdaging en een dankbaar werkterrein voor de maatschappelijke gezondheidszorg vanuit de GG en GD. We moeten het initiatief verder ontwikkelen om samen met de politiek en met andere instellingen het moeilijke terrein van de 'zorg thuis' tot ontwikkeling te brengen.

De GG en GD in de jaren zeventig was een ander soort instelling dan de GG en GD in de jaren tachtig. Onze zorgen van morgen zullen weer anders zijn. We staan nu eenmaal niet stil.

Ik heb u een aantal indrukken geschetst over wat ik verwacht aan belangrijke aandachtsgebieden, aan nieuwe uitdagingen voor de jaren negentig. We moeten bereid zijn deze met nieuw elan en volle energie op te pakken. Dat we tot veranderen in staat zijn hebben we dacht ik het afgelopen jaar wel bewezen. U, maar ook ik, zijn met enige terughoudendheid aan de reorganisatie van de GG en GD in de dienst Welzijn begonnen. Bezorgd om het goed, dat in het werk van onze GG en GD ligt, prijs te geven zijn we de gesprekken over reorganisatie ingegaan. Intussen ligt er een functieplan van een sector Gezondheid, de GG en GD 'nieuwe stijl'. In de plannen voor de dienst Welzijn liggen belangrijke elementen opgesloten om juist van de gezondheidsbevordering en de gezondheidszorg voor bijvoorbeeld ouderen meer te maken. Het biedt nieuwe mogelijkheden om samenwerking met anderen aan te gaan, met ouderen te overleggen,

---

---

in de wijk te werken en om het gesprek met de politiek nieuwe inhoud te geven. En daar liggen voor een belangrijk deel de oplossingen voor de problemen waarover ik het gehad heb.

Het magische jaar 2000 komt steeds dichterbij. Het magische gaat er waarschijnlijk de komende tien jaar geheel van af. Op het einde van 1999 kopen we waarschijnlijk gewoon een nieuwe agenda voor 2000 en schrijven onze eerste afspraken erin. Het bijzondere van een nieuwe eeuw is ook eigenlijk niet die 100 jaar zelf maar hoe we hem binnenkomen. Hoe dat gaat worden hangt niet van 1999 af maar van nu.

Ik wens u een goed nieuw jaar en een goede laatste tien jaar van deze eeuw toe. ■

# De crisis en de gezondheid van de Hagenaar

---

Door Ir. H.W.A. Struben, epidemioloog werkzaam op het  
stafbureau epidemiologie, GG en GD Den Haag

## ■ INLEIDING

In een eerder artikel over sterfte verschenen in het Epidemiologisch Bulletin toonden we aan dat over de jaren 1977-1987 in de sociaal-economisch zwakste wijken van Den Haag de sterfte op nagenoeg alle leeftijden circa 35% hoger lag dan in de meest welgestelde wijken (1). Een uitzondering hierop vormden de alleroudsten in de sociaal-economisch zwakste wijken. Dit werd gezien als een mogelijk gevolg van een selectie door middel van een 'surviving of the fittest'-proces. De verschillen tussen de wijken, die de meest extreme positie qua sociaal-economisch niveau innamen, betekenden omgerekend in levensverwachting bij de geboorte een verschil van vijf jaar voor mannen en ongeveer twee jaar voor vrouwen. De slechtere overlevingskansen van groepen in de samenleving met de laagste inkomens, de laagste opleidingsniveaus en de beroepen met het minste aanzien is niets nieuws en komt ook in Amsterdam, Rotterdam en de rest van Nederland voor (2).

In het 'vergelijkend buurtonderzoek Amsterdam' over de periode 1972-1976 werden tussen de buurten de Jordaan en Buitenveldert eveneens verschillen in levensduur van vijf jaar vastgesteld (3). Een tweede onderzoek over de jaren 1977-1983 bevestigden deze verschillen (4). De Amsterdamse buurtonderzoeken gaven ook SES-gerelateerde verschillen te zien ten aanzien van opnames in ziekenhuizen en psychiatrische inrichtingen.

Sinds de economische crisis in het begin van de jaren tachtig, die gepaard ging met een explosieve groei van de werkloosheid, is de koopkracht voor de laagstbetaalden met ongeveer 12% gedaald (5). We vernemen bij voortdurend via de media berichten die erop duiden dat de groeiende gescheiden inkomensontwikkeling tussen grote groepen van de Nederlandse bevolking een toenemende maatschappelijke tweedeling tussen werkenden en uitkeringsgerechtigden tot gevolg heeft. Er heeft zich door de structurele werkloosheid een sociale onderlaag gevormd die langdurig - en zonder maatschappelijk perspectief op verandering - aangewezen is op een inkomen rond het bestaansminimum. De groeiende sociale armoede vertaalt zich ook in toenemende gezondheidsverschillen.

Aan deze thematiek werd in 1988 in Rotterdam een internationaal congres gewijd onder het motto 'Did the crisis really hurt'? Een aantal bijdragen beantwoordden deze vraagstelling bevestigend. Zo toonde Diekstra dat met de toename van de werkloosheid ook het aantal zelfmoordpogingen opliep (6). Terwijl Brenner liet zien dat er in de Westerse landen waaronder Nederland een markante samenhang bestaat tussen het economisch welvaartsniveau en het sterfteniveau (7). Recente onderzoekingen in Engeland hebben aangetoond dat gemeten aan de hand van sterftecijfers de gezondheidsverschillen naar sociale klasse over de periode 1971-1985 zijn toegenomen (8)(9). Ook voor Den Haag zijn er aanwijzingen dat in deze periode de gezondheids situatie in de sociaal-economisch zwakste wijken is

---

\* *Percentage 0-4 jarigen  
percentage één-ouder  
gezinnen; economische  
huiswaarde; leefklimaat;  
percentage bijstandont-  
vangers; percentage  
schoolverzuim;  
percentage niet-opkomst  
bij verkiezingen.*

achtergebleven. Zo is vastgesteld dat in de periode 1971-1985, na correctie voor leeftijdsverschillen, de lichaamslengte van kinderen van Nederlandse origine in de sociaal-hoge wijken met 1.4 cm toenam, tegenover slechts 0.4 cm in de sociaal-lage wijken. Lichaamslengte is niet alleen een indicator voor een slechte voedingstoestand bij kinderen maar is ook een parameter voor gezondheid in meer algemene zin. De lichaamslengte op volwassen leeftijd blijkt samen te gaan met opleiding, inkomen en sociaal-economische omstandigheden op jonge leeftijd (10)(11). Nederlandse mannen met alleen een lagere schoolopleiding zijn vijf centimeter kleiner dan mannen met een universitaire opleiding (10). In Zweden is vastgesteld dat kleinere mensen een slechtere gezondheid, alsmede een oversterfte van 20% vertonen, ten opzichte van hun langere landgenoten.

Den Haag kent geografisch vrij scherp omrande wijken die qua sociaal-economisch niveau en concentratie van maatschappelijke problematiek vrij homogeen zijn terwijl er onderling grote verschillen bestaan.

Naar aanleiding van de reeds eerder aan de hand van sterftecijfers vastgestelde gezondheidsverschillen tussen de wijken en de bovengenoemde signalen en onderzoeksbevindingen wordt in dit artikel nagegaan hoe de sterfte zich in de ons achterliggende periode in relatie tot het sociaal-economisch niveau van de wijken heeft ontwikkeld. Hoewel sterftecijfers vrij harde indicatoren vormen voor de mate van gezondheid in het algemeen, dient men zich te realiseren dat ze slechts het 'topje van de ijsberg' weergeven en geen informatie verschaffen over kwaliteitsaspecten van het leven zelf, zoals bijvoorbeeld invaliditeit en chronische ziekten.

## ■ METHODE

Het sociaal-economisch niveau van de Haagse wijken is ontleend aan een recente wijkordering op basis van een zestal indicatoren\* die getransformeerd zijn tot een score die een goede maatstaf is voor de sociaal-economische status (SES) van een wijk (12). Deze score kan variëren van één (relatief veel sociaal-economische achterstand) tot tien (relatief weinig sociaal-economische achterstand). Het niveau van een wijk met weinig sociale achterstand (hoge score) zullen we in het vervolg aanduiden als een hoog SES-niveau. Bij veel achterstand spreken we van een laag SES-niveau. De positie van de wijken op deze relatieve SES-rangordering is gedurende de onderzoeksperiode, en zeker voor de wijken met de uiterste SES-scores, nauwelijks veranderd (1).

Voor de vergelijking van het sterfteniveau naar SES-niveau zijn de wijken met de twee hoogste - en de twee laagste SES-scores samengevoegd. In de vorige publicatie waarin sterfteverschillen ter grootte van 35% werden vastgesteld omvatte het sociaal-hoge en het sociaal-lage niveau de wijken met respectievelijk de drie hoogste en de drie laagste SES-scores (1). Het verschil in achterstandspositie tussen de in dit artikel als sociaal-hoog en sociaal-laag gedefinieerde niveau is derhalve groter.

Vanaf 1977 tot en met 1988 beschikken we over sterfte- en bevolkingsgegevens op wijkniveau. Deze zijn afkomstig uit de gemeentelijke bevolkingsadministratie (13)(14). Over de periode 1977-1987 beschikken we op gemeenteniveau ook over

---

Tabel 1. Absoluut aantal overledenen onder 0-4-jarigen naar geslacht en gegevensbron. Den Haag, 1977-1982 en 1983-1987.

Periode	0-4-jarigen				0-jarigen*	
	CBS		Gemeente		CBS	
	M	V	M	V	M	V
1977-1982:	207	126	200	120	174	105
1983-1987:	136	117	99	85	102	101

\* - Zuigelingensterfte

sterftegegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (15). Vergelijken we over deze periode de sterftegegevens op gemeenteniveau uit beide bronnen dan blijkt dat over het hele leeftijdstraject - met uitzondering van de 0-4-jarigen - deze gegevens niet noemenswaardig van elkaar afwijken. Voor het aantal overledenen in de leeftijdscategorie 0-4 jaar blijkt dat met name de laatste jaren de gemeentelijke bevolkingsstatistiek aanzienlijk kleinere aantallen rapporteert dan het CBS (tabel 1). Het is onduidelijk wat hier de oorzaak van is. De verschillen zijn te groot om door bevolkingsadministratieve correcties verklaard te kunnen worden. De aantallen overledenen in de beide SES-strata lieten vanwege de te geringe omvang op jaarbasis geen voldoende betrouwbare onderlinge vergelijking toe. Er is daarom gekozen de sterfte aan de hand van leeftijds specifieke cijfers over twee zesjaarsperioden, namelijk 1977-1982 en 1983-1988, met elkaar te vergelijken.

Ten aanzien van de gehanteerde leeftijdsklassen merken we op, dat de sterfte in de leeftijdscategorie 0-4 jaar niet zoals gebruikelijk is opgesplitst in de sterfte onder 0-jarigen (de zuigelingensterfte vormt het overgrote deel van de sterfte onder 0-4-jarigen) en de sterfte onder 1-4-jarigen. Dit is gedaan omdat deze gegevens in uitgesplitste vorm niet op wijkniveau voor alle jaren beschikbaar zijn. Vanwege de relatief geringe aantallen sterftegevallen is het leeftijdstraject 5-35 jaar in slechts twee leeftijdsklassen verdeeld. Dit houdt in dat de betrouwbaarheid van de cijfers voor deze leeftijdsklassen (5-19 jaar en 20-34 jaar) relatief het geringst zijn, zodat er niet te veel waarde gehecht mag worden aan de precieze hoogte hiervan. Dat er voor deze leeftijden toch cijfers zijn gepresenteerd komt omdat ze de consistentie in het sterfteverschil tussen het hoge - en lage SES-niveau illustreren. In het leeftijdstraject 35-85 jaar zijn leeftijdsklassen van tien jaar gehanteerd.

Het leeftijds specifieke sterftecijfer voor bijvoorbeeld de leeftijdscategorie 45-54 jaar is berekend als het rekenkundig gemiddelde van de sterfte in de klassen 45-49 en 50-54 jaar. Dit teneinde vertekeningen, ten gevolge van eventuele verschuivingen over de tijd in leeftijdsopbouw, binnen deze tienjaars klassen zoveel mogelijk te vermijden.

