

# *epidemiologisch bulletin*

---

*tijdschrift voor volksgezondheid en  
onderzoek in Den Haag*

*inboud*

*volksgezondheid*

Sociaal gezondheidsbeleid in stadsdeel Centrum?

Roken en politiek

Tandheelkunde na Dunning en Simons

Het spuitomruilproject in Den Haag

Welzijnsbezoeken in Den Haag

*epidemiologie*

Sterfte door roken in Den Haag

*en verder o.a.*

Korte berichten

*jaargang 27, 1992*

*nummer 2*

---

# *epidemiologisch bulletin*

i n h o u d

## *Volksgezondheid*

- Het stadsdeel Centrum in Den Haag* 3  
*Een vertrekpunt voor antwoorden op nieuwe uitdagingen?*  
- L.J.C. van der Maesen en H.G.J. Nijhuis
- Roken in Den Haag* 13  
*Commentaar op een politiek aspect*  
- H.G.J. Nijhuis
- Is er nog tandheelkunde na Dunning en Simons?* 15  
- W.Ph.L. van Ouwkerk
- Het spuitomruilproject in Den Haag* 18  
*De ervaringen van 1991*  
- W.J.O. Beaumont
- Welzijnsbezoeken in Den Haag* 25  
*Antwoord van de wethouder*  
- L.M.J. Staal

## *Epidemiologie*

- Sterfte door roken in Den Haag* 28  
*Een groot volksgezondheidsprobleem*  
- G.R. de Wildt en H.G.J. Nijhuis

## *Korte berichten*

36

---

Juni 1992  
27ste jaargang nr. 2

***Epidemiologisch Bulletin***

*Tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag*

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

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

**Redactie**

H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog (hoofdredacteur); 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. van der 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**

1750 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.

# Het stadsdeel Centrum in Den Haag

*Een vertrekpunt voor antwoorden op nieuwe uitdagingen?*

*L.C.J. van der Maesen en H.G.J. Nijhuis*

Wie zonder perspectief het dagelijks leven slijt heeft ook een achterstand in gezondheid. Die ongelijkheid komt velen als onaanvaardbaar voor.

Wethouder Ramlal wil van het Haagse centrum een experimenteel stadsdeel maken, waar een intensiever, structureler en effectiever gezondheidsbeleid gevoerd wordt. Het Haagse stadsdeel Centrum zou een ideale proeftuin zijn, waar instellingen en hulpverleners niet langer gefragmenteerd opereren, maar intensief samenwerken in een Centrum van Gezondheid en Maatschappelijke Dienstverlening. Een doorwrochte beschouwing.

## *Toekomstig sociaal gezondheidsbeleid?*

Eind februari van dit jaar liet wethouder D. Ramlal aan de raadscommissie Maatschappelijke Dienstverlening Welzijn en Gezondheidszorg weten, dat het wenselijk is dat Den Haag nieuwe voorwaarden schept voor een op de toekomst gericht 'sociaal gezondheidsbeleid'. Dankzij buitenlandse en ook binnenlandse studies is het besef gegroeid, dat sociaal-economische verschillen tot verschillen in gezondheid van mensen leiden. Mensen in wijken, waarvan de leefomstandigheden minder aantrekkelijk zijn, sterven bijvoorbeeld eerder. Deze ongelijkheid komt velen als onaanvaardbaar voor. De oorzaak schuilt niet zozeer in de aard van deze wijken zelf, maar veel eerder in de omstandigheid dat hier meer mensen wonen die in sociaal-economisch opzicht - bijvoorbeeld qua deelname aan het arbeidsproces en qua participatie in de samenleving - zonder perspectief het dagelijks leven moeten slijten (1).

Hier ligt een belangrijke relatie met de gesignaleerde achterstand in gezondheid. De wethouder wees erop, dat tot op heden sociale achterstand en gezondheid sterk in de aandacht heeft gestaan. Hij verwees bijvoorbeeld naar de preventieve programma's van de GGD. Maar daarnaast stelde hij ook: 'ik zou echter gaarne zien dat deze aandacht nog intensiever was, structureler van aard en dat we op dit terrein effectiever beleid zouden kunnen voeren. Immers onze projecten hebben qualitate qua een projectmatig incidenteel (financieel)

### *Over de auteurs*

*Dr. L.J.C. van der Maesen, hoofd van de sector Welzijn, Gezondheid en Hulpverlening, Stichting Interuniversitair instituut Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek (SISWO), Amsterdam. Hij is als adviseur betrokken bij het zorgvernieuwingsproject Rotterdam-Noord en*

*H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog, hoofd van de afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Den Haag*

karakter en hangen te veel af van persoonlijke vernieuwende initiatieven. Sociale achterstand vraagt structureel de aandacht van allen die verantwoordelijkheid dragen voor de volksgezondheid' (2).

Het is ondenkbaar dat het antwoord op alle vragen en problemen toereikend zal zijn vanuit de huidige werkwijzen en organisatievormen in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. De vraagstukken waarvoor we komen te staan zullen vanwege de toekomstige vergrijzing, de culturele pluriformiteit, de doorbraak van nieuwe technologieën en intensievere internationale contacten geheel nieuwe dimensies krijgen. Antwoorden kunnen niet meer op basis van bestaande inzichten en verhoudingen worden gegeven. Als stad zullen we, aldus de wethouder, met name moeten werken aan voorwaarden voor het ontwikkelen van nieuwe inzichten. We behoeven onder andere een regiovisie ter ontwikkeling van een sociaal gezondheidsbeleid.

De wethouder stelde onder andere voor van het stadsdeel Centrum in Den Haag een experimenteel stadsdeel te maken, om de eerste stappen te zetten in de richting van het ontvouwen van een regiovisie te zetten (figuur 1). Deze kan de grondslag vormen voor te ontwikkelen verbeteringen.

In het onderstaande zullen we eerst aangeven waarom een experimenteel stadsdeel voor deze opgave zeer geschikt is. Daarna zullen we argumenten aandragen, waarom hiervoor het stadsdeel

Centrum gekozen is. En we besluiten met enkele indrukken van de stedelijke en nationale politiek over dit onderwerp. Om het idee van een experimenteel stadsdeel vorm en inhoud te geven maken we gebruik van de analyses en discussies die over dit thema sinds 1987 in Rotterdam zijn gevoerd. Het voorstel om hiervoor het stadsdeel Centrum in Den Haag te kiezen onderbouwen we met gemeentelijke documenten en vooral artikelen, die vorig jaar in het Epidemiologisch Bulletin van de Haagse GGD zijn gepubliceerd. Deze geven tot op zekere hoogte een beeld van de belangrijkste problematiek die er speelt en de stedelijke context die van belang is. Het voorstel zal ook verwijzen naar het beleid, dat in het jongste verleden door het ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur (zorgvernieuwing) en het Ministerie van Binnenlandse Zaken (sociale vernieuwing) onder woorden is gebracht.

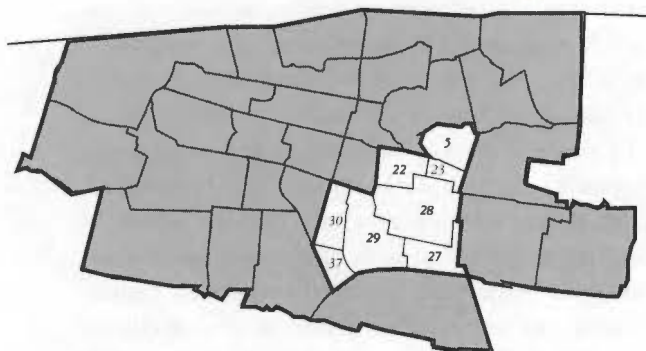
Alvorens deze drie onderwerpen aan te snijden willen we enkele kenmerken van het stadsdeel Centrum in Den Haag in beeld brengen.

### *Stadsdeel Centrum in Den Haag in historisch perspectief*

Het ontstaan van grote delen van dit stadsdeel, in de tweede helft van de vorige eeuw, houdt verband met sociale veranderingen uit die tijd (3). De bevolking van de grote steden, dus ook van Den Haag, nam aanzienlijk toe door betere hygiënische omstandigheden. Daarnaast ontstond een trek naar de stad vanwege de afname van het werk op het platteland. Zo groeide Den Haag van een stad met 72.000 inwoners in 1850 tot een stad met 260.000 inwoners in 1900. Binnen de toen bestaande bebouwing kon deze groei niet opgevangen worden. Een uitbreiding naar het zuidoosten was geboden. In die dagen is het grootste deel van 'stadsdeel' Centrum ontstaan. Hier verrezen vooral woningen voor de 'kleine luiden'. Arbeiders moesten hun onderkomen zoeken in de krotten en hofjes van de oude stad. In het bijzonder deze plekken waren de besmettingshaarden voor de cholera-epidemieën en typhus-epidemieën in het tweede deel van de vorige eeuw. In het tijdschrift *Eigen Haard* van 1880 kunnen we lezen: 'In de behoefte van de arbeider (...) werd niet opzettelijk voorzien; hij moest zich met een deel dezer huizen, met één kamer meest, tevreden stellen. Daarbij bleven in het midden der stad ellendige krotten en hofjes en poortjes, zonder licht en

figuur 1

*gemeente Den Haag met stadsdeel Centrum.*



*De wijken Archipelbuurt (5); Zeeheldenkwartier (22); Willemspark (23); Centrum (28); Transvaalkwartier (30); Schildersbuurt (29); Stationsbuurt (27); Groente- en Fruitmarkt (37).*

lucht, slecht gerioleerd, in alle opzichten ongezond, nog altijd bewoond.'(4).

Na 1850 komen, vanwege de sterkere positie van bouwondernemers en speculanten, grotere bouwstromen tot stand. Voor de arbeidersklasse bood dit toentertijd weinig soelaas. Maar de toenmalige bouwspeculanten veroorzaakten na verloop van tijd een afbraak van het leefklimaat. Alles werd in deze nieuwe stedelijke uitleg volgeplemd met hofjes, bedrijfspanden en aangebouwde keukens. De betere woningen werden na het vertrek van de welgestelde burgerij gesplitst. De trek van arbeiders uit de oudere stad begint dan op gang te komen. Pas na de aanvaarding van de Woningwet in 1901 krijgen visies over het stedelijk milieu een kans: het stadsdeel Centrum is echter dan nagenoeg 'volgebouwd'. Tijdens de crisis in de jaren dertig en gedurende de Tweede Wereldoorlog gaat het onderhoud van de woningen zo achteruit, dat de kwaliteit van stadsdeel Centrum verder daalt. Daarna ontstaat grote behoefte aan woningbouw. Dit gaat gepaard met pleidooien om in de oude stad ruimte te scheppen voor de zogenaamde 'city-functies'. Deze functies dienen, aldus de eerste plannen, met een systeem van snelverkeerswegen verbonden te worden, het zogenaamde 'tangenstelsel' (5). Er ontstaat daardoor een schrijnende tegenstelling: ondanks de toegenomen woningnood worden woningen afgebroken voor de modernisering. Dit kan in het midden van de jaren zestig opgelost door het grotendeels schrappen van de 'city-functies' in het stadsdeel Centrum. Wel zal het karakter van dit stadsdeel een Corbusier-achtig aanzien moeten krijgen. Of de toenmalige inwoners de daaruit voortvloeiende verhoging van de huren konden betalen, kwam niet ter sprake. Dit bood het vertrekpunt om de strijd tegen deze ongewenste ontwikkeling aan te gaan. Vooral inwoners uit de Schilderswijk hebben hierbij het voortouw genomen. Zoals elders in Nederland profiteerden ze van een nieuw (internationaal) streven het 'bouwen voor de buurt'. Ze winnen deze strijd en hebben daarmee een beslissende wending gegeven aan een nieuwe benadering van de Haagse stadsvernieuwing (6). De vernieuwde Schilderswijk is hiervan het actuele resultaat. De rest van het stadsdeel verkeert, door het afblazen van de aanvankelijke plannen tot modernisering, nog in de oorspronkelijke staat.

Het bovenstaande betekent dat het stadsdeel Centrum in hoge mate wordt ingekleurd door de



Haags Gemeentearchief

Voldersgracht

stedelijke politiek van de tweede helft van de vorige eeuw. De gevolgen hiervan blijken ook uit de demografische gegevens. Veel meer dan andere stadsdelen heeft het Centrum plaats geboden aan mensen, die niet in Nederland zijn geboren. Van de circa 95.000 inwoners was, begin 1990, 58% in Nederland en 42% niet in Nederland geboren (7). Kende de gemeente Den Haag een jaar geleden een werkloosheid van 10,5%, in het stadsdeel Centrum was dit 18,2%, bijna tweemaal zo hoog. Het bevolkingsdeel dat niet in Nederland geboren was kende toen een werkloosheid van 30%, dus driemaal zo hoog als het stadsgemiddelde (8). Dit is er vooralsnog niet beter op geworden. Was voorts in 1984 het gemiddeld besteedbaar inkomen van de Hagenaar ongeveer f 25.000,-, in dit stadsdeel was het in dat jaar bijna f 5.000,- lager (9). Als de opkomst bij verkiezingen aangeven welk vertrouwen mensen in bestuurders hebben, dan schenkt dit stadsdeel klare wijn. Zowel voor de verkiezingen van de Tweede Kamer (1989), de Gemeenteraad (1990) en de Provinciale Staten (1991) is de opkomst hier tot onder de 50% gedaald (10).

De samenhang tussen de ongezondheid en een lagere sociaal-economische positie behoeft niet meer te worden betwijfeld. Daarom zal het stadsdeel Centrum - als de volksgezondheid (in somatische en psychische zin) een hoge prioriteit heeft - hoog op de agenda geplaatst moeten worden.

In het licht hiervan is het van belang naar conclusies van Townsend te wijzen. Hij stelt:

'What has been happening since the 1920s is a dramatic decrease in the infectious and respiratory diseases which caused high mortality in childhood and fell most heavily on the poor. The variation in the age of death would be expected to decrease as a result. But the diseases which predominate to-



Westeinde

day, the degenerative diseases of middle and old age, still affect the poor sections of society more than the rich. And some of them to an even greater extent proportionately than they did (...) (11)'. Dat de ongelijkheid in gezondheid niet is opgeheven, sterker nog dat ze de laatste dertig jaar toeneemt, betekent dat we nieuwe wegen dienen te zoeken.

#### *De betekenis van een experimenteel stadsdeel: de casus Rotterdam-Noord*

In deze paragraaf willen we aannemelijk maken waarom een zorgvisie voor stedelijke agglomeraties en voor stadsdelen daarbinnen noodzakelijk is. Ook willen we aan de hand van ervaringen in Rotterdam illustreren waarom het opzetten van een experimenteel stadsdeel hiervoor een aantrekkelijke methode is.

Het gaat daarbij om algemene beschouwingen die niet noodzakelijkerwijs een identieke toepassing behoeven in het Haagse. Immers het stadsdeel Centrum in Den Haag kent een andere feitelijke situatie en historische context.

Sinds 1987 zijn in twee gemeenten gesprekken begonnen tussen bestuurders, beleidsmedewerkers, hulpverleners en vertegenwoordigers van bewonersgroeperingen om met experimentele regio's voor de gezondheidszorg te gaan werken: Amsterdam-Noord en Rotterdam-Noord. In het eerste geval zijn de plannen op een dood spoor geraakt (12). In het tweede geval leidden ze anno 1992 tot belangrijke beslissingen. De plannen zijn zelfs al in concrete bouwplannen vertaald. Op het Rotterdamse voorbeeld zullen we nader ingaan.

In 1987 heeft de toenmalige wethouder voor de Volksgezondheid van Rotterdam het initiatief genomen een stedelijke denktank in het leven te roepen. De groep is als 'Oliphant-groep' door het leven gegaan. De besprekingen zijn vooral gewijd aan problemen aangaande de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening in de stad Rotterdam. Vastgesteld is dat vertegenwoordigers van ziekenhuizen, verzorgingshuizen, het kruiswerk en het maatschappelijk werk weliswaar allen hun landelijke netwerken kennen, doch stedelijk geen communicatie met elkaar hebben. Fragmentatie is het gevolg. Een gezamenlijk uit te werken visie over de stedelijke verhoudingen en problemen, en het formuleren van antwoorden hierop vanuit de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening komen daardoor niet van de grond. Dit betekent dat antwoorden uitblijven, op belangrijke dilemma's, op komende verschuivingen (bijvoorbeeld demografische ontwikkeling en stelselwijziging) en op toekomstige uitdagingen. Intussen kunnen voor ouderen, wat de zorg betreft, door de bomen het bos niet meer zien. Migranten vallen grotendeels tussen de wal en het schip. Vooral de mobiele en actieve mensen met financiën kunnen volop profiteren van de modernisering van de geneeskunde; ze kunnen met gemak de afstanden overbruggen. Alleenstaande ouders daarentegen en niet-mobiele mensen kunnen qua geld, qua tijd en afstanden de problemen, waarvoor ze staan, veel moeilijker aan.

