

epidemiologisch bulletin

*tijdschrift voor volksgezondheid en
onderzoek in Den Haag*

inhoud

volksgezondheid

Patiënt en stelselwijziging

Toename van cariës bij de jeugd

epidemiologie

Sterfte aan hart- en vaatziekten in Den Haag

Influenza, vóórkomen en preventie

Hoofdluis in Den Haag daalt niet verder

Consultatie huisarts i.v.m. borstkanker

en verder o.a.

Korte berichten

jaargang 27, 1992

nummer 1

epidemiologisch bulletin

i n h o u d

In memoriam Peter J.-W. Soetekouw

3

Volksgezondheid

Patiëntenvertegenwoordigingen en stelselwijziging

4

- A. Pols

Toename van cariës bij de jeugd

Wat kan de GGD eraan doen?

9

- H. Westerhof

Epidemiologie

Sterfte in de grote stad

Opmerkelijke cijfers over de totale sterfte en de sterfte aan hart- en vaatziekten in Den Haag 12

- H.W.A. Struben

Influenza, vóórkomen en preventie

20

- G.R. de Wildt

Hoofdluis in Den Haag daalt niet verder

25

- Mw. J.A.M. Reuser, Mw. I.A. Oldersma en Mw. F.A. Liezenga

Consultatie van de huisarts i.v.m. borstkanker in 1990

Het jaar van de implementatie van het bevolkingsonderzoek op borstkanker 28

- Mw. I. Burger

Korte berichten

32

Maart 1992
27ste jaargang nr. 1

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, arts-epidemioloog (hoofredacteur); F.M.G. Brandts, arts; Mw. I. Burger; M.F. Cox, arts; Mr. H.R. Lingen; Prof.dr. W.J. Schudel; Mw. J.M. Vroom-Jongerden (korte berichten).

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

Correspondenten

Dienst Welzijn:

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

M.M. Malschaert, bestuursadviseur, Den Haag
D.C. Kaasjager, arts, ministerie van WVC
Mw. M.J.Th. Lutjenhuis, huisarts te Den Haag
C.T. Benningshof, arts, 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. v.d. Maesen, SISWO
Mw. H.M. Sachse-Bonhof, arts, GGD Rijswijk
J. van der Kamp, BaGD Zuidwest Friesland
Dr.Ir. T. de Vries, Prov. Raad voor de Volksgezondheid Zuid-Holland
Mw. F.L. van Leeuwen, Haags Kruiswerk

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 ex.

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.

In memoriam Peter J-W. Soetekouw

Op 16 december van het vorige jaar is Peter J-W. Soetekouw door een noodlottig ongeval om het leven gekomen. Peter was als sociaal-geneeskundige werkzaam bij de GG en GD in Zoetermeer. Ook was hij correspondent van het Epidemiologisch Bulletin.

Wie Peter Soetekouw heeft gekend zal hem vooral in herinnering houden als die warme persoonlijkheid met de gulle lach, die menige bijeenkomst tot een blijmoedige gebeurtenis wist te maken. Als geen ander kon hij heel serieuze zaken van een atmosfeer voorzien die de bespreking ervan tot een plezier maakte.

Niet minder was hij een scherp analyticus en ook droeg hij steeds zeer creatief bij aan oplossingen van allerlei problemen van volksgezondheid in onze regio. Hij had het vermogen om over de grenzen van zijn vak, van de instelling waar hij werkte en zijn eigen werkgebied heen te kijken. Daarmee werd Peter een belangrijke persoonlijkheid niet alleen voor de volksgezondheid in Zoetermeer, maar ook voor de hele regio Haaglanden.

Vanuit de redactie van het Epidemiologisch Bulletin, en vanuit de GGD Den Haag, hebben we met Peter steeds intensief samengewerkt. Hij was destijds één van de motoren die ervoor hebben gezorgd dat ook de huisartsen in Zoetermeer en in andere regiogemeenten betrokken werden bij het huisartspeilstationsysteem. Over huisartspeilstationsystemen verscheen van zijn hand een zeer gedegen studie waarin hij de geschiedenis, de hedendaagse betekenis en de toekomst van dit epidemiologisch instrumentarium behandelde.

Met verve heeft hij zich steeds ingezet voor de opbouw van het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker en borstkanker in de regio.

Zijn regionaal denken over volksgezondheid kwam mede tot uitdrukking in zijn wens om het Epidemiologisch Bulletin van Den Haag om te dopen tot Epidemiologisch Bulletin Haaglanden.

Peter Soetekouw was een positieve en vernieuwende kracht voor de volksgezondheid in onze regio. Hij was een warm mens en een fijne collega, waarmee het zeer plezierig samenwerken was. Ook wij zullen hem erg missen.

De redactie.

Patiëntenvertegenwoordigingen en stelselwijziging

A. Pols

Ziekenfonds Haaglanden heeft in het Epidemiologisch Bulletin omstandig laten weten hoe de toekomst er naar zijn idee, na invoering van het plan-Simons, uit gaat zien. De huisartsen hebben erop gereageerd. Maar het gaat allemaal om de patiënten. Wie zijn dat eigenlijk en hoe zijn ze in Den Haag georganiseerd? Over certificaten, Russische auto's, subsidies en volwaardig gesprekspartnerschap. 'We zitten hier met zegge en schrijve één full-time kracht.'

'In een democratische en beschaafde samenleving moeten zorgverzekeraars sociale verzekeraars zijn.' H.C. van der Hoeven, sinds zijn vertrek als directeur van het Haagse ziekenfonds Azivo in 1986 voorzitter van Patiëntenkracht, haalt met instemming de uitspraak van staatssecretaris Simons (volksgezondheid) aan. 'En als ik het verhaal van de directeur van Haaglanden, de heer Luchtmeijer (Epidemiologisch Bulletin nr. 2, 1991) lees vraag ik me af of er vanuit het oogpunt van de patiënt aan die voorwaarde zal worden voldaan.'

'Clusters'

Patiëntenkracht is een vereniging die is opgericht door verzekerden van Azivo, toen de rijksoverheid in 1982 besloot tot bijbetalingen door ziekenfonds-verzekerden. Overigens staat de vereniging open voor iedereen. Ze telt vierhonderd leden, een bescheiden aantal. Maar Van der Hoeven kan als plaatsvervangend lid in de Ziekenfondsraad wel zijn stem laten horen voor de patiënten, die hij door zijn verleden als ziekenfondsdirecteur nog steeds geregeld abusievelijk 'verzekerden' noemt. 'Ik noem in dit verband de mogelijkheid als het extra honoreren van huisartsen als ze terughoudend zijn in hun verwijzingen naar de specialist, zoals Luchtmeijer oppert. Vanuit de optiek van de patiënt lijkt me dat een uiterst twijfelachtige zaak. Het is precies het omgekeerde van de autodealer die een premie krijgt bij het verkopen van veel auto's. Je moet je in dit geval wel realiseren dat het de patiënt zou kunnen schaden. Misschien is het van belang dat zo'n patiënt door de specialist wordt onderzocht, terwijl de arts wegens zijn extra honorering besluit niet te verwijzen.'

Een zelfde bezwaar heeft Van der Hoeven tegen het vormen van 'clusters' van huisartsen, die elk een mini-specialisme bedrijven. Naar het idee van Luchtmeijer zouden die huisartsen afzonderlijk elk een kleine taak van de specialist moeten overnemen, zodat de patiënt niet hoeft te worden doorverwezen naar het ziekenhuis om daar vervolgens langere tijd onder behandeling te blijven. De ene huisarts zou zich dan kunnen specialiseren in het plaatsen van een spiraaltje, zodat een patiënte daarvoor niet naar de gynaecoloog hoeft, een ander zou zich de handvaardigheid kunnen eigen maken om kleine chirurgische ingrepen te doen. Weer een ander zou cardiogrammen moeten kunnen lezen. 'Het lijkt een beetje op de lopende band naar het model van Adam Smith, de econoom en moraalfilosoof. Iedereen doet een deeltje, dat gaat sneller en efficiënter. Maar zelfs in de auto-industrie wordt nu wel ingezien dat het beter is als de werknemer uiteindelijk medeverantwoordelijkheid draagt voor het totaalprodukt. Waarmee ik maar wil aangeven dat voor de patiëntenbeweging de goede zorg voorop blijft staan.'

Ivoren toren

R. de Boer, sinds 1 januari van dit jaar voorzitter van het Regionaal Patiënten/Consumenten Platform Den Haag (RPCP) en nog steeds adviseur voor het Gewest op het gebied van gezondheidszorg, meent dat de 'openheid' van Luchtmeijer te waarderen is. 'Laten we wel wezen. Vroeger zaten directie en bestuur van een ziekenfonds toch in een ivoren toren. De medewerkers, zoals artsen, apothekers en specialisten hadden wel iets te vertellen, maar de patiënten niet. Uit het verhaal van Luchtmeijer maak ik in elk geval op dat hij de patiëntenorganisaties een rol toedicht.' 'Natuurlijk,' zegt De Boer, 'de zorgverzekeraars zullen zich gaan profileren. Je ziet nu al een enorme schaalvergroting. Tot mijn verbazing heeft Simons al toegestaan dat een ziekenfonds landelijk gaat opereren. Ik denk in dat licht dat we achteraf bijzonder blij mogen zijn dat de lange tijd boven de markt hangende fusie tussen Azivo en Haaglanden uiteindelijk niet is doorgegaan. Want dat betekent dat die twee ziekenfondsen in elk geval nog echt kunnen concurreren. Ze kunnen zich nu tegenover elkaar gaan profileren en dat is een goede zaak voor de patiënt. Zo is het leuk dat Azivo voor haar verzekerden nu zelf een onderzoek naar baarmoederhalskanker is begonnen. Als er echt sprake zou zijn van een monopoliepositie, zou er moeilijk wat tegen zo'n verzekeraar in te brengen zijn.'

Het RPCP is pas anderhalf jaar bezig en probeert de belangen van een grote veelvormigheid aan verenigingen onder één noemer te krijgen. Zo vertegenwoordigt het Platform de categorale verenigingen, die in het algemeen de belangen behartigen van patiënten met een specifieke kwaal (bijvoorbeeld diabetes, reuma en epilepsie). Verder zijn de ouderenbonden vertegenwoordigd, die meer moeten worden gezien als belanghebbende consumenten van de gezondheidszorg en plaatselijke afdelingen kennen. Voorts heeft 'de psychiatrie' een stem in de vorm van bijvoorbeeld de Cliëntenbond en Ypsilon en dat geldt eveneens voor de patiëntenraden van psychiatrische ziekenhuizen. Ook ouderverenigingen van zwakzinnige pupillen zijn vertegenwoordigd. En voor het overige zijn er de algemene patiëntenclubs, zoals Patiëntenkracht en de Nederlandse Patiënten Vereniging. Alles bij elkaar gaat het om de regionale bundeling van een veertigtal organisaties, die allerlei sectoren representeren.

Op landelijk niveau heeft het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform inmiddels een werkgroep ingesteld die de gevolgen van het plan-Simons voor de patiënt bestudeert. Op regionaal niveau wordt daarover meegedacht. 'We moeten ons bijvoorbeeld storten op de vraag wat het vervallen van een contractverplicht van huisartsen, specialisten, apothekers enz., betekent voor de keuzevrijheid van de patiënt. Kan iemand onder behandeling blijven van een arts, als die geen contract heeft bij zijn verzekeraar? Of iets anders: hoe verhoudt één en ander zich met de eenwording van Europa in 1992, als elke arts zich in principe in ons land zou kunnen vestigen?'

Oud-kamerlid voor de PvdA H.H. Drenth, die namens de patiënten zitting heeft in de Haagse gemeentelijke vestigingscommissie voor huisartsen, is overigens niet bevreesd dat er een heel andere praktijk gaat ontstaan nu zorgverzekeraars met ingang van 1 januari 1992 niet langer de plicht hebben contracten aan te gaan met huisartsen onder toezicht van de gemeentelijke commissie. 'Ik verwacht dat alle huisartsen die nu een contract hebben dat ook zullen houden. Ik geloof niet dat een ziekenfonds als Haaglanden het vervallen van de contractverplicht als een instrument zal gaan gebruiken om allerlei vernieuwingen door te drukken. Wellicht zal met een enkele arts met wie er al jaren problemen zijn het contract niet worden gecontinueerd, maar voor het overige denk ik dat de commissie gewoon zal blijven functioneren, ook als dat

Patiëntenvertegenwoordigingen

door de rijksoverheid niet langer wordt opgelegd. Ook de ziekenfondsen hebben in het verleden ingezien dat die commissie toch een duidelijk ordening heeft aangebracht.'

Kwaliteitsnota

De Boer: 'Een heel belangrijk punt is natuurlijk de planningsbevoegdheid die gemeenten en provincies hadden. Wat gebeurt er als zorgverzekeraars die overnemen? Op lokaal niveau konden vestigingsvergunningen voor huisartsen worden afgegeven. En ik denk dat dat een goede zaak was. In regionaal of lokaal verband is natuurlijk het best bekend wat de behoefte van de bevolking ter plaatse is. Als ik de kwaliteitsnota lees, begrijp ik dat de taak om de kwaliteit van de zorg te handhaven straks voor de provincie is weggelegd. Als de geboden kwaliteit tekort schiet kan een aanwijzing worden gegeven, zodat die wordt verbeterd. Een ander punt: de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg komt in eerste instantie bij de aanbieders te liggen. Wat wordt dan de rol van de patiënt hierin?'

Wijkgericht

De Boer deelt de kritiek van Van der Hoeven op de mini-specialismen van huisartsen, zoals Luchtmeijer die heeft voorgesteld. 'Naar zoiets moeten we toch echt goed kijken. Als iemand een hartkwaal heeft, meen ik dat een cardioloog daarnaar moet kijken, met alle respect voor de huisarts. Dat is bijvoorbeeld een punt waarover we in discussie moeten met de huisartsen. Ons streven is niet een dergelijke aanpak. We streven veeleer naar een wijkgerichte gezondheidszorg en daarover zouden we dus weer in discussie moeten met de zorgverzekeraars.'

Karin Plantinga, coördinator en beleidsmedewerker van het RPCP: 'Je moet je toch goed realiseren dat de macht echt komt te liggen bij de verzekeraars. En daar maken we ons wel zorgen over. Zeker op het punt van dat marktgericht denken. Efficiëntie is prima, maar je kunt onder dat motto natuurlijk geen mensen uit de boot laten vallen.'

De Boer: 'Een zelfde tendens dreigt met de zogeheten villa-geneeskunst. Je huurt een hotel af, richt daar een operatiekamer in en je gaat eenvoudige chirurgische ingrepen doen. Dat kan goedkoop, je pikt gewoon de krenten uit de pap, maar niemand weet precies wat de gevolgen voor de gezondheidszorg als

geheel zijn, al kun je die aardig raden. Er moeten dus - zo vinden wij - waarborgen komen voor een goede patiëntenzorg, toegankelijkheid, privacy en bereikbaarheid. De grote vraag is natuurlijk hoe de patiëntenbeweging als derde partij zich in die discussie kan mengen. Het merkwaardige is dat men het steeds heeft over de twee grootmachten, verzekeraars en aanbieders. Ik noem onze organisatie dus de derde partij, maar het lijkt me voor de hand te liggen dat de patiënt eigenlijk op de eerste plaats zou moeten komen.'

'Grote vraag,' zegt Karin Plantinga, 'is natuurlijk hoe we dat waar kunnen maken. Het landelijk platform is er al lang mee bezig, maar ook op regionaal niveau moeten we een gesprekspartner worden.'

De Boer: 'Het vervelende is dat in het nieuwe stelsel ook de rol van de gemeente is uitgehold. Volgens de Nota Kwaliteit van Zorg krijgt de provincie een groot aantal bevoegdheden. Voor grote steden als Den Haag lijkt ons dat toch een verkeerd bestuursniveau. Naar mijn idee moet de 'regio-visie' bepalend zijn. En ik heb het gevoel dat Simons die opvatting wel wil overnemen. Als de zaak op regionaal niveau wordt geregeld heb je als patiëntenbeweging nog overzicht en kun je aan de bel trekken als de zaak de spuigaten uitloopt.'