## ■ RESULTATEN

Tabel 2 geeft een indicatie omtrent de bevolkingsomvang, leeftijds-samenstelling en het aantal overledenen naar SES-niveau in de beide

Tabel 2. Bevolkings- en sterftcijfers naar geslacht en SES-niveau. Den Haag, 1977-1982 en 1983-1988.

SES-niveau	Periode	Gemiddeld aantal inw. per jaar	Leeftijd in jaren				Aantal overleden	Bruto- sterfte per 1.000*
			0-19 %	20-39 %	40-64 %	65+ %		
<b>MANNEN</b>								
Hoog	1977-1982:	57.194	23.6	28.3	30.8	17.3	4896	14.3
	1983-1988:	53.758	20.7	30.1	29.9	19.3	4800	14.9
Laag	1977-1982:	33.524	30.3	37.9	22.6	9.1	1879	9.3
	1983-1988:	31.924	29.5	41.2	22.3	7.0	1701	8.9
<b>VROUWEN</b>								
Hoog	1977-1982:	70.445	18.4	23.4	31.7	26.6	5969	14.1
	1983-1988:	65.991	16.3	25.0	29.3	29.5	5876	14.8
Laag	1977-1982:	31.950	30.7	32.2	21.8	15.4	1449	7.6
	1983-1988:	28.659	31.5	35.7	19.7	13.5	1356	7.9

\* Gemiddeld per jaar.

tijdvakken. In beide SES-strata is in 1983-1988 de bevolking afgenomen ten opzichte van de periode 1977-1982. De wijken met een hoog SES-niveau bevatten globaal genomen twee maal zoveel inwoners dan de wijken met een laag SES-niveau.

In het oog springend is het verschil in aandeel bejaarden. In de sociaal-hoge wijken wonen twee maal zoveel bejaarden als in de sociaal-lage wijken. In de periode 1983-1988 bedraagt de gemiddelde jaarlijkse bevolking die deel uit maakt van het hoge SES-niveau 120.000 en van het lage SES-niveau 60.000 terwijl het aantal bejaarden respectievelijk 30.000 en 6.000 is.

In beide SES-strata wonen procentueel twee maal zoveel vrouwelijke bejaarden.

In tabel 3 zijn voor mannen en vrouwen over de periode 1977-1982 de leeftijdspecifieke sterftcijfers per 10.000 inwoners voor Den Haag zonder onderscheid naar SES-niveau weergegeven. Deze zijn op 100% gesteld. Alle overige leeftijdspecifieke sterftcijfers zijn in procenten hiervan uitgedrukt, teneinde verschillen tussen de SES-niveaus zowel onderling als in de tijd gemakkelijker te kunnen aflezen.

Bekijken we allereerst de sterfte voor heel Den Haag in beide periodes dan zien we dat de sterfte onder mannen in de leeftijdscategorie 35-64 jaar met gemiddeld 8% is toegenomen terwijl er bij de vrouwen boven de 35 jaar sprake lijkt te zijn van een gelijkblijvende dan wel een licht dalende tendens. De twee maal zo hoge sterftkans die mannen boven de 45 jaar hebben ten opzichte van vrouwen springt ook nu weer in het oog.

De sterfte onder 0-4-jarige jongens is bijna gehalveerd en voor meisjes met een kwart afgenomen. Vanwege de eerder gememoreerde discrepantie tussen de CBS- en de gemeentelijke cijfers is hier enige voorzichtigheid op zijn plaats. Vergelijken we de sterftcijfers onder 0-4-jarigen van het CBS en de gemeente met elkaar dan zien we dat

de cijfers voor jongens en meisjes over de periode 1977-1982 goed met elkaar overeenstemmen (tabel 4). De afname in de periode 1983-1987 is volgens de gemeentelijke gegevens groter. Hanteren we voorzichtigheidshalve de CBS-cijfers dan blijkt de sterfte onder 0-4-jarige jongens met een derde afgenomen te zijn tot nagenoeg hetzelfde niveau als de meisjes. Deze afname in de sterfte is echter hoofdzakelijk terug te voeren op de lagere zuigelingensterfte (tabel 1 en 4). We zien dat de van oudsher hogere zuigelingensterfte onder jongens is gedaald van 123 tot momenteel ongeveer 80 per 10.000 levendgeborenen en daarmee in Den Haag op hetzelfde niveau komt als bij de meisjes, dat onveranderd is gebleven.

Kijken we naar de leeftijdspecifieke sterftcijfers op SES-niveau dan zien we dat de sterfte onder 0-4-jarigen in beide categorieën is afgenomen (tabel 3). Hierbij blijft de vraag bestaan - gegeven de CBS-cijfers - of de daling bij de meisjes zich wel feitelijk heeft voorgedaan. Los hiervan maken de cijfers wel duidelijk dat er nog steeds sterfteverschillen bestaan tussen de beide SES-niveaus van tenminste 25% onder de 0-4-jarigen en daarmee hoogst waarschijnlijk ook onder de zuigelingen.

Tabel 3. Leeftijdsspecifieke sterfte\* naar geslacht en SES-niveau. Den Haag, 1977-1982 en 1983-1988.

Periode	SES-niveau	Leeftijd in jaren									
		0-4	5-19	20-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	
<u>MANNEN</u>											
1977-1982:	Hoog	%	98.4	78.6	88.2	78.6	83.9	83.8	85.1	99.9	100.2
	Laag	%	116.6	133.3	145.2	117.8	110.9	119.4	116.1	101.6	83.9
	Den Haag	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	Abs. **		30.8	4.2	9.3	19.8	59.1	155.4	434.5	1020.0	2010.0
1983-1988:	Hoog	%	28.2	66.7	86.0	88.5	86.9	91.1	90.3	87.3	103.4
	Laag	%	81.8	123.8	120.4	129.9	136.8	157.8	138.5	114.8	90.6
	Den Haag	%	53.9	83.3	97.8	111.0	109.6	105.9	100.4	94.7	105.3
<u>VROUWEN</u>											
1977-1982:	Hoog	%	77.4	95.7	76.90	97.3	87.0	87.8	85.4	100.9	105.3
	Laag	%	120.5	134.8	103.8	128.2	131.7	139.8	126.7	89.0	69.1
	Den Haag	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	Abs. **		19.5	2.3	5.2	15.6	34.7	73.3	183.5	580.8	1566.0
1983-1988:	Hoog	%	70.3	104.3	107.7	67.5	80.7	93.2	80.4	89.3	94.2
	Laag	%	91.8	178.3	128.8	138.1	106.0	132.8	148.3	96.4	88.8
	Den Haag	%	72.3	108.7	103.8	85.0	96.1	108.9	95.7	89.9	95.3

\* Uitgedrukt in procenten van de totale sterfte in Den Haag over de periode 1977-1982 (=100%)  
 \*\* De absolute sterfte per 10.000 in Den Haag over de periode 1977-1982.

Tabel 4. Relatief aantal overledenen (per 10.000) onder 0-4-jarigen naar geslacht en gegevensbron. Den Haag, 1977-1982 en 1983-1987.

Periode	0-4-jarigen				0-jarigen**			
	CBS		Gemeente		CBS		Gemeente	
	M	V	M	V	M	V	M	V
1977-1982:	31.9 (24.7)*	20.5 (18.9)	30.8	19.5	123.3 (100.4)*	77.3 (75.6)	?	?
1983-1987:	23.4 (22.2)	20.6 (17.5)	17.0	14.6	78.6 (89.8)	81.1 (70.1)	?	?

\* Zuigelingensterfte onder Nederlandse kinderen.  
 \*\* Zuigelingensterfte per 10.000 levendgeborenen.

1. Struben HWA. Sterfte in Den Haag (2): over leeftijd en SES-niveau. *Epidemiol Bul Grav* 1988; 23 nr 4: 12-6.
2. Gunning-Schepers LJ. De ongelijke verdeling van gezondheid, een synthese van de conferentie. In: *De ongelijke verdeling van gezondheid. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, V58. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1987.*
3. Habbema JDF, Bos T van der, Lau-IJzerman A e.a. Onderzoek naar verschillen in sterfte, ziekenhuisopname en langdurige arbeidsongeschiktheid tussen buurten in Amsterdam. *Tijdschr Soc Geneeskd* 1980; 58: 101-6.
4. Maas PJ van der, Habbema JDF, Bos GAM van der e.a. *Vergelijkend buurtonderzoek Amsterdam II, 1977-1983. Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Amsterdam, 1987.*
5. Jensma FE. Arm in een rijk land. In: *Decor van Sociale Armoede. 's-Gravenhage: SDU, 1988.*

Ten opzichte van 1977-1982 nam de sterfte onder de 35-74-jarige mannen uit zowel de sociaal-hoge als de sociaal-lage wijken gemiddeld toe met respectievelijk 6% en 25%. De sterkere toename onder de mannen uit de sociaal-lage wijken is niet gelijk over de leeftijden verdeeld maar neemt vanaf 35 jaar toe en is in de groep 55-64-jarigen het grootst.

Bij de vrouwen in de leeftijdscategorie 35-74 jaar lijkt er gemiddeld genomen sprake te zijn van een geringe daling van de sterfte waarvan de vrouwen in de sociaal-hoge wijken het meest hebben geprofiteerd (-9% en -2%).

Voorts lijken de cijfers voor zowel de mannen als de vrouwen er op te wijzen dat de leeftijd waarop de aan het SES-niveau gerelateerde sterfte-inversie optreedt, ofwel de sterftcijfers in de sociaal-lage wijken kleiner worden dan de in de sociaal-hoge wijken, sinds 1977-1982 naar hogere leeftijd verschoven is.

De mate van toe- of afname van het sterfteniveau tussen de SES-lagen varieert over de tijd (tabel 5). Bij mannen tot 75 jaar neemt de oversterfte in de sociaal-lage wijken gemiddeld van 37% in 1977-1982 toe tot 50% in 1983-1988. Bij de vrouwen neemt dit toe van 40% tot 45%. De sterkste toename van het sterfteverschil doet zich voor bij de mannen in de leeftijd van 45-64 jaar (circa 25%). De cijfers uit tabel 5 lijken er op te duiden dat de sterfteverschillen tussen sociaal-lage en sociaal-hoge wijken vanaf jongvolwassen leeftijd geleidelijk toenemen, waarbij de mannen het maximale verschil omstreeks 60 jaar en de vrouwen omstreeks 70 jaar te zien geven.

In het vorige artikel werd tussen de wijken met de drie hoogste en laagste SES-scores voor de leeftijden onder de 75 jaar voor mannen en vrouwen gezamenlijk een gemiddeld sterfteverschil van 35% vastgesteld (1). Dit percentage bedraagt voor de hier vergeleken SES-strata 43%, hetgeen verwacht mocht worden op grond van het grotere gedefinieerde achterstandsverschil (twee hoogste en twee laagste SES-scores).

Samenvattend kunnen we stellen dat bij de mannen in de leeftijdsfase van 35-74 jaar uit zowel de sociaal-hoge als -lage wijken vanaf de beginjaren tachtig de sterfte toegenomen is. De sterfte bij de mannen uit de sociaal-hoge wijken is echter aanzienlijk minder gestegen, waardoor de oversterfte in de sociaal-lage wijken van ongeveer een derde in 1977-1982 oploopt tot een half in 1983-1988. De sterkste toename treedt daarbij op tussen 45-65 jaar (25%). Bij de vrouwen ouder dan 35 jaar vertoont de sterfte daarentegen een lichte daling



Tabel 5. Procentueel sterfteverschil tussen de wijken met een laag en hoog SES-niveau naar geslacht en leeftijd. Den Haag, 1977-1982 en 1983-1988.