In de discussies van de Oliphant-groep is geconcludeerd, dat het ontwikkelen van de gewenste communicatie ernstig wordt belemmerd door de bestaande structuren en verhoudingen in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. De fragmentatie houdt direct verband met de wijze, waarop het aanbod van de zorg gestalte krijgt. Instellingen en hulpverleners worden door de juridische en financiële regels als het ware uit elkaar gedreven. Het is veelal goedkoper niet dan wel samen te werken. Verder bestaat de bijna onuitroeibare neiging de eigen voorziening, instelling of gemeentelijke dienst te vergroten en te versterken omwille van de eigen positie alléén. Dit was eigenlijk de hoofdfreden om één van de Rotterdamse stadsdelen uit te kiezen, ten einde juist deze verhoudingen te verbeteren en de logica van alleen maar de eigen groei te doorbreken. Het stadsdeel Rotterdam-Noord leek aantrekkelijk, omdat hierin juist drie ziekenhuizen hun poorten hadden gesloten. Voorts wonen hier rela-

tief veel migranten en ouderen en laten de voorzieningen voor deze mensen te wensen over. De sociaal-economische situatie noopt tenslotte - niet minder dan in stadsdeel Centrum in Den Haag - tot een nieuwe koers.

In mei 1989 publiceerde de Oliphant-groep het plan om het stadsdeel Rotterdam-Noord uit te kiezen. Op basis van soortgelijke experimenten in Engeland en Canada kwam ze tot het voorstel midden in het stadsdeel (op het terrein van de voormalige Eudokia-ziekenhuis) een nieuwe gebiedsgerichte voorziening te bouwen, om op de actuele behoeften van mensen te kunnen inspelen. Deze voorziening zal tevens nieuwe energie van mensen aanboren om over de totaliteit van de zorg in dit stadsdeel na te denken. Het te bouwen Centrum van Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (CGM) kan op die wijze de onontbeerlijke fantasie voor de toekomst aanwakkeren (13).

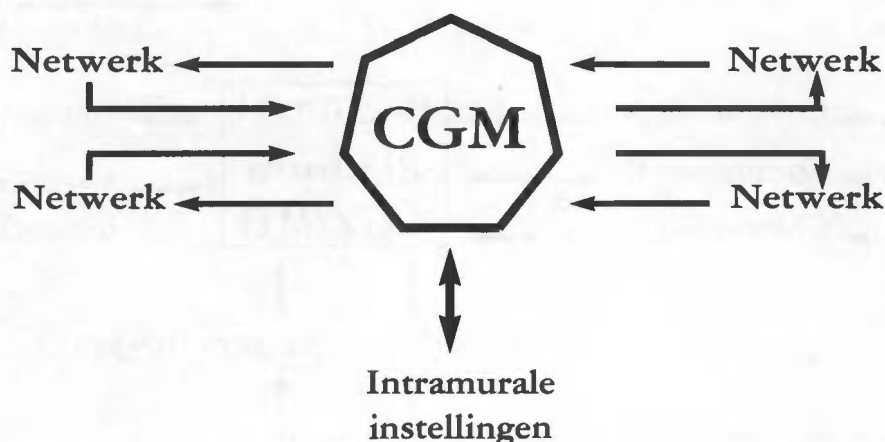
In de zomer van 1989 is de Stuurgroep 'stadsdeel Noord' opgericht. Hieraan nemen vertegenwoordigers van zes bewonersgroepen, van alle belangrijke instellingen uit Rotterdam-Noord en vertegenwoordigers van hulpverleners deel. De probleemstelling over de fragmentatie van de zorg is door de Stuurgroep breed onderschreven. Ze heeft na verloop van tijd het plan verder uitgewerkt. Het te bouwen CGM zal enerzijds een nieuwe voorziening moeten worden, vooral voor complexe zorgvragen. Anderzijds zal het tot een katalysator moeten uitgroeien om een regiogebonden samenspraak over het aanbod van de zorg, de financiering en het gebruik ervan te verbeteren. De combinatie van deze twee functies is een aan-

pak om door bestaande, verstarde en veelal verkerde verhoudingen heen te kunnen breken. Onlangs is in een studie 'Van Visie naar Actie' dit plan van de Stuurgroep en deze aanpak beschreven (14). De essentie willen we met behulp van twee schema's weergeven.

In het midden van schema 1 - en tevens in het midden van het stadsdeel Rotterdam-Noord zelf - komt een regionaal centrum, het CGM. Het gaat samenwerken met netwerken van extramurale hulpverleners in de te onderscheiden wijken van Rotterdam-Noord: met huisartsen, fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers enzovoort. Via deze netwerken komen de meervoudige, gecompliceerde vragen ook voor rekening van het CGM, zodat hulpverleners in de wijken niet met de hiermee gepaard gaande moeilijkheden blijven zitten. Ze hoeven in veel gevallen daardoor geen beroep meer op de intramurale zorg te doen.

Het CGM kent een dagbehandeling, een logeerdienst voor enkele dagen, een eerste hulp (EHBO) en een eerste hulp bij conflicten (EHBC). Omgekeerd assisteert het CGM de netwerken door, met behulp van elektronische communicatie, bepaalde data te verzamelen en door te spelen naar de betrokken hulpverleners. Het assisteert ook bij de ontwikkeling van verschillende beroepsgroepen via cursussen en trainingen. Dit is mogelijk dankzij de bijzondere relatie met universitaire instituten. Daardoor kan onder meer de inhoudelijke regie van de uit te breiden thuishulp worden georganiseerd. De netwerken kunnen daardoor beter de thuishulp vorm en inhoud geven. Tevens

Schema 1  
Het CGM als nieuwe voorziening





staat het CGM in verbinding met intramurale instellingen. Het kan daardoor zorgdragen voor een fijnzinnige wisselwerking tussen thuishulp, met extramurale hulp, enerzijds en intramurale hulp anderzijds. De medische technologie maakt het mogelijk dat bijzonder veel diagnostische hulpmiddelen en therapeutische mogelijkheden 'weer in de dagelijkse omgeving van mensen' toegepast kunnen worden.

Ook de EHBO in haar toekomstig vorm kan in het CGM onder leiding van huisartsen gestalte krijgen. Het kan zodoende een stimulans vormen om de relaties tussen het extramurale en het intramurale te verbeteren. De eenzijdige substitutie biedt immers voor echte vernieuwing weinig soelaas.

Het CGM als voorziening biedt ook vele soorten van informatie aan hulpvragers en bewonersgroepen. Er zal ook gewerkt worden aan voorwaarden voor bevolkingsparticipatie (bijvoorbeeld van jongeren, gezinnen, migranten, ouderen, chronische zieken). Dit kan via trainingen, openbare bijeenkomsten, documentatie en bibliotheek. Er ontstaan dan mogelijkheden om op het beleid van WVC in te spelen, namelijk een goede afstemming tussen aanbieders, financiers en vragers van zorg.

Het CGM als katalysator (zie schema 2) zal drie commissies ondersteunen van het op te richten 'Regionale Platform' voor de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening in het stadsdeel-Noord. Zodoende kan dit platform een zinvolle rol vervullen voor de planning en ontwikkeling (commissie-a), de rechtvaardige toewijzing van voorzieningen (commissie-b) en de financie-

ring. Dit alles vooral bezien vanuit een stadsdeelgerichte optiek (commissie-c).

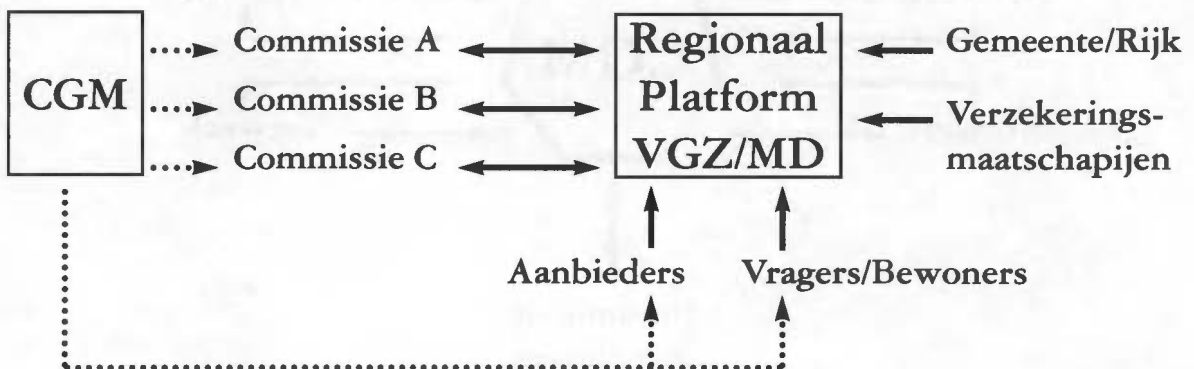
Daar men met het CGM als voorziening een veelheid van nieuwe ervaringen zal opdoen, kan het als inspiratiebron voor stadsdeelgerichte processen van verbetering optreden. Daarbij maakt het een evenwichtige dialoog mogelijk tussen de hulpverleners uit de netwerken, de vragers en bewonersgroeperingen, en de financiers van zorg.

Het uiteindelijke doel is niet om te experimenteren met een ad hoc onderneming. Het doel is de veelheid van bekende experimenten en vernieuwingen in de stad en in het stadsdeel Rotterdam-Noord zodanig op elkaar te betrekken, dat een nieuwe visie op zorg ontstaat. Met 'dit andere' kan in stedelijk opzicht 'het bestaande' beoordeeld worden. Het experimentele stadsdeel staat hiermede ten dienste van het ontvouwen van een regiovisie op het niveau van de stedelijke agglomeratie in haar totaliteit. Een regiovisie veronderstelt een scherpzinnige analyse van de knelpunten van werkwijzen en verhoudingen in het heden. Het veronderstelt dus een analyse van het bestaande waarvoor het 'nieuwe' onmisbaar is. Het kenmerk van vele vernieuwingen is dat ze zich, door het ontbreken van 'het nieuwe', tot aspecten en onderdelen van het oude beperken. Ze laten daardoor het geheel als complexiteit ongemoeid. Met een experimenteel stadsdeel kan deze moeilijkheid overwonnen worden.

*Het stadsdeel Centrum in Den Haag als experimenteel stadsdeel?*

Ook de gezondheidszorg en de maatschappelijke

Schema 2  
Het CGM als katalysator



dienstverlening in Den Haag staan voor een aantal opgaven, waarvoor de te bewandelen wegen nog niet zijn uitgezet. In globale zin spelen er ingrijpende sociale veranderingen in de stad, voorts zijn er de gevolgen van de stelselwijziging en de gevolgen van de nieuwe technieken en technologieën in de zorg. Op uiteenlopende wijze houden ze alle drie verband met belangrijke dilemma's (qua kosten en keuzen), te verwachten tendensen (bijvoorbeeld demografisch, sociaal-economisch) en uitdagingen (nieuwe inzichten en bekwaamheden).

In het Epidemiologisch Bulletin van de Haagse GGD zijn in 1991 aspecten van deze drie onderwerpen in enkele artikelen aangesneden.

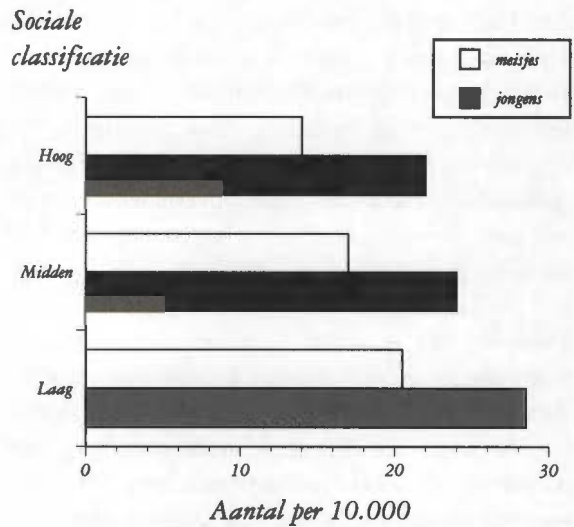
Wat de veranderingen in sociale aspecten van de stad betreft treedt het stadsdeel Centrum in Den Haag als bijzonder te voorschijn. Er zijn weinig plekken in Nederland waar de culturele pluriformiteit zo groot is. Deze pluriformiteit krijgt, vanwege de sociaal-economische kenmerken (werkloosheid, vervreemding, armoede, weinig perspectief), nauwelijks de kans onze stedelijke samenleving qua cultuur te verrijken. Ze dreigt nu eerder als negatief over te komen.

Tot plus minus dertig jaar geleden ontwikkelde de gezondheidstoestand van stedelijke bevolkingen, zoals er in stadsdeel Centrum wonen, zich gunstig in vergelijking met de meer welgestelde groeperingen. Zichtbare verschillen, bijvoorbeeld in levensduur, liepen terug. De afgelopen decennia werden de verschillen weer groter; mensen uit het Centrum komen steeds verder achter te lopen (15).

De achterstand in gezondheid manifesteert zich bij vele gezondheidsaspecten. Mannen leven gemiddeld vijf jaar korter en vrouwen drie jaar (16). De zuigelingen- en kindersterfte ligt nog steeds hoger (figuur 2) (17). De lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van kinderen blijft achter (figuur 3). Er leven in een stadsdeel als het Centrum meer mensen met beperkingen in hun dagelijkse functioneren en meer mensen zijn vanwege hun gezondheid arbeidsongeschikt (15).

Het grote aandeel van gezinnen afkomstig uit andere landen en illegalen levert heel specifieke problemen op. Nog onlangs werd in het Epidemiologisch Bulletin het probleem van suikerziekte in verband met Surinaamse afkomst aan de orde gesteld (18). Er zijn sterke aanwijzingen dat het aantal moeilijk te behandelen suikerziektege-

figuur 2  
sterftecijfer voor 0-4-jarige jongens en meisjes naar sociale classificatie van wijken.  
Den Haag 1977-1986

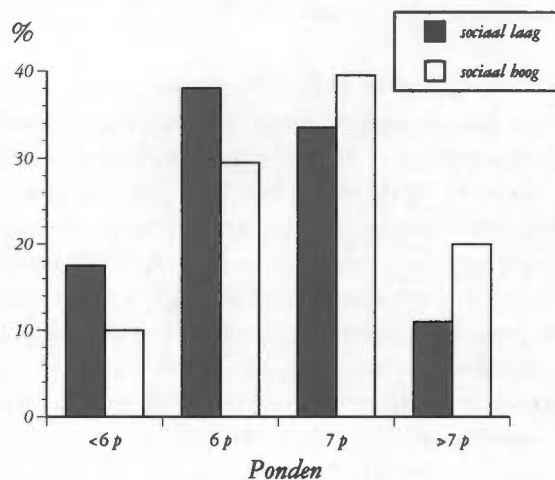


vallen aanzienlijk hoger is dan bij vergelijkbare andere bevolkingsgroepen. Hieruit komen ook extra belastende omstandigheden voort voor de plaatselijke gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening.

In zijn algemeenheid geldt, voor het Centrum, uiteraard dat een veelheid van complicerende factoren, die samenhangen met culturele verschillen, de zorg enorm belasten.

Hulpverleners die mensen in spreekkamers of thuis te woord staan zijn van de gevolgen hiervan goed doordrongen. Zo is de gokverslaving in het

figuur 3  
procentuele verdeling van het geboortegewicht naar sociale classificatie.  
Den Haag 1985



stadsdeel Centrum een bij veel hulpverleners bekend probleem. Er is veel meer tijd voor gesprekken nodig dan in bestaande contacten is voorzien. De problemen leiden voorts tot een vertrek van huisartsen en tot een grotere belasting van de blijvers. Ook op het vertrek van inwoners die elders een onderkomen zoeken is geen behoorlijk antwoord. Moeten huisartsen hen als patiënt behouden of moeten de huisartsen hun praktijkbevolking tot een bepaald gebied beperken? Deze vraag geldt evenzeer voor andere hulpverleners. En zijn dan ook de mogelijkheden aanwezig om het gebiedsgericht werken te vitaliseren (19)?

