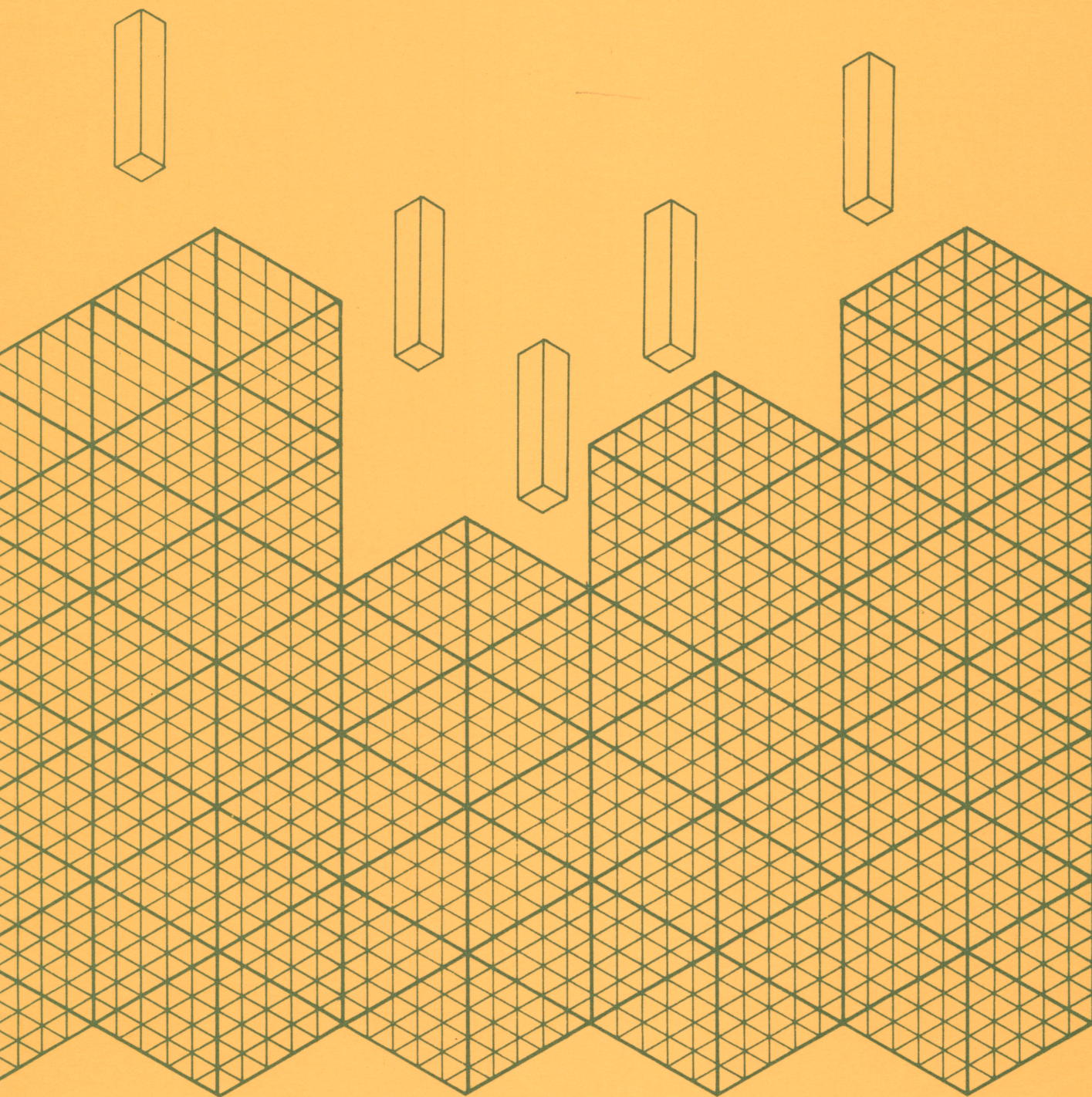


's-Gravenhage november 1990

EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN



Kwartaalschrift voor Basisgezondheidszorg en Onderzoek

EPIDEMIOLOGISCH

bulletin

November 1990
25ste jaargang nr. 4
ISSN 0921-6219

Redactie

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

Ontwerp

P.J.C. Martens

Druk

Koninklijke drukkerij
de Swart BV, Den Haag

Secretariaat

GGD afdeling gezondheids-
bevordering
Postbus 65 783
2506 EB Den Haag
Tel.: 070 - 361 94 43

Uitgave

GGD, 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.

Redactioneel

Dierquens-prijs nog in portefeuille 3

HIV-besmetting en AIDS-preventie

Drie projecten in Den Haag
- mw.dr. Ferida E. de Jongh-Wieth, mw. E. Tonino-
van der Marel, W.R. Slijngard en W.C.H. Andriessen 5

Sexuele ervaringen en condoomgebruik

Onderzoek bij vierde-klassers in het voortgezet
onderwijs in Den Haag
- mw. M.A.T.W. Zwartendijk-Schats en mw J. Hoogendorp 14

Verandering in de volksgezondheid in Den Haag

Het project Scheveningen
- L.M.J. Staal en H.G.J. Nijhuis 19

Mortaliteit door suïcide in Den Haag, 1977-1987 (II)

Vergelijkingen tussen wijken met een verschillend
sociaal-economisch niveau
- W.J. Schudel en D. Peerbolte 25

Redactioneel

Diercquens-prijs nog in portefeuille

In het bulletin van november 1989 nodigde de redactie de lezers uit, een epidemiologisch idee neer te leggen in een artikel en dit voor 1 juli jl. toe te zenden aan het redactiesecretariaat. De beste inzending zou worden gehonoreerd met de Diercquens-prijs.

Het doel van dit initiatief was tweeledig.

Ten eerste ging het erom de lezers een forum te 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.

Daarnaast hoopte de redactie een aanzet te geven tot een intensieve gedachtenuitwisseling tussen gemeente (GGD) en personen en instellingen die op de een of andere manier betrokken zijn bij de gezondheid van de bevolking van de regio Den Haag.

Uiteindelijk ging het om de vertaling van de ideeën en voorstellen in concrete uitvoerende of sturende activiteiten, een mogelijkheid voor actieve beïnvloeding van het gemeentelijke gezondheidsbeleid.

Het instellen van de prijs heeft een aantal lezers aangezet tot het naar voren brengen van gedachten en ideeën, zij het dat zij dit niet in de beoogde vorm, maar telefonisch of in een persoonlijk contact hebben gedaan.

Bij navraag bleek dat het in artikelvorm aanbieden van ideeën of voorstellen voor de lezers een te groot tijdsbeslag betekende. Hiervoor alle begrip.

De mondelinge reacties die het secretariaat bereikten zijn niet met een prijs gehonoreerd, omdat zij niet in een voldoende bruikbare vorm werden aangereikt. Wel zijn de ideeën en suggesties als waardevolle aandachtspunten voor actie aangehouden.

Uit de opgebouwde verzameling noemen wij als voorbeelden:

- nader onderzoek naar urgentieverklaringen en de consequenties van de lange wachttijden voor mensen die aangepaste woningen of een behuizing in een verzorgde omgeving nodig hebben;
- de behoefte onderzoeken en de mogelijkheden peilen voor het tot stand brengen van een buurt- wijk- of stadsdeelgerichte voorziening voor mensen die kortdurende medische, verpleegkundige of verzorgingsondersteuning nodig hebben; het opzetten van zo'n voorziening; het evalueren van de betekenis ervan;
- het onderzoeken van de volksgezondheidseffecten van de vuilverbranding;
- het onderzoeken van morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van luchtvervuiling in de nabijheid van plaatsen met druk verkeer;
- het zo objectief mogelijk evalueren van de toegevoegde waarde van het zogenaamde case- management bij zorg- of verpleegbehoefte mensen;
- het evalueren van de bestaande opzet van de doktersnachtsdienst en het doen van eventuele suggesties voor verbetering.

De gedane suggesties worden binnen de GGD op urgentie en realiseerbaarheid beoordeeld. Waar mogelijk worden ze meegenomen in het werkprogramma van de dienst, zo nodig na politiek-bestuurlijke fiatting.

Tenslotte beraadt de redactie zich over de wijze waarop en de voorwaarden waaronder de prijs, bij continuering van het initiatief, een zinvolle bestemming kan krijgen. Daarbij wordt rekening gehouden met de reacties die vanuit de hulpverlening zijn gegeven naar aanleiding van het instellen van de Diercquens-prijs.

[Redacted text block]

HIV-besmetting en AIDS-preventie

Drie projecten in Den Haag

Door mw.dr. Ferida E. de Jongh-Wieth, orthopaedagoog, AIDS-coördinator; mw. E. Tonino-van der Marel, sociaal-verpleegkundige; W.R. Slijngard, medewerker AIDS-preventie (spuitemruil) en W.C.H. Andriessen, milieu-hygiënisch medewerker, allen werkzaam op de afdeling infectieziektenbestrijding en hygiëne, GGD Den Haag

Het Humaan Immunodeficiëntie-Virus (HIV), dat de ziekte Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) kan veroorzaken, is niet meer weg te denken uit onze samenleving. Zowel een vaccin om besmetting met het HIV te voorkómen als een effectief geneesmiddel tegen de ziekte AIDS zullen naar verwachting nog jaren op zich laten wachten (1).

De verspreiding van het HIV verloopt voornamelijk via riskant seksueel gedrag en het gebruik van niet-steriele injectiespuiten. Ter voorkoming van een HIV-besmetting moet een ieder die polygame relaties heeft waarbij partners elkaars seksuele gedragingen niet kennen, veilig vrijen. Bij intraveneus druggebruik dient uiteraard een steriele naald te worden gebruikt.

Uit onderzoek in de Verenigde Staten blijkt dat slechts 10-35% van de drugverslaafden veilig vrijt en dat het merendeel seksuele relaties heeft met 'niet-sputers' (2)(3). Laatstgenoemden zijn vaak niet op de hoogte van het (ex)intraveneus druggebruik van hun partner. 70% van de homoseksuelen met AIDS zijn óf zelf intraveneus druggebruiker óf zij hebben met hen onveilig seksueel contact gehad (2)(3).

Den Haag is, na Amsterdam, de stad met relatief de meeste mensen met AIDS. Tot 1 oktober 1990 zijn in Den Haag 96 AIDS-patiënten gediagnostiseerd (in Nederland tot die datum 1443, in Amsterdam 735) *.

Medio 1985 is de afdeling infectieziektenbestrijding en hygiëne van de GGD (I en H) in Den Haag aangewezen als coördinatiepunt van alle activiteiten in het kader van de AIDS-preventie. Deze voorziening is bestemd voor iedere Hagenaar die op enigerwijze geconfronteerd wordt met, of vragen heeft over, de ziekte AIDS. De hulp wordt categoriaal aangeboden. Ervaringen van een delegatie van de gemeente Den Haag, die zich in 1985 in New York op de hoogte stelde van de AIDS-problematiek, wezen op het belang van een dergelijke aanpak (4).

Het geven van voorlichting (individueel en groepsgericht) over HIV-besmetting en de ziekte AIDS is een belangrijke taak van deze afdeling (5). De voorlichting is vooral gericht op mensen in

Den Haag en omstreken die een verhoogd risico lopen met het HIV besmet te raken. Verreweg de meeste mensen met AIDS in Nederland zijn mannen met homoseksuele contacten, die via onveilig seksueel contact besmet zijn geraakt (80%). Daarnaast zien wij in toenemende mate intraveneus druggebruikers met AIDS (thans 7%). De kans bestaat dat meer en meer homoseksuelen in contact komen met het HIV. Naast het geven van voorlichting is het versprekken van steriele spuiten en condooms belangrijk.

Mensen die angst hebben besmet te zijn geraakt met het HIV kunnen

* Bron: Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid.

terecht bij de afdeling I en H. Eventueel kunnen zij zich anoniem laten testen op HIV-besmetting.