Periode	Leeftijd in jaren										Gemiddeld	
	0-4	5-19	20-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	0-74	35-64	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
<b>MANNEN</b>												
1977-1982:	18.2	54.7	57.0	39.2	27.0	35.6	31.0	1.7	-16.3	37.5	33.9	
1983-1988:	53.6	57.1	34.4	41.4	49.9	66.7	48.2	27.5	-12.8	50.2	52.7	
<b>VROUWEN</b>												
1977-1982:	43.1	39.1	26.9	30.9	44.7	52.0	41.3	-11.9	-36.2	39.7	42.5	
1983-1988:	21.5	74.0	21.1	70.6	25.3	39.6	67.9	7.1	- 5.4	45.7	45.2	

(5%). De vrouwen uit de sociaal-hoge wijken hebben daar meer van geprofiteerd dan de vrouwen uit de sociaal-lage wijken.

De zuigelingensterfte verschilt tussen de sociaal-hoge en -lage wijken met tenminste 25%. Afgaande op de CBS-gegevens is de zuigelingensterfte onder jongens gedaald tot acht per 1.000 levendgeboren en is daarmee gelijk gekomen met de zuigelingensterfte onder meisjes, die niet afnam.

## ■ DISCUSSIE

Den Haag telt evenals de andere grote steden relatief veel werklozen en allochtonen. Ze wonen geconcentreerd in wijken met relatief veel slechte woningen, ongunstige werk- en leefomstandigheden zoals bijvoorbeeld onveiligheid, aan alcohol- en drugsgebruik gerelateerde criminaliteit en vandalisme.

De armoede van de laagstbetaalden is eerder een sociale dan een materiële armoede (5). Men is arm aan beroeps- en algemeen-vormende scholing, aan ontwikkelings- en ontplooiingskansen en arm aan prestige en aanzien. Dit betekent een tendens tot leven in sociaal isolement, afhankelijkheid, onzekerheid en het ontbreken van succes, hetgeen vaak hand in hand gaat met ongezonder leefgedrag. Zo werden in de Haagse wijken met een laag SES-niveau ongunstige voedingsgewoonten vastgesteld (16)(17) en wordt er zo'n 25% meer gerookt dan in de wijken met een hoog SES-niveau (18).

Deze cumulatie van ongezontere leefgewoonten, leefomstandigheden en maatschappelijke problemen onder bevolkingsgroepen in bepaalde wijken moet verantwoordelijk gesteld worden voor het zogenaamde 'health divide', het algehele en systematische gezondheidsverschil dat blijkt uit de waargenomen sterfteverschillen van 35 à 43%.

Of de toegenomen ongezondheid van oudere mannen en met name van de oudere mannen in de sociaal-economisch zwakste wijken het gevolg is van de economische crisis en de daarmee gepaardgaande werkloosheid valt niet te bewijzen. Evenmin valt aan te geven of een eventuele verandering van de bevolkingssamenstelling in de desbetreffende wijken hier ook toe bijgedragen heeft. Zou de vestiging van allochtonen, interne migratiestromen of selectie via neerwaartse sociale mobiliteit ertoe geleid hebben dat er meer

6. Diekstra RFW. *Social and Economic Factors of Suicide: an International Perspective*. Voordracht symposium 'Did the Crisis really Hurt!'; Erasmus Universiteit Rotterdam, november 1988.
7. Brenner MH. *Mortality and Economic Recession in the First World Countries*. Voordracht symposium 'Did the Crisis really hurt!'; Erasmus Universiteit Rotterdam, november 1988.
8. Townsend P, Davidson N, Whitehead M. *Inequalities in Health: the Black Report, and the Health Divide*. London: Penguin, 1988.
9. Goldblatt P. *Mortality by Social Class, 1975-1985*. *Population Trends* 1989; nr 56: 6-15.
10. Mackenbach JP. *Sociale ongelijkheid en verschillen in gezondheid: een overzicht van de belangrijkste onderzoeks bevindingen*. In: *De ongelijke verdeling van gezondheid*. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, V58. 's-Gravenhage Staatsuitgeverij, 1987.
11. Nyström Peck AM, Vagerö DH. *Adult Body Height, Self perceived Health and Mortality in the Swedish Population*. *Epidemiol Health* 1989; 43: 380-4.
12. Nijhuis HGJ, Struben HWA, Verkade-Burger I. *Den Haag in sociaal-demografisch perspectief: Een maat voor gezondheid*. Den Haag; mei 1986.

ongezonde mannen dan vrouwen in deze wijken zijn komen wonen? Of zijn gezondere bewoners naar elders vertrokken? In hoeverre kunnen algemene maatschappelijke veranderingen zoals secularisatie, verindividualisering, afgenomen saamhorigheidsgevoel en doorbroken sociale structuren, veranderingen in voedings- of rookgewoonten, specifiek voor mannen in de sociaal-economisch zwakste wijken nadelig uitpakken? Niemand zal deze vragen wetenschappelijk onderbouwd kunnen beantwoorden.

Het is echter wel aannemelijk dat vele uit dit complex van mogelijke en veelal samenhangende oorzakelijke factoren niet primair en uitsluitend mannen treffen. De langdurige (dreigende) werkloosheid heeft de mannen in aantal wel sterker getroffen, het meest de lagere beroepsgroepen in de sociaal-economisch zwakste wijken. Werklozen bezitten over het algemeen genomen een slechtere gezondheid (19). Het is dus denkbaar dat de economische crisis de mannelijke bevolking in deze wijken het sterkst in hun gezondheid benadeeld.

Mannen plegen vaker zelfmoord dan vrouwen. Op zich staat dit verschijnsel los van conjuncturele factoren: het is van alle tijden en wordt overal ter wereld geconstateerd. Wel worden bij mannelijke suïcidanten vaker economische stressoren vastgesteld (20). Het is dus denkbaar dat in conjunctureel slechte tijden het aantal suïcidanten onder mannen toeneemt. In Den Haag heeft zich inderdaad parallel aan de ontwikkeling van de werkloosheid sinds 1980, evenals in de andere grote steden, een toename van suïcide onder mannen voorgedaan (21). Ook internationaal is meerdere malen een samenhang aangetoond tussen suïcide bij mannen en veranderingen in het werkloosheidsniveau (22). Wellicht is het verband indirect: bij tenminste 90% van de suïcides is er sprake (geweest) van een psychiatrische stoornis. Indien werkloosheid zou predisponeren voor het doen ontstaan van psychiatrische ziekten (waaronder depressieve stoornissen het belangrijkste zijn) is indirect een verband met suïcide voorstelbaar.

De aantallen waarover we spreken zijn overigens voor Den Haag zeer klein. In geen enkel afzonderlijk jaar suïcideerden zich meer dan 50 mannelijke Hagenaars.

Al met al lijken er wel degelijk aanwijzingen te zijn dat de toegenomen marginalisatie van grote bevolkingsgroepen mede als gevolg van de economische crisis zijn gezondheidssporen heeft achtergelaten in de vorm van toegenomen sterfte onder met name de mannen uit de sociaal-economisch zwakste wijken.

Een belangrijke constatering los hiervan is dat voor het eerst - indien de CBS-cijfers correct zijn - de zuigelingensterfte onder Haagse jongens en meisjes hetzelfde niveau heeft aangenomen. Een mogelijke verklaring daarvoor zou kunnen zijn dat het niveau van perinatale zorg in de vorm van medische voorzieningen en het vroegtijdig kunnen onderkennen van aangeboren afwijkingen en dergelijke een zodanig niveau bereikt heeft dat deze het van oudsher biologisch gedetermineerde verhoogde risico voor jongens, om op zeer jonge leeftijd te overlijden, thans is ondervangen.

#### ■ BURGER EN GEZONDHEIDSBELEID

De geconstateerde sterfteverschillen vormen signalen die wijzen op ongelijke maatschappelijke posities die leiden tot gezondheidsverschillen. Het is op deze plaats reeds vaker betoogd, dat willen we deze verschillen terugdringen, de relatie tussen enerzijds materiële en

sociale leefomstandigheden, leefgedrag en gezondheidsbewustzijn en anderzijds de gezondheid van de Haagse burger, nadrukkelijk in het te voeren gezondheidsbeleid tot uiting zal moeten komen.

De Health for All-strategie van de World Health Organization geeft hier duidelijk blijk van. Deze houdt onder andere in dat bij het terugdringen van gezondheidsverschillen meer dan voorheen van een gezondheids- in plaats van een zorgbeleid moet worden uitgegaan.

Basis hiervan vormen een goede diagnose van de gezondheidssituatie van een bevolkingsgroep; politieke initiatieven, steun vanuit de zorginstellingen en de betrokkenheid van burgers bij het tot stand brengen van het gezondheidsbeleid en een betere inbreng van het gezondheidsbelang bij overige voor gezondheid belangrijke maatschappelijke en politieke afwegingen (facetbeleid).

Het Healthy Cities-streven poogt deze visie te vertalen naar de grote stad. Den Haag tracht - als deelnemer aan dit streven - in het

Tabel 6. Rangnummer\* van het verkiezingsopkomstpercentages en de gemiddelde verkiezingsuitslag van de grote partijen per wijk, gerangordend naar SES-niveau. Den Haag, 1982-1989.

SES-niveau**	Verkiezingsopkomst										Verkiezingsuitslag		
	1982-1989	'82 PS	'82 GR	'82 2K	'84 ER	'86 GR	'86 2K	'87 PS	'89 EP	'89 2K	PvdA %	VVD %	CDA %
1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	33	2	1
2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	32	3	4
3	2	2	2	3	2	1	2	2	3	3	28	8	2
4	6	6	6	4	6	7	6	6	7	6	22	12	8
5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	31	5	7
6	9	9	8	8	9	6	8	7	11	9	20	16	9
7	7	7	7	7	8	8	7	8	10	7	19	15	3
8	4	4	5	6	4	4	4	4	4	4	26	7	20
9	8	8	9	9	7	9	9	9	6	8	24	11	14
10	14	16	16	11	15	14	15	13	15	15	16	14	30
11	10	10	10	10	10	10	10	10	8	11	27	1	26
12	17	18	18	18	18	17	16	17	16	17	15	21	28
13	13	14	14	12	14	13	13	15	13	13	29	6	18
14	15	15	15	16	16	16	12	16	14	14	30	4	13
15	16	13	13	17	11	21	20	20	18	19	21	13	31
16	12	12	11	13	13	12	11	12	12	12	25	9	24
17	19	17	17	15	20	15	17	18	22	18	10	24	6
18	18	19	19	19	17	18	19	14	17	16	12	26	5
19	11	11	12	14	12	11	14	11	9	10	23	10	27
20	24	24	24	23	22	26	26	23	24	24	17	19	23
21	25	26	26	26	26	24	24	26	23	23	13	20	32
22	26	25	25	27	25	23	29	24	27	28	9	23	10
23	23	23	22	29	24	20	22	19	20	20	7	28	17
24	20	20	20	20	21	25	25	22	19	22	18	17	29
25	22	22	23	22	23	19	21	21	25	21	6	25	19
26	27	28	28	25	27	27	27	25	26	26	8	27	21
27	21	21	21	21	19	22	18	27	21	25	11	18	33
28	28	27	27	24	28	28	23	28	28	27	14	22	25
29	30	31	31	31	30	30	30	30	31	30	4	30	11
30	32	32	32	32	32	32	32	32	33	32	1	33	16
31	33	33	33	33	33	33	33	33	32	33	2	32	12
32	31	30	30	30	31	31	31	31	30	31	5	29	15
33	29	29	29	28	29	29	28	29	29	29	3	31	22
Gemiddeld opkomstperc. Den Haag		59	57	73	44	63	78	57	41	71			

\* Rangnummer 1 betekent laag SES-niveau, lage opkomst en een lage verkiezingsuitslag.

\*\* Berekend op basis van percentage 0-4-jarigen; percentage één-oudergezinnen; economische huiswaarde; leefklimaat; percentage bijstandontvangers; percentage schoolverzuim.