Het RPCP is nu anderhalf jaar bezig en vooral doende geweest de afzonderlijke verenigingen op één lijn te krijgen. Van der Hoeven: 'Dat is ook geen gemakkelijke klus. De patiëntenbeweging is van oudsher een lappendeken, door het categoriale karakter. En bij alles wat de overheid doet zullen die clubs logischerwijs ook eerst naar de gevolgen kijken voor hun eigen leden. Maar er zijn natuurlijk gezamenlijke belangen. Ik noem informatievoorziening, wachtlijsten en klachtrecht.'

Maar wat vindt het RPCP van de opmerking van Luchtmeijer dat binnen de besturen van ziekenfondsen voldoende ruimte is om de stem van de patiënt te laten horen? 'Dat lijkt me niet de meest effectieve weg', zegt Karin Plantinga. 'Je blijkt dan toch niet meer dan een luis in een pels te zijn. Bovendien moet je je dan niet beperken tot het bestuur van de zorgverzekeraar. Je zou ook in het bestuur van instellingen zoals ziekenhuizen moeten gaan zitten. En zou je je beperken tot dergelijke besturen, dan ontkom je er ook niet aan je te committeren aan allerlei besluiten, terwijl ik vind dat de patiëntenbeweging een onafhankelijke posi-

tie zou moeten hebben. Zo'n idee als Luchtmeijer lanceert heeft toch wel erg veel weg van gewoon inpakken.'

Tegen het licht

Van der Hoeven houdt nog een aantal ideeën van de directeur van Haaglanden tegen het licht. 'Een punt waar ik van opkijk is het idee om de dokters-nachtdienst te situeren in een ziekenhuis. Wie enig historisch besef heeft herinnert zich dat de dokters-nachtdienst, voordat ze in de Vondelstraat kwam, in het Westeinde Ziekenhuis zat. Dat is helemaal misgelopen ondanks grote inspanningen van dokter Burger, de voorzitter van de doktersnachtdienst. Er ontstonden conflicten tussen specialisten van de eerste hulp en de huisartsen over de vraag wie de patiënt nou eigenlijk moest behandelen.'

'Als het om goedkoop werken gaat, moet ik zeggen, dat ik ook niet al te gelukkig ben met die Poolse gebitskronen, waarnaar Luchtmeijer verwijst. Hoe je het ook wendt of keert, Poolse gebitskronen hebben hetzelfde kenmerk als Russische auto's: voor de westerling is het allemaal achterhaalde techniek. Bij onze vereniging zijn dan ook nogal wat klachten binnengekomen van mensen die allergisch waren voor de stof die in die kronen wordt gebruikt. Dat zou trouwens ook voor Nederland gelden. Als je met de goedkoopst werkende tandtechnici in zee gaat loop je evengoed het risico dat er ondeugdelijk materiaal wordt gebruikt. Met die optometrist is het verhaal natuurlijk niet anders. Ik hoeft - denk ik - niemand uit te leggen dat de oogarts toch de eerst aangewezen is om vast te stellen of iemand al dan niet een oogafwijking heeft.' aldus van de Hoeven. 'Het is onzin om te zeggen dat Luchtmeijer helemaal ongelijk heeft. Voor sommige patiënten is een lage premie van groter belang dan een optimale zorg, dat is duidelijk. Dat is de tegenstelling tussen jonge, gezonde verzekerden en oudere, chronische patiënten. De eerste groep wil een lage premie, de tweede goede zorg. Het is de kunst van de zorgverzekeraar tussen die twee polen een balans te vinden. Kiest hij teveel voor de lage premie, dan schiet hij tekort. Kiest hij teveel voor optimale zorg dan wordt de premie te hoog en zal hij klanten verliezen.'

Certificaten

'Je moet er ook oog voor hebben dat het voor die

verzekeraars moeilijk opereren wordt. In de Ziekenfondsraad werd onlangs gesteld dat 5% van de bevolking 70% van de kosten in de gezondheidszorg maakt. Die 5% bestaat vooral uit chronisch zieken en vanuit een zakelijk oogpunt van verzekeraars is dat nou niet precies de groep die je moet hebben. Wat gebeurt er dus? Verzekeraars proberen collectieve contracten naar zich toe te trekken. Dus groepen verzekerden die je in een bedrijf aantreft. Je krijgt dus een oververtegenwoordiging aan jonge, werkende en dus relatief zelden zieke verzekerden. Als je ervan uitgaat dat de verzekeraars 85% normuitkering krijgen en het voor 15% van de nominale bijdragen moeten hebben dan kun je voorzien dat bepaalde verzekeraars straks een gunstige nominale premie kunnen gaan rekenen en dus stevig kunnen concurreren met andere verzekeraars die relatief veel chronische patiënten hebben. Naar mijn idee kun je daar als patiëntenbeweging tegenover stellen dat je met certificaten gaat werken. Een 'sociaal' opererende verzekeraar, zoals Simons bedoelt, zou je de gelegenheid moeten bieden zich te tooien met het predikaat: Aanbevolen door de patiëntenbeweging.'

Ook Karin Plantinga voelt wel iets voor die werkwijze. 'Daar waar nodig moet je de doelen proberen te bereiken met overleg. Maar lukt dat niet dan moet je je rol als consument niet schuwen. Je zou de verzekeraars voor het blok kunnen zetten door te dreigen een grootscheepse vergelijking te gaan maken van polisvoorwaarden. En in een marktsituatie zoals die wordt voorzien moeten verzekeraars daar gevoelig voor zijn.'

Know-how

Een groot probleem voor de patiëntenbeweging blijft de wijze waarop ze een volwaardige gesprekspartner kan zijn voor de 'verzekeraars en aanbieders'. 'We zitten hier met zegge en schrijve één full-time kracht. We zijn helemaal afhankelijk van subsidie. Willen we dat overleg met verzekeraars en aanbieders degelijk voorbereiden dan moeten we op dat punt meer armslag hebben.' Zowel Van der Hoeven als De Boer menen dan ook dat de patiëntenvertegenwoordigingen in de toekomst zouden moeten worden betaald uit de premie van de verzekerden.

'Het is natuurlijk raar dat de Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars wordt gefinancierd uit de premie van de ziekenfondsverzekerde. Die partij in het drieluik kan zich formeren met geld van de

Patiëntenvertegenwoordigingen

patiënt. Dat geldt evenzeer voor de andere partijen: de aanbieders. De artsenorganisaties worden gefinancierd uit contributies die worden opgebracht door leden, die een brutohonorarium hebben waarin die contributie is verrekend. Dat honorarium bestaat weer uit tarieven die door de patiënt worden betaald. Precies hetzelfde met de Nationale Ziekenhuisraad, de ziekenhuisdirecties.

Uiteindelijk zijn al die organen afhankelijk van gelden die hoe dan ook door de patiënt worden opgebracht. Alleen de patiëntenbeweging zelf is afhankelijk van de subsidie die de overheid al dan niet wenst te geven. Dat is natuurlijk een bizarre situatie,' zegt Van der Hoeven. 'Alleen als de patiëntenbeweging uit de centrale kas wordt gefinancierd is ze in staat onafhankelijk als volwaardige gesprekspartner op regionaal niveau te functioneren en een geduchte onderhandelingspartij te zijn.'

Betere polis

Voor het overige zegt Van de Hoeven niet al te zeer geschokt te zijn door de ballonnetjes die Luchtmeijer heeft opgelaten. 'Ik hou mij ondanks alles toch maar vast aan wat algemeen directeur Zijderlaan van Haaglanden op een persconferentie heeft gezegd. Dat was ter gelegenheid van de aangekondigde samenwerking tussen Aegon, Nuts en Haaglanden. Volgens Zijderlaan zal die samenwerking tot gevolg hebben dat de patiënt een betere polis zal krijgen. Als dat het uitgangspunt is zijn er volgens mij met de patiëntenbeweging goede afspraken te maken.'

Toename van cariës bij de jeugd

Wat kan de GGD eraan doen?

H. Westerhof

'Snoep verstandig, eet een appel' zette in de jaren zestig een tendens in van een sterk teruglopend aantal gaatjes in het kindergebit. Na 1988 wees het ene na het andere onderzoek uit dat die daling een eindpunt had bereikt. De verbeterde mondhygiëne en het gebruik van fluoride leken het steeds gewonnen te hebben van de toegenomen suikerconsumptie. Wordt nu de invloed van het suikergebruik weer zichtbaar, heeft het fluoride zijn maximale effect bereikt of blijven sommige groepen achter in het gebruik daarvan?

Sinds de jaren zeventig vertoonden tandheelkundige statistieken een voortdurende daling van cariës bij de Nederlandse jeugd. Sommigen geloofden zelfs dat het cariësprobleem vrijwel was verdwenen.

In 1988 werd in Friesland echter voor het eerst een stagnatie in de daling van cariës in het melkgebit van kleuters geconstateerd (1). Een jaar later deed Bergink dezelfde waarneming in een Haags schoolartsrayon (2).

Veel belangstelling ging daarom uit naar de resultaten van het zevende periodieke onderzoek in Den Haag, verricht door onderzoekers van de Katholieke Universiteit van Nijmegen in november 1989. Daaruit bleek niet alleen, dat de cariësdaling inderdaad was gestopt, maar ook dat bij sommige groepen kinderen (ten opzichte van 1984) cariës zelfs fors was toegenomen (3). Zo bleek het aantal gaatjes bij kleuters uit de sociaal-economische middenklasse bijna te zijn verdubbeld; kleuters uit de lagere klasse hadden zelfs twee en een half maal zoveel gaatjes (al dan niet behandeld). Alleen bij hun leeftijdsgenootjes uit het hogere milieu was geen gebitsverslechtering waar te nemen, echter ook geen verbetering.

Tabel 1 laat zien dat ook het percentage kleuters met een gaaf melkgebit daalde. Tevens blijkt dat, vergeleken met de Nederlandse, Surinaamse en Antilliaanse kleuters, de gebitssituatie van Turkse en Marokkaanse kleuters nog weer aanzienlijk slechter is (3). Een zelfde verschil werd onlangs ook in Amsterdam geconstateerd (4).

Over de auteur

H. Westerhof, hoofd afdeling Jeugdtandzorg, GGD Den Haag

Cariës bij de jeugd

tabel 1

percentage vijfjarigen met een gaaf melkgebit.
Den Haag 1984 en 1989

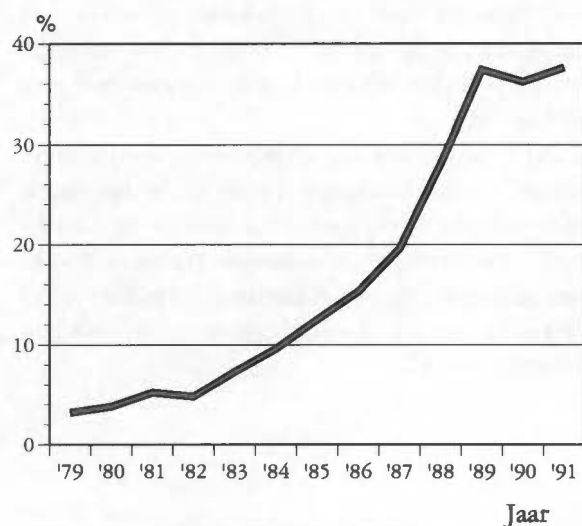
Jaar	Turks en Marokkaans	Nederlands, Surinaams en Antilliaans		
		Sociaal-economische klasse		
		laag	midden	hoog
	%	%	%	%
1984		56,8	64,2	76,6
1989	21,4	42,6	60,5	76,6
Verskil		-14,2	-3,7	0,0

Deze verontrustende resultaten hebben betrekking op het melkgebit. Hoe staat het nu met het blijvend gebit? De genoemde onderzoeken gaven bij oudere kinderen nog steeds een daling van cariës te zien. Maar wanneer we kijken naar de cariëscijfers van de deelnemers van de Jeugdtandzorg, dan zien we dat voor deze 12-jarigen in 1990 de cariës niet verder afneemt (figuur 1).

Wat is de verklaring voor deze verslechtering van de gebitsgezondheid bij kleuters en de grote verschillen tussen de sociaal-economische en etnische milieus?

figuur 1

percentage twaalfjarige deelnemers met een gaaf blijvend gebit. Den Haag 1979-1991



Suiker

Cariës wordt veroorzaakt door het gebruik van suikers in de voeding. Wie mocht denken dat de afname van cariës in de afgelopen twee decennia te danken is aan een daling van het suikergebruik, heeft het mis: er is al die jaren per persoon steeds meer suiker gegeten (5). Weliswaar is de consumptie van kristalsuiker afgenomen, maar die is ruimschoots gecompenseerd door een toename van suikers in industriële voedingsmiddelen; daarnaast zijn geconcentreerde vruchtensappen erg populair geworden.

Bij kinderen vanaf vier jaar is de dagelijkse suikerconsumptie (mono- en disacchariden) hoger dan bij volwassenen. Gemiddeld consumeert de Nederlander 128 gram per dag, maar bij kinderen loopt dat op tot gemiddeld 147 (meisjes) en 175 (jongens) gram per dag (6).

Over verschillen in suikerconsumptie tussen verschillende groepen kinderen is niet al te veel bekend. Wel zijn er aanwijzingen dat sommige allochtone kinderen minder suikers krijgen dan Nederlandse (7).

Voor de gebitsgezondheid is niet alleen de hoeveelheid, maar vooral ook de frequentie van het suikergebruik van belang. Uit onderzoek blijkt dat dit bij kinderen sterk uiteenloopt, maar of het patroon de afgelopen jaren bij bepaalde bevolkingsgroepen is veranderd, is niet bekend (8).

Fluoride

Als de suikerconsumptie is toegenomen, hoe kan de cariës dan al die jaren (tot circa 1988) toch zijn afgenomen? Dat is waarschijnlijk grotendeels te danken geweest aan het toegenomen fluoridegebruik. Fluoride wordt door het glazuur opgenomen langs de weg van tabletten, tandpasta, spoelvoestof (op school) en applicaties (bij de tandarts).

Vooraf het fluoride in tandpasta's is de afgelopen jaren toegenomen: bevatte in 1975 nog geen 20% van de tandpasta's in Nederland fluoride, tien jaar later was ruim 80% van de tandpasta's gefluorideerd (5). Hoe hoog het gebruik van fluoridetabletjes is, is onduidelijk (4). Fluoride-applicaties krijgen kinderen in de regel pas vanaf het zesde jaar.

In Den Haag wordt sinds 1981 op veel scholen fluoride gespoeld (sinds 1981); in 1987 werd deze activiteit beëindigd voor kinderen ouder dan zes jaar.

Belangrijk is uiteraard ook de *mondhygiëne*, met name

in samenhang met fluoride: want wie poetst, krijgt vanzelf met de tandpasta fluoride binnen. Er zijn aanwijzingen dat allochtone kinderen minder poetsen en er later mee beginnen dan Nederlandse kinderen (4).

Al met al is het heel goed denkbaar, dat jarenlang de gevolgen van de toenemende suikerconsumptie zijn onderdrukt door de invloed van het toegenomen fluoridegebruik. Nu wordt de invloed van het suikergebruik weer zichtbaar, òf omdat sommige groepen zoveel suiker gebruiken dat fluoride onvoldoende bescherming biedt, òf omdat kinderen minder fluoride gebruiken. Vooralsnog weten we het antwoord hierop niet.

Nieuw beleid GGD

Bij de GGD houden met name de afdelingen Jeugdtandzorg en Gezondheidsbevordering zich bezig met tandheelkundige preventie en epidemiologie. Ze hebben onder andere tot taak beleid te ontwikkelen om gezondheidsverschillen te verkleinen.

Direct nadat de uitkomsten van het cariësonderzoek bekend werden, zijn bestaande activiteiten geïntensiveerd. Zo zijn nieuwe scholen benaderd om te starten met fluoridespoelen en is geadviseerd de chocolademelk uit de schoolmelkvoorziening te weren.

Voor de langere termijn is het nodig dat het hele gezondheidsvoorlichtingsbeleid wordt herzien. Immers de collectieve voorlichtingsactiviteiten in Nederland zijn gericht op de hele bevolking, met voor iedereen dezelfde boodschap. Dat is begrijpelijk, want het tandbederf in de jaren zestig en zeventig betrof alle bevolkingsgroepen. De laatste onderzoeksresultaten tonen echter aan, dat deze benadering bij kinderen uit de sociaal lagere milieus en bij sommige allochtone groepen onvoldoende werkt.

