

# *epidemiologisch bulletin*

---

*tijdschrift voor volksgezondheid en  
onderzoek in Den Haag*

## *inhoud*

### *volksgezondheid*

De macht aan het fonds

Gemeente en geestelijke gezondheidszorg

Advies verpleeghuiszorg

'De baan'

### *epidemiologie*

Dodelijke privé-ongevallen bij kinderen

Oor 'uitspuiten'

### *en verder o.a.*

Korte berichten

*jaargang 26, 1991  
nummer 2*

---

# *epidemiologisch bulletin*

i n h o u d

## *Volksgezondheid*

- De macht aan het fonds* 3  
- A. Pols
- Gemeente en geestelijke gezondheidszorg: een oude liefde vlamt op* 8  
- H.J.A. Brits
- Advies verpleeghuiszorg* 13  
- M.M. Malschaert
- 'De baan'*  
- Mw. F.E. de Jongh-Wieth, Mw. E. Tonino-van der Marel en A. Hausen 14

## *Epidemiologie*

- Dodelijke privé-ongevallen bij kinderen Den Haag 1985 - 1990* 16  
- A.H. Bergink
- Oor 'uitspuiten'*  
- A.H. Bergink, Mw. I. Burger en P.R.H. Vermeulen 21

## *Korte berichten*

26

---

Juni 1991  
26ste jaargang nr. 2

### *Epidemiologisch Bulletin*

*Tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag*

Als publicatiemedium wil het de communicatie aanmoedigen tussen beleidsmedewerkers en onderzoekers en degenen die op enigerlei wijze betrokken zijn bij de zorg voor gezondheid in de nulde en de eerste lijn.

Het bulletin verschijnt vier maal per jaar en richt zich primair tot deze hulpverleners en bestuurders in de gezondheidsregio Den Haag.

#### Redactie

*H.G.J. Nijhuis (hoofdredacteur); F.M.G. Brandts; Mw. I. Burger; M.F. Cox; H. Lingen;  
W.J. Schudel.*

*m.m.v. A. Pols en H. Burger*

#### Correspondenten

##### *Dienst Welzijn:*

W.J.O. Beaumont, afdeling Infectieziektenbestrijding en Hygiëne  
H.W. Hack, afdeling Gezondheidszorg  
H.J. Meiburg, sector Welzijnsprojecten  
J.W.C. Rouw, sector Maatschappelijk Welzijn  
H.W.A. Struben, vakgroep Epidemiologie  
B.A. Teng, afdeling Jeugdgezondheidszorg  
W. Vroege, vakgroep Omgevingsgezondheid  
H. Westerhof, afdeling Jeugd tandzorg  
W.A. Zwart Voorspuij, milieudeskundige

M.M. Malschaert, bestuursadviseur, Den Haag  
J.K. van Wijngaarden, ministerie van WVC  
D.C. Kaasjager, ministerie van WVC  
Mw. M.J.Th. Lutjenhuis, huisarts te Den Haag  
C.T. Benningshof, PHV Den Haag e.o.  
Dr. H.B. van Wijk, Rode Kruis ziekenhuis, Den Haag  
G.M. de Jong, kinderarts te Den Haag  
Dr. A.H.M. Kerkhoff, universiteit Leiden  
Prof. dr. J.P. Vandenbroucke, universiteit Leiden  
S.J.H. Belleman, GGD Amsterdam  
Dr. L.J.G. van der Maesen, SISWO  
Mw. H.M. Sachse-Bonhof, GGD Rijswijk  
P.J.-W. Soetekouw, GGD Zoetermeer  
J. van der Kamp, BaGD Zuidwest Friesland  
T. de Vries, Prov. Raad voor de Volksgezondheid Zuid-Holland

#### Redactieadres

Dienst Welzijn  
Sector GGD  
Thorbeckelaan 360  
2564 BZ Den Haag  
Postbus 65 783  
2506 EB Den Haag  
Mw. I. Burger  
Tel.: 070 - 361 94 47  
Fax: 070 - 361 94 19

#### Vormgeving

bureau T&IC, Delft

#### Druk

Koninklijke drukkerij  
de Swart BV, Den Haag

#### Uitgave

Dienst Welzijn  
Sector GGD Den Haag

#### Oplage

1600 expl.

ISSN 0921-6219

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.

De richtlijnen voor auteurs kunnen bij het redactiesecretariaat worden opgevraagd.

Bij wijziging van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen.

Voor het bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier.

# De macht aan het fonds

---

A. Pols

Er is nog betrekkelijk weinig aandacht voor, maar de gevolgen kunnen tamelijk revolutionair zijn. Voor ziekenfondsen vervalt dit jaar de plicht om met elke nieuwe 'medewerker' een contract aan te gaan. Bestaande contracten lopen nog drie jaar. Straks bepalen 'Rijswijk, Utrecht en Zeist' dus niet langer het aangezicht van de gezondheidszorg, maar verzekeraars. Wat betekent dat voor de huisartsenhulp? Een eerste aflevering in een rondgang langs de betrokken partijen. Drs. H. Luchtmeijer, directeur van het grootste ziekenfonds in Den Haag - Haaglanden - filosofeert.

Het begon vier jaar geleden met het advies van de commissie onder voorzitterschap van oud Philips-topman dr. W. Dekker in haar advies 'Bereidheid tot Verandering'. De concurrentie moest haar intrede doen. Zorg moest op plaatselijk niveau worden geregeld. Hoewel de verwezenlijking van dat advies nog ver weg lijkt, nadert het Wetsontwerp Opheffing Contracteerplicht de eindstreep, samen met het Opheffingsbesluit Vestiging en Praktijkomvang Huisartsen.

Als dat alles een feit is zal de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) nog wel aan tafel gaan zitten met de Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars (VNZ), waarbinnen de ziekenfondsen zijn verenigd, maar de zaken zullen op plaatselijk en regionaal niveau worden gedaan.

Het eerst zal de nieuwe praktijk voelbaar zijn bij de Gemeentelijke Vestigingscommissie Huisartsen, zoals in Den Haag. Niet langer hebben de gemeente en de beroepsgroep het laatste woord bij de vraag wie zich ter stede als huisarts mag vestigen, maar het ziekenfonds. Want dat bepaalt uiteindelijk met wie het een contract wil afsluiten. En via dat contract kan het ziekenfonds vergaand bepalen hoe het aangezicht van de gezondheidszorg eruit gaat zien.

In het vorige Epidemiologisch Bulletin werd een aantal problemen rond de huisartsenzorg in de binnenstad belicht. Wat zal de rol van de ziekenfondsen in de toekomst zijn?

---

Over de auteur

A. Pols is redacteur van NRC-Handelsblad

*Overschot of wildgroei*

'Op 1 februari 1986 zijn op initiatief van de wetgever plaatselijke overheden begonnen een vestigingsbeleid op poten te zetten, omdat er sprake was van een overschot aan huisartsen en wildgroei dreigde', zegt drs. H. Luchtmeijer. 'In 1989 heb ik een klein onderzoekje gedaan: we hadden toen 196 huisartsen op 440.000 inwoners in Den Haag. Uitgaand van een normpraktijk van 2.350 zielen was er dus een lichte ondercapaciteit. Daaruit kun je concluderen dat het systeem heeft gewerkt: van overschot of wildgroei is geen sprake. Sterker: de krapte neemt nu toe - er dreigt een tekort, vooral in de binnenstad - dus daar zou iets aan moeten worden gedaan.'

We moeten verwachten dat het vestigingsbeleid nog dit jaar wordt overgedragen aan de 'zorgverzekeraars'. Daar komt dus ook de macht te liggen. Niet langer is het de gemeente die primair in samenspraak met onder andere huisartsen bekijkt welke huisarts zich ter stede mag vestigen. 'Maar die gezamenlijke commissie moet vooral blijven bestaan,' meent Luchtmeijer, 'ook al is duidelijk dat ze niet meer de ultieme zeggenschap heeft.'

Luchtmeijer meent dat ziekenfondsen in de nieuwe situatie de vrijheid moeten nemen de praktijknorm te laten varen en in overleg met de gemeente en de beroepsgroep te gaan differentiëren. 'Ik denk dat we in het nieuwe systeem niet meer alleen moeten kijken naar het starre getal van 2.350 patiënten als de norm voor een praktijk. In drukke praktijken - denk aan de binnenstad, waar patiënten gewoon meer tijd vergen - zou je naar een norm van bijvoorbeeld 2.000 kunnen gaan; in andere wijken misschien iets hoger dan 2.350. Bij een gedifferentieerde norm hoort natuurlijk ook een gedifferentieerd tarief; het kan niet zo zijn dat je er qua inkomen op achteruit gaat als je een kleinere praktijk hebt, maar daar per saldo net zo veel werk doet als iemand in een rustige buurt met meer patiënten. En je moet met die praktijkomvang ook weer niet te klein uitkomen, op bijvoorbeeld 600. In dat geval ziet een arts in zijn praktijk niet meer genoeg diversiteit aan ziekten en problemen om goed 'all round' te kunnen blijven.'

*Onze verzekerden, haar burgers*

Om over dergelijke zaken afspraken te maken zou volgens Luchtmeijer de huidige vestigingscommissie moeten blijven bestaan. Binnen de nieuwe, breed gedragen vestigingscommissie overlegt het zieken-

fonds in zijn optiek met vertegenwoordigers van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging, grote, representatieve patiëntenverenigingen en de gemeente. Ook de gemeente, die straks formeel geen enkele zeggenschap meer heeft. 'Want we kunnen natuurlijk wel zeggen dat het uiteindelijk om onze verzekerden gaat, maar de gemeente kan daar tegenover terecht stellen dat het uiteindelijk de belangen van haar burgers aangaat. Daarnaast moet echter worden beseft dat het niet om overheidssubsidies gaat, maar om verzekeringsaanspraken - zorgplicht - en daar heeft een gemeente weer niets over te zeggen.'

Of het ook lukt de patiëntenverenigingen goed te betrekken bij dat overleg is natuurlijk nog de vraag. 'Ik zou dat heel plezierig vinden, maar echt zorgen maak ik me daar ook weer niet over. De verzekerden zijn immers ruim vertegenwoordigd in het bestuur van het ziekenfonds en hebben aldus ook het laatste woord bij de instantie die de uiteindelijke zeggenschap krijgt. De rol van de patiëntenorganisaties moeten we niet onderschatten. Per slot moet je als ziekenfonds ook van hen de signalen krijgen. Hoe functioneren artsen? Hou zou dat beter kunnen? Wat is er aan te merken op het beleid van de gemeente voor zover dat gezondheidsbelangen raakt? Maar ook: wat hapert er bij het ziekenfonds, wat moet worden verbeterd? Misschien horen we dat van een regionaal patiëntenplatform?'

'Hieruit wordt wel duidelijk dat je hier praat over communicatie, één van mijn belangrijke thema's in de nieuwe situatie. Het kan ook een groot voordeel zijn. De lijnen lopen niet langer via centrale, landelijke punten, maar direct binnen de regio. Overheidsbemoeyenis krijgt een ander accent. Communicatie is ook essentieel bij het garanderen van een goede, adequate en betaalbare zorg. Wat ik zeg: een pijler voor het nieuwe beleid.'

'We willen dus nagaan hoe het zit met de communicatie tussen huisarts, specialist, apotheek, fysiotherapeut, noem maar op. Zo is er bijvoorbeeld een rol weggelegd voor het ziekenfonds bij het zogeheten farmacotherapeutisch overleg, de regelmatige gesprekken die plaats moeten gaan vinden tussen huisarts en apotheek over het voorschrijven van geneesmiddelen. Maar er moet bijvoorbeeld ook een uitwisseling zijn van gegevens tussen de verzekeraar en die huisarts die door sommige groepen patiënten wordt gedwongen enorme hoeveelheden medicijnen voor te schrijven. Er moet communicatie komen over het verwijzen naar specialisten.'

In de nieuwe situatie krijgen de verzekeraars ook de ruimte om creatiever met de aan hun toebedeelde premiegelden om te gaan. De gedachte daarbij is, te

kappen in dood hout en daarmee armslag te krijgen om nieuwe dingen te doen.