In Nederland steeg het aantal mensen met AIDS, enkele jaren na het begin van de epidemie, minder snel dan voorspeld. Dit leidde tot optimistische berichten in de media: 'Veilig vrijen helpt' en 'in Nederland is de AIDS-epidemie over haar hoogtepunt heen' (6). Deze berichten geven gemakkelijk aanleiding (weer) onveilig te vrijen. De sociaal-verpleegkundigen van de afdeling I en H constateren, meer dan voorheen, ongerustheid over gonorrhoe of syfilis en minder over een HIV-besmetting. Ook het weer toegenomen aantal aangegeven gevallen van gonorrhoe en syfilis, zowel landelijk als lokaal, wijst erop dat er weer meer onveilig gevrijd wordt. Op de zesde wereld AIDS-conferentie in San Francisco in 1990 liet Coutinho cijfers zien waaruit dezelfde conclusie kon worden getrokken: van 1985 nam onder mannen met homoseksuele contacten jaarlijks het aantal nieuwe gevallen van gonorrhoe af; in 1990 neemt het weer toe (7).

Ervaringen leren dat het heel moeilijk is veilig seksueel gedrag vol te houden (1). Algemene voorlichting is onvoldoende om tot blijvende gedragsverandering te komen. Gerichtte voorlichting via face-to-face contacten is belangrijk. Bij zulke gesprekken kan ook duidelijker worden waarom mensen, ondanks voldoende kennis, toch risico's nemen.

De afdeling I en H werkte reeds in het kader van de geslachtsziektenbestrijding volgens deze strategie. De sociaal-verpleegkundigen spraken persoonlijk met heteroseksuele prostituées en prostituanten. Om 'in gesprek' te komen wordt 'outreaching' gewerkt. Dit betekent dat mensen op plaatsen worden bezocht waar men zich aan riskante situaties blootstelt.

In Den Haag zijn drie nieuwe projecten gestart waarbij deze werkwijze in praktijk wordt gebracht, te weten: het baan-, het spuitomruil- en het distributieproject. Bezoekers van banen (ontmoetingsplaatsen voor mannen die anonieme en vrijblijvende homoseksuele contacten zoeken) worden in het baanproject door vrijwilligers actief benaderd. Zo mogelijk praten zij met hen over veilig en niet veilig vrijen. In het spuitomruilproject worden intraveneus drugverslaafden opgezocht. Zij krijgen de mogelijkheid vuile injectienaalden te ruilen tegen steriele. Daarbij krijgt het thema veilig en niet veilig seksueel gedrag ook zoveel mogelijk aandacht. Tenslotte vindt in het kader van het distributieproject verspreiding plaats van folders en stickers, over HIV-besmetting en de ziekte AIDS, in uitgaansgelegenheden waar vooral mannen met homoseksuele contacten en lesbische vrouwen komen.

In de hiernavolgende paragrafen worden deze projecten uitgebreid besproken. Wij sluiten af met een korte samenvattende beschouwing. Van alle drie de projecten is gebleken dat zij belangrijke onderdelen zijn van de AIDS-preventie.

In het spuitomruilproject worden Turkse en Marokkaanse intraveneus druggebruikers echter nog slecht bereikt. Hiervoor is aandacht geboden.

Het regelmatig praten met mensen over riskant gedrag met betrekking tot HIV-besmetting maakt het bespreekbaar. Deze gesprekken hebben vooral in het spuitomruil- en het baanproject plaatsgevonden. De doelgroepen zijn over het algemeen goed op de hoogte van de wijzen waarop het HIV kan worden overgedragen en van de consequenties van een HIV-besmetting. Gebleken is dat verreweg de meeste

personen angst hebben voor een HIV-besmetting en bereid zijn te praten over veilig en niet-veilig gedrag. Een belangrijke bijdrage is de gratis spuit- en condoomverstrekking. De intentie om veilig te gebruiken en/of veilig te vrijen is er meestal wel; het ontbreken van de middelen is vaak een reden om het niet-veilig te doen.

Een andere belangrijke reden voor niet-veilig seksueel gedrag is de aversie tegen condooms. Redenen (en smoezen) om geen condoom te gebruiken zijn talrijk. Het is belangrijk hierover te praten. Het distributieproject heeft met name een ondersteunende rol. In uitgaansgelegenheden worden contacten gelegd. Alcohol verlegt grenzen en opent wellicht de weg naar niet-veilig seksueel contact.

Voor het welslagen van de programma's is (ook financiële) steun van het gemeentebestuur noodzakelijk (8)(9). Het werkbezoek van de delegatie van de gemeente Den Haag aan New York heeft er zeker toe bijgedragen dat het belang van de projecten werd ingezien.

De drie projecten zijn erop gericht dat uiteindelijk de betrokkene zelf kiest voor veilig gedrag. De kans hierop is het grootst wanneer bij voorlichting rekening wordt gehouden met de emotionele belevingen en de praktische toepasbaarheid van het gevraagde.

In hoeverre veilig wordt gevrijd is niet bekend. Veel zal ervan afhangen hoe hoog men de besmettingskans schat en de barrières die men voelt. Uiteindelijk is een ieder zelf verantwoordelijk.

Het baanproject

Een 'baan' is een ontmoetingsplaats voor mannen die anonieme en vrijblijvende homoseksuele contacten zoeken (parken, parkeerplaatsen enz.). Den Haag telt minstens 13 banen. Elke baan heeft een eigen karakter. Bekend is dat op banen lang niet altijd veilig wordt gevrijd. In 1989 is, op verzoek van het COC * en de Stichting Aanvullende Dienstverlening (SAD), het baanproject in Den Haag als experiment gestart. Doel is het geven van individuele voorlichting over HIV-besmetting en de ziekte AIDS aan baanbezoekers.

Werkwijze

Acht vrijwilligers (homo- en bisexuele mannen) bezoeken éénmaal per week in tweetallen één baan. Een logistiek probleem daarbij is dat de baan zogenaamde spitsuren in bezoekersaantallen kent (12.00 - 14.00 uur, 17.00 -19.00 uur en van 22.00 uur tot diep in de nacht). De sfeer 's-nachts is bovendien agressiever. De vrijwilligers zijn op de hoogte van de instellingen en organisaties waar men met vragen over HIV-besmetting en de ziekte AIDS terecht kan.

Ter plaatse worden individuele gesprekken gevoerd met baanbezoekers over veilig en niet veilig vrijen. Anaal seksueel contact wordt in principe ontraden. Maar is het aan de orde dan wordt uitleg gegeven over condooms, speciaal bestemd voor anaal seksueel contact. De coördinatie van het project berust bij een sociaal-verpleegkundige van de afdeling I en H. De maandelijkse teambijeenkomsten worden door haar en één medewerker van de SAD geleid. De medewerker van de SAD is tevens een van de vrijwilligers van het project. Ook

* Cultuur- en Ontspanningscentrum. Deze naam dateert uit de jaren vijftig. Nu spreekt men over Nederlandse Vereniging ter Integratie van Homosexualiteit.

de sociaal-verpleegkundige bezoekt de baan om de vrijwilligers goed te kunnen begeleiden en om de continuïteit te waarborgen.

Bespreking

In de periode tussen mei en oktober 1989 hebben de vrijwilligers met 164 baanbezoekers gesproken. Twee bezoekers waren jonger dan 20 jaar en twee behoorden tot een etnische minderheid. Opvallend was de openhartigheid waarmee vele mannen spraken over hun seksualiteit. Veel vragen werden gesteld over veilig vrijen, ook al bleek men goed geïnformeerd te zijn.

De meeste baanbezoekers geven te kennen over het algemeen de intentie te hebben om veilig te vrijen maar het moeilijk te vinden dat ook altijd te doen. In de 'thuis-situatie' wordt meestal onveilig gevrijd. Een vrouw van een bisexuele man is dikwijls niet op de hoogte van de homoseksuele contacten van haar partner.

Voor onveilig seksueel gedrag op de baan werd onder andere als reden opgegeven dat men ter plekke geen condoom had (zogenaamd wel in de auto). Een ander argument was dat men bang was het seksuele contact mis te lopen wanneer condoomgebruik gevraagd werd. Verder vertelden baanbezoekers toch graag toe te willen geven aan het gevoel dat 'zonder' wil. Het verstand wordt dan even op nul gezet. Velen die onveilig hadden gevrijd kampten met angst en schuldgevoelens.

De behoefte van de baanbezoekers te praten over veilig vrijen was groot. Op twee na waardeerden allen de gesprekken met de vrijwilligers positief. De invalshoek gezondheid werd goed geaccepteerd. Het feit dat bezoekers werden aangesproken op een locatie waar zij blootgesteld kunnen worden aan onveilig gedrag heeft ons inziens er toe bijgedragen dat baanbezoekers zich op zo'n moment meer bewust werden van de risico's van onveilig vrijen. Praten over oorzaken van niet-veilig vrijen zijn ook pas bespreekbaar wanneer mensen de belemmeringen durven te erkennen.

Homoseksuele vrijwilligers zijn belangrijk gebleken voor het baanproject. Zij zijn gemotiveerd en voelen zich solidair. Bovendien verstoren zij het karakter van een baan niet. De vrijwilligers van dit project werden regelmatig benaderd voor seksueel (veilig en onveilig) contact, hetgeen een goed aanknopingspunt bood te praten over veilig vrijen.

Praten over seksuele technieken, over intieme gevoelens (liefde, lust, acceptatie eigen homoseksualiteit), over angst voor AIDS, bisexualiteit en belemmeringen om daadwerkelijk veilig te vrijen vraagt nogal wat van de vrijwilligers. Het vereist gedegen kennis van zaken en een niet-moraliserende houding. De gesprekstrainingen nemen een belangrijke plaats in bij de begeleiding van de vrijwilligers. Gegeven de positieve ervaringen is het project in 1990 gecontinueerd.

Het spuitomruilproject

Handel in en gebruik van harddrugs is niet toegestaan. Gebleken is dat wanneer de overheid dienovereenkomstig krachtig optreedt tegen druggebruik het gebruik zich vooral ondergronds, in zogenaamde 'shooting galleries', gaat afspeelen (10). Daar zijn zij voor voor-

GG en GD
Thorbeckelaan 360
2564 BZ 's-Gravenhage
tel.: 070 - 3619200
bereikbaar met tram 3 of bus 23 en 14

- * soc. verpleegkundigen:
tel.: 070 - 3619243
ma t/m vr 13.30 - 16.00 uur
- * GG & GD homo - HIV/AIDS spreekuur
Van Beverningkstraat 134
di en do 19.00 - 21.00 uur
tel.: 070 - 3541610
- * geslachtsziektenlijn (ook HIV/AIDS)
tel.: 070 - 3619250
- * HIV/AIDS coördinatie
tel.: 070 - 3619263

Landelijk HIV/AIDS infolijn
* tel.: 06 - 0222220 (gratis)
Landelijk Turks HIV/AIDS infolijn
* tel.: 020 - 933811 (niet gratis)
Landelijk Marokkaans HIV/AIDS infolijn
* tel.: 020 - 933199 (niet gratis)

lichters, zorgverleners e.d. niet bereikbaar. De kans op hergebruik van spuiten is onder dergelijke omstandigheden groot. De gemeente Den Haag besloot op grond hiervan tot een spuitomruilproject (ruil van steriele tegen gebruikte spuiten).

De afdeling I en H was onbekend met het drugcircuit. De instellingen voor drughulpverlening leken het meest aangewezen de spuitomruil uit te voeren. Zij hadden echter fundamentele bezwaren tegen de combinatie van methadonverstrekking en spuitomruil. Gezien het epidemiologische belang en de taakopdracht infectieziekten te voorkómen is het project bij de afdeling I en H ondergebracht. Met de drughulpverlening, vooral met de straathoekwerker van de Stichting Basisvoorzieningen Drughulpverlening (SBD), werd nauw samengewerkt.

Werkwijze

Een aantal praktische overwegingen heeft er toe geleid spuiten (en zonodig condooms) gratis te verstrekken. De veiligheid van de spuitomruilmedewerkers was een belangrijke overweging. Bovendien konden zij niet - bij voorbeeld om een hak te zetten - van frauduleuze handelingen worden beschuldigd, ook al zou dit totaal ongegrond zijn. De kosten van een verantwoording van de verkoop zouden tenslotte te hoog worden in verhouding tot de prijs van de spuiten.