Bevolkingsgroepen verschillen sterk in koopgedrag en voedingsgewoonten, zodat het wellicht beter is de tandheelkundige gezondheidsvoorlichtingsactiviteiten veel meer doelgericht op te zetten.

Voedingsonderzoek

Hoe onderscheiden de eetgewoonten zich tussen de Haagse kinderen van verschillende sociale en etnische bevolkingsgroepen? En wat of wie bepaalt hun

eet- en snoepgedrag? Wat is de invloed daarop van ouders of van de school? Wat beschouwen kinderen als snoep en van welke produkten weten ze dat die gebits(on)veilig zijn? Hoe vaak eten kinderen tussen de maaltijden door?

Misschien verschillen niet zozeer de voedingsgewoonten als wel de mondhygiëne en het fluoridegebruik bij deze kinderen. Wanneer beginnen kinderen te poetsen en hoe vaak doen ze dat? Hoe vreemd het ook mag klinken, daarover is slechts weinig bekend. De afdeling Jeugdtandzorg is daarom zelf een groot onderzoek gestart, mede dankzij een subsidie van het Praeventiefonds. Eind vorig jaar zijn zo'n vijfhonderd Haagse schoolkinderen tussen de vijf en twaalf jaar geënkquêteerd en heeft bij deze kinderen een gebitsonderzoek plaatsgevonden.

We hopen de lezers van het Epidemiologisch Bulletin nog dit jaar over de resultaten te kunnen berichten.

Literatuur:

1. Truin GJ, Frencken JE. Tandcariës bij Friese en Haagse schoolkinderen. T Soc Gezondheidsz 1991; 69: 403-6.
2. Bergink AH, Reuser JAM. Cariës bij Nederlandse, Hindoestaanse, Marokkaanse en Turkse kleuters: verslag van een onderzoek in een Haags schoolartsrayon 1984-1989. Epidemiol Bul Grav 1990; 25 nr 1: 20-5.
3. Truin GJ, König KG. Neemt cariës onder vijf- en zevenjarigen in Den Haag weer toe? Epidemiol Bul Grav 1991; 26 nr 1: 19-23.
4. Verrips GH, Filedt Kok-Weimar TL, Frencken JE, Kalsbeek H. Mondgezondheid van Amsterdammertjes. Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg - TNO Leiden, 1990.
5. Kalsbeek H. Tandcariës bij kinderen van migranten uit Turkije en Marokko. Voeding 1988; 49 nr 3: 54-8.
6. Voedingsraad. Voedingsbericht 1990: 94.
7. Meulmeester JF. Voedingsonderzoek bij Turkse en Marokkaanse kinderen in Nederland. Proefschrift. Universiteit van Amsterdam, 1988.
8. Hezemans AM, Cramwinckel AB, Doesburg WH e.a. Onderzoek naar de voedselopneming van 6-12-jarige schoolkinderen. Voeding 1977; 38 nr 6: 273-86.

Sterfte in Den Haag

Sterfte aan hart- en vaatziekte opmerkelijk, vooral in relatie tot die aan suikerziekte.

H.W.A. Struben

Behalve door een relatief hoge sterfte aan suikerziekte kenmerkt Den Haag zich ook door opmerkelijke trends in een aantal hart- en vaatziekten met doodelijke afloop. Zoals in een vorig artikel al werd aangegeven zou dat kunnen komen doordat hier relatief meer Hindoestaanse Surinamers wonen in vergelijking met andere grote steden. Vooral de sterfte aan beroerten en overige aandoeningen van de bloedomlooporganen, onder bewoners die jonger zijn dan 65 jaar, onderscheidt zich ongunstig. Voor preventieve maatregelen is inzicht in het doen en laten van bevolkingsgroepen die bij uitstek 'at risk' zijn noodzakelijk.

In het vorige Epidemiologisch Bulletin stelden we vast dat er over de periode 1985-1989 sprake was van een verhoogde sterfte aan diabetes mellitus in Den Haag in vergelijking met Amsterdam, Rotterdam en heel Nederland (1). Dit betrof vooral de sterfte voor mannen tussen de 25 en 70 jaar. In figuur 1 is dat nog eens weergegeven voor mannen en vrouwen beneden de 65 jaar in Den Haag, Rotterdam en Amsterdam, Zuid-Holland ¹⁾ en Nederland ²⁾.

In dit artikel bespreken we een aantal opmerkelijke trends in de sterfte aan hart- en vaatziekten (HVZ) en de totale sterfte. Aanleiding voor de analyses van deze sterftcijfers was het signaal van klinici dat duidde op een onevenredig hoog vóórkomen van hersenvaatziekten (bijvoorbeeld beroerte) onder Hindoestaanse Surinamers in Den Haag. Daarnaast gaven mededelingen van internisten over een grote toeloop van diabetespatiënten van Hindoestaanse Surinaamse afkomst, samen met aanwijzingen uit de literatuur dat onder deze groep allochtonen meer ernstige vormen van diabetes vóórkomen, aanleiding tot deze keuze (2)(3)(4)(5). In tegenstelling tot de andere grote steden wonen in Den Haag veel Hindoestaanse en weinig Creoolse Surinamers (van de Surinamers is ruim 80% Hindoestaans).

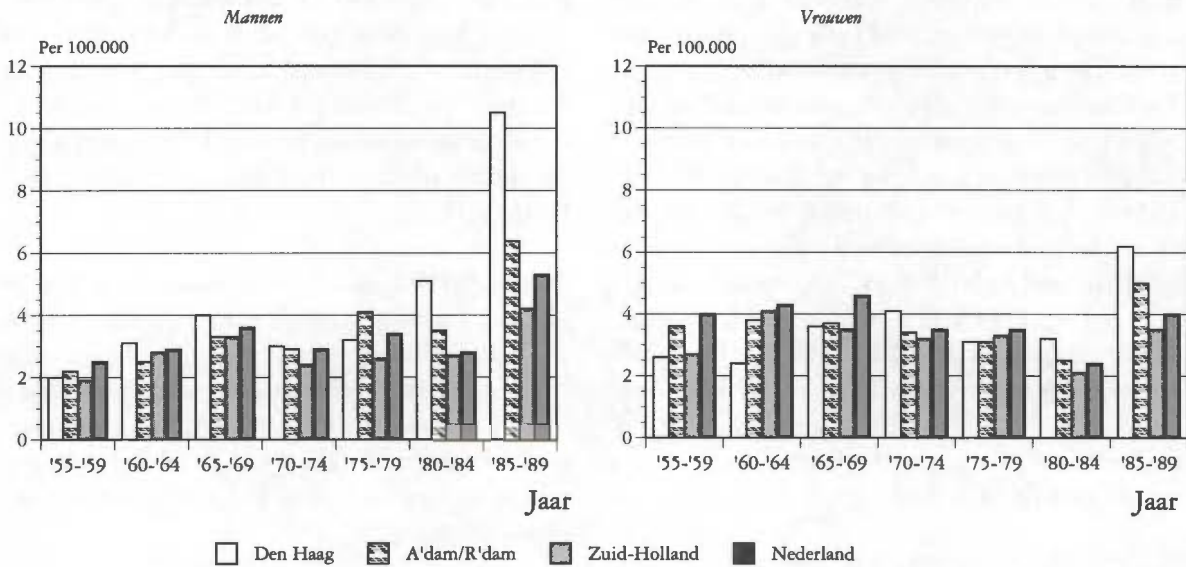
De sterfteanalyses in dit artikel betreffen alleen Hagenaars jonger dan 65 jaar. Deze keuze is gemaakt omdat de wijzigingen in de bevolkingssamenstelling qua etnische afkomst zich voornamelijk beneden de leeftijd van 65 jaar hebben voorgedaan. Bovendien zou de verhoudingsgewijze hoge

Over de auteur

H.W.A. Struben, epidemioloog, hoofd vakgroep Epidemiologie, afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Den Haag

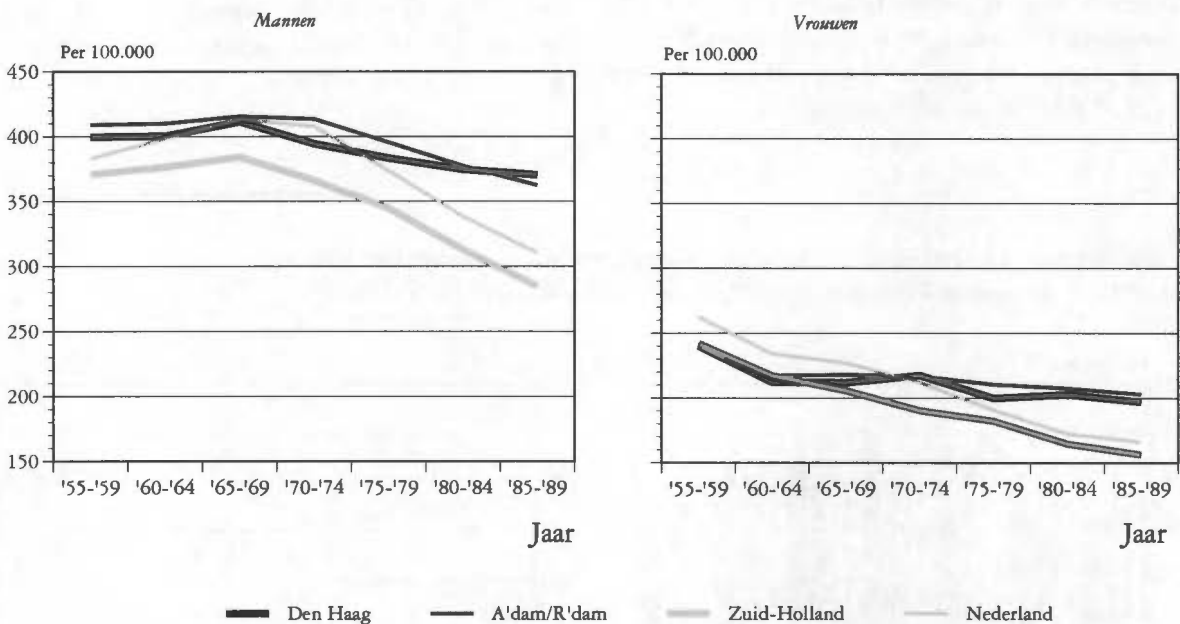
figuur 1

sterfte aan diabetes beneden de 65 jaar voor mannen en vrouwen (per 100.000).
Den Haag, Amsterdam/Rotterdam, Zuid-Holland¹⁾ en Nederland²⁾ 1955-1989



figuur 2

totale sterfte beneden de 65 jaar voor mannen en vrouwen (per 100.000).
Den Haag, Amsterdam/Rotterdam, Zuid-Holland¹⁾ en Nederland²⁾ 1955 - 1989



sterfte op oudere leeftijd een te overheersende invloed hebben op de uitkomsten. Over een aantal decennia wordt de sterfte vergeleken met de grote steden Rotterdam en Amsterdam, Zuid-Holland en Nederland *.

Totale sterfte

Uit het verloop van de totale sterfte in figuur 2 zien we onder personen beneden de 65 jaar zowel bij de mannen als bij de vrouwen uit de grote steden vanaf circa 1970 een toenemend sterfteverschil ten opzichte van de rest van Nederland optreden.

In de eerder door ons verrichte trendanalyses van de sterfte waren de 65-plussers wel meegenomen (6). Een dergelijke opvallende gescheiden ontwikkeling in de sterfte werd toen niet waargenomen. Een achterblijvende gezondheid in de grote steden treft klaarblijkelijk vooral bewoners beneden de 65 jaar. Ter illustratie enige cijfers die deze gescheiden ontwikkeling in de gezondheid nader kwantificeren. Vergelijken we het middelste vijf-jaarstijdvak 1970-1974 en het laatste vijf-jaarsvak 1985-1989 met elkaar dan zien we dat de sterfte onder de mannen in Zuid-Holland en Nederland is afgenomen met respectievelijk 20% en 24%, terwijl de afname onder de Haagse mannen slechts 6% bedraagt. De Haagse vrouwen boekten tussen dezelfde tijdvakken een reductie van circa 10%, terwijl de vrouwen uit Zuid-Holland en Nederland een verbetering boekten van respectievelijk 16 en 22%.

Sterfte aan hart- en vaatziekten

Trendanalyses van de sterfte ten gevolge van afzonderlijke doodsoorzaken worden bemoeilijkt door veranderingen in de registratie. Alleen voor de hele groep HVZ en cerebrovasculaire aandoeningen (CVA) kunnen trends vanaf 1955 worden gemaakt. Voor de overige gepresenteerde oorzaken is dit alleen vanaf 1970 of 1980 mogelijk.

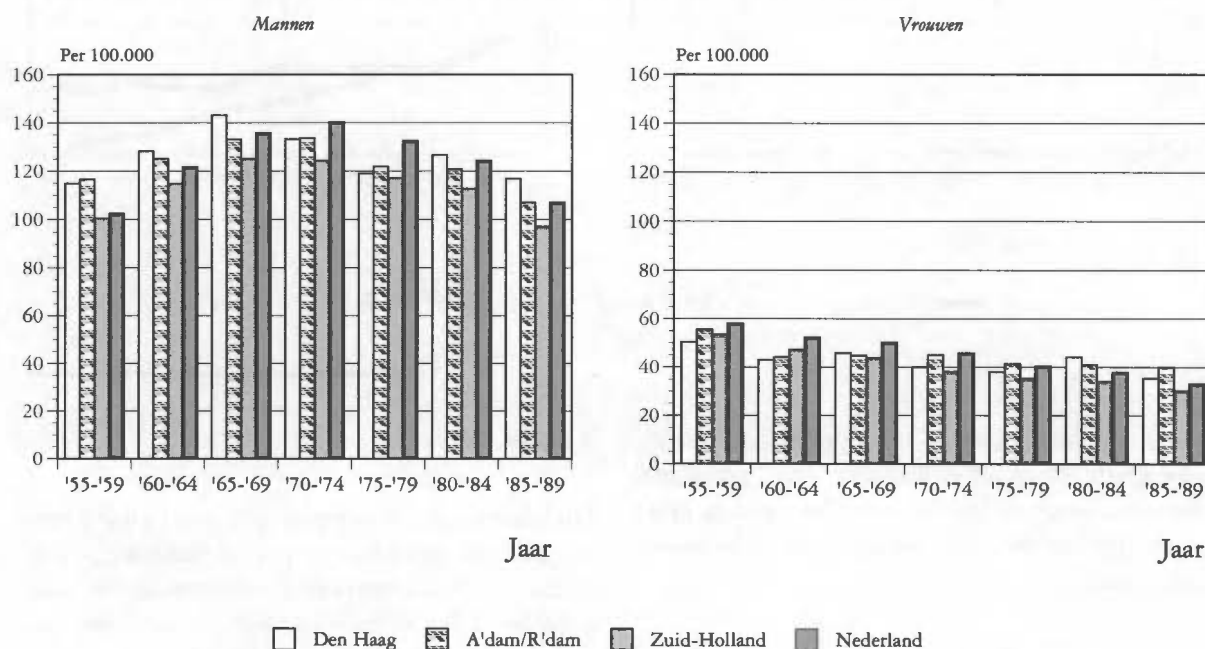
We beschouwen eerst de hele groep HVZ (figuur 3). De gemiddelde daling voor mannen en vrouwen samen van deze sterfte bedroeg over de afgelopen twee decennia in Den Haag circa 10%, Zuid-Holland 18% en Nederland 25% (de procentpunten zijn steeds uitgedrukt in de sterfte van Nederland in 1970-1974). De sterfte aan HVZ heeft als belangrijkste groep van doodsoorzaken bijgedragen aan de geringere daling van de vroegtijdige sterfte in Den Haag.

Binnen de HVZ daalt de sterfte aan de ischemische hartziekten vooral onder de mannen (tabel 1). Deze voor alle gebieden tamelijk gelijkmatige daling wordt vanaf 1980 geheel veroorzaakt door de afgenomen sterfte aan een hartinfarct. Bij de vrouwen zien we daarentegen dat in de grote stad de ischemische hartsterfte, anders dan daarbuiten, nauwelijks afneemt.

