

# *epidemiologisch bulletin*

---

*tijdschrift voor volksgezondheid en  
onderzoek in Den Haag*

*inhoud*

*volksgezondheid*

25 jaar GVO in de praktijk

Hindoestaanse cultuur en diabetes mellitus

Vrouwenhulpverlening

*epidemiologie*

Tandbederf bij de jeugd

*en verder o.a.*

Projecten:  
Gezondheidsenquête onder Scheveningers

Korte berichten

*jaargang 28, 1993  
nummer 2*

---



# *epidemiologisch bulletin*

i n h o u d

## *Volksgezondheid*

- 25 jaar GVO in Den Haag* 3  
*Impressies uit de praktijk*  
- A. Pols
- Culturele factoren bij suikerziekte* 9  
*Het geval van - naar het westen geëmigreerde - Hindoestanen*  
- H.D. Hirasing
- Vrouwenhulpverlening in Den Haag* 14  
- Mw. Marion F. Stein

## *Epidemiologie*

- Tandbederf bij de jeugd* 19  
*Goed nieuws uit Den Haag*  
- G.J. Truin, K.G. König en E.M. Bronkhorst

## *Projecten*

- De gezondheidsenquête onder Scheveningers* 23  
- H.W.A. Struben, G.R. de Wildt en I. Burger
- Voelt de Scheveninger zich gezond?* 29  
- I. Burger, S.L.M. van der Toorn, G.R. de Wildt en H.W.A. Struben

## *Korte berichten*

37

---

Juni 1993  
28ste 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); Mw. I. Burger; Dr. 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  
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, DHV Den Haag e.o.  
Dr. H.B. van Wijk, Rode Kruis ziekenhuis, Den Haag  
G.M. de Jong, kinderarts te Den Haag  
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

ISSN 0921-6219

**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

**Illustraties**

Mw. T. Boonstra, Amsterdam

**Druk**

Koninklijke drukkerij  
de Swart BV, Den Haag

**Uitgave**

Dienst Welzijn  
Sector GGD Den Haag

**Oplage**

1.750 ex.

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.

# 25 jaar GVO in Den Haag

*Impressies uit de praktijk*

---

A. Pols

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding bestaat 25 jaar in Den Haag. Een historische beschouwing gaat terug tot de Grieken. Over contagionisme en miasmatische, vuile handen en kraamvrouwenkoorts, de cholera en het water uit de pomp, het Lalonde-rapport in Canada en de Nota 2000 van de World Health Organization. Het GVO in Den Haag is de afgelopen decennia breder en dieper geworden. 'Iedereen is er direct bij betrokken en er is een natuurlijke continuïteit.'

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) zijn niet van gisteren. In de Griekse oudheid werd gezondheid als vanzelfsprekend in verband gebracht met allerlei zaken in het alledaagse bestaan. Eet- en slaapgewoonten maakten deel uit van de zogenaamde diëtetiek, de leer die mensen wegwijst op het terrein van de gezondheid. Zo golden dieetgewoonten en een vast slaap-, waak- en activiteitenpatroon als gezond. Een begrip als GVO en de daarbijbehorende gespecialiseerde deskundigheid bestonden dan misschien nog niet, maar instructies over gezond leven vormden onderdeel van het dagelijkse bestaan.

## *'Medische politie'*

Ten tijde van de Renaissance en het begin van de Verlichting vervulde de zogenaamde 'medische politie' een soort GVO-rol. In de opkomende steden in West-Europa traden gezondheidsinspecteurs op namens de machthebbers om te zorgen voor hygiënische omstandigheden. De gezaghebbende instructies in die dagen over hoe stedelingen dienden om te gaan met vuil, sanitair en behuizing zouden als prototypen van onze huidige GVO kunnen worden aangemerkt.

Pas veel later, in het begin van de vorige eeuw kreeg de GVO als activiteit van gezondheidszorg een sterke impuls. Het 'contagionisme' was een medische stroming die ervan uitging dat epidemische ziekten via het 'contagion' tussen mensen werden overgedragen. Voorlichting over hygiënisch intermenselijk gedrag en het isoleren van patiënten ter voorkoming van verspreiding van

*Over de auteur*

A. Pols, redacteur van NRC Handelsblad

ziekten lagen in het verlengde van deze medische theorie voor de hand.

In die tijd raakte ook het 'miasmatische' als theorie over ontstaan en verspreiding van allerlei ziekten sterk in zwang. Deze opvatting verkondigde dat 'vuile dampen' verantwoordelijk moesten worden gesteld voor vele aandoeningen. Hygiënische maatregelen waren een logisch gevolg. De hygiënische beweging die rond het midden van de vorige eeuw in de grote steden van Europa en Noord-Amerika opkwam hechtte zowel aan de omgeving als aan menselijk gedrag hoge gezondheidswaarde. Er werd veel politiek werk verricht om water, sanitair, behuizing en werkplekken schoon en leefbaar te maken. Maar ook werd veel voorlichting gegeven over hoe mensen zich hygiënisch te gedragen hadden. Vaak was de voorlichting zeer moralistisch van toon en werd ongezond gedrag gelijk gesteld aan zondig gedrag, dat niet ongestraft kon blijven.

### *Handen wassen*

Het opmerkelijke is dat allerlei instructies over hygiënisch gedrag werden gegeven terwijl men in die dagen nog geen weet had van micro-organismen als oorzakelijke factor van infectieziekten.

Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865), Hongaars obstetricus, werd in zijn tijd niet buitengewoon gewaardeerd, maar schreef wel een historische ontdekking op zijn naam door het verband te leggen tussen handen wassen en kraamvrouwenkoorts. Hij eiste in zijn ziekenhuis dat het personeel bij verloskundige hulp eerst de handen met gechlloreerd water waste. De sterfte in zijn kliniek liep daardoor terug van 12% tot 1%, een voor medische begrippen ongekende score. Zijn in onze ogen simpele ontdekking was baanbrekend in de geschiedenis van de geneeskunde. De praktische preventieve instructies die hij eraan verbond vormden een gaaf voorbeeld van wat we nu GVO zouden noemen.

Semmelweis' tijdgenoot, de Britse arts John Snow (1813-1858), maakte zichzelf tot een gedenkwaardig medicus door een vergelijkbaar geval. Hij bestudeerde nauwkeurig cholera-epidemieën in Londen en toonde de relatie aan met de drinkwatervoorziening. Pas in 1886 werd de cholera-bacil door Koch ontdekt.

Velen menen dat pas na de medisch-wetenschappelijke ontdekkingen die begonnen bij de microbiologie een gerichte effectieve GVO mogelijk

werd. Het tegendeel is waar. Grote hygiënisten als Snow en Chadwick (in Engeland) en Coronel en Pruys van der Hoeven (in ons land) hadden belangrijke stappen in het beteugelen van grote gezondheidsproblemen gezet voordat de wetenschap ons het bestaan van bacteriën had geleerd. Het belang van GVO werd door de groten in de geneeskunde en public health reeds veel eerder onderkend.

In de eerste zestig jaar van deze eeuw bleef de GVO beperkt tot wat artsen en verpleegkundigen hun patiënten te melden hadden over vaccinaties, hygiënisch gedrag, goede voeding en adequaat patiëntengedrag enz. In de jaren zestig en zeventig groeit het bewustzijn omtrent en de kennis van de moderne welvaartziekten. Onder andere onder invloed van het Lalonde-rapport in Canada en de Nota 2000 in ons land komt het gedrag van mensen en de lifestyle opnieuw in de schijnwerpers te staan (1)(2).

### *Den Haag vroege start*

Frans Breusers, hoofd van de jl. april 25-jarige Haagse GVO: 'Je kunt duizenden jaren terug gaan om de herkomst van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding te achterhalen. We hebben nu te maken met ziekten die moeten worden toegeschreven aan een verscheidenheid van factoren, waarbij gedrag een voorname rol speelt. Het is een complex beïnvloedingsvraagstuk dat alleen kan worden opgelost door langs verschillende kanalen te werken.'

Sarian van Bekkum, het plaatsvervangend hoofd zegt: 'Den Haag is, onder de bezielde leiding van Els ten Hoopen, als één van de eerste gemeenten in het land in 1968 met georganiseerde GVO begonnen. De start kwam voort uit de discussie in de gemeenteraad over de vraag of het drinkwater al dan niet zou moeten worden gefluorideerd. De gemeenteraad wees dit om principiële gronden af, maar de slechte gebitstoestand van de bevolking, vooral van de jeugd, vroeg wel om maatregelen. Besloten werd de mensen voor te lichten over de risico's van tandbederf en de mogelijkheden van preventie. Met name was het van belang hen te wijzen op zaken waaraan ze zelf iets aan konden doen, namelijk een goede mondhygiëne en verantwoorde voeding.'

Gekozen werd voor een campagne, maar het was lastig de doelgroep te bereiken. "Anders dan nu

konden de peuters niet via schooltjes worden bereikt. Toch moest je heel jong beginnen; op de kleuterschool was je eigenlijk al 'te laat'. Daarom werd om de jongste kinderen te bereiken op de burgerlijke stand aan de ouder die zijn kind kwam aangeven een felicitatiebrief gegeven.

Toen was dus al duidelijk dat je als GVO met intermediairen - ouders, kleuterleidsters en leerkrachten - moest werken om verzekerd te zijn van rendement", zegt Sarian van Bekkum.

In 1974 kwamen er meer doelgroepen en werden er meer thema's aangesneden. Naast peuters kwamen er kleuters bij en geleidelijk aan werd de doelgroep qua leeftijd omvangrijker. Was het eerst vooral tandzorg en voeding, nu kwam daar slapen bij, spelen, bewegen, veiligheid en voor ouderen kwamen er campagnes tegen onverstandig gebruik van alcohol, tabak, medicijnen en drugs. Er moesten dus ook meer intermediairen worden ingeschakeld. Sarian van Bekkum: 'Wat die nieuwe intermediairen betreft werd bijvoorbeeld geprobeerd leraren maatschappijleer en biologie te betrekken bij de voorlichting.' Duidelijk is dat de intermediairen van cruciaal belang zijn,

wil je GVO op poten zetten', zegt Frans Breusers. 'Dus je moet het hebben van de inzet van bijvoorbeeld de Stichting Thuiszorg (voorheen Haags Kruiswerk), de RIAGG's, de kindercentra en het onderwijs.'

In Den Haag wordt daarom GVO in de praktijk gegeven door een grote verscheidenheid aan instanties - samen vormend het Stedelijk Orgaan GVO - gecoördineerd binnen vier groepen, die zich richten op 0-4-jarigen, 4-12-jarigen, 12-jarigen en ouder, en een groep voor migranten.

Nadat de Haagse GVO van 1968 tot 1981 onder de gemeentelijke afdeling Voorlichting viel en daarna tot 1988 onder de directe verantwoordelijkheid van de wethouder van volksgezondheid is de vakgroep GVO sinds dat laatste jaar onderdeel van de Haagse GGD.

Geïnspireerd door de Franse Carnet de Santé nam Els ten Hoopen in 1975 het initiatief tot het maken van het zogenoemde 'groeiboekje'. Hierin staat informatie over de verzorging en opvoeding van kinderen. De adviezen die het consultatiebureau aan de ouders geeft worden erin geschreven

---

*schema 1*

*Belangrijkste aandachtspunten van de coördinatiegroepen van het Stedelijk Orgaan GVO.*

**0-4-jarigen**

- opvoedingsondersteuning
- voeding
- slapen
- kinderopvang
- ontwikkeling

**12-jarigen en ouder**

**12-18-jarigen**

- seksuele vorming, AIDS-voorlichting
- alcohol, tabak en andere drugs
- medicijnen
- gokken
- leerlingbegeleiding
- geestelijke-GVO
- blessurepreventie

**volwassenen**

- alcohol en verkeer
- stoppen met roken

**ouderen**

- medicijngebruik
- fysieke en sociale mobiliteit

**4-12-jarigen**

- tandzorg
- voeding
- persoonlijke gezondheidszorg
- veiligheid
- lichamelijke activiteit
- opvoedingsondersteuning
- alcohol, tabak en medicijnen
- eten en slapen

**migranten**

- medicijngebruik
  - anticonceptie
  - gezondheidszorg in Nederland
-

en ouders kunnen er de vorderingen van hun kind in bijhouden. Het boekje werd een groot succes, ook buiten Den Haag. Sinds 1978 krijgen alle Haagse ouders bij de geboorte van hun kind het groeiboekje. Inmiddels is het tweeënhalf-miljoenste exemplaar uitgereikt.

Eind jaren zeventig stelde het Haagse huis-aan-huisblad *De Posthoorn* kolommen ter beschikking om cartoons met een verstandige boodschap te plaatsen. De consultatiebureaus kregen een steeds belangrijker plaats. In het midden van de jaren tachtig kon uit het potje van het 'flankerend bejaardenbeleid' voor deze bevolkingsgroep aan GVO worden gedaan.

### *GVO, zaak van lange adem*

Ook de Haagse GVO wordt geconfronteerd met bezuinigingen, vooral als gevolg van de gemeentelijke tekorten die twee jaar geleden aan het licht kwamen. Daardoor zijn de activiteiten voor volwassenen en ouderen al tot een minimum beperkt. En ook het werk voor jongeren en allochtonen ligt onder vuur.