### *Mini-specialismen*

'We krijgen de mogelijkheid om artsen bijvoorbeeld extra te honoreren als blijkt dat ze terughoudend zijn in hun verwijzingen. Dat kan omdat er dan minder geld gaat naar de dure tweede lijn. De abonnementshonorering wordt waarschijnlijk gehandhaafd, maar we kunnen financieel bepaalde dingen stimuleren. Als een huisarts iets extra's doet of wil doen, waardoor wordt vermeden dat patiënten onnodig in de tweede lijn verzeild raken, moet dat worden gehonoreerd. Ik denk daarbij aan kleine chirurgische ingrepen waarvoor niet meer wordt doorverwezen. Metingen van serumcholesterol, eenvoudige bloedbepalingen enz. In zo'n geval is de huisarts ook een echte 'poortwachter'. Hij voorkomt dat mensen onnodig het 'ziekenhuiscircuit' ingaan en tegelijkertijd krijgt de patiënt zorg op maat. Ik denk dat de huisartsen daartoe moeten worden bijgeschoold, dat wil zeggen: de mogelijkheid moet worden geboden zich te specialiseren op hun sterke punten, zonder in de plaats te treden van de specialist. De bedoeling is slechts dat ze er minder naar gaan verwijzen.'

'Ik stel me voor dat binnen waarneemgroepen de één is gespecialiseerd in het lezen van ECG's, de ander een goede handvaardigheid heeft bij kleine chirurgische ingrepen, de volgende beter een spiraaltje kan plaatsen en weer een ander een bijzondere belangstelling heeft voor dermatologie. Ze beheersen allemaal een mini-specialisme. Binnen zo'n waarneemgroep zou dan ook de continuïteit moeten worden gewaarborgd. Daarover kun je als ziekenfonds bij het aangaan van een contract je wensen - of eisen - kenbaar maken.'

'Dat geldt', zegt Luchtmeijer, 'voor de waarneemgroepen, maar ook voor de doktersnachtdienst, een perfecte achterwacht. Het deelnemen daaraan - het zich gebonden achten aan zo'n collectief - moet naar mijn overtuiging een wezenlijk onderdeel zijn van het contract dat we met huisartsen aangaan: je wilt in deze stad zitten - o.k. - maar dan dien je daaraan ook deel te nemen.'

### *Triade*

'Terugkomend op die kleine specialismen; je haalt daarmee een hoop 'ruis' weg, die nu tussen huisarts

en specialist zit. Als er een stimulans bestaat voor het doen van bepaalde verrichtingen, dan zal waarschijnlijk minder worden verwezen naar het ziekenhuis. Zo zou de EHBO-problematiek van een ziekenhuis veel meer opgevangen moeten worden door de huisarts in de praktijk. De doktersnachtdienst zou je misschien ook in een ziekenhuis kunnen situeren. Daarachter zit dan de 'backing' van een chirurg die gevallen krijgt waarvoor de huisarts niet is toegerust.'

De triade is duidelijk, stelt Luchtmeijer: 'Vestigingsbeleid is contracteerbeleid is honorering. Dat is één lijn in het nieuwe regime. Daartussendoor loopt de andere: communicatie. Dus informatie-uitwisseling, prescriptiegedrag en verwijzen. In de derde plaats is er de 'zorgcoördinatie', die bij de huisarts dient te liggen. Ik denk daarbij aan de ideeën omtrent de 'korte kaart' en de 'lange kaart', een idee van de LHV.'

Het gaat bij dat plan om de geldigheidsduur van de verwijskaart. Zit de huisarts met een patiënt, van wie hij vindt dat een specialist er eens naar zou moeten kijken dan geeft hij een korte verwijskaart voor drie maanden, voor een advies; een specialist wordt geraadpleegd om zijn meerdere kennis. Daarmee is dus gegarandeerd dat een patiënt niet onopgemerkt in het 'circuit' blijft hangen. Daarnaast is er de 'lange kaart' voor een jaar. Die is bedoeld voor bijvoorbeeld ernstige en langdurige aandoeningen. 'Wat je met dit 'kaartensysteem' bereikt,' zegt Luchtmeijer, 'is een soort voortdurende samenspraak, c.q. samen optrekken van huisarts en specialist, waarbij de huisarts een grote verantwoordelijkheid draagt. De patiënt keert na enige tijd automatisch terug in de praktijk van de huisarts, terwijl hij nu misschien tussen één of meer specialisten op de polikliniek van een ziekenhuis blijft zweven. De huisarts wordt in zo'n 'setting' echt de coördinator in de behandeling en heeft niet langer het onbevredigende gevoel een patiënt voor lange tijd 'kwijt' te zijn aan een specialist.'

Luchtmeijer: 'We lijken daarmee af te dwalen van het eigenlijke onderwerp - de contracteerplicht - maar dat is schijn. De korte en de lange kaart zijn op landelijk niveau misschien niet haalbaar, maar de vraag is of dat ook geldt voor de plaatselijke situatie. Wellicht is zo'n plan wel uitvoerbaar als de plaatselijke of regionale zorgverzekeraar daarover overeenstemming kan bereiken met de beroepsgroepen en de andere partijen die erbij betrokken zijn. Dat maken we hier straks onder elkaar uit en die afspraken hebben alles te maken met de contracten die je sluit.'

*Het gezicht van de gezondheidszorg*

De verzekeraars zijn gebrand op een geolied overleg met de partijen. Zo niet, dan zal er van kostenbesparing en dus van nieuwe initiatieven geen sprake kunnen zijn. Luchtmeijer: 'Waarom dreigt er een tekort aan huisartsen in de Schilderswijk? Is dat een probleem van het fonds? Ik bedoel: als dat zo is, dan willen we dat weten. Of komt het door de gemeente? Of misschien door de beroepsgroep, de huisartsen zelf? Waarom doen ze er wel hun nering, maar wonen ze er niet? Alleen door een goede communicatie laat zo'n probleem zich ontrafelen en kan er iets aan worden gedaan. De partijen die in deze stad het gezicht van de gezondheidszorg bepalen moeten met elkaar in overleg over oplossingen. Daarbij is het laatste woord blijkbaar aan de verzekeraar. Dat heb niet ik, maar dat heeft de politiek zo bepaald. De verzekeraar betaalt namens de verzekerde, maar dient dan ook te kunnen worden aangesproken op missers, blunders. De verzekerden kunnen dat kenbaar maken 'door te stemmen met de voeten', door naar een andere verzekeraar te gaan.'

Bevreesd voor concurrentie, de kwintessens van het plan 'Dekker' is Luchtmeijer niet. 'Ik denk niet dat er iets gaat veranderen op dat punt. We zouden moeten gaan concurreren met particuliere verzekeraars. Overigens heeft Haaglanden een nauwe samenwerking met een landelijk werkende particuliere verzekeraar - Nuts -, zodat de combinatie klaar is om in te spelen op de nieuwe plannen van Dekker, c.q. Simons en de zijnen. Ziekenfondsen zullen niet snel al te ver buiten hun regio treden. Ze hebben daar geen ervaring mee, het ligt niet in de traditie. Dus het gevaar zou van grote - met name Europese - particuliere maatschappijen moeten komen. Maar dat lijkt me ondenkbaar. Haaglanden en Azivo zijn zo geworteld in deze stad en regio dat zo'n particuliere maatschappij de achterstand nooit kan inhalen. Voordat ze een poot aan de grond heeft zijn we jaren verder. In deze markt valt daarvoor - denk ik - niet te vrezen. Bovendien wat valt er te concurreren? Duiken ze met een lagere premie onder ons? Dan zullen ze iets gelijkwaardigs of beters te bieden moeten hebben. Dat kan alleen gebeuren als we hier hele gekke dingen gaan doen die nutteloos en ontzettend kostbaar zijn. Het lijkt me allemaal theorie.'

Daarmee is het fenomeen concurrentie echter nog niet van de baan. Het kan worden afgedwongen bij de contractanten, de medewerkers. 'Dat is een zaak

die bij de zorgverzekeraars sterk speelt. We hebben de beschikking over de premies van verzekerden, een zware verantwoordelijkheid en we zijn moreel verplicht die optimaal te besteden. Maar hoe kun je vanuit een sociale traditie, die een ziekenfonds eigen is, zakelijke concurrentie aangaan? Dat gaat langzaam, maar steeds beter. Ik denk aan de gebitskronen uit Polen. Uitstekende kwaliteit voor een zeer scherpe prijs. De ligitaxi, daar moet je als fonds hard over onderhandelen, want je tast gevestigde belangen aan. Hetzelfde geldt voor de optometrist. Als die voor veel minder geld een hoop werk kan overnemen van een oogarts moet je dat als fonds stimuleren. Met de hoorapparaten is het een identiek verhaal. En met de apothekers krijgen we iets dergelijks. Ook daar speelt de contracteerplicht. Als we met hen in zee gaan zullen ze aan een aantal voorwaarden moeten gaan voldoen. Spreiding over de stad, medicatiebewaking, bezorging, schaalvergroting ook, maar dan wel in relatie tot de prijs die de verzekeraar voor medicijnen gaat betalen. Informatie en voorlichting, ook daaraan kun je eisen gaan stellen', zegt Luchtmeijer.

'Kortom: bij het vervallen van de contracteerplicht is het aan de verzekeraar om ook kwaliteitseisen in te gaan vullen. De zorgverzekeraar krijgt het op dat punt voor het zeggen, maar die verantwoordelijkheid kan hij alleen in overleg dragen. Ik zou er dus voor zijn dat je met de gemeenten, waarvan je een bepaald percentage van de markt bestrijkt, een soort convenant opstelt om er voor te zorgen dat de kijkrichting dezelfde is. Patiëntenorganisaties hebben hun bijdrage tot de formulering van kwaliteitseisen bij het sluiten van contracten tussen hulpverleners, instellingen en verzekeraar. Met de punten die ik genoemd heb erbij krijg je al een aardige sjablonen van hoe zo'n convenant er uit moet zien.'

Zowel binnen de LHV als de VNZ wordt gepreludeerd op het overleg dat beide partijen over een aantal praktische zaken zal gaan voeren. Luchtmeijer daarentegen: 'Ik zou niet weten wat de taak van de koepel nog zou moeten zijn. Die zou hooguit een paar randvoorwaarden kunnen aangeven. En de centrale overheid zou minimale eisen moeten opstellen. Basisverzekeringsvoorwaarden bijvoorbeeld.'

*Preventie*

'De verzekeraar zal gebruik moeten maken van de epidemiologische gegevens die bij gemeenten voor-

handen zijn en zo een bijdrage leveren aan het invullen van het gezondheidszorgbeleid. Collectieve preventieprogramma's liggen primair op het bordje van de gemeente. Bij de uitvoering van de programma's hebben we ook baat, al is het op langere termijn. Wat nu kan worden voorkomen scheelt straks veel kosten. Daar moet goed naar worden gekeken en dat doen we eigenlijk nu al. Een voorbeeld: sommige hulpverleners zeggen nogal preventief te werken. Als je dan de resultaten van hun praktijk ziet blijkt daar niet veel van. Met zo iemand moet worden gepraat. Hoe kun je dat verbeteren? Overleg met collega's is daarbij een vereiste.'

### *Tot elkaar veroordeeld*

Bij preventie kan de verzekeraar straks een belangrijke rol spelen. 'Je krijgt in de nabije toekomst een som geld, waarmee je de zorg moet betalen en ook kunt gaan sturen. Dat bedrag wordt vastgesteld aan de hand van enkele parameters: regio, leeftijd en geslacht van de verzekerden, aantal chronische aandoeningen enz. Binnen dat bedrag moet naar mijn mening ook ruimte worden gemaakt voor preventieprogramma's, onderzoek, maar ook voor de mogelijkheid mensen zich te laten bijscholen, 'sabbatical years' dus.'