Na de ischemische aandoeningen is de sterfte aan CVA de belangrijkste HVZ-doodsoorzaak. De CVA-sterfte laat over de hele linie in Nederland na de jaren zestig een dalende tendens zien, met één grote uitzondering: de Haagse mannen. De Haagse oversterfte doet zich na 1980 voor en bedraagt bijna 50% ten opzichte van alle andere mannen. In de periode 1980-1989 overleden er gemiddeld per jaar

figuur 3

sterfte aan hart- en vaatziekten beneden de 65 jaar voor mannen en vrouwen (per 100.000).
Den Haag, Amsterdam/Rotterdam, Zuid-Holland¹⁾ en Nederland²⁾ 1955 - 1989



tabel 1

sterfte aan ischemische hartziekten, CVA en overige aandoeningen van de bloedsomlooporganen (AM32) beneden de 65 jaar voor mannen en vrouwen (per 10.000). Den Haag, Amsterdam/Rotterdam, Zuid-Holland¹⁾ en Nederland²⁾ 1955-1989

Mannen

1955-'59 1960-'64 1965-'69 1970-'74 1975-'79 1980-'84 1985-'89

Ischemische hartziekten

Den Haag	.	.	.	98,6	89,8	77,2	70,1
A'dam/R'dam	.	.	.	100,4	90,7	79,9	68,0
Zuid-Holland	.	.	.	93,8	89,9	77,7	63,9
Nederland	.	.	.	107,5	104,0	87,7	72,6

CVA

Den Haag	19,4	17,1	18,8	18,3	15,6	17,3	15,6
A'dam/R'dam	16,0	14,5	15,2	17,5	15,3	13,2	11,4
Zuid-Holland	16,3	15,8	18,6	16,7	14,5	12,6	10,0
Nederland	17,5	17,1	19,0	18,4	16,1	13,7	11,2

Ov. aand. bloedsomlooporganen (AM 32)

Den Haag	.	.	.	.	.	28,3	28,5
A'dam/R'dam	.	.	.	.	.	24,3	24,5
Zuid-Holland	.	.	.	.	.	19,8	19,8
Nederland	.	.	.	.	.	19,9	20,0

Vrouwen

1955-'59 1960-'64 1965-'69 1970-'74 1975-'79 1980-'84 1985-'89

Ischemische hartziekten

Den Haag	.	.	.	17,4	18,5	19,5	18,8
A'dam/R'dam	.	.	.	21,7	21,5	19,4	19,2
Zuid-Holland	.	.	.	18,2	17,8	16,1	14,0
Nederland	.	.	.	21,9	20,6	18,6	15,8

CVA

Den Haag	16,4	12,2	12,9	13,9	11,2	11,3	6,7
A'dam/R'dam	16,0	12,5	12,3	12,8	12,1	9,1	9,0
Zuid-Holland	16,3	15,0	13,9	11,8	10,5	8,3	7,3
Nederland	18,8	15,4	15,5	14,1	11,7	9,7	8,3

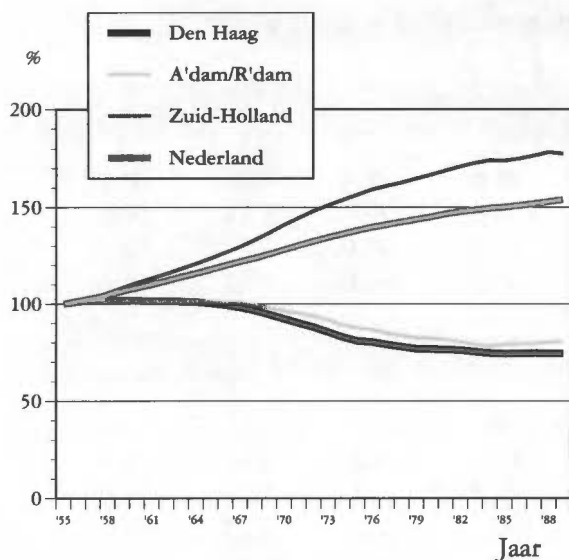
Ov. aand. bloedsomlooporganen (AM 32)

Den Haag	.	.	.	.	.	10,9	8,4
A'dam/R'dam	.	.	.	.	.	9,7	9,5
Zuid-Holland	.	.	.	.	.	7,6	7,6
Nederland	.	.	.	.	.	7,0	7,4

Sterfte in Den Haag

figuur 4

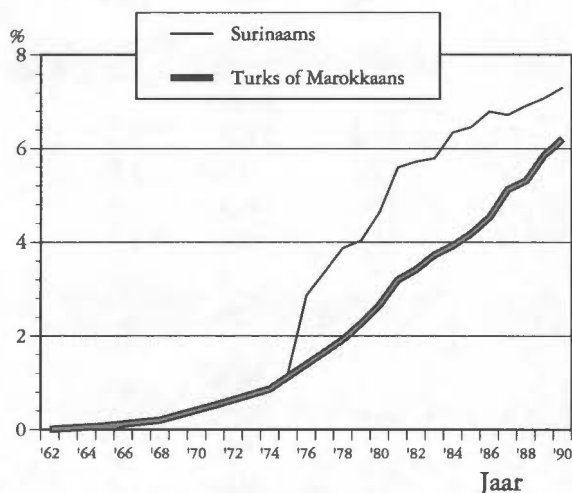
totale bevolking uitgedrukt in procenten van de bevolking op 1-1-1955. Den Haag, Amsterdam/Rotterdam, Zuid-Holland ¹⁾ en Nederland ²⁾ 1955 - 1989



30 Haagse mannen beneden de 65 jaar aan CVA. In Zuid-Holland zou dit aantal, bij een vergelijkbare bevolkingsopbouw (en omvang), twintig bedragen. Hypertensie geldt als een belangrijke onderliggende risicofactor voor CVA-sterfte. Hoewel de sterfte aan hypertensie gering is, hebben we geconstateerd dat deze sterfte bij de Haagse mannen een zelfde verloop te zien geeft als de CVA-trend.

figuur 5

percentage inwoners van Surinaamse en Turkse of Marokkaanse afkomst. Den Haag 1962 - 1990



Van de overige doodsoorzaken binnen de categorie HVZ is alleen de restcategorie 'overige aandoeningen van de bloedsomlooporganen' (AM 32) relevant. Hieronder vallen een aantal arteriële aandoeningen waarbij diabetes een pathogenetische rol speelt. Het stabiele en zeer hoge niveau - ook ten opzichte van Amsterdam en Rotterdam - van deze sterfte onder de Haagse mannen is opvallend. Of dit een toename is in vergelijking met de jaren zeventig kan helaas wegens ontbrekende gegevens niet worden vastgesteld.

Demografische veranderingen

Indien aan de toename in de sterfte demografische wijzigingen ten grondslag liggen, dienen deze uiteraard aan de veranderingen in de sterfte vooraf te gaan. We schetsen daarom enige belangrijke demografische ontwikkelingen over de afgelopen 35 jaar.

Figuur 4 laat het verloop van de totale bevolkingsomvang van Den Haag en de andere gebieden zien. De trends maken duidelijk dat de bevolking in de grote steden vanaf 1965 sterk is afgenomen. Dit in tegenstelling tot de rest van het land. De bevolking van Den Haag reduceerde met maar liefst 25% van circa 600.000 in 1965 tot 450.000 in het midden van de jaren tachtig. Dit was enerzijds het gevolg van een afnemend geboorte-overschot en anderzijds van een zeer sterk toegenomen migratie uit de grote steden. De afname van de bevolkingsomvang in Den Haag werd vanaf het midden van de jaren zeventig gedempt doordat meer en meer bewoners van niet-Nederlandse afkomst zich hier gingen vestigen. Figuur 5 geeft weer in welke mate de belangrijkste allochtone groepen deel zijn gaan uitmaken van de totale Haagse bevolking. Anno 1990 woonden er ruim 32.000 Hagenaars van Surinaamse afkomst (bijna 7,5% van de totale Haagse bevolking). De qua omvang tweede groep van niet-Nederlandse afkomst wordt gevormd door de 27.000 Turkse en Marokkaanse Hagenaars (6%).

Nauwkeurige gegevens omtrent de aantallen Surinamers die in de jaren vóór 1975 aanwezig waren, ontbreken. In de jaren zestig waren ze nog nauwelijks vertegenwoordigd in Den Haag. Merendeels vestigden ze zich tussen 1974 en 1981.

Van de autochtone Hagenaars is thans 22% ouder dan 65 jaar, terwijl van de allochtonen 2,3% bejaard is. Voor de Hagenaars van Surinaamse afkomst

enerzijds en Turken of Marokkanen anderzijds bedragen deze percentages respectievelijk 2,8% en 3%.

Discussie

De eerder gegeven cijfers laten zien dat de totale sterfte onder de grote-stadsbewoners die jonger zijn dan 65 jaar zich sinds de jaren zeventig ongunstiger ontwikkelde dan daarbuiten. De Haagse mannen onderscheiden zich door de hoge sterfte aan CVA en de 'overige aandoeningen van de bloedsomlooporganen' in de jaren tachtig. De sterfte ten gevolge van hypertensie vertoont een overeenkomstige ontwikkeling als CVA.

Zowel de signalen van artsen over diabetes-problematiek als de CVA-morbiditeit onder Hindoestaanse Surinamers lijken, althans wat de hoogte van vóórkomen betreft, ondersteund te worden door de sterftegegevens. Aan de sterfte-statistieken kunnen helaas geen gegevens worden ontleend met betrekking tot etniciteit.

Bij het verklaren van mogelijke achtergronden van de gesignaleerde sterfte-ontwikkelingen past daarom de nodige voorzichtigheid. Toch zullen we ingaan op een aantal ontwikkelingen die mogelijk een rol hebben gespeeld.

Verschillen in gerapporteerde sterfte kunnen het gevolg zijn van registratieverschillen (1). Bij CVA alsmede de totale sterfte lijkt dit onwaarschijnlijk. Eerder duidt het gelijktijdig optreden van veranderingen in de sterfte aan diabetes en de etiologisch daarmee verwante sterftes, zoals CVA en hypertensie, op werkelijke onderliggende veranderingen in het vóórkomen van deze aandoeningen of de sterfte daaraan.

Of hoge sterfte ten gevolge van de 'overige aandoeningen van de bloedsomlooporganen' veroorzaakt wordt door de subgroep arteriële aandoeningen, kunnen we niet vaststellen. Elders uitgevoerd onderzoek wijst wel sterk in die richting (7). Daarbij werd namelijk over de periode 1980-1984 een significant hogere sterfte voor arteriële aandoeningen geconstateerd voor de agglomeratie Den Haag.

Een mogelijkheid die bijgedragen kan hebben aan de minder gunstige ontwikkeling van de totale sterfte in de grote steden vormde de selectieve migratie. Veel grote-stadsbewoners met bovenmodale inkomens trokken naar omliggende ge-

meenten (8). Bovendien vestigde zich zoals gezegd een toenemend aantal migranten in de grote stad. Met deze veranderende bevolkingssamenstelling hebben zich ook verschuivingen in het sociaal-economische en -culturele patroon voorgedaan, die invloed op de volksgezondheid gehad kunnen hebben. Zo zijn voedings- en rookgewoonten evident cultureel verankerd. Het is mogelijk dat - los van selectieve migratie - zich onder de grote-stadsbevolking veranderingen in het gezondheidsgedrag hebben voorgedaan die elders minder of niet plaatsvonden. Fysieke en maatschappelijke omstandigheden kunnen hun invloed hierop gehad hebben.

In hoeverre de komst van de Hindoestanen bijgedragen heeft aan de sterfteverandering is niet gemakkelijk vast te stellen. Er bestaat een relatie tussen etniciteit en het vóórkomen van risicofactoren die in verband worden gebracht met CVA (hypertensie, coronaire hartziekten, diabetes, cholesterolgehalte, roken, excessief alcoholgebruik). Uit de literatuur blijkt dat de discussie over de bijdrage van deze factoren en omstandigheden afzonderlijk nog lang niet afgesloten is (4)(5)(9)(10)(11). Naast voornoemde factoren worden bij voortduring ook sociaal-economische en -culturele factoren alsmede een erfelijke predispositie genoemd (12)(13)(14)(15). Gegeven de complexe interactie tussen al deze omstandigheden is het erg moeilijk vast te stellen of, en zo ja welke, factor(en) als onafhankelijke risico('s) te traceren is (zijn). Alleen voor roken lijkt dit vastgesteld te zijn (16).

Een etnisch gebonden predispositie speelt waarschijnlijk een ondergeschikte rol ten opzichte van etnische gebonden sociaal-economische en -culturele verschillen (10)(17)(18). Hiermee samenhangend gezondheids- en voedingsgedrag (alcoholconsumptie, rookgewoonten, lichamelijke activiteit, vetintake) hebben waarschijnlijk meer invloed. Zo blijkt vast te staan dat chronisch excessief alcoholgebruik hypertensie veroorzaakt en daardoor van invloed is op het vóórkomen van CVA (19)(20).

In dit verband dient een onderzoek door de Haagse Stichting Surinaams Regionaal Steunpunt te worden vermeld (21). Daarbij bleek enkele jaren geleden dat onder Hindoestaanse Surinamers overmatig alcoholgebruik, in vergelijking met de autochtone bevolking, vaker vóórkomt. De meeste alcoholproblematiek werd, door de bij het onderzoek betrokken huisartsen, gerapporteerd bij mannen in de leeftijdsgroep tussen 25 en 45 jaar. Tot de zeven specifieke klachten, die door Surinaamse chronische

alcoholisten bij de huisarts het meest werden gepresenteerd, behoren onder andere hypertensie en suikerziekte.

Op basis van de voorliggende indicaties is een nadere objectivering en afbakening van de gemelde verhoogde morbiditeit en sterfte aan diabetes en CVA een noodzakelijke stap, zodat beter zicht op de bevolkingsgroepen 'at risk' kan worden verkregen. Dit zou door middel van een prospectieve studie (bijvoorbeeld met peilstations) kunnen gebeuren. Ook kennis van de (lokale) factoren die daarbij van belang zijn is van groot belang voor het nemen van preventieve maatregelen. Het ligt daarom in de bedoeling dat epidemiologen samen met huisartsen en ziekenhuisartsen in Den Haag zich gaan beraden over mogelijke activiteiten. Ook aan de gemeentelijke politiek zullen zo nodig beleidsadviezen gegeven worden.

CVA is een aandoening die in belangrijke mate voorkómen kan worden door een goede 'life-style' en een adequate behandeling. Roken, een slecht dieet, stress en te hoge bloeddruk - allemaal factoren die CVA's in de hand werken - kunnen worden beïnvloed. Mensen die een te hoge bloeddruk ontwikkelen kunnen door dieetvoorschriften, ontspanningsoefeningen en door voorgeschreven medicijnen te slikken worden geholpen. Ook diabetes kan door een goed dieet en strikt gebruik van medicijnen in de hand worden gehouden. Kortom, zowel het CVA als diabetes zijn aandoeningen waar in principe gezondheidswinst kan worden geboekt, zowel wat de mortaliteit als wat de morbiditeit betreft.