De privacy van de verslaafden werd zo goed mogelijk gewaarborgd. Wanneer bij voorbeeld onderzoekers iets over het spuitomruilproject wilden weten of zien dan was dit uitsluitend mogelijk wanneer hiermee de privacy van de drugverslaafden niet in het geding kwam. Ook werd geen informatie over de drugverslaafden doorgegeven aan de politie, in principe ook niet wanneer de spuitomruilmedewerkers op de hoogte kwamen van eventueel gepleegde strafbare feiten. Dit beleid, waarin voorrang wordt gegeven aan het indammen van de AIDS-epidemie boven het afkicken en het naleven van de wet op dit punt, maakte goede werkafspraken met de politie noodzakelijk. Op verzoek van de gemeentepolitie in Den Haag is mede in dit verband op grote schaal aan politiemensen een cursus over de AIDS-problematiek gegeven door de afdeling I en H.

Wegens veiligheidsaspecten werkten de medewerkers altijd met z'n tweeën. Het belang van intensieve begeleiding (supervisie) werd onderkend. Wekelijks moest worden gerapporteerd.

Aanvankelijk was het de bedoeling de verstrekking van de spuiten vanuit een vast pand, in de buurt met de grootste drugproblematiek, te laten plaatsvinden. Hiervan moest echter op grond van financiële en praktische redenen worden afgezien. De standplaatsen van de methadonbus van het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD) leken nu het meest geschikt om in contact te komen met de drugverslaafden. Spuitomruil werd daarnaast ook mogelijk gemaakt in de 'Huiskamer' voor verslaafde jeugdprostituées bij de tippelzone (HAJ) (11).

Tenslotte maakte de drughulpverlening in Den Haag spuitomruil op twee andere 'vaste' plaatsen mogelijk. Bij alle 'vaste' punten werd geen methadon verstrekt.

Voorzichtige start

In de zomer van 1987 werden twee, door de gemeente Den Haag betaalde, spuitomruilmedewerkers bij de GGD aangesteld (ieder voor 20 uur). De medewerkers opereerden vanuit een onopvallend bedrijfsautootje achter de methadonbus. In deze beginfase werd

voornamelijk bekendheid gegeven aan het spuitomruilproject. Verslaafden, drughulpverleners, politie en burgers moesten wel even wennen aan deze nieuwe voorziening van de GGD. Het was ook niet zo makkelijk te begrijpen wanneer je als je het Burgemeester de Monchyplein opkwam (één van de drie standplaatsen van de methadonbus) daar de drugs-scène, de methadonbus en het autootje van de GGD met spuiten, condooms en informatiemateriaal over HIV-besmetting en de ziekte AIDS aantrof. Burgers hadden moeite met dit tafereel, vooral wanneer de verslaafden stoned waren, alcohol dronken en/of pillen verhandelden. Voor verslaafden was het ook wel even wennen. Ineens werd er gesproken over veilig druggebruik en over veilig seksueel gedrag. Men kon zelfs gratis een spuit en een condoom krijgen. Ervoor uitkomen intraveneus drugs te gebruiken bleek verre van gemakkelijk. Van de spuitomruil werd dan ook in het begin weinig gebruik gemaakt. Hierin kwam echter snel verandering.

Van het één komt het ander

Langzamerhand gaan de spuitomruilmedewerkers gebruikers thuis bezoeken, in drugspanden en op plaatsen waar gedeald en/of gebruikt wordt. Contacten worden gelegd met kleine dealers. Meer en meer verslaafden worden bereikt die niet bekend zijn bij de drughulpverlening, in het bijzonder cocaïne- en speedgebruikers en illegale verslaafden. De spuitomruil verloopt ook via verslaafde sleutelfiguren. Zij zorgen voor de verspreiding van naalden, condooms en informatiemateriaal. Vuile spuiten worden via hen weer opgehaald.

Via via krijgen de spuitomruilmedewerkers contact met niet-(intraveneuze) drugverslaafde prostitué(e)s en met prostituanten. Koffie- en theehuizen en gokhallen worden bezocht waar mensen actief worden benaderd voor een gesprek over veilig gedrag, in de meeste gevallen over veilig seksueel gedrag. Zo nodig worden condooms verstrekt (voor vaginaal, oraal-genitaal of anaal contact). Vele gemeentelijke diensten zoals de politie, de gemeentereiniging, de gemeentelijke plantsoendienst en de onderhoudsdienst van de Haagse Tram Maatschappij krijgen van de GGD containers voor vuile spuiten. Ook warenhuizen en rijwielstallingen in de binnenstad, het Centraal Station en het nabijgelegen winkelcentrum ontvangen deze containers.

Door een aanvullende subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid en Cultuur, eind 1988, kunnen de beide spuitomruilmedewerkers full-time werken. In juni 1989 begint het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs spuiten om te ruilen in de methadonbus.

Het aantal verstrekte en retour ontvangen spuiten stijgt in de loop van het project sterk. Tabel 1 laat zien dat er in 1988 25.602 spuiten zijn verstrekt terwijl in 1989 dit aantal tot 82.193 is gestegen. Niet alle verstrekte spuiten komen terug. Dat het retourpercentage boven de 100% stijgt komt omdat spuiten die niet door de GGD verstrekt zijn (ander type) geretourneerd worden.

De vraag naar condooms neemt eveneens sterk toe. Naar schatting zullen in 1990 ongeveer 30.000 condooms voor heteroseksueel (ook oraal-genitaal) en 10.000 condooms voor anaal seksueel contact worden verstrekt. Dit gaat altijd gepaard met praten over veilige en onveilige seksuele technieken. In hoeverre de condooms consequent worden gebruikt is onbekend.

De toegenomen werkdruk maakt in de toekomst het aantrekken van

Tabel 1. Aantal verstrekte en retour ontvangen spuiten. Spuitomruilproject Den Haag 1987-1989.

	1987 (vanaf augustus)	1988	1989
Naalden verstrekt	7.000	25.602	82.193
Naalden retour *	4.400	23.964	82.340
Omruilpercentage	63%	94%	101%

* Alle retourontvangen spuiten, ook niet verstrekt in het kader van het spuitomruilproject

twee extra spuitomruilmedewerkers noodzakelijk. Hiermee moet de continuïteit ook tijdens vakantie en ziekte worden gewaarborgd.

Bespreking

Na een vrij moeizame start maken steeds meer verslaafden gebruik van de spuitomruil. Het project mag geslaagd worden genoemd. Een aantal factoren heeft daarbij een belangrijke rol gespeeld (12). De samenwerking met de politie en de drughulpverlening is vanaf het begin goed geweest. De eerste klanten van het spuitomruilproject waren bezoekers van de methadonbus. Snel werd duidelijk dat 'bijgebruik' (al of niet intraveneus) veel meer voorkwam dan aanvankelijk werd aangenomen. Het bleek dat verslaafden er de grootste moeite mee hadden er voor uit te komen intraveneus drugs te gebruiken (reden waarom er op de 'vaste' locaties nauwelijks spuiten werden omgeruild). De GGD neemt een neutrale positie in via de taak 'volksgezondheid'. Het druggebruik is de verantwoordelijkheid van de verslaafde, het gaat de GGD om 'veilig' gedrag. Angst voor AIDS leeft onder verslaafden. Zij willen graag horen hoe zij (her)besmetting met het HIV kunnen voorkómen. Essentieel daarbij is het vasthouden van de moeizaam opgebouwde vertrouwensrelatie. Wanneer drugspanden dichtgespijkerd zijn, verslaafden uit huis zijn gezet, of wanneer iemand vast zit dan komen de spuitomruilmedewerkers dit te weten. In de meeste gevallen blijft via via het contact bestaan en worden toch spuiten omgeruild. Alleen bekende en vertrouwde personen kunnen dit werk doen.

Het werk stelt dan ook hoge eisen aan de spuitomruilmedewerkers. Onder moeilijke omstandigheden (agressie, vervuiling, uitzichtloze situaties, slechte weersomstandigheden) doen zij hun werk. Zij moeten stevig in hun schoenen staan, want regelmatig worden hun aantrekkelijke financiële voorstellen gedaan, of goederen voor spotprijzen aangeboden. Deze 'zuigkracht' moet niet worden onderschat. Het kunnen omgaan met agressie vraagt de nodige zelfbeheersing.

De voorlichting die de GGD sinds 1985 op grote schaal geeft over de AIDS-problematiek - de spuitomruil komt dan ook ter sprake - draagt ertoe bij dat burgers het project beter kunnen tolereren of accepteren.

Een aandachtspunt is dat Marokkaanse en Turkse intraveneus drugverslaafden - die er wel zijn - niet of nauwelijks gebruik maken van de spuitomruilmogelijkheid. Marokkaanse drugverslaafden komen incidenteel. Maar met Turkse intraveneus drugverslaafden is, ook niet via een contactpersoon, spuitomruil tot stand gekomen. Wellicht is het voor mensen uit culturen waar schaamte en schande een hoofdrol

spelen erg veel gevraagd om voor (intraveneus) druggebruik uit te komen. Dit kan immers consequenties hebben voor de hele familie (schande). De tijd zal het leren.

Het distributieproject

In het distributieproject wordt in uitgaansgelegenheden waar met name mannen met homoseksuele contacten en lesbische vrouwen komen voorlichtingsmateriaal verspreid over HIV-besmetting en de ziekte AIDS. De folders, stickers e.d. informeren hierover en over veilige en onveilige sextechnieken.

Het project, een initiatief van het landelijke COC, is in juli 1988 in Den Haag als experiment van start gegaan. De GGD coördineert het project in nauwe samenwerking met het Haagse COC en de SAD.

Werkwijze

De adressen (30 in getal) van de uitgaansgelegenheden werden verkregen van het COC of gehaald uit de Gaykrant. De eigenaren kregen een brief van de GGD met het verzoek de verspreiding van het voorlichtingsmateriaal in hun zaak mogelijk te maken. Achttien clubs of kroegen, vijf restaurants en twee sauna's reageerden positief.

Het distributieteam bestond uit een coördinator (de sociaal-verpleegkundige die ook het baanproject coördineert) en drie vrijwilligers (twee homoseksuele mannen en een lesbische vrouw).

Eén keer per maand bezocht een vrijwilliger de uitgaansgelegenheden. Hierbij vond een gesprek plaats met de eigenaar of zetbaas (contactpersoon) van de zaak. Nieuw materiaal werd achtergelaten, oud materiaal werd meegenomen.

De teamleden kwamen maandelijks bij elkaar om ervaringen uit te wisselen en eventueel de werkwijze bij te stellen. De verslagen van deze bijeenkomsten werden naar het landelijke COC gestuurd.

Ervaringen na zes maanden

Gedurende de eerste zes maanden van het project trokken enkele kroegen zich terug met de mededeling dat klanten uitgingen voor hun plezier en niet geconfronteerd wilden worden met de ziekte AIDS. In totaal werden 16.000 folders verspreid (in elf clubs of kroegen, vier restaurants, vier sexshops en twee sauna's).

Na verloop van een jaar wilde men nagaan of de folders ook werkelijk werden gelezen en in hoeverre het foldermateriaal qua taalgebruik, inhoud en layout voldoende was afgestemd op de doelgroep. Hiertoe werd een evaluerend gesprek van een uur gevoerd met iedere contactpersoon. Deze bleken het met gemengde gevoelens te beoordelen. Een aantal contactpersonen gaf aan bang te zijn klanten te verliezen. De vrijwilligers kregen te horen dat zij vaak op ongelegen momenten kwamen of soms onvoldoende aanvoelden wanneer geen gesprek kon worden begonnen. Bij enkele contactpersonen ging de voorkeur dan ook uit naar het ontvangen van het foldermateriaal per post.