Duidelijk is dat verzekeraars, artsen, patiënten en gemeente als wantrouwenden, tot elkaar veroordeelden, tegenover elkaar zitten. Ook dat is door de traditie bepaald. Luchtmeijer: 'Als dat zo is zal daar toch verandering in moeten komen. We zullen het met elkaar moeten doen. En zo goed mogelijk. Er gaat jaarlijks anderhalf miljard door ons huis, kosten van gezondheidszorg uit AWBZ en Ziekenfondswet. Daar maken zo'n 600.000 mensen gebruik van; het gaat uiteindelijk om de gezondheid van de burger. Ik wil daarmee aangeven dat je als ziekenfonds een proces doormaakt van kassa tot zorgmakelaar en zorgverzekeraar, die zich ook bezig moet houden met de regie en de inhoud van de zorg. We zijn immers allemaal actoren op dat veld. En hebben daar onze belangen. Hebben we dan een boodschap aan mekaar of niet?'

---



# Gemeente en geestelijke gezondheidszorg

---

*Een oude liefde vlamt op*

*H.J.A. Brits*

De discussienota 'De bevordering van de geestelijke gezondheid in Den Haag' vormt één van de 44 actiepunten van de in 1989 uitgebrachte raamnota 'Beter Gezond'. Inmiddels wordt deze nota her en der besproken. Reacties zullen worden meegewogen bij de opstelling van het raadsvoorstel aan het einde van de inspraakperiode. Een korte historie van de geestelijke gezondheidszorg in Den Haag en aandacht voor nieuwe ontwikkelingen.

Wat kan een gemeente doen voor de geestelijke gezondheid van haar burgers? In de jaren twintig en dertig vonden de zegslieden in de grote steden hierop een interessant antwoord. Ze riepen de voor- en nazorg voor psychiatrische patiënten in het leven. Met de voorzorg werd getracht te voorkomen, dat mensen in psychiatrische inrichtingen werden opgenomen. De nazorg bestond uit activiteiten om het reïntegratieproces van ex-patiënten, die vanuit de psychiatrische inrichting terugkeerden in de maatschappij, te ondersteunen ter voorkoming van een nieuwe opname.

Deze initiatieven kwamen niet uit de lucht vallen. Ze werden ingegeven door een ontwikkeling in het psychiatrisch denken, die cumuleerde in het idee van 'geestelijke hygiëne'. Geestelijke hygiëne was niet zozeer een welomschreven begrip als wel een wervende uitnodiging tot actie: psychiatrische patiënten waren geen eens en voor altijd verdoemden; er kon en moest wat aan hen worden gedaan. En daarnaast moest de samenleving worden opgevoed om anders met psychisch ziek zijn om te gaan. Eigenlijk moest de samenleving zodanig worden verbeterd, dat er voor psychisch ziek zijn geen bestaansgrond meer was. Een hooggestemd ideaal,

---

*Over de auteur*

*H.J.A. Brits is beleidsadviseur bij de afdeling Gezondheidszorg, GGD Den Haag*

waarvan de voor- en nazorg nog maar het begin van een uitwerking was.

Ongetwijfeld werden de psychiaters die bij de GG en GD'en in de grote steden waren aangesteld om de voor- en nazorg uit te voeren, gedreven door deze ideologische inspiratie. Maar het feit van hun aanstelling had ook een minder verheven, puur economisch motief: de grote steden streefden naar bezuiniging op de psychiatrische verpleging.

Met de voor- en nazorg van psychiatrische patiënten begon de ontwikkeling van de sociaal-psychiatrische hulpverlening binnen de Nederlandse GG en GD'en.

### *Opkomst van de psychotherapie*

Na de Tweede Wereldoorlog veranderde er veel in de psychiatrie. Naarmate de psychiatrische inrichting meer een psychiatrisch ziekenhuis werd, zochten en vonden daar steeds meer mensen genezing. En als ze al geen volledige genezing vonden, dan was hun reïntegratie in de samenleving, hun terugkeer in hun eigen milieu, lang niet altijd een groot probleem. Aan voor- of nazorg hadden ze dan geen behoefte. Deze zorg van de sociale psychiatrie richtte zich dan ook steeds meer op chronische patiënten die zich moeilijk in de maatschappij konden handhaven en sociaal en economisch tot de minst gefortuneerden behoorden.

Tegelijkertijd zien we, dat steeds meer mensen een beroep doen op en in aanmerking komen voor enigerlei vorm van psychotherapie. Dit geldt niet voor mensen, die niet de sociale en intellectuele begaafdheid hebben om met de therapeut tot een in affectief opzicht aanvaardbare communicatie te komen; en ook niet voor mensen, die voor psychotherapie immuun zijn geworden. Zij blijven aangewezen op de voor- en nazorg van de GG en GD. Terwijl de psychotherapie niet langer is voorbehouden aan een culturele en sociaal-economische elite en dus een min of meer gedemocratiseerd cultuurgoed kan worden genoemd, wordt de voor- en nazorg in de praktijk een cultuurgoed van geringere waarde. Wie nergens meer terecht kan moet dan maar naar de GG en GD.

### *Preventie en psychohygiëne*

Het ligt dan ook voor de hand, dat het succes van de psychotherapie niet werd geëvenaard door de voor- en nazorg van de sociale psychiatrie. De instellingen

voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, die zich later ontwikkelden en reorganiseerden tot RIAGG's, hadden te maken met een zich emanciperende clientèle, die zich bewust was van psychische problematiek en gemotiveerd was om er iets aan te doen. Voor die clientèle werd een hausse aan psychotherapeutische mogelijkheden gecreëerd. De resultaten van de GG en GD'en met de sociaal-psychiatrische begeleiding van hun minder bewuste, minder gemotiveerde en vooral langdurig zorgbehoevende cliënten spraken publicitair niet erg tot de verbeelding. Onder die omstandigheden hadden de particuliere instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg de wind in de zeilen en bleef het image van de sociale psychiatrie van de GG en GD'en hierbij ten achter. Mede onder invloed daarvan kwam uiteindelijk in het kader van de regionalisering van de ambulante geestelijke gezondheidszorg een beleidsbeslissing van de rijksoverheid tot stand, waarbij de voor- en nazorg van de GG en GD'en werd overgedragen aan de RIAGG's.

De ontwikkeling naar meer psychotherapie voor meer mensen werd in sterke mate bevorderd door het feit, dat de samenleving steeds meer geld voor gezondheidszorg over bleek te hebben. Maar inmiddels wordt men zich in toenemende mate bewust van de hoge kosten, die ook de geestelijke gezondheidszorg met zich meebrengt. Dat betekent, dat er meer belangstelling ontstaat voor preventie. Preventie is, in tegenstelling tot hulpverlening, geen verworvenheid waarvan individuele mensen gemakkelijk zullen zeggen dat ze er behoefte aan hebben. Op dit punt heeft de overheid dan ook een stimulerende rol te vervullen. De preventieve functie, die de GG en GD van oudsher had, is nog aanmerkelijk aangescherpt door de nieuwe Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. Interessant is, dat deze Wet bij de (nu) GGD de verantwoordelijkheid neerlegt voor de psychohygiëne. Een term die door zijn vaagheid vele mogelijkheden openhoudt. Een term bovendien, die goed aansluit bij de aandacht die van oudsher bestond voor de geestelijke hygiëne, in het bijzonder voor de preventieve initiatieven. Deze Wet spreekt van psychohygiëne; de Vereniging van Directeuren van Basisgezondheidsdiensten bezigde in haar nota over dit onderwerp de term: openbare geestelijke gezondheidszorg.

Wat kan daar zoal onder worden verstaan?

### *Langdurig psychiatrische cliënten \**

In de zojuist verschenen discussienota 'De bevordering van de geestelijke gezondheid in Den Haag' heeft de gemeente Den Haag invulling gegeven aan haar verantwoordelijkheid voor de psychohygiëne. Het is opvallend hoe in het huidige overheidsbeleid, op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg, de bezuinigingsdruk ertoe leidt dat oude noties onder nieuwe namen terugkeren. Momenteel is zorgsubstitutie een gewild thema: intensieve vormen van zorg worden indien mogelijk vervangen door lichtere, meer op de cliënt toegesneden, zorg. In dat verband wordt bijvoorbeeld gesproken van sociale ondersteuning met case-management en dagstructurering voor langdurig psychiatrische cliënten als alternatief voor het verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis. Het zijn nieuwe termen, maar ze verwoorden precies datgene wat de voor- en nazorg van de sociale psychiatrie altijd al probeerde te verwezenlijken. Veel psychiatrische cliënten hebben niet zozeer individuele therapie nodig als wel een netwerk van sociale contacten waarbinnen ze bevredigd kunnen leven.

### *Gemeente en geestelijke gezondheid*

Blijkens haar discussienota stimuleert de gemeente Den Haag nieuwe ontwikkelingen op het terrein van de geestelijke gezondheid door subsidiëring van een reeks kleinere instellingen. Deze dragen op verschillende wijzen bij aan de reïntegratie van (ex-)psychiatrische cliënten in de samenleving. Daar zijn onder andere:

- verschillende typen van activiteitencentra;
- een instelling, die ex-psychiatrische cliënten gezamenlijke woonruimte biedt;
- een wegloophuis, dat onderdak biedt aan uit psychiatrische ziekenhuizen weggelopen cliënten (begeleid door vrijwilligers).

Het Haagse beleid op het gebied van de geestelijke gezondheid, meer specifiek de psychohygiëne, vertoont dus een interessante parallel met vroeger dagen: zoals de voor- en nazorg in de sociale psychiatrie een uitwerking was van de beweging voor geestelijke hygiëne, zo spitst de psychohygiëne zich voor Den Haag in de eerste plaats toe op dagbesteding, woonbegeleiding en arbeidsbemiddeling voor chronisch psychiatrische cliënten met het oog op hun reïntegratie in de samenleving.

Kwantitatief lijken deze Haagse voorzieningen voor dagbesteding en arbeidsbemiddeling van marginaal belang in vergelijking met de therapeutische voorzieningen. Maar dat de doelgroep een aanzienlijke omvang heeft, leren de cijfers. Het blijkt te gaan om ten minste 4.330 Hagenaars!

Voor de gemeente is dat meer dan voldoende reden om te pleiten voor ingrijpende aanpassingen van organisatie- en financieringsstructuur in de geestelijke gezondheidszorg. Samenwerking, met opheffing van de financiële schotten, tussen geestelijke gezondheidszorg en dagbestedings- en arbeidsbemiddelingsvoorzieningen zijn hard nodig.

### *Het preventieprogramma van de GGD*

Zoals de aandacht voor de geestelijke hygiëne van oudsher ook gericht was op de verbetering van de samenleving teneinde psychische stoornissen zoveel mogelijk te voorkomen, zo heeft de gemeente Den Haag voor de GGD een preventieprogramma ontworpen om, met bijzondere aandacht voor bepaalde risicogroepen, de psychische weerbaarheid te vergroten. De inspiratie mag haar traditie hebben, de uitwerking heeft die zeker niet. Bevordering van de geestelijke gezondheid, primaire preventie op dit terrein, moet van de grond af worden opgebouwd. We gaan kort in op een aantal elementen uit het programma.

---

*\* Een gebruikelijker term voor deze groep is 'chronisch psychiatrische patiënten'. Maar ik vind 'chronisch' te veel hopeloosheid impliceren en 'patiënt' te veel naar ziekte verwijzen. Van ziekte kan in de geestelijke gezondheidszorg lang niet altijd worden gesproken. Het gaat om mensen die langdurig zorg en begeleiding behoeven. Vandaar de term 'langdurig psychiatrische cliënten'; het zal de lezer echter wel duidelijk zijn, dat het hier om een ander type cliënten gaat dan we aantreffen in de advocatuur.*

### Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO)

De vakgroep GVO van de GGD heeft uitgebreide literatuuronderzoeken ten grondslag gelegd aan haar initiatieven op het gebied van de geestelijke gezondheid. Ze beslaan in het bijzonder het effect van een gebrekkige affectieve ontwikkeling in de vroege jeugd en het effect van de sociale druk, die de groep uitoefent op jongeren. Communicatieve vorming, training van sociale vaardigheden zijn dus van het grootste belang. De vakgroep werkt daarom aan oudercursussen op videobanden over de interactie tussen ouders en kinderen in het gezin.