Literatuur:

1. Nijhuis HGJ, Struben HWA. Suikerziekte in Den Haag een nieuwe probleem? Beschouwingen over een opmerkelijk epidemiologisch signaal. *Epidemiol Bul Grav* 1991; 26 nr 4: 13-8.
2. Simmons D, Williams DR, Powell MJ. Prevalence of Diabetes in a Predominantly Asian Community: Preliminary Findings of the Coventry Diabetes Study. *Br Med J* 1989; 289 nr 1: 18-21.
3. Woods KL, Samanta A, Burden AC. Diabetes Mellitus as a Risk Factor for Acute Myocardial Infarction in Asians and Europeans. *Br Heart J* 1989; 62: 118-22.
4. McKeigue PM, Miller GJ, Marmot G. Coronary Heart Disease in South Asians: a Review. *J Clin Epidemiol* 1989; 42 nr 7: 597-602.
5. Miller GJ, Kirkwood BR, Beckles GL e.a. Adult Male all-cause, Cardiovascular and Cerebrovascular Mortality in Relation to Ethnic Group, Systolic Blood Pressure and Blood Glucose Concentration in Trinidad, West Indies. *Int J Epidemiol* 1988; 17 nr 1: 62-9.
6. Struben HWA. Sterfte in Den Haag I: trends over de tijd van de totale sterfte. *Epidemiol Bul Grav* 1988; 23 nr 3: 7-17.
7. Mackenbach JP, Kunst AE, Looman CWN e.a. Regionale sterfteverschillen: een bundel met artikelen ten behoeve van het symposium 'Regionale sterfteverschillen', 9 november 1990 Rotterdam. Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg. Erasmus Universiteit Rotterdam.
8. Dekker AM, Terhorst P, Ven J van de. Bestuurlijke-territoriale geledingen en belastinghervorming in grootstedelijke gebieden: nieuwe variaties op een oud thema. *Werkstukken Stedelijke Netwerken*. Nr 33. Amsterdam 1991.
9. Wolfe CD, Woodrow I, Richardson E. Preventing Stroke among People of African or West Indian Origin. *B Med J* 1991; 302 nr 6790: 1467.
10. Sacco RL, Hauser WA, Mohr JP e.a. One-year Outcome after Cerebral Infarction in Whites, Blacks, and Hispanics. *Stroke* 1991; 22 nr 3: 305-11.
11. Gillum RF. Stroke in Blacks. *Stroke* 1988; 19 nr 1: 1-9.
12. Franks PJ, Adamson C, Bulpitt PF e.a. Stroke Death and Unemployment in London. *J Epidemiol Comm Health* 1991; 45 nr 1: 16-8.
13. House A, Dennis M, Mogridge L e.a. Life Events and Difficulties Preceding Stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1990; 53 nr 12: 1024-8.
14. Caplan LR. Strokes in African-Americans. *Circulation* 1991; 83 nr 4: 1469-71.
15. Klatsky AL, Armstrong MA, Friedman GD. Racial Differences in Cerebrovascular Disease Hospitalizations. *Stroke* 1991; 22 nr 3: 299-304.
16. Wolf PA, d'Agostino RB, Kannel WB e.a. Cigarette Smoking as a Risk Factor for Stroke. The Framingham Study. *JAMA* 1988; 259 nr 7: 1025-9.

17. Cook CA. Pathophysiologic and Pharmacotherapy Considerations in the Management of the Black Hypertensive Patient. *Am Heart J* 1988; 116: 288-95.
18. Navarro V. Race or Class or Race and Class: Growing Mortality Differentials in the United States. *Int J Health Serv* 1991; 21 nr 2: 229-35.
19. Baumgartner C, Zeiler K, Auff E e.a. Does Alcohol Consumption Promote the Manifestation of Strokes? *Wien Klin Wochenschr* 1988; 100 nr 4: 99-107.
20. Gill JS, Shipley MJ, Hornby RH e.a. A Community Case-Control Study of Alcohol Consumption in Stroke. *Int J Epidemiol* 1988; 17 nr 3: 542-7.
21. Ramlal-Körmeling A, Rolsma GJJ. Onderzoek naar de aard en omvang van alcoholproblematiek bij Surinamers in de gemeente 's-Gravenhage en randgemeenten: aanbevelingen voor een alcoholpreventiebeleid voor minderheden. Stichting Surinaams Regionaal Steunpunt, Den Haag, juni 1989.

¹⁾ Zuid-Holland minus Den Haag en Rotterdam

²⁾ Nederland minus Den Haag, Rotterdam en Amsterdam

* De gegevens zijn betrokken van het Centraal Bureau voor de Statistiek in Voorburg. De berekening van de sterftecijfers heeft plaatsgevonden door directe standaardisatie waarbij de Europese standaardbevolking van de World Health Organization als referentie heeft gefungeerd.

Influenza, vóórkomen en preventie

G.R. de Wildt

Influenza vergt in Den Haag jaarlijks meer dan zestig levens. Vaccinatie kan een doelmatig wapen zijn in de strijd tegen oversterfte. Er bestaat alleen geen consensus over de vraag wie daarvoor in aanmerking moet komen. Volgens een minderheidsadvies van een commissie van de Gezondheidsraad zou in theorie het aantal gevallen met letale afloop aanzienlijk kunnen worden teruggebracht, als iedereen boven de zeventig een griep prik krijgt.

We zitten alweer middenin het influenzaseizoen. Influenza leidt tot oversterfte *, vooral bij mensen ouder dan 65 jaar. Vaccineren is voor influenza een doelmatige preventiemogelijkheid. Omdat slechts een deel van de mensen die ervoor in aanmerking komen wordt gevaccineerd kan er nog veel gezondheidswinst geboekt worden. In dit artikel willen we de volgende vragen belichten. Hoeveel mensen sterven aan influenza in Den Haag? Wat zijn belangrijke ontwikkelingen in Nederland, en elders in de wereld, bij de preventie van influenza? En waar liggen praktische mogelijkheden tot verbetering?

Onderrapportage

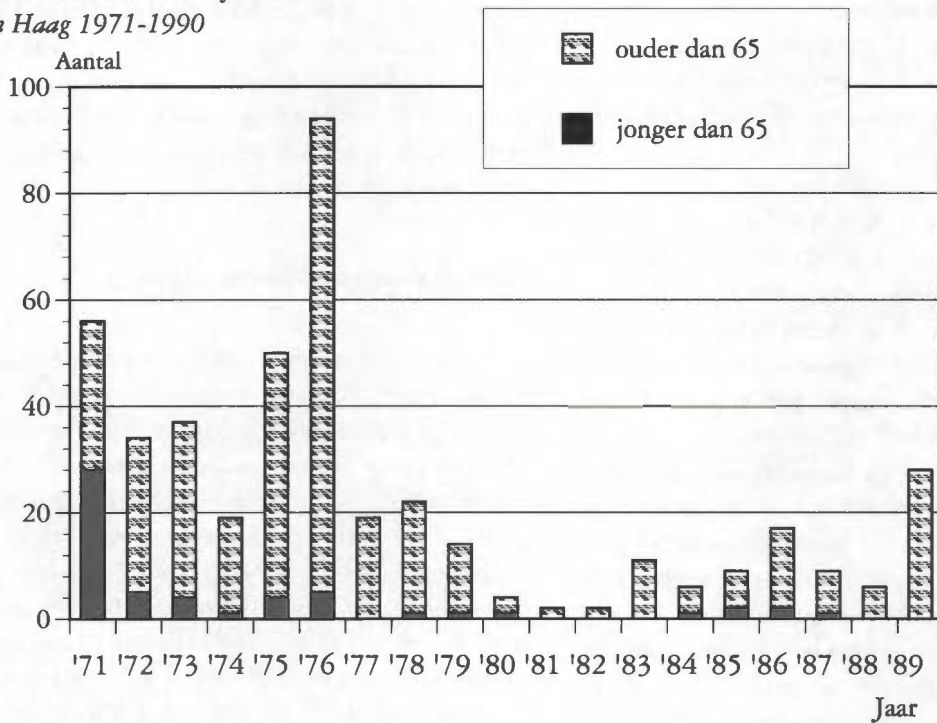
Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) zijn in Den Haag van 1971 tot 1990 aan influenza 412 mensen gestorven, dat zou een gemiddelde van iets meer dan twintig per jaar betekenen. Daarvan is 93% ouder dan 65 jaar. Uit figuur 1 blijkt dat er van jaar tot jaar nogal wat verschil optreedt in de sterfte. 1976 was een piekjaar met 94 doden, maar ook 1989, met 28 doden, laat een verhoging zien. Afgezien van de twee pieken is er een zekere neerwaartse trend te zien in het aantal aan influenza toegeschreven doden over de afgelopen twee decennia. Deze dalende trend komt waarschijnlijk doordat er de laatste twintig jaar geen nieuw type influenza meer is ontstaan dat een epidemie kan veroorzaken. Als er een nieuw type ver-

Over de auteur

G.R. de Wildt, arts, wetenschappelijk medewerker, vakgroep Epidemiologie, afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Den Haag

figuur 1

aantal overledenen aan influenza.
Den Haag 1971-1990



schijnt, ziet men vaak in de eerste jaren veel sterfte die langzaam minder wordt. Dit was het geval met de 'Hongkong'-epidemie in 1968.

De cijfers van het CBS geven de toestand echter te rooskleurig weer. Want uit een studie van dr. M.J.W. Sprenger komt naar voren dat, over de periode 1967-1989, per jaar in Nederland gemiddeld 2.200 personen aan influenza stierven (1). Dat zou betekenen dat gedurende die periode in een gemiddelde huisartsenpraktijk in Nederland - verpleeghuispatiënten daarbij meegerekend - grofweg éénmaal in de twee jaar een influenza-dode zou vóórkomen. Den Haag telde iets minder dan 4% van de Nederlandse bevolking in 1971 en iets meer dan 3% in 1990. Alleen al op grond hiervan zou men in Den Haag tussen de 67 en 88 influenza-doden per jaar verwachten. In feite mag men voor Den Haag, vooral wegens de buitenproportionele vergrijzing, zelfs nog een groter aandeel verwachten. Immers, van alle oversterfte blijkt 95% op te treden bij mensen van zestig jaar en ouder.

Het verschil heeft te maken met de mate van rapporteren, de wijze van interpreteren en de rol die aan de onderliggende doodsoorzaak wordt toegekend. De sterfte kan immers indirect zijn. Influenza kan bijvoorbeeld worden gevolgd door een pneumonie.

Maar er kan ook een verergering van een hartinsufficiëntie op volgen of een sterke ontregeling van diabetes met alle gevolgen van dien. In dergelijke situaties wordt de doodsoorzaak nogal eens verschillend opgegeven. En, zoals bekend, zijn het juist de mensen met chronische, soms multiple, aandoeningen die een groter risico lopen om aan influenza te bezwijken of ernstige complicaties op te lopen. Onder hen zijn personen van alle leeftijden met een chronische en verzwakkende aandoening, zoals bijvoorbeeld CARA en ander chronisch longlijden, hartinsufficiëntie, nierinsufficiëntie, diabetes mellitus, uitgezaaide kwaadaardige aandoeningen, maar ook bedlegerige bejaarden.

Veel onderzoekers vinden dat pieken in de sterfte tijdens influenza-epidemieën niet worden gevolgd door minder sterfte nadien en concluderen dat er een belangrijke oversterfte is.

'Griep'-vaccin

De morbiditeit van influenza is niet gering. In het afgelopen winterseizoen meldden de huisartsen op het hoogtepunt van de epidemie maximaal 55 nieuwe gevallen per 10.000 patiënten per week (figuur 2) (3). Een getal dat wellicht met twee of drie mag worden vermenigvuldigd door onderrapportage (niet

alle gevallen worden gemeld bij de huisarts en influenza wordt nogal eens gemist, omdat het veel lijkt op andere virusziekten). Tijdens en na een influenza-epidemie is de tijdelijke arbeidsongeschiktheid aanzienlijk, maar het kan ook psychische en psychiatrische problematiek, zoals depressie, verergeren of luxeren.

Ieder jaar wordt er in Nederland opnieuw bepaald hoe het vaccin wordt samengesteld. De inhoud is afhankelijk van de influenzavirussen die in het voorgaande jaar hebben gecirculeerd en ook van de mate waarin deze in genetisch opzicht afwijken van types daarvoor. Daarnaast speelt het voorkomen van antistoffen in de bevolking een rol.

De laatste jaren kwamen de epidemievirussen goed met de vaccinvirussen overeen (4). Soms is pas laat bekend welk virus 'eraan komt'. Dit was het geval bij het 'Singapore'-virus in het seizoen 1986-1987 (5). Een ander bijzonder seizoen was 1989-1990: ofschoon het epidemievirus overeenkwam met het vaccinvirus, zoals uit testen over de hele wereld bleek, traden er toch nog veel sterfgevallen op (6). Hiervoor is nog geen verklaring gevonden.

Voldoende bekend is intussen dat vaccinatie een hoge mate van bescherming biedt. Tenminste als er een goede antigene relatie tussen het vaccinvirus en het wilde virus bestaat. Is hieraan voldaan dan wordt de mate van bescherming op 70 tot 90% geschat

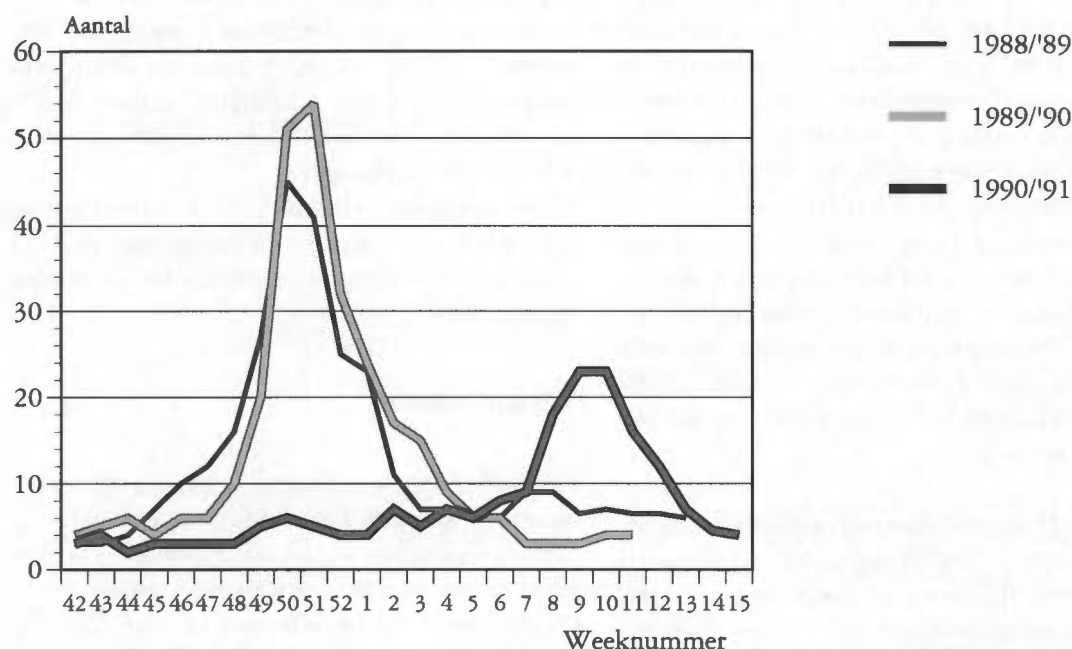
onder gezonde volwassenen en op 70% onder bejaarden (7). In vergelijking met niet-gevaccineerden blijkt uit grootschalig Amerikaans onderzoek dat influenzavaccinatie een belangrijke reductie bewerkstelligde in sterfgevallen en in ernstige complicaties. Het rendement van het vaccin bij ouderen moet vooral in het reduceren van ernstige complicaties worden gezocht.

Huisartsen vaccineren weinig

Naar schatting heeft een vijfde van de Nederlandse bevolking een indicatie, volgens de criteria van de Gezondheidsraad, voor vaccinatie (zie schema 1). Daarvan wordt - net als in andere westerse landen - slechts een derde gevaccineerd. Deze schatting is gemaakt op basis van de verkoop van vaccins in Nederland (7). Het is bijzonder weinig voor een procedure die zo'n hoge cost-effectivity en -sinds de jaren zeventig - zo'n uitstekende veiligheid heeft. Omdat het grootste deel van de vaccinaties in de huisartsenpraktijk geschiedt, vroeg Van Veen zich vorig jaar in Huisarts en Wetenschap af waarom de vaccinatiegraad zo laag bleef (7). Zo stelde hij dat velen uit de doelgroep op grond van gebrekkige informatie of - onterechte - angst voor bijwerkingen, afzien van vaccinatie. Huisartsen laten het ook vaak afweten: óf er is niet aan gedacht, óf juist wel

figuur 2

aantal patiënten met influenza-achtige ziektebeelden per 10.000 inwoners per week.
Nederland 1988-1991



maar wordt influenza als 'the old man's friend' gezien.