De indruk bestond dat de meeste klanten de folders bekijken en meenemen. Geschat werd dat 10% van de folders in de prullenbak belandde. Onder mannen met homoseksuele contacten leefde de angst

1. AIDS San Francisco 1990. Symposium. Utrecht, juni 1990.
2. Kerssemakers Roel In: Vuijsje H, Coutinho R, ea. Dillema's rondom AIDS. Amsterdam: Swets en Zeitlinger, 1989.
3. Turner CF, Miller HG, Moses LE. AIDS sexual behavior and intravenous drug use. Washington DC: National Academy Press, 1989.
4. Rapportage van het AIDS-werkbezoek aan New York. Gemeente Den Haag, maart 1986.
5. Inventarisatie van voorlichting en andere preventieve activiteiten in het kader van de AIDS-bestrijding periode 1986-1988. GGD Den Haag, maart 1989.
6. Elsevier 1989; 45 nr 32.
7. Coutinho R. Lezing tijdens symposium AIDS San Francisco 1990. Utrecht, juni 1990.
8. Bruning HJJ. Wethouder Maatschappelijk Welzijn en Volksgezondheid. CM 86.32 Onderwerp AIDS. Den Haag, februari 1986.
9. AIDS voortgangsnotitie over HIV/AIDS en drugs nr 9. Gemeente Den Haag, augustus 1990.
10. Bakkeren-Voogt N, Elkerbout M, Jongh-Wieth F de, ea. Kinderen, ouders, drugs en HIV-problematiek: een rapport van de situatie in Edinburgh. Den Haag, augustus 1990.
11. Werkgroep AIDS en prostitutie. Notitie AIDS en prostitutie. Nationale Commissie AIDS-bestrijding. Juni 1988. (in herdruk, tot april 1990 geactualiseerd).
12. Sputtomruilsystemen in Den Haag. Onderzoeksverslag. Nederlands Instituut Alcohol en Drugs. Utrecht, april 1990.

voor AIDS sterk. Dit zou een belangrijke oorzaak zijn waarom in sommige uitgaansgelegenheden nauwelijks over AIDS werd gesproken (verdringing). De vraaggesprekken maakten duidelijk dat het kennisniveau van de bezoekers van de uitgaansgelegenheden over veilige en niet-veilige sextechnieken en in het algemeen over HIV-besmetting en de ziekte AIDS opvallend hoog was.

Werkwijze aangepast

Een gesprek van de vrijwilliger met de contactpersoon hoeft nu niet meer bij ieder bezoek plaats te vinden. Wel wordt tenminste één keer per jaar, op afspraak, een uitgebreid gesprek gevoerd. Er is niet toe overgegaan materiaal per post te versturen. Een persoonlijk bezoek houdt meer feeling met de doelgroep. De vrijwilligers hebben een extra gesprekstraining (informatie over HIV-besmetting, de ziekte AIDS en praten over seksualiteit) gekregen.

Om de contactpersonen te motiveren voor het project heeft de GGD een informatiemiddag georganiseerd waar medische en psychosociale aspecten van de AIDS-problematiek aan de orde kwamen. 20 contactpersonen waren (schriftelijk) uitgenodigd, 15 zegden toe, uiteindelijk kwamen er twee. De middag ging gewoon door. Aan het eind van dit jaar zal wederom een informatiemiddag voor de contactpersonen worden georganiseerd. ■

Sexuele ervaringen en condoomgebruik

Onderzoek bij vierde-klassers in het voortgezet onderwijs in Den Haag

Door mw. M.A.T.W. Zwartendijk-Schats, hoofd afdeling jeugdgezondheidszorg en mw. J. Hoogendorp, wetenschappelijk medewerker afdeling gezondheidsbevordering, GGD Den Haag

Ten behoeve van de AIDS-preventie heeft de afdeling jeugdgezondheidszorg (JGZ) van de GGD * in november 1989 onderzoek gedaan onder leerlingen in de vierde klas van het voortgezet onderwijs in Den Haag.

Het onderzoek had tot doel informatie te verkrijgen over coïtus-ervaring van en condoomgebruik door de vierde-klassers ten einde de AIDS-preventie ten behoeve van de Haagse jeugd zo effectief mogelijk te kunnen inrichten.

In de toekomst zal door middel van vervolgonderzoek de ontwikkeling worden gevolgd en zal de effectiviteit van preventieve activiteiten worden nagegaan.

■ ONDERZOEK

Aanpak

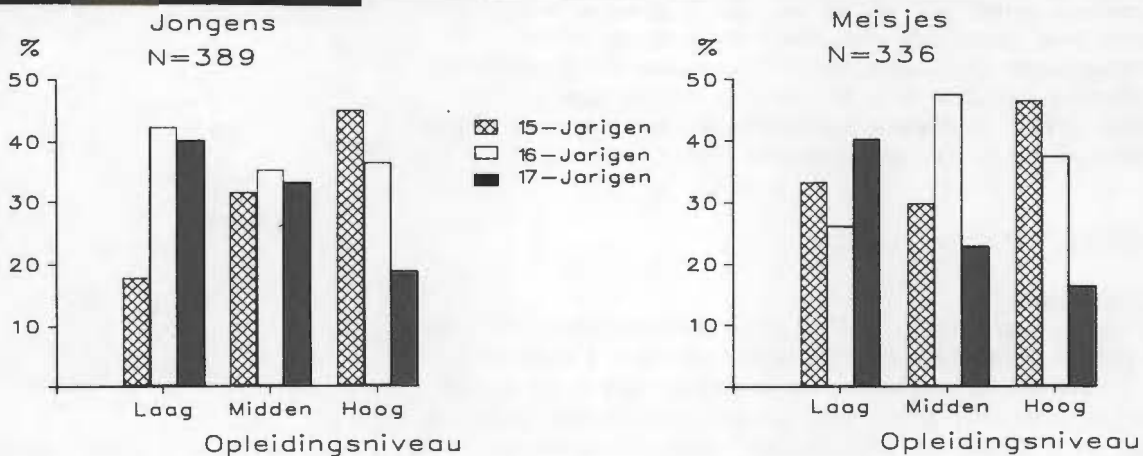
De schoolarts bereidde de leerlingen klassikaal voor op het onderzoek. Gevraagd werd de vragenlijst serieus in te vullen. De risico's van onbeschermd vrijen, waaronder het gevaar van een HIV-besmetting, noemde de schoolarts daarbij niet expliciet. Dit zou uiteraard de beantwoording van de vragen beïnvloeden. Na deze introductie hebben de leerlingen individueel de vragen uit de enquête beantwoord. Met het oog op mogelijke vragen was de schoolarts 'op afstand' aanwezig. Het invullen van de enquêteformulieren geschiedde op basis van vrijwilligheid en bleef volstrekt anoniem.

De vragen gingen primair in op seksuele gedragingen in de zomer-

* in samenwerking met de afdelingen infectieziektenbestrijding en hygiëne, gezondheidsvoorlichting en opvoeding en epidemiologie van de GGD

Tabel 1 Onderzoekspopulatie naar opleidingsniveau (schooltype). Den Haag, 1989.

Opleidings-niveau	Schooltype	Onderzoekspopulatie % (N=737)		Den Haag % (N=5141)	
Laag	LHNO	5		5	
	ITO/LTS	16	+	16	+
Midden	MAVO	12	21	9	21
	LEAO	30	+	31	+
Hoog	VWO/GYM	14	42	17	40
	HAVO	23	+	22	+
		37	+	39	+
		100		100	

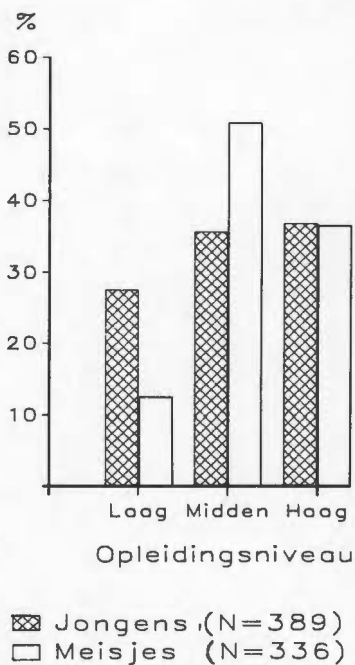


Figuur 1a en b. Onderzoekspopulatie naar leeftijd en geslacht in elk van de opleidingsniveaus *. Den Haag 1989.

* 12 onbekend

vakantie van 1989. Het hebben van geslachtsgemeenschap, het al dan niet gebruiken van condooms en het vrijen met meer dan één vriend of vriendin waren daarbij belangrijke onderwerpen.

In enkele klassen is achteraf klassikaal nog op de vragen teruggekomen. In ieder geval werden telefoonnummers gegeven waar leerlingen met meer persoonlijke vragen terecht konden. Daaronder waren ook telefoonnummers voor anderstalige leerlingen.



Figuur 2. Onderzoekspopulatie naar opleidingsniveau voor jongens en meisjes *. Den Haag 1989.

* 12 onbekend

Deelnemers

Niet alle 222 vierde klassen van het voortgezet onderwijs zijn benaderd. Er is een steekproef van klassen getrokken, waarbij rekening is gehouden met het opleidingsniveau en schoolsoort (openbaar c.q. bijzonder).

Aan 30 scholen is vervolgens het onderzoeksvoorstel voorgelegd. Vijf scholen weigerden deelname (alle bijzondere). De representativiteit naar schoolsoort was hiermee aangetast. In de overgebleven 25 scholen is de enquête in 35 vierde klassen aangeboden (11 in het openbaar en 24 in het bijzonder onderwijs). Door afwezigheid (N=73) en weigering (N=49, waaronder een volledige klas) vielen 122 leerlingen af. In totaal vulden 737 scholieren het formulier in. Dit is 14% van alle vierde-klassers in Den Haag.

Volgens de schoolartsen werden de vragenlijsten in het algemeen vlot en serieus ingevuld.

De deelnemers waren over de verschillende schooltypen verdeeld op de wijze die is weergegeven in tabel 1. Daarin is tevens aangegeven hoe deze verdeling in Den Haag is. Zoals blijkt waren de VWO-leerlingen enigszins onder- en de MAVO-leerlingen marginaal oververtegenwoordigd.

De figuren 1a, 1b en 2 geven nadere informatie over de onderzoekspopulatie. Het volgende kunnen wij hieruit concluderen:

- er deden meer jongens dan meisjes mee;
- de leerlingen zijn in vierde klassen met een laag opleidingsniveau naar verhouding ouder (vooral jongens);
- op het lagere opleidingsniveau zien wij twee keer zoveel jongens als meisjes.

Het ligt voor de hand dat het hebben van seksuele ervaring meer voorkomt bij oudere leerlingen. Het onderzoek is gedaan om

informatie te krijgen die van nut kan zijn bij de ontwikkeling van een effectieve voorlichting over AIDS aan leerlingen in het voortgezet onderwijs. Daartoe zijn vierde klassen van verschillende schoolniveaus benaderd en is niet gekozen voor jongeren van een bepaalde leeftijd. De onderzoeksresultaten worden gepresenteerd naar opleidingsniveau en naar sexe, niet naar leeftijd.

■ RESULTATEN

Sexuele ervaring

65% van de ondervraagden gaf aan in de zomervakantie verliefd te zijn geweest, maar 'slechts' 37% meldde 'gevreëen' te hebben en 22% (zowel van de jongens als van de meisjes) had in die periode geslachtsgemeenschap gehad. Geslachtsgemeenschap vond plaats ook zonder dat er sprake was van verliefdheid (bij meisjes minder dan bij jongens).

35% van de jongens en 28% van de meisjes gaf op het moment van ondervraging aan in het verleden coïtuservaring te hebben opgedaan. Van deze 'ervaren' vierde-klassers meldde tweederde van de jongens en driekwart van de meisjes (ook) in de zomervakantie geslachtsgemeenschap te hebben gehad. Bekijken wij de coïtuservaring naar opleidingsniveau in figuur 3 dan zien wij geen gelijkmatige verdeling. Een duidelijk verband is te zien: naarmate het opleidingsniveau lager is, is de kans groter dat een leerling inmiddels coïtuservaring (in de zomervakantie) heeft opgedaan.