Interessant is verder, dat de gemeente een afzonderlijk project 'spelvoorlichting aan huis' subsidieert. Het project heeft tot doel migrantenouders een praktisch inzicht te geven in de waarde van het spelen met hun kinderen.

Aan het groepsdrukthema geeft GVO bijvoorbeeld inhoud met een lessenreeks over het elkaar pesten van leerlingen op de basisschool, een reeks die is ontwikkeld door het RIAGG-preventiewerk.

### Onderzoek

Met behulp van nieuw ingestelde maatschappelijke-gezondheidszorgteams (MGZ-teams), ondersteund door het GGD-kernteam voor geestelijke gezondheidszorg, zal de GGD naast epidemiologisch ook actueel onderzoek uitvoeren op het gebied van de geestelijke gezondheid. Dat kan gebeuren in de vorm van klachtenonderzoek, of via vragenlijsten en interviews, maar ook via participerende observatie op problematische plaatsen in de stedelijke samenleving. Onderzoeksinitiatieven zullen mede in overleg met de RIGG Den Haag (Regionale Instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg) worden uitgevoerd.

### Coördinatie

Vele hulpverleningsinstanties houden zich met uiteenlopende actuele problemen bezig. De GGD kan daarbij een coördinerende rol vervullen. Zo levert de GGD:

- een coördinator incestpreventie en -hulpverlening voor een binnen de Haagse hulpverlening opgericht Samenwerkingsverband Sexueel Geweld;
- een coördinator hygiënische probleemsituaties voor een Stedelijke Overleggroep Hygiënische

Probleemsituaties;

- een Coördinatiepunt Sexuele Vorming voor de ontwikkeling van nieuw les- en voorlichtingsmateriaal op het gebied van de sexuele vorming;
- een coördinatiepunt voor de psychosociale zorg aan AIDS-patiënten en hun sociale milieu.

Verder zal de GGD de initiatieven in de stad op het gebied van begeleid wonen, dagstructurering en arbeidsbemiddeling voor langdurig psychiatrische cliënten beleidsmatig coördineren. Tevens levert ze secretariaatsondersteuning voor het nieuw op te richten Platform Migrantenhulpverlening, dat via intensieve case-besprekingen van probleemgevallen zal bijdragen aan de deskundigheidsbevordering van hulpverleners en leerkrachten op het gebied van de migrantenproblematiek.

### Laagdrempelige opvang

De eerdergenoemde MGZ-onderzoeksteams zullen wijksgewijs gaan werken, bijgevolg dichtbij de mensen in de wijk staan en daarom gemakkelijk bereikbaar zijn. Voor thuislozen, een doelgroep waarbinnen veel langdurig psychiatrische cliënten zijn te vinden, zal de GGD samen met enkele Haagse instellingen een aanlooppunt instellen en daaraan een case-managementfunctie verbinden.

### Zelfhulp

Zelfhulp is in de eerste plaats een groepsaangelegenheid. Het heilzame van een zelfhulpgroep bestaat in het samen met lotgenoten bespreken van een gezondheidsprobleem. Juist als het gaat om geestelijke gezondheidsproblemen, kan dat een sterk (re)vitaliserend effect hebben. De GGD zal nieuwe zelfhulpgroepen op het terrein van de geestelijke gezondheid van de grond brengen.

### Facetbeleid

Geestelijke gezondheid wordt natuurlijk in belangrijke mate bepaald door factoren, die ressorteren onder de verantwoordelijkheid van andere gemeentelijke beleidssectoren, zoals huisvesting, opleiding en werkgelegenheid. Gericht op die beleidssectoren zal de GGD een facetbeleid bevordering/bescherming geestelijke gezondheid ontwikkelen, dat moet worden vormgegeven in bijzon-

dere huisvestingsprojecten en aanvullende werkgelegenheids- en educatieprojecten.

De geestelijke gezondheid in Den Haag gaat een nieuwe, interessante fase van haar bestaan in.

*De discussienota 'De bevordering van de geestelijke gezondheid in Den Haag' van de gemeente Den Haag kan worden aangevraagd bij de auteur van het artikel: 070 - 361 94 38.*

#### **Literatuur:**

- Beter Gezond. Raamnota gemeente Den Haag, 1989.
- Gedenkboek van de Vereniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en zenuwzieken 1884-1984. Kampen 1984.
- Grinten T van der. De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Baarn 1987.
- Janssen M, Weeghel J van. Bezigheden buitenshuis: arbeidsrehabilitatie en dagbesteding in Den Haag. Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid. Utrecht 1990.
- Querido A. Voordrachten over sociale geneeskunde. Leiden 1958.
- Querido A. Werk in uitvoering. Leiden 1970.
- Speijer N. De afdeling Geestelijke Volksgezondheid 1937-1962. Tijdschr Soc Geneeskde 1961; 31 nr 12.
- Openbare geestelijke gezondheidszorg door een GGD. Vereniging van Directeuren van Basisgezondheidsdiensten. VNG-nota 3, 1990.

# Advies verpleeghuiszorg

*M.M. Malschaert*

**Op weg naar het jaar 2000 moet worden geanticipeerd op de vergrijzing. Burgemeester en Wethouders van Den Haag stelden in april het advies verpleeghuiszorg vast. Voor 220 nieuwe verpleeghuisbedden in de stadsdelen Laak, Segbroek en Centrum kan misschien gebruik worden gemaakt van vrijkomende verzorgingshuizen.**

Het advies verpleeghuiszorg is in nauwe samenhang met de ontwikkelingen in de thuiszorg en de verzorgingshuizen tot stand gebracht. Het betekent een belangrijke stap voorwaarts naar een functionele 'zorg op maat' in de regio Den Haag. Hiermee is het zogenaamde tweede hoofdstuk van het beleid verpleging en verzorging afgerond. Eerder is het beleid rond de thuiszorg geformuleerd. In de nabije toekomst zal het plan bejaardenoorden de trilogie afmaken. Het hier besproken plan is opgesteld door de adviescommissie verpleeghuiszorg, waarin vertegenwoordigers van de Haagse verpleeg- en verzorgingshuizen, het verbindingskantoor van de AWBZ en de gemeente deelnemen. Deze commissie, die aan de gemeente Den Haag adviseert, weerspiegelt het samenspel tussen zorgverleners, verzekeraars en lokale overheid dat in het kader van decentralisering en regionalisering wordt gevraagd.

In het plan wordt onder meer de noodzakelijk geachte capaciteit van de verpleeghuiszorg voor de naaste toekomst aangegeven. Deze is geschat op basis van het huidige gebruik van verpleeghuizen gecorrigeerd voor verkeerd bed-gebruik in algemene ziekenhuizen en wachttijden. Bovendien is rekening gehouden met de gemiddelde demografische ontwikkeling van het aantal 75-plussers en 80-plussers. Ook de aanstaande reductie in verzorgingstehuizen en verborgen behoeften in de thuis-situatie zijn verwerkt.

Op deze wijze is voor de jaren 1990, 1995 en 2000 respectievelijk voor 4.750, 5.050 en 5.300 mensen behoefte aan verpleeghuiszorg in de regio Den Haag vastgesteld.

Teneinde in het jaar 2000 hieraan te kunnen voldoen moeten in dat jaar beschikbaar zijn:

- 4.310 klinische verpleeghuisbedden;
- 490 mensen in dagbehandelingsplaatsen (feitelijk 330 erkende plaatsen);
- 220 substitutieplaatsen in verzorgingstehuizen;
- 290 mensen op de wachtlijst (wachttijd gemiddeld ongeveer zes weken).

De exacte verdeling van de capaciteit over de in de regio aanwezige verpleeghuizen is nauwkeurig in het advies weergegeven. Hierbij is ruimte geboden aan een aantal nieuwe initiatieven. Zo bepleit het plan op korte termijn 220 nieuwe verpleeghuisbedden in de stadsdelen Laak, Segbroek en Centrum. Indien mogelijk kunnen hiervoor vrijgekomen verzorgingstehuizen worden gebruikt. Ook worden in het advies nieuwe initiatieven in Zoetermeer en Voorburg aangekondigd.

*Het advies verpleeghuiszorg regio 's-Gravenhage van de adviescommissie verpleeghuiszorg kan worden opgevraagd bij: Mw. M. Stolk 070 - 361 93 00.*

*Over de auteur*

*M.M. Malschaert, bestuursadviseur bij de gemeente Den Haag*

# 'De Baan'

---

*F.E. de Jongh-Wieth, E. Tonino-van der Marel en A. Hausen*

Onder homoseksuelen staat een lokatie waar anoniem en vrijblijvend seksueel contact wordt gezocht bekend als 'de baan'. Voor HIV-infecties uiterst gevaarlijke plaatsen. Onder leiding van de GGD werd in Den Haag verkennend onderzoek gedaan. Zestien van de veertig onderzochten hadden naast incidentele contacten een vaste partner. Toch gebruikt globaal de helft geen condoom. Een alarmerend signaal.

Voorlichting over veilige en niet-veilige seksuele technieken is een belangrijk onderdeel van de HIV/AIDS-bestrijding. Persoonlijk contact met degenen tot wie de voorlichting is gericht is hierbij essentieel. In een dergelijk direct gesprek wordt de beleveniswereld van degene die wordt voorgelicht ook beter bekend. Uiteraard moet hierbij een gevoel van anonimiteit blijven bestaan.

Medewerkers van de afdeling Infectieziekten en Hygiëne van de GGD Den Haag benaderen mensen onder andere op plaatsen waar risicovolle contacten plaatsvinden. Een baan is een dergelijke locatie.

## *Baanbezoeker doet onderzoek*

Medio 1990 kwam een vrijwilliger, die zelf regelmatig voor contacten de baan bezoekt, met een voorstel bij de GGD. Hij wilde in het kader van de HIV/AIDS-preventie informatie inwinnen bij baanbezoekers over onderwerpen als seksuele voorkeuren en gedrag, tijdstip (welk dagdeel) en frequentie baanbezoek, mening over HIV/AIDS-voorlichting en over zaken als geweld en politiebescherming op de baan. De GGD nam de leiding op zich.

De onderzoeker benaderde de baanbezoekers actief. Hij maakte daarbij de reden en het belang van het onderzoek duidelijk. Veertig baanbezoekers, voornamelijk Nederlanders, reageerden positief. Een flink aantal (29) weigerde. De onderzoeker hanteerde een vooraf vastgestelde vragenlijst. Vanwege veiligheids- en praktische redenen vond het onderzoek alleen overdag plaats. De uitkomsten van het onderzoek zullen mede hierdoor niet representatief zijn voor de baanbezoeker. De kans dat sociaal-wen-

---

### *Over de auteurs*

*Mw. dr. F.E. de Jongh-Wieth, orthopaedagoog, AIDS-coördinator; Mw. E. Tonino-van der Marel, sociaal-verpleegkundige, afdeling Infectieziektenbestrijding en Hygiëne, GGD Den Haag en A. Hausen*

selijke antwoorden zijn gegeven is aanwezig. Met de uitkomsten willen we niet meer dan een indruk geven van het (risico)gedrag dat op een baan plaatsvindt.

### *Leeftijd en baanbezoek*

Het overgrootte deel van de respondenten was ouder dan 16 en jonger dan 56 jaar. Twee respondenten waren ouder dan 76 jaar. Men zocht in het algemeen contacten met leeftijdsgenoten of met mannen die jonger waren. Mannen tussen de 16 en 35 jaar genoten de meeste belangstelling.

De baanbezoekfrequentie was heel wisselend. Sommigen kwamen iedere dag of enkele keren per week, anderen weer heel incidenteel. Bijna de helft van de ondervraagden ging ook naar andere banen.