13. Basisdocumentatie bevolkingsstatistiek. Afdeling Statistiek en Onderzoek. Gemeentesecretarie 's-Gravenhage.
14. Mutatiestatistiek. Bureau Verkiezingen en Statistieken. Dienst Burgerzaken Gemeentesecretarie 's-Gravenhage.
15. Overledenen naar doodsoorzaak, leeftijd en geslacht, 1977-1987; Serie B3. Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg.
16. Struben HWA, Kempers BAM. De voedingstoestand van Haagse kinderen in relatie tot sociale achterstand. *Epidemiol Bul Grav* 1987; 22 nr 3: 20-9.
17. Burger I, Hulshof KFAM, Zwartendijk-Schats MATW. Ontbijtgewoonten van Haagse scholieren. *Epidemiol Bul Grav* 1989; 24 nr 3: 7-14.
18. Nijhuis HGJ. Den Haag en roken: politiek, gezondheidsbeleid en het maken van keuzes. *Epidemiol Bul Grav* 1988; 23 nr 4: 17-30.
19. Verkley HGM. Langdurige werkloosheid, werkherleving en gezondheid: bevindingen van een 2-jarige follow-up studie. Proefschrift. Amsterdam: Swets en Zeitlingen, 1988.
20. Rich CL, Ricketts JE, Fowler RC and Young D. Some Differences between Man and Women who commit Suicide. *Am J Psychiatry* 1988; 145 nr 6: 718-22.
21. Sterfte in Den Haag (4): doodsoorzaken na 1875. *Epidemiol Bul Grav* 1989; 24 nr 1: 13-26.
22. Monk M. Epidemiology of Suicide. *Epidemiologic Reviews* 1987; 9: 51-69.
23. Nota 'Beter Gezond'. Gemeente Den Haag, 1989.

gemeentelijke gezondheidsbeleid deze nieuwe ontwikkelingen rond gezondheid en gezondheidszorg te realiseren (23).

De gemeentelijke reorganisatie waarbij de gemeentelijke instellingen op het gebied van welzijn en gezondheid en de beleidssectoren veel nauwer, vanuit één werkvorm gaan samenwerken geeft daar onder andere blijk van. In het beleid zelf komt een en ander tot uiting in een wijkgerichte verkenning en aanpak van de gezondheidsproblematiek waarbij nadrukkelijk gepoogd wordt de wijkbewoners te betrekken. Het aanhaken van het wijkgezondheidsbeleid bij de sociale wijk aanpak in het stadsdeel Scheveningen is hiervan een voorbeeld.

De betrokkenheid van de burgers bij het succesvol tot stand brengen en uitvoeren van het gezondheidsbeleid is een van de belangrijkste uitgangspunten van het nieuwe gezondheidsdenken. In hoeverre dit mogelijk zal zijn moet nog blijken.

Tabel 6 geeft aan de hand van de opkomst bij de verkiezingen een beeld van de politieke betrokkenheid van de burgers in de diverse Haagse wijken. Ongeacht welke verkiezing het betreft en ongeacht of er sprake is van een zeer hoge of lage verkiezingsopkomst, steeds blijkt dat de opkomst in diverse wijken nagenoeg hetzelfde is. Uit de tevens opgenomen rangordening naar sociaal-economisch niveau blijkt een frappante overeenkomst tussen opkomst- en SES-niveau. Juist de wijken met de laagste score vertonen de geringste politieke participatie. Zegt de mate van politieke participatie iets over de maatschappelijke betrokkenheid dan zal juist in de wijken met de grootste gezondheidsproblematiek de minste neiging bestaan om 'community participation' in de praktijk te brengen. ■

# Cariës bij Nederlandse, Hindoestaanse, Marokkaanse en Turkse kleuters:

Verslag van een onderzoek in een Haags schoolartsrayon 1984-1989

---

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

## ■ INLEIDING

In het kader van een trendonderzoek naar de gebitsstoestand van kleuters in een Haags schoolartsrayon, werd in 1989 wederom het vóórkomen van cariës vastgelegd bij alle kleuters die een schoolgeneeskundig onderzoek ondergingen. Bij de bewerkingen van de gegevens van de gebitsonderzoekingen in de periode 1981-1984 werden de kleuters ingedeeld in twee groepen: een inheemse en een uitheemse (1). De uitheemse kleuters vormen uiteraard een heterogene groep. In het betrokken schoolartsrayon wonen vrij veel in Nederland geboren Hindoestaanse kleuters, waarvan de ouders uit Suriname afkomstig zijn. Ook wonen er veel Marokkaanse en Turkse kleuters. In de afgelopen jaren ontstond de indruk dat er verschillen waren in cariësprevalentie bij kleuters van de verschillende etnische groepen. Daarom werden de onderzoeksgegevens in 1989 onderverdeeld in vier groepen: een Nederlandse, een Hindoestaanse, een Marokkaanse en een Turkse. De uitkomsten waren van dien aard, dat ter vergelijking, ook de onderzoeksgegevens uit 1984 en 1987 opnieuw werden bewerkt. Kleuters uit andere etnische groepen werden buiten beschouwing gelaten. Alvorens de resultaten te bespreken willen we eerst de onderzoeksmethode die steeds werd gevolgd memoreren.

Zoals reeds vermeld vond het gebitsonderzoek plaats tijdens het systematisch schoolgeneeskundig onderzoek. Carieuze, gevulde en wegens cariës getrokken elementen werden opgetekend op kaarten die door de afdeling jeugd tandzorg van de GG en GD ter beschikking werden gesteld. Het onderzoek geschiedde met behulp van spiegel en sonde (Maillefer 5) en bleef beperkt tot het melkgebit. Carieuze aantastingen van eventueel aanwezige blijvende gebits-elementen werden niet geregistreerd. Bij het ontbreken van één of meer temporaire incisivi werd aan de ouders of verzorgers gevraagd of de elementen wegens cariës waren getrokken, ten gevolge van een trauma verloren waren gegaan of ontbraken als gevolg van fysiologische uitstoting, dan wel van een congenitale anomalie. Wanneer één of meer vlakken van een melkelement carieus waren, werd een tand of kies tot een d(=decayed) element gerekend. Een element dat wegens cariës was getrokken, werd als een m(=missing) element genoteerd. Een element met een vulling werd als een f(=filled) element aangemerkt. Het aantal vullingen per element werd niet geregistreerd. Terloops ze echter vermeld dat slechts een heel klein aantal melkkiezen voorzien was van twee of drie vullingen. Een aangetast element werd slechts éénmaal geteld. Een kies bijvoorbeeld met een vulling van het occlusale vlak en een onbehandelde carieuze laesie van het buccale vlak werd als een f-element genoteerd.

Als maat voor het vóórkomen van cariës werden de zogenaamde

---

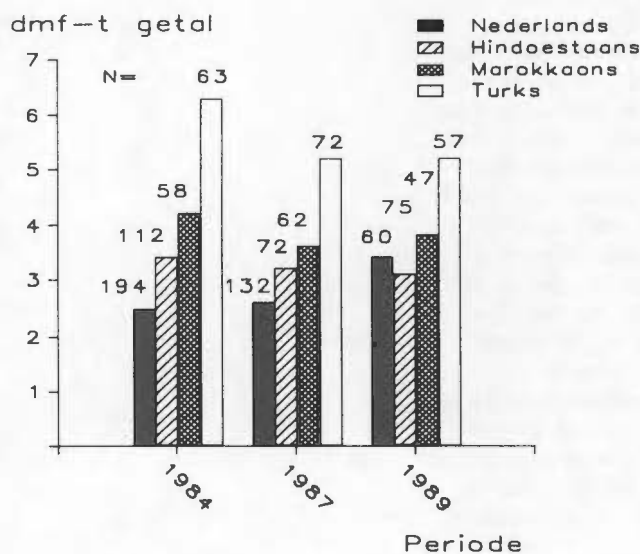
dmf-t getallen berekend. Dit gebeurde door het totaal aan d-, m- en f-elementen te delen door het aantal onderzochte kleuters. Omdat herhaaldelijk is gebleken dat er nauwelijks verschillen bestaan in cariësfrequentie tussen beide geslachten, werd geen onderscheid gemaakt tussen jongens en meisjes.

Op de kaarten werd de leeftijd van de kleuters in maanden genoteerd. Ook werden hierop aantekeningen gemaakt omtrent de tandheelkundige verzorging en het gebruik van fluoridetabletjes. Aan de ouders of verzorgers werd steeds gevraagd of ze elk half jaar met hun kind naar de tandarts gingen. Op grond van de antwoorden op deze vraag, gecombineerd met de bevindingen bij het onderzoek, werden de percentages kleuters berekend die tandheelkundige verzorging ontvingen. Kleuters die alleen bij erge kiespijn naar een tandarts gingen om een kiesje te laten extraheren, doch die nooit een conserverende behandeling ondergingen, werden beschouwd als zijnde niet onder controle van een tandarts.

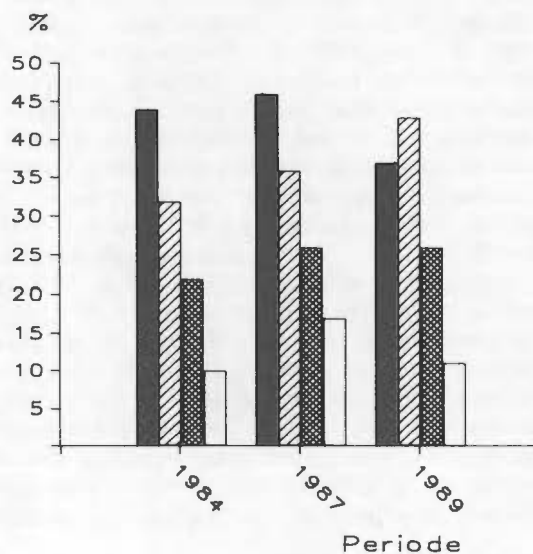
Voorts werd gevraagd of de kleuters dagelijks fluoridetabletjes gebruikten. Kinderen die in de laatste maanden van het onderzoek regelmatig fluoridetabletjes kregen toegediend, ook al werd dit wel eens een dag vergeten, werden tot de categorie fluoridegebruikers gerekend.

#### ■ UITKOMSTEN

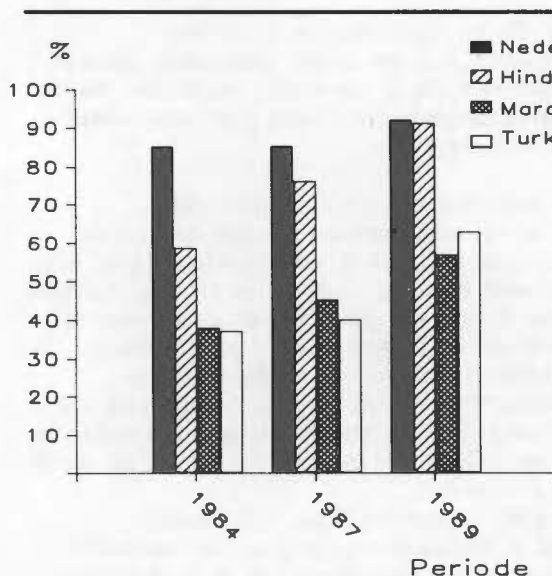
In figuur 1 zijn de dmf-t getallen gepresenteerd voor de groepen kleuters van verschillende origine in de jaren 1984, 1987 en 1989, alsmede de aantallen kleuters die werden onderzocht en de gemiddelde leeftijden. Bij de beoordeling van de dmf-t getallen moet rekening gehouden worden met het feit dat de gemiddelde leeftijden



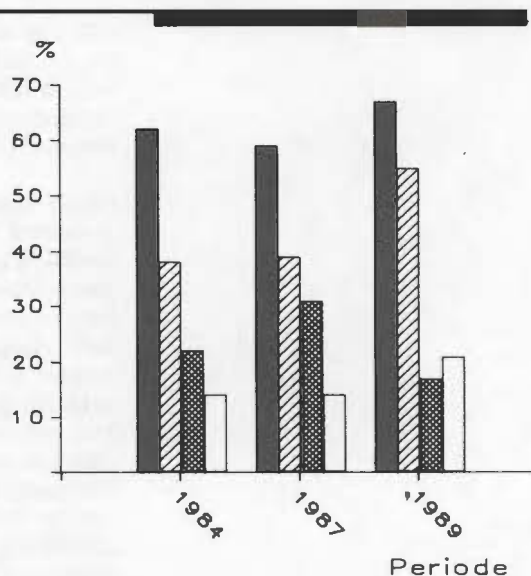
Figuur 1 Dmf-t getallen bij kleuters naar origine. Den Haag, 1984-1989.