Voorzover valt te overzien veroorzaakt de stelselwijziging en de toekomstige positie van verzekeraars een voor allen nieuw gegeven. Ziekenfondsen waren als 'sociale verzekeraars' gericht op het milieu van de lagere inkomensgroepen. Hierover was veel kennis van zaken opgebouwd. Met deze kennis speelden Haaglanden en Azivo in op de aanbieders van zorg. Nu wordt dit alles anders. Het accent komt te liggen op het behouden en zo mogelijk uitbreiden van het marktaandeel. Vanuit dit belang wordt in de nabije toekomst onderhandeld over het aanbod en de kosten: de combinatie vestiging - contractering - honorering, komt centraal te staan (20). Juist in een stadsdeel waar de culturele pluriformiteit zo'n hoge vlucht heeft genomen zal het verband tussen de sociaal-economische positie en de gezondheid van mensen sterk van zich doen spreken. Een 'sociale' benadering ofwel 'sociaal gezondheidsbeleid' is daarvoor onontbeerlijk. Het zijn immers sociale processen die, aldus veler onderzoek, de gezondheid van mensen beïnvloeden. Niet alleen in beleid maar ook in theoretische uitgangspunten komt dit verband weinig tot zijn recht. Het sociale, 'the community-aspects', is aldus de econoom Boswell onder tafel verdwenen (21).

Een veelgehoorde stelling is dat huisartsen in het licht hiervan aangemoedigd worden meer efficiënte vormen van samenwerking te ontwikkelen, bijvoorbeeld in de vorm van specialisaties tussen huisartsen onderling. De grote verscheidenheid van vragen kan dan beter in de wijken zelf beantwoord worden. Dit staat echter haaks op de opvatting om juist de bekwaamheden van huisartsen als generalisten te ontwikkelen. Het is via deze weg dat ze beter de verbinding tussen de sociale complexiteit en de vragen van patiënten kunnen begrijpen en betrekken in hun beleid. Juist de

ervaring in het stadsdeel Centrum leert huisartsen hoe belangrijk de generalistische benadering van mensen is (22).

In de discussies in Rotterdam-Noord speelden nieuwe beschikbare technologieën een grote rol. Zo kan dankzij de elektronische communicatie de verhouding tussen ziekenhuis en extramurale zorg verbeteren. Onder andere huisartsen en wijkverpleegkundigen kunnen in de netwerken in directe verbinding staan met het ziekenhuis om de nazorg in goede banen te leiden. Patiënten en vooral ook de minder mobiele hoeven niet meer zoveel de gang naar het ziekenhuis te maken. Maar ook wat vanwege de huidige technologie nu binnen de muren van het ziekenhuis verricht dient te worden, kan in de nabije toekomst in de woonomgeving in samenwerking tussen specialisten en huisartsen tot stand komen. Er is in de toekomst een weg terug mogelijk naar het dagelijks leven van mensen. Het gaat dan niet om 'zorg over de muren' ('out-reaching hulp') maar om 'zorg door de muren'.

Dit kan in het stadsdeel Centrum zeer belangrijk worden. Het Westeinde Ziekenhuis heeft laten blijken voor processen, die tot deze vernieuwing kunnen leiden, open te staan. Het is een ziekenhuis dat de geschiedenis van het stadsdeel Centrum door en door kent. Door extramurale hulpverleners beter met elkaar te verbinden en door een medium zoals het Rotterdamse CGM te scheppen in dit stadsdeel tussen thuis, met extramurale zorg, en het ziekenhuis, kan het proces van voorschrijven, doorverwijzen en nazorg verbeterd worden. Maar de toekomstige technologie laat ook toe dat de EHBO onder leiding van huisartsen buiten het Westeinde Ziekenhuis kan gaan staan, zodat aan dit onderwerp een nieuwe wending gegeven kan worden.

### *Gemeentelijk en rijksbeleid*

Er kunnen ten minste vier argumenten worden genoemd, waarom het werken aan een 'regiovisie' voor Den Haag gewenst is en waarom deze visie goed via een experimenteel stadsdeel tot stand kan worden gebracht.

Het eerste argument is, dat lange tijd in Den Haag de veronderstelling heeft geleefd, dat met stedelijke platforms, waarin de belangrijkste instellingen zijn vertegenwoordigd, vernieuwin-

gen kunnen worden bereikt. Maar dergelijke platforms worden gekenmerkt door het bereiken van een evenwicht tussen tegengestelde belangen met stilstand als logisch gevolg. Belangrijke aanzetten tot vernieuwingen in Den Haag bleven de afgelopen jaren ook te veel tot specifieke aspecten beperkt (23). De Rotterdamse Oliphant-groep heeft daarom als stedelijke denktank van dergelijke werkwijzen afstand genomen. Het accent is in 1987 en 1988 gelegd op het verkennen van de werkelijke problemen en op het ontvouwen van ideeën over een aanpak en procedures hoe aan deze problemen gewerkt moet worden. Daarbij is uitdrukkelijk van buitenlandse voorbeelden gebruik gemaakt.

Het tweede argument ligt in het bestaan van twee regionale experimenten in de stad.

Den Haag kent twee belangwekkende regionale experimenten (Haagse Hout en Moerwijk) om aan de thuiszorg nieuwe vorm en inhoud te geven. Deze experimenten zijn vooral opgebouwd rond de verplegende en verzorgende disciplines die centraal staan in de uitvoering van het werk bij mensen thuis. Ze laten echter de fragmentatie tussen de zorgkolommen zelf (huisartsen, intramurale instellingen, maatschappelijk werk enzovoort) onberoerd (24).

Voor het denken over een regiovisie voor een stadsdeel vormen deze ervaringen met de centra voor thuiszorg belangrijke bouwstenen. Het initiatief in stadsdeel Centrum ter verbetering van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening zou kunnen worden ontwikkeld als een leerzaam alternatief naast de bestaande regionale Haagse experimenten.

Het derde argument is dat richtlijnen rechtstreeks en als het ware 'van boven naar beneden' doorgezonden worden vanuit het Rijk. Dit was het geval bij de Commissie-Dekker en nu recentelijk bij de Commissie-Dunning, documenten over kwaliteit van de zorg en de zorgvernieuwing. Zelden zijn deze richtlijnen gebaseerd op heldere probleemstellingen, die bijvoorbeeld met de sociale realiteit van het leven in grote steden verband houden. In het verlengde hiervan hebben de vier grote steden tot tweemaal toe het Rijk laten weten, dat met de richtlijnen de vraagstukken over de sociaal-economische ongelijkheden uit het zicht verdwijnen. Met de stelselwijziging is een proces op gang gekomen waarvan de logica, gegeven deze vraagstukken, niet duidelijk is.

Dit brengt ons op het laatste punt. Juist het stadsdeel Centrum heeft, wat de stadsvernieuwing betreft, getoond over een sterk sociaal draagvlak te beschikken. Door het gebied Centrum als experimenteel stadsdeel te kiezen, kan van deze belangrijke ervaring gebruik worden gemaakt. In Den Haag kan daarmee een samensmelting tot stand worden gebracht van de zorgvernieuwing en de sociale vernieuwing. Lukt deze symbiose dan ontstaan nieuwe integratiemogelijkheden tussen zorginstellingen, bewonersverbanden, zorgverzekeraar en de gemeente. Van hieruit kan dan op het beleid van het Rijk met eigen kracht ingespeeld worden (25).

#### Literatuur:

1. Met name de commissie onder leiding van Sir Black heeft, wat Engeland betrof, in de zeventiger jaren dit onderwerp opnieuw onder de aandacht gebracht. Sindsdien is een veelheid van vooral Angelsaksische studies verschenen. De evengenoemde studie van de commissie Black is in 1988 met een nieuwe studie over deze correlatie in de tachtiger jaren opnieuw gepubliceerd:  
Townsend P, Davidson N (red) Whitehead M. Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divide. London: Penguin Books, 1988.  
Zie onder andere ook: Dahlgren G. Reducing Inequities in Health: Some Swedish Experiences. In: De ongelijke verdeling van gezondheid. Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur. Rijswijk 1987.
2. Ramlal D. Werken aan sociaal-economische gezondheidsverschillen in Den Haag. Gemeente Den Haag, februari 1992: 7.
3. Beck W, Dorp F van, Rodenburg W e.a. Van actiegroep betaalbare huren tot bewonersorganisaties Oranjeplein-Schilderswijk. Universiteit van Amsterdam, subfaculteit Andragologie. Amsterdam 1977 (ongepubliceerd).
4. Zie Beck e.a., ref-3 p.12.
5. Zie Beck e.a., ref-3 p.17.
6. Zie Beck e.a., ref-3. Over dit thema gaat deze studie.
7. Sociaal-demografische en gezondheidskenmerken. Dienst Welzijn, sector GGD. Den Haag, augustus 1991: 8.
8. Zie Dienst Welzijn, ref-7 p.18.
9. Zie Dienst Welzijn, ref-7 p.16.
10. Zie Dienst Welzijn, ref-7 p.20.
11. Zie Townsend e.a., ref-1 p. 16.
12. Een presentatie van de activiteiten en het denken

- in Amsterdam-Noord is te vinden in de studie, die SISWO schreef in opdracht van de Stadsdeelraad (= Deelgemeente) Amsterdam-Noord. Het doel was de essentie van de experimentele benadering te vergelijken met de opzet van de zes demonstratieprojecten voor de substitutie van de ouderenzorg in Nederland. Het Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur is op deze studie niet ingegaan (zie ook ref-14, p.122).
- Maesen LJG van der. Experimenten in de zorg- en dienstverlening van ouderen. SISWO/ Stadsdeelraad-Noord. Amsterdam, september 1988.
13. De Olifant-groep (auteur Maesen LJG van der/SISWO). Centrum voor Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening: een nieuw plan voor de regio Noord van Rotterdam. Gemeente Rotterdam, mei 1989.
  14. Maesen LJG van der. Van visie naar actie. Centrum voor Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening in Rotterdam-Noord als voorziening en katalysator. Stuurgroep CGM. GGD Rotterdam, december 1991.
  15. Sociaal-economische gezondheidsverschillen en beleid: pre-adviezen. Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur. Wetenschappelijke Raad van het Regeringsbeleid. Den Haag: SDU 1991.
  16. Struben HWA. Sterfte in Den Haag (2): over leeftijd en SES-niveau. Epidemiol Bul Grav 1988; 23 nr. 4: 3-16.
  17. Nijhuis HGJ. Maatschappelijke omgeving, gezondheid en jeugdgezondheidszorg. Epidemiol Bul Grav 1988; 23 nr. 3: 18-28.
  18. Struben HWA, Nijhuis HGJ. Suikerziekte in Den Haag een nieuw probleem? Epidemiol Bul Grav 1991; 26 nr. 4: 13-8.
  19. Pols A. Downtown: vijf huisartsen over het werk in Haagse centrumwijken. Epidemiol Bul Grav 1991; 26 nr. 1: 4-11.
  20. Pols A. De macht aan het fonds. Epidemiol Bul Grav 1991; 26 nr. 2: 3-8.
  21. Boswell J. Community and the Economy: The Theory of Public Cooperation. London: Toutlegde 1990: 2-3.
  22. Brandts FMG, Cox MF, Exter FMM van, Leeuwen P van. (m.m.v. Pols A). Huisarts en stelselwijziging. Epidemiol Grav Bul 1991; 26 nr. 3: 4-8.
  23. Maesen LJG van der. Gezondheid in de grote stad: 35-47. In: Kaasjager DC, Maesen LJG van der, Nijhuis HGJ (red). Een leefbare stad: een kwestie van gezondheid. GGD Den Haag 1987. In deze verkenning heeft Van der Maesen laten zien hoe bijvoorbeeld het werk van de Haagse secretarie voor de volksgezondheid en dat van de Haagse GGD langs elkaar liepen.
  24. Nijhuis HGJ. De gemeentelijke gezondheidsdienst in Nederland: 13-35. In: Kaasjager DC, Maesen LJG van der, Nijhuis HGJ (red). Healthy Cities en volksgezondheid: paradoxen en oplossin-
- gen in beleid, theorie en praktijk. Serie gezondheidsbeleid nr. 6. Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur. Rijswijk 1989.
25. In zijn analyse over het verschil tussen uitgangspunten voor de sociale vernieuwing van het Rijk en die van de gemeente Rotterdam heeft Beck ook voor Den Haag een op de toekomst gericht belangrijk onderwerp aangesneden. Het is de vraag of, aan de hand van het CGM, hiervoor niet belangrijk werk kan worden verzet. Zie: Beck W. Sociale vernieuwing en werkontwikkeling: aanzetten voor een evaluatiemodel. Adviesbureau Wolfgang Beck. Naarden 1990. Zie voor de bewerking van dit thema in het kader van de zorgvernieuwing: Van visie naar actie, ref-14, het vierde hoofdstuk.
-

# Roken in Den Haag

*Commentaar op een politiek aspect*

---

*H.G.J. Nijhuis*

**Een verbod op tabaksreclame zou een aanzienlijke bijdrage kunnen leveren aan de vermindering van de jaarlijkse 750 Haagse sterfgevallen als gevolg van roken. Bestuur en politiek kunnen maatregelen nemen, maar blijven weifelen. Er kunnen weinig andere thema's van volksgezondheid aangewezen worden waar politieke actie, juist op gemeentelijk niveau, op zo evidente wijze vruchten afwerp. Een pleidooi.**

Roken is de belangrijkste en meest duidelijke oorzaak van vermijdbare sterfte in ons land. Zo ook in Den Haag. Eén op de zeven doden kan aan roken worden toegeschreven, zo'n 750 sterfgevallen per jaar (zie het artikel van De Wildt verderop in dit bulletin).

Er wordt veel voorlichting gegeven over roken en de GGD, het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs en het Kruiswerk bieden stop-met-roken cursussen aan. Het individu wordt gemaand gezonde keuzes te maken, en ook verantwoordelijk gesteld voor ongezonde keuzes.

Op 'collectief' niveau treedt de overheid op. De regering voert sinds 1977 een rook-ontmoedigingsbeleid. Ze wil het roken sterk terugdringen en ook in Den Haag spreken gemeentelijke nota's van de noodzaak om meer structurele maatregelen te nemen. De rook-ontmoediging in openbare gebouwen is als gevolg daarvan voorzichtig op gang gekomen.

Uit Canada en Nieuw-Zeeland komen opnieuw bewijzen dat een verbod op het algemeen verspreiden van tabaksreclame kan leiden tot een afname van het roken, en dus ook van de sterfte. Studies over tabaksreclame wijzen er ook keer op keer op dat kinderen het doelwit zijn van de reclame omdat ze gemakkelijk te beïnvloeden zijn.

De Nederlandse Kankerbestrijding dringt bij de overheid aan op een krachtig anti-tabaksreclamebeleid en stelt vast dat buitenreclame, sponsoring en bioscoopreclame in Nederland alleen maar toenemen (1). Een verbod op openbare tabaksreclame in Den Haag zal dan ook aanzienlijk kunnen bijdragen aan het verminderen van de 750 doden door roken per jaar.

---

*Over de auteur*

*H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog, hoofd van de afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Den Haag*

*Tegenstrijdigheden*

Maar bij de collectieve maatregelen vinden we ook de grootste tegenstrijdigheden. De Europese Gemeenschap, bijvoorbeeld, maakt het wel erg bont. De Commissie in Brussel besteedt jaarlijks ongeveer 25 miljoen gulden aan een actief anti-rookbeleid en is daar trots op, en het Europees Parlement wil rookreclame in de Europese Gemeenschap gaan verbieden. Aan de andere kant geeft de Commissie een slordige drie miljard gulden uit aan subsidie voor de uiterst oneconomische verbouw van tabak in de zuidelijke lidstaten (2).

Tegenstrijdigheden heersen ook in ons land. Onze regering stelt zich in Europees verband op tegen een verbod op openbare reclame, maar voert verder toch een actief anti-rookbeleid (3). De regering wil dat in het jaar tweeduizend nog maar 20% van de bevolking rookt (tegen 34% nu).

*Anti-rookbeleid in Den Haag*

In Den Haag zien we dat de gemeente aarzelt om een dynamisch en consequent reclamebeleid te voeren.

In 1988 en in het begin van 1991 besteedden auteurs in het Epidemiologisch Bulletin uitgebreid aandacht aan het gemeentelijke anti-rookbeleid. De gemeente staat collectieve preventie voor en heeft duidelijke ideeën over het terugdringen van roken, maar een actief anti-tabaksreclamebeleid wordt nog niet gevoerd. Zo heeft het gemeentebestuur de mogelijkheden om maatregelen te nemen voor de openbare reclamevoering. Dit kan bijvoorbeeld door te bedingen dat geen reclame gevoerd mag worden op deabri's van de bus en tram, die door een reclamemaatschappij onderhouden worden, op andere openbare plaatsen en bij sponsoring van evenementen. Initiatieven om de rookreclame op deabri's intersectoraal te bespreken, tussen de raadscommissies 'Maatschappelijke Dienstverlening, Welzijn en Gezondheid' en 'Sociale en Economische Zaken en Werkgelegenheidsbevordering' zijn echter op niets uitgelopen. Terwijl op de achtergrond financiële overwegingen een grote rol spelen, wordt een diepgaand en serieus debat over de volksgezondheidsaspecten van roken niet gevoerd. De 750 doden per jaar en het aantal ziektegevallen in Den Haag verdwijnen snel naar de achtergrond. Spreken ze minder tot de verbeelding dan hartoperaties die menig stugge roker ondergaat? Hoe

moet de contradictie begrepen worden dat de gemeente enerzijds de voorwaarden creëert voor en geld verdient aan uitnodigingen om te roken, terwijl anderzijds ze zich inspant en veel geld uitgeeft om het roken terug te dringen?