Een hoge vaccinatiegraad kan echter alleen worden bereikt als de huisarts over een praktisch systeem beschikt waarmee patiënten met de juiste indicatie kunnen worden geselecteerd. Voor de gecomputeriseerde huisartsenpraktijk kun je daarbij bijvoorbeeld denken aan het verschijnen van een waarschuwingsbeeld (op het computerscherm) als een patiënt op consult komt die toevallig ook een indicatie voor het geven van een griepvaccin heeft. 'Opportunistische preventie' wordt dat wel genoemd. Huisartsen in Groningen hebben een anticiperend (geautomatiseerd) selectiesysteem gebruikt. Ze vonden dat de indicaties CARA, cardiovasculaire aandoeningen en diabetes mellitus zich goed lenen voor zo'n automatisch attenderingssysteem en ze slaagden erin de vaccinatiepercentages onder de doelgroepen te verhogen van 30 tot 50% (8). Er waren verschillen naar leeftijd: de uiteindelijke vaccinatiegraad liep op van 22% onder kinderen tot 78% onder 65-plussers. Huisartsen in een praktijk van 5.500 zielen in Limburg wisten in 1990 zelfs 93% van hun 309 patiënten in te enten die behoorden tot een van de door de Geneeskundige Hoofdinspectie gedefiniëerde risicogroepen. Ze gebruikten hiervoor onder meer hun eigen geautomatiseerde systeem en de patiëntgegevens van de plaatselijke apotheker (9). Grotendeels buiten de zorg van huisartsen valt de belangrijke groep van patiënten in verpleeghuizen. Om een doelmatige bescherming onder hen te verkrijgen moet een vaccinatiegraad van 80% worden bereikt.

Wie vaccineren?

In Nederland adviseert de Gezondheidsraad alleen risicogroepen te vaccineren. In de Verenigde Staten daarentegen wordt aangeraden alle bejaarden het vaccin toe te dienen. Enkele maanden geleden kwam er een minderheidsadvies van de Gezondheidsraad uit, waarin werd gesteld dat in Nederland iedereen van 65 jaar en ouder zou moeten worden gevaccineerd met het oog op het reduceren van een aanzienlijke oversterfte van bejaarden die niet tot een directe risicogroep behoren (10). Door iedereen vanaf zeventig jaar te vaccineren, oftewel 1,2 miljoen ouderen, kan theoretisch de sterfte door influenza met 80% verminderen, aldus de auteurs van het minderheidsstandpunt. Hoge leeftijd, bij overigens gezonde bejaarden, is op zichzelf een risicofactor voor een letale afloop van influenza. Bovendien weten veel ouderen niet dat ze een ischemische hartziekte of lichte CARA hebben totdat ze worden opgenomen met pneumonie of influenza. Het minderheidsadvies is ook gericht aan huisartsen en hun patiënten. In dit verband valt te denken aan de Haagse bejaardentehuizen, waar kwetsbare ouderen die daar dicht bijeen leven wellicht vaccinatie aangeboden zou kunnen worden in overleg met huisartsen en andere zorgverleners. Of huisartsen nu wel of niet het minderheidsadvies uitvoeren, er valt met vaccineren in hun praktijk nog heel wat gezondheidswinst te boeken. Met het oog hierop voert de afdeling Infectieziekten en Hygiëne van de GGD Den Haag overleg met de Nederlandse Influenza Stichting over de mogelijkheden het percentage gevaccineerden onder de bevolking te verhogen.

Schema 1

patiënten voor wie jaarlijks vaccinatie sterk wordt aanbevolen (7).

- 1.1 Patiënten met afwijkingen en functiestoornissen van de luchtwegen en longen, zoals asthma bronchiale, chronische bronchitis, emfyseem, anthracosilicose, longfibrose, mucoviscidose, alsmede ernstige vormen van kyphoscoliose, neurologische ademhalingsstoornissen, status na longresectie, status na laryngectomie en cheilo-gnathopalatoschisis
- 1.2 Patiënten met afwijkingen die (kunnen) leiden tot insufficiëntia cordis zoals doorgemaakt hartinfarct, angina pectoris, ritmestoornissen, klepgebreken en patiënten met chronische longstuwung.
- 1.3 Alle oudere patiënten met diabetes mellitus en jongere patiënten met stofwisselingsziekte met name indien deze moeilijk te reguleren is.
- 1.4 Patiënten met chronische nierinsufficiëntie
- 1.5 Patiënten met chronische stafylokok-keninfecties

Literatuur:

1. Sprenger MJW. The Impact of Influenza: an Epidemiological Study of Morbidity, Direct Mortality and Related Mortality. Proefschrift. Erasmus Universiteit Rotterdam 1991.
2. Kunst AE, Looman CWN, Mackenbach JP. The Decline in Winter Excess Mortality in the Netherlands. *Int J Epidemiol* 1991; 20 nr 4: 971-7.
3. Sprenger MJW, Diepersloot RJA e.a. Influenza in het seizoen 1990-1991: vaccinsamenstelling voor het seizoen 1991-1992. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1991; 135 nr 38: 1767-9.
4. Sprenger MJW, Diepersloot RJA. Influenza 1989-1990: A H3N2 virus verwant met het vaccivirus. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1990; 134 nr 13: 663-4.
5. Gezondheidsadvies nr 1986/20. Staatstoezicht op de Volksgezondheid. 1986.
6. Sprenger MJW, Diepersloot RJA e.a. Influenza-related Excess Mortality in the Netherlands 1989-1990. *Lancet* 1990; 11 nr 336: 382.
7. Veen WA van. Influenzavaccinatie: hoe effectief is het beleid? *Huisarts en Wetensch* 1990; 33 nr 11: 415-6.
8. Hofstra ML, Braak EM ter e.a. Een geautomatiseerd zoek- en oproepsysteem voor vaccinatie tegen influenza. *Huisarts en Wetensch* 1990; 33 nr 11: 429-32.
9. Govaert TME, Dinant GJ, Knottnerus JA. Vaccinatie tegen influenza in een huisartsenpraktijk. *Huisarts en Wetensch* 1991; 34 nr 11: 478-81.
10. Sprenger MJW, Desmyter J, Masurel N. Minderheidsstandpunt over influenzavaccinatie bij ouderen. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1991; 135 nr 47: 2208-10.

** 'Oversterfte' door griep is het aantal mensen dat aan het griepvirus is blootgesteld en daardoor is overleden, terwijl ze in leven zouden zijn gebleven wanneer ze daartegen beschermd waren geweest.*

Met dank aan W.J.O. Beaumont, hoofd van de afdeling Infectieziekten en Hygiëne, GGD Den Haag en aan dr. M.J.W. Sprenger, hoofd van het Nationaal Influenza Centrum in Rotterdam voor hun kritische commentaar.

Hoofdluis in Den Haag daalt niet verder

Mw. J.A.M. Reuser, Mw. I.A. Oldersma en Mw. F.A. Liezenga

De hoofdluis of -neet lijkt zich behoorlijk thuis te voelen in de Haagse wijk Transvaalkwartier. Sedert 1977 vindt daar periodiek onderzoek plaats naar de mate waarin deze parasiet vóórkomt bij kinderen. De laatste studie met bloot oog en binoculaire loupe werd afgelopen zomer gedaan. De laatstgevonden resultaten wijzen uit dat de pediculosis capitis zich niet gemakkelijk laat verdringen.

In het schoolartsrayon Transvaal wordt door het schoolgezondheidsteam vanaf 1977 periodiek onderzoek verricht naar het vóórkomen van hoofdluis (pediculosis capitis) bij leerlingen van de basisschool. In 1982 en in 1988 zijn hier publikaties over verschenen in het Epidemiologisch Bulletin (1)(2). Sinds 1979 is de prevalentie van hoofdluis voortdurend gedaald. Bij het laatste screeningsonderzoek in 1988 vonden de onderzoekers een waarde van 3,1%. Aan het begin van het schooljaar 1991-1992 is opnieuw op de scholen in het rayon Transvaal door een schoolgezondheidsteam onderzoek gedaan.

Onderzoek op school

Tussen augustus en oktober 1991 zijn op zeven basisscholen de kinderen van groep drie tot en met groep acht onderzocht op pediculosis capitis. De afwezige leerlingen kwamen een maand later aan de beurt. Hierdoor zijn vrijwel geen leerlingen gemist. Het onderzoek vond plaats in het eigen klasselokaal en werd uitgevoerd met het blote oog of met een om het hoofd gebonden binoculaire loupe (merk Carl Zeiss) die ongeveer anderhalf keer vergroot. Het team registreerde de neten en/of luizen, overeenkomstig de voorgaande onderzoeken, volgens een eenvoudig te hanteren coderingssysteem (1) bestaande uit de cijfers:

- 1 - enkele neten
- 2 - veel neten en/of luizen *

Over de auteurs

Mw. J.A.M. Reuser, jeugdarts; Mw. I.A. Oldersma, doktersassistente en Mw. F.A. Liezenga, jeugdverpleegkundige, allen werkzaam op de afdeling Jeugdgezondheidszorg, GGD Den Haag



onderzoek met de
binoculaire loupe

foto 1

Uitkomsten

De resultaten van de screening in 1991 zijn, samen met de uitkomsten van de voorgaande onderzoeken over de periode 1981-1988, in tabel 1 weergegeven. Het percentage kinderen met neten en/of luizen bedraagt in 1991 7,9%. In de jaren 1981, 1983, 1987 en 1988 was dit gemiddeld 7,4%. Voorts zien we in deze tabel dat nu bijna 30% van de kinderen met neten en/of luizen code twee heeft. Deze verhouding komt goed overeen met de resultaten in het vorige decennium.

Het gevonden percentage over 1991 (7,9%) en het aandeel van de kinderen met code twee wijzen zeker niet op een verdere afname van hoofdluis in het Transvaalkwartier.

In de eerste publikatie over hoofdluis in het Epidemiologisch Bulletin ging Bergink al uitgebreid in op de moeilijkheid om voor hoofdluis betrouwbare prevalentiecijfers te berekenen (1).

Bergink constateerde in 1982 dat een derde van de kinderen, die via dezelfde onderzoeksmethodiek code één kregen, behalve neten, ook luizen in het haar had. Kinderen met code twee bleken vrijwel allen luizen te herbergen. Indien we uitgaande van deze gegevens de prevalentie bepalen, conform de steeds toegepaste berekening en met de gegevens voor 1991 van tabel 1, komen we uit op het volgende prevalentiecijfer:

$$\frac{1/3 \times 81 + 33}{1440} \times 100\% = 4,2\%$$

tabel 1

resultaten van screening op hoofdluis. Schoolartsrayon Transvaal, Den Haag 1981-1991

Jaar	Aantal onderzocht	Aantal kinderen met neten/luizen		Mate van infestatie			
		Abs.	(%)	1		2	
		Abs.	(%)	Abs.	(%)	Abs.	(%)
1981	1644	153	(9,3)	111	(6,8)	42	(2,5)
1983	1475	114	(7,7)	80	(5,4)	34	(2,3)
1987	1268	74	(5,8)	47	(3,7)	27	(2,1)
1988	1390	87	(6,2)	67	(4,8)	20	(1,4)
1991	1440	114	(7,9)	81	(5,6)	33	(2,3)

In figuur 1 is deze waarde toegevoegd aan de reeds bekende prevalentiecijfers over de periode 1977-1988 (2). Hoofdluis handhaaft zich in Transvaalkwartier met een prevalentie van ongeveer 3 à 4%.

Aandacht blijft geboden

De afdelingen Jeugdgezondheidszorg en Gezondheidsbevordering gebruiken de epidemiologische gegevens over hoofdluis bij de voorlichting en advisering in de collectieve preventie.

Onze bevindingen over het schooljaar 1991-1992 maken duidelijk dat hoofdluis nog regelmatig voorkomt. Dit blijkt ook uit de vele vragen over hoofdluis die de schoolgezondheidsteams ieder schooljaar krijgen van leerkrachten en ouders. Het is onwaarschijnlijk dat de prevalentie van hoofdluis in andere binnenstadswijken, buiten het schoolartsrayon Transvaal, veel lager zal liggen. Huisartsen zullen daarom nog steeds van tijd tot tijd kinderen met hoofdluis in de spreekkamer zien.

ouder(s) worden geadviseerd tweemaal een behandeling te geven (met een interval van acht dagen) omdat een deel van de neten de eerste behandeling zal overleven. In ons screeningsonderzoek vonden we kinderen met levende luizen op het hoofd waarbij het kind kort tevoren door de ouders was behandeld. In dergelijke gevallen is het natuurlijk de vraag of de behandeling volgens de voorschriften is uitgevoerd. Maar wanneer dit mag worden aangenomen dan is het belangrijk dat de arts de mogelijkheid van resistentie tegen het gebruikte middel overweegt. Alertheid voor hoofdluis blijft dus nog steeds geboden.

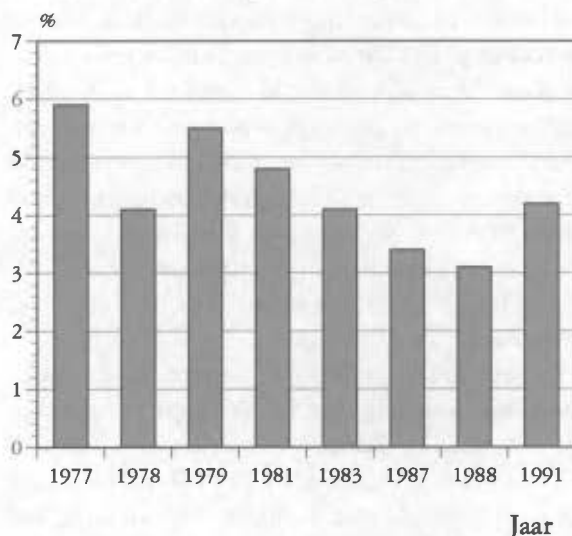
Literatuur:

1. Bergink AH. Hoofdluis in Den Haag, nog steeds een netelige plaag. Epidemiol Bul Grav 1982; 17 nr 3: 3-6.
2. Bergink AH, Reuser JAM en Oldersma IA. Hoofdluis in een Haags schoolartsrayon 1977-1988. Epidemiol Bul Grav 1988; 23 nr 4: 37-9.

figuur 1

prevalentie van hoofdluis.

Schoolartsrayon Transvaal 1977-1991



Onze dank voor zijn waardevolle adviezen gaat uit naar dr. A.H. Bergink, jeugdarts, voorheen werkzaam op de afdeling Jeugdgezondheidszorg, GGD Den Haag.

* Infestatie volgens code drie 'het krioelt van de luizen' werd voor het laatst aangetroffen in 1979 en werd nu ook niet waargenomen.

Het blijft dus nodig ouders te adviseren het hoofd van hun kind regelmatig, bijvoorbeeld bij het haren wassen, te inspecteren op het voorkomen van hoofdluis. De stofkam kan daarbij goede diensten bewijzen. De thans gebruikte bestrijdingsmiddelen bevatten Malathion (Prioderm; Noury) of een pyrethrum-extract met piperonylbutoxide (Crinopex Shampoo; Para Speciaal-Spray). Bij een infestatie moet de

Consultatie van de huisarts i.v.m. borstkanker in 1990

Het jaar van de invoering van het bevolkingsonderzoek op borstkanker

Mw. I. Burger

Borstkanker is bij vrouwen boven de vijftig jaar een belangrijk gezondheidsprobleem. Jaarlijks krijgen bijna 7.500 vrouwen in ons land te horen dat bij hen een kwaadaardige tumor in de borst is gevonden. In Den Haag stierven in 1990 130 vrouwen aan mammacarcinoom. Met regelmatige screening kan dat aantal met bijna 40% worden teruggebracht. Of een bevolkingsonderzoek grote invloed zal hebben op de werklast van de huisarts is niet bekend. Het is wel van belang dat hij vrouwen dezelfde informatie geeft als de organisatie van het bevolkingsonderzoek.

7.300 tot 7.500 vrouwen boven de vijftig jaar krijgen in een jaar in Nederland te horen dat ze borstkanker hebben; ruim 3.300 vrouwen (waaronder 130 Hagenaars) stierven in 1990 in Nederland aan borstkanker; een derde van alle vrouwen met kanker heeft borstkanker (1)(2). Borstkanker is daarmee een belangrijk gezondheidsprobleem onder vrouwen.

In 1987 brachten zowel de Gezondheidsraad als de Nationale Raad voor de Volksgezondheid een positief advies uit vóór invoering van een landelijke screening op borstkanker. Dit advies was behalve op de ervaringen van proefprojecten in Nijmegen en Utrecht gebaseerd op de gunstige evaluatiecijfers van het borstscreeningsproject dat in de jaren zeventig in Zweden was gestart (de zgn. Kopparberg/Ostergötland-studie: W/E-project). Zes jaar na screening constateerde men daar in de groep onderzochte 50-74-jarige vrouwen een reductie in de sterfte aan borstkanker van 39% (3).