Figuur 2. Percentage klinisch gave gebitten bij kleuters naar origine. Den Haag, 1984-1989.



Figuur 3. Percentage kleuters onder tandartscontrole naar origine. Den Haag, 1984-1989.



Figuur 4. Percentage kleuters die fluoridetabjetjes kregen naar origine. Den Haag, 1984-1989.

in 1989 ongeveer vijf maanden hoger waren dan in 1984. Een dergelijk leeftijdsverschil echter maakt voor het dmf-t getal slechts een verschil uit van enkele tienden. Uit figuur 1 blijkt dat de dmf-t getallen voor de Nederlandse en Hindoestaanse kleuters in alle drie de onderzoeksjaren lager waren dan die voor de Marokkaanse en Turkse. Met andere woorden de Nederlandse en Hindoestaanse kleuters hadden betere gebitten dan hun Mediterrane leeftijdgenootjes. Het dmf-t getal voor de Hindoestaanse kleuters daalde van 3.4 in 1984 tot 3.1 in 1989, terwijl in dezelfde periode het dmf-t getal voor de Nederlandse kleuters een lichte stijging vertoonde met als gevolg dat het dmf-t getal voor de Hindoestaanse kleuters in 1989 zelfs iets lager was dan dat voor de Nederlandse kleuters. Zeer opvallend is ook dat de gebitten van de Marokkaanse kleuters bij alle drie de onderzoeken duidelijk beter waren dan die van de Turkse. Met dmf-t getallen van respectievelijk 6.3, 5.2 en 5.2 in 1984, 1987 en 1989 hadden de Turkse kleuters onbetwist de hoogste 'cariës-experience'. Vergelijkt men de dmf-t getallen van de Nederlandse kleuters in de periode 1984-1989 met die uit de periode 1969-1981, dan kan de conclusie worden getrokken dat aan de cariësafname bij de Nederlandse kleuters in het betrokken rayon een einde is gekomen (1). Wellicht is er zelfs weer sprake van een geringe cariëstoename. Deze bevinding dient echter met grote voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. De weinige resterende inheemse kleuters in de oude volkswijken van de grote steden zijn niet te vergelijken met Nederlandse kleuters in wijken met een laag sociaal-economisch niveau elders.

Figuur 2 verschaft een overzicht van de percentages kleuters, waarbij het melkgebit klinisch als 'gaaf' werd gescoord. Ook hieruit blijken duidelijke verschillen tussen de Nederlandse en Hindoestaanse kleuters aan de ene kant en de Marokkaanse en Turkse kleuters aan de andere kant. In 1984 en 1987 scoorden de Nederlandse kleuters het hoogst met respectievelijk 44% en 46% en in 1989 de Hindoestaanse met 43%. Voor de Turkse kleuters waren deze

---

percentages steeds het laagst, respectievelijk 10%, 17% en 11%. De Marokkaanse kleuters namen een tussenpositie in met 22%, 26% en 26% gave gebitten. In grote lijnen stemmen deze uitkomsten overeen met die uit figuur 1. De gebitstoestand van de Nederlandse en Hindoestaanse kleuters in het rayon is beter dan die van de Marokkaanse, terwijl de Turkse kleuters wat betreft de gebitsgezondheid geheel onderaan de ladder staan.

Figuur 3 geeft informatie over de tandheelkundige verzorging. Hieruit blijkt dat in 1989 meer kleuters onder controle van een tandarts waren dan in 1984. In 1989 ontving meer dan 90% van de Nederlandse en Hindoestaanse kleuters tandheelkundige verzorging en rond 60% van de Mediterrane. De vooruitgang in tandheelkundige verzorging springt nog duidelijker in het oog als men deze cijfers vergelijkt met die uit 1981. In dat jaar stond slechts 47% van de Nederlandse en 11% van de uitheemse kleuters in het rayon onder controle van een tandarts (1). De verbeterde tandheelkundige verzorging van de uitheemse kleuters in het bijzonder is mede te danken aan de uitgebreide zorgverlening van de afdeling jeugd tandzorg van de GG en GD (2).

Figuur 3 laat voorts zien dat er in de periode 1984-1989, wat betreft de tandheelkundige verzorging geen opvallende verschillen waren tussen de Marokkaanse en Turkse kleuters. De gevonden verschillen in gebitsgezondheid tussen deze beide groepen hangen naar alle waarschijnlijkheid dan ook niet samen met het tandartsbezoek.

Figuur 4 tenslotte geeft een overzicht van de percentages kleuters die dagelijks fluoridetabjetjes kregen. Hieruit blijkt dat het gebruik van fluoridetabjetjes door de Nederlandse kleuters vrij constant was en rond de 60% bleef schommelen. Het percentage Hindoestaanse kleuters dat dagelijks fluoridetabjetjes kreeg steeg van 38% in 1984 tot 55% in 1989. Het gebruik van fluoridetabjetjes door Marokkaanse en Turkse kleuters lag op een beduidend lager niveau. De onderlinge verschillen tussen beide laatste groepen waren evenwel niet groot en consistent. Het gevonden verschil in cariësprevalentie tussen de Marokkaanse en Turkse kleuters lijkt evenmin samen te hangen met verschillen in de consumptie van fluoridetabjetjes.

## ■ DISCUSSIE

In de afgelopen decennia is de gebitstoestand van de Nederlandse jeugd enorm verbeterd. Ook het tandbederf bij kleuters in het betrokken rayon is sterk verminderd. In 1969 bedroeg het dmf-t getal voor de Nederlandse kleuters 6.3 (1). Met een dmf-t getal van 5.2 in 1989 zijn de Turkse kleuters in het rayon, met naar verhouding de slechtste gebitten, er beter aan toe dan de Nederlandse in 1969. Zoals bekend is het gebruik van mono- en disacchariden een zeer belangrijke etiologische factor voor het ontstaan van cariës. De cariësvermindering evenwel is volgens Kalsbeek niet in de eerste plaats het gevolg van een verminderde consumptie van deze suikers (3). In de periode namenlijk waarin de cariësdaling optrad, vertoonde het suikergebruik, vooral van de monosacchariden, een lichte toeneming. Nu is ook de aard van de produkten waarin de suikers vóórkomen, alsmede de frequentie van het gebruik mede bepalend voor het ontstaan van cariës. Omdat consumptiegegevens over de verschillende soorten zoete produkten ontbreken blijft het echter moeilijk een definitieve uitspraak te doen over de bijdrage die een verandering van het voedings- en snoeppatroon heeft geleverd aan de



---

cariësafname.

Naar algemeen wordt aangenomen is de sterke toename van het fluoridegebruik in de vorm van tabletjes en fluoridetandpasta van veel grotere betekenis geweest.

Bij de beoordeling van de gevonden verschillen in cariësprevalentie tussen de groepen kleuters van verschillende etnische origine vragen suikerconsumptie en fluoridegebruik in ieder geval de meeste aandacht.

In het betrokken rayon zijn er geen verschillen meer in gebitsgezondheid tussen Nederlandse en Hindoestaanse kleuters. In dit verband is het vermeldingswaard dat in dezelfde wijk in 1981 door Egger e.a. een onderzoek werd verricht naar de voeding en voedingstoestand van Surinaams-Hindoestaanse en Nederlandse schoolmeisjes, waarbij werd geconstateerd dat het gebruik van suikerhoudende produkten bij de Hindoestaanse meisjes lager was dan bij de Nederlandse. De toen gevonden hogere cariësprevalentie bij Hindoestaanse kinderen werd toegeschreven aan het opmerkelijk mindere gebruik van fluoridetabletjes en het geringere tandartsbezoek (4). Wat betreft het tandartsbezoek en het fluoridegebruik zijn zoals figuur 3 en 4 lieten zien de verschillen tussen Nederlandse en Hindoestaanse kleuters nagenoeg verdwenen. Wellicht is dit de verklaring voor de verbetering van de gebitsgezondheid bij de Hindoestaanse kleuters in het rayon, die momenteel eerder beter is dan slechter in vergelijking met de Nederlandse. De Hindoestaanse kinderen zullen vrijwel allen in Nederland geboren zijn en gebruik hebben kunnen maken van de voorzieningen voor zuigelingen en kleuters.

Gegevens over het suiker- en snoepgebruik door in Nederland woonachtige Turkse en Marokkaanse kleuters zijn niet voorhanden. In de jaren 1984 en 1985 vond in Den Haag en Rotterdam wel een vrij uitgebreid onderzoek plaats naar de voeding en voedingstoestand van achtjarige Turkse en Marokkaanse kinderen en hun Nederlandse klasgenootjes. Uit de met behulp van de 24-uur navraagmethode verkregen voedselconsumptiegegevens werd de conclusie getrokken dat de voeding van de Turkse en Marokkaanse kinderen voor wat betreft koolhydraten meer in overeenstemming is met de door de Voedingsraad verstrekte richtlijnen, dan die van hun Nederlandse leeftijdgenootjes. De Turkse en Marokkaanse kinderen bleken minder koekjes, snoep en frisdrank te gebruiken dan de Nederlandse. Het gebruik van deze produkten was bij de Nederlandse achtjarigen anderhalf tot drie maal zo hoog als bij de Mediterrane achtjarigen (5). Er is geen enkele reden om aan te nemen waarom deze verhoudingen bij kleuters anders zouden liggen. Het lijkt dus wel zeker dat de verschillen in cariësprevalentie tussen Nederlandse en Mediterrane kleuters niet te wijten zijn aan verschillen in consumptie van mono- en disacchariden. Volgens Kalsbeek hangt de hogere cariësprevalentie bij Mediterrane kinderen naar alle waarschijnlijkheid samen met het geringere fluoridegebruik in de vorm van tabletten en tandpasta en met een onvoldoende mondhygiëne (3). De in figuur 4 gepresenteerde verschillen in het gebruik van fluoridetabletjes tussen Nederlandse en Mediterrane kleuters, geven steun aan deze opvatting.

Het meest opvallend in het hier beschreven onderzoek zijn de grote verschillen in dmf-t getallen voor de Marokkaanse en Turkse kleuters. Dergelijke grote verschillen in gebitsgezondheid tussen in Nederland woonachtige Mediterrane kinderen werden tot nu toe niet gesignaleerd. Meulmeester concludeerde uit haar onderzoek naar de

---

voedingstoestand van achtjarige Turkse en Marokkaanse kinderen dat de gebitsstatus niet verschilde, alhoewel ze ook vermeldt dat het percentage Marokkaanse kinderen met een klinisch gaaf gebit hoger was dan het percentage Turkse, namelijk 16% tegenover 9% (6). De vraag rijst waarmee het geconstateerde verschil in gebitsgezondheid tussen Marokkaanse en Turkse kleuters samenhangt. Zoals reeds vermeld waren er geen duidelijke verschillen wat betreft tandartsbezoek en het gebruik van fluoridetabjetjes tussen deze beide groepen. Aangenomen mag worden dat dit ook geldt voor het gebruik van fluoridetandpasta. Verschillen in voedings- en snoeppatroon tussen Marokkaanse en Turkse kleuters zijn echter niet uitgesloten. Zoals bekend zijn voor het ontstaan van cariës niet zo zeer de totale hoeveelheden suiker van belang, maar vooral de frequentie waarmee dagelijks suikerhoudende producten worden genuttigd. Het is zeer wel mogelijk dat Turkse kinderen frequenter suiker en tussendoortjes krijgen dan Marokkaanse. Geringe aanwijzingen hiervoor zijn te vinden in het voedselconsumptie-onderzoek bij de achtjarige Turkse en Marokkaanse kinderen, waarbij het hoogste snackgebruik in de vorm van chips en bladerdeegproducten werd geconstateerd bij de Turkse kinderen, terwijl deze ook de hoogste suikerconsumptie hadden (5). Ter afsluiting kan nog worden vastgesteld dat bij onderzoek naar cariësverbreiding de kinderen van verschillende etnische origine niet over één kam geschoren mogen worden, aangezien er grote onderlinge verschillen kunnen vóórkomen in de gebitsgezondheid. ■