De Rotterdamse patholoog-anatoom professor dr. M.J. de Vries signaleert een paradoxaal fenomeen bij beleidsmakers van nu: er wordt steeds meer heil verwacht van basaal, moleculair onderzoek, terwijl daarvoor geld wordt onttrokken bij instanties die in termen van gezondheidswinst duidelijke, maar moeilijk exact te becijferen resultaten boeken, die zelden spectaculair in de publiciteit worden gebracht. GVO is daar een pregnant voorbeeld van.

GVO is een zaak van lange adem en heeft op den duur meer effect dan kortdurende programma's. De bewijzen daarvan zijn geleverd door de resultaten van acties als die ter voorkoming van tandbederf en ter ontmoediging van tabaksgebruik. En de garantie om over een langere periode te kunnen blijven werken kan gemakkelijker worden verkregen wanneer een grote verscheidenheid aan organisaties een aandeel in dat werk heeft.

### *Aanstaande oudercursus*

Franske Hart (voorlichtingsdeskundige) werkt bij de Stichting Thuiszorg - voorheen het Haags Kruiswerk - en is voorzitter van de coördinatiegroep 0-4-jarigen. In haar groep zit een groot aantal vertegenwoordigers van instanties variërend

van Nederlandse Maatschappij ter Bevordering van de Tandheelkunde tot de Stichting Spel- en Opvoedingsvoorlichting. Ronald F. May (antropoloog) is stedelijk coördinator hulpverlening aan migranten bij de drie Haagse RIAGG's en zit de coördinatiegroep voor migranten voor, die is samengesteld uit vertegenwoordigers van bijvoorbeeld Stichting Ontmoeting Buitenlandse Vrouwen en de Stichting Gezondheidscentrum 'Nieuw Schilderswijk'.

'GVO voor 0-4-jarigen betekent in de praktijk natuurlijk dat je je richt op hun ouders', zegt Franske Hart. 'Voor peuters kun je een kleurboekje maken met een grote tandenborstel, maar dat is dan ook ongeveer het enige wat je kunt doen.'

We hebben een aantal groepsactiviteiten, zoals een cursus voor aanstaande ouders, waarvan de zwangerschapsgymnastiek deel uit maakt. De cursisten komen meer te weten over wat ze te wachten staat. Die cursus bestaat in basisvorm al zo'n twintig jaar. Aanstaande ouders voelen zich vaak erg onzeker en willen zich toch voorbereiden op wat er te gebeuren staat. Dus het komt erop neer dat je gaat oefenen in de verzorging van het kind, zoals wassen. En er wordt uitvoerig ingegaan op de bevalling zelf, op wat er gebeurt en wat er kan gebeuren. We proberen de toekomstige ouders duidelijk te maken dat niet alles wat op hen afkomt rozegeur en maneschijn is.'

"De behoefte aan zo'n cursus komt zonder twijfel voort uit een steeds geringere ervaring. Vroeger waren de gezinnen veel groter en zagen kinderen al in hun jeugd hoe de verzorging van een baby in haar werk ging. Toen de gezinnen kleiner werden is dat afgenomen. Maar het past ook in de trend van het 'bewuster leven'. En door te weten wat er globaal gaat gebeuren ben je minder bang. Sommige aanstaande ouders zijn waanzinnig bang voor wat er op ze af komt."

Naast de cursussen voor aanstaande ouders organiseert de Stichting Thuiszorg ook 'themamiddagen'. 'Bijvoorbeeld rond slapen. Het komt veel voor dat kinderen rond hun tweede jaar ineens niet meer willen slapen. Dan kun je nachten op gaan zitten, maar er is ook wel iets aan te doen. Als daar vraag naar blijkt te bestaan, bieden we incidenteel zo'n middag aan.'

'Je kunt ook thema's behandelen als koppigheid, taalontwikkeling, straffen-en-belonen en agressie', zegt Franske Hart. De 'roep' om voorlichting komt meestal van de wijkverpleegkundigen en/of de artsen op de consultatiebureaus of de huis-



artsen. Zij zijn het die 'aan de basis' voorlichting geven aan de ouders.

### *Didactiek*

Een belangrijk deel van de taak van Franske Hart is, naast het inventariseren van behoeften en het maken van voorlichtingsmaterialen, het scholen van verpleegkundigen, bijvoorbeeld in het gebruik van de folders die de GVO ter beschikking stelt: 'Het gaat er om dat mensen de strekking van zo'n folder begrijpen. Je maakt soms mee dat ze de gehele inhoud ervan verwerpen, omdat ze het met één zin - die vaak niet eens ter zake doet - absoluut niet eens zijn.'

De wijkverpleegkundigen worden voor hun voorlichtende taak nageschoold in didactiek, zodat ze in staat zijn voor grotere groepen op te treden. 'Maar erg veel zicht heb ik daar niet op. Zowel de arts als de verpleegkundige heeft een tamelijk zelfstandig beroep. Dus ze bepalen veelal zelf wat voor invulling ze aan GVO geven. Ik kan hen alleen adviseren op dit punt, bijvoorbeeld door een keuze te maken uit de folders die er zijn.' Ze laat een dikke map zien waarin talloze folders en brochures zitten. 'Welterusten, over slaapgedrag van baby's, peuters en kleuters', die is gemaakt door de Stichting Spel- en opvoedingsvoorlichting: 'Veel mensen denken dat baby's allemaal evenveel slaap nodig hebben en vooral dat ze de eerste tijd niet veel anders (horen te) doen dan slapen. Maar zo is het niet.'

Franske Hart: 'Het is helemaal niet gezegd dat al die ouders met pakken folders naar huis gaan. Sommigen komen op het consultatiebureau gewoon voor de prikken.'

Ze vindt het zinvol om vanuit haar organisatie deel te nemen aan de coördinatiegroep 0-4-jarigen. 'Daar zitten allemaal mensen die vanuit hun organisatie ook te maken hebben met kinderen en hun ouders. Je stemt zo de activiteiten beter op elkaar af.'

### *Migranten*

De GVO aan ouders van 0-4-jarigen was van oudsher voornamelijk een zaak voor autochtonen. Sinds kort wordt meer gedaan aan de groep migranten in Den Haag. 'Probleem is alleen hoe je de allochtonen kunt bereiken. De 'aanstaande-oudercurus' is in het Nederlands. Sinds 1987

richten we ons ook op aanstaande moeders die niet uit Nederland komen. Daar komen alleen moeders omdat mannen van bijvoorbeeld Turkse of Marokkaanse komaf in het algemeen niet worden geacht aan de opvoeding van de baby deel te nemen. De voorlichting aan de vrouwen is hard nodig. In het algemeen weten ze in Nederland niet de goede instanties te vinden. Daarbij komt dat ze van huis uit vaak weinig kennis hebben van de menselijke biologie, zodat er van alles mis kan gaan. Soms komt de volgende baby te snel. Ze begrijpen niet altijd hoe de pil werkt en slaan gerust een paar dagen over. We proberen die vrouwen voorlichting te geven buiten het consult om. Maar ze zijn slecht te bereiken. Een avond organiseren is erg lastig; de vrouwen hebben op dat tijdstip taken thuis."

'De manier van werven is dus erg tijdrovend en duur. Bovendien druist het in tegen ons westerse gevoel dat als je iets onderneemt je daar ook iets nuttigs uit moet krijgen. Het project ligt nu even stil, omdat we gezien de resultaten er toch te veel energie in hebben zitten', zegt Franske Hart.

Ronald F. May, voorzitter van de coördinatiegroep voor migranten heeft op dat punt niet veel keus. Zijn doelstelling is: 'het verbeteren van de toegankelijkheid van alle voorzieningen van de Haagse Gezondheidszorg en het bevorderen van gezond leefgedrag voor migranten'.

De eerste, belangrijke nota van de gemeente over migranten en gezondheid verscheen rond 1982 (3). Die nota vormde de directe aanleiding tot de oprichting van de coördinatiegroep GVO voor migranten. Bij de oprichting van die groep waren de initiatiefnemers er van overtuigd dat er specifieke aandacht moest worden besteed aan migranten. 'Voor die tijd was dat allemaal nog niet zo vanzelfsprekend', zegt Ronald May.

De eerste actie die onder migranten werd ondernomen, was voorlichting omtrent rachitis, Engelse ziekte. Daarna kwamen tuberculose, drugspreventie en voeding aan de beurt. 'In die tijd ging het er vooral om dingen aan te kaarten die verband hielden met problemen in het land van herkomst. Er zat heel sterk het idee van de integratie achter. Andere coördinatiegroepen kregen vanuit hun doelgroepen automatisch met migranten te maken.'

En is voor migrantenvrouwen een cursus 'kader-vrouwen gezondheidszorg' ontwikkeld waarin migrantenvrouwen, vanuit eigen taal en cultuur, voorlichting geven aan landgenoten over een

dertigitaal thema's in de gezondheidszorg.

Vanaf 1984 werd vooral actie ondernomen op punten als tandzorg, brandwondpreventie en -behandeling en vakantie. Er waren ook voedingscursussen. 'En later,' zegt May, 'richtten we ons steeds specifiek op bijvoorbeeld AIDS, en de problematiek van de migrantenmannen. Het gaat daarbij vooral om langdurige klachten, die een gevolg zijn van lang en zwaar werk, dubbele banen en eenzaamheid. Het inzicht werd ook sterker dat die problematiek van groter gewicht zou worden naarmate de overtuiging meer postvatte dat die mannen hier altijd zouden blijven. De gemeente is daarom van plan om ook een cursus voor kadermannen op te zetten.'

'Voor migranten is nog een heleboel te doen. Neem de patiëntenvoorlichting. Die is voor Nederlanders al minimaal, voor migranten nog minder. Dit jaar richten we ons op het gebruik van medicijnen. We gaan ook - omdat het het jaar van de ouderen is - iets met migrantenouderen doen,' zegt May.

### *Bereikbaarheid*

We hebben erg veel deskundigheid op het gebied van het produceren van materiaal,' zegt May, 'maar het gaat ons er nu vooral om hoe we het onder de aandacht van de doelgroep krijgen. Dat kan bijvoorbeeld met hulp van de lokale (migranten)omroepen. Maar Lokatel staat op het punt te verdwijnen en de Migranten Omroep Stichting (MOS) is al opgeheven. Radio West is alleen Nederlandstalig en kan dus niet in die leemte voorzien. Wel staat Postbus 8 ter beschikking, waar migranten materiaal kunnen bestellen. Maar geschreven materiaal wordt niet altijd gelezen. Vergeet niet dat het deel semi-analfabeten groot is onder migranten. De Stadskrant van de gemeente is vooralsnog voor honderd procent in het Nederlands en daarom dus een ongeschikt medium. Andere media zijn er nauwelijks. Het verdwijnen van die omroepen is dus een zeer reëel probleem voor ons.'

May: 'Wat me nu in deze fase het interessantst lijkt is de migranten ook het gezonde deel van de gemeenschap te laten zien. Ook Nederlanders kunnen leren hoe migranten hun gezondheid beleven. Daarmee kun je een gemeenschap stimuleren in plaats van problematiseren. En dat alles toegespitst op het ideaal van een multi-culturele samenleving. Dus was het eerst de problematiek

van het land van herkomst en de integratie, daarna de veel specifiekere aanpak, nu wordt het nog meer een zaak van kwaliteit en effectiviteit. Je kunt wel materiaal blijven maken, maar je moet je wel afvragen waar je dat nou precies voor doet. AIDS-folders hebben we genoeg. Er is uren gepraat of op een AIDS-folder een naakte man of vrouw kon, maar nog belangrijker is de vraag of en wanneer het materiaal gebruikt wordt.'

De vorm waarin het GVO is georganiseerd is bijzonder. Alle coördinatiegroepen werken onder een voorzitter, die wordt geleverd door één van de 'werksoorten', zoals Franske Hart en Ronald May. De secretaris van elke groep werkt bij de vakgroep GVO van de GGD.

'We zijn erg enthousiast over die vorm van werken', zegt Frans Breusers. 'Je krijgt signalen uit het veld, hoort waaraan behoefte is en wat succes heeft. Dat is de ene richting van het kanaal, richting GVO. Tegelijk kun je met die signalen aan de slag en sluis je ideeën via dezelfde vergadering weer terug. Een prachtige wisselwerking. Iedereen is er direct bij betrokken en er is een natuurlijke continuïteit.'

Maar er is ook enige vrees. 'Er is nu een behoorlijk draagvlak en iedereen is overtuigd van nut en noodzaak van GVO. De vraag is alleen wat er gebeurt als die werksoorten moeten gaan bezuinigen. GVO komt dan als prioriteit onder druk te staan. Stel dat de Thuiszorg moet inkrimpen op personeel. Dan vrees ik dat GVO in de knel komt. Als bijvoorbeeld een verpleegkundige op één dag vier mensen meer moet wassen zit zijn of haar programma zo vol waardoor er ook niet nog eens voorlichtig bij kan worden gegeven. Het is echter de vraag of deze besparing ook op lange termijn geldt.'

### *Literatuur:*

1. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ministry of Supply and Services. Toronto 1974.
2. Nota 2000. Over de ontwikkelingen van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens. Tweede Kamer, vergaderjaar 1985-86. nr. 19500.
3. De gezondheidszorg in Den Haag gericht op de etnisch-culturele groepen. Gemeente Den Haag, juni 1984.