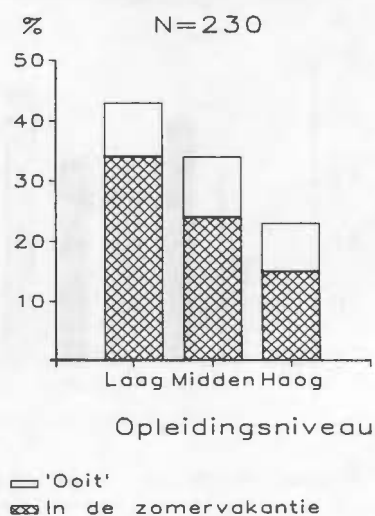
Condoomgebruik

De leerlingen, die aangaven in de zomervakantie geslachtsgemeenschap te hebben gehad, werd gevraagd naar het condoomgebruik.

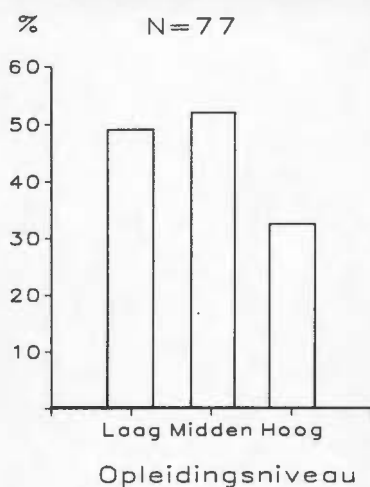
41% van de jongens en 53% van de meisjes gaf aan geen of niet-consequent condooms te gebruiken. Bij dit percentage van de meisjes moet een opmerking worden gemaakt. De wijze van invullen van de enquêteformulieren geeft aanleiding te denken dat meisjes soms vinden dat niet zij maar jongens het condoom gebruiken en dan 'nee' (geen condoom gebruikt) aankruisen. Mogelijk is er dan wel een condoom gebruikt. Een negatieve vertekening dus van dit percentage. Hieruit kan worden afgeleid dat meisjes, waar het gaat om het gebruik van condooms, geen duidelijke rol voor zichzelf zien weggelegd. Deze waarneming sluit aan bij de dezer dagen door het NIPG en het NISSO gepubliceerde resultaten van het landelijke peilstationonderzoek JGZ naar gezondheid, gedrag en relaties (1). Op de vraag in dit onderzoek 'Heb je wel eens een condoom bij je?', antwoordde slechts 25% van de vrouwen tegenover 70% van de mannen met coïtuservaring dat zij ooit een condoom hadden meegebracht.

Daarnaast bestond bij sommige meisjes verwarring over de verschillende functies van voorbehoedsmiddelen. Dit blijkt uit opmerkingen in de zin van: nee, er werd geen condoom gebruikt, ik gebruik de pil. Condoomgebruik wordt dan voornamelijk gemotiveerd vanuit de behoefte aan bescherming tegen zwangerschap. Ook hier sluiten de resultaten uit genoemd peilstationonderzoek aan: het gebruik van condooms neemt af als de pil z'n intrede doet (1).

Gekeken naar het opleidingsniveau van de leerlingen zagen wij vaker veilig-vrij-gedrag op het hoge niveau (figuur 4). 32%, 52%, en 49% uit respectievelijk het hoge, middelste en lage onderwijsniveau



Figuur 3. Coïtuservaring, 'ooit' en in de zomervakantie, naar opleidingsniveau. Den Haag 1989.



Figuur 4. Leerlingen die in de zomervakantie geslachts-gemeenschap hadden en die daarbij niet of niet-consequent een condoom gebruikten naar opleidings-niveau. Den Haag 1989.

gebruikte daarbij niet of niet-consequent een condoom. Ook bij het hoogste opleidingsniveau bleef condoomgebruik echter vaak achterwege.

In het Haagse onderzoek is verder nagegaan of in de zomervakantie de situatie is voorgekomen dat bij geslachtsgemeenschap geen condoom werd gebruikt terwijl men er wél één bij zich had. Het overkwam één op de vijf meisjes en één op de vier jongens.

Bij 32% van de jongens en 9% van de meisjes die gemeenschap hadden in de zomervakantie gebeurde dit met meer dan één partner. De helft van deze categorie gebruikte daarbij condooms. Naarmate het opleidingsniveau hoger is zagen wij minder wisselende partners.

Meningen over condooms

Op de vraag of leerlingen ervaring hadden met condoomgebruik antwoordde 85% van de jongens positief. Bij de meisjes was dit 64%. Deze hoge percentages doen vermoeden dat 'ervaring met ...' is geïnterpreteerd als er iets van weten, ermee geoefend hebben, gezien hebben hoe een condoom gebruikt wordt/moet worden, en dergelijke. Door middel van enkele opinie-vragen is getracht onder de leerlingen die 'ervaring' hebben met condoomgebruik (N=210) de meningen over het condoomgebruik te inventariseren. Deze meningen staan vermeld in tabel 2. Tegenover de meer positieve, vooral emotionele waardering van het gebruik, staan de ondervonden praktische problemen met het omdoen, omhouden en scheuren. Een niet onaanzienlijk aantal leerlingen (N=109) heeft, ondanks dat zij opgaven geen ervaring met condoomgebruik te hebben, spontaan toch een mening gegeven. Interessant is dat onder deze vierde-klassers het kopen van een condoom als een belangrijke drempel werd ervaren (38%).

■ RELEVANTE GEGEVENS VOOR PREVENTIE

Voor een voorlichtingscampagne over veilig vrijen aan scholieren is de periode vóór de zomervakantie gunstig. Het merendeel van de vierde-klassers met coïtuservaring had deze ervaring ook of tenminste in de zomervakantie. Het is daarom goed de voorlichting niet alleen af te stemmen op het mogelijk nieuwe of onbekende, waarmee zij in de zomervakantie kunnen worden geconfronteerd, maar ook aan te sluiten bij in het verleden opgedane ervaringen.

Jongens en meisjes hebben een verschillende houding ten aanzien van condoomgebruik. Meisjes zien zichzelf daarbij vaak niet als handelende partij.

Een condoom meenemen en een condoom gebruiken zijn twee dingen, het zijn gedrags-situaties met verschillende psychologische drempels. Als kan worden bevorderd dat jongeren een condoom bij zich hebben is een belangrijke eerste stap gezet. Eenmaal meegebracht moet het dan ook nog worden gebruikt. Blijkens de beantwoording van de vragen overkwam het één op de vijf meisjes en één op de vier jongens dat het meegebrachte condoom bij de coïtus niet werd gebruikt. Het verschil tussen incidenteel en consequent condoomgebruik is in het kader van de AIDS-preventie van wezenlijk belang. Bij de voorlichting moet vooral aandacht worden gegeven aan het belang van consequent handelen in dit opzicht.

Als wordt geantwoord dat er geen condoom is gebruikt omdat de pil

wordt geslikt, ontbreekt de notie van de beschermende functie in het kader van seksueel overdraagbare aandoeningen. Dit betekent dat bij de voorlichting de functies van condooms nog eens duidelijk moeten worden gemaakt.

Naarmate het opleidingsniveau lager is worden er minder condooms gebruikt. Het laagste en middenniveau ontlopen elkaar overigens weinig.

De angst om condooms te kopen bleek aanzienlijk. Dit pleit voor een maatregel die de 'anonieme' verkrijging/aanschaf van condooms vergemakkelijkt.

Last but not least: 32% van de jongens en 9% van de meisjes geeft aan gedurende de zomervakantie geslachtsgemeenschap te hebben gehad met meer dan één partner. Slechts in de helft van de gevallen werd daarbij een condoom gebruikt.

Overigens is het te verwachten dat jongeren naarmate zij ouder worden achtereenvolgens voor kortere of langere tijd 'vaste' relaties aangaan. Het is niet eenvoudig om consequent condooms te blijven gebruiken binnen die 'vaste' relaties. De vraag is ook hoe lang zij dit moeten volhouden en op basis waarvan zij op enig moment kunnen besluiten dat het gebruik van condooms niet langer nodig is ter voorkoming van AIDS. Mocht het HIV de gelederen van de jongeren binnendringen dan is heterosexuele verspreiding binnen deze categorie niet uitgesloten. ■

1. *Peilstationonderzoek gezondheid, gedrag, relaties. Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg en Nederlands Instituut Sociaal Sexuologisch Onderzoek. November, 1990.*

Verandering in de volksgezondheid in Den Haag

Het project Scheveningen

Door L.M.J. Staal, beleidsadviseur en H.G.J. Nijhuis, hoofd afdeling gezondheidsbevordering, GGD Den Haag

■ DE PLANNEN IN DEN HAAG

In Den Haag is het beleid voor de volksgezondheid erop gericht om in wijken c.q. stadsdelen te komen tot nieuwe gezondheidsinitiatieven. Het is ook de bedoeling dat hierbij Hagenaars zelf een actieve rol spelen. In eerdere Epidemiologische Bulletins is beschreven hoe de volksgezondheid in diverse wijken in onze stad verschilt (1)(2)(3). Naar objectieve maatstaven gemeten, zoals bij voorbeeld het sterftecijfer, kan zeer wel van gezonde en ongezonde wijken worden gesproken. In het beleidsprogramma 1990-1994 van het gemeentebestuur wordt gesteld dat deze verschillen teruggedrongen moeten worden. Dit kan onder meer door ter plaatse in wijken of stadsdelen te komen tot gezondheidsbevorderende initiatieven. Dit artikel gaat over de plannen die er op dit moment zijn om dit te bereiken. Voor het stadsdeel Scheveningen ligt het in de bedoeling binnenkort een aantal initiatieven te starten.

■ GEZONDHEID, MEER DAN ALLEEN GEZONDHEIDSZORG

Meestal wordt gezondheid gezien als een toestand waarin van afwezigheid van ziekte kan worden gesproken. Nagenoeg al onze zorg voor gezondheid en dus ook bijna alle uitgaven daarvoor worden dan ook in het ziekenhuis, in de spreekkamer of thuis besteed aan het wegnemen van ziektes. Wij zijn geneigd te vergeten dat gezond en ongezond zijn of het zich gezond of ongezond voelen ook alles te maken heeft met bij voorbeeld sociale relaties, slechte woonomstandigheden of werkloos zijn.

Een voorbeeld. Voor ouderen is uiteraard een goede bereikbaarheid van adequate zorgvoorzieningen gewenst. Maar ook is het belangrijk voor hun gezondheid dat zij een goede maaltijdvoorziening, transportmogelijkheid, vormen van gezelligheid en sport binnen handbereik hebben. Daarnaast hebben sociale veiligheid en geografisch goed gesitueerde huisvesting een belangrijke invloed op gezondheid. Gerichte aandacht voor een gezonde omgeving, in sociale en fysieke betekenis, is in onze tijd een achtergebleven gebied. Het gemeentebestuur heeft zich uitgesproken voor meer aandacht voor alle mogelijke gezondheidsbevorderende factoren in de stad Den Haag. Dat betekent dat op terreinen als milieu, ruimtelijke ordening, huisvesting, onderwijs, arbeid en sociaal-cultureel welzijn meer rekening moet worden gehouden met het facet gezondheid. In de praktijk houdt dat in dat gezondheidsdeskundigen samenwerking moeten zoeken met gemeentelijke, maar ook met particuliere instellingen, die zich op al deze terreinen bewegen.

Er is facetbeleid voor gezondheid nodig. Deze samenwerking, die het belang van de volksgezondheid meer op de voorgrond plaatst, wordt

1. Struben HWA. De crisis en de gezondheid van de Hagenaar. *Epidemiol Bul Grav* 1990; 25 nr 1: 10-9.
2. Struben HWA. Sterfte in Den Haag (2): over leeftijd en SES-niveau. *Epidemiol Bul Grav* 1988; 23 nr 4: 3-16.
3. Struben HWA, Kempers BAM. De voedings-toestand van Haagse kinderen in relatie tot sociale achterstand. *Epidemiol Bul* 1987; 22 nr 3: 20-9.

op dit moment in Scheveningen maar straks ook in andere stadsdelen ontwikkeld.