### *Seksuele geaardheid en gedrag*

24 respondenten noemden zich homoseksueel en 13 biseksueel (van wie 9 voorkeur hadden voor overwegend mannen en 4 voor overwegend vrouwen). Tenminste 16 mannen zeiden naast de contacten op de baan een vaste partner te hebben. Bij 11 mannen was deze partner een man (waarvan 9 als monogaam werden gezien) en bij 5 was het een vrouw (waarvan 4 als monogaam werden gezien). Met deze vaste partner gebruikten 13 nooit een condoom en 3 soms. Op de vraag: 'gebruikt u een condoom bij anaal seksueel contact?' antwoordden 17 mannen met ja, 17 met neen en 5 soms. Eén persoon had geen anale seks. Een pijpcondoom (voor oraal-genitaal contact) werd door 10 bezoekers incidenteel gebruikt.

### *Geweld*

Acht mannen waren wel eens slachtoffer geworden van seksueel geweld op de baan. 12 zeiden wel eens bedreigd of beroofd te zijn geweest, enkelen 'bijna'. Slechts vijf mannen gingen hiervoor naar de politie. Meer dan de helft van de geïnterviewden wenste, 'onder voorwaarde', politieursurveillance op de baan. Of dit in uniform of in burger moest gebeuren, daarover waren de meningen verdeeld.

### *HIV/AIDS-voorlichting*

Het merendeel van de ondervraagden was redelijk tevreden over de 'algemene' voorlichting (via de

publieksmedia, zoals televisie en dergelijke). Twee derde wilde geen voorlichting over HIV/AIDS op de baan.

Waren baanbezoekers in het begin afwerend of terughoudend, uiteindelijk bleek de behoefte om over veilig vrijen en over de angst voor een HIV-besmetting te praten groot. De invalshoek 'gezondheid' was hiervoor een goede ingang. Het invullen van de vragenlijst leidde vaak tot diepgaande gesprekken. Zo kwam naar voren dat bijna alle ondervraagden angst had voor een HIV-besmetting. Bij de geïnterviewde biseksuele mannen bleek dat ze niet of nauwelijks over seksualiteit en het risico op HIV/AIDS wilden praten.

### *Tot slot*

Onder de non-respondenten bevonden zich veel Marokkanen en Turken. De onderzoeker sprak kort met ze. De helft had seksuele contacten voor geld. Het is bekend dat onder Marokkanen en Turken condoomgebruik en homoseksualiteit heel moeilijk ligt. Ook waren taalproblemen, wantrouwen ten aanzien van het onderzoek en angst voor de politie (wellicht illegaliteit) redenen om te weigeren. Van de vier Nederlandse non-respondenten waren drie jonger dan 15 jaar.

Met uitzondering van één respondent had iedere baanbezoeker anaal seksueel contact, vaak met verschillende personen. Het is niet duidelijk of bij anale seks ook het daarvoor bestemde condoom werd gebruikt. Veel baanbezoekers klaagden dat deze condooms heel moeilijk te krijgen en erg duur waren. Meestal werden pijpcondooms gebruikt. Deze waren goedkoop en wél overal te krijgen. Met de vaste partner werd 'onveilig' gevrijd.

In het licht van het feit dat een aanzienlijk aantal van de ondervraagden geen voorlichting over AIDS/HIV op de baan wenst is de ervaring van de vrijwilligers van het zogenaamde baanproject van de GGD belangrijk (1).

Opvallend is de positieve houding ten aanzien van de zedenpolitie. Meer dan de helft wenst, onder voorwaarden, politieursurveillance op de baan.

Al met al belangrijke signalen die het nodig maken dat het onderzoek ook op andere banen wordt uitgevoerd.

- 
1. Jongh-Wieth FE de, Tonino-van der Marel E, Slijngard WR e.a. HIV-besmetting en AIDS-preventie; drie projecten in Den Haag. Epidemiol Bul Grav 1990; 25 nr 4: 5-13.



# Dodelijke privé-ongevallen bij kinderen

---

*Den Haag 1985-1990*

*A.H. Bergink*

Het aantal kinderen tussen nul en veertien jaar dat de dood vindt door een ongeluk in of rond het huis, op school, bij sport of recreatie daalt gestaag. De tendens is er al sinds het begin van de eeuw. In de jaren 1983 en 1984 was er zelfs een drastische afname en die lijn zet zich door tot in 1990, vooral bij 0-4-jarigen. Belangrijke oorzaak zou een in 1984 ontwikkelde preventiecampagne van de Stichting Consument en Vrijheid kunnen zijn.

In 1985 werd in dit tijdschrift een overzicht gegeven van de dodelijke privé-ongevallen bij kinderen in Den Haag over de periode 1978-1984 (1). Hieruit bleek dat in de jaren 1978-1982 jaarlijks gemiddeld vijf à zes Haagse kinderen stierven ten gevolge van een ongeval in de privé-sfeer (in- en om het huis, op school en tijdens sport en recreatie). Dit cijfer was conform het aantal dat op basis van de statistieken van het Centraal Bureau voor de Statistiek verwacht mocht worden. Zeer opvallend echter was dat dit aantal in de jaren 1983 en 1984 beduidend lager was. In die jaren stierven respectievelijk 'slechts' drie en twee kinderen aan de gevolgen van een privé-ongeval. De vraag rees of dit het begin was van een dalende trend. Om deze vraag te beantwoorden zijn over de periode 1985-1990 wederom gegevens verzameld over dodelijke privé-ongevallen bij kinderen van 0-14 jaar in Den Haag.

## *Verslagen dodelijke ongevallen*

Alle dodelijke ongevallen bij kinderen (bij ouderen gebeurt dit niet altijd) komen ter kennis van de gemeentelijke lijkschouwer (zie kader pagina 20) (2). Voor het onderzoek zijn de verslagen die in de periode 1985-1990 door de Haagse gemeentelijke lijkschouwers aan de Officier van Justitie werden uitgebracht doorgenomen. De dodelijke privé-on-

*Over de auteur*

*Dr. A.H. Bergink, jeugdarts, voorheen werkzaam op de afdeling Jeugdgezondheidszorg, GGD Den Haag*

gevallen bij 0-14-jarige kinderen werden gelicht. Dodelijke verkeersongevallen bleven buiten beschouwing. Slechts in één geval rezen er twijfels of het om een dodelijk privé-ongeval ging. Het betrof een doodgeboorte van een jongetje waarvan de moeder twee dagen voor de geboorte een opzettelijke val van zeven meter hoogte had gemaakt. Het jongetje is niet in het onderzoek opgenomen.

### Omvang

In tabel 1 vindt men een overzicht van de aantallen jongens en meisjes. Onder de dertien kinderen waren er twee niet in Den Haag woonachtig. In 1987 verdronken in Den Haag twee kinderen van buiten de stad, een vijfjarige jongen uit het Westland in het golfslagbad in Scheveningen en een zesjarig Belgisch jongetje in een water langs een verkeersweg. Daar staat tegenover dat Haagse kinderen mogelijk elders zijn omgekomen als gevolg van een privé-ongeval.

Van de elf verongelukte kinderen die in Den Haag woonden waren er drie (27%) van uitheemse origine, naast elf (35%) in het onderzoek over de jaren 1978-1984.

Tabel 1 laat voorts zien dat het aantal dodelijke ongevallen bij jongens ruim anderhalf maal zo groot was als bij meisjes. Deze uitkomsten zijn in overeenstemming met die van het voorgaande onderzoek en met de opgaven uit de literatuur.

Vier kinderen (30%) vielen in de leeftijdscategorie 0-4 jaar en negen (70%) in die van 5-14 jaar. Bij het voorgaande onderzoek bedroegen deze getallen res-

#### Casus 1

*Een 14-jarige Marokkaanse jongen die dood in zijn slaapkamer werd aangetroffen met naast hem een spuitbusje met nog een kleine hoeveelheid gas bestemd voor sigarettenaanstekers bleek, zoals gerechtelijke sectie uitwees, door verstikking om het leven te zijn gekomen. Bij navraag kwam uit dat deze jongen en zijn vriendjes op school en op straat vaak een merkwaardig spelletje beoefenden namelijk 'vuurspuwen'. Hierbij namen ze eerst een hoeveelheid gas bestemd voor sigarettenaanstekers in hun mond. Vervolgens bliezen ze dit gas weer uit om het tegelijkertijd aan testeken met een brandende lucifer. Wie de grootste vlam kon 'uitblazen' werd tot winnaar uitgeroepen. Waarschijnlijk heeft deze jongen op zijn slaapkamer dit spel willen oefenen, waarbij er een dodelijke hoeveelheid gas in zijn longen terecht kwam.*

pectievelijk 22 (63%) en 13 (37%). Deze uitkomst is verrassend. Ze duiden erop dat in Den Haag de dodelijke privé-ongevallen in de leeftijdscategorie 0-4 jaar het sterkst zijn verminderd.

### De aard van de ongevallen

Een overzicht van de aard van de dodelijke ongevallen vindt men in tabel 2. Hieruit blijkt dat verstikkingsongevallen het meest voorkwamen en dat verdrinkingen de tweede plaats innamen. Ook deze uitkomsten zijn enigszins verrassend. Bij het voorgaande onderzoek vormde verdrinking veruit de belangrijkste doodsoorzaak. In die periode kwamen 14 verdrinkingsongevallen voor op een totaal van 35 geregistreerde dodelijke ongevallen. Dit onderzoek verschaft dus aanwijzingen dat vooral de verdrinkingsongevallen zijn afgenomen.

Valongelukken bleven in de periode 1985-1990 een vrij belangrijke doodsoorzaak. Ook nu werden geen fatale ongevallen ten gevolge van vergiftigingen door medicijnen of huishoud-chemicaliën geregistreerd. De twee dodelijke privé-ongevallen die zich in 1990 voordeden waren heel bijzonder van aard en worden in de kaders nader beschreven.

### De toedracht

Bij het ontstaan van dodelijke privé-ongevallen bij

tabel 1

*absolute aantallen privé-ongevallen bij kinderen van 0-14 jaar, naar geslacht. Den Haag 1985-1990*

Jaar	jongen	meisje	totaal
1985	1	1	2
1986	1	-	1
1987	2	1	3
1988	1	2	3
1989	1	1	2
1990	2	-	2
<b>Totaal</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>13</b>

volwassenen is vaak alcoholgebruik in het geding. Bij 60-plussers zijn gezondheidsproblemen zoals evenwichtsstoornissen, hart- en vaatziekten, reumatische aandoeningen, ziekte van Parkinson en slecht gezichtsvermogen zeer vaak factoren van betekenis (4). Bij fatale ongevallen bij kinderen treden gezondheidsproblemen veel minder sterk op de voorgrond. Een enkele keer is een verdrinkingsgeval aan epilepsie te wijten. Ook het *geestelijk gehandicapt* zijn, speelt soms een doorslaggevende rol. In deze serie ging het bij twee gevallen van verstikking om geestelijk gehandicapte kinderen. Een elfjarige imbeciele, motorisch gestoorde jongen stikte in een stukje snoepgoed en een veertienjarig ernstig spastisch meisje in een kussen.

Uit de ongevalsbeschrijvingen in de leeftijdscategorie 0-4 jaar, kan dikwijls worden opgemaakt dat er sprake was van *onvoldoende toezicht*. Bij twee van de vier dodelijke ongevallen in deze leeftijdscategorie speelde dit naar alle waarschijnlijkheid een rol en wel bij de twee kinderen die tijdens het spelen uit een geopend venster vielen.

Privé-ongevallen in de leeftijdscategorie 5-14 jaar moeten nogal eens op rekening worden geschreven van gevaarlijk en *roekeloos gedrag*. Drie van de negen ongevallen waren hieraan te wijten: het reeds vermelde geval van gasverstikking, de val door een dakraam van een 10-jarig meisje, dat op het dak van een school speelde en de val van een 14-jarige jongen, die op een dak van een negen meter hoog renovatiepand was geklommen.

### De daling zet door

Rekening houdend met het feit dat in 1987 twee kinderen van buiten de stad in Den Haag verdronken, kan worden gesteld dat in de periode 1985-1990 jaarlijks gemiddeld twee Haagse kinderen stierven ten gevolge van een ongeval in de privé-sfeer. De voor de jaren 1983 en 1984 gevonden lage cijfers bleken dus niet op een toevalligheid te berusten. Vastgesteld kan worden dat er sedert 1983 in Den Haag sprake is van een nogal drastische daling van het aantal dodelijke privé-ongevallen bij kinderen.