Er is een wet die de gemeente opdraagt maatregelen te nemen gericht op een gezondere omgeving. Dit is de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. Het effectueren van lokale maatregelen tegen rookreclame is complex. Zulke maatregelen zullen via 'facetbeleid' tot stand moeten komen. Daarvoor is politieke wil en doorzettingsvermogen nodig - dezelfde eigenschappen die de individuele roker nodig heeft om te kunnen stoppen. Maar waarom zouden we die wil wel van de individuele (potentiële) roker vragen en niet van het gemeentelijke apparaat en de politiek? Er zijn weinig andere thema's van volksgezondheid aan te wijzen waar politieke actie, juist op gemeentelijk niveau, op zo evidente wijze vruchten kan afwerpen. Laat de gemeente hier geen grote kans liggen om te tonen dat ze begaan is met de gezondheid van Haagse burgers en daarom bereid is haar nek uit te steken?

*Literatuur:*

1. Anoniem. Tobacco Subsidies and Health. *Lancet* 1991; 338: 1138.
2. Anoniem. Staatssecretaris Simons wil anti-rookbeleid verscherpen. *Staatscourant* 202; 17 oktober 1991.
3. Anoniem. Kankerorganisaties wijzen ministers op verantwoordelijkheid. *Haagsche Courant*; 8 oktober 1991.

# Is er nog tandheelkunde na Dunning en Simons? \_\_\_\_\_

*W.Ph.L. van Ouwerkerk*

In de tandheelkundige vakpers wordt de laatste tijd druk gespeculeerd over de vraag wat wel en wat niet in het basispakket moet komen. Het probleem is echter niet van tandheelkundige, maar van financiële aard. De collectieve kosten mogen eenvoudig niet te hoog worden. Een gevarieerde eigen-bijdrage, die traditioneel is bij de tandarts, kan een zorg op maat opleveren die uitzicht biedt op een gezonde, verzekerde populatie.

In de tandheelkundige vakpers is de laatste tijd een levendige discussie gaande over de rol van de tandheelkunde tegen de achtergrond van de stelselwijziging. Dit naar aanleiding van het verschijnen van het rapport 'Kiezen en delen' (what's in a name) van de commissie 'Keuzen in zorg'; beter bekend als de Commissie-Dunning.

In het rapport wordt, als voorbeeld, gesteld dat de tandheelkunde voor volwassenen niet door de trechter van Dunning kan worden geperst. Nadat was bepaald dat tandzorg wel noodzakelijk, werkzaam en doelmatig genoemd kan worden, werd gesteld dat de daarbij behorende kosten door volwassenen voor eigen rekening en verantwoording genomen kunnen worden.

De Commissie-Dunning heeft zich bij haar aantreden de vraag gesteld waarom het in een land als Nederland nodig is om in de gezondheidszorg keuzen te moeten maken. De kostenontwikkeling blijkt dan in hoge mate het gevolg te zijn van een steeds toenemende vraag, die wel oneindig groot lijkt te zijn. Ook voor tandheelkunde gaat dat op; procentueel blijft het aandeel van de tandheelkunde in de totale gezondheidszorg namelijk al jaren constant (nog geen 5%).

## *Preventie*

Preventie kan in het kader van kostenbeheersing (eigenlijk door het beïnvloeden van de vraag) een belangrijk instrument zijn. Voorkómen is beter dan genezen, maar de gezondheidszorg wordt daar helaas niet altijd goedkoper van. Preventie moet als uiteindelijk effect hebben dat de mens gezon-

*Over de auteur*

*W.Ph.L. van Ouwerkerk, adviserend tandarts, Algemeen Ziekenfonds Haaglanden Den Haag*



der ouder wordt. Kinderen die nu worden geboren, zullen over het algemeen ouder worden dan vroeger, maar vooralsnog is het niet duidelijk dat een verlengde levensverwachting recht evenredig is met het uitzicht op gezond leven. Het lijkt nu zo te zijn dat een langer leven gebruikt wordt om vaker en meer ziek te zijn.

Een dergelijke ontwikkeling kan ook naar de tandheelkunde vertaald worden: de moeite die in het verleden is getroost om het ontstaan van gaatjes in te dammen, is niet tevergeefs geweest. Daarentegen zien we dat het hebben van tanden en kiezen op latere leeftijd andere problemen met zich meebrengt, zoals tandvleesaandoeningen en gaatjes aan de worteloppervlakken (wortelcariës).

Het is nuttig om ook de preventieve gezondheidszorg te bekijken door de ogen van de Commissie-Dunning.

Het uit 1990 daterende rapport 'Setting Priorities into Prevention' van het TNO-instituut voor preventieve gezondheidszorg stelt dat diverse bevolkingsonderzoeken geen hoge prioriteit hebben. De noodzakelijkheid, werkzaamheid en doelmatigheid kunnen in twijfel worden getrokken, dit in tegenstelling tot anticonceptie, erfelijkheidsonderzoek, preventieve tandheelkunde, kwaliteitscontrole op voeding en drinkwaterfluoridering. Deze vormen van preventie zijn uiterst doelmatig. Het is natuurlijk niet toevallig dat een tandarts dit rapport aanhaalt; bovendien sterkt het de werkers in de tandheelkundige gezondheidszorg dat het vele geld dat in de preventie omgaat ook door anderen als doelmatig wordt ervaren (de preventieve gezondheidszorg kost jaarlijks twee miljard gulden, waarvan een half miljard aan tandzorg besteed wordt). Het verdient daarom aanbeveling deze gelden niet selectief te gebruiken voor alleen de jeugd.

De tandheelkundige preventie valt uiteen in:

- collectieve preventie
- individuele preventie.

De collectieve tandzorg is een taak die bij wet aan basisgezondheidsdiensten (GGD'en) is toevertrouwd. Met hulp van tandheelkundig preventief medewerkers wordt getracht de jeugd tot negentien jaar het belang van een goede mondhygiëne te laten inzien.

De individuele preventie vindt plaats aan de tandartsstoel, waar òf de tandarts òf de mondhygiënist een cliënt de noodzaak van een goede mondhygiëne uitlegt en daarbij ook maatregelen neemt

om te voorkómen dat het gebit (verder) wordt aangetast. Niet zelden zal daarbij gebruik worden gemaakt van een fluoridebehandeling. De fluoride-applicatie voor (alleen) de jeugd is gemeengoed geworden nadat de waterfluoridering in 1976 werd afgeschaft. Maar bedenk wel dat deze verstrekking bijna 18% van de kosten uitmaakt die in de ziekenfondssfeer aan tandheelkunde voor de jeugd wordt uitgegeven. Zeker wanneer de fluoridebehandeling systematisch toegepast wordt, kan bij het voordeel boven waterfluoridering op zijn minst een vraagteken worden gezet.

De volwassen inwoner van Nederland loopt in ieder geval de meeste vormen van collectieve preventie mis, terwijl ook veelal individuele preventie aan zijn neus voorbijgaat; maar het is juist die groep die volgens de Commissie-Dunning alle tandheelkundige zorg zelf zou kunnen en dus ook zou moeten bekostigen.

Maar niet moet worden vergeten dat velen zo weinig te besteden hebben dat zelfs de aanschaf van een nieuwe tandenborstel langer wordt uitgesteld dan wenselijk is.

### Alternatief

Ten aanzien van deze redenering pleit ik voor de volgende twee veranderingen:

- Aanpassing van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid en wel zodanig dat de taak die nu bij de basisgezondheidsdiensten ligt verruimd wordt. De tandheelkundig preventief medewerker zal zich niet alleen met de jeugd tandzorg moeten bezighouden, maar ook met de tandzorg voor volwassenen. Hierbij zullen met name risicogroepen extra aandacht verdienen (migranten, lichamelijke en geestelijke gehandicapten).

- Het opnieuw invoeren van de waterfluoridering. Een zeer goedkoop, maar uiterst effectief preventief middel. Het lijkt geen twijfel dat de herinvoering van waterfluoridering politiek moeilijk ligt, maar vast staat dat wetenschappelijk geen enkel argument tegen waterfluoridering kan worden ingebracht; om over economische argumenten nog maar te zwijgen.

Bij een dergelijk overheidsbeleid zal de vraag naar tandheelkundige hulp voor een belangrijk deel worden ingeperkt. Dit maakt de weg vrij om de tandheelkunde in haar totaliteit onder te brengen in het basispakket. Deze redenering lijkt wel heel simpel, maar wordt hier verder uitgelegd.

### **Basispakket**

In de eerder vermelde discussie in de tandheelkundige vakpers wordt druk gespeculeerd welke tandheelkundige handelingen wel en welke niet in het basispakket moeten worden opgenomen. Daarbij zijn termen als essentiële tandheeskunde niet van de lucht.

Wanneer wordt gesproken over het basispakket, wordt voetstoots aangenomen dat alles wat in het basispakket zit, volledig wordt vergoed. In de tandheeskunde is dat in de afgelopen vijftig jaar (zolang bestaat het ziekenfonds al) nog nooit zo geweest. Tandzorg en het betalen van een eigen bijdrage zijn twee zaken die welhaast onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn.

Wanneer men spreekt over essentiële tandheeskunde die in het basispakket moet worden opgenomen, dan spreekt men dus tevens over niet-essentiële tandheeskunde die niet in dat pakket thuishoort. Vervolgens belandt men in een discussie die niet tot een einde zal komen: is een periodieke controle essentiëler dan een wortelkanaalbehandeling? Is een vulling essentiëler dan het trekken van een kies? Is een vulling bij een kind essentiëler dan bij een volwassene? Zo zijn er honderden vragen te verzinnen die niet kunnen worden beantwoord.

Tandzorg is een investering in de toekomst. Zoals de tandheeskunde een integraal onderdeel vormt van de gezondheidszorg, zo is de mond een wezenlijk deel van het hele spijsverteringskanaal.

De discussie over wat nu wel en wat niet in het basispakket moet worden opgenomen vloeit voort uit het feit dat het collectief gezien niet te veel mag gaan kosten; maar dat betekent dat we te maken hebben met een financieel en geen tandheelkundig probleem.

De oplossing moet dus ook niet binnen de tandheeskunde gezocht worden: financiële problemen moeten met financiële oplossingen bestreden worden.

De simpele redenering dat de tandheeskunde volledig in het basispakket moet worden opgenomen gaat uit van de situatie dat bijbetalingen allang gemeengoed zijn bij de tandarts. Zo kan voor elke verrichting een eigen bijdrage worden verlangd die varieert van nul tot honderd procent, opdat de kosten collectief niet uitkomen boven het niveau dat algemeen aanvaardbaar geacht wordt.

Door de variatie in de eigen bijdrage kunnen prikkels worden ingebracht die de consumptie zowel

positief als negatief beïnvloeden.

Als voorbeeld kan genoemd worden: de periodieke controle, tandsteen verwijderen en uitleg over mondhygiëne vereisen een eigen bijdrage van nul procent. Zo wordt de gang naar de tandarts laagdrempelig en wordt de kwaliteit van de tandheeskunde niet aangetast. Bij kronen en bruggen zullen dan hogere eigen bijdragen vereist zijn.

Door het flinke eigen aandeel zal een zelfregulering plaatsvinden, die ervoor zorgt dat de consumptie van dure voorzieningen matig zal zijn (we zien dit al jaren, en met succes, bij ziektekostenverzekeringen voor ambtenaren bij lagere overheden). Op deze manier zal een zorg op maat ontstaan, waarbij in tandheelkundig opzicht een gezonde verzekerde populatie ontstaat.

# Het spuitomruilproject in Den Haag

---

*De ervaringen van 1991*

*W.J.O. Beaumont*

Het spuitomruilteam van de GGD zoekt in Den Haag intraveneus druggebruikers op die geen contact hebben met de reguliere drugshulpverlening en geeft ze spuiten, alcohol-deppers, containers en zondig condooms. Dit alles vooral ter voorkoming van de verspreiding van AIDS. Den Haag heeft 130 AIDS-patiënten. Relatief bevinden zich hieronder weinig intraveneus druggebruikers (1,5%). In 1991 100.000 spuiten, 100.000 alcoholdeppers en 40.000 condooms voor 900 verslaafden: kosten f 192.000, een investering die te verantwoorden is.

Het beleid van de gemeente Den Haag is erop gericht dat drughulpverleners, of instellingen die contact hebben met drugverslaafden, ook de spuitomruil verzorgen (het omruilen van schone tegen vuile injectiespuiten). Aanvullend daarop probeert het zogenoemde 'mobiele team' van de GGD Den Haag intraveneus druggebruikers te bereiken die geen contact hebben met de drughulpverlening of niet als spuiters bekend willen staan.

Het mobiele team legt contacten met intraveneus druggebruikers, daar waar ze op hun spuitgedrag of op hun - al dan niet betaalde - seksuele contacten aanspreekbaar zijn. Hierdoor heeft het spuitomruilproject tevens een belangrijke signaalfunctie.

Met het omruilen van spuiten wordt de verspreiding van verwekkers van infectieziekten die via bloed overdraagbaar zijn tegengegaan. De meest bekende virussen die via vuile injectienaalden overgedragen worden, zijn het HIV en de hepatitis B-, C- en D-virussen. Daarnaast kunnen ook bacteriën en schimmels zich via vuile spuiten verspreiden en ontstekingen veroorzaken in bijvoorbeeld hart, longen, centraal zenuwstelsel, botten en gewrichten. Met gratis spuitomruil en via voorlichting over de meerwaarde van hygiënisch handelen probeert de GGD de verspreiding van deze ziekteverwekkers tegen te gaan. Deze activiteiten gaan gepaard met gratis condoomverstrekking, zowel voor prostitutie als voor privécontacten. Doel van deze combinatie van activiteiten

*Over de auteur*

*W.J.O. Beaumont, arts, hoofd van de afdeling Infectieziektenbestrijding en Hygiëne, GGD Den Haag*

---

tabel 1

aantal geregistreeerde AIDS-patiënten naar risicogroep.  
De vier grote steden, 31 maart 1992.

Risicogroep	Haagse regio	A'dam	R'dam	Utrecht	Totaal
Homo-/bisexueel	140	858	73	39	1.110
Intraveneus druggebruiker	1*	96	12		109
Homo-/biseksueel en intraveneus druggebruiker	1*	12			13
Hemofilie patiënt	2	2	3	1	8
Bloedontvanger	1	7			8
Heteroseksueel	12	43	11	4	70
Overigen	1	7	2		10
Onbekend	2	2	1	1	6
<b>Totaal</b>	<b>160</b>	<b>1.027</b>	<b>102</b>	<b>45</b>	<b>1.334</b>

\* Haagse patiënten

Bron: Staatstoezicht op de volksgezondheid, Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, Rijswijk.

is om gedragsverandering (veilig gedrag) en behoud van dit gedrag te bewerkstelligen.

### Epidemiologische aspecten

Op 31 maart 1992 had Den Haag 130 geregistreeerde AIDS-patiënten (In Nederland waren toen 2.076 gevallen geregistreeerd) (1). In Den Haag bevinden zich hieronder slechts twee intraveneus drugverslaafden (1,5%) (tabel 1) Dit is laag wanneer we dit vergelijken met het landelijke percentage van 9,2%. En het is des te opvallender wanneer we Den Haag, de stad die steeds in Nederland de tweede plaats inneemt in het relatieve aantal geregistreeerde AIDS-patiënten, vergelijken met Amsterdam en Rotterdam. Daar zijn respectievelijk 10,4% en 12% van de AIDS-patiënten intraveneus drugverslaafden.

Den Haag heeft naar schatting 1.500 - 2.000 harddruggebruikers, Amsterdam ongeveer 6.000, waaronder 2.000 buitenlanders, vooral Duitsers (2). We zouden op basis van deze cijfers meer AIDS veroorzaakt door intraveneus druggebruik verwachten.

In Nederland zijn buiten Amsterdam weinig studies gedaan naar de HIV-prevalentie onder druggebruikers. Haastrecht concludeerde in 1990 dat in Amsterdam de nationaliteit (vooral de Duitse) een risicofactor was onder drugverslaafden voor

HIV-seropositiviteit (3). Den Haag kent een geringe instroom van buitenlandse druggebruikers. Dit kan een sterke invloed hebben gehad op het verschil in verspreiding van het HIV onder intraveneus druggebruikers.