Het bevolkingsonderzoek beoogt door vroegdiagnostiek de prognose van de ziekte borstkanker te verbeteren en daarmee de kans aan deze ziekte te overlijden te verkleinen. In 1990 is in Nederland een start gemaakt met een gefaseerde invoering van het bevolkingsonderzoek. Daarbij krijgen vrouwen in de leeftijd van vijftig tot zeventig jaar om de twee jaar de gelegenheid een mammografie te laten maken.

Over de auteur

Mw. I. Burger, onderzoekmedewerker, vakgroep Epidemiologie, afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Den Haag

Huisartsregistratiesysteem

De huisartsen die deel uitmaakten van het Huisartspeilstationsstelsel regio Den Haag * hebben gedurende 1990, het jaar van de introductie van het bevolkingsonderzoek op borstkanker, registratie bijgehouden van en over consultaties in verband met borstkanker.

Dit consult was als volgt gedefinieerd:

- een vrouw toont zich 'ongerust' met betrekking tot mammacarcinoom of heeft klachten die in verband worden gebracht met deze ziekte;
- een aanvraag voor een mammografie (wel of niet op verzoek van de patiënt) **;
- een verwijzing naar een chirurg in verband met mammacarcinoom.

(Bij de bespreking van de registratiegegevens noemen we een consult overeenkomstig deze definitie een 'consult mammacarcinoom'.)

Met de verzamelde informatie over de consulten kunnen we de volgende vragen beantwoorden. Welke vrouwen maken zich ongerust over borstkanker en consulteren de huisarts, en welke vrouwen komen bij de huisarts met klachten die in relatie worden gebracht met borstkanker? Zijn het de doelgroepvrouwen die vragen hebben en/of zich ongerust maken? Of zijn het juist vrouwen die niet tot de onderzoekspopulatie behoren? En tenslotte, in welke mate besluit een huisarts een mammografie te laten maken?

Allereerst geven we de resultaten van het huisartspeilstationssysteem, daarna volgt nog enige informatie over de organisatie van het bevolkingsonderzoek op borstkanker in de regio Den Haag.

Onderrapportage

De huisartsen hebben 560 'consulten mammacarcinoom' opgegeven. Vijf vrouwen kwamen twee keer. De absolute en relatieve aantallen consulten voor de verschillende gemeenten staan in tabel 1. De opgave voor Rijswijk komt neer op ongeveer elf consulten per jaar in een huisartspraktijk van 2.500 patiënten. In Den Haag is dit twintig.

Tussen het eerste en het laatste kwartaal hebben we een afname van zo'n 20% in de opgaven geconstateerd. Ongetwijfeld komt dit door de onderrapportage, waarover we reeds eerder spraken ***.

tabel 1

absolute en relatieve cijfers van 'Consulten mammacarcinoom' naar gemeente. Peilstation regio Den Haag 1990

Gemeente	Abs.	per 10.000
Den Haag	345	80
Zoetermeer	79	51
Rijswijk	53	44
Leidschendam	37	70
Wassenaar	22	53
Voorburg	24	61
Totaal regio	560	67

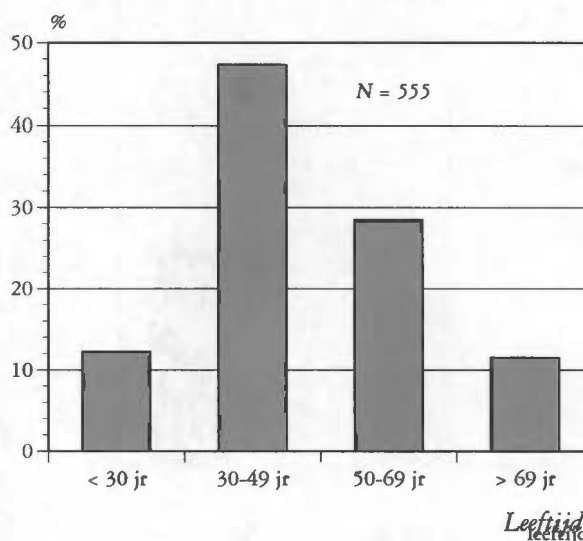
Reden consult en aanvraag mammografie

In figuur 1 zien we de leeftijdsverdeling van de vrouwen die voor een 'consult mammacarcinoom' komen. Voornamelijk zijn het vrouwen in de leeftijdsgroep 30-49 jaar en op de tweede plaats komen de vrouwen in de doelgroepleeftijd.

Bijna twee derde (61%) van de vrouwen had klachten die in verband werden gebracht met borstkanker. De andere 39% vrouwen toonden zich ongerust en/of vroegen expliciet om het laten maken van een mammografie om zekerheid te krijgen dat ze geen borstkanker hadden.

figuur 1

proportionele verdeling 'consult mammacarcinoom' naar leeftijd. Peilstation regio Den Haag 1990



In hoeverre de consulten ook daadwerkelijk aanleiding gaven tot het maken van een mammografie zien we in figuur 2. Ook bij twee derde van de consulten werd toch een mammografie aangevraagd. Dit zijn niet altijd de vrouwen die met klachten bij de huisarts kwamen: in 17% van de consulten had de vrouw geen klachten en werd een mammografie aangevraagd. Eveneens in 17% van de gevallen bleek de gepresenteerde klacht van de vrouw geen reden tot nader onderzoek via een mammografie.

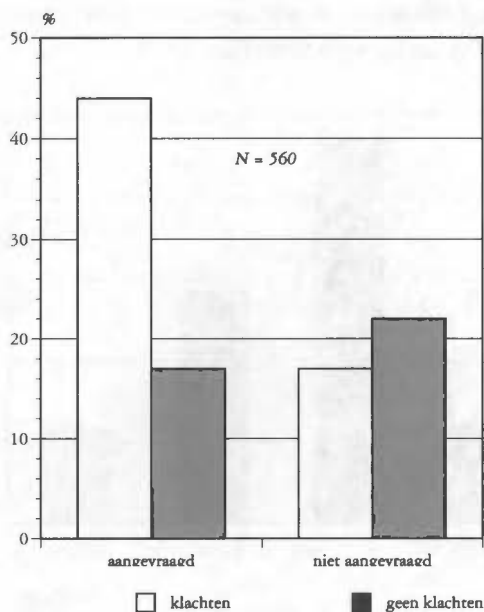
Eventueel na lichamelijk onderzoek vroeg de huisarts in 69% van de consulten een mammografie aan vanwege klachten en/of symptomen en in 31% vanwege preventieve overwegingen. In de groep vrouwen jonger dan 30 jaar en ouder dan 69 jaar zien we dat meer mammografieën aangevraagd werden vanwege klachten en/of symptomen (figuur 3). Screeningsoverwegingen liggen in deze leeftijds-categorieën minder voor de hand.

Vroeg een vrouw zelf om een mammografie dan voldeed de huisarts ook bijna altijd aan dit verzoek (zestien van de zeventien gevallen).

Een verwijzing naar een chirurg, zonder dat eerst een mammografie werd gemaakt, meldde de huisarts in 6% van de geregistreerde consulten.

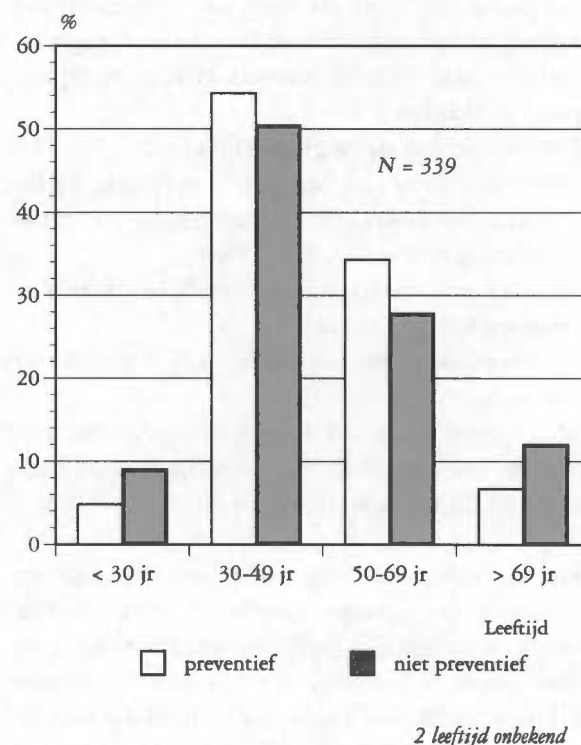
figuur 2

proportionele verdeling mammografieën naar wel en geen klachten. Peilstation regio Den Haag 1990



figuur 3

proportionele verdeling van mammografieën preventief en niet preventief naar leeftijd. Peilstation regio Den Haag 1990



Bevolkingsonderzoek op borstkanker regio Den Haag

In de Haagse regio (de gemeenten Den Haag, Voorburg, Leidschendam, Wassenaar en Rijswijk) is het bevolkingsonderzoek in september/oktober 1990 gestart.

De organisatie voor dit gebied is in handen van het Integraal Kankercentrum West (oproepsysteem en borstsonderzoek) en de GGD'en (voorlichting). Voor de regio Den Haag zijn twee screeningscentra beschikbaar: één bij de GGD Voorburg-Leidschendam en één bij de GGD Den Haag.

Gedurende de laatste maanden van 1990 zijn de 50-70-jarige vrouwen uit enkele Haagse en Rijswijkse wijken onderzocht (4). Zoetermeer is in 1991 met een systematisch borstsonderzoek gestart.

Uitgebreide publiciteit is aan de invoering van het project voorafgegaan. Nu het programma draait en de vrouwen wijk voor wijk een uitnodiging voor het borstsonderzoek ontvangen vindt de voorlichting vooral wijksgewijs plaats. Voordat een wijk aan de beurt is ontvangen wijk- en dienstencentra, apotheken, buurtcentra en winkelcentra posters ter her-

kenning dat de wijk aan de beurt is. De planning is erop gericht dat alle vrouwen tussen de vijftig en zeventig jaar voor het einde van 1992 voor de eerste maal zijn gescreend.

Na twee jaar krijgt een vrouw weer een oproep. Het rendement van het bevolkingsonderzoek wordt sterk bepaald door het opkomstpercentage van deze vervolgonderzoeken. In de doelgroepleeftijd heeft een vrouw maximaal elf keer de gelegenheid een foto te laten maken. Elke foto wordt vergeleken met de eerder gemaakte. Iedere minimale verandering in de borst komt de röntgenoloog op deze wijze op het spoor. Ook een huisarts kan in gesprek met de patiënt het belang van het vervolgonderzoek onderstrepen en daarmee een belangrijke substantiële rol vervullen bij de overweging deel te nemen aan vervolgonderzoeken.

Werkbelasting van de huisarts

Het is niet voorspelbaar hoe de werkbelasting van de huisarts onder invloed van het bevolkingsonderzoek op borstkanker zich verder zal ontwikkelen. Nu het bevolkingsonderzoek vrij algemeen in de Haagse regio ingevoerd is, is het niet ondenkbaar dat de huisartsen meer worden benaderd met vragen over het borstsonderzoek zelf (twee op de vijf vrouwen ervaart het onderzoek als pijnlijk!) en het belang van het heronderzoek om de twee jaar.

In de voorlichting, die de organisatie van het bevolkingsonderzoek op borstkanker aan de vrouwen geeft, komt ook het belang van zelfonderzoek naar voren. Uiteraard wordt de vrouwen bij constatering van een verdacht knobbelletje geadviseerd naar de huisarts te gaan. Immers, ondanks regelmatige screening zal de vrouw (respectievelijk de huisarts) bedacht moeten blijven op klachten in relatie tot borstkanker.

Er bestaan nog onvoldoende argumenten voor een systematisch borstsonderzoek voor (risicogroep-)vrouwen beneden de vijftig jaar. Voor hen is de huisarts de aan te spreken persoon wanneer borstsonderzoek noodzakelijk wordt geacht.

De organisatie van het bevolkingsonderzoek op borstkanker tracht zoveel mogelijk vragen van vrouwen te beantwoorden (folder 'borstsonderzoek', voorlichtingsbijeenkomsten en infolijn enz.). Dat zal niet kunnen voorkómen dat sommige vrouwen de voorkeur geven aan het oordeel van de eigen huisarts. Het is belangrijk dat de voorlichting die de huisarts dan geeft qua inhoud aansluit bij de voor-

lichting die de projectorganisatie van het bevolkingsonderzoek geeft.

Literatuur:

1. Informatie projectbureau Bevolkingsonderzoek op Borstkanker. Integraal Kankercentrum West. Leiden, januari 1992.
2. Overledenen naar doodsoorzaak, leeftijd en geslacht. Centraal Bureau voor de Statistiek. Voorburg 1990.
3. Tabar L, Gad A, Holmberg LH e.a. Reduction in Mortality from Breast Cancer after Mass Screening with Mammography. Lancet 1985; i: 829-32.
4. Bevolkingsonderzoek op borstkanker. Jaarverslag 1990. Regio Integraal Kankercentrum West. Leiden, mei 1991.
5. Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland. Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg. Jaarverslag 1988-1989. Utrecht 1991.

** In het Huisartspeilstationsstelsel regio Den Haag verzamelen huisartsen in de periode 1984-1990 epidemiologische gegevens over ziektebeelden en gebeurtenissen. In 1990 hebben 55 huisartsen deelgenomen (44 praktijken). Voor Den Haag namen 29 huisartsen deel, voor Leidschendam 3, voor Rijswijk 7, voor Voorburg 4, voor Wassenaar 3 en voor Zoetermeer 9. 13-30% van de bevolking in de deelnemende gemeenten was in het peilstation vertegenwoordigd. Bij de samenstelling van de groep huisartsen is ernaar gestreefd de gezamenlijke praktijkpopulaties voor iedere gemeente representatief te laten zijn voor leeftijd, sociaal-economisch niveau en percentage migranten.*

*** Vervolgonderzoek naar aanleiding van de uitslag van het bevolkingsonderzoek op borstkanker, zoals nader mammografisch onderzoek, extra foto's of een echo, valt buiten de registratie.*

**** 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.*

korte berichten

Onder redactie van
J.M. Vroom-Jongerden

Onderzoek in het kort

Huisarts en specialist

Kersten stelt in zijn proefschrift 'De invloed van huisartsen in de tweedelijns' dat huisartsen minder met specialisten samenwerken dan ze, ook naar de mening van de huisarts zelf, zouden moeten doen. Zo doen huisartsen slechts in 20% van de gevallen een procedurevoorstel aan de internist. Wanneer de patiënt eenmaal is opgenomen, overleggen huisartsen nauwelijks meer met specialisten. Slechts in 5% van de gevallen overlegt de huisarts tijdens het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis met de specialist en in 4% van de gevallen doet hij dit met het oog op ontslag of nazorg. Het streven naar continue zorg mede door invloed van de huisarts op de tweedelijns behandeling kan een kostenbesparing met zich mee brengen voor de totaal aangeboden zorg. Op het niveau van de beroepsgroep lijkt dit van vitaal belang voor de positie van de huisarts. Het raakt aan de kern van het huisartsenvak: de huisarts is de generalist in de hulpverlening.

(Kersten TJJMT. De invloed van huisartsen in de tweedelijns. Proefschrift. Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht 1991).

Spreiding kostbare medische technologie

In zijn proefschrift 'Introductie en spreiding van kostbare medi-

sche technologie in Nederland' presenteert Dutrée een model waarmee betere spreiding van deze technologie kan worden gerealiseerd. Uitgangspunt daarbij is dat de voorziening daar komt waar de noodzakelijke ziekenhuisinfrastructuur aanwezig is en daar waar voldoende patiënten zijn.

Voor ziekenhuisdirecties is de verleiding groot om de nieuwste technologie in huis te halen. Dutrée toont bijvoorbeeld aan dat in Nederland te veel niersteenvergruizers zijn aangeschaft: er is een overcapaciteit van 50%. Het directe gevolg is dat overbodige behandelingen worden uitgevoerd om de aanschaf rendabel te laten lijken.

In het model van Dutrée ligt de verantwoordelijkheid voor de aanschaf van de apparatuur bij de marktpartijen zelf: ziekenhuisdirecties moeten aan de hand van duidelijke criteria beoordelen of ze wel of niet tot aanschaf kunnen overgaan.

(Dutrée MA. Introductie en spreiding van kostbare medische technologie in Nederland. Proefschrift. Erasmus Universiteit. Rotterdam 1991).