■ EEN ACTIEVE ROL VAN DE MENSEN ZELF

Bij gezondheidszaken is het doorgaans de deskundige hulpverlener die het beste weet wat er aan de hand is en wat moet worden gedaan. Bij ingewikkelde ziektes ligt dat ook wel voor de hand. Maar ook in die gevallen zouden eigenlijk de 'eigen beleving' en de 'sociale consequenties' even veel aandacht moeten hebben als de ziekte (in engere betekenis) zelf. Deze subjectiviteit en de sociale gevolgen staan als regel meer op de achtergrond. Vatten wij gezondheid breed op door er juist ook allerlei dagelijkse ervaringen en invloeden bij te betrekken, dan komen de eigen ervaring en opvatting van de betrokken mensen zelf veel meer op de voorgrond te staan. De moeilijke diagnose en theorie zijn aan de deskundige autoriteit. De beleving en de vormgeving van het dagelijkse gezonde bestaan zijn aan de betrokkenen. Dit geldt zowel voor 'de zieke' als voor 'de gezonde'.

Werken aan een gezonde omgeving en een gezond bestaan kan dus eigenlijk niet zonder de actieve inbreng van de betrokken mensen zelf. Afhankelijk van het onderwerp kunnen zij tot allerlei groepen behoren: chronische patiënten, gehandicapten, ouderen, maar ook jeugdigen, vrouwen, migranten of alle wijkbewoners. Men wil van gehandicapte ouderen zelf eerst weten hoe zij het zien alvorens men de meest adequate vorm van dagopvang of verpleegkundige/verzorgende ondersteuning kiest. Oplossingen die te veel of uitsluitend bedacht worden vanuit de belevingswereld van wetenschappers, hulpverleners, beleidsmakers of politici zijn op den duur vaak niet bevredigend. Zij houden te weinig rekening met de werkelijke behoeften van betrokkenen. Maar al te vaak is dat - zie hiervoor de actualiteit van ouderenzorg 'op maat' - in het verleden geschied. Het kennen van werkelijke behoeften van mensen vraagt om hun actieve participatie. In wetenschappelijk onderzoek worden slechts 'objectieve' aspecten van behoeften zichtbaar. Er zijn gesprekken nodig met de mensen zelf en met sleutelfiguren in hun omgeving die meer duidelijkheid kunnen geven over wat 'op maat' is. Immers de eigen beleving en de sociale consequenties staan voor hen centraal. Deze kunnen met onderzoek op afstand onmogelijk volledig in beeld worden gebracht. Zelfs enquêtes of interviews kennen in deze hun beperkingen, ook al zijn het bruikbare instrumenten. Waar mogelijk is het 'open' gesprek tussen de deskundigen en betrokken doelgroepen de beste weg. Dan kan een proces plaatsvinden waarbij klanten, hulpverleners en andere deskundigen elkaars situatie begrijpen. Tevens ontstaat daarbij de motivatie en het draagvlak om oplossingen tot stand te brengen. En dat is als regel nodig omdat goede oplossingen meestal door sociale weerstanden heen tot stand gebracht moeten worden. Sterk afhankelijk van het onderwerp dat men wenst aan te pakken zullen onderzoek met 'harde' gegevens, onderzoek naar belevingen, indrukken van sleutelfiguren, maar vooral ook regelmatige gesprekken de weg moeten wijzen naar gewenste verandering of voorzieningen.

■ LOKALE INITIATIEVEN EN DE SOCIALE WIJKAANPAK

De gemeente gaat haar activiteiten steeds meer organiseren op het niveau van het stadsdeel. Zo ook het gezondheidsproject in

Scheveningen. De bereikbaarheid van allerlei diensten is dan beter. Maar ook kan ter plekke beter voeling worden gehouden met de wensen en behoeften van de bewoners.

Een belangwekkende ontwikkeling, ook voor nieuwe gezondheidsinitiatieven, is de zogenaamde 'sociale wijkaanpak'. Dit is een door politiek en particuliere sector gedragen organisatievorm op wijk-niveau, die overleg mogelijk maakt tussen bepaalde doelgroepen, particuliere instellingen en de gemeente. Volgens deze opzet wordt de mogelijkheid verbeterd bovenbedoelde gesprekken op allerlei welzijnsterreinen te voeren en plannen voor de wijk tot ontwikkeling te brengen. Het is een structuur waarmee de 'community development' nieuwe impulsen kan krijgen.

Uiteraard vormen hedendaagse wijken in Den Haag geen hechte 'communities' of gemeenschappen. De sociale wijkaanpak vormt ons inziens, zeker voor gezondheidszaken, eerder een organisatorisch kader, waarbinnen het gesprek tussen omschreven doelgroepen, particuliere instellingen en gemeentelijke diensten mede kan plaatsvinden. Daarnaast kunnen via deze weg plannen of projecten politiek worden bekrachtigd. Voor de volksgezondheid is het steeds zaak zoveel mogelijk aan te sluiten bij reeds bestaande behoeften, interesses of initiatieven en deze mee te helpen op te bouwen. Voor een deel zal dat kunnen in het kader van de sociale wijkaanpak.

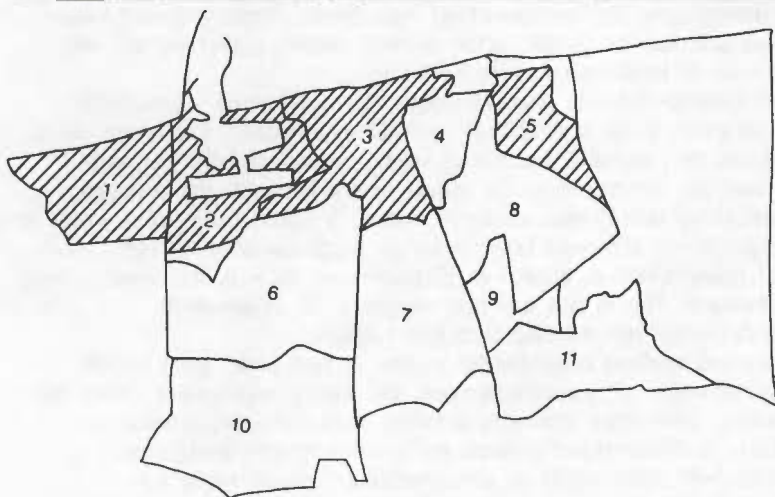
■ HET PROJECT SCHEVENINGEN

In Scheveningen zijn de eerste stappen gezet om op de bovenbeschreven wijze te komen tot nieuwe gezondheidsinitiatieven. Het stadsdeel heeft 60.000 inwoners. Het is niet een uitgesproken probleemcumulatie-gebied, maar kent juist sociaal gezien een grote schakering aan wijken, met een breed spectrum aan grote-stadsproblematiek.


Een eerste verkenning

Er is via een zogenaamd 'sleutelfiguren-onderzoek' een eerste verkenning gedaan van enkele sociale en gezondheidskarakteristieken van 'het oude Scheveningen'. Wij geven hiervan een impressie. 'Veel mensen wonen er hun hele leven en willen er niet weg. Men kent elkaar en weet hoe het met iedereen gaat. Men let ook goed op elkaar, dit in positieve zin: in de mantelzorg wordt goed voorzien en men probeert de problemen eerst met elkaar op te lossen alvorens hulp van buitenaf in te roepen. Er zijn ook minder positieve kanten te noemen. Afwijkingen van de gebruikelijke gang van zaken worden niet op prijs gesteld. Voor buitenstaanders en buitenlanders is men niet erg tolerant. Voor ouderen kan de sociale controle een reden zijn om niet mee te doen aan bepaalde voorzieningen. Dan zou men zien dat je niet meer helemaal voor jezelf kunt zorgen en dat is niet acceptabel. De familiebanden zijn ook erg belangrijk, zelfs zo dat bepaalde families zich concentreren in bepaalde buurten. Onenigheid met één lid van de familie betekent ruzie met de hele familie. De Scheveningers houden er niet van om overvleugeld te worden door Den Haag. Zij regelen het liefst hun eigen zaken onder elkaar en zullen pas in extreme situaties naar de hulpverleners en andere instanties toestappen voor hulp of ondersteuning.

Als één van de belangrijkste problemen in Scheveningen is het hoge alcoholgebruik naar voren gekomen, ook bij oudere mensen. Dit is geen nieuw probleem in Scheveningen. Behalve de alcoholverslaving



- 1 Duindorp
2. Havenkwartier
3. Scheveningen Dorp
4. Renbaankwartier
5. Harstenhoek
6. Statenkwartier
7. Van Stolkpark
8. Belgisch Park
9. Wittebrug
10. Duinoord
11. Duttendel

 Gebieden sociale wijkaanpak

Figuur 1 Gebied project Scheveningen, werkgebied van de themagroep gezondheid.

wordt in toenemende mate bij mensen medicijnverslaving geconstateerd. Ook de drugproblematiek neemt toe. Lange tijd werd druggebruik niet toegestaan in Scheveningen en kwam het ook bijna niet voor, maar dat verandert nu snel. Uit een onderzoek van het Team Preventie Alcohol en Drugs dat eind 1989 is uitgevoerd in de Magneetbuurt, blijkt dat deze verslaafden veelal werkloos zijn en in het geheel geen toekomstperspectief zien. Met een toenemend druggebruik nemen ook het vandalisme en het aantal inbraken toe. De strenge sociale controle zorgt ervoor dat dit niet in de eigen buurt gebeurt. De verslavingsproblematiek en het misschien wat opvliegende karakter van de Scheveningers spelen een rol bij de problemen op het gebied van de burenruzies en -overlast. In sommige gevallen kunnen deze problemen een reden zijn om te verhuizen. Ook het feit van de strenge sociale controle, de intolerantie en de kleine behuizing kan hierbij van belang zijn.

Van verscheidene kanten is vermoeden dat ook bij de opvoeding van kinderen nogal wat problemen optreden. Het bijbrengen van een besef van waarden en normen is wel eens problematisch. De kleine en gehorige huizen maken het voor de kinderen ook niet gemakkelijk om hun huiswerk te maken en de motivatie om door te leren is vaak gering.

Binnen de visserij is met vlagen veel geld te verdienen, maar zo nu en dan ook heel weinig. Dit en het gegeven dat belasting en premie niet rechtstreeks van het loon worden ingehouden bemoeilijkt het beheren van de financiën voor een gezin. Er zijn mensen die hier moeite mee hebben en zij kunnen in de schulden raken bij voorbeeld bij postorderbedrijven. Uit de gesprekken is naar voren gekomen dat er behoefte is aan een betere afstemming op elkaar. Ook zou eigen initiatief vanuit de bewoners meer gestimuleerd en ondersteund moeten worden. Ondanks enig cynisme staat men positief tegenover de sociale wijkaanpak, want men is er van overtuigd dat met een gezamenlijke aanpak meer te bereiken valt.*

* Met enkele wijzigingen ontleend aan de voordracht gehouden op 9 april 1990 door Greetje van den Ban op de derde Scheveningse Welzijnsdag

De structuur

Het 'project Scheveningen' is een initiatief van de GGD, Den Haag in het stadsdeel Scheveningen. In een vroeg stadium is aansluiting

gezocht bij de sociale wijkaanpak in vier wijken van dit stadsdeel (zie figuur 1). Bewonersorganisaties en instellingen voor welzijn en volksgezondheid (zoals het opbouwwerk, het welzijnswerk, de ouderenzorg, de geestelijke gezondheidszorg, de collectief-preventieve zorg) hebben zich achter de intentie geschaard. Voor Scheveningen wordt een 'themagroep gezondheid' ingesteld die initiatieven gaat nemen en ten aanzien van een aantal activiteiten coördinerend zal optreden. In deze groep zijn instellingen, belangrijke individuele hulpverleners, bewoners en de GGD vertegenwoordigd. Zo vormt deze groep een kruispunt in het netwerk gericht op het bevorderen van de gezondheid in het stadsdeel. De sociale wijkaanpak werkt met een breed scala van projectgroepen die welzijnsactiviteiten ontwikkelen aanzetten. De themagroep gezondheid zal de activiteiten in dat verband als bron voor haar eigen werk gebruiken en tevens gezondheidsrelevante initiatieven stimuleren en zo nodig coördineren.