De studie van de Haan toont ook aan dat het risicovolle gedrag (de frequentie waarmee vuile spuiten werden geleend en uitgeleend) in de periode waarin het spuitomruilproject in Den Haag van start ging tussen Amsterdam en Den Haag niet verschilde (4).

Wel moet worden opgemerkt dat de onderzoeksgroepen in beide steden sterk van karakter verschillen. In Den Haag waren het mensen die wilden 'afkicken' in een detoxificatiecentrum (HIV-prevalentie 1,8%). In Amsterdam werd geworven bij laagdrempelige methadonposten én bij de avondpolikliniek geslachtsziekten voor verslaafde prostituées (HIV-prevalentie 26,8%).

Bij risicovol gedrag voor HIV kan de verspreiding van het HIV binnen een populatie snel gaan. Preventie en gedragsverandering is nodig wil men de epidemie beïnvloeden. Dit is des te belangrijker omdat intraveneus druggebruik een belangrijke risicofactor is voor AIDS. In Europa zijn 33,9% van de intraveneus druggebruikers seropositief (5). Voor Italië en Spanje liggen deze percentages zelfs rond de 66%.

## Spuitomruilproject

### Opzet en werkwijze

Het spuitomruilproject is in Den Haag in 1987 door de GGD gestart met een mobiel team van twee medewerkers (6). Eind 1988 is het ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur (WVC) overgegaan tot het subsidiëren van het spuitomruilproject en kon de werktijd van het mobiele team tot veertig uur worden uitgebreid. Voor de continuïteit tijdens vakantie en ziekte staat vooral de samenwerking met de straathoekwerker van het Centrum Verslavingszorg Zeestraat (CVZ) garant.

Naast het mobiele team van de GGD heeft Den Haag nog een zestal vaste verstrekkingpunten voor spuitomruil (zie schema 1). Hiervan heeft het Huiskamerproject de grootste spuitomruil op één lokatie.

Apothekers verwijzen hun cliënten vaak naar het spuitomruilproject. De GGD vindt echter dat apothekers ook zelf spuiten moeten blijven verkopen. Er zal altijd een groep intraveneus druggebruikers hiervoor blijven kiezen. Beide verstrekkingvormen kunnen elkaar goed aanvullen.

Het mobiele team van de GGD bezoekt sedert 1987 de drie methadonverstrekkingpunten van het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD). Het CAD, onderdeel van het CVZ, heeft in 1989 van de GGD de spuitomruil op deze punten overgenomen. Het GGD-team blijft de verstrekkingpunten echter nog regelmatig bezoeken. Het is belangrijk dat drugverslaafden steeds op vaste punten contact kunnen leggen met medewerkers van het team. Daar kunnen gebruikers aan de medewerkers laten weten wanneer ze het GGD-team bij hen thuis willen ontvangen, of dat spuiten na een verhuizing of een ontruiming op een nieuw adres moeten worden afgegeven.

### Drugpanden

Het GGD-team probeert toestemming te krijgen van bewoners van drugpanden om in het pand spuiten om te ruilen. Gebruikers krijgen ook alcohol-deppers om de huid voor het spuiten schoon te maken. Hiermee kan het ontstaan van spuitabscessen en het verspreiden van schimmels en bacteriën via de bloedbaan voorkómen worden. Ook laat het GGD-team spuitcontainers achter, zodat de kans klein is dat gebruikte spuiten blijven rondslingeren of worden hergebruikt.

Er worden op die manier bij de huisbezoeken ook speed- en cocaïnegebruikers bereikt.

Jonge druggebruikers beginnen nu, volgens de observatie van het team, met speed en cocaïne. Deze groep komt niet bij de methadonbus, omdat ze (nog) geen heroïne gebruiken. Daardoor ontstaat bij drughulpverleners gemakkelijk de indruk dat de populatie drugverslaafden veroudert.

Vaak functioneren de bewoners en/of de bezoekers van de drugpanden zelf als (niet-betaalde) intermediairen voor de omruil van spuiten en de verstrekking van alcohol-deppers en containers. Zo worden ook gebruikers bereikt, die meer in de anonimiteit willen blijven. De GGD werkt op deze wijze al vanaf de start van het project in 1987 en draagt zo zorg voor de gewenste '24-uursomruil'. Ook is hiermee de schone spuit 'dichter bij de dope' gebracht, waarmee het veilige gedrag makkelijker kan worden volgehouden. Het bezoeken van drugpanden is mogelijk, omdat de gemeente Den Haag heeft besloten de medische facetten en de aspecten van openbare orde strikt te scheiden.

De openbare gezondheidstaak, het tegengaan van de verspreiding van (infectie)ziekten, valt onder het medisch beroepsgeheim. Anderzijds wordt bij het handhaven van de openbare orde uiteraard

### schema 1

*De zes vaste verstrekkingpunten in Den Haag voor spuitomruil en condoomverstrekking. Den Haag 1991.*

1. Huiskamerproject voor jeugdige heroïneprostituées aan de Waldorpstraat (elke nacht van 21.00-07.00 uur)

Drie methadonverstrekkingpunten van het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs

2. - Burg. de Monchylein
3. - Neherkade
4. - Binnenhaven (Scheveningen)
5. Het Informatiecentrum Drugs Preventie op het Zieken (onderdeel van Centrum Verslavingszorg Zeestraat)
6. De Stichting Basisvoorzieningen Drugshulpverlening 'PRADIN' op de Prinsegracht

geen rekening gehouden met eventuele medische belangen die spelen bij het al dan niet sluiten van drugpanden of bij het oppakken van contactpersonen voor de spuitomruil. Deze gescheiden aanpak werkt nu al vijf jaar en heeft veel spanningen voorkómen. Wel moeten betrokkenen wennen aan deze werkwijze. Gebruikers, maar vooral drughulpverleners uit het buitenland, begrijpen vaak niet hoe een medische dienst zo ongehinderd in drugpanden kan en mag werken.

### *Overlast en hygiëne*

Het GGD-team krijgt regelmatig meldingen van woningbouwverenigingen of buurtbewoners wanneer drugpanden overlast bezorgen. In goed overleg wordt dan naar een oplossing gezocht. Het zijn bijna altijd gekraakte panden, zonder water en zonder elektriciteit, zodat de hygiëne niet optimaal kàn zijn. Bij overlast door te grote aanloop van gasten wordt geadviseerd het bezoek vrijwillig te beperken.

Wanneer buurtbewoners vuile spuiten op straat of in portieken vinden, probeert het mobiele team de bron op te sporen en een oplossing te vinden, bijvoorbeeld door extra spuitcontainers te geven.

De volle containers worden opgehaald door het GGD-team en gaan naar de speciale verbrandingsoven voor ziekenhuismateriaal. Er ligt een groot belang in het voorkómen van overlast, omdat bij maatregelen van openbare orde goede contacten verloren zullen gaan.

Personeel van de spoorwegstations, parkeergarages, sloperijen en andere plaatsen waar af en toe spuiten worden gevonden hebben, na voorlichting, containers en handschoenen gekregen om zelf eventuele spuiten te verwijderen.

Er is enkele malen samengewerkt met de gemeentelijke reinigingsdienst om het vuil van ernstig vervuilde panden te verwijderen en de medewerker van de gemeentelijke verdelgingsdienst, 'het kakkerlakken team', is bijgestaan bij het betreden van drugpanden. Verder heeft de gemeentepolitie, na ontruiming van drugpanden, het GGD-team benaderd om de aanwezige spuiten op te ruimen.

### *Drugverslaafde prostitués*

Omdat het Huiskamerproject aan de tippelzone aan de Waldorpstraat de vrouwelijke verslaafde prostitués bereikt, richt het GGD-team zich op

de mannelijke prostitutie in met name het Haagse Bos.

Sedert december 1988 bezoekt het GGD-team drie maal per week 's avonds tussen 19.00-21.00 uur het Haagse Bos.

Het team ziet jaarlijks meer dan 300 mannen en jongens die daar prostitutie bedrijven. Omdat deze observatie niet volledig kan zijn zal de werkelijke omvang groter zijn. Gesprekken met prostitués en prostituanten bevestigen dit.

Het zijn voornamelijk jongeren die in het Haagse Bos aan prostitutie geld verdienen. Ongeveer 40% van hen is bij het GGD-team bekend als intraveneus druggebruiker. Men beweert daar ter plekke dat bijna iedereen daar onveilige anale contacten heeft. De klanten willen dit en zijn zelfs bereid er meer voor te betalen. Door de gesprekken met het GGD-team veranderde de norm. Aanvankelijk had niemand (prostitué en prostituant) anale condooms bij zich, maar na enkele maanden hadden velen condooms bij zich of kwamen er om vragen.

Helaas bleek dat de jongens die nu bij betaalde contacten condooms gebruiken, bij free seks (voor hun eigen plezier) geen bescherming gebruiken. Dit zijn vaak wisselende hetero- en/of homoseksuele contacten.

De ervaring in het Haagse Bos is dezelfde als bij het Huiskamerproject voor vrouwelijke drugverslaafde prostitués: door onbevooroordeeld dicht bij de 'werkplek' aanwezig te zijn, kan het risicovolle gedrag in belangrijke mate beïnvloed worden. Veel moeilijker te beïnvloeden is het gedrag in het privéleven.

Grote zorgen baart ons in dit verband de langdurige afsluiting aan beide kanten van de weg door het Haagse Bos. De gemeente heeft hier de aspecten van de tippelzone voor de homoprostitutie over het hoofd gezien, waardoor de homoprostitutie zich over de stad en naar privé-adressen heeft verspreid. De contacten met het GGD-team zijn hierdoor voor een belangrijk deel verloren gegaan.

Het is in 1991 wederom niet gelukt goed en structureel contact te leggen met de Marokkaanse en Turkse drugverslaafde prostitués, die er volgens informatiebronnen wèl zijn. Niettemin nemen incidentele contacten met Marokkaanse verslaafden in frequentie toe en met een enkele Marokkaanse gebruiker bestaat regelmatig contact.

*Spuitomruilproject***Veldverkenning**

Het GGD-team doet voortdurend aan veldverkenning. De team-medewerkers bezoeken café's, koffiehuisen, theehuizen en buurthuizen waar verslaafden komen, of waar ze informatie over mogelijke adressen voor spuitomruil kunnen krijgen. Ook proberen ze daar contacten te leggen met personen uit de Turkse en de Marokkaanse gemeenschap.

Het team maakt zoveel mogelijk gebruik van vaste routes in de stad. Een deel van de gebruikers kent deze routes en houdt het mobiele team daar op straat staande.

Daarnaast gaat regelmatig een leidinggevende medewerker mee op veldverkenning, soms tot diep in de nacht.

**Aantallen verrichtingen**

Het GGD-team kent ongeveer 900 drugverslaafden van gezicht. Hiervan is een derde bekend als intraveneus drugverslaafde. Van 150 tot 300 anderen wordt vermoed dat ze incidenteel spuiten, en dat ze hun spuit op het deal-adres of in de directe omgeving ervan via intermediairen krijgen. Daarnaast zijn er zeker nog intraveneus drug-

verslaafden die het team niet kent.

Van de ruim 120.000 spuiten en alcohol-deppers, die er in 1991 in Den Haag zijn verstrekt, heeft het team er zo'n 100.000 voor zijn rekening genomen, waarvan 93.000 op huisadressen (zie tabel 2). Gemiddeld zijn in 1991 per maand 41 huisadressen bezocht (34 aan het begin van het jaar en 48 aan het eind van het jaar).

In dat jaar maakte het GGD-team in totaal 786 huisbezoeken (gemiddeld ongeveer 65 per maand) Hierbij was in 40% van de gevallen niemand thuis.

Een totaal omruilpercentage van 98,6% in 1991 is goed te noemen. Zeker omdat een deel van de spuiten in Den Haag wordt opgehaald maar in de randgemeenten gebruikt wordt.

Via het CAD en het GGD-team zijn in 1991 40.000 condooms (vaginaal en anaal) verstrekt aan 900 drugverslaafden. De meeste condooms worden voor betaalde contacten van intraveneus drugverslaafden gebruikt. Het gaat hierbij om ten minste 120 jongens en ruim 200 meisjes en vrouwen.

Daarnaast zijn ook condooms uitgereikt aan prostituanten om de drempel naar condoomgebruik te verlagen.

Het GGD-team heeft het Haagse Bos 180 maal

**tabel 2**

*aantal verstrekte en retourontvangen spuiten. Spuitomruilproject, Den Haag 1991*

	Verstrekt	Retour ontvangen	
	Abs.	Abs.	(%)
GGD-team			
Huisbezoek	93.651	93.241	(99,6)
Neherkade	2.426	2.377	(98,0)
Burg. de Monchyp.	3.087	3.068	(99,4)
Binnenhaven	620	620	(100,0)
Haagse Bos	166	144	(86,7)
HAJ	7.250	7.000	(96,6)
CAD	12.000	12.000	(100,0)
Diversen	2.057	987	(48,0)
CAD Delft <sup>1)</sup>	6.300	6.300	(100,0)
<b>Totaal</b>	<b>127.557</b>	<b>125.737</b>	<b>(98,6)</b>

<sup>1)</sup> Den Haag werkt nauw samen met het Delftse spuitomruilproject

bezoekt en de verstrekkingspunten van het CAD 500 keer.

### Resultaat

Na december 1988 is er geen structureel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de activiteiten. Toch zijn er wel mogelijkheden om het effect te meten. In 1991 is het GGD-team slechts op negen spuitabcessen bij zes van de 300 bekende intraveneus drugverslaafden gestuit. Deze abscessen zijn voor zover we konden nagaan in de meeste gevallen veroorzaakt door het gebruik van vuil water, omdat de (gekraakte) woning voor water en gas was afgesloten. Omdat gebruikers juist met hun gezondheidsproblemen bij het GGD-team komen, bijvoorbeeld door te laten zien wanneer ze naast het bloedvat hebben gespoten, zijn we er vrij zeker van dat het genoemde aantal abscessen een goede weerspiegeling is van de werkelijkheid. Naar onze overtuiging hebben de spuitomruil in drugpanden, het verstrekken van alcohol-deppers en de gesprekken over hygiëne en veilig gedrag in de vertrouwde omgeving van de verslaafde, een gunstig effect. Het voorkomen van abscessen betekent in dit verband een houvast voor de mate waarin de doelgroepen wordt bereikt en we erin slagen hygiënische gedrag te bevorderen. Het project is uiteindelijk bedoeld om het risico tot HIV-besmetting terug te dringen. De evaluatie daarvan is, met de huidige beschikbare cijfers, nog niet mogelijk. We streven ernaar om een cijfermatige evaluatie in de toekomst te realiseren.

### Kosten

De kosten\* van het spuitomruilproject bedroegen voor 1991 f 192.000. Dit is f 600,- per jaar voor iedere intraveneus drugverslaafde die gebruik maakt van de verstrekkingen van het GGD-team. (Hierin zijn degenen die via de intermediairen bereikt worden niet meegenomen.) Gezien de veelheid van contacten met een groot deel van de 900 bekende drugverslaafden en de vele voorlich-

\* Het bedrag is opgebouwd uit de salariskosten van het GGD-team en de financiering van de continuïteit, de vervoerskosten, de kosten van de spuiten, alcohol-deppers en containers. Bovendien zijn er kosten verbonden aan de vernietiging via de speciale verbrandingsoven voor ziekenhuismateriaal.

tende contacten met prostituanten, hulpverleners, burgers en dergelijke is ons inziens een dergelijke investering zeker te verantwoorden.

### Slot

Het is duidelijk dat dit werk alleen gedaan kan worden door medewerkers die het vertrouwen bij de doelgroep hebben. Daarom moet steeds voor de reputatie van het mobiele team en daarmee de GGD, als neutrale instantie, gewaakt worden.

Dit houdt ook in dat de privacy van de cliënten gewaarborgd moet zijn. Drugverslaafden zijn en blijven vaak erg achterdochtig, ook al hebben ze jaren contact met het GGD-team.

Het werk van het GGD-team is psychisch zwaar. Ze zien mensen aftakelen, afkicken, terugvallen en vaak jong sterven. Ze zien jongeren afglijden en kunnen er in de meeste gevallen niets aan doen. Ze zien soms ouders een kind naar de methadonbus brengen, dat dan stiekem even spuiten omruilt bij het GGD-team; van werkelijk afkicken is dan dus geen sprake.

Om al hun ervaringen goed te kunnen verwerken krijgen de GGD-teamleden supervisie van begeleiders buiten de afdeling Infectieziektenbestrijding en Hygiëne.

Het blijkt dat een klein mobiel team, dat mensen in hun eigen omgeving benadert, hen tot gedragsverandering kan brengen. De invalshoek gezondheid, mits niet veroordelend en niet moraliserend gebracht, blijkt voor velen acceptabel.