# Culturele factoren bij suikerziekte

---

*Het geval van - naar het westen geëmigreerde -Hindoestanen*

*H.D. Hirasing*

Suikerziekte lijkt relatief veel voor te komen onder Hindoestaanse Hagenaars. De ziekte manifesteert zich bij hen ook ernstiger. Een strikt westers-medische benadering leidt niet tot zinvolle inzichten. Culturele factoren zijn van essentiële betekenis. Wereldbeschouwing, religieuze elementen conflicteren snel met de Nederlandse mores en taal. Conflicten leiden tot emoties en emoties tot stoornissen en stoornissen tot hormonaal-secretoire schommelingen. Het gaat om een complex van factoren.

Een prikkelende en uitdagende visie.

De sociaal-culturele beschouwing in dit artikel is gemaakt naar aanleiding van de verontrusting over de stijging van het aantal sterfgevallen aan diabetes mellitus (DM) sinds 1985, in het bijzonder bij Hindoestanen in de leeftijd van 45-64 jaar (1). Hagenaars van Hindoestaanse origine onderscheiden zich in beleving van ziekte en gezondheid dikwijls van autochtone Nederlanders. Het doel van deze uiteenzetting is enig inzicht te krijgen in de plaats van sociaal-culturele factoren bij het ontstaan van fysieke stoornissen, in het bijzonder van DM.

DM is een complexe ziekte. Het ontstaan ervan is in endogene of exogene zin nog lang niet begrepen. Onderzoek richt zich vooral op de endocrinologische en genetische aspecten, terwijl preventie en behandeling geconcentreerd zijn rond somatische interventies en medicamenteuze, deels hormonale therapie. Onvoldoende belicht zijn psychosomatische aspecten, terwijl toch bekend is dat emoties, via vegetatieve en hormonale effecten, van invloed kunnen zijn op het lichamelijk functioneren. In dit artikel zal ik mijn hypothesen naar voren brengen rond de psychosomatische aspecten van ontstaan, preventie en behandeling van DM; hypothesen, die voortvloeien uit mijn praktijk als arts in Suriname.

Achtereenvolgens zullen aan de orde komen de huidige aanpak van DM, de wereldbeschouwing van de Hindoestaan en belangrijke religieuze elementen en rituelen. Enkele begrippen die hierbij

*Over de auteur*

*H.D. Hirasing, huisarts in Paramaribo in ruste (1949-1983); Lid van het Surinaamse parlement (1963-1973); Adviseur van het ministerie van Opbouw en het ministerie van Volksgezondheid*

van belang zijn worden in het kader hieronder gedefinieerd. Tot slot wordt een aantal conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan.

### *Psychosomatiek*

De koele nuchterheid van de westerling en het medisch-wetenschappelijke westerse denken hebben geresulteerd in een louter somatische aanpak van de DM problematiek terwijl deze toch multi-conditioneel is gedetermineerd en daarbij de phylogenetische component een doorslaggevende rol speelt. Te lang en te vaak is de benadering uitgegaan van zuiver westerse maatstaven voor het afnemen van de anamnese, de dieetvoorschriften en de farmacotherapie. Met het conflict dat bij de Hindoestaan is ontstaan tussen zijn onthogenie en zijn phylogenetische geheugen is totaal geen rekening gehouden. De arts schiet tekort wanneer hij/zij niet op vakkundige wijze onderzoekt of emotionele angsten en spanningen functiestoornissen veroorzaken of in stand houden. Dat een gecompliceerde conflictsituatie tot heftige emoties leidt en de emotie weer tot stoornissen, hoeft geen betoog.

Waarom zou emotie wel tot hormonaal-secretoire schommelingen en stoornissen in andere organen leiden en niet in de insulinehuishouding? Een nader onderzoek naar deze zienswijze lijkt mij imperatief en kan eventueel als uitgangspunt die-

nen voor nader onderzoek naar de determinanten van DM. Voor de toegang tot het phylogenetische geheugen is echter een gedegen kennis van de persoonlijkheidsstructuur, de cultuurhistorie en de culturele antropologie vereist. De onderzoekstechnieken kunnen slechts door middel van communicatief contact, via de taal van de patiënt worden verricht en niet in de Nederlandse taal.

### *De wereldbeschouwing*

Het Hindoeïsme is een berustende filosofie, ontstaan door de verwevenheid van diverse wereldlijke en religieuze opvattingen van de oorspronkelijke inwoners (Adhivasi), de Indogermanen en andere immigranten.

Deze verwevenheid is zonder schokken op harmonische wijze tot stand gekomen en wordt nog steeds, na ruim vijfduizend jaar, beleden door honderden miljoenen mensen. De filosofie berust op het principe van reïncarnatie en houdt in dat de ziel één of meer cycli van wedergeboorten moet doorlopen vol lijdenswegen (Samsara).

Uit deze cyclusketens (lijdenswegen) kan de ziel worden verlost door het vervullen van bepaalde wereldlijke en religieuze plichten (Dharma). Deze beide processen, dus het samsara en het Dharma, worden samen de wet van het Karma genoemd.

Het oordeel over de vruchten van het Dharma wordt na een cyclus (dood) geveld op de 'Kajamat Ka dien' (de dag des oordeels) en wel door de

*De auteur gaat uit van de volgende conceptuele achtergrond bij het beschrijven van de sociaal-culturele factoren.*

*De onthogenetische manifestaties van het individu zijn onder gelijkblijvende omstandigheden steeds conform de stamgeschiedenis van het levende wezen en wel van de roots naar het nu (=phylogenie).*

*Onder phylogenetisch geheugen wordt verstaan de instinctmatig en oerbewuste drijfveren van de oer-oorsprong af tot het beden.*

*Onthogenie is de ontwikkelingsgeschiedenis in biologische en mentale zin van elk levend wezen afzonderlijk en is in grote lijnen een verkorte herhaling van de phylogenie.*

*Zo zijn de driften van het huidige individu identiek met de oervorm (bestaansdrift, voeding, levensdrift, voortplantingsdrift, doodsdrijf) en in ongemodificeerde vorm bewaard gebleven.*

*De onthogenetische manifestatie is een combinatie en cumulatie van de som van alle ervaringen en vaardigheden in de stamgeschiedenis; de nostalgische terugblik naar deze ervaringen hangt af van de duur en de intensiteit van de opgedane indrukken.*

*Vandaar dat positieve en negatieve emotionele ervaringen een langdurige of kortstondige stempel kunnen drukken op de persoonlijkheid van de mens en diens reactievormen.*

*De bovengenoemde ervaringen die zich in cultuurvorm presenteren worden sterk beïnvloed door het vermogen tot acceptatie, harmonisatie en lotsverbondenheid. De Nederlandse cultuurgeschiedenis is geënt op een grote verscheidenheid van culturele bindingsfactoren, maar wordt meer gekenmerkt door conflictsituaties van maatschappelijke en ideële aard (religie).*

schepper. Hij kan de ziel dan laten opnemen in het Brahman, dat is de hoogste werkelijkheid, de oorzaak van alle dingen en de ziel bereikt tenslotte een toestand van eeuwige gelukzalige rust: het Moksha of Nirwana.

Hoe de ziel die verlossing kan bereiken wordt uitputtend beschreven in twee enorme epische verhalen, het Mahabarata- en de Ramayana-epos die tezamen het gezicht van het Hindoeïsme bepalen. Deze twee epen beschrijven uitgebreid en nauwgezet de wereldlijke en godsdienstige plichten der kasten en ook de sociaal-economische indeling der bevolkingsgroepen, die daardoor ook een godsdienstig karakter kreeg. De vele vedische goden van de Indogermanen maken plaats voor twee polaire godheden, aan de ene kant Vishnu 'de zegen-brengende' en aan de andere pool Shiva 'de verderf-zaaiende'. Aan beide goden zijn vele tempels gewijd. Ze worden beide met evenveel devotie aanbeden, Vishnu om zijn zegen af te smeken en Shiva om diens toorn te ontlopen. De weduwenverbranding (Sati) wordt in de epen vergoddelijkt en er heerst een taboe op het doden van koeien omdat de melk van de koe het gezonde voortbestaan garandeert en het lijden verzacht.

### *Ere-diensten*

Het belijden van de godsdienst geschiedt zowel individueel, in gezinsverband, in tempels als ook in grote en veelvuldige bijeenkomsten (kathas) waar de epen, die honderdduizenden strofen beslaan, in geparafraseerde vorm uit het sanskriet het volk wordt ingeprent. Deze erediensten worden tot nu toe intensief en uitputtend met veel ceremonieel en overgave bedreven, bij nagenoeg iedere plechtige gelegenheid. Ze kunnen heel heilzaam werken, maar ook leiden tot het psychisme van 'taboe-schending' bij de reeds zo kwetsbare persoonlijkheidsstructuur van de Hindoe vanwege de enerverende en verslindende rituelen in elk echelon apart.

### *Mythen-sagen en totemisme*

Een aparte vermelding vragen de psychische processen die spelen bij taboes en totemisme. Waar sagen en mythen een aanvaard wereldbeeld vormen, dus kritiekloos worden aanvaard, vindt een mythologische relatie plaats tussen maatschappij

en levende wezens of bezielde objecten. Totems en taboes vormen dan de grondslagen van de samenleving. Taboes zijn strenge verboden (dus ook geboden), die het beeld van de sociale orde bepalen; ze worden onderhouden ten overstaan van eerder vermelde levende wezens of bezielde dingen (totems). Het onderhouden van taboes wordt intens beleefd, bewaakt, beschermd en met een vaak ingewikkeld - ceremonieel bedreven.

Bedreiging of schending van het ritueel kan tot hevige spanningen en explosieve gemoedsbewegingen leiden die op hun beurt weer een gunstige voedingsbodem vormen voor neurosen, psychosen en psychosomatosen. Het sluipende- of verrassingselement kan dus navenant tot angst, schrik of paniekreacties voeren met bovengenoemde ernstige consequenties.

### *Conflict-afweer*

In een zo enorm arsenaal van de Dharma uitgaande plichtplegingen sluimert doorgaans een dreigend conflict. Deze plichtplegingen zijn wel ingewikkelder dan die rond de in Nederland gebruikelijke 'Weesgegroetjes' of 'God-duivel'-antithese en reguliere kerkgang en vergen gecompliceerde geestelijke en fysieke, veel spanning en energie vergende rituelen. De angst die hierin wortelt wordt primair door introjectie en identificatie (eventueel gepaard aan sublimatie) vergoeilijkt, maar deze mechanismen zijn zeer belastend voor het 'Über-Ich' en leiden vaak tot het inschakelen van andere mechanismen zoals regressie en verdringing, indien de driften niet worden geaccepteerd. Gelukkig is bij de Hindoestanen het afweerinstrumentarium door de eeuwenoude traditie buitengewoon variabel en flexibel ontwikkeld en weet hij er handig mee om te gaan; maar elke vorm van tolerantie heeft zijn grenzen, er komt een stoornis in de verwerking van het conflict, het mechanisme begeeft het en uit zich in (karakter)neurotische, psychopatische en psychotische reacties al of niet gepaard met vasovagale processen, waartoe DM gerekend kan worden. De westerse cultuur is te kil en te grillig om voldoende inzicht te krijgen in de vermelde problematiek en de consequenties daarvan. Wat de zorgverlening aangaat, waarom moeten ondanks de westerse aanpak de incidentie, het beloop en de sterfte zo zorgwekkend zijn? Het kan niet anders zijn dan dat de culturele factoren en noxen helaas zijn miskend. De westerse therapeutische aanpak

## Hindoestaanse cultuur

is te veel gericht op de anamnese in de Nederlandse taal via een vast protocol, dieetvoorschriften en pharmaca.

### De polikliniek

In Suriname nam ik waar dat Hindoestanen, op de voet gevolgd door Creolen, relatief oververtegenwoordigd zijn onder de patiënten van de poliklinieken van huisartsen, maar meer nog van psychologen en psychiaters. Dit geldt ook voor Den Haag. Opvallend is het relatief kleine aantal Indonesiërs. De vrouwen maken het merendeel van de populatie uit. Wat de aard der klachten aangaat, valt op dat bij de oudere generatie deze van regulier-geriatrie aard zijn en meer somatisch gericht. Bij de volwassen man zien we aandoeningen van psycho-somatische origine zoals maagdarms en cardio-vasculaire ziekten plus nog DM. De anamnese wijst er bij herhaling op dat het conflict wortelt in religieus-eerbetoen, vergaren van de bruidsschat, zoeken naar een geschikte huwelijkskandidaat voor zijn dochter(s) van de juiste kaste en religie en andere plichtplegingen voor het gezin. Bij de vrouwen zien we overwegend neurotische beelden die stoelen op enerverende plichtplegingen met betrekking tot Dharma-voorschriften en gezinszorg; angst, dwang en neuroasthenie beheersen het beeld. Bij de huwbare meisjes speelt het conflict zich af op het vlak van de onbekendheid met de toekomstige echtgenoot en schoonfamilie aan wie ze maagdelijk moeten worden overgedragen en voor wie ze vaak zware offers moeten brengen. De reactievorm is overwegend conversief-neurotisch tot primitief-hysterieform.

### Het dieet

De jarenlange naamsaanduiding van DM als suikerziekte heeft tot grote verwarring geleid zowel bij de zorgverlener als bij de zorgdrager. De term 'suiker'ziekte suggereert dat suiker de grote booswicht is, terwijl het toch de vetstofwisseling is, die het proces bepaalt. De Hindoestaan houdt zich dan ook strikt aan het suikervrije dieet, maar verlustigt zich des te meer aan vetsoorten en liefst de verzadigde, zoals cocos- en palmolie en ghie (ruwe boter) waardoor behalve DM ook hart- en vaatziekten in de kaart worden gespeeld. Bovendien geldt bij de Hindoestaan de opvatting dat de



omvang van het lichaam de afspiegeling is van gezondheid en welvaart. Ook whisky wordt beschouwd als 'goed' voor diabetici. Ook wordt alcohol als anxyolyticum genomen, waarna heil wordt gezocht bij de Pandits (priesters) als kenners van de Vedas maar die vaak commercieel opereren in onder meer amuletten.