Het gezondheidsprofiel

De bovengeschetste eerste verkenning van 'oud Scheveningen' biedt uiteraard onvoldoende aanknopingspunten voor initiatieven van gezondheidsbevordering. Er moet een helder beeld komen over de gezondheid van Scheveningers, dat de mogelijkheid biedt en bewoners en betrokkenen aanzet tot het uitvoeren van concrete maatregelen en projecten. Dit gezondheidsprofiel zal met hulp van verschillende methoden worden opgebouwd. Hierbij zij opgemerkt dat het zeker niet de bedoeling is pas na completering van het profiel initiatieven te gaan nemen. Eerder zal het ontwikkelen van het profiel een nimmer eindigend proces zijn waarbinnen steeds nieuwe initiatieven voor de hand liggen. Het heeft met het 'sleutelfiguren-onderzoek' reeds een aanvang genomen en wordt als volgt voortgezet:

- epidemiologisch onderzoek met behulp van sterfte-, ziekte- en sociaal-demografische gegevens;
- interviews met selecte doelgroepen en sleutelfiguren;
- inventarisering van behoeften in het kader van de sociale wijkaanpak en de themagroep gezondheid;
- 'onderzoek' naar het effect van voor de hand liggende initiatieven.

Centra voor gezondheidsinformatie

Het verstrekken van informatie over gezondheidszaken in Scheveningen is een voor de hand liggend initiatief. Men is zich, zoals wij hierboven betoogden, wel van medische zaken maar minder van alledaagse aspecten van een gezond bestaan bewust. Daarnaast is goed toegankelijke informatie over allerhande voorzieningen broodnodig. Om de kennis van wat er is te vergroten en het gezondheidsbewustzijn te versterken worden twee centra voor gezondheidsinformatie ingericht. Zij worden bij voorkeur gehuisvest in de twee wijk- en dienstencentra in het stadsdeel. Naast een snelle geautomatiseerde informatieverstrekking zal de adviesfunctie een belangrijke plaats innemen.

Hoe wordt het project werkelijkheid

Wij spreken in het project Scheveningen over een nieuwe aanpak van volksgezondheid die voor Scheveningen zelf en voor de daarbij betrokken instellingen, inclusief de gemeente, niet vanzelfsprekend is. Het gaat straks om een wezenlijk andere manier van werken aan gezondheid. Tot dusverre is aan de bespreking van de uitgangspunten en de werkwijze bij een ieder die ermee te maken heeft veel tijd

Geraadpleegde literatuur

- Nota Beter Gezond.
Gemeente Den Haag,
afdeling MWV. Januari
1989.
- Belleman S.J.M. De waarneming van buurtverschillen in gezondheid. Wat te doen na het vergelijkend buurt-onderzoek Amsterdam 1987. Interne notitie GGD Amsterdam. Oktober 1987.
- Belleman S.J.M. Gezondheidsbeleid in Amsterdam: een bijdrage aan de beleidsdiscussie. GGD Amsterdam, 1990.
- Elzakker AGM van. Gezonde steden en een participerende bevolking. *Epidemiol Bul Grav* 1989; 24 nr 4: 14-23.
- Jonge AAM de, Giling NEA, Gilst ECH van. Gezond en wel in Feyenoord. Rijksuniversiteit Utrecht, vakgroep stads- en arbeidsstudies en GGD-Rotterdam e.o., afdeling epidemiologie. Juli 1990.

besteed. Nu echter staan de klokken gelijk en is een werkstructuur voorhanden. De volgende stappen moeten voor 1 juli 1991 worden gezet:

- opstellen gezondheidsprofiel fase twee;
- formuleren en plannen van enkele initiatieven;
- realiseren van twee centra voor gezondheidsinformatie;
- realiseren van een open dag, waarmee het project zich publiekelijk manifesteert.

Na 1 juli 1991 verschijnt een voortgangsrapportage over het project dat tevens een kritische evaluatie van de eerste resultaten inhoudt.

■ EEN NIEUWE ONTWIKKELING

De hier beschreven ontwikkelingen in Den Haag zijn niet uniek. In andere steden in Nederland en ook in andere westerse landen zijn dezelfde ontwikkelingen aan de gang. Zowel de Wereld Gezondheidsorganisatie, als de landelijke en gemeentelijke overheid stimuleren in hun theoretische globale beleidsplannen deze ontwikkelingen sterk. Tegelijkertijd bestaat er, paradoxaal genoeg ook bij deze instanties, veel kritiek op de beschreven nieuwe aanpak. Het levert niet snel zichtbaar resultaat op. Het zo nadrukkelijk betrekken van mensen zelf en 'het veld' is niet passend in het voor velen vertrouwde 'top down' regelen. De aanpak ontkent het alleenrecht van hard wetenschappelijk onderzoek om werkelijke behoeften te begrijpen. Het plaatst de betekenis van 'het gesprek' meer op de voorgrond, hetgeen wetenschappelijk geschoolden vaak 'soft' vinden. Daarnaast is het bij deze aanpak niet uitgesloten dat de bestaande verhoudingen in de gezondheidszorg ter discussie kunnen komen. Onder verwijzing naar de mislukte democratisering uit de jaren zestig en zeventig wordt dientengevolge veel van het hier ten tonele gevoerde naar het rijk der dromen verwezen.

De kritieken gelden als ernstige waarschuwingen om bij voorbeeld de aanpak niet te laten verzanden in nieuwe, non valide, formeel democratische processen, die tot niets nieuws leiden. Ook zal men alert moeten zijn op het gevaar van overaccentuering van wat zich tussen de deskundigen en vertegenwoordigers in bij voorbeeld de sociale wijkaanpak en de themagroep gezondheid afspeelt, zodat bureaucratisering of institutionele belangenbehartiging het gevolg is. Ook moet het niet bij overleg blijven. Er moet werk worden verricht voor de gezondheid van Hagenaars.

Wij moeten met andere woorden de essenties van deze nieuwe ontwikkelingen niet uit het oog verliezen. Het gaat om het werken aan gezondheid door de relatie tussen mensen en hun sociale en fysieke omgeving hierbij sterk te betrekken. Het gaat ook om de eigen beleving van hun gezondheid door mensen zelf. Het gaat verder om de grenzen die wij tegenkomen in de steeds maar groeiende technologische geneeskunde en de noodzaak om tot andere vormen van gezondheidsactie te komen.

Dat zijn de uitgangspunten die de politiek heeft opgepakt. De plannen in Den Haag met als voorbeeld het project Scheveningen zijn logische uitwerkingen van deze principes.

Geraadpleegde literatuur

- Kaasjager DC, van der Maesen LJG, Nijhuis HGJ (red). *Healthy Cities en volksgezondheid: paradoxen en oplossingen in beleid, theorie en praktijk.* (reeks gezondheidsbeleid nr 6). Rijswijk: ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1989.
- Staal L. *Facetbeleid, in de wet collectieve preventie volksgezondheid.* Vereniging Nederlandse Gemeenten, 1990.
- Struben HWA, Nijhuis HGJ. *Sterfte in Den Haag (4): Doodsoorzaken ná 1875.* *Epidemiol Bul Grav* 1989; 24 nr 4: 13-26.
- Wieringen JCM van, Thomas R, Ceuninck van Capelle C de. *Gezondheid in de stadsdelen, project-voorstel.* GGD Amsterdam, stafafdeling epidemiologie en documentatie. 1990.
- *De burger centraal: deconcentratie gemeentelijke diensten.* Gemeente Den Haag. Februari 1989.
- *Sociale Wijk Aanpak.* Gemeente Den Haag. Augustus 1989.
- *Gezonde stad. discussie-map.* Werkgroep Gezonde Stad. Juni 1990.
- *Advies over de Dienst Welzijn aan de Stuurgroep Reorganisatie.* Den Haag, oktober 1989.

Mortaliteit door suïcide in Den Haag 1977-1987 (II)

Vergelijking tussen wijken met een verschillend sociaal-economisch niveau

Door W.J. Schudel, hoogleraar klinische en sociale psychiatrie, Erasmus Universiteit Rotterdam en D. Peerbolte, stagiair opleiding epidemiologie EMGO-instituut, Vrije Universiteit Amsterdam

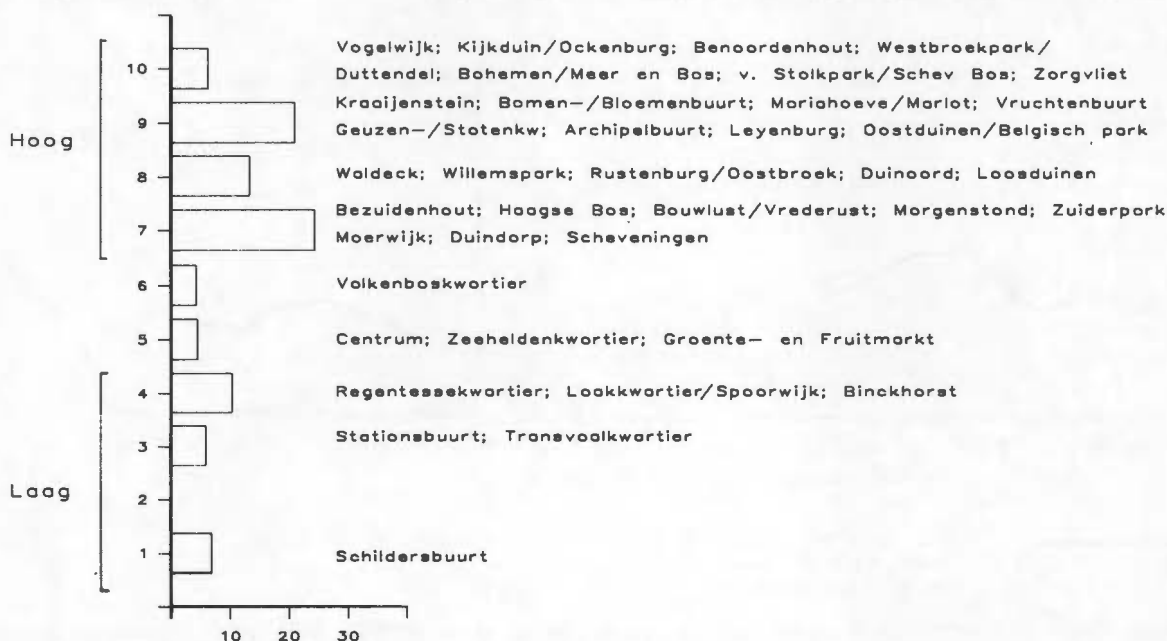
■ INLEIDING

De afdeling gezondheidsbevordering* van de GGD tracht met haar mortaliteitsproject, zoals wij dat ook reeds in het voorgaande Epidemiologisch Bulletin vermeldde, informatie te krijgen over de mate van gezondheid en gezondheidsproblemen van mensen in de stad Den Haag. Het project beschrijft en analyseert onder andere sterfteverschillen tussen wijken in Den Haag en tussen Den Haag en andere regio's en steden in Nederland. De verkregen informatie wordt mede gebruikt voor onderbouwing van het volksgezondheidsbeleid (1)(2).

De suïcidesterfte is zowel bij mannen als bij vrouwen, één van de belangrijkste doodsoorzaken voor de leeftijdsgroep 20-40-jarigen (3). Een eerste oriënterende analyse toonde verschillen in suïcidesterfte tussen wijken wanneer zij worden gegroepeerd naar een hoog en een laag niveau van sociaal-economische stratificatie (SES-niveau).

De vraagstelling die wij in dit tweede artikel aan de orde stellen luidt dan ook: 'hoe verloopt de suïcidesterfte voor Den Haag in vergelijking met en tussen wijken, gegroepeerd naar een hoog- en

* Voorheen afdeling epidemiologie



Figuur 1. SES-niveau van de wijken in Den Haag gegroepeerd en uitgezet op een intervallschaal (4).

een laag SES-niveau?'