Deze gedragsverandering wordt bereikt bij personen die de maatschappij in dit opzicht vaak al heeft afgeschreven. Het blijkt mogelijk een vertrouwensrelatie op te bouwen met een groep die vaak alle contacten met (drug)hulpverlening afwijst. Het is echter een proces van lange adem waarmee voortdurend zeer voorzichtig moet worden omgesprongen.

De afspraak met de politie dat ze bezoeken van de GGD aan drugpanden voor de spuitomruil en condoomverstrekking accepteren en dat anderzijds de GGD zich niet mengt in aspecten van openbare orde is een belangrijke voorwaarde om het vertrouwen te krijgen en te behouden van de drugverslaafden.

Het blijkt dat sterk restrictief beleid ten aanzien van drugs en met name ook ten aanzien van spuiten en drugbezit het druggebruik en de HIV-epidemie bevordert. Dit hebben ervaringen in Man-



*Sputomruilproject*

hattan en Edinburgh bewezen (7).

Via de niet betaalde intermediairen is er een 24-uurs mogelijkheid op verschillende plaatsen gecreëerd spuiten om te ruilen.

Door de beperkte mobiele personele inzet is een goedkoop project ontwikkeld met een belangrijke signaalfunctie naar het beleid.

We hopen door drugverslaafden aan te spreken op plaatsen waar risicovol gedrag plaatsvindt de verspreiding van het HIV binnen de groep drugverslaafden op het lage niveau te kunnen handhaven.

*Het artikel is mede tot stand gekomen dankzij de wekelijkse informatie en het cijfermateriaal dat de medewerkers van het sputomruilproject, de heren W.R. Slijngard en A van der Boor, hebben gegeven en dankzij het kritische commentaar van de heer R.E.M. van Kleef, beleidsadviseur verslavingszorg, afdeling Beleidsondersteuning Gezondheidszorg en mw. J.C.H.M. Schepp-Beelen, hoofd Consultatiebureau voor Tuberculosebestrijding en plaatsvervangend hoofd van de afdeling Infectieziektenbestrijding en Hygiëne, GGD Den Haag.*

**Literatuur:**

1. Staatstoezicht op de volksgezondheid. Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid. Rijswijk april 1992.
2. Brussel G. Bijdrage studiedag voor het project AIDS en Druggebruik 'HIV-infectie onder druggebruikers, nieuwe taken voor de arts in de drughulpverlening? Jaarbeurs Utrecht, 4 oktober 1991.
3. Haastrecht HJA, Hoek JAR van den, Bardoux C e.a. The Course of the HIV Epidemic among Intravenous Drug Users in Amsterdam, The Netherlands. *Am J Publ Health* 1991; 81 nr 1: 59-62.
4. Haan HA, Hoek JAR van den, Haastrecht HJA e.a. Relatief lage HIV-prevalentie onder druggebruikers in Den Haag ondanks riskant spuitgedrag. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1991; 135 nr 6: 218-21.
5. AIDS surveillance in Europe, quarterly report nr 31, september 1991. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, Paris.
6. Jongh-Wieth FE de, Tonino-van der Marel E, Slijngard WR e.a. HIV-besmetting en AIDS-preventie: drie projecten in Den Haag. *Epidemiol Bul Grav* 1990; 25 nr 4: 5-13.
7. Brettle RP, Bisset K, Burns S e.a. Human immunodeficiency virus and drug misuse: the Edinburgh experience. *Br Med J* 1987; 295 nr 6595: 421-4.

# Welzijnsbezoeken in Den Haag

---

*Antwoord van de wethouder*

*L.M.J. Staal*

In 1991 bezochten vrijwilligers zelfstandig wonende tachtig-plussers in de Haagse wijk Morgenstond van het stadsdeel Escamp. De interesse van de bezoekers ging uit naar de leefsituatie van hoogbejaarden. Het Samenwerkingsverband Ouderenzorg Escamp rapporteerde over de verzamelde gegevens aan burgemeester en wethouders en stelde voor de als welzijnsbezoeken gedefiniëerde bezoeken regelmatig in heel Den Haag te organiseren. Over het antwoord van de wethouder met de reactie van de raadscommissie daarop.

'Het antwoord is nu aan de gemeente.' Dit was de laatste zin van een artikel in het Epidemiologisch Bulletin van december 1991 (1). Het deed verslag van de resultaten van een onderzoek naar de leefsituatie van zelfstandig wonende tachtig-plussers in de wijk Morgenstond van het stadsdeel Escamp. De informatie werd verkregen via het afleggen van zogenaamde welzijnsbezoeken. Vrijwilligers bezochten de hoogbejaarden en verzamelden gegevens aan de hand van een uitgebreide vragenlijst, boden een speciaal samengestelde informatiegids aan, beantwoordden vragen of bemiddelden indien gewenst bij een bepaalde hulpvraag. In de onderzoeksrapportage, opgesteld onder verantwoordelijkheid van het Samenwerkingsverband Ouderenzorg Escamp, werden de gegevens gepresenteerd en werd het advies gegeven om de welzijnsbezoeken voor de stad Den Haag volgens een bepaald model te organiseren. Van de gemeente werd hierop een reactie verwacht.

De wethouder van Maatschappelijke Dienstverlening, Welzijn en Gezondheidszorg (MDWG) heeft in maart jl. in een notitie aan de gemeenteraadscommissie MDWG de reactie namens het college van burgemeester en wethouders verwoord (2). In deze bijdrage worden kort de reactie van wethouder D. Ramlal en de bespreking van de notitie in de commissie MDWG weergegeven.

---

*Over de auteur*

*L.M.J. Staal, beleidsadviseur van de afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Den Haag*

## Welzijnsbezoeken

### Waar gaat het om?

De wethouder geeft allereerst een aanscherping van wat er precies onder welzijnsbezoek moet worden verstaan.

Het actie-onderzoek in het stadsdeel Escamp heeft namelijk in andere stadsdelen - naast de reeds lang bestaande bezoekactiviteiten van onder andere kerken, burenhulporganisaties en de Unie van Vrijwilligers - welzijnsbezoeken vanuit de Samenwerkingsverbanden Ouderenzorg gestimuleerd. Zo heeft er in 1991 een project welzijnsbezoek plaatsgevonden in het Regentesse- en Valkenboskwartier (stadsdeel Segbroek) en een bezoekproject ouderen in het Staten- en Geuzenkwartier (stadsdeel Scheveningen). Momenteel worden er projecten welzijnsbezoek uitgevoerd in het stadsdeel Loosduinen en in de wijken Transvaal-Zuid en Groente- en Fruitmarkt (stadsdeel Centrum).

De afzonderlijke projecten verschillen echter van elkaar wat betreft doelstelling en uitwerking. Sommige projecten leggen meer de nadruk op activiteiten die gericht zijn op het signaleren van problemen bij ouderen, andere op activiteiten die gericht zijn op het informeren van ouderen en weer andere op activiteiten die het terugdringen van eenzaamheidsgevoelens beogen.

Het oorspronkelijke idee uit de nota 'Beter Gezond' was om via huisbezoeken zicht te krijgen op de gezondheidstoestand van ouderen. De toename van de omvang van de ouderenpopulatie zal immers, naar verwachting, leiden tot een toename van gezondheidsproblemen. Het in kaart brengen van deze gezondheidssituatie is een van de taken van het gemeentebestuur, verwoord in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. Inzicht in de gezondheidssituatie is nodig om voor de toekomst een bepaald ouderenbeleid voor te stellen.

Bij de uitvoering van de verschillende projecten is het oorspronkelijke idee echter aangevuld c.q. bijgesteld met enerzijds aandacht voor het signaleren van behoeften bij ouderen aan hulp- en dienstverlening en anderzijds aandacht voor eenzaamheidsgevoelens.

Met name het laatste punt is naar het oordeel van de wethouder een sterk motiverende kracht gebleken voor zowel dienstverleners als vrijwilligers om met een project welzijnsbezoek in de wijk aan de slag te gaan. Uit de rapportages van de projecten blijkt ook dat veel ouderen behoefte hebben aan sociale contacten en de aandacht door een bezoek

op prijs stellen. Onderzoek staat niet meer centraal, maar wel het afleggen van een bezoek om de eenzaamheid van ouderen te doorbreken.

### Het beleid van de wethouder

Geconfronteerd met de praktijk wordt in de notitie vervolgens de vraag gesteld wat het een en ander nu betekent voor de verdere uitvoering van het oorspronkelijke idee uit de nota 'Beter Gezond'.

Bij de beantwoording van die vraag wil de wethouder voor het toekomstige beleid aansluiten bij de gegroeide praktijk. Volgens de wethouder is het niet nodig een nieuwe organisatievorm in het leven te roepen om de activiteiten in het kader van welzijnsbezoeken te coördineren of uit te voeren. Met een aantal aanpassingen van de bestaande activiteiten, door aandacht te besteden aan samenwerking en door een voortdurende kritische bezinning op de eigen activiteiten kunnen de verschillende doelstellingen van welzijnsbezoeken voor een groot deel met de bestaande middelen en binnen de bestaande voorzieningen verwezenlijkt worden.

In het kader van de programma's ouderenvoorzieningen worden namelijk voor de afzonderlijke stadsdelen budgetten ter beschikking gesteld voor het zogenaamde flankerende ouderenbeleid. De in de stadsdelen functionerende Samenwerkingsverbanden Ouderenzorg geven het gemeentebestuur advies over de besteding van die budgetten.

De verantwoordelijkheid wordt hiermee gelegd bij de bestaande instellingen voor ouderenverzorging in de verschillende stadsdelen. Via de advisering aan de gemeente bestaat de mogelijkheid om in het kader van de stadsdeelbudgetten voor flankerend ouderenbeleid voorstellen te doen over het uitvoeren en financieren van welzijnsbezoeken.

In de notitie wordt echter ook aangegeven dat de ontwikkelingen voor het toekomstige welzijnswerk en de beperkte financiële ruimte meegewogen hebben bij het afwijzen van een stedelijk model voor welzijnsbezoeken.

### Gemeenteraadscmissie.

Bij de behandeling van de notitie over het welzijnsbezoek in de gemeenteraadscmissie werd door alle politieke partijen het belang echter wel van de welzijnsbezoeken onderstreept. De discussie

sie in de commissie concentreerde zich op de tegenstelling tussen enerzijds het erkennen van het belang van welzijnsbezoeken en anderzijds het niet beschikbaar willen stellen van extra financiële middelen. Verder werd gesproken over de mogelijke ongelijkheid tussen de stadsdelen wanneer het ene stadsdeel wel en het andere geen welzijnsbezoeken wil uitvoeren en over het naar verwachting ontoereikende stadsdeelbudget voor het uitvoeren van een project welzijnsbezoek.

De wethouder wees in zijn verdediging van het voorstel op de beperkte financiële ruimte van de gemeente en op zijn beleid om de prioriteitenafweging op het stadsdeelniveau te laten plaatsvinden.

Bij de behandeling van de begroting voor het jaar 1993 worden de uiteindelijke beslissingen genomen over de stadsdeelbudgetten voor het flankerende ouderenbeleid.

Het initiatief tot het organiseren van welzijnsbezoeken ligt nu bij de Samenwerkingsverbanden Ouderenzorg in de stadsdelen.

#### **Literatuur:**

1. Kersten C, Nolden HEM. Op bezoek bij hoogbejaarden: een actie-onderzoek in stadsdeel Escamp. *Epidemiol Bul Grav* 1991; 26 nr 4: 9-12.
2. Welzijnsbezoek. Notitie van de wethouder MDWG aan de commissie MDWG. Den Haag 3 maart 1992.

# Sterfte door roken in Den Haag

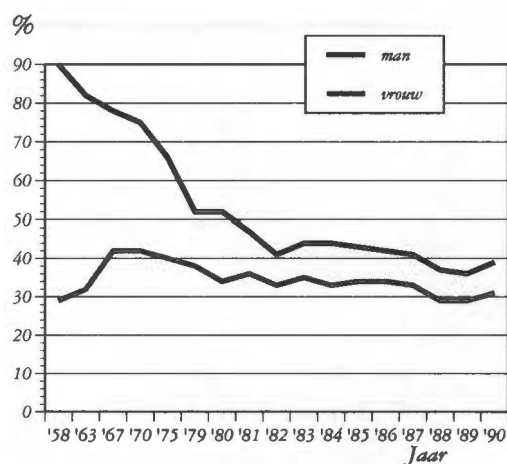
## Een groot volksgezondheidsprobleem

G.R. de Wildt en H.G.J. Nijhuis

Van de Haagse mannen rookt 36 procent, van de vrouwen 33 procent. Den Haag wijkt daarmee niet af van de andere grote steden, maar scoort wel iets boven het landelijk gemiddelde. Roken is een ernstige bedreiging voor de gezondheid. Het veroorzaakt longkanker, hart- en vaatziekten, beroerten en herseninfarcten en aandoeningen van de luchtwegen. Voorlichting en opvoeding zijn belangrijke gereedschappen bij de bestrijding van roken. Een verbod op tabaksreclame zou ernstig overwogen moeten worden, zo wijzen buitenlandse studies uit.

Steeds minder mensen steken een sigaret op. Sinds de vijftiger jaren neemt het roken onder mannen gestaag af. Het roken door vrouwen, dat tot het eind van de jaren zestig toenam, daalt nadien en blijft daarmee onder het niveau van de mannen (figuur 1). In de houding jegens roken is de laatste tientallen jaren een kentering opgetreden. Roken was voor mannen vroeger eerder de norm dan iets waar je in gezelschap toestemming voor moest vragen. Menigeen onder ons zal zich herinneren dat dr. Meinsma een excentrieke zendeling gevonden werd, niet alleen vanwege de manier waarop hij de anti-rookboodschap bracht, maar

figuur 1  
percentage rokers onder 15-64-jarigen.  
Nederland 1958-1990



Bron: Jaarverslag 1990. Stichting Volksgezondheid en Roken.

### Over de auteurs

G.R. de Wildt, arts, wetenschappelijk medewerker, vakgroep Epidemiologie, afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Den Haag en H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog, hoofd afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Den Haag

ook om wàt hij zei. Zijn gedachten zijn nu gemeengoed geworden. Dat neemt niet weg dat het beeld van rokende mannen en vrouwen voortdurend om ons heen blijft hangen. Het is aanwezig: op mooie reclameborden onderweg van huis naar het werk, in de krant, in veelkleurige weekbladen en in de film.

### Roken in Den Haag

Van de Hagenaars rookte eind 1991 36%; 39% van de mannen en 33% van de vrouwen (tabel 1). Daarmee ligt Den Haag op één lijn met de andere grote steden en iets boven het landelijke gemiddelde van 38% rokende mannen en 30% rokende vrouwen. Er zijn onvoldoende gegevens over het rookgedrag van verschillende bevolkingsgroepen in Den Haag.

Uit gegevens elders blijkt echter dat mensen uit hogere sociale lagen minder roken dan mensen uit lagere. Voorts blijkt dat het roken in rijke industrielanden over het algemeen in alle bevolkingsgroepen daalt, maar dat die daling vaak veel sneller plaatsvindt in de groepen met een hoger sociaal niveau.

Wat migranten betreft blijkt uit onderzoek in een stadsdeel in Amsterdam dat mannen van Turkse

afkomst veel méér roken dan autochtonen (64% van de Turkse mannen rookt) (2). Marokkaanse mannen roken net iets meer dan Nederlandse mannen (39%). Turkse en Marokkaanse vrouwen roken echter veel minder dan autochtone vrouwen: respectievelijk 20% en 0%.

In heel Nederland neemt het roken onder de schoolgaande jeugd af. Schoolgaande meisjes van 15 jaar en ouder bleken in 1988 en 1989 méér te roken dan jongens: 25% tegen 22% (3). Onderzoek in verschillende delen van de wereld laat eveneens zien dat meisjes meer roken dan jongens. Dat wordt deels geweten aan de reclame en deels aan het feit dat meisjes eerder rijpen en gedrag vertonen van jongens die enkele jaren ouder zijn (4).