### Conclusie

Ongunstig beloop en oversterfte aan DM zijn mijn inziens te wijten aan de navolgende zes factoren. Ten eerste:

- Angst voor dreigende conflictsituaties in culturele beleving, gezin en nieuwe samenlevingsconfrontatie.
- Angst voor het conflict an sich: taboeschending-angst, die via emoties tot laesies leidt (DM).
- Gebrek aan inzicht in de cultuurhistorie en de cultuurbeleving van de Hindoestaan (Psychisme).
- Gebrek aan inzicht in de pathogenese en de pathofysiologie van het mechanisme van DM en dus ook de behandelingsaanpak.
- De uit het vorige punt voortvloeiende verkeerde voedingsgewoonten.
- Fysieke inactiviteit vanwege emigratie uit agrarisch arbeidsintensieve samenlevingen naar de immobiele televisiecultuur in de immigratielanden (sedentair).

### Toekomstverwachting

Wat brengt de toekomst? Ik waag me aan de voorspelling dat er een toename zal optreden van de incidentie van DM bij de oudere generatie. Dit

vanwege bovenvermelde conflicten, die gepaard gaan met toenemende conflicten in gezin (volgende generaties). Ten tweede speelt overgewicht een rol, mede in verband met televisie kijken, overeten en alcoholmisbruik. En verder is er sprake van een schoksituatie, vanwege de confrontatie van het Sati-principe (weduwenverbranding) met het feminisme. Ook zullen psychoneurotische problemen en DM toenemen bij volgende generaties vanwege problemen met ouders, sociale controle, partnerkeuze en phylogenetische botsingen (waaronder Sati).

### ***Aanbevelingen***

De volgende aanbevelingen kunnen worden gedaan. Ten eerste een intensieve psychotherapeutische aanpak door cultuurhistorisch en antropologisch geschoolde krachten (= pastoraal).

Ten tweede een gedegen uitleg van het mechanisme van DM en dito dieet en andere leefregels (GGDen en zorgverleners).

Ten aanzien van Hindoestanen stel ik voor onderzoek te doen rond de in dit artikel genoemde hypothesen, bijvoorbeeld in Suriname en in Den Haag. Ten aanzien van Creolen, hier niet eerder genoemd, stel ik voor een onderzoek uit te voeren naar de gevolgen van de Wintiecultuur op het ontstaan van DM bij Creolen. De Wintiecultuur berust deels op Afrikaanse religies en wereldbeschouwingen en behelst elementen van voorouderverering, geesten en ouden en biedt ook ingangen om therapeutisch te werk te gaan.

### ***Literatuur***

1. Nijhuis HGJ, Struben HWA. Suikerziekte in Den Haag een nieuw probleem? Beschouwingen over een opmerkelijk epidemiologisch signaal. *Epidemiol Bul Grav* 1991; 26 nr 4.: 13-8.

# Vrouwenhulpverlening in Den Haag

---

*Mw. Marion F. Stein*

Mannen leven korter dan vrouwen, roken vaker, drinken meer, lopen een groter risico op ongevallen en hart- en vaatziekten. Vrouwen voelen zich ongezonder, gebruiken meer medicijnen en maken om tal van redenen meer gebruik van de gezondheidszorg. Er is alle reden voor een 'eigen' hulpverlening voor vrouwen. Een beschouwing over het gemeentelijke beleid op dit punt en de toekomst tegen het decor van de stelselherziening.

Er bestaan verschillen in gezondheid tussen mannen en vrouwen. Mannen leven gemiddeld zes en een half jaar korter dan vrouwen. In vergelijking met vrouwen roken ze vaker, drinken ze meer alcoholische dranken, hebben ze vaker letsel door een ongeval, lijden ze vaker aan hart- en vaatziekten, zijn ze vaker verslaafd en plegen ze vaker suïcide.

Vrouwen daarentegen beoordelen hun gezondheid negatiever, gebruiken meer medicijnen, hebben meer gezondheidsklachten en langdurige aandoeningen, hebben vaker ziekten van de urinewegen en de geslachtsorganen en nieuwvormingen, lijden vaker aan depressies, eetstoornissen, affectieve psychosen en neurotische stoornissen, doen vaker suïcidepogingen en maken meer gebruik van de gezondheidszorg en de hulpverlening.

Deze verschillen geven tevens een indicatie voor het onderscheid in verslaving tussen mannen en vrouwen (meer alcohol- en/of drugsverslaving bij mannen versus meer eetstoornissen en medicijnverslaving bij vrouwen) (1).

Het is belangrijk de gezondheidszorg af te stemmen op de specifieke behoeften van bepaalde categorieën patiënten en bevolkingsgroepen ('zorg-opmaat'). De grotere diversiteit aan culturen in Den Haag (ruim 20% is migrant) maakt het noodzakelijk dat de hulp- en dienstverlening wordt aangepast aan deze culturen en voor elke groep beter toegankelijk wordt. Sekse-specifieke verschillen in gezondheid en behoeften aan hulpverlening kunnen het evenzeer noodzakelijk maken dat vrouwen

---

*Over de auteur*

*Mw. Marion F. Stein, beleidsadviseur gezondheidszorg, vakgroep Beleidsontwikkeling Gezondheidszorg, GGD Den Haag*



als een aparte aandachtsgroep in het volksgezondheidsbeleid worden onderscheiden.

In dit artikel komen de vrouwenhulpverlening en de belangrijkste kenmerken van het gemeentelijke beleid op dit terrein in Den Haag aan de orde. Recentelijk heeft de gemeente dit beleid bijgesteld, hetgeen de aanleiding vormde voor dit artikel.

### **Karakter vrouwenhulpverlening**

Vanuit de vrouwenbeweging is op de gezondheidszorg fundamentele kritiek ontstaan. Gezondheid van en hulpverlening aan vrouwen kunnen niet los worden gezien van de maatschappelijke positie van vrouwen. De onvrede legde de kiem voor wat is ontwikkeld tot vrouwenhulpverlening\*.

Vrouwenhulpverlening kenmerkt zich onder ander door:

- het verband dat wordt gelegd met de maatschappelijke positie;
- het eigen handelingsperspectief dat wordt aangereikt;
- de symmetrische relatie tussen hulpvraagster en hulpverlener;
- de samenhang tussen lichamelijke, psychische en sociale problemen;
- de waarde van ervaringsdeskundigheid en het lotgenotencontact.

Bij vrouwenhulpverlening gaat het zowel om een bijzondere visie op specifieke behoeften van vrouwen als om een daarop gerichte methodiek

Eén veel gekozen vorm die in de vrouwenhulpverlening wordt gehanteerd is die van de zelfhulpgroepen. Ze kunnen zowel rond een bepaald thema (medicijngebruik) als rond bepaalde doelgroepen (vrouwen-in-de-overgang) worden georganiseerd.

De kenmerkende elementen van de vrouwenhulpverlening vertonen nauwe overeenkomst met

aspecten van de gezondheidsbevordering; één van de twee sporen van het Haags volksgezondheidsbeleid. Beide concepties leggen een verband tussen maatschappelijke omstandigheden en gezondheid. Beide vragen om een intersectorale aanpak van gezondheidsproblemen. Het element autonomie kan eveneens bij beide worden teruggevonden.

Verschillen tussen beide concepties hebben vooral te maken met de ontstaansgeschiedenis. Is gezondheidsbevordering, health promotion, geïnitieerd vanuit wetenschappelijke kring en worstelt men hier met de vraag op welke wijze men gezondheidsbevordering kan doen wortelen in de samenleving, vrouwenhulpverlening is gewenst en ontwikkelt door vrouwen zelf maar het probleem is hier erkenning te verwerven in het reguliere hulpverlenings- en wetenschappelijke circuit. Alleen al de term vrouwenhulpverlening roept nogal eens een negatieve beeldvorming op, ook bij hulpverleners. De vrouwenhulpverlening heeft een indrukwekkende uitwerking gehad op het signaleren van lacunes in de zorg en het voorkomen van 'medical-shopping'. Ook heeft ze onderwerpen als vrouwenmishandeling en seksueel geweld op de agenda van de hulpverlening geplaatst. Door deze professionalisering is de vrouwenhulpverlening meer en meer gedepolitiseerd. De innovatieve waarde die de vrouwenhulpverlening heeft (gehad) voor het zorgsysteem is mijns inziens het meest in het oog springende resultaat.

### **Gemeentelijk beleid**

'Bevorderd zal worden dat de methodiek van de vrouwenhulpverlening bekendheid verwerft en waar mogelijk ingang krijgt bij de reguliere hulpverlening'. Dit actiepunt van de Nota Beter Gezond van 1990 vormde de directe aanleiding voor het ontwikkelen van een samenhangend gemeentelijk vrouwenhulpverleningsbeleid (3).

In de discussienota 'Vrouwenhulpverlening Vanzelfsprekend' ontvouwde het college van Burgemeester en Wethouders in november 1992 zijn eerste gedachten met betrekking tot doelen, taken en instrumenten (4). De adviezen en de (inspraak)-reacties die naar aanleiding van deze nota volgden vormden te zamen met de nota de basis voor het raadsvoorstel.

Op 21 april jl. heeft de gemeenteraad van Den Haag het gemeentelijke beleid vrouwenhulpverlening vastgesteld (5). Kenmerken van dat beleid

\* Algemeen gangbaar is de volgende definitie van vrouwenhulpverlening:

'... het in de hulpverlening aan vrouwen bewust werken vanuit de visie dat problemen van vrouwen te maken (kunnen) hebben met haar positie als vrouw in deze maatschappij, waarbij vrouwen op basis van deze visie worden geholpen strategieën te ontwikkelen om meer zeggenschap over en verantwoordelijkheid voor haar lichaam en leven te krijgen. Bij de benadering van klachten en problemen gaat de vrouwenhulpverlening uit van een holistisch mensbeeld; de kunstmatige scheiding tussen lichaam en geest in de zorg wordt nadrukkelijk afgewezen' (2).

## Vrouwenhulpverlening

zijn met name:

- de aansluiting van het beleid bij de modernisering van het stelsel;
- het meer richten op gemeentelijke kerntaken;
- het 'inweven' (integreren) van de vrouwenhulpverlening in de reguliere zorg als middel om de zorg- en dienstverlening aan vrouwen te verbeteren.

### Geïntegreerde vrouwenhulpverlening

#### Reguliere zorg

In het aanbod van vrouwenhulpverlening lopen de drie Haagse RIAGG-en en het Algemeen Maatschappelijk Werk voorop; een gegeven dat ook landelijk het beeld bepaalt. In de algemene ziekenhuizen is vrouwenhulpverlening meer uitzondering dan regel. Het aantal huisartsen dat werkt volgens de principes van de vrouwenhulpverlening is beperkt. Wel heeft de gemeente Den Haag via het, overigens inmiddels beëindigde, huisartstestvestigingsbeleid een voorkeursbeleid voor vrouwen kunnen voeren. Daardoor is het aantal vrouwelijke huisartsen in Den Haag flink gegroeid. Dit wil niet zeggen dat het werken volgens de principes van de vrouwenhulpverlening daarmee evenredig is toegenomen. Zo nauw ligt de relatie met het geslacht van de huisarts niet. Via de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) van de GGD zal, ingevolge het raadsbesluit, in het voorlichtings- en preventieaanbod structureel aandacht worden besteed aan vrouwenhulpverlening, zowel voor bepaalde groepen als rond bepaalde thema's. De vakgroep Epidemiologie van de GGD zal meer aandacht gaan besteden aan de epidemiologie van klachten die vrouwen hebben en die mogelijk zijn gerelateerd aan de maatschappelijke positie van vrouwen.

De aanzet die vanuit de maatschappelijke gezondheidszorgteams (MGZ-teams) van de GGD is



Vrouwen Gezondheids Centrum Den Haag

gegeven aan het buurtgericht vrouwengezondheidswerk krijgt een vervolg. In deze werkvorm komt het er kortweg op neer dat, vanuit kennis van de wijk en haar bewoonsters, vrouwen worden gestimuleerd en ondersteund zelf activiteiten te organiseren rond hun gezondheid. Ondersteuning wordt verleend vanuit diverse disciplines. Met deze aanpak blijken vooral allochtone vrouwen goed te worden bereikt.

#### Categorale vrouwenhulpverlening

Naast een schets van de reguliere zorg past een indruk van de categorale vrouwenhulpverlening. Deze instellingen richten zich hoofdzakelijk op het aanbieden van vrouwenhulpverlening, zoals het Vrouwen Gezondheids Centrum (VGC) en Vrouwen tegen Seksueel Geweld (VtSG). Het zijn beide gesubsidieerde vrouwenhulpverleningsprojecten. De eerstgenoemde verzorgt onder andere een groepsaanbod van thema's als hyperventilatie, slapen en dromen, hormoongebruik, de overgang en seksualiteit. VtSG biedt opvang en hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld. Daarnaast kan in dit verband de vrouwen noodopvang worden genoemd, beter bekend als de Blijf-van-mijn-lijf-huizen. Doel van subsidiëring van VGC en VtSG was enerzijds de ontwikkeling van kennis en deskundigheid en anderzijds overdracht van die kennis en deskundigheid aan de reguliere zorg: integratie als doel. Met het nieuwe vrouwenhulpverleningsbeleid is afscheid genomen van die doelstelling: integratie is vooral een middel om innovatie te stimuleren en geen doel op zichzelf meer.