#### Literatuur

1. Bergink AH. Cariës bij kleuters in een Haags schoolartsrayon 1969-1984. *Epidemiol Bul Grav* 1985; 20 nr 1: 20-9.
2. Westerhof H. Gebitsgezondheid van 12-16-jarigen: onderzoek bij deelnemers van de Haagse jeugd tandzorg. *Epidemiol Bul Grav* 1990; 25 nr 1: 26-32.
3. Kalsbeek H. Tandcariës bij kinderen van migranten uit Turkije en Marokko. *Voeding* 1988; 49: 54-8.
4. Egger RJ, Hulshof KFAM, Nefkens VJM e.a. Voedingsonderzoek in 's-Gravenhage: voeding en voedingstoestand van achtjarige Surinaams-Hindoestaanse en Nederlandse schoolmeisjes in de Haagse wijken Valkenboskwartier en Transvaalkwartier in 1981. *Voeding* 1982; 43: 362-73.
5. Hulshof KFAM, Kistemaker C, Bovens MF e.a. De voeding van Turkse en Marokkaanse kinderen in Nederland. *Voeding* 1988; 49: 143-50.
6. Meulmeester JF. Voedingsonderzoek bij Turkse en Marokkaanse kinderen in Nederland. *Academisch Proefschrift. Universiteit van Amsterdam, 1988: 100.*

# Gebitsgezondheid van 12-16-jarigen:

Onderzoek bij deelnemers van de Haagse jeugd tandzorg

---

Door H. Westerhof, tandarts/socioloog, hoofd van de afdeling jeugd tandzorg, GG en GD Den Haag

## ■ INLEIDING

Voortgekomen uit de vroegere schooltandverzorging kent Den Haag een georganiseerde jeugd tandzorg (JTZ). Hierin neemt Den Haag een vrij unieke positie in aangezien dit slechts in ongeveer 12 andere gemeenten of regio's in Nederland het geval is. Daarnaast heeft Den Haag - en dat is geen uitzonderlijke situatie - een georganiseerde collectieve tandheelkundige preventie. Hieronder vallen taken, verricht door tandheelkundig preventief medewerkers (tpm-ers), als het opzetten, begeleiden of uitvoeren van tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en opvoeding (TGVO); stimulering van tandartsbezoek; fluoridespoelen op scholen en epidemiologisch onderzoek. De jeugd tandzorg en de collectieve preventieve zorg zijn verenigd in de afdeling jeugd tandzorg van de GG en GD Den Haag.

Het samengaan van deze activiteiten in één afdeling heeft onder andere voor het verrichten van epidemiologisch onderzoek grote voordelen. Vanwege de individuele benadering door de jeugd tandzorg zijn systematische en gedetailleerde gegevens voorhanden van een groot aantal jeugdigen in Den Haag en is uitgebreide tandheelkundige deskundigheid op de afdeling voorhanden. Samen met de afdeling epidemiologie beschikt de GG en GD over een organisatie-unit waarbinnen epidemiologisch onderzoek efficiënt opgezet en uitgevoerd kan worden.

Begin 1989 is in dit verband voor het eerst een grootschalig tandheelkundig onderzoek gestart waarvan we in dit artikel verslag doen.

De deelnemers aan de jeugd tandzorg vormen een selecte groep die niet representatief is voor Den Haag. Zo zijn kinderen uit de lagere sociaal-economische milieus en migrantenkinderen, vaak gezien als tandheelkundige risicogroepen, oververtegenwoordigd (1).

Het doel van het onderzoek was het verkrijgen van een beter inzicht in het vóórkomen van een aantal tandheelkundige afwijkingen bij verschillende bevolkingsgroepen en mogelijke factoren die daarop van invloed zijn. Hieraan gerelateerd waren we geïnteresseerd in informatie over de aard en omvang van de tandheelkundige zorgbehoeften.

## ■ HET ONDERZOEK

### De onderzochte afwijkingen

In de notitie 'Collectieve Preventieve Jeugd tandzorg' van de Vereniging van Directeuren Basisgezondheidsdiensten worden als voornaamste mondziekten en -afwijkingen genoemd: cariës, parodontale aandoeningen, groeistoornissen en traumata (2). In het onderzoek zijn al deze afwijkingen beoordeeld.

In alle gevallen is een (objectieve) behandelingsbehoefte als criterium gebruikt.

De cariësprevalentie werd uitgedrukt in het DMF-T getal. Dat is het

---

Tabel 1. Verdeling over de Haagse stadsdelen van 12-16-jarige Hagenaars en JTZ-deelnemers; allochtonen; ziekenfondsverzekerden en huistandartsdichtheid. Den Haag 1989.

Groep	Loosd	Escamp	Seg- broek	Scheve- ningen	Centrum	Laak	Haagse Hout	Totaal
	%	%	%	%	%	%	%	%
12-16-Jarigen: (Den Haag)	11.0	19.6	14.7	12.8	23.7	9.3	8.9	100
12-16-Jarigen: (JTZ-deelnemers)	6.3	12.0	6.8	5.7	55.8	11.9	1.4	100
Allochtonen *: (Den Haag)	8.9	16.7	21.1	4.0	57.2	37.9	10.6	26.0
Allochtonen **: (JTZ-deelnemers)	18.4	32.3	63.0	17.6	74.7	75.7	22.9	60.5
Ziektenfondsverz.: (JTZ-deelnemers)	66.0	84.4	82.0	75.7	95.8	96.6	71.4	89.7
Huistandartsen: (per 10.000 inw.)	7.9	2.1	3.3	11.1	4.5	2.2	9.3	5.3

\* 10-14-jarigen  
\*\* 12-16-jarigen

aantal gebitselementen van het blijvend gebit dat door cariës was aangetast, geëxtraheerd of gevuld (3).

De parodontale aandoeningen werden beperkt tot de aanwezigheid van tandsteen. Aanwezigheid van tandsteen duidt op een matige of slechte mondhygiëne en is in veel gevallen de voorbode van parodontale afwijkingen. Van groeistoornissen was sprake indien een zodanige orthodontische afwijking werd geconstateerd dat de jeugd tandarts behandeling noodzakelijk achtte. Tevens werd genoteerd of behandeling of verwijzing naar een specialist had plaatsgevonden. Van traumata was sprake als één of meer gebitselementen door een ongeval zodanig waren beschadigd dat behandeling geïndiceerd was of al had plaatsgevonden.

#### De onderzochte groep

De JTZ had in 1989 ruim 15.000 deelnemers, variërend van ongeveer 3 tot en met 16 jaar (elk jaar komt er een jaargroep bij tot de oudsten 19 jaar zijn). Het onderzoek beperkte zich tot de 12-16-jarigen die in de periode februari-juli 1989 voor hun halfjaarlijks gebitsonderzoek op de jeugd tandzorgcentra kwamen. Deze leeftijdsgroep is gekozen omdat leerlingen van de basisschool in de regel op school worden onderzocht, hetgeen voor epidemiologisch onderzoek praktische bezwaren met zich meebrengt. Verder hebben 12-16-jarigen normaal gesproken gewisseld waardoor het effect van preventie en andere zorgverlening beter te beoordelen is. De grens van 12 jaar is van belang, enerzijds omdat dit voor de World Health Organization de referentiegroep is voor de cariëssituatie van een bevolkingsgroep, anderzijds omdat over deze leeftijdsgroep al veel cariëgegevens in het verleden zijn verzameld, zodat van deze leeftijdsgroep de cariëontwikkeling over de tijd gezien goed zichtbaar te maken is (4).

Van de onderzochte deelnemers werd naast de gebitsgegevens een aantal gegevens verzameld waarvan verwacht mocht worden dat ze

Tabel 2. Gemiddeld DMF-T getal van de JTZ-deelnemers en het percentage leerlingen met een gaaf - respectievelijk met een zwak of slecht gebit. Den Haag 1989.

Leeftijd	Gemiddeld DMF-T getal	Gaaf gebit DMF-T =0 %	Zwak/slecht gebit DMF-T >4 %
12-Jarigen:	1.9	37.4	10.6
13-Jarigen:	2.6	30.3	19.7
14-Jarigen:	3.5	19.3	31.2
15-Jarigen:	4.1	14.5	42.1
16-Jarigen:	4.7	11.6	51.0

N.B. Alle onderzochte kinderen hebben een gesaneerd gebit, m.a.w. met een 'zwak' of 'slecht' gebit wordt hier bedoeld dat vijf of meer gebitaelementen door cariës zijn aangetast, die vervolgens curatief zijn behandeld.

konden samenhangen met de gebitsgezondheid, te weten: leeftijd, het stadsdeel waar het kind woont (Den Haag kent zeven stadsdelen), de etnisch-culturele afkomst (Nederlandse; Surinaamse of Antilliaanse; Turkse; Marokkaanse), de verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier) en tenslotte de jeugd tandarts van het kind. De leerlingen van Surinaamse afkomst zijn in tegenstelling tot het onderzoek van Bergink niet onderscheiden in Hindoestanen en Creolen (3). In de categorie Marokkanen zijn tevens (een klein aantal) overige Noordafrikanen ingedeeld.

Aan het onderzoek namen 2571 12-16-jarige scholieren deel. Dat is ongeveer 12% van alle Haagse 12-16-jarigen en naar schatting ruim de helft van alle JTZ-deelnemers in deze leeftijdsgroep.

De verdeling van JTZ-deelnemers over de Haagse stadsdelen is zeer ongelijk, zoals te zien is in tabel 1. De JTZ is oververtegenwoordigd in de stadsdelen Laak en vooral Centrum. In het stadsdeel Centrum woont ruim de helft van alle 12-16-jarige JTZ-deelnemers. De meeste JTZ-deelnemers wonen in delen van de stad met relatief veel kinderen uit de lagere sociaal-economische milieus of van allochtone origine en waar relatief weinig huisstandartsen gevestigd zijn.

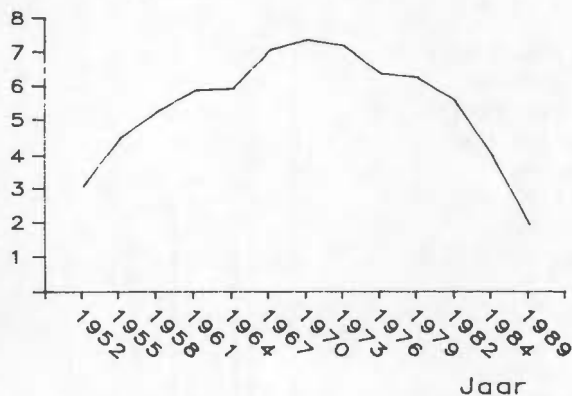
## ■ RESULTATEN

### Cariës

In tabel 2 zijn de belangrijkste resultaten samengevat met betrekking tot de cariëssituatie.

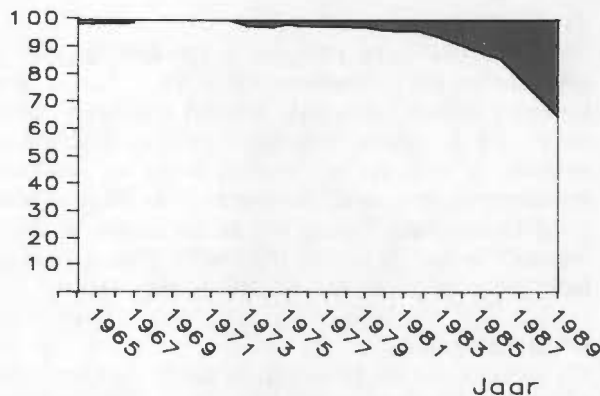
Opvallend zijn de verschillen naar leeftijd. Bij de 12-jarigen zijn gemiddeld nog geen twee elementen aangetast of behandeld. Bij de 16-jarigen is dat aantal twee en een half keer zo hoog. Zo'n 10% van de 12-jarige JTZ-deelnemers heeft een zwak of slecht gebit. Bij de 16-jarigen is dit meer dan de helft. Tenslotte is onder de 12-jarigen het percentage kinderen met een gaaf gebit ruim drie keer zo hoog in vergelijking met de oudste groep. Deze vrij grote verschillen zijn slechts voor een deel het gevolg van de

DMF-T getal



Figuur 1. Gemiddeld DMF-T getal bij 12-jarige JTZ-deelnemers. Den Haag, 1952-1989.