Inmiddels is gebleken dat de Haagse cijfers een landelijke trend weerspiegelen. In de jaren 1978-1981 overleden in Nederland gemiddeld 226 kinderen in de leeftijd van 0-14 jaar aan de gevolgen van een privé-ongeval (5). In 1987 bedroeg dit aantal 105 (6).

Deze constatering is echter minder opzienbarend dan ze op het eerste gezicht lijkt. Uit de studie van Rogmans weten we dat in deze eeuw er een gestage daling heeft plaatsgevonden van het aantal sterfgevallen ten gevolge van niet-verkeersongevallen bij kinderen. Ook in de periode 1970-1980 daalde het aantal dodelijke privé-ongevallen bij kinderen met 50% (7).

tabel 2

*dodelijke privé-ongevallen bij kinderen 0-14 jaar, uitgesplitst naar type ongeval.  
Den Haag 1985-1990*

Type ongeval	aantal
Verdrinking	3
Rookverstikking door brand in woning	1
Verstikking door andere oorzaken	4
Val uit venster	2
Val van dak	1
Val door dakraam	1
Geraakt door springende zelfmoordenaar	1
<b>Totaal</b>	<b>13</b>

## Oorzaak daling

De daling van de ongevallensterfte kan het gevolg zijn van een afname van de incidentie van ernstige ongevalsletsels bij kinderen en (of) een afname van de letaliteit wegens verbeterde eerste-hulpverlening en opvang- en behandelingsmogelijkheden. Naar alle waarschijnlijkheid hebben moderne ontwikkelingen in de geneeskunde, zoals toepassing van computertomografie, bijgedragen tot een afname van de letaliteit (8). De belangrijkste factor is echter de afname van het aantal ernstige ongevallen bij kinderen, zoals onder meer duidelijk bleek uit een epidemiologische verkenning van de ontwikkeling van ongevallensterfte en klinische morbiditeit bij

reus voor zuigelingen en kleuters, tot een daling van de sterfte in deze leeftijdscategorie hebben bijgedragen. Uit onderzoek bleek in elk geval dat de meeste ouders deze kaarten zeer op prijs stelden als een middel om zich meer bewust met de veiligheid van hun kinderen bezig te houden (9).

## Traumatologische zorg

Stompedissel e.a. stellen de vraag of, tegen de achtergrond van de grote afname van het aantal ernstige ongevallen bij kinderen en de verbeterde medische

foto 2



foto: Bets Verdonk

Onder 0-4-jarigen geen enkel verdrinkingsongeval in 1985-1990 in Den Haag

kinderen in de periode 1980-1986 in Zuidwest-Nederland (8).

Uit het onderhavige onderzoek komt naar voren dat vooral in de leeftijdscategorie 0-4 jaar het aantal dodelijke privé-ongevallen sterk is gedaald. Bijzonder opvallend daarbij is dat in de periode 1985-1990 in Den Haag onder 0-4-jarigen zich geen enkel verdrinkingsongeval voordeed. De vraag rijst of de in 1984 door de Stichting Consument en Veiligheid ontwikkelde kaarten met informatie over veiligheid voor opgroeiende kinderen, die tot 1988 op grote schaal gratis werden verspreid via de consultatiebu-

### Casus 2

Een zevenjarige inbeemse jongen speelde met twee vriendjes op straat in de nabijheid van een hoog flatgebouw. Hij werd getroffen door een jongeman die een einde aan zijn leven wilde maken door van het hoge flat naar beneden te springen. De jongen liep ernstig schedel- en hersenletsel op en overleed ter plaatse. Zijn beide vriendjes ontsnapten ternauwernood aan de dood. De man zelf overleed enige tijd later in een ziekenhuis.

mogelijkheden, het sterk toegenomen aantal potentieel bij de behandeling betrokken specialisten wel voldoende ervaring blijft houden in de kindert traumatologie. Ze vrezen van niet. Daarom bepleiten ze om kinderen met ernstige ongevalsletsels niet in perifere ziekenhuizen op te nemen, maar in regionale traumatologische centra (8). De noodzaak van concentratie van de traumatologische zorg voor kinderen wordt eveneens bepleit in een recent uitgekomen rapport van de Gezondheidsraad (10).

#### Literatuur:

1. Bergink AH. Dodelijke privé-ongevallen bij kinderen in Den Haag in de periode 1978-1984. *Epidemiol Bul Grav* 1985; 20 nr 4: 15-21.
2. Friden LM. Persoonlijke mededeling.
3. Metz FJJM. De lijkschouw en het constateren van de dood. In: Cohen BAJ, Liefveld HJ. Inleiding tot de forensische geneeskunde. Tweede, geheel herziene druk. Kerckebosch BV: Zeist, 1990: 210.
4. Thien WMAH. Achtergronden privé-ongevallen met dodelijke afloop. *Med Contact* 1990; 45: 975-7.
5. Marinissen AH, Rogmans WHJ, Soet AW. Ongevalsrisico's in de woning. Spruyt, Van Mantgem & De Does BV: Leiden, 1982: 14.
6. Overledenen naar doodsoorzaak, leeftijd en geslacht 1987. Centraal Bureau voor de Statistiek. Voorburg, 1989.
7. Rogmans WHJ. Jonge kinderen en ongevalsrisico's buiten het verkeer. Spruyt, Van Mantgem & De Does BV: Leiden, 1984.
8. Stompedissel I, Coebergh JWW, Molenaar JC, Tibboel D. Kind en ongeval: dalende sterfte, andere zorg. *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134: 1741-5.
9. Burg-Beijk PC. Veiligheidskaarten, een waardevol hulpmiddel. *Tijdschr Jeugdgezondh* 1990; 22: 67-8.
10. Gezondheidsraad. Chirurgie bij kinderen. De noodzaak van concentratie. Advies uitgebracht aan de minister en de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. nr 1989/07. 's Gravenhage, 1989.

*Bij een niet-natuurlijke dood brengt de lijkschouwer, ingevolge artikel 29t van de Wet op de lijkbezorging, schriftelijk verslag uit aan de Officier van Justitie. Kopieën van deze verslagen worden zorgvuldig bewaard. Ook behoort de lijkschouwer de ambtenaar van de burgerlijke stand te waarschuwen. Deze ambtenaar mag in gevallen van een niet-natuurlijke dood alleen een verlof tot begraven of crematie afgeven als hij een verklaring van geen bezwaar van de Officier van Justitie heeft ontvangen (3).*

Met een woord van dank aan collega H. W. Hack, hoofd van de afdeling Gezondheidszorg van de GGD, voor de verleende steun bij de samenstelling van deze publikatie.

# Oor 'uitspuiten'

---

*A.H. Bergink, I. Burger en P.R.H. Vermeulen*

Een veel gehoord lekenadvies luidt: 'laat je oren eens uitspuiten'. In tegenstelling tot wat men zou vermoeden bewijst de praktijk dat deze aanbeveling in het algemeen goed wordt verstaan. In de regio Den Haag nemen huisdokter jaarlijks enige tienduizenden malen de spuit met lauw water en de ovalen bak ter hand. Helemaal ongevaarlijk is de behandeling overigens niet. Onderzoek wijst uit dat in twee procent van de gevallen complicaties optreden. En: er is geen verschil geconstateerd tussen het linker en het rechter oor.

De verrichting oor 'uitspuiten' is in tal van huisartspraktijken een veel voorkomende handeling. Ondanks dat vond hieromtrent in ons land tot dusver weinig systematisch onderzoek plaats. Gedurende 1990 is binnen het Huisartspeilstationsstelsel regio Den Haag onder andere de verrichting oor 'uitspuiten' geregistreerd\*.

Geïnterviewd is welk oor werd gereinigd, welke techniek werd toegepast, welke oorzaken in het geding waren, om welke indicatie het ging, wie de verrichting uitvoerde en of er al dan niet complicaties werden waargenomen. Vanzelfsprekend is ook opgevraagd van het geslacht en de geboortedatum van de betrokkene, mede met het oog op het traceren van recidieven.

## *Aantallen en incidenties*

Door de deelnemende huisartsen is gedurende 1990 2980 maal de verrichting oor 'uitspuiten' opgegeven. Bij 157 (5,3%) van de opgaven betrof het een recidief.

In ruim de helft van de consulten werden beide oren gelijktijdig behandeld. Wat betreft de frequentie was er geen verschil tussen het linker en het rechter oor. Corrigeren we voor de onderrapportage\*\* dan wordt deze verrichting in de huisartspraktijk in de regio Den Haag jaarlijks gemiddeld 75 à 80 maal uitgevoerd. Dit lijkt een alleszins plausibele uitkomst. Onlangs wees een omvangrijke enquête onder 289 huisartsen in Edinburgh en omgeving uit

---

### *Over de auteurs*

*Dr. A.H. Bergink, jeugdarts, voorheen werkzaam op de afdeling Jeugdgezondheidszorg, GGD Den Haag;*

*Mw. I. Burger, onderzoekmedewerker, vakgroep Epidemiologie van de afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Den Haag en P.R.H. Vermeulen, huisarts te Den Haag*

dat huisartsen aldaar jaarlijks bij gemiddeld 108 patiënten oorwas verwijderen (1). Uit het opgegeven inwonersaantal van deze regio kan echter worden opgemaakt dat de gemiddelde huisartspraktijk daar die in de regio Den Haag in grootte overtreft.

Beter is het het vóórkomen relatief te bekijken. In de regio Den Haag zijn in 1990 door de peilstationartsen bij 342 van de 10.000 patiënten de oren uitgespoten. Rekening houdend met de genoemde onder-rapportage komen we uit op 376 per 10.000. Dit laatste cijfer vertoont een frappante overeenkomst met het gemiddelde incidentiecijfer uit de landelijke Continue Morbiditeitsregistratie berekend over de periode 1971-1988 dat uitkwam op 380 per 10.000 per jaar (2).

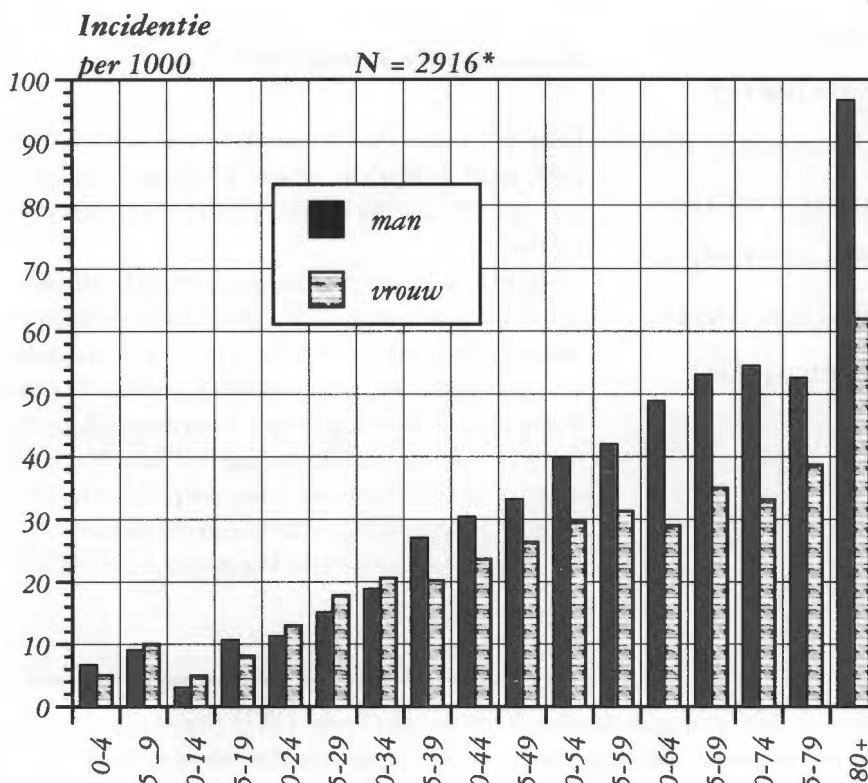
### Meer bij ouderen

De incidenties naar leeftijd en geslacht is weergegeven in figuur 1. Bij de leeftijdsgroepen beneden de 20 jaar is de incidentie relatief laag. Vanaf de leeftijdsgroep 20-24 jaar stijgt de incidentie in gelijke tred met de leeftijd, voor de mannen sterker dan voor de vrouwen. Alle leeftijdsgroepen te zamen zijn mannelijke patiënten wat vaker aan de behandeling onderworpen dan vrouwelijke. De percentages voor beide geslachten zijn berekend op 51% en 47% (2% onbekend).