Vanuit de integratiegedachte is door VtSG in 1990 een flinke aanzet voor het Samenwerkingsverband Seksueel Geweld (SSG) gegeven. In de projectperiode van het SSG hebben VtSG en de

GGD samengewerkt met het doel de kwaliteit van de hulpverlening, de opvang en de preventie inzake seksueel geweld te verbeteren. Aan het SSG verlenen zo'n 38 Haagse instellingen hun medewerking.

In de eerste twee jaar van zijn bestaan heeft het SSG op een aantal gebieden duidelijk vooruitgang geboekt.

Een regionale ondersteuningsstructuur of netwerk is gezien de omvang van de problematiek en de complexiteit van de hulpverlening in een stad als Den Haag een blijvende voorwaarde. Het onlangs uitgevoerde inventarisatie-onderzoek naar hulp aan slachtoffers van seksueel geweld in Den Haag geeft dat nog eens aan (6).

De gemeenteraad heeft besloten het projectmatig werkende SSG om te zetten in een Regionaal Steunpunt Seksueel Geweld, verbonden aan de GGD. Deze aanpak past niet alleen goed binnen de nieuwe lokale volksgezondheidsstaken, te weten de onderlinge afstemming tussen collectieve en curatieve zorg, maar past eveneens binnen landelijke ontwikkelingen die in de richting van een regionale ondersteuningsstructuur seksueel geweld wijzen. Verheugend in dit kader is dat de GGD West-Holland naar aanleiding van de discussienota bereid is te onderzoeken in hoeverre het (Haags) Regionaal Steunpunt een bredere regionale inbedding kan krijgen.

### *Verslavingsproblematiek*

De intersectorale aanpak van gezondheidsproblemen blijkt onder meer uit het beleidsinitiatief waarbij de totstandkoming van een zorgprogramma wordt geïnitieerd voor vrouwen met een verslavingsproblematiek rond alcohol en/of drugs in relatie met een achtergrond van seksueel geweld. Acht van de tien aan alcohol of drugs verslaafde vrouwen heeft een verleden waarin sprake was van incest of ander seksueel geweld. De hulpverlening op het gebied van seksueel geweld weert over het algemeen vrouwen met een verslaving. De reden daarvoor is dat de verslavingsproblematiek de hulpverlening ten aanzien van andere problemen te veel domineert.

Anderzijds bestaat de indruk dat in de verslavingszorg onvoldoende oog bestaat voor deze achtergrond. De verslaving staat voorop.

Programmatisch werken, het probleem centraal stellen en daar de hulpverlening op inrichten past goed bij de wijze van aanpak in de vrouwen-

hulpverlening.

Met de keuze voor het ontwikkelen van een zorgprogramma voor deze groep vrouwen kan een aantal voordelen worden behaald. Voorop staat het vullen van de leemte in de hulpverlening. In de tweede plaats kan de samenwerking tussen verschillende aanbieders van zorg en dienstverlening een vernieuwende impuls geven aan de reguliere zorg, die daardoor bekend raakt met de visie en methodiek van de vrouwenhulpverlening.

### *Integratiebeleid*

Integratie als innovatief middel zal met behulp van een vijftal instrumenten worden bevorderd.

Eén van deze instrumenten betreft de aanstelling van een aandachtsfunctionaris met als opdracht de integratie van de vrouwenhulpverlening te bewerkstelligen in het Haagse zorg- en dienstverleningsaanbod waarbij prioriteit ligt bij de huisartsenzorg en in de tweede plaats de algemene ziekenhuizen. De aandachtsfunctionaris vervult een katalyserende rol naar alle partijen die bij de vrouwenhulpverlening zijn betrokken of zouden moeten zijn betrokken. Het signaleren en stimuleren van het kwalitatieve en kwantitatieve aanbod van zorgaanbieders, het attenderen van patiënten en cliëntenorganisaties op het belang, de vraag naar vrouwenhulpverlening bij zorgverzekeraars te onderbouwen, het op gang brengen van overleg met zorgverzekeraars (en partijen onderling) maar zeker ook het aanspreken van de Haagse overheid op haar taakopvatting, gaan behoren tot de taken van de aandachtsfunctionaris.

Een uit de diverse partijen samengestelde projectgroep zal niet alleen zorg moeten dragen voor een heldere en evalueerbare projectomschrijving maar zal eveneens een draagvlak voor de activiteiten moeten creëren.

Eén van de vijf andere instrumenten die in het kader van de integratie wordt genoemd is het inbrengen van vrouwenhulpverlening als aspect van kwaliteit in de door de gemeente Den Haag te ontwikkelen regiovisie.

### *Stelselherziening*

De discussienota 'Vrouwenhulpverlening Vanzelfsprekend' legt een nadrukkelijk verband met de op handen zijnde stelselherziening die een functionele oriëntering kent. Als functies van vrouwen-

hulpverlening kunnen worden onderscheiden:

- primaire preventie;
- zelfhulp en zorgverlening;
- ondersteuning van preventie, zelfhulp en zorgverlening.

Uit deze functies vloeien taken voort (8).

De directe of indirecte uitvoerende verantwoordelijkheid van de gemeente ligt voor de gezondheidscomponent anders dan voor de maatschappelijke dienstverlening, waar de verantwoordelijkheid verstrekkender is. Op basis van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) liggen gemeentelijke kerntaken voor de gezondheidscomponent nadrukkelijk op het terrein van de preventie. Het beleid is erop gericht een direct verband te leggen tussen kerntaken en subsidiëring van de (categorale) vrouwenhulpverlening. Het VGC en VtSG zullen voor de financiering van functies die niet behoren tot de gemeentelijke kerntaken een beroep moeten doen op de zorgverzekeraars.

Onder invloed van de modernisering van de gezondheidszorg, via een basisverzekering met een sterk particuliere uitvoering van zorg en verzekering, zal met name de financiering van de uitvoerende zorgverlening tot de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraars gaan behoren.

De gemeenteraad heeft besloten tot een vermindering van de subsidiëring aan de twee categorale vrouwenhulpverleningsinstellingen. Een aanzienlijk beperkte subsidiëring aan het VGC zal zich vanaf 1994 alleen nog maar richten op het aanbod preventie. Bij VtSG zal het subsidiebedrag worden beperkt tot een aanbod opvang en kortdurende hulpverlening voor slachtoffers van seksueel geweld.

De rol van de zorgverzekeraars bij het zorgaanbod van beide instellingen komt hier voor het voetlicht. Wordt de financiering van dat aanbod aan zorg niet overgenomen door de zorgverzekeraars, dan is het niet uitgesloten dat het komt te vervallen, ondanks dat de alternatieven voor dat aanbod meestal duurder zijn en bovendien vaak minder op maat.

Hoewel de besluitvorming van de raad voorziet in een beperkt overgangsbudget, zullen alle zeilen richting zorgverzekeraars moeten worden bijgezet om het aanbod van de twee instellingen, waarvoor een grote belangstelling bestaat bij vrouwen, voor de toekomst te waarborgen. De stelselherziening biedt in elk geval voldoende perspectief voor de

categorale vrouwenhulpverleningsinstellingen om hun relatief goedkope aanbod op maat regulier gefinancierd te krijgen.

### Tot slot

Als het aan de gemeente ligt gaat de vrouwenhulpverlening een nieuwe fase in. Integratie van vrouwenhulpverlening in de reguliere zorg is geen doel meer op zichzelf. Het is veeleer een middel om het welzijn en de gezondheid van vrouwen te bevorderen of te herstellen dan wel onwelbevinden draaglijk te maken. Het nieuwe beleid vrouwenhulpverlening legt een nadrukkelijk verband met de stelselherziening in de gezondheidszorg. Een belangrijke nieuwe koers die daarbij wordt ingeslagen is: op gemeentelijk niveau de kerntaken goed doen en de financiering van de overige taken overdragen aan de daartoe geëigende instanties, de zorgverzekeraars.

In een perspectief geplaatst laat de vrouwenhulpverlening vooral zien langs welke weg het veel beleden adagium 'zorg op maat' vaste vorm kan krijgen; de intenties die gezondheidsbevordering in zich herbergt sluiten hier naadloos op aan.

### Literatuur:

1. Sociale atlas van de vrouw. Sociaal en Cultureel Planbureau. Rijswijk 1991.
2. Advies vervolgbeleid vrouwenhulpverlening, uitgebracht aan de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Adviesgroep Vrouwenhulpverlening, Rijswijk augustus 1991.
3. Nota Beter Gezond. Gemeente Den Haag 1990.
4. Discussienota 'Vrouwenhulpverlening Vanzelfsprekend'. Gemeente Den Haag 1992.
5. Inspraakrapport naar aanleiding van de discussienota 'Vrouwenhulpverlening Vanzelfsprekend'; Raadsbesluit rv 124 Gemeentelijk beleid vrouwenhulpverlening, 21 april 1993.
6. Levelink M, Vries T de. Hulp aan slachtoffers van seksueel geweld in Den Haag: verslag van een inventarisatie-onderzoek. Wetenschapswinkel Rijksuniversiteit Leiden, november 1992.
7. Advies functies van de vrouwenhulpverlening, uitgebracht aan de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Adviesgroep Vrouwenhulpverlening, Rijswijk maart 1990.

# Tandbederf bij de jeugd

*Goed nieuws uit Den Haag*

---

*G.J. Truin, K.G. König en E.M. Bronkhorst*

**Periodiek tandheelkundig onderzoek bij de schooljeugd wordt in Den Haag al sinds 1969 gedaan. Dat heeft lange tijd een sterke verbetering van de gebitstoestand te zien gegeven. De jongste cijfers mogen ook met enige trots worden bekeken. De elfjarige Hagenaar behoort tot de Europeantjes met de minste gaatjes. En wat ook verheugd stemt: het gebit van Turkse en Marokkaanse kinderen is er steeds beter aan toe.**

In de gemeente Den Haag vindt sinds 1969 periodiek tandheelkundig onderzoek plaats bij de schooljeugd (1)(2)(3)(4)(5). In 1993 werd opnieuw de gebitsgezondheid van Haagse schoolkinderen vastgelegd. Het onderzoek had ten doel na te gaan of de in 1989 geconstateerde cariëstoe-namen in de melkdentitie bij de vijf- en zevenjarige-nen in de lagere milieus zich had voortgezet en nu mogelijk ook waar te nemen was in de blijvende dentitie bij zeven- en elfjarige kinderen.

Aan het onderzoek namen ongeveer duizend kinderen deel afkomstig van basisscholen, die representatief werden geacht voor de strata van sociaal niveau 'laag', 'midden' en 'hoog'. In de steekproef zijn kinderen naar Nederlandse en naar niet-Nederlandse nationaliteit onderscheiden. De presentatie van de resultaten van de niet-Nederlandse kinderen beperkt zich tot kinderen van Marokkaanse en Turkse nationaliteit uit het lage sociale niveau. Ze vormden de meerderheid van de niet-Nederlandse kinderen. Het tandheelkundig onderzoek vond op school plaats en werd door dezelfde tandarts-onderzoekers als in de voorafgaande jaren uitgevoerd. Hierbij is vastgelegd of de vlakken van de gebitselementen van de leerlingen aangetast (d=delayed), geëxtraheerd (m=missing) of gevuld (f=filled) waren. Bij de kinderen is ook naar het dagelijkse gebruik van fluoriderabletten thuis gevraagd. We bespreken achtereenvolgens de gebitsgezondheid van de vijf-, zeven- en elfjarige Nederlandse kinderen naar sociaal niveau. Apart wordt aandacht geschonken aan de gebitstoestand van Turkse en Marokkaanse kinderen. Het artikel beperkt zich tot de belangrijkste resultaten.

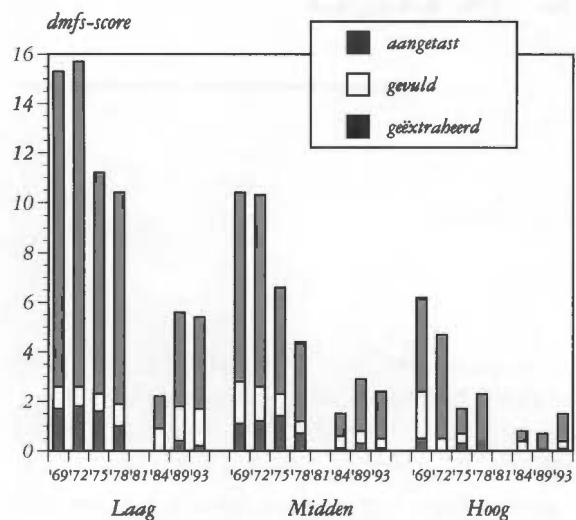
---

*Over de auteurs*

*G.J. Truin, universitair hoofddocent bij de vakgroep cariologie en endodontologie, K.G. König, hoogleraar preventieve en sociale tandheelkunde, E.M. Bronkhorst, universitair docent bij de vakgroep cariologie en endodontologie, faculteit der medische wetenschappen, Katholieke Universiteit Nijmegen*

figuur 1 Nederlandse kinderen

Melkdentitie van vijfjarigen naar sociaal niveau.  
Den Haag 1969 - 1993.