%



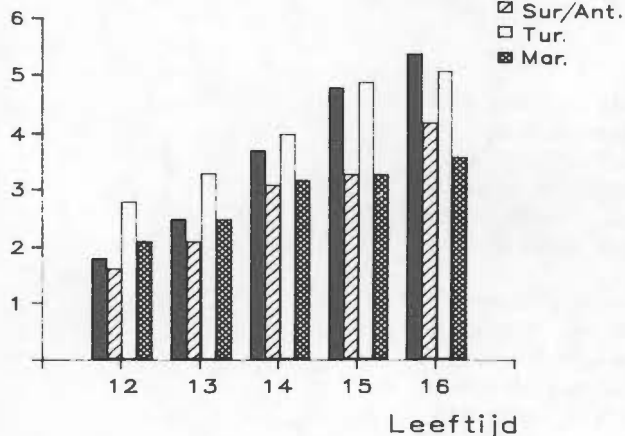
Figuur 2. Percentage 12-jarige JTZ-deelnemers met een cariësvrij (zwart) of een door cariës aangetast (wit) gebit. Den Haag, 1964-1989.

cariëstoename tussen het 12e en 16e jaar. Uit de figuren 1 en 2, waarin van de 12-jarige JTZ-deelnemers respectievelijk het gemiddelde DMF-T getal en het percentage met een gaaf blijvend gebit is afgebeeld, kan worden afgeleid dat de huidige 16-jarigen vier jaar geleden gemiddeld een slechter gebit hadden dan de huidige 12-jarigen.

Ook als we de leeftijdsgroepen naar afkomst splitsen, zien we opvallende verschillen. Relatief gunstig blijkt de cariëssituatie bij de Surinaamse en Antilliaanse deelnemers en ongunstig bij de Turkse (figuur 3 en 4).

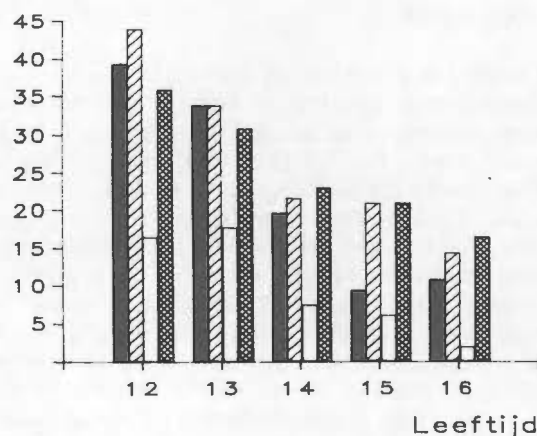
In bijna alle leeftijdsgroepen is de cariëssituatie bij particuliere deelnemers beter. Op 12-jarige leeftijd heeft de ziekenfondsverzekerde deelnemer gemiddeld 0.5 gebitselement meer aangetast of behandeld

DMF-T getal



Figuur 3. Gemiddeld DMF-T getal bij 12-16-jarige JTZ-deelnemers naar afkomst. Den Haag, 1989.

%



Figuur 4. Percentage 12-16-jarige JTZ-deelnemers met een cariësvrij gebit naar afkomst. Den Haag, 1989.

dan de particuliere deelnemer. Op 16-jarige leeftijd is het verschil 1.5 gebitselement.

### Traumata

Het gemiddeld aantal kinderen in een leeftijdsgroep met één of meer getraumatiseerde gebitselementen is 16.2. Tussen de verschillende leeftijden hebben we weinig verschil gevonden. Dit zou erop kunnen duiden dat de meeste traumata al vóór of tijdens het 12e jaar zijn ontstaan. In 80% van de gevallen betrof het één element, het maximum bedroeg acht elementen. Naar afkomst zien we vrij grote verschillen: gebitstraumata blijken het meest bij de Nederlandse deelnemers voor te komen (figuur 5). Tussen ziekenfonds- en particulieverzekerden is weinig verschil te constateren.

### Groeistoornissen

Bij de helft van de 12-jarigen is sprake van een orthodontische afwijking, dalend naar 40% voor de 16-jarigen (mogelijk als gevolg van voltooide behandelingen). Ongeveer 70% van de kinderen werd behandeld of verwezen naar een specialist.

Orthodontische afwijkingen zijn het meest waargenomen bij de Nederlandse deelnemers (58%) en het minst bij de Turkse (38%). Turkse en Marokkaanse deelnemers worden minder vaak behandeld of verwezen (respectievelijk 50 en 56%) dan de Nederlandse en Surinaamse (respectievelijk 73 en 78%).

Ziektefondsverzekerde deelnemers blijken iets vaker een orthodontische behandeling nodig te hebben dan particuliere (respectievelijk 51 en 45%); het behandelings- en verwijzingspercentage is voor beide groepen vrijwel gelijk.

### Paradontale aandoeningen

Net als bij cariës neemt het percentage kinderen met tandsteen toe met de leeftijd. 16-Jarigen hebben in 1989 tweemaal zoveel tandsteen als 12-jarigen.

Nederlandse deelnemers hebben minder tandsteen (34%) dan allochtone (variërend van 43 tot 56%). Onder ziekenfondsverzekerden blijkt het percentage deelnemers met tandsteen bijna twee keer zo hoog als onder de particulieverzekerden (respectievelijk 46 en 25%).

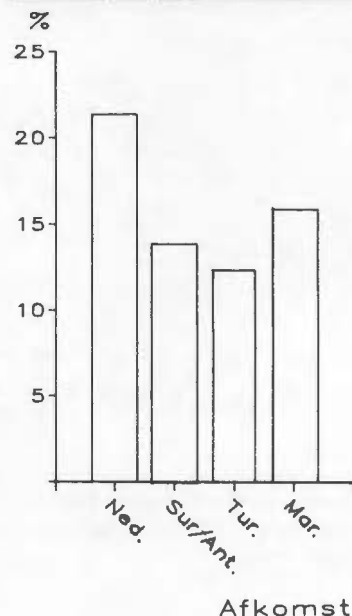
## ■ DISCUSSIE

Het meest opvallend zijn de cariëscijfers.

In figuur 1 is te zien hoe de cariës in de jaren vijftig en zestig sterk toenam, vervolgens geleidelijk afnam en vanaf de jaren tachtig versneld daalde. In 1911-1915 vond in Den Haag het eerste grote tandheelkundig epidemiologisch onderzoek onder jeugdigen plaats. Van de 13-jarigen bleek toen 'slechts' 35% een gaaf blijvend gebit te hebben, een resultaat dat pas nu weer wordt benaderd. Maar de huidige situatie is volledig anders dan in 1911-1915.

De belangrijkste veroorzaker van cariës is suiker, in verschillende vormen. De suikerconsumptie is deze eeuw gestegen van 15 naar ruim 40 kilo per persoon per jaar en de cariësontwikkeling verliep tot de jaren zeventig hieraan vrijwel parallel (5). Daarna is de cariësprevalentie bij de jeugd afgenomen terwijl de suikerconsumptie zelfs nog iets toenam.

Wel is het consumptiepatroon veranderd. Wellicht onder invloed van TGVO-campagnes is het gebruik van kristalsuiker in huishoudens sterk afgenomen. Deze gunstige ontwikkeling wordt echter teniet gedaan door de toegenomen hoeveelheid suikers die industrieel



Figuur 5. Percentage 12-16-jarige JTZ-deelnemers met traumata naar afkomst. Den Haag, 1989.

worden toegevoegd aan voedingsmiddelen. Deze suikers worden dikwijls als zodanig niet herkend, vaak wordt het voedingsmiddel zelfs als 'gezond' gepresenteerd (denk bijvoorbeeld aan zuiveldranken, Roosevelt, Nutella, e.d.).

Als het niet aan de suikerconsumptie ligt, waardoor is de cariësprevalentie dan toch gedaald? Allereerst komt dit door het gebruik van fluoriden. Hoewel in Nederland geen gefluorideerd drinkwater meer voorkomt, is fluoride door de jeugd in toenemende mate gebruikt in de vorm van tabletten, tandpasta, spoelvlloeistof (op scholen) en gel (bij de tandarts). Daarnaast gaan steeds meer kinderen bijtijds en regelmatig naar de tandarts: ruim 80% van de ziekenfondsverzekerden tussen 4 en 19 jaar gaat tegenwoordig elk half jaar naar de tandarts en ontvangt daardoor zowel curatieve als preventieve zorg (6).

Beide factoren speelden begin deze eeuw nog geen rol: het nut van fluoride was nog onbekend en naar de tandarts ging men alleen na pijnklachten, waarna de behandeling in de regel bestond uit het verrichten van extracties. Mogelijk spelen ook andere factoren een rol, maar duidelijk is wel dat de huidige gunstige ontwikkeling alleen maar mogelijk is dankzij een hoog niveau van compenserende maatregelen (4)(5). Er hoeft maar weinig mis te gaan met het aanbod van fluoride gecombineerd met de tandheelkundige zorg en de cariëssituatie van de jaren zestig keert weer terug.

De situatie is het meest precair bij de jeugd omdat de ontwikkeling van de gebitselementen in de eerste levensjaren na de doorbraak het meest gevoelig zijn voor zowel cariës als groeistoornissen en traumata. Onder de jeugd is een aantal bijzondere risicogroepen te onderscheiden, waaronder kinderen uit lagere sociale milieus en immigrantenkinderen. Ze hebben vaak ongunstiger voedingsgewoonten en een lager fluoride gebruik. Een belangrijke factor daarbij is dat een groot deel van deze kinderen niet regelmatig de tandarts bezoekt, met name vóór en na de basisschool (7)(8)(9)(10). Migrantenkinderen wonen merendeels geconcentreerd in de vier grote steden (11).

Eén van de belangrijkste doelstellingen van de JTZ in Den Haag is deze risicogroepen te bereiken en binnen het 'tandheelkundig circuit' te houden. Daarnaast worden, ter compensatie van de veelal onvoldoende of afwezige zelfzorg, een groot aantal preventieve maatregelen genomen, zoals voorlichtingsactiviteiten (zowel collectief als individueel), poetsinstructies, fluoridespoelen op scholen, fluorideapplicaties en sealants. De jeugd tandarts besteedt tegenwoordig meer dan de helft van de tijd aan preventieve verrichtingen.

Het is moeilijk de resultaten van de JTZ in Den Haag te vergelijken met ander onderzoek omdat verschillen veelal kunnen worden verklaard door de toegepaste onderzoeksmethode of de leeftijdsamenstelling van de onderzoeksgroep (12)(13). We mogen voorzichtig stellen dat de cariëssituatie van de JTZ-deelnemers niet veel afwijkt van wat we gemiddeld aantreffen bij de 12-16-jarige Nederlanders (13)(15). We zien wel een duidelijk betere cariëssituatie in steden als Toronto en Basel, waar het drinkwater gefluorideerd is (16).

Vergelijking van cijfers over traumata, orthodontische en parodontale afwijkingen is nog moeilijker. Algemeen erkende en toegepaste classificaties (zoals het DMF-T getal voor cariës) ontbreken hierbij.