Dat de incidentie hoger wordt naarmate de ouderdom toeneemt, is een welbekend feit. Hiervoor zijn verschillende verklaringen aan te voeren. *Oorwasophopingen* ontstaan heel geleidelijk. Jarelang kunnen proppen oorwas zonder klachten in de gehoorgang zitten. Pas als de proppen zo groot zijn geworden dat ze de gehoorgang geheel afsluiten, gaan ze last veroorzaken. Het duurt meestal vele jaren voordat een patiënt doof wordt of een dof gevoel in zijn oor krijgt en geneeskundige hulp inroept.

Een heel belangrijke factor is ook dat bij het ouder worden door een verslapping van de huid een *vernauwing* van de gehoorgang optreedt. Dit vergroot de kans dat oorwasproppen klachten gaan veroorzaken. Afsluitende oorwasproppen worden dan ook veelvuldig gezien bij 65-plussers. Bij een onlangs gehouden epidemiologische verkenning onder 226 geriatrische patiënten in een Engels ziekenhuis bleek 35% van hen dubbel- of enkelzijdige afsluitende oorwasproppen te hebben (3).

Met het toenemen van de ouderdom vermindert voorts de *geboorschepste*, in het bijzonder voor hoge tonen. Vele ouderen ondervinden last van deze ouderdoms-hardhorendheid en consulteren de huisarts. Als deze bij onderzoek tevens oorwasproppen vindt zal hij tot uitspuiting overgaan. Heel vaak verbetert door deze verrichting het gehoor, hoewel de ouderdoms-hardhorendheid blijft bestaan



figuur 1

de verrichting 'oor uitspuiten' naar leeftijd en geslacht. Regio Den Haag 1990

\* in 64 gevallen was de leeftijd niet bekend

indicaties over 'uitspuiten' (combinaties mogelijk). Regio Den Haag 1990

tabel 1

Indicatie	%
Doof	60
Cerumen	45
Trommelvliesbeoordeling	2,5
Corpus alieum	1
Anders	4
Onbekend	5

\* 15,5 % is combinatie doof en cerumen

en geleidelijk verergert. Vele bejaarden die de gunstige uitwerking van het uitspuiten hebben ervaren, zijn geneigd telkens weer naar hun huisarts te gaan met het verzoek deze behandeling te herhalen, omdat ze in de foute veronderstelling verkeren dat hierdoor ook hun ouderdoms-hardhorendheid verbetert. Ongetwijfeld hangen de zeer hoge incidentiecijfers voor de leeftijdsgroepen boven de 80 jaar hiermee samen.

### Indicaties

Tabel 1 geeft een overzicht van de indicaties. Het ligt voor de hand dat *doofheid* de belangrijkste indicatie vormt: 60%. Feitelijk zou deze indicatie voor 100% gecombineerd dienen te zijn met de tweede: *oorwas*. Alleen bij doofheid door een afsluitende oorwasprop is uitspuiten van de gehoorgang geïncideerd. Vele huisartsen zijn blijkbaar van mening geweest dat volstaan kon worden met de opgave van slechts één indicatie, want de combinatie doofheid én oorwas werd slechts in 15,5 % van de gevallen vermeld.

Een niet afsluitende oorwasprop kan overigens ook wel een indicatie vormen. Ook deze propfen kunnen klachten geven bij het douchen en zwemmen bijvoorbeeld. Als er water in het oor komt zwellen de propfen en geven dan tijdelijk een gevoel van verstoptheid van de gehoorgang. Ook veroorzaken niet afsluitende oorwaspropfen soms oorsuizen, jeuk en pijn.

In 2,5% van de gevallen zijn de oren gereinigd om de *trommelvlies* te kunnen beoordelen.

Een *corpus alieum* vormde in slechts 1% een indica-

tie tot oor uitspuiten. Menig jeugdarts zou dit percentage hoger hebben geschat. Nadere analyse naar de leeftijd leverde op dat in 6% van de 0-9-jarige patiënten een corpus alieum de aanleiding was geweest.

### Techniek

Figuur 2 laat zien welke techniek werd toegepast om de gehoorgang te reinigen. Zoals verwacht, werd in veruit de meeste gevallen uitsluitend de oorspuit gebruikt. In 18% van de gevallen zijn de oren eerst gedruppeld, alvorens ze zijn uitgespoten.

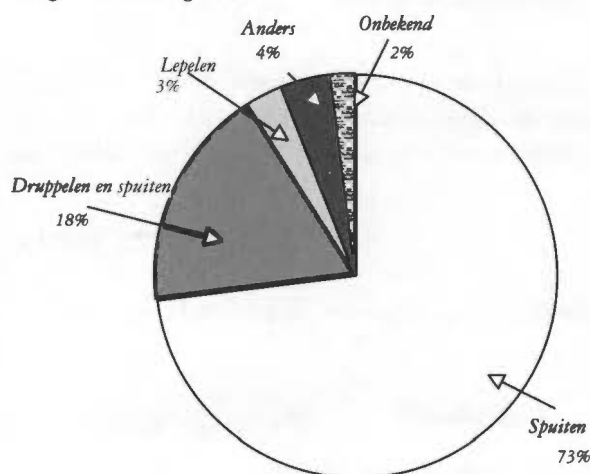
Op de vraag wie de oren uitspoot werd in 80% van de gevallen geantwoord de huisarts en in 20% de assistent.

### Complicaties

Vrijwel geen enkele medische behandeling is geheel zonder risico's. Ook bij het uitspuiten van een oor kunnen verwikkelingen optreden, vooral als de

figuur 2

toegepaste techniek bij het oor 'uitspuiten'. Regio Den Haag 1990



uitvoering niet lege artis geschiedt. Het gebruik van te warm of te koud water bijvoorbeeld en het spuiten met een te grote kracht en/of in een verkeerde richting vergroten de kans op onaangename bijverschijnselen. Niet voor niets is daarom het vóórkomen van complicaties geregistreerd. In 5% van de gevallen is sprake geweest van een complicatie.

Uit de analyse (tabel 2) blijkt evenwel dat het in bijna twee derde deel van de gevallen ging om het mislukken van de behandeling.



## Oren uitspuiten

Daarnaast zijn nog 59 (2%) andere complicaties gerapporteerd, waaronder 18 maal oorontsteking, 19 maal beschadigingen van de huid van de gehoorgang, 4 perforaties van het trommelvlies en 3 maal duizeligheid.

Dat bij het uitspuiten van de gehoorgang in 2% van de gevallen een complicatie is waargenomen, zal menig een tegenvallen. Uit het onderzoek in Edinburgh bleek dat verschillende huisartsen in het geheel niet op de hoogte waren van het feit dat oor uitspuiten tot verwikkelingen kan leiden (1). Het kwam herhaaldelijk voor dat na de behandeling verzuimd werd de gehoorgang en het trommelvlies te inspecteren.

KNO-artsen echter worden niet zelden geconfronteerd met ernstige complicaties. Volgens Sharp en anderen treedt in één op de duizend ooruitspuitingen een ernstige complicatie op die specialistische behandeling vereist. Berucht zijn vooral de ernstige vormen van otitis externa na het uitspuiten van het oor met water besmet met *Pseudomonas aeruginosa*. Recentelijk is van verschillende kanten nog eens de aandacht gevestigd op het ontstaan van ernstige *Pseudomonas* infecties als complicatie van het oor uitspuiten (4)(5).

### Fysiologisch proces

'Je mag je oren wel eens laten uitspuiten' wordt nogal eens geadviseerd aan iemand die niet hoort wat er gezegd wordt. Dat zo'n advies lang niet altijd het ene

oor in en het andere oor uitgaat bewijst dit onderzoek. In de gezondheidsregio Den Haag worden jaarlijks bij enkele tienduizenden mensen de oren uitgespoten. Ophopingen van oorwas komen dus veel voor. Zoals ook bij dit onderzoek bleek is slechts in een betrekkelijk klein deel een te sterke afscheiding of een abnormale aard van de oorwas of de gehoorgang de oorzaak van het ongemak. Normaliter valt oorwas vanzelf in stukjes uit het oor, daar deze substantie alleen in het buitenste deel van de gehoorgang wordt gevormd. De afscheiding van oorwas is een normaal fysiologisch proces en geen ziekelijke afwijking, een opvatting die nogal eens gehuldigd wordt door patiënten die herhaaldelijk hun huisarts benaderen met het verzoek om hun oren uit te spuiten.

### Niet peuteren

Als oorwas diep in de gehoorgang zit, is het smeren naar binnen geduwd door het gebruik van wattenstokjes, luciferhoutjes, gedraaide puntjes van zak- en handdoeken, paperclips of allerlei andere puntige voorwerpen. Oorwas dieper in de gehoorgang rolt niet zo gemakkelijk naar buiten. Een ondeugdelijke wijze van reiniging met behulp van harde voorwerpen kan bovendien aanleiding geven tot eczeem. Ter afsluiting lijkt het daarom niet overbodig te waarschuwen dat al deze voorwerpen uit den boze zijn. Het schoonmaken van het oor dient beperkt te blijven tot de oorschelp en de buitenopening van de gehoorgang. In de jeugdgezondheidszorg wordt ouders ontraden met behulp van wattenstokjes of andere puntige voorwerpen de gehoorgangen van hun kind te reinigen. Bij de voorlichting over lichaamsverzorging aan ouderen zijn deze adviezen nog harder nodig.

### Zorgvuldigheid

Uit het onderhavige onderzoek valt nog een tweede belangrijke conclusie te trekken. De verrichting oor 'uitspuiten' blijkt niet zo onschuldig te zijn als algemeen wordt verondersteld. In 2% van de gevallen is een complicatie geconstateerd, de mislukkingen buiten beschouwing gelaten. Er dient daarom meer aandacht gegeven te worden aan de potentiële gevaren van deze verrichting. Iatrogene complicaties dienen zo veel mogelijk te worden voorkomen door een juiste indicatiestelling en door een correcte technische uitvoering. Ook de spuit moet van goede

tabel 2

complicatie oor 'uitspuiten'. Regio Den Haag 1990

Complicatie	abs.	%
Mislukt	91	61
Ontsteking	18	12
Huidlaesie	19	13
Perforatie	4	3
Duizelig	3	2
Anders	5	2
Onbekend	10	6
<b>Totaal</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

kwaliteit zijn. De cilinder mag niet hokken en de tip moet goed op de spuit zijn bevestigd (6). Als assistentes met de uitvoering worden belast, dienen ze goed geïnstrueerd te zijn. Na uitspuiting is het noodzakelijk de gehoorgang te inspecteren en het trommelvlies te spiegelen. Als de gehoorgang schoon is moet hij zorgvuldig worden gedroogd met watjes op een wattendrager.

#### Literatuur:

1. Sharp JF, Wilson JA, Ross L, Barr-Hamilton RM. Ear Wax Removal: a Survey of Current Practice. Br Med J 1990; 301: 1251-3.
2. Lisdonk EH van de, Bosch WHJM van den, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM (red). Ziekten in de huisartspraktijk. Wetenschappelijke uitgeverij Bunge: Utrecht, 1990: 131-2.
3. Lewis-Cullinan C, Janken JK. Effect of Cerumen Removal on the Hearing Ability of Geriatric Patients. J Adv Nurs 1990; 15: 594-600.
4. Rubin J, Yu VL, Kamerer DB, Wagener M. Aural Irrigation with Water: a Potential Pathogenic Mechanism for Inducing Malignant External Otitis? Ann Otol Rhinol Laryngol 1990; 99: 117-9.
5. Ford GR, Courteney-Harris RG. Another Hazard of Ear Syringing: Malignant External Otitis. J Laryngol Otol 1990; 104: 709-10.
6. Jongkees LBW. Uitspuiten van de gehoorgang. Ned T Geneesk 1971; 115: 614-5.