Gegevens met betrekking tot de figuren in dit artikel:

dmfs-score: het gemiddelde aantal cariëuze, geëxtraabeerde en gevulde vlakken van de melkelementen

dfs-score: het gemiddelde aantal cariëuze en gevulde vlakken van de tijdelijke gebits-elementen.

DMFS-score: het gemiddelde aantal cariëuze, geëxtraabeerde en gevulde vlakken van de blijvende gebits-elementen.

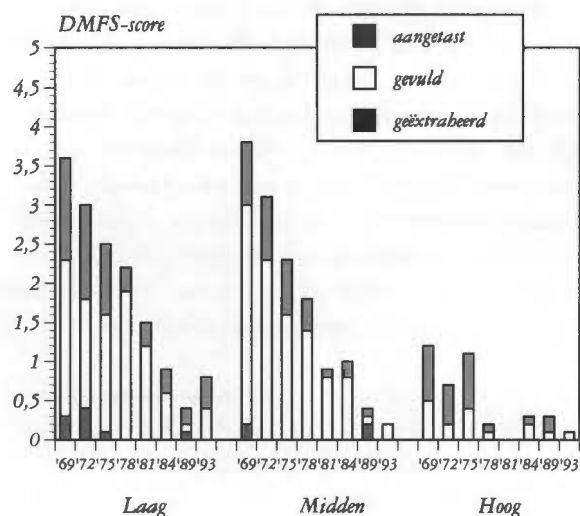
### Vijfjarigen

Figuur 1 toont de onderzoeksresultaten bij kleuters in de periode 1969-1993. Het dmfs-getal staat voor de optelsom van het aantal geëxtraabeerde, gevulde en aangetaste gebitsvlakken in het melkgebiet. Duidelijk komt naar voren dat sinds het midden van de jaren zeventig een daling van het dmfs-getal bij kinderen uit alle drie de sociale niveaus is waar te nemen. De verschillen in het dmfs-getal tussen de kinderen uit de verschillende sociale niveaus, die in alle jaren van onderzoek te zien zijn, bestaan ook nog in 1993. Kinderen uit de hogere milieus hebben in het algemeen de gezondste tanden en kiezen. Echter in de afgelopen 25 jaar zijn de verschillen in gebitsgezondheid tussen de milieus bij de kleuters wel verkleind. De verbetering in de gebitsgezondheid bij de kleuters kan ook worden geïllustreerd aan de hand van ontwikkelingen van het percentage kinderen met een gaaf melkgebiet, dat wil zeggen zonder gaten en vullingen in het melkgebiet. In 1969 had 1% van de vijfjarige Haagse kleuters een cariës-vrij melkgebiet. In 1993 bedraagt dit percentage 55%.

Uit het onderzoek van 1993 komt naar voren dat sinds 1989 de gebitsgezondheid van de kleuters niet wezenlijk is veranderd. Er lijkt dan ook sprake van een stabilisatie in de prevalentie van tandcariës bij Haagse kleuters.

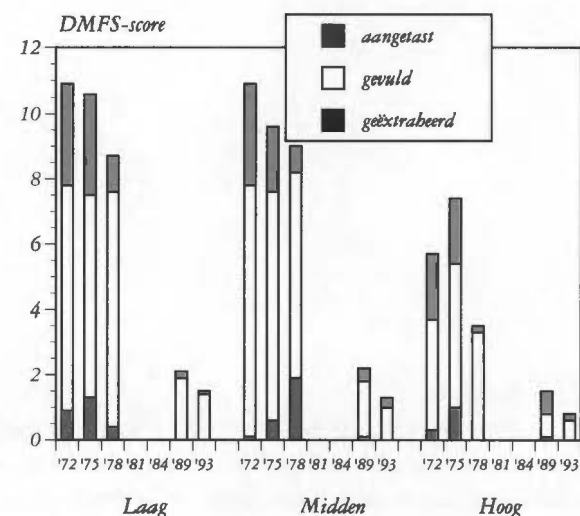
figuur 2

Permanente dentitie van zevenjarigen naar sociaal niveau. Den Haag 1969 - 1993.



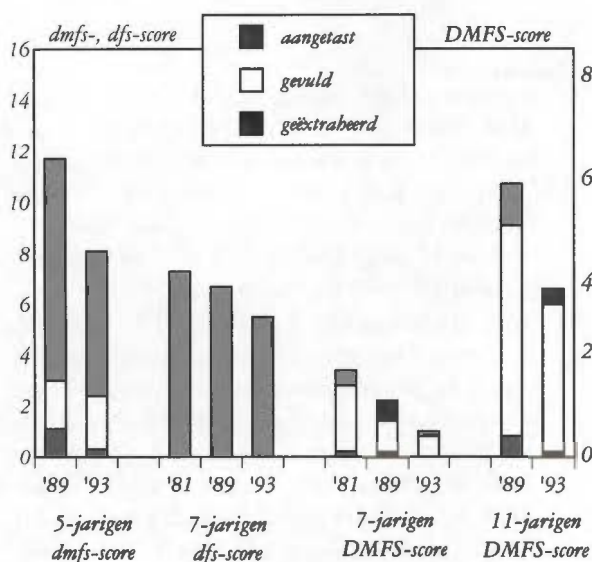
figuur 3

Permanente dentitie van elfjarigen naar sociaal niveau. Den Haag 1969 - 1993.



figuur 3

Dentitie van vijf-, zeven- en elfjarige Marokkaanse en Turkse kinderen. Den Haag 1969 - 1993.



#### Zeven- en elfjarigen

De verbetering van de gebitsgezondheid in de afgelopen 25 jaar manifesteert zich ook in de blijvende gebitselementen bij zeven- en elfjarige kinderen (figuren 2 en 3). Ook bij deze leeftijdsgroepen is de gunstige ontwikkeling van de gebitsgezondheid in alle sociale niveaus waarneembaar. Evenals bij de vijfjarigen lijkt sinds 1989 ook bij de zevenjarigen sprake van een stabilisatie in de prevalentie van tandbederf. Bij de elfjarigen is aan de blijvende tanden en kiezen na 1989 nog een verdere significante verbetering van de gebitsgezondheid opgetreden.

Anno 1993 heeft ongeveer 80% van de zevenjarigen een cariësvrij blijvend gebit; bij elfjarigen is dit percentage zestig. In 1969 was dit percentage voor beide leeftijdsgroepen minder dan twee!

#### Turkse en Marokkaanse kinderen

De laatste jaren van onderzoek worden allochtone kinderen in de onderzoeken apart onderscheiden. Dit beperkt zich tot Turkse en Marokkaanse kinderen. Redenen hiervoor zijn dat de gebitsgezondheid bij deze groep van kinderen in het algemeen veel slechter is dan die van hun Nederlandse leeftijdsgenoten. Echter ook bij Turkse en Marokkaanse kinderen lijkt een gunstige ontwikkeling ten aanzien van de gebitsgezondheid te hebben

ingezet. Voor de zevenjarigen kan dit aan de hand van gegevens vanaf 1981 en voor de vijf- en elfjarigen aan de hand van de resultaten uit 1989 en 1993 worden geïllustreerd (figuur 4). De vergelijking van de resultaten in de verschillende onderzoeksjaren toont zowel in het melkgebit als het blijvende gebit een verbetering van de gebitsgezondheid. Dit komt tot uiting in de daling van het dmfs-, dfs- of DMFS-getal. Ondanks deze verbetering in de afgelopen jaren is de gebitsgezondheid van Turkse en Marokkaanse kinderen nog wel slechter dan die van hun Nederlandse leeftijdsgenoten.

#### Fluoridegebruik

Minder dan 10% van de vijf-, zeven- en elfjarige Nederlandse, Turkse en Marokkaanse kinderen uit het sociaal niveau 'laag' beweerde in 1993 thuis fluoridetabletten te gebruiken. De hoogste percentage gebruikers werden gevonden bij de vijf- en zevenjarige Nederlandse kinderen uit het sociaal niveau 'midden' en 'hoog' (tussen de 20 en 30%). Ten opzichte van de resultaten in 1989 bleek het gebruik thuis van fluoridetabletten in 1993 voor bijna alle groepen te zijn gedaald.

#### Stabilisatie

De vergelijking van de onderzoeksresultaten van 1989 en 1993 leert dat bij vijf- en zevenjarige Nederlandse kinderen na 1989 de prevalentie van tandbederf niet wezenlijk is veranderd. Bij elfjarigen is nog wel een verdere verbetering van de gebitsgezondheid tussen 1989 en 1993 opgetreden. Vergeleken met hun leeftijdsgenoten uit andere Europese landen blijken de Haagse elfjarigen (gemiddeld 11,9 jaar en hiermee overeenkomend met de WHO-standaard leeftijd van twaalf jaar), in 1993 zeer lage DMFT-scores te hebben (gemiddeld lager dan één) en hiermee te behoren tot de kinderen met de laagste cariësprevalentie in Europa (6).

Op basis van de onderzoeksresultaten van 1989 in Den Haag kwam de vraag op 'Neemt de cariës onder vijf- en zevenjarige Nederlandse kinderen in Den Haag weer toe? Immers bij de vijf- en zevenjarigen uit de lagere sociale niveaus werd in 1989 ten opzichte van 1984 een cariëstoename in het melkgebit geconstateerd (5). Of er werkelijk sprake is geweest van een cariëstoename tussen

## Tandbederf bij de jeugd

1984 en 1989 is echter twijfelachtig. Een meta-analyse uitgevoerd over alle bij de jeugd in Nederland uitgevoerde epidemiologische studies in de periode 1980-1990 en de onderzoeksresultaten van 1984, 1989 en 1993 in Den Haag doen vermoeden dat andere veranderingen dan tandheelkundige hiervoor verantwoordelijk zijn geweest (7). De lagere prevalentie van tandbederf in het melkgebit bij de vijfjarigen en zevenjarigen uit de lagere sociale niveaus in 1984 is waarschijnlijk veroorzaakt door een andere steekproefsamenstelling in 1984 dan in de andere jaren van onderzoek. Op basis van de onderzoeksresultaten van 1989 en 1993 in Den Haag en andere na 1990 uitgevoerde epidemiologische studies bij kinderen lijkt te moeten worden geconcludeerd dat er sinds het midden van de jaren tachtig niet van een toename van het tandbederf bij de vijf- en zevenjarigen kan worden gesproken, wel is sinds die tijd een einde gekomen aan de daling van de cariësprevalentie bij deze groepen.

### Aandacht voor mondhygiëne

Verheugend is dat bij Turkse en Marokkaanse kinderen een daling van de cariësprevalentie heeft ingezet. Ondanks de verbetering van de gebitsgezondheid bij deze kinderen is ze in het algemeen nog wel slechter dan die van hun Nederlandse leeftijdsgenoten. In verscheidene studies wordt aangenomen dat de hogere cariësprevalentie bij Turkse en Marokkaanse kinderen vooral moet worden verklaard door mindere aandacht voor mondhygiëne, tot uiting komend in minder vaak tanden poetsen en hiermee verminderd fluoridegebruik (8)(9). Geen gegevens zijn beschikbaar of Turkse en Marokkaanse kinderen nu meer dan vroeger aandacht besteden aan mondhygiëne. Wel is bekend dat in Den Haag vanaf het midden van de jaren tachtig in de gezondheidsvoorlichting meer specifieke aandacht aan allochtonen wordt besteed. Ondanks een mogelijke verandering van de mondhygiëne is verdere verbetering ervan gewenst. 50% van de Mediterrane kinderen poetst de tanden niet elke dag. Dit percentage ligt voor de Nederlandse leeftijdsgenoten onder de vijf (8). Daarnaast komt uit het onderzoek naar voren dat de Mediterrane kinderen gemiddeld op oudere leeftijd met poetsen beginnen en gemiddeld een lagere poetsfrequentie hebben dan hun Nederlandse leeftijdsgenoten. In de gezondheidsvoorlichting aan Turkse en Marokkaanse kinderen

dient dan ook de mondhygiëne en indirect hiermee het fluoridegebruik nog meer dan nu het geval is aandacht te krijgen.

### Literatuur:

1. Plasschaert AJM, König KG, Truin GJ, Vogels ALM. Tandcariës bij 5-,7-,9- en 11-jarige kinderen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1977; 84: 14-20.
2. Truin GJ, König KG, Vogels ALM, Ruiken HMHM, Carpay J. Tandcariës en gingivitis bij 5-, 7-,9- en 11-jarige Haagse kinderen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1980; 87: 15-22.
3. Truin GJ, König KG, Ruiken HMHM, Alphen F, Roeters J. Tandcariës, gingivitis en glazuurafwijkingen bij inheemse en uitheemse 8-jarige Haagse schoolkinderen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1984; 31: 298-304.
4. Truin GJ, König KG, Ruiken HMHM, Vogels ALM, Elvers JWH. Tandcariës en gingivitis bij Haagse schoolkinderen. Resultaten van cross-sectioneel onderzoek over een periode van 15 jaar. Ned Tijdschr Tandheelkd 1986; 93: 270-5.
5. Truin GJ, König KG. Neemt cariës onder vijf- en zevenjarigen in Den Haag weer toe? Epidemiol Bul Grav 1991; 26 nr. 1: 19-23.
6. Marthaler TMA et al. Cariës status in Europe and Predictions of Future Trends. Caries Res 1990; 24: 381-96.
7. Truin GJ, Hof MA van 't, Kalsbeek H, Frencken JE, König KG. Secular Trends in Caries Prevalence amongst 6- and 12-year-old children in The Netherlands. Community Dent Oral Epid 1993 (in druk).
8. Zijden MJML van der. Tandbederf bij schoolkinderen. Verslag van een onderzoek onder vijf-, acht- en elfjarigen in Den Haag. Epidemiol Bul Grav 1993; 28 nr. 1: 17-24.
9. Verrips GH, Filedt Kok-Weimar TL, Frencken JE, Kalsbeek H. Mondgezondheid van Amsterdammetjes: een onderzoek naar de mondgezondheid en tandheelkundig preventief gedrag van 5- en 11-jarige Amsterdamse kinderen van ouders, die respectievelijk in Turkije, Marokko, Nederland, Suriname/Antillen of in overige landen zijn geboren. Publikatienr. 90.097. NIPG Leiden.