Van meer belang zijn derhalve de verschillen tussen de risicogroepen

#### Literatuur

1. Nota Jeugd tandzorg. GG en GD Den Haag, 1985.
2. Notitie Collectieve Preventieve Jeugd tandzorg. Vereniging van Directeuren Basisgezondheidsdiensten. Utrecht, 1989.
3. Bergink AH, Reuser JAM. Cariës bij Nederlandse, Hindoestaanse, Marokkaanse en Turkse kleuters: verslag van een onderzoek in een Haags schoolartsrayon 1984-1989. *Epidemiol Bul Grav* 1990; 25 nr 1: 20-6.
4. Westerhof H. Cariës en de georganiseerde jeugd tandzorg anno 1987. *Epidemiol Bul Grav* 1987; 22 nr 1: 15-25.
5. Backer Dirks O, Kalsbeek H. Vermindering van tandcariës in geïndustrialiseerde landen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1987; 131 nr 43: 1902-7.
6. Redactie. *Inzet* 1989; nr 16: 18-9.
7. Polderman M. Tandheelkundige verzorging van adolescenten. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1986; 64 nr 16: 532.
8. Souverein CR. Tandheelkundige zorgverlening in Utrecht. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1988; 95 nr 10: 398-400.
9. Rossum G van, Kalsbeek H. Tandartsbezoek en mondgezondheid. *Nijmegen* 1985.



in het JTZ-onderzoek.

Want kijken we naar de etnisch-culturele groepen, dan is duidelijk dat een simpele indeling in autochtonen en allochtonen niet voldoet. Allochtonen verschillen onderling aanzienlijk met betrekking tot hun gebits-gezondheid. Dat geldt met name voor cariës en tandsteen, waarbij vooral de relatief gunstige situatie van de Surinaamse en Antilliaanse kinderen opvalt en de ongunstige van de Turkse kinderen. Daarnaast lijken de Nederlandse kinderen in veel hogere mate een risicogroep te vormen voor traumata en - in mindere mate - voor orthodontische afwijkingen. Deze gegevens geven aanleiding tot een gedifferentieerd aanbod (naar risicogroep) van tandheelkundige zorg, maar ook tot verder onderzoek. Zo ligt het voor de hand om nader te onderzoeken of het relatief geringe vóórkomen van orthodontische afwijkingen en traumata bij Turkse kinderen samenhangt met culturele gewoonten als bijvoorbeeld een geringer vóórkomen van duimzuigen (17).

Als we ervan uitgaan dat de verzekeringsvorm samenhangt met het sociaal-economische niveau dan is duidelijk dat de JTZ-deelnemers met een laag niveau meer kans op cariës en parodontale afwijkingen hebben, maar nauwelijks meer kans op orthodontische afwijkingen en zelfs minder op traumata. ■

10. Kalsbeek H. Tandcariës bij kinderen van migranten uit Turkije en Marokko. *Voeding* 1988; 49 nr 3: 54-8.
11. Verveen-Keulemans EM. Migrantenkinderen in de vier grote steden. *Tijdschr Jeugdgezondh* 1988; 20 nr 4: 51-6.
12. Schaub RMH, Eijkman MAJ. *Epidemiologie in de tandheelkunde*. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1981.
13. Truin G e.a. Landelijk epidemiologisch onderzoek tandheelkunde (LEOT): Nijmegen 1987-1988 (3 delen). Katholieke Universiteit Nijmegen i.s.m. instituut voor Toegestapt Natuurwetenschappelijk Onderzoek, 1989.
14. Linn EW, Kalk W, Rossum GMJM van. *Epidemiologie van orofaciale traumata*. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1987; 94: 466-72.
15. Hage MD. Verslag van de 6e Internationale Conferentie van Chief Dental Officers, Amsterdam, 2-8 september. Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur Rijswijk.
16. Gegevens gemeentelijke jeugdtandverzorgingsinstellingen Basel en Toronto. (niet gepubliceerd).
17. Bergink AH. Duim- en vingerzuigen bij Nederlandse, Hindoe-staanse en Turkse en Marokkaanse kleuters. *Tijdschr Jeugdgezondh* 1985; 17 nr 4: 53-6.

# Een epidemie van 'stippetjes':

De jeugdgezondheidszorg en de kinderdagverblijven

---

Door Mw. M. Monné-van Wirdum, jeugdarts werkzaam op de afdeling jeugdgezondheidszorg, GG en GD Den Haag

## Inleiding

Het begrip 'kinderziekte' is wijd verbreid. Men duidt hiermee in het algemeen iedere relatief onschuldige infectieziekte met huiduitslag aan, die in epidemische vorm jonge kinderen treft. Sinds de inenting met DTP- en BMR-vaccin gemeengoed zijn, komen dergelijke ziekten minder vaak voor. Varicella, exanthema subitum en roseola infantum komen nog regelmatig voor en zijn op het klinisch beeld en de anamnese goed te herkennen. Ook andere ziekten, waaronder infectieuze virusziekten kunnen gepaard gaan met exanthemen.

Steeds meer jonge tot zeer jonge kinderen (al vanaf zes weken) verblijven vrijwel dagelijks, in settings voor kinderopvang. Vanwege deze situatie is het van belang de aard een uitbarsting van een 'kinderziekte' te kennen zodat zonodig aangepaste maatregelen kunnen worden genomen. Hygiënische of isolatiemaatregelen ter bescherming van het kind tegen besmetting in de groep of het weren van een infectieus kind uit de (vatbare) groep kunnen aangewezen zijn.

Ter illustratie volgt hier een beschrijving van dag tot dag van een uitbarsting van 'hand- voet- en mondziekte' in een kindercentrum, waarvoor de afdeling toezicht op de kinderopvang van de hoofdafdeling jeugdgezondheidszorg van de GG en GD werd geraadpleegd.

## Dag 1

Een telefoontje van de hoofdleidster van een recent gerenoveerd kindercentrum: 'Een paar van onze kinderen hebben pukkeltjes op hun handpalmen, knieën en voetruggen; wat kan dat zijn?'. Gezien de lokalisatie wordt gedacht aan een relatie met kruipen op de nieuwe vloer in het nog rondwarrelend bouwstof. De jeugdarts, belast met het toezicht op de kindercentra, adviseert de hoofdleidster na te gaan welke materialen in de vloer en afdeklaag zijn gebruikt en of erin het bouwstof irriterende stoffen, zoals bijvoorbeeld glaswolvezels, kunnen vóórkomen.

## Dag 2

Het bouwbestek is onderzocht. De nieuwe vloer blijkt van beproefd materiaal met een niet poreuze deklaag. Het gebruikte reinigingsmiddel is onschuldig en in het bouwstof kan geen glaswol zitten.

Inmiddels blijken ook één van de leidsters en haar vriend last te hebben van jeukende huidirritatie in de gordelstreek. Vier kinderen zijn inmiddels bij de huisarts geweest en kregen verschillende diagnoses en adviezen mee. Kind 1 kreeg zinkzalf voor zijn 'pukkeltjes in de luierstreek', kind 2 had een 'allergische reactie' en kind 3 had 'een vreemde uitslag, overgevoeligheid of infectie (geen scabiës of schimmel)'. Kind 4 tenslotte had 'een streptococcen-infectie' en kreeg Clamoxyl. Hij moest thuisblijven.

In verband met deze laatste diagnose geeft de afdeling het advies tot ontsmettend reinigen van vloer en speelgoed en dagelijks verschon

---

---

van handdoeken en beddegoed. Inmiddels wordt een infectie waarschijnlijk. Maar is alles onder één noemer te brengen, en zo ja, welke? Wat te doen met de volgende week verwachte nieuwe baby's, waaronder één kind dat de DTP-inenting nog niet gekregen heeft in verband met intercurrente ziekten?

### Dag 3

Bezoek aan het kindercentrum. Behalve de kinderen die ziek thuis zijn gehouden heeft één kind blaasjes op de wang, gediagnostiseerd als herpes gekregen, waarvoor Zovirax is gegeven. Een aantal anderen heeft verschillende efflorescenties: één kind met licht verheven fijne rode vlekjes over het gehele lichaam; één met een paar duidelijk omschreven roze verhevenheden met paarsrode hof op hand, arm en been plus een aft in de mond. Het zusje van kind 4 komt laten zien dat ze nu ook 'stippetjes' (zoals ze dit noemt) heeft: een paar rode puntjes op de hand en tussen de vingers.

Alle 'zieke' kinderen op het kindercentrum zien pips, maar blijven tierig. Kind 4 komt mee als zijn zusje wordt opgehaald. Ook hij maakt geen echt zieke indruk (moeder heeft hem meegenomen naar haar nieuwe baan, waarvan ze niet kon verzuimen). Hij heeft op de voetzolen en voetranden duidelijke langwerpige en polygonale blaartjes met rode hof.

Virus, bacterie, schimmel of parasiet? Scabiës is het niet.

Het kind met de duidelijkste plekjes krijgt via moeder een briefje voor de huisarts met het verzoek een KOH- en methyleenblauw-preparaat te laten maken.

Het kindercentrum neemt voorlopig geen nieuwe baby's op.

### Dag 4

De uitslag van het laboratoriumonderzoek is binnen. De KOH is negatief, hetgeen 'geen schimmels' betekent en het 'blauwtje' blijkt obsoleet.

De huisarts kan geen duidelijke diagnose stellen. Interne raadpleging van collegae bij de GG en GD leidt tot de klinische diagnose 'hand-voet- en mondziekte'. Inmiddels blijkt een leidster 'pukkels met gele koppen' op de billen te hebben en krijgt van de huisarts een verwijzing voor de dermatoloog. Deze pukkels passen echter niet bij bovengenoemde diagnose.

Dan valt ook de term 'mond- en klauwzeer' waarbij onmiddellijk associaties met strenge quarantainemaatregelen opgeroepen worden. Raadpleging van de boeken en de veterinaire inspectie stelt gerust: 'mond- en klauwzeer' is bij het vee een gevaarlijke ziekte, veroorzaakt door een picornavirus maar komt niet over op de mens. 'Hand- voet- en mondziekte' bij de mens veroorzaakt door een coxsackievirus (type A16) is onschuldig in tegenstelling tot andere coxsackie-infecties waarbij complicaties kunnen optreden als meningitis, encephalitis, paralyse, herpangina, myocarditis, pericarditis of 'Bornholmziekte'.

### Dag 5

Er zijn nu 15 'zieke' kinderen in twee groepen van het kinderdagverblijf.

De leeftijd varieert tussen anderhalf en vier jaar. Ter verificatie van onze diagnose wordt besloten enkele kinderen aan een dermatoloog te presenteren. De keuze valt op kind 5, het zusje van kind 4 met de 'streptococcendiagnose', een donker meisje met duidelijke 'stippetjes' en blaasjes op de handen en tussen de vingers en op het blonde kind 6, wier dunne huidje over het hele lichaam bezaaid is met

---

---

*Geraadpleegde literatuur:*  
*Cruickshank R. Medical*  
*Micro-biology. Livingstone.*

'stippetjes' en die een blaartje op de tong heeft.

Klinisch kan de dermatoloog het eens zijn met onze diagnose. Van beide kinderen worden een keelwat, rectaalswab, blaasvocht en bloed afgenomen voor kweek en serologie.

De leidster met de pukkels blijkt een banale folliculitis te hebben. Alle ouders van de kinderen in het kindercentrum wordt een brief meegegeven met de mededeling dat er sprake is van een onschuldige epidemie, waarvoor de kinderen niet thuis hoeven te blijven, tenzij ze zich echt ziek tonen. De verwachting wordt uitgesproken dat na een week de epidemie over haar top zal zijn en dat nieuwe baby's kunnen worden toegelaten als zich geen nieuwe ziektegevallen aanmelden.

Na zes weken zijn de laboratoriumuitslagen bekend. Alle samples geven de uitslag coxsackievirus (type A16).

Toen de dermatoloog een week later een kind met hetzelfde beeld verwezen kreeg, informeerde hij gelijk naar de mogelijkheid van een verblijf op een kindercentrum. Dit was het geval. Direct werd de afdeling jeugdgezondheidszorg van de GG en GD gewaarschuwd zodat preventieve voorlichting op het kindercentrum kon worden gegeven over deze onschuldige kinderziekte.

Het tijdig herkennen en bekend maken van 'hand- voet- en mondziekte' voorkomt paniek, zoals associaties met 'mond- en klauwzeer' in kindercentra bij leiding en ouders, bespaart kinderen bezoeken aan artsen en overbodige medicatie en voorkomt dat kinderen (en als gevolg vaak hun moeders) thuis moeten blijven. ■