### Vermijdbare sterfte door roken

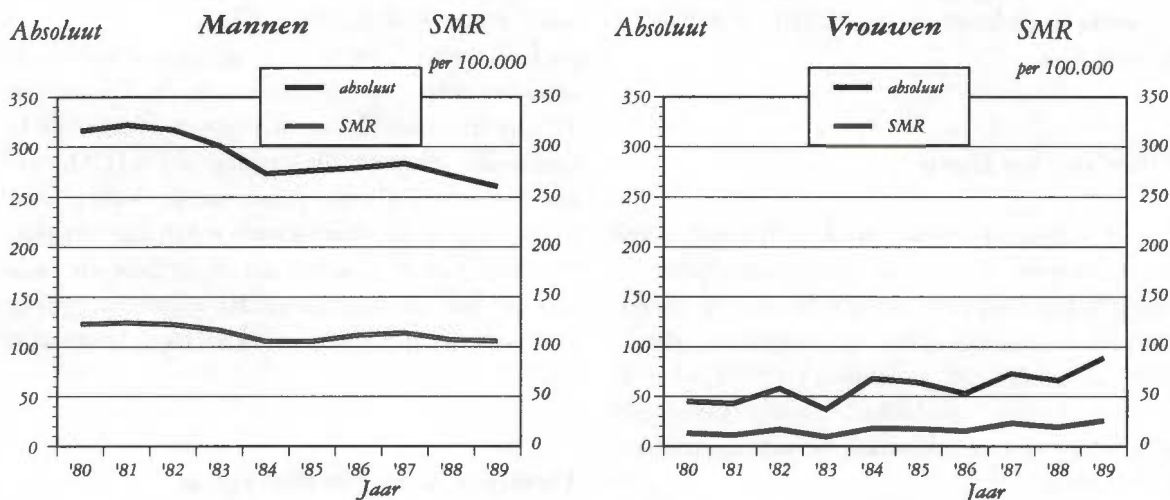
Het is mogelijk een schatting te maken van het aandeel van roken in de totale sterfte aan longkanker, hart- en vaatziekten, cerebrovasculaire accidenten en CARA. Deze schatting berust op de kennis over het relatieve risico (RR) van sterfte aan deze doodsoorzaken onder rokers en niet-rokers\*.

tabel 1  
rookgedrag van Hagenaars (15 jaar en ouder). Den Haag eind 1991

Vraag	Mannen	Vrouwen	Totaal
	Abs. (%)	Abs. (%)	Abs. (%)
<i>Nu</i>			
Rookt wel/weleens	124 (39)	101 (33)	225 (36)
Rookt helemaal niet	195 (61)	201 (67)	396 (64)
<i>Vroeger</i>			
Rookte vroeger 1 jaar sigaretten/shagjes	53 (17)	29 (10)	82 (13)
Rookte vroeger niet sigaretten, shag, sigaren, pijp	142 (44)	172 (57)	314 (51)
<b>Totaal</b>	<b>319 (100)</b>	<b>302 (100)</b>	<b>621 (100)</b>

Bron: NIPO-enquête (1)

figuur 2  
absolute en indirect gestandaardiseerde sterfte (SMR)  
aan longkanker per 100.000 naar geslacht.  
Den Haag 1980-1989



Bron: De gegevens zijn betrokken van het Centraal Bureau voor de Statistiek in Voorburg. Voor de berekening van de SMR's heeft de Europese standaardbevolking van de World Health Organization als referentie gefungeerd. De Haagse bevolking is tussen 1980 en 1989 met 2,7% afgenomen. Tegelijkertijd is de vergrijzing toegenomen en daarmee het relatieve aandeel van mensen die door een zogenaamd cohorteffect en door hun leeftijd meer kans op longkanker hebben. Daarom geeft de SMR voor longkanker in deze figuur de beste informatie.

### Longkanker

Voor alle sterfte aan longkanker geldt dat bij mannen naar schatting 78%, en bij vrouwen 75% aan roken kan worden toegeschreven. Over een tienjaarsperiode van 1980 tot 1990 stierven in Den Haag 2.889 mannen aan longkanker, en 596 vrouwen (tabel 2, zie volgende pagina). Dat levert per jaar gemiddeld ongeveer 270 Haagse doden door longkanker als gevolg van roken op. Zoals te zien is op de grafiek (figuur 2), daalt de sterfte door longkanker bij mannen, maar stijgt deze bij vrouwen licht. Dat komt omdat het effect van de trends in rookgedrag zich pas jaren later laten zien in de sterftestatistieken. De verwachting is dat omstreeks het jaar tweeduizend de sterfte onder vrouwen weer zal gaan dalen.

### Hart- en vaatziekten

Van alle sterfte aan hart- en vaatziekten \*\* kan 28% bij mannen en 25% bij vrouwen aan roken toegeschreven worden. Over een tienjarige periode van 1980 tot 1990 stierven 10.113 mannen en vrouwen aan hart- en vaatziekten. Dat levert gemiddeld per jaar 269 doden door hart- en vaatziekten als gevolg van roken op.

### CARA

Van alle sterfte aan Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen (CARA, met inbegrip van asthma en emfyseem) kan 88% bij mannen en 86% bij vrouwen aan roken toegeschreven worden. Over een tienjarige periode van 1980 tot 1990 stierven 1.005 Haagse mannen aan CARA, en 391 vrouwen. Dat levert per jaar gemiddeld ongeveer 120 doden door CARA als gevolg van roken op.

### Hersen-embolieën en beroerte

Van alle sterfte aan hersenembolieën en beroerte (CVA: cerebrovasculaire accidenten) \*\*\* kan 19% bij mannen, en 17% bij vrouwen aan roken toegeschreven worden. Over een tienjarige periode van 1980 tot 1990 stierven 2.240 mannen, en 3.489 aan CVA. Dat levert gemiddeld per jaar ongeveer 100 doden door CVA als gevolg van roken op.

Het aandeel van roken in de totale sterfte in Den Haag komt dan op 14%. Dat komt overeen met een eerdere berekening gemaakt over 1986, waarin 15% van de Haagse doden aan roken wordt toegeschreven (9), en met cijfers uit Groot-Brittannië waar naar schatting één op de zes doden aan roken te wijten is (10). Roken is de belang-

**tabel 2**  
 aantallen aan roken toe te schrijven sterftegevallen per jaar voor vier verschillende doodsoorzaakcategorïën naar geslacht.  
 Den Haag 1980-1989

Doodsoorzaak	Abs.	RR	AF	Mannen Aantal aan roken toe te schrijven doden per jaar
Longkanker (kanker trachea, bronchus en long)	2.889	10	78%	225
Ischemische hartziekten	5.460	2	28%	153
CARA (bronchitis, emfyseem en astma)	1.005	20	88%	88
Cerebrovasc. aandoeningen	2.240	1,6	19%	42
<b>Totaal</b>				<b>508</b>
	Abs.	RR	AF	Vrouwen Aantal aan roken toe te schrijven doden per jaar
Longkanker (kanker trachea, bronchus en long)	596	10	75%	45
Ischemische hartziekten	4.653	2	25%	116
CARA (bronchitis, emfyseem en astma)	391	20	86%	34
Cerebrovasc. aandoeningen	3.489	1,6	17%	58
<b>Totaal</b>				<b>253</b>

samen 761  
= 14% van de  
totale sterfte

*'Smoking is the largest single cause of preventable premature death'*

*Uit: The Big Kill. Health Education Council. Londen 1985.*



## Sterfte door roken

rijkste oorzaak voor vermijdbare sterfte. Twee vijfde van de personen die twintig of meer sigaretten per dag roken zullen vóór hun 65ste aan de gevolgen daarvan overlijden, maar daar staat tegenover dat na het stoppen met roken het risico snel daalt (11).

### Morbiditeit door roken

Niet beschikbaar zijn betrouwbare cijfers over aantallen ziekten, invaliditeit en de daarmee gepaard gaande sociale consequenties die veroorzaakt worden door roken in Den Haag. Het valt echter aan te nemen dat die aanzienlijk zijn. Door roken veroorzaakte of verergerde hart- en vaatziekten kunnen leiden tot sterk invaliderende ziekte-toestanden. Rokers hebben naar schatting ook een 2,4 maal zo grote kans om beroertes of hersenembolieën te krijgen, aandoeningen die kunnen leiden tot blijvende hersenschade en verlammingen (8). En hoewel het absolute aantal lijders aan CARA met een voortschrijdend emfyseem door roken gering is, is deze ziekte vaak langdurig en buitengewoon ernstig en gaat zij gepaard met een lagere kwaliteit van leven.

### Interventies

Wat zijn beproefde interventies om het roken terug te dringen? Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding (GVO) is een belangrijke interventie, niet alleen via folders en fraaie posters, maar bijvoorbeeld ook in de media en op school. Over hoe GVO werkt zijn dikke boeken volgeschreven. Het is aannemelijk dat het werkt in combinatie met andere invloeden en daardoor bijdraagt aan het verminderen van roken. Een direct effect is echter moeilijk aan te tonen, hetgeen vooral een methodologisch probleem is. Het komt er deels op neer dat je volgens de gouden regels van de wetenschap onderzoek zou moeten doen, met volkomen gescheiden interventie- en controlegroepen, en dat is moeilijk te verwezenlijken. Er is echter een groeiend aantal auteurs dat sterke bewijzen ziet voor een oorzakelijk verband tussen reclame of GVO en roken (12).

De meeste deskundigen zijn het erover eens dat bijvoorbeeld mediaboodschappen alléén onvoldoende zijn om gedrag te veranderen. Daar is meer voor nodig, zoals informatie van familie en

van kennissen uit dezelfde subcultuur ('peers'), alsmede van rolmodellen en van gezaghebbende figuren zoals geestelijke leiders en gezondheidswerkers. Al die invloeden versterken elkaar. Wat GVO betreft zijn nog een paar dingen gebleken. Ten eerste dat degenen die het riskantste gedrag vertonen (de zwaardere rokers dus), het weerbarstigste zijn voor GVO en iedere vermeende tegenstrijdigheid in de boodschap aangrijpen om haar te verwerpen (13). Ook blijkt dat een sterke nadruk op angst (doodskoppen, foto's van etterende teerlongen), vaak contraproductief werkt. Ontkenningsreacties krijgen dan de overhand.

### Huisartsen en andere gezondheidsdeskundigen

Interventies door gezondheidswerkers in individuele of groepscontacten kunnen gezien worden als een bijzondere vorm van GVO. Het kan hier zowel de primaire als de secundaire preventie betreffen. Dat de boodschap van de huisarts zeer effectief kan zijn, blijkt uit Brits onderzoek (14)(15). De Stichting Volksgezondheid en Roken heeft een protocol gemaakt voor huisartsen. Afhankelijk van tijd en interesse kan de huisarts een adviserende benadering volgen die per consult één tot twee minuten kost, of een 'interactieve' strategie nastreven die vier tot acht minuten in beslag neemt (16). Er is heel wat op de markt, ook uit het buitenland, en allerlei interventies door (huis)artsen zijn gestandaardiseerd, tot aan vroegpreventie bij kinderen toe (17).

Het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD), de GGD en vrijwilligersgroepen bieden 'stoppen met roken' cursussen aan in Den Haag, waarvan het succes in termen van effect vaak hoog is, afhankelijk van de gevolgde methodes en de selectie van deelnemers. Ook het simpelweg geven van advies om te stoppen met roken kan een aanzienlijk meetbaar succes opleveren. Londense rokende ambtenaren tussen de veertig en zestig jaar kregen adviezen om te stoppen met roken, terwijl een controlegroep met rust werd gelaten. Over een periode van twintig jaar had de groep die adviezen kreeg een 13% lagere sterfte aan ziekten van de hartkranstvaten, en een 11% lagere sterfte aan longkanker, terwijl de totale mortaliteit in dezelfde periode 7% lager was (18). In een oudere Nederlandse studie bleek overigens dat anti-rookadviezen in Rotterdam tussen 1972

en 1978 weinig invloed hadden op het rookgedrag (19). Naar de oorzaken kunnen we slechts gissen. Het is mogelijk dat deze interventie toen nog niet in vruchtbare aarde viel. Was de tijd er nog niet rijp voor en deden de eerdergenoemde overige beïnvloedende factoren, waarop interventies door gezondheidswerkers moeten inspelen, hun invloed nog niet voldoende gelden?

### Het effect van reclame

Reclame wekt prettige associaties op met roken, bijvoorbeeld door het afbeelden van aantrekkelijke rolmodellen. Minderjarigen zijn wellicht het meest beïnvloedbaar. Van alle rokers is 90% op die leeftijd begonnen! Het is ook geen toeval dat zowel GVO als reclame zich vaak op hen richten. In Glasgow bleek dat de meest geadverteerde merken ook het meest door kinderen gerookt werden, en dat kinderen die het best op de hoogte waren van de reclame meer kans hadden om te gaan roken. 'Jonge rokers vertegenwoordigen de groep met het belangrijkste potentieel voor de sigarettenindustrie', meldde een Canadese sigarettfabriek dan ook (20).

Voor reclame geldt hetzelfde als voor GVO. Het is moeilijk te bewijzen dat het een directe invloed heeft op het rookgedrag. Dat er een invloed is echter wel zeer aannemelijk. In Nieuw Zeeland ging een reclameverbod dat eind 1990 begon gepaard met een afname van het aantal rokers van 3 en 25%. In Canada ging de consumptie van tabak na een reclameverbod in twee jaar met 13,8% per volwassene omlaag (21). In Groot-Brittannië, waar geen reclameverbod was, nam het roken over dezelfde periode slechts met 0,85% af. Onderzoekers wijzen tevens op andere aspecten van rookreclame. Vrouwen zijn een doelgroep van de eerste orde, stelde een gezaghebbend blad uit de tabaksbranche in 1987 (22). Uit recent onderzoek blijkt dat dat advies opgevolgd wordt: in vrouwenbladen in Europa wordt veel geadverteerd (23). Zorgelijk uit een oogpunt van gezondheidsbevordering zijn de resultaten van een onderzoek uit de Verenigde Staten, waaruit blijkt dat media die tabaksreclame voeren (en dus in belangrijke mate afhankelijk zijn van inkomsten daaruit) in hun redactionele ruimte minder aandacht besteden aan roken en gezondheid (24)(25). Intussen is volgens een enquête in de Europese Gemeenschap in 1991 73% van de ondervraagden voorstander van het verbieden van tabaksreclame. In Neder-



Stichting Volksgezondheid en Roken

land is 55% voorstander van het verbieden van tabaksreclame (26).

*'Mooie aansteker. Heeft u die al lang?' Men stelde hem in werking.*

*'Al jaren'.*

*'Wat doet u met dat ding buitenshuis, als u weet dat roken op straat verboden is?'*

*'Draag ik altijd bij me, uit heimwee naar de tijd toen het nog niet verboden was'*

*Uit: Willem Frederik Hermans, 'De Laatste Roker'*

### Literatuur:

1. NIPO-enquêtes naar rookgewoontes. Stichting Volksgezondheid en Roken. Den Haag 1992.
2. Buurtonderzoek Westerpark. GGD Amsterdam, afdeling Epidemiologie (ongepubliceerd).
3. Plomp HN, Kuipers H, Oers ML van. Roken, alcohol- en drugsgebruik onder scholieren vanaf tien jaar. Amsterdam: VU-uitgeverij, 1990.
4. Swan AV, Melia RJW e.a. Why do more Girls than Boys smoke Cigarettes? Health Educ J 1989; 48 nr 2: 59-64.

## Sterfte door roken

5. Gunning-Schepers L. The Health Benefits of Prevention: a Simulation Approach. Health Policy 1989; nr 12.
6. Gunning-Schepers L. The Health Benefits of Prevention. Erasmus Universiteit Rotterdam 1988.
7. Marmot MG, Poulter NR. Primary Prevention of Stroke. Lancet 1992; 339 nr 8789: 344-7.
8. Shaper AG, Phillips AN, Pocock SJ e.a. Risk Factors for Stroke in Middle Aged British Men. Br Med J 1991; 302 nr 6785: 1111-5.
9. Vroege WJ, Nijhuis HGJ. Vrije jongens, stoere knapen, foei hoe puffend staat gij daar. Epidemiol Bul Grav 1991; 26 nr 1: 11-5.
10. The Smoking Epidemic - Counting the Cost. Health Education Authority. London 1991.
11. Bakker JTC, Hoevenaars JAM, Jong CAJ de. Huisarts en roken. Is ontmoedigen van het roken en hulp bieden bij het stoppen met roken een taak voor de huisarts? Med Contact 1988; 43 nr 31/32: 915-7.
12. Tye JB, Warner KE, Glantz SA. Tobacco Advertising and Consumption: Evidence of a Causal Relationship. J Publ Health Policy 1991; 12 nr 4: 492-508.
13. Baggaley JP. Developing a Televised Health Campaign: Smoking Prevention. Med Educ Developm 1986; 15 nr 2: 70-2.
14. Townsend J, Wilkes H, Haines A e.a. Adolescent Smokers seen in General Practice: Health, Life-style, Physical Measurements and Response to Antismoking Advice. Br Med J 1991; 303 nr 6808: 947-50.
15. Jamrozik K, Vessey M. e.a. Controlled Trial of Three Different Antismoking Interventions in General Practice. Br Med J 1984; 288: 1499-1503.
16. Anoniem. Help uw patiënten bij het stoppen met roken. Stichting Volksgezondheid en Roken. Den Haag 1990.
17. Payne, Epps R, Manley MW. A Physicians Guide to Preventing Tobacco Use during Childhood and Adolescence. Pediatrics 1991; 88 nr 1: 140-4.
18. Rose G, Colwell L. Randomised Controlled Trial of Antismoking Advice: Final (20 year) Results. J Epidemiol Comm Health 1992; 46 nr 1: 75-7.
19. Schuurman JH, Reelick NF e.a. De Kaunus Rotterdam Intervention Study (KRIS) VIII. Veranderingen in rookgewoonten bij de deelnemers aan het vijfjarige behandelingsprogramma. T Soc Gezondheidsz 1983; 61 nr 2: 47-54.
20. Vertaling van: 'Young Smokers Represent the Major Opportunity Group for the Cigarette Industry' in: Anoniem. Tobacco Death versus Free Speech. Lancet 1991; 338 nr 8779: 1383-4.
21. Anoniem. Drug Abuse, Tobacco. Abstracts on Hygiene and Communicable Diseases 1991; 66 nr 9: 230-1.
22. Rogers D. Editorial. Tobacco Reporter 1987: 8.
23. Amos A, Bostock Y. Policy on Cigarette Advertising and Coverage of Smoking and Health in European Women's Magazines. Br Med J 1992; 304: 99-101.
24. Warner KE, Goldenhar LM. The Cigarette Advertising Broadcast Ban and Magazine Coverage of Smoking and Health. J Publ Health Pol 1989; spring: 32-41.
25. Warner KE, Goldenhar LM, Mc Laughlin CG. Cigarette Advertising and Magazine Coverage of the Hazards of Smoking. A Statistical Analysis. N Eng J Med 1992; 326 nr 5: 305-9.
26. Anoniem. Publicité pour le tabac: sept Européens sur dix favorables à l'interdiction. INRA-Europe Brussel 1991.