Onze dank gaat uit naar de medewerkers van de afdeling Jeugd tandzorg van de GGD, Den Haag voor hun bijdrage bij de voorbereiding en uitvoering van het veldonderzoek en naar het Praeventiefonds en de Suikerstichting Nederland, die deze studie door een subsidie mogelijk hebben gemaakt.



# De gezondheidsenquête onder Scheveningers

*H.W.A. Struben, G.R. de Wildt en I. Burger*

---

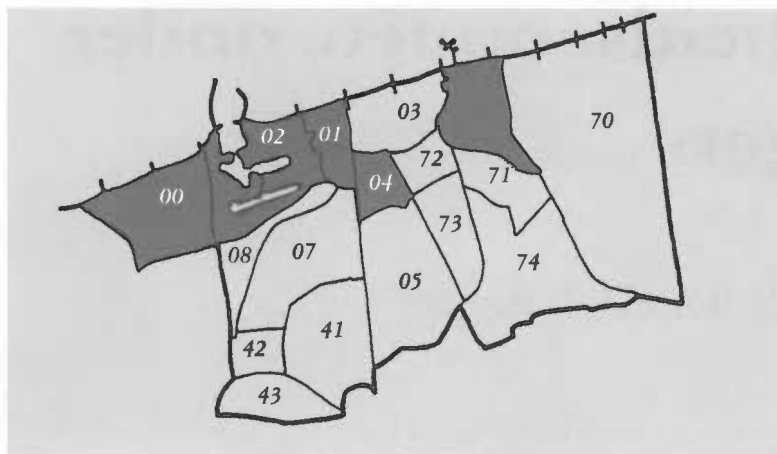
Een schat aan bruikbare gegevens heeft de enquête opgeleverd die een jaar geleden als onderdeel van het project 'Gezond Scheveningen' werd gehouden. De antwoorden zijn nog niet allemaal uitvoerig geanalyseerd, maar kunnen zeker dienen als bouwstenen voor een gezondheidsprofiel van dat stadsdeel. In dit artikel wordt het historisch perspectief van Scheveningen geschetst, de afzonderlijke wijken geprofileerd en in grote lijnen aangegeven wie de respondenten zijn en hoe de verdeling in sociale niveaus is. Scheveningen vergrijs, ontgroent en telt nauwelijks migranten.

Hoe ervaren Scheveningers hun gezondheid en in relatie hiermee hun fysieke omgeving, hun sociale leven en de omgang met hulpverleners? Dit zijn thema's van de gezondheidsenquête, die vorig jaar april als onderdeel van het project 'Gezond Scheveningen' is gehouden. Over dit project is al eerder in het Epidemiologisch Bulletin verslag gedaan (1)(2). Het is de bedoeling dat de resultaten van de enquête bijdragen aan het verkrijgen van inzicht in de gezondheids-situatie. Dit niet alleen door gegevens te leveren voor een 'gezondheidsprofiel' van Scheveningen, maar ook door uitkomsten van de enquête met bewoners, hulpverleners en gemeentelijke diensten te bespreken. Met het oog hierop vinden binnenkort 'workshops' plaats, waar thema's als de gezondheid van Scheveningers (inclusief het geneesmiddelengebruik) en de sociale veiligheid in de buurt zullen worden besproken. Hopelijk leiden deze en andere besprekingen tot activiteiten die problemen van gezondheid (en

*Over de auteurs*

*Ir. H.W.A. Struben, epidemioloog, hoofd vakgroep Epidemiologie, G.R. de Wildt, arts, wetenschappelijk medewerker en I. Burger, onderzoeker, allen werkzaam op de vakgroep Epidemiologie van de afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Den Haag*

figuur 1  
De buurten in stadsdeel Scheveningen met gerasterd de aandachtsgebieden



Buurtnr. Naam buurt

00	Duindorp	41	Zorgvliet
01	Oud-Scheveningen	42	Stadhoudersplantsoen
02	Vissershaven	43	Sweelinckplein e.o.
03	Scheveningen-badplaats	70	Oostduinen
04	Visserijbuurt	71	Belgisch Park
05	Van Stolkpark/Scheveningse Bosjes	gerast.	Harstenhoekkwartier
07	Statenkwartier	72	Rijslag
08	Geuzenkwartier	73	Westbroekpark
		74	Duttendel

welzijn) verkleinen. Deze enquête is slechts één onderdeel van een reeks activiteiten in het project 'Gezond Scheveningen'.

Hoewel we nog niet alle resultaten uitgebreid hebben geanalyseerd weten we wel dat de enquête een schat aan bruikbare informatie heeft opgeleverd. We zullen steeds een keuze maken en op gezette tijden - themagericht - hierover in het Epidemiologisch Bulletin berichten. In dit algemene introducerende artikel vertellen we allereerst iets over stadsdeel Scheveningen (figuur 1): welke kenmerken draagt het. Daarna gaan we in op de responspopulatie van het onderzoek. In het artikel 'Voelt de Scheveninger zich gezond?' in dit bulletin

geven we enkele in het oog springende resultaten weer van de verschillen in gezondheid tussen de buurten.

*'Scheveningen' als vissersdorp*

Stadsdeel Scheveningen, gelegen aan de kust, omvat bijna 60.000 inwoners. De buurten hebben een sterk verschillend uiterlijk. Statige herenhuizen met veel groen erom heen in de ene wijk en smalle straatjes met hofjes in de andere. Het stadsdeel kent een tamelijk autochtone, maar daarmee niet minder geschakeerde bevolkingssamenstelling.

Vanuit historisch perspectief kunnen een drietal ontwikkelingen worden geschetst die hun stempel hebben gedrukt op de karakteristieken van dit stads-

deel. Allereerst, uiteraard, de visserij die in meer dan zeven eeuwen het leven in het vissersdorp 'Scheveningen' (in figuur 1: buurt 01) volledig heeft gedomineerd. De vissers en hun gezinnen leefden, door een woest duinlandschap gescheiden van Den Haag, geïsoleerd aan de kust. In de tweede helft van de vorige eeuw nam de bevolking van zowel Scheveningen als Den Haag sterk toe. Ingesloten door de zee aan de ene kant en het oprukkende Den Haag aan de andere kant raakte het dorp propvol met kleine woninkjes, hofjes en steegjes. Drastische bouwkundige saneringen aan het begin van de twintigste eeuw maakten het noodzakelijk dat vele vissersgezinnen zich gingen vestigen in de nieuwe wijken Duindorp en het Geuzenkwartier, gelegen rondom het oude vissersdorp en de pas aangelegde haven (buurt 02).

Het zijn deze wijken waar - samen met de meer noord-oostelijk gesitueerde Visserijbuurt en delen van Scheveningen-badplaats - de visserijcultuur nog steeds waarneembaar is in de vorm van klederdracht en dialect. Hoewel de laatste twee decennia de visserij als bedrijfstak aan betekenis heeft ingeboet, hebben de Scheveningers hun eigen identiteit behouden en kennen ze een sterk saamhorigheidsgevoel.

Bewoners van deze buurten zien hun woonlocatie dan ook als een zelfstandig - en van (het dorp) Den Haag onderscheiden - onafhankelijk dorp. Scheveningers - waag het niet ze Hagenaars te noemen - voelen zich erg verbonden met de buurt waar ze wonen. Met name het gevoel van veiligheid binnen deze gemeenschap (cultuur) weerhoudt



*Vrouwen in klederdracht in de zonnige Vuurbaakstraat.*

velen ervan naar een woning buiten 'Scheveningen' te zoeken. Ook verzetten sommigen zich sterk tegen vestiging van niet-Scheveningers (3).

De buurten Duindorp, Vissershaven, Oud-Scheveningen, de Visserijbuurt en de aangrenzende woonbuurten van Scheveningen-badplaats tellen relatief veel kleine en goedkope (huur)-woningen. In het door duinen en het verversingskanaal van de rest van Den Haag afgescheiden Duindorp, zijn in de jaren twintig veel (saaie) etagewoningen gebouwd met weinig groen ertussen. Onlangs zijn veel van deze woningen gerenoveerd. Desondanks ademt het nog zijn oorspronkelijke sfeer uit. In de overige drie buurten moest in de jaren zestig veel van de oorspronkelijke woningbouw plaatsmaken voor massale bouw in de vorm van flats. Hernieuwd historisch besef remt deze ontwikkeling in de zeventiger jaren weer af en maakt plaats voor restauratie.

Het havengebied is in de loop van deze eeuw met nog eens twee havens uitgebreid. Er bestaan plannen voor een vierde haven (ten behoeve van de beroepsvaart), uitbreiding van de jachthaven en de bouw van luxe appartementen en recreatieve voorzieningen in het huidige havengebied.

#### *'Scheveningen' als badplaats*

Een tweede belangrijk aspect dat zijn stempel op het stadsdeel Scheveningen heeft gedrukt is de ontwikkeling - vanaf 1816 - van de badplaats 'Scheveningen'. Op veilige 'hygiënische' afstand van het dorp ontstond noordelijker een apart centrum van hotels, restaurants en attracties zoals de renbaan, het wandelhoofd en het circusgebouw. De uiterst mondaine badplaats trok bezoekers van heinde en verre en wist gedurende een lange periode van bloei een wereldfaam op te bouwen. Na een periode van verval na de Tweede Wereldoorlog bloeide eind jaren zeventig de badplaats weer op tot een luxueuse luidruchtige toeristenattractie die jaarlijks miljoenen bezoekers trekt. De bouw van hotels en massale exclusieve woningbouw op de boulevard en rondom het Kurhaus hebben het gezicht van de badplaats totaal veranderd. De attracties en de toestroom van de bezoekers zijn verantwoordelijk voor

uitgebreide verkeers-, parkeer-, geluid- en stankoverlast tot ver in de omtrek. Nieuwbouwplannen voor woningbouw, voor attracties en parkeergarages in de Scheveningen-badplaats en in de omgeving van het Harstenhoekkwartier zullen de druk op dit gebied in de naaste toekomst nog vergroten.

#### *Den Haag en Scheveningen groeien naar elkaar toe*

##### *Notabelen*

Van groot belang voor het stadsdeel Scheveningen was tenslotte de sterke bevolkingsgroei die zich behalve in de vissersplaats ook in de rest van Den Haag voordeed. Rond de eeuwwisseling vestigden de goede Haagse burgerij en vele notabelen van elders zich in de nieuwe statige villawijken tussen Den Haag en Scheveningen. Het ruimbemeten en groene, veelal parkachtige, karakter van dit gebied kenmerkt vandaag de dag nog steeds de buurten Zorgvliet, Van Stolkpark/Scheveningse Bosjes, Westbroekpark en Duttendel. In deze buurtcombinatie - goed voor ruim een derde van de oppervlakte van het stadsdeel - woont slechts 5% van de stadsdeelbevolking. Eveneens voornamelijk, maar dichter bebouwd, is het aangrenzende oostelijke deel van het Belgisch Park. Het aan de kust gelegen deel van

*Het Kurhaus, half verscholen achter de nieuwbouw.*



het Belgisch Park - Harstsenhoek - is vergeleken met genoemde buurten, het minst ruim bemeten en kent derhalve weinig groen. De deels autochtone Scheveningers lijden meer dan elders in het Belgisch Park onder de eerdergenoemde overlast vanuit de badplaats. Dit gebied wordt derhalve, samen met de buurten Duindorp, Vissershaven, Oud-Scheveningen en de Visserijbuurt, tot de gemeentelijk aandachtsgebieden\* van het stadsdeel gerekend (figuur 1).

### Statig

Het naar elkaar groeien van 'Scheveningen' en Den Haag kreeg in de periode 1890 tot 1920 vooral zijn beslag door de bouw van Duinoord (buurt 42: Stadhoudersplein en buurt 43: Sweelinckplein e.o.) en het Statenkwartier. Het oorspronkelijke karakter van gebogen stratenpatronen, hoge statige woningen opgetrokken in harmonieuze bouwstijlen met prachtig glas-en-lood en gevelpartijen is grotendeels bewaard gebleven. Duinoord maar vooral het Statenkwartier behoren tot de geliefdste woonwijken van Den Haag. De bevolking heeft weinig gemeen met de bewoners van het oude 'Scheveningen'. Veel repatrianten en ambtenaren uit het voormalig Nederlands-Indië

vestigden zich er tijdelijk of blijvend. De uitheemse eetgelegenheden en pensions deden hier het eerst hun intrede.

### Weinig allochtonen, veel bejaarden

De drie genoemde ontwikkelingen zijn in belangrijke mate bepalend geweest voor sociaal-culturele, economische en demografische tekening van het stadsdeel.