Actuele informatie

Medische milieukunde

De Nederlandse Vereniging van Medische Milieukunde (NVMM)

heeft in een open brief aan minister Alders haar bezorgdheid kenbaar gemaakt over het afvalbeleid van de centrale overheid, waarbij verbranding van afval de voorkeur heeft boven storten. De NVMM is van mening dat de reststoffen van verbrand afval schade kunnen toebrengen aan de gezondheid van de bevolking en aan het milieu. Storten heeft een groter ruimtebeslag, doch is goedkoper en beter beheersbaar. Grote aandacht dient te worden besteed aan preventie van afval en aan recycling. Na afweging van de voor- en nadelen van beide manieren van afvalverwerking en in afwachting van effectieve preventie valt storten daarom, volgens de NVMM, te verkiezen boven verbranden.

Een uitbreiding van de Afvalverwerking Rijnmond, in combinatie met methoden als vergisting en compostering van afval, zou kunnen leiden tot een herziening van het Provinciaal Afvalplan. Daarom wordt in de provincie Zuid-Holland op korte termijn onderzocht of de bouw van de nieuwe vuilverbrandingsinstallatie (GAVI) Ypenburg nabij het Prins Clausplein wel nodig is.

Op dit moment is de kans dat de voorziene bouw van de GAVI doorgaat zeer klein, mede gezien het feit dat Burgemeester en Wethouders van de gemeente Leidschendam alle procedures hebben stopgezet.

Migranten en geestelijke gezondheid

Op initiatief van de Haagse wethouder van Gezondheidszorg, de heer D. Ramlal, is een werkgroep gevormd die tot taak heeft een aantal concrete beleidsaanbevelingen te doen om de geestelijke gezondheidszorg voor Haagse migranten te verbeteren. Enkele jaren geleden is reeds beschreven in hoeverre de Haagse geestelijke gezondheidszorg was ingesteld op de problemen van migranten en welke plannen er bestonden om het hulpaanbod voor migranten te verbeteren.

Op grond van verschillende signalen bestaat er volgens de wethouder aanleiding voor een geactualiseerde beschrijving van het verband tussen geestelijke gezondheidszorg en migranten.

Voorzitter van de werkgroep is de heer L.J. Joele, directeur van het Psychiatrisch Centrum Bloemendaal. Het secretariaat is ondergebracht bij de sector GGD van de Dienst Welzijn van de gemeente Den Haag, tel. 070-361 94 38.

Preventie ziekteverzuim

Ziekteverzuim en WAO-problematiek staan volop in de belangstelling. Opvallend daarbij is dat in ons land de laatste jaren arbeidsongeschiktheid in toeneemende mate wordt veroorzaakt door 'psychische problemen'. Van alle arbeidsongeschikten valt 30% reeds in deze categorie. Vanzelfsprekend legt deze ontwikkeling een zware druk op de geestelijke gezondheidszorg. De gemeente Den Haag wil een bijdrage leveren aan de oplossing van dit maatschappelijke probleem. Een door de wethouder van Gezondheidszorg, de heer D. Ramlal, geïnstalleerde werkgroep buigt zich over mogelijke preventieve maatregelen en/of activiteiten om ziekteverzuim en WAO-instroom

door psychische problemen te voorkómen. Daarbij wordt vooral gedacht aan samenwerking op het gebied van de preventie met de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast wordt gestudeerd op maatregelen om mensen die eenmaal op psychische gronden in de Ziektewet of WAO zijn beland, weer terug te kunnen leiden naar het arbeidsproces.

Voorzitter van de werkgroep is de heer J. Börger, directeur van het Centrum Verslavingszorg Zeestraat. Het secretariaat berust bij de sector GGD van de Dienst Welzijn van de gemeente Den Haag, tel. 070-361 94 38.

Kwaliteit van zorg

Bij de stelselherziening in de gezondheidszorg hebben de vier grote steden en de provincies bij de Tweede Kamer aangedrongen op garanties voor kwaliteit van de zorg. Aanleiding tot deze reactie was de Nota Kwaliteit van zorg van de minister en de staatssecretaris van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, waarin onder andere wordt ingegaan op de rol van de overheid bij het kwaliteitsbeleid. De grote steden en de provincies onderschrijven de kern van de stelselherziening, maar wijzen op de noodzaak van kwaliteitsgaranties. Het ontbreken van deze garanties kan, zo wordt gevreesd, nadelige gevolgen hebben voor kwetsbare groepen, zoals gehandicapten, psychiatrische patiënten en chronisch zieken.

De steden en de provincies pleiten voor toekenning van een aantal instrumenten aan de regionale besturen om de vereiste kwaliteit te handhaven, zoals het vaststellen van de (zorginhoudelijke) regiovisie, het nemen van bestuurlijke maatregelen, het ondersteunen van patiënten-/consu-

mentenorganisaties en het dragen van verantwoordelijkheid voor een goede klachtenbehandeling.

De Tweede Kamer heeft in december 1991 over de voorstellen van de bewindslieden van WVC vergaderd. In de loop van 1992 zal de wetgeving op dit terrein verder vorm krijgen.

Voorlichting

Tandheelkundige zorg tijdens de Ramadan

Tijdens de Ramadan (8 maart - 7 april) zal de afdeling Jeugdtandzorg van de GGD Den Haag een speciale folder voor islamitische jongeren uitdelen (onder andere op scholen).

Veel moslims in Nederland blijken namelijk moeite te hebben om de hier gebruikelijke wijze van gebitsverzorging in te passen in de religieuze voorschriften voor het vasten. Zo laten velen zich tijdens de Ramadan niet bij de tandarts behandelen, wordt het tandenpoetsen overgeslagen of wordt het fluoridespoelen op school gestaakt.

Volgens de moslimorganisaties is er echter geen enkel bezwaar tegen deze handelingen tijdens het vasten.

Met behulp van een folder in het Nederlands, Turks en Arabisch wordt daarover meer informatie verstrekt. De folder is opgesteld door de Jeugdtandzorg Den Haag, in samenwerking met het Moslim Informatiecentrum Nederland. Behalve door de Jeugdtandzorg in Den Haag wordt hij ook uitgedeeld door de Jeugdtandverzorgingsdienst in Rotterdam.

De folder is verkrijgbaar bij mevrouw A.R.J. Brouwer, GGD Den

Haag, afdeling Jeugd tandzorg,
tel. 070-361 93 24.



Omgaan met stress

Op maandag 27 april 1992 start Teleac met de nieuwe doe-het-zelf cursus 'Omgaan met stress'. Hierin wordt inzicht gegeven in wat stress is en wat de gevolgen zijn van te veel stress. Dat 'therapie op afstand' werkt, is aangetoond bij de Teleaccursussen 'Slapen kun je leren' en 'Hoofdpijn te lijf', die zeer succesvol bleken.

De acht televisie-uitzendingen zullen wekelijks worden uitgezonden van 19.00-19.30 uur via Nederland 3. De acht radio-programma's zullen vanaf 30 april 1992 van 20.30-21.00 uur wekelijks te beluisteren zijn op Radio 5. Voor informatie: Teleac, tel. 030 - 94 69 46 (tijdens kantooruren).

De specialist

Het is begrijpelijk dat het genezingsproces van een patiënt beter en sneller verloopt naarmate de

patiënt meer weet, en vooral meer begrijpt, van de behandeling die hij ondergaat. Vooral in de tweedelijns is de onbekendheid bij patiënten vaak groot. Wat weet men immers van een dermatoloog of van een neuroloog als men er nog nooit mee te maken heeft gehad? Om aan deze situatie iets te doen zendt Teleac vanaf maandag 27 april 1992 de serie 'De specialist' uit.

De zes televisie-uitzendingen zullen wekelijks worden uitgezonden van 19.30-20.00 uur via Nederland 3. De zes radioprogramma's zullen vanaf woensdag 6 mei 1992 van 15.00-15.30 uur wekelijks te beluisteren zijn op Radio 5. Voor informatie: Teleac, tel. 030 - 94 69 46 (tijdens kantooruren).

Aangifte infectieziekten

Aangifte-plicht

Na het afschaffen van de plicht tot aangifte van de salmonellosen en van de controle door de GGD hierop is er een terugloop in de aanmeldingen van infectieziekten te constateren.

Ondanks wettelijke verplichtingen vullen sommige artsen de aangiftekaarten niet in. Hiervoor zijn verschillende redenen te geven:

- het is een extra administratieve handeling;
- onbekendheid met de aangifteplicht van een ziekte;
- het is vergeten.

In toenemende mate speelt daarnaast het argument van de privacy een rol. Dit argument wordt voor een deel gedragen door de patiënt. Maar ook de medicus vindt

vaak dat er sprake moet zijn van privacy-bescherming van zijn patiënt en daarbij wordt de uitvoerder van de Wet Infectieziekten als een ongewenste pottekijker ervaren.

Dit zal in een aantal gevallen leiden tot onnodige verspreiding van infectieziekten, waarvan hepatitis A, scabies, maar ook tuberculose het meest in het oog springen. Er wordt nu voorgesteld om de aangifte, wél op naam van de behandelende arts maar de patiënt geanonimiseerd, door het laboratorium te laten verzorgen. De GGD zal na ontvangst van de melding met de arts van de patiënt contact opnemen voor nadere gegevens.

De afdeling Infectieziekten en Hygiëne van de GGD stelt het op prijs wanneer huisartsen, laboratoriumartsen en specialisten hierover hun mening kenbaar zouden maken.

Reacties kunnen gericht worden aan de GGD Den Haag, afdeling Infectieziekten en Hygiëne, Thorbeckelaan 360, 2564 BZ Den Haag, tel. 070 - 361 92 70.

Aangifte-overzicht

Op pagina 36 geven we een overzicht van de aangifte infectieziekten in de vier gebieden (Den Haag, Voorburg-Leidschendam/Wassenaar, Zoetermeer en Rijswijk). In dit maartnummer wordt de opgave per gemeente gespecificeerd.

Onderstaand volgt enige casuïstiek van de Haagse opgave.

De 3 aangegeven meningococcosis-patiënten waren 2 kinderen uit dezelfde crèche en 1 volwassene.

Van de 2 pertussis-patiënten bleek 1 patiënt niet gevaccineerd wegens epilepsie en 1 patiënt was

nog te jong voor vaccinatie.

Bij de 2 hepatitis B-patiënten vormde bij 1 patiënt de bron waarschijnlijk seksuele contacten.

Van de 5 hepatitis A-patiënten hadden 3 kinderen hun besmetting tijdens vakantie in het buitenland opgelopen.

Bij de 7 bacillaire-dysenteriepatiënten werden er 4 met *Shigella* Sonnei, 1 met Bacillaire Dysenterie en 2 met *Shigella* Flexnerie gemeld. Van deze 7 patiënten liepen er 5 hun besmetting op in respectievelijk Spanje, Portugal, Tunesië, China en Sri Lanka.

Voor alle 4 aangemelde psittacosis-patiënten werd de Veterinaire Inspectie ingeschakeld.

Van de 4 gemelde malaria-patiënten liepen er 3 de besmetting op in Pakistan en 1 in Gambia.

Voor de 8 gemelde gevallen van voedselvergiftiging werd 1 keer de Keuringsdienst van Waren ingeschakeld.

De tyfeuze-koortspatiënt was een kind dat tijdens de vakantie in Turkije de besmetting opliep.

In Nederland en Groot-Brittannië denken de meeste gezondheidswerkers dat 'te lage' bloeddruk niet bestaat en dat een lage bloeddruk eerder een zegen voor de gezondheid is.

De British Medical Journal van 11 januari 1992 plaatst hier echter kanttekeningen bij. In een onderzoek onder tienduizend ambtenaren werd een sterk verband gevonden tussen lage systolische bloeddruk en lichte psychologische klachten zoals duizeligheid en onverklaarde moeheid. Er komen ook lichamelijke klachten voor, maar die zijn het gevolg van de stoornissen in de geestesgesteldheid, suggereren de onderzoekers. Mensen met

Stelling

Het getuigt van realiteitszin om geneesmiddelen voortaan behandelmiddelen te noemen.

(H.J. Noorman, Technische Universiteit Delft).



Gehoord of Gelezen

Lage bloeddruk

'Te lage' bloeddruk is in Duitsland een erkende ziekte-toestand, ook als de 'patiënt' verder weinig mankeert. Er is zelfs een uitgebreid therapeutisch arsenaal voor, zowel uit de reguliere als de alternatieve geneeskundige hoek.

een lagere bloeddruk huilen ook eerder. Niet bestreden wordt dat een hoge bloeddruk de ziekte- en sterftekans verhoogt en evenmin spreken de onderzoekers zich uit over het overall effect van een lage bloeddruk op de gezondheid. Misschien is het ook helemaal niet zo ongezond, zou je er tegenin kunnen werpen, een beetje meer huilen, wat zweverig zijn en je moe voelen. Of moeten we de Duitse geneeskunde toch wat serieuzer gaan nemen op dit gebied en komt er wellicht een nieuw label voor gezondheidsklachten bij?

Aan deze rubriek werkten mee:

W.J.O. Beaumont;
Mw. I. Burger;
Mw. R. Groen (GGD, Zoetermeer);
Mw. J.C. Leegsma (GGD, Rijswijk);
H.R. Lingen;
Mw. W.J.J. Ong-de Jongste;
H. Westerhof;
G.R. de Wildt;
Mw. G.J. Wijkmans;
K.B. Yap (GGD, Voorburg-Leidschendam);
W.A. Zwart Voorspuij.

Overzicht aangifte infectieziekte regio Den Haag

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

bron	besmettingsweg	ziekte	1990					1991					1991			
			Den Haag	Voorb. L'dam, Wass	Zoetermeer	Rijswijk	totaal regio	Den Haag	Voorb. L'dam, Wass	Zoetermeer	Rijswijk	totaal regio	1e kw. regio	2e kw. regio	3e kw. regio	4e kw. regio
mens	inhalatie	difterie (B)														
		lepra (B)						1				1				1
		meningococcosis (B) *	14	2	7	2	25	10	5	4	1	20	8	3	1	8
		morbilli (B)						5				5			5	
		(atyp.) pertussis (B) **	19		7	1	27	3	1			4	1			3
		rubella (B)		1			1	1	1			2	1		1	
		ruberculosis (B)	147	11	6	5	169	104	4	5	7	120	24	32	43	21
		parotitis epidemica (C)							1			1		1		
	sexueel contact	gonorrhoea (C)	533			1	534	306	4	3	1	314	88	105	63	58
		syphilis prim./sec. (C)	39				39	14				14	2	4	2	6
		syphilis congenita (C)														
	sexueel contact/bloed	hepatitis B (B) 1	18		1	1	20	6	1		3	10	5		1	4
		HIV-infectie/Aids (1) ***						39				39	17	3	8	11
	faecaal-oraal	poliomyelitis (A) (2)														
		hepatitis A (B) (3)	36	8	3	2	49	22	2	1	5	30	12	4	5	9
		dysenteria bacillaris (B) (3)	24	6	1	3	34	21	2	3	1	27	2	4	11	10
	huid/kleding/bed	scabies (B) (4)	30	4			34	19	2	1		22	4	2	3	13
dier	inhalatie (faecaal materiaal)	ornithosis/psittacosis (B)	4	1			5	6	1	2		9	2	2		5
		Q-fever (B) (5)						1				1		1		
	insectebeet	lassakoorts e.a.vormen van Afr. vir. haem. koorts (A)														
		febris recurrens (B)														
		gele koorts (B)														
		malaria (B)	16	3	2		21	10	5		1	16	2	3	5	6
		typhus exanthematicus (B)														
		rabies (A)														
	beet/speeksel	pest (A)														
	aanraking	anthrax (B)														
		tularemia (B)														
		brucellosis (B) (5)	1				1	1				1			1	
omgeving	inhalatie	legionella pneumonie (B)	4				4	5			1	6	1	1	4	
		cholera (B)														
	consumptie	trichinosis (B)														
		voedselvergiftiging (B)	80	4	2	3	89	21	2	3	3	29	12		5	12
		febris typhoidea (A)	3				3	4				4	2		1	1
		paratyfus B (B)														
		botulisme (B) (6)														
	contact (water/grond/dier)	leptospirosis (B)		1			1									
	wondcontact (water/grond/beet)	tetanus (B)		1			1									
totaal			968	42	29	18	1057	560	31	22	23	636	166	162	151	157

- (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