\* De gemaakte berekeningen zijn slechts een poging tot benadering. Aan deze benadering liggen schattingen van het relatieve risico (RR) van roken bij verschillende aandoeningen ten grondslag.

Bij het maken van de schattingen konden niet worden meegenomen de duur en de zwaarte van het roken (aantal sigaretten), de rookfrequentie over de afgelopen jaren en de verdeling over de verschillende leeftijds- en geslachtsgroepen. Daarnaast is ook geen rekening gehouden met het feit dat in de voorgaande jaren mannen meer rookten dan vrouwen, waarna de proportie rokende vrouwen weer daalde (5). Over al deze gegevens zijn geen betrouwbare gegevens voor Den Haag voorhanden.

Met deze beperkingen is een schatting gemaakt van het aandeel van roken in de sterfte aan een specifieke oorzaak. Dit aandeel wordt wel genoemd de 'attributieve fractie onder de bevolking' (AF).

De RR's voor het verkrijgen van respectievelijk longkanker, ischemische hartziekten, CARA en cerebrovasculaire aandoeningen van rokers ten opzichte van niet-rokers worden als volgt geschat.

	RR
Longkanker	10
Ischemische hartziekten	2
CARA	20
Cerebrovasculaire aandoeningen	1,6

De AF volgt uit de formule: 
$$\frac{Pe (RR-1)}{Pe (RR-1) + 1}$$

Waarbij Pe de proportie is van de aan roken blootgestelden (in 1991 was dit in Den Haag 39% van de mannen en 33% van de vrouwen (1)).

**\*\* Een grove schatting van het RR voor sterfte door hart- en vaatziekten bij het roken is twee. Hierbij wordt niet gedifferentieerd voor de duur van het roken en de hoeveelheid die gerookt wordt (6).**

**\*\*\* Dit is een schatting gebaseerd op:**

- een studie onder mannen tussen de 35 en 57 jaar waaruit een RR van 1,6 voor sterfte aan CVA bij roken volgt (7);
- een studie onder mannen tussen de 40 en 60 jaar waaruit een RR van 2,4 volgt voor ziekte en sterfte samen aan CVA bij roken. RR's zijn mogelijk hoger op hogere leeftijd (8).

Onze dank gaat uit naar de heer B. Baan, wetenschappelijk stafmedewerker van de Stichting Volksgezondheid en Roken Den Haag en de heer H.W.A. Struben, hoofd van de vakgroep Epidemiologie van de afdeling Gezondheidsbevordering voor hun kritisch commentaar.

# korte berichten

onder redactie van  
J.M. Vroom-Jongerden

## Onderzoek in het kort

### Voedsel en kanker en hart- en vaatziekten

Eind vorig jaar is een groot longitudinaal onderzoek begonnen naar verbanden tussen voedsel en kanker. Het onderzoek zal vele jaren duren. Een half miljoen mensen in Europa wordt gevolgd. In de eerste fase zal het vooral gaan om verbanden met veel voorkomende kankers, zoals die van de long, colon, prostaat en borst. De studie kan echter door haar grote populatie zo'n enorme statistische kracht krijgen, dat gehoopt wordt dat ook verbanden gelegd kunnen worden met aandoeningen als hart- en vaatziekten en diabetes. Het Internationaal kankeronderzoek centrum in Lyon (Frankrijk) coördineert de studie.

Daarnaast is in Groot-Brittannië een groot onderzoek begonnen naar het verband tussen voedselbestanddelen en ziekten. Voorwerp van studie zijn anti-oxidanten, zoals de vitamines C, E en beta-caroteen, die vóórkomen in fruit, groente, vis en plantaardige oliën, en waarvan gedacht wordt dat ze een beschermende werking tegen sommige ziekten hebben. Deze bescherming heeft betrekking op onder meer hart- en vaatziekten, bepaalde kankers en reumatoïde artritis. Dit onderzoek zal ten minste drie jaar in beslag nemen.

## Actuele informatie

### Huisartsenvestigingsbeleid

Het Besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen is met ingang van 1 januari 1992 ingetrokken. Daarmee is een einde gekomen aan de formele betrokkenheid van de gemeente met het huisartsenvestigingsbeleid.

Vóór 1 januari 1992 was het huisartsen verboden zich zonder vergunning van burgemeester en wethouders in een gemeente te vestigen. Verzoeken om een vestigingsvergunning werden door het gemeentebestuur beoordeeld op grond van de aanwezige capaciteit en de spreiding van de huisartsen in de gemeente.

De beëindiging van het gemeentelijke vestigingsbeleid vloeit voort uit de stelselwijziging van de gezondheidszorg, waartoe het parlement heeft besloten. Eén van de kernpunten van dit nieuwe stelsel is dat zorgaanbieders, onder wie huisartsen, en zorgverzekeraars overeenkomsten sluiten omtrent aard en omvang van de te bieden (huisarts)zorg. Voor een directe bemoeienis van de gemeente is in dit stelsel geen plaats meer. Wel ligt het in de bedoeling dat op regionaal niveau de gezamenlijke gemeenten betrokken blijven bij de vaststelling van de hoofdlijnen van het huisartsenvestigingsbeleid nieuwe stijl.

In de bijna zes jaar dat de gemeente verantwoordelijk was voor het vestigingsbeleid zijn in Den Haag in totaal dertig ver-

gunningen verleend voor nieuwe vestigingen; in tien gevallen betroffen deze vrouwelijke huisartsen. Bovendien werden 32 vergunningen verleend voor verplaatsing van het praktijkadres. Het aantal huisartsen met één praktijkadres nam in de afgelopen zes jaar toe van 109 tot 124. Het aantal huisartsen met twee of meer vestigingsadressen daalde van 104 tot 69.

### Internationaal festival voor de geestelijke gezondheid

Van 9-12 juni wordt in Brussel het cinevideo festival PSY'92 gehouden, het eerste Europese film- en videofestival op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Doel van het festival is hulpverleners en opleiders in de geestelijke gezondheidszorg te informeren over nieuwe audiovisuele producties op hun werkgebied: programma's die kunnen worden gebruikt als lesmateriaal, als voorlichtingsfilm, als instructiefilm of als discussiemiddel.

Het Europese festival PSY'92 vindt zijn oorsprong in Lorquin in Frankrijk. Al vijftien jaar werd daar door en in de lokale psychiatrische instelling jaarlijks het Festival de Lorquin gehouden, dat telkens enkele honderden bezoekers naar het excentrisch gelegen plaatsje in Lotharingen trok.

Vanuit Lorquin is vorig jaar het initiatief genomen om te komen tot een Europees festival waar ook andere landen hun audiovisuele producties zouden kunnen

laten zien. Gekozen werd voor Brussel als nieuwe lokatie. Bovendien bleek de Europese Gemeenschap bereid subsidie te verlenen voor dit nieuwe initiatief.

De organisatie van PSY'92 is in handen van enkele instellingen op het terrein van de geestelijke volksgezondheid in Frankrijk, België en Nederland. Vanuit ons land is het Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid (NcGv) betrokken bij inhoud en programmering van het festival.

Verdere organisatoren zijn de Waalse en de Vlaamse vereniging voor de geestelijke gezondheidszorg en de oorspronkelijke organisatoren uit Lorquin. Ook wordt samengewerkt met de Mental Health Media Council in Engeland.

Hoofthema's op het Brussels festival zijn: 'PSY outside' (de ambulante geestelijke gezondheidszorg) en 'PSY inside' (de intramurale psychiatrie), naast 'Psychogeriatric' en 'Ontwikkeling en opvoeding van kinderen'.

Om zoveel mogelijk mensen in de gelegenheid te stellen het festival bij te wonen is bewust geprobeerd de prijs laag te houden (ca. f 17,50 per dag).

Kaartverkoop uitsluitend aan de kassa op de dag van vertoning. Voor meer informatie: NcGv film- en videotheek (tel. 030 - 94 18 99 / 93 51 41).

#### Adressengids Patiëntenorganisaties 1992

Bij de gemeente Den Haag is voor het vierde achtereenvolgende jaar de adressengids Patiëntenorganisaties verschenen, met informatie over patiënten- en gehandicaptenorganisaties in

de gezondheidsregio Den Haag (de gemeenten Den Haag, Leidschendam, Rijswijk, Voorburg, Wassenaar en Zoetermeer).

Het uitbrengen van deze adressengids is één van de actiepunten van de gemeentelijke nota 'Beter Gezond', die in 1989 is verschenen en in 1991 werd geactualiseerd.

De adressengids is zowel bedoeld voor de hulpverleners in de gezondheidszorg en aanverwante terreinen als voor de patiënten zelf, die op zoek zijn naar lotgenotencontact.

De adressengids is gratis verkrijgbaar bij:

Dienst Welzijn, sector GGD  
vakgroep Beleidsontwikkeling  
Gezondheidszorg  
Thorbeckelaan 360  
2564 BZ Den Haag  
tel. 070 - 361 92 59

## Voorlichting

### En hoe gaat het eigenlijk met de kinderen?

De videofilm 'En hoe gaat het eigenlijk met de kinderen?' geeft informatie over wat het voor een kind kan betekenen als een ouder psychiatrische problemen heeft. De film kan dienen bij de ondersteuning van ouders en kinderen. De videofilm bestaat uit twee banden.

Band één is bestemd voor mensen die in hun werk met psychiatrische patiënten en/of hun kinderen te maken hebben, zoals huisartsen, gezinsverzorgers, leerkrachten en pastores. De band is als introductie bruikbaar

binnen opleidingen, themabijeenkomsten, studiedagen en nascholing.

Band twee is bestemd voor jongeren met een ouder met psychiatrische problemen. Ook is deze band voor ouders te gebruiken. De band kan worden gebruikt binnen kinder- en jongerengroepen, gespreksgroepen voor ouders en hun partners en binnen individuele hulpverleningscontacten.

De videofilm is gerealiseerd in opdracht van de RIAGG's Oost-Veluwe, Oost-Gelderland en Arnhem namens het Landelijk Preventie Platform Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problematiek.

Informatie: NcGv film- en videotheek (tel. 030 - 94 18 99 / 93 51 41).

## Aangifte infectieziekten

Op pagina 39 geven we een overzicht van de aangifte infectieziekten in de vier gebieden (Den Haag, Voorburg-Leidschendam/Wassenaar, Zoetermeer en Rijswijk). Eénmaal per jaar wordt de opgave per gemeente gespecificeerd.

Draagt u zorg voor een tijdige en juiste aangifte van de infectieziekten die zich in uw praktijk voordoen?

Onderstaand volgt enige casuïstiek van de Haagse opgave.

De 2 bacillaire-dysenteriepatiënten bleken beiden *Shigella Sonnei* te hebben. De besmetting werd respectievelijk in India en in Venezuela opgelopen.

*Korte titel*

Van de 8 gemelde hepatitis A-patiënten werden 5 kinderen in één crèche besmet. Eén meisje werd via een vriendinnetje besmet.

Bij de 2 hepatitis B-patiënten ligt de bron van 1 patiënt mogelijk in Suriname. Er werden maatregelen getroffen ten aanzien van de echtgenote.

Van de 4 gemelde malaria-patiënten liepen 2 hun besmetting op in Ghana. Eén patiënt had zijn profylaxe niet genomen en 1 patiënt had zijn kuur niet afge maakt. Eén patiënt kreeg na een bezoek aan Indonesië malaria, maar had wel zijn voorgeschreven profylaxe genomen.

Er werden 7 patiënten met een meningococcosis-infectie gemeld. Hiervan zijn 2 patiënten overleden. Snelle melding kan paniek bij ouders en op scholen voorkomen.

Bij de psittacosis-patiënt kon de bron worden opgespoord. In de tuin van de buurman werden duiven gehouden. De Vete-rinaire Inspectie heeft geholpen deze bron te bestrijden.

Er werden 24 scabies-patiënten gemeld. Bij 5 gevallen bleek de ziekte door personen uit het land van herkomst te zijn overgedragen.

---

*Aan deze rubriek werkten mee:*  
*Mw. R. Groen (GGD, Zoetermeer);*  
*Mw. J.C. Leegsma (GGD,*  
*Rijswijk);*  
*H.R. Lingen;*  
*Mw. W.J.J. Ong-de Jongste;*  
*Mw. G.J. Wijkmans;*  
*G.R. de Wildt;*  
*K.B. Yap (GGD, Voorburg-*  
*Leidschendam).*

---

# Overzicht aangifte infectieziekte regio Den Haag

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

bron	besmettingsweg	ziekte	1992 1e kw	1992 2e kw	1992 3e kw	1992 4e kw	1991 t/m 1e kw	1992 t/m 1e kw
mens	inhalatie	difterie (B)						
		lepra (B)						
		meningococcosis (B) *	9				8	9
		morbilli (B)	1					1
		(atyp.) pertussis (B) **	1				1	1
		rubella (B)					1	
		tuberculosis (B)	29				24	29
		parotitis epidemica (C)						
	sexueel contact	gonorrhoea (C)	53				88	53
		syfilis prim./sec. (C)	1				2	1
		syfilis congenita (C)						
	sexueel contact/bloed	hepatitis B (B) 1	3				5	3
		HIV-infectie/Aids (1) ***	8				17	8
	faecaal-oraal	poliomyelitis (A) (2)						
		hepatitis A (B) (5)	9				12	9
dysenteria bacillaris (B) (3)		2				2	2	
huid/kleding/bed	scabies (B) (4)	24				4	24	
dier	inhalatie (faecaal materiaal)	ornithosis/psittacosis (B)	4				2	4
		Q-fever (B) (5)						
	insectebeet	lassakoorts e.a.vormen van Aft. vir. haem. koorts (A)						
		febris recurrens (B)						
		gele koorts (B)						
		malaria (B)	4				2	4
		typhus exanthematicus (B)						
	beet/speeksel	rabies (A)						
		pest (A)						
	aanraking	anthrax (B)						
		tularemia (B)						
		brucellosis (B) (5)						
omgeving	inhalatie	legionella pneumonie (B)					1	
		consumptie						
		cholera (B)						
		trichinosis (B)						
		voedselvergiftiging (B)	3				12	3
		febris typhoidea (A)					2	
		paratyfus B (B)						
		botulisme (B) (6)						
contact (water/grond/dier)	leptospirosis (B)							
wondcontact (water/grond/beet)	tetanus (B)							
<b>totaal</b>			143				166	143

- |             |   |     |  |
|-------------|---|-----|--|
| (A) (B) (C) | traditionele categorie-aanduiding                   | (3) | ook besmetting via water/voedsel                     |
| *           | samenvoeging meningitis cer. epid. en men. sepsis   | (4) | soms besmetting via beddegoed                        |
| **          | samenvoeging pertussis en atypische pertussis       | (5) | ook besmetting door consumptie rauwe melk(produkten) |
| ***         | niet aangifteplichtig, bekend bij de GGD            | (6) | ook wondbesmetting                                   |
| (1)         | ook besmetting door medisch handelen/prikaccidenten |     |  |
| (2)         | ook aerogene besmetting                             |     |  |