Het onderzoek omvat de jaren 1977 tot en met 1987 en betreft de sterfte door op Haags grondgebied uitgevoerde suïcide van in Den Haag woonachtige personen. Het SES-niveau is bepaald door een sociaal-demografische studie waarvan bekend is dat de resultaten gedeeltelijk geldig zijn voor de periode 1977-1987 (4). Voor 39 Haagse wijken (zie figuur 1) is een sociaal-economische score vastgesteld op basis van een aantal sociale achterstandsindicatoren. Deze zijn:

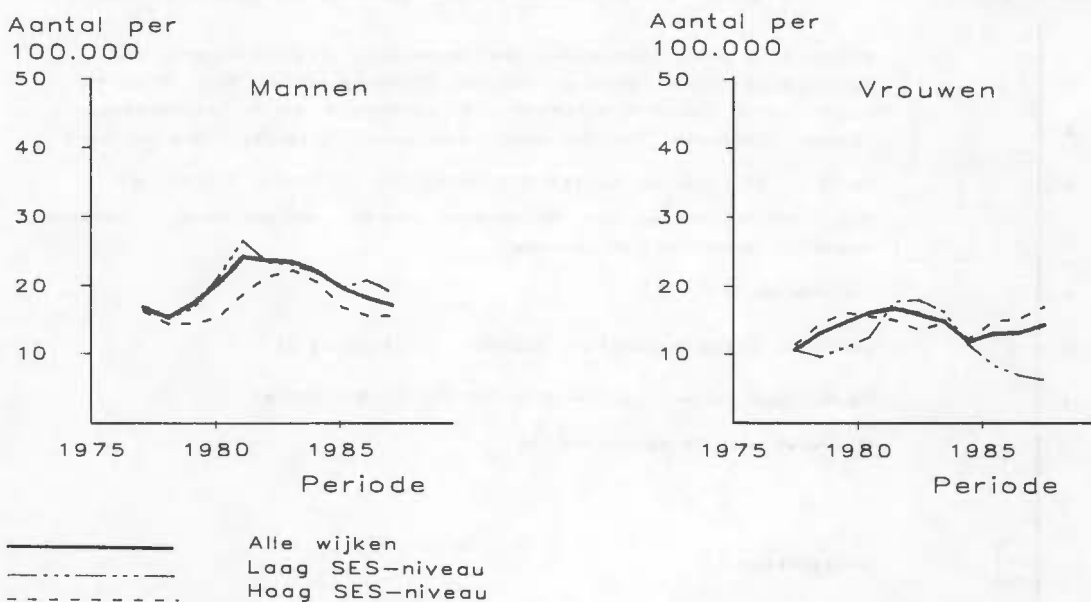
- wonen (huiswaarde, leefklimaat volgens puntensysteem);
- percentage schoolverzuim;
- percentage niet-opkomst bij verkiezingen;
- percentage uitkeringsgerechtigden;
- percentage één-ouder(moeder)gezin.

De score is gerangschikt op een schaal van één tot tien (zie figuur 1), het hoogste SES-niveau is één, het laagste tien. Voor dit onderzoek zijn de bovenste vier niveaus samengevoegd tot de cluster hoog SES-niveau (29 wijken, $\pm 65\%$ van de Haagse bevolking). De onderste vier niveaus vormen samen de cluster laag SES-niveau (zes wijken, $\pm 23\%$ van de bevolking).

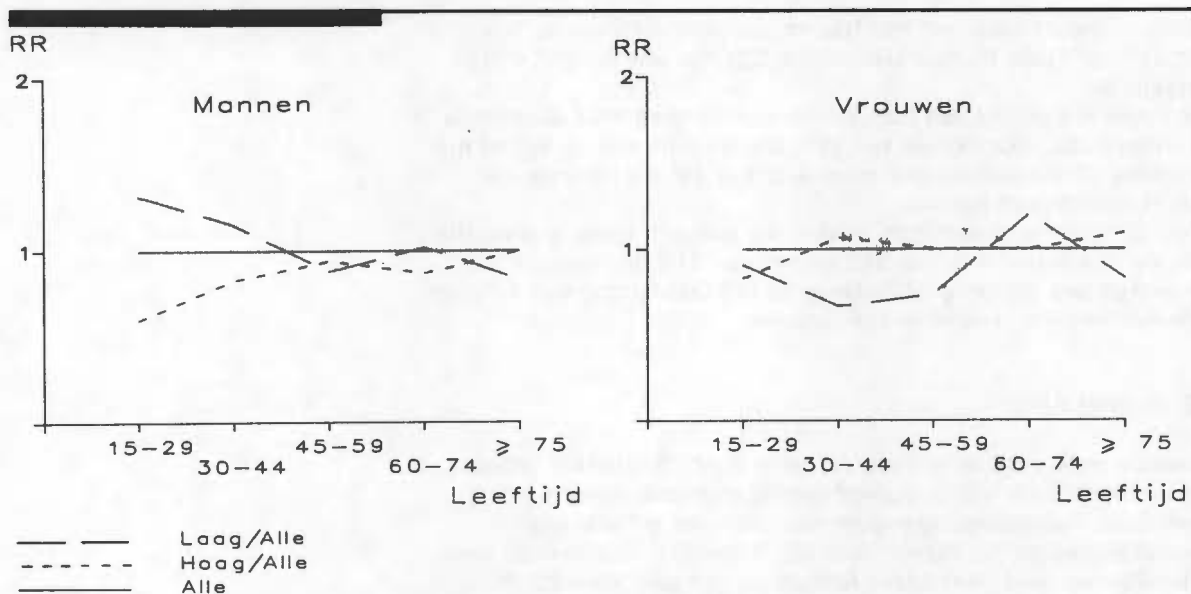
■ RESULTATEN

Het is van belang op te merken dat de absolute aantallen suïcides per jaar, uitgesplitst naar geslacht en SES-niveau, steeds kleiner zijn dan 30. Verder uitgesplitst naar leeftijdsgroep zijn zij vrijwel steeds kleiner dan 10 per jaar. Hierdoor zullen de betrouwbaarheidsintervallen elkaar vrijwel steeds overlappen.

Figuur 2 geeft het voortschrijdend gemiddelde van het brutosterftecijfer door suïcide weer voor Den Haag en voor de wijken met een



Figuur 2. Voortschrijdend gemiddelde van het brutosterftecijfer door suïcide in wijken met een hoog SES-niveau, een laag SES-niveau en alle wijken voor mannen en vrouwen afzonderlijk. Den Haag 1977-1987.



Figuur 3. Relatief risico voor suïcide in wijken met een hoog SES-niveau en een laag SES-niveau vergeleken met alle wijken (RR=1) naar leeftijd en geslacht. Den Haag 1977-1987.

hoog en laag SES-niveau, voor mannen en vrouwen afzonderlijk. Bij de mannen is een toename te zien in de periode 1980-1984 (5). Dit geldt zowel voor het hoge als voor het lage SES-niveau. Bij de vrouwen vindt de toename van deze sterfte bij het hoge SES-niveau eerder plaats (1979) dan bij het lage SES-niveau (1982) en neemt opnieuw toe in 1986. Het hoge SES-niveau is doorgaans hoger dan het lage.

In figuur 3 is de verhouding van de suïcidesterfte van de beide SES-niveaus ten opzichte van deze sterfte voor alle Haagse wijken samen naar leeftijd en geslacht uitgezet.

Bij de mannen van 15-44 jaar kent het lage SES-niveau een relatief hoger risico; met het stijgen van de leeftijd verdwijnt dit verschil. Bij de vrouwen heeft het lage SES-niveau een relatief kleiner suïcidaal risico, met name voor de 30-44-jarigen. Bij de 60-74-jarigen is het relatieve risico voor het lage SES-niveau juist iets groter.

Mede vanwege de geringe aantallen is er voor gekozen, voor alle leeftijden tezamen ratio's te berekenen (zie tabel 1). De relatieve

Tabel 1 Relatief risico voor suïcide, vergelijkingen tussen wijken met een hoog -, een laag SES-niveau en alle wijken samen (RR=1) naar geslacht. Den Haag 1977-1987.

Type wijken	Mannen	Vrouwen
Alle	1.00	1.00
Hoog/Alle	0.87	1.03
Laag/Alle	1.04	0.82
Laag/Hoog	1.18	0.79

risico's tussen wijken met een laag en een hoog SES-niveau zijn berekend en beide niveaus afzonderlijk zijn met alle Haagse wijken vergeleken.

De groep wijken met een laag SES-niveau vertoont voor de mannen een oversterfte door suïcide van 18% ten opzichte van de wijken met een hoog SES-niveau en een oversterfte van 4% ten opzichte van alle Haagse wijken tezamen.

Voor de vrouwen daarentegen vinden wij juist een totale ondersterfte van de wijken met een laag SES-niveau van 21% ten opzichte van de wijken met een hoog SES-niveau en een ondersterfte van 18% ten opzichte van alle Haagse wijken tezamen.

■ BESPREKING

Vooropgesteld dient te worden, dat grote voorzichtigheid is geboden bij de interpretatie van de gepresenteerde gegevens. Immers het betreft een kunstmatige aggregatie van gegevens volgens een ordeningsprincipe, dat ruimte biedt aan statistische vervuilingen van uiteenlopende aard. Niet alleen hebben wij per jaar, geslacht en leeftijdscategorie (per 'cel') met soms zéér kleine aantallen te maken maar ook leidt een indeling als de SES-classificatie tot grove generalisaties met miskenning van de vaak grote sociaal-economische verschillen binnen elke wijk. Niettemin zijn wij van mening dat op basis van het hier gepresenteerde materiaal de volgende opmerkingen kunnen worden gemaakt.

Wij zien dat de verschillen tussen de wijken met een hoge en een lage SES over de diverse leeftijdsklassen bij mannen en vrouwen allesbehalve consistent zijn. Er kan dus alleen van een gemiddelde over- c.q. ondersterfte worden gesproken. Voor het verschijnsel dat opeenvolgende leeftijdscategorieën sterk variërende relatieve suïciderisico's laten zien, is geen plausibele verklaring voorhanden. Een verwijzing naar maatschappelijke factoren, zoals dreigende of daadwerkelijke werkloosheid ofwel andere sociaal-economisch negatieve indicatoren lijkt op basis van deze bevindingen dan ook niet verantwoord. Per jaar en per leeftijdscategorie gaat het immers maar om twee of drie suïcides méér of minder. Extrapolatie van dergelijke aantallen naar de sociaal-economische conjunctuur achten wij in hoge mate onvoorzichtig. Wat overeind blijft zijn de ook al eerder gesignaleerde verschillen in relatieve sterfte tussen diverse bevolkingsgroepen binnen de gemeente Den Haag (3). Daarbij verdient de sterfte door suïcide onze specifieke en blijvende aandacht. Uit het oogpunt van collectieve preventie is het wel degelijk gewenst te blijven zoeken naar verklaringen voor de vastgestelde verschillen. Dat ook buiten Den Haag en in andere landen de antwoorden op deze vragen, vooral wat suïcide betreft, niet eenvoudig kunnen worden gevonden, hopen wij in een volgende bijdrage toe te lichten. ■

1. *Epidemiologie en basisgezondheidszorg: analyse van volksgezondheid door basisgezondheidsdiensten. Serie gezondheidsbeleid nr 7. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Rijswijk, 1989.*
2. *Healthy Cities en Volksgezondheid: paradoxen en oplossingen in beleid, theorie en praktijk. Serie gezondheidsbeleid nr 6. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Rijswijk, 1989.*
3. *Struben HWA, Nijhuis HGJ. Sterfte in Den Haag (4): doodsoorzaken ná 1875. Epidemiol Bul Grav 1989; 24 no. 1: 13-26.*
4. *Nijhuis HGJ, Struben HWA, Burger I. Den Haag in sociaal-demografisch perspectief. GGD, afdeling epidemiologie. Den Haag, 1986.*
5. *Suïcideproject Den Haag 1952-1987. Grafisch onderzoeksmateriaal. GGD, afdeling epidemiologie GGD. Den Haag, 1990.*