*\* In het Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag verzamelden huisartsen in de periode 1984-1990 epidemiologische gegevens over ziektebeelden en gebeurtenissen. In 1990 hebben 54 huisartsen deelgenomen (43 praktijken). Voor Den Haag namen 29 huisartsen deel, voor Leidschendam 3, voor Rijswijk 7, voor Voorburg 4, voor Wassenaar 3 en voor Zoetermeer 8. 13-31% van de bevolking in de deelnemende gemeenten is in het huisartspeilstation vertegenwoordigd. Bij de samenstelling van de groep huisartsen is er naar gestreefd de gezamenlijke praktijkpopulaties voor iedere gemeente representatief te laten zijn voor leeftijd, sociaal-economisch niveau en percentage migranten.*

*\*\* De registratie is in 1990 in ongunstige zin beïnvloed door een circulaire die in juli is verzonden, waarin melding werd gedaan van de beëindiging van het systeem met ingang van 1 januari 1991. Zo daalde na 1 juli het aantal opgegeven gevallen van oor 'uitspuiten' met gemiddeld 20% per maand.*

# korte berichten

Onder redactie van  
I. Burger

## Onderzoek in het kort

### Haagse vrouwen bevallen minder thuis

In Nederland vinden 38% van de bevallingen thuis plaats. Vanaf het tweede kind en bij moeders in de leeftijdsgroep 25-34 jaar valt de keuze thuis te bevallen vaker positief uit.

In gemeenten met meer dan 100.000 inwoners blijken moeders minder vaak thuis te bevallen (21%).

Met uitzondering van Amsterdam is dit beeld in de vier grote steden nog sterker.

	% thuis
Amsterdam	20
Utrecht	16
Rotterdam	14
Den Haag	10

In Den Haag zijn de bevallingen veruit het meest gehospitaliseerd (Maandbericht Gezondheid CBS, 1990/12 en 1991/2).

### CARA

Naar schatting zijn er momenteel ca. 445.000 CARA-patiënten (astma, chronische bronchitis en emfyseem) bij de huisarts bekend, ofwel 3% van de Nederlandse bevolking.

De prevalentie van CARA onder mannen stabiliseert zich in tegenstelling tot die onder vrouwen. CARA, als primaire doodsoorzaak, neemt zowel voor mannen als voor vrouwen toe. Veranderingen in de prevalentie en het sterfjepatroon blijken parallel te lopen met het rookgedrag. Mogelijk vertaalt zich dit de komende 15 jaar bij mannen in een daling in de prevalentie en de sterfte.

Tenslotte bestaan er aanwijzingen voor een stijging in de prevalentie van en sterfte door astma (Chronische ziekten in het jaar 2005: scenario's over CARA 1990-2005. Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Bohn Stafleu van Loghum: Houten, 1990).

### AIDS

De afdeling Infectieziekten en Hygiëne van de GGD Den Haag doet momenteel onderzoek bij mensen met (symptomen van) AIDS. Onderwerp zijn hun ervaringen met de zorgverlening en allerhande psycho-sociale gevolgen in het dagelijkse functioneren. Ongeveer 20 mensen worden hiertoe in de regio Den Haag op vrijwillige basis geïnterviewd.

## Actuele informatie

### Cursus epidemiologie

Door de vakgroep epidemiologie en gezondheidszorgonderzoek van de rijksuniversiteit in Limburg wordt in het najaar een cursus epidemiologisch onderzoek: opzet en interpretatie gegeven. De cursus is bestemd voor verpleegkundigen, fysiotherapeuten, artsen, GVO-functionarissen, so-

ciaal-geneeskundigen en beleidsmedewerkers in de intra- of extramurale zorg (Informatie: mw.dr.s. F. Hein 043 - 88 73 96).

### Studieboek

Onlangs is de tweede herziene druk verschenen van het studieboek 'Epidemiologisch onderzoek: opzet en interpretatie'. Zoals de titel zegt, ligt de nadruk vooral op het opzetten en interpreteren van epidemiologisch onderzoek en minder op de statistische analyse van onderzoeksgegevens. Het is goed bruikbaar voor universitaire en HBO-opleidingen in de gezondheidszorg. De auteurs hebben zich vooral laten leiden door de visies van corffeeën als Miettinen, Feinstein, Kelsey, Rothman, Sackett, Weinstein en Fineberg (Bouter LM, Dongen van MCJM. Epidemiologisch onderzoek: opzet en interpretatie. Bohn Stafleu van Loghum BV: Houten 1991. ISBN 90 313 1218 5).

### Symposium

Op 7 juni 1991 organiseert de Dienst Welzijn (sector GGD) een symposium over aspecten van volksgezondheid in Den Haag voor raadslieden, ambtenaren en vertegenwoordigers van particulier initiatief. Aandacht wordt besteed aan zaken als:

- bouwen aan gezondheid;
- gezonde stad en leefbare wijken;
- gezondheidszorg onder druk;
- gezond ouder worden;
- bewonersparticipatie;
- public-private-people-partnership;

- uitdagingen voor politiek en management;
- het recht op gezondheid.

### Volksgezondheid

De Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap en het Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg organiseren 23 augustus a.s. een conferentie met de titel: 'Public Health in the United States and in Europe, is there a difference?' (Informatie: QTL/congrex, Keizersgracht 782, 1017 EC Amsterdam, 020 - 626 13 72).

---

## Voorlichting —

### 'Een etertje tussen twee culturen in de praktijk'

De afdeling Jeugdgezondheidszorg van de GGD heeft een handleiding samengesteld die gebruikt kan worden bij voedingsadviezen voor Turkse, Marokkaanse en Surinaamse 4-19-jarigen bij gezondheidsproblemen die met de voeding samenhangen. In concreto worden rachitis, reizigersdiarree, ijzergebreksanaemie, cariës en lactose-intolerantie besproken. Onder andere worden praktische adviezen omtrent het voedingsgedrag van deze groepen migranten gegeven, aangevuld met een lijst van beschikbaar voorlichtingsmateriaal. Geïnteresseerden kunnen de handleiding voor f 7,50 (excl. verzendkosten) in bezit krijgen (070 - 361 93 85).

### Stop-met-roken-cursus

Op 15 april jl. is de tweede Stop-met-roken-cursus begonnen. Deze cursus vindt in samenwerking met het Haags Kruiswerk in het GGD-gebouw plaats. Een volgende cursus zal in de 'wijk' gegeven wor-

den. Belangstellenden voor deze cursus kunnen zich opgeven bij de vakgroep GVO van de GGD: 070 - 361 94 56.

### Buitenlands peuterboek

Het buitenlands peuterboek is door de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg en het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders ontwikkeld en gepresenteerd op 27 mei jl. Het sluit aan op het buitenlands babyboek. Het is bestemd voor Turkse, Marokkaanse, Chinese en Vietnamese ouders (te bestellen: 03405 - 9 62 11).

---

## Aangifte infectieziekten —

Op pagina 28 geven we een overzicht van de aangifte infectieziekten in de vier gebieden (Den Haag, Voorburg-Leidschendam, Wassenaar, Zoetermeer en Rijswijk). Eénmaal per jaar wordt de opgave per gemeente gespecificeerd. Draagt u zorg voor een tijdige en juiste aangifte van de infectieziekten die zich in uw praktijk voordoen?

Onderstaand volgt enige relevante casuïstiek.

De besmettingen van de 2 patiënten met febris typhoidea vonden beide in Pakistan plaats.

Van de 10 hepatitis A-patiënten werd 1 persoon via een buurkind besmet. Twee andere liepen de besmetting in het buitenland op, één in Turkije en één in Portugal.

2 patiënten werden met malaria falciparum aangegeven. Een van beide, een Nederlandse woonachtig in Ivoorkust, had geen profylaxe gebruikt.

De 4 patiëntjes met meningococcosis waren jonger dan zes jaar. Een snelle aangifte kan ongerustheid bij ouders en op scholen voorkomen.

De Veterinaire Inspectie werd ingeschakeld bij de patiënt met ornithosis/psittacosis.

7 restaurantgasten van een gezelschap van 14 mensen kregen voedselvergiftigingsklachten. De Keuringsdienst van Waren werd ingeschakeld.

Een besmetting van de legionella pneumonie kan worden veroorzaakt door leidingwater met een temperatuur kouder dan 15 °C of door onvoldoende reinigend vermogen van de airconditioning.

### Erratum

Op pagina 27 van het maartnummer werd gesproken over het Tijdschrift Gezondheid en Preventie dit moet zijn Gezondheid en Politiek.

---

### Aan deze rubriek werkten mee:

W. Beaumont;  
Mw. N. Goede;  
Mw. R. Groen (GGD, Zoetermeer);  
Mw. F.E. de Jongh-Wieth;  
Mw. J.C. Leegsma (GGD, Rijswijk);  
Mw. W.J.J. Ong-de Jongste;  
Mw. J. Wijkmans;  
K.B. Yap (GGD, Voorburg-Leidschendam).

---

# Overzicht aangifte infectieziekte regio Den Haag

Aangifte infectieziekten naar meest voorkomende besmettingsbron en onderverdeeld naar *voornaamste* besmettingsweg

bron	besmettingsweg	ziekte	1991 1e kw	1991 2e kw	1991 3e kw	1991 4e kw	1990 t/m 1e kw	1991 t/m 1e kw
mens	inhalatie	difterie (B)						
		lepra (B)						
		meningococcosis (B) *	8				10	8
		morbilli (B)						
		(atyp.) pertussis (B) **	1				11	1
		rubella (B)	1					1
		tuberculosis (B)	24				46	24
		parotitis epidemica (C)						
	sexueel contact	gonorrhoea (C)	88				99	88
		syphilis prim./sec. (C)	2				7	2
		syphilis congenita (C)						
	sexueel contact/bloed	hepatitis B (B) (1)	5				7	5
		HIV-infectie/Aids (1) ***	17					114 <sup>o</sup>
	faecaal-oraal	poliomyelitis (A) (2)						
hepatitis A (B) (3)		12				13	12	
dysenteria bacillaris (B) (3)		2				4	2	
huid/kleding/bed	scabies (B) (4)	4				2	4	
dier	inhalatie (faecaal materiaal)	ornithosis/psittacosis (B)	2					2
		Q-fever (B) (5)						
	insectebeet	lassakoorts e.a. vormen van Afr. vir. haem. koorts (A)						
		febris recurrens (B)						
		gele koorts (B)						
		malaria (B)	2				8	2
		typhus exanthematicus (B)						
	beet/speeksel	rabies (A)						
		pest (A)						
	aanraking	anthrax (B)						
		rularemia (B)						
		brucellosis (B) (5)						
	omgeving	inhalatie	legionella pneumonie (B)	1				2
cholera (B)								
consumptie		trichinosis (B)						
		voedselvergiftiging (B)	12				5	12
		febris typhoidea (A)	2					2
		paratyfus B (B)						
		botulisme (B) (6)						
contact (water/grond/dier)		leptospirosis (B)						
wondcontact (water/grond/beet)	tetanus (B)							
totaal		166				214	166	

- (A) (B) (C) traditionele categorie-aanduiding  
 \* samenvoeging meningitis cer. epid. en men. sepsis  
 \*\* samenvoeging pertussis en atypische pertussis  
 \*\*\* niet aangifteplichtig, bekend bij de GGD  
 (1) ook besmetting door medisch handelen/prikaccidenten  
 (2) ook aerogene besmetting

- (3) ook besmetting via water/voedsel  
 (4) soms besmetting via beddegoed  
 (5) ook besmetting door consumptie rauwe melk(producten)  
 (6) ook wondbesmetting  
 ° cumulatief, vanaf de eerste melding