Kijken we naar de etniciteit van de bewoners van het stadsdeel dan zien we dat slechts 1% een Turkse, een Marokkaanse dan wel een Euromediterraanse nationaliteit heeft en 2% van Surinaamse of Antilliaanse afkomst is. Merendeels wonen ze in Duinoord. 6% van de stadsdeelbevolking heeft een andere buitenlandse nationaliteit. Dit zijn veelal welgestelde diplomaten of medewerkers van internationale instellingen en bedrijven. Ze wonen vooral in de 'Groene strook' (de buurten 41, 05, 73 en 74) en in de luxe woningen in de badplaats.

Met meer dan 20% bejaarden is stadsdeel Scheveningen - zelfs voor Haagse begrippen - relatief oud. Vooral in de 'Groene strook' en de Vissershaven wonen veel ouderen. Duinoord daarentegen kent een relatief jonge bevolking.

In Duinoord, Statenkwartier en Scheveningen-badplaats wonen relatief veel ongehuwden, alleenstaanden en kamerbewoners. Dit zijn tevens de buurten met de grootste verhuismobiliteit. In de gemeentelijke aandachtsgebieden en in het Geuzenkwartier zien we daarentegen het tegenovergestelde patroon: weinig alleenstaanden, een hechte sociale binding en een geringe geneigdheid tot verhuizen. Voor zover de bewo-

ners verhuizen, gebeurt dit vooral binnen het eigen woongebied. Het gemiddelde sociale niveau van het stadsdeel ligt boven het Haagse niveau. Mensen met hogere inkomens en hoger opgeleiden wonen vooral in de 'Groene strook', het Statenkwartier en het Belgisch Park. Inwoners van Duindorp, Vissershaven en Oud-Scheveningen hebben de laagste inkomens. Het percentage werklozen is hier - samen met Duinoord - het hoogst, maar ligt onder het Haagse niveau. Gemeten aan de opkomst bij de verkiezingen is de politieke participatie bij de bewoners in de buurten nabij de Haven het geringst. Centrum-rechts trekt met name in Duindorp veel kiezers. In de oorspronkelijke Scheveningse buurten speelt de religie - vooral onder de oudere generatie - een grote rol. Ze behoren vooral tot de Nederlands-Hervormde gemeente en hechten zeer aan de in stand houding van de zondagsrust.

Het aantal geboortes in het stadsdeel is laag vergeleken met de rest van de stad. Het reproductiecijfer\*\* is het hoogst in Duindorp, gevolgd door het Geuzenkwartier, Vissershaven en Oud-Scheveningen.

### De gezondheidsenquête

In april 1992 heeft de vakgroep Epidemiologie van de afdeling Gezondheidsbevordering van de GGD onder een steekproef van deze bevolking een uitgebreide schriftelijke gezondheidsenquête gehouden. Alleen mannen en vrouwen die ouder waren dan 18 jaar, de Nederlandse nationaliteit bezaten en niet in een bejaardentehuis woonden of opgenomen waren in een verpleeghuis, konden in de steekproef komen.

\* Deze gebieden zijn geselecteerd vanwege relatief ongunstige sociaal-economische omstandigheden en woon- en leefklimaat van de bewoners. Via subsidies en andersoortige extra inzet tracht de gemeente voorzieningen te verbeteren en voorwaarden te creëren om de achterstand in overleg met de bewoners te verminderen.

\*\* Het reproductiecijfer geeft aan in welke mate vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15-49 jaar) kinderen krijgen.

In de aandachtsgebieden van stadsdeel Scheveningen (figuur 1) zijn meer mensen geënquêteerd (1). 57% van de bewoners die aangeschreven zijn heeft de enquête ingevuld en teruggestuurd. Normaal reageert in een (middel)grote stad bij een dergelijke enquête zo'n 60%. Met deze mate van reactie kunnen we dan ook heel tevreden zijn.

De vraag is nu: Heeft de groep mensen die heeft meegedaan aan het onderzoek een zelfde samenstelling qua leeftijd en geslacht (stadsdeel- en buurtniveau) dan de bevolking zelf? In grote lijnen bleek dit het geval. De belangrijkste verschillen waren:

- aan het onderzoek hebben de vrouwen (60%) meer meegedaan dan mannen (54%);
- de mate van reactie in verschillende leeftijdscategorieën bij vrouwen verschilt weinig. Alleen de vrouwelijke 80-plussers zijn slechts voor 43% vertegenwoordigd;
- bij de mannen verschilt dit nogal. In de leeftijdscategorie 18-39-jarigen is deze 49% en in de oudste groep, de 80-plussers, 68%;
- de mannen in Duindorp, Scheveningen-badplaats en Rijslag zijn in het onderzoek het minst goed vertegenwoordigd (48%);
- de vrouwen in Oud-Scheveningen hebben zich het minst laten horen (52%);
- als we de aandachtsgebieden met de niet-aandachtsgebieden vergelijken zijn er geen in het oog springende verschillen in respons naar leeftijd en geslacht.

Al met al kunnen we stellen dat de deelnemers aan het onderzoek een goed beeld geven

*Procentuele leeftijdsverdeling voor mannen en vrouwen in de responspopulatie en in de stadsdeelpopulatie. Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.*

Leeftijd	Responspopulatie		Stadsdeelpopulatie	
	Man %	Vrouw %	Man %	Vrouw %
18-39 jaar	38	39	44	39
40-64 jaar	39	34	37	31
65-79 jaar	18	21	15	20
80-plussers	5	6	4	10
Totaal	100	100	100	100

van de bevolking in stadsdeel Scheveningen wat leeftijd en geslacht betreft (tabel 1). Alle buurten zijn in ruime mate vertegenwoordigd. Echter één derde van de Scheveningse bevolking die is benaderd, heeft zich niet uitgesproken. Onder deze groep kunnen zich naar verhouding meer mensen bevinden die zich lichamelijk en/of psychisch ziek voelen of in ongunstige leefomstandigheden verkeren.

#### *Sociaal niveau*

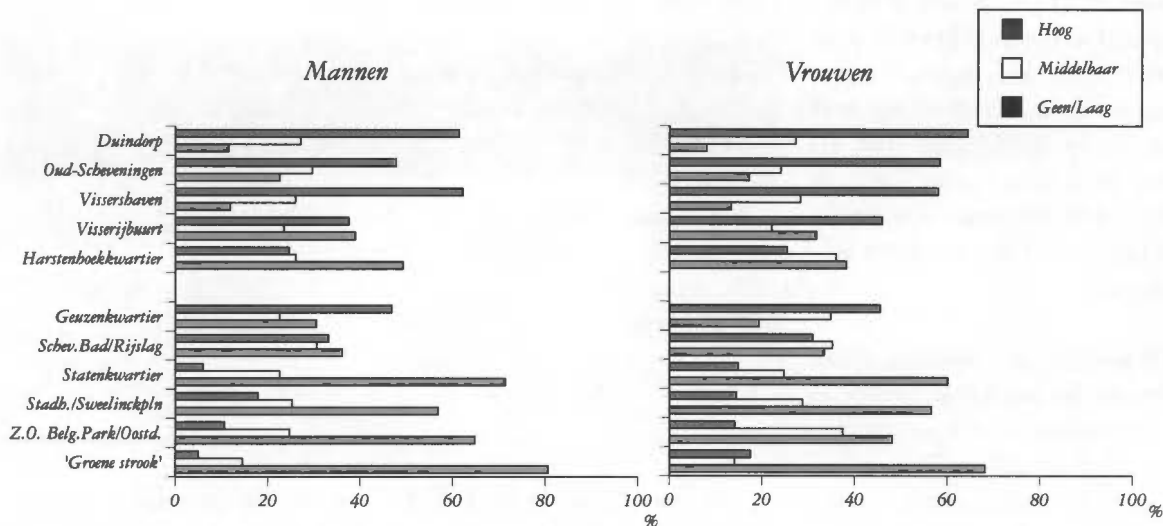
Bekend is dat sociaal niveau samenhangt met gezondheid. Welgestelden zijn in het algemeen gezonder dan niet-welgestelden. Vandaar dat we in de laatste paragraaf van dit artikel hieraan aandacht besteden. De hoogte van het inkomen, de aard van het beroep en het opleidingsniveau zijn bepalend voor iemands sociale niveau. Opleiding is naar verhouding het meest betrouwbaar vast te leggen. Gezien het doel van dit onderzoek volstaat opleiding als maat voor sociaal niveau. Daarom zullen we ons bij de weergave van de resultaten van de gezondheidsenquête in het volgende en in de komende artike-

len meestal beperken tot opleiding wanneer we informatie nodig hebben over het sociale niveau. Een hoge sociaal niveau, dan wel opleiding alléén, gaat vaak samen met het vermogen invloed uit te oefenen en gehoord te worden. Omdat opleiding zo belangrijk is voor gezondheid geven we de percentages weer van personen die - op basis van de uitkomsten van het onderzoek - in de buurt-(combinaties) een hoge, middelbare dan wel lage opleiding hebben genoten (figuur 2 \*\*\*).

Bij vrouwen is het aandeel dat geen of een lage opleiding heeft genoten vrijwel in alle buurt-(combinaties) hoger dan bij de

*\*\*\* Omdat, globaal genomen, jongvolwassenen in Nederland - in verband met de toegenomen mogelijkheden tot onderwijs - een hogere opleiding hebben genoten dan ouderen, kunnen we de uitkomsten in de buurten niet zonder meer vergelijken: in de ene buurt (combinatie) wonen veel meer ouderen dan in de andere. Om dit effect van de leeftijd uit te schakelen hebben we voor leeftijd direct gestandaardiseerd. (Per buurt worden de leeftijdspecifieke uitkomsten van de enquête toegepast op de leeftijdsverdeling van de stadsdeelbevolking.)*

figuur 2  
 Procentuele verdeling van de opleidingsniveaus\* per buurt (combinatie) voor mannen en vrouwen. Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.



\* *Geen/Laag* Geen opleiding - lager beroepsonderwijs  
*Middelbaar* Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs - middelbaar beroepsonderwijs  
*Hoog* Hoger algemeen voortgezet onderwijs - wetenschappelijk onderwijs

mannen. De aandachtsgebieden zijn mede op grond van het lage sociale niveau aangewezen. De deelnemers in de buurten Duindorp, Oud-Scheveningen, Vissershaven en, in mindere mate, de Visserijbuurt, passen in dit beeld. Harstenhoek (noord-westelijk deel van buurt 71) daarentegen veel minder. Aan de rechterzijde steekt vooral Geuzenkwartier en in mindere mate Scheveningen-badplaats-/Rijslag ongunstig af. Deze rangorde van sociaal niveau, ondersteund door de opleidingsniveaus van de responspopulatie, is belangrijk bij de interpretatie van de onderzoeksgegevens.

**Literatuur:**

1. Het project 'Gezond Scheveningen'. Epidemiol Bul 1992; 27 nr. 3: 29-31.
  2. Het project 'Gezond Scheveningen'. Epidemiol Bul 1993; 28 nr. 1: 35-6.
- Sociaal-demografische en gezondheidskenmerken, stadsdeel Scheveningen. GGD, vakgroep Epidemiologie. Den Haag, januari 1993.
  - Land en Zand: Scheveningen, een woonplaats om aan te hechten. Gemeentelijk Woningbedrijf Scheveningen. Den Haag, maart 1992.
  - De stad in delen. Waanders Uitgevers te Zwolle i.s.m. de afdeling Voorlichting en Externe betrekkingen van de Gemeente Den Haag 1992.

# Voelt de Scheveninger zich gezond?

*I. Burger, S.L.M. van der Toorn, G.R. de Wildt en H.W.A. Struben*

---

Hoe gezond is een wijk en hoe meet je dat? In Scheveningen werd vorig jaar een uitgebreide schriftelijke enquête gehouden, die antwoord moest geven op de vraag hoe het daar met de gezondheid is gesteld. Over een aantal aspecten kan al worden gerapporteerd. Het artikel beschrijft de methodiek van het meten van gezondheid en geeft enkele bevindingen. Zo blijkt een kwart van de mannen en een derde van de vrouwen een lichamelijk ongemak te hebben.

Met het project 'Gezond Scheveningen' wordt beoogd de gezondheid van de bevolking in stadsdeel Scheveningen in beeld te brengen. Gezondheid kan op velerlei wijzen worden gemeten en geïnterpreteerd. Een combinatie van een meer systematische benadering (epidemiologie) en een meer kwalitatieve benadering (antropologie) van het begrip 'gezondheid' stond aan de basis van de onderzoeksopzet. De gezondheidsenquête die hier aan de orde komt is bedoeld om op systematische wijze inzicht te krijgen in de verschillende dimensies en aspecten die met gezondheid samenhangen. Via een schriftelijke vragenlijst is de ervaren gezondheid van bewoners op gestructureerde wijze onderzocht. Een ander deel van het project betreft de verzameling van kwalitatieve gegevens, die aanvullend op de uitkomsten van de enquête de noodzakelijke nuances en diepgang moeten geven. De kwalitatieve gegevens zijn verkregen via gesprekken met sleutelfiguren (1). De resultaten die we in dit

---

*Over de auteurs*

*I. Burger, onderzoeker, S.L.M. van der Toorn, drs. in de klinische en gezondheidspsychologie, G.R. de Wildt, arts, wetenschappelijk medewerker, ir. H.W.A. Struben, epidemioloog, hoofd vakgroep Epidemiologie, allen (tijdelijk) werkzaam op de vakgroep Epidemiologie van de afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Den Haag*

artikel bespreken zijn gebaseerd op de enquêtegegevens en betreffen de 'ervaren gezondheid'. Achtereenvolgens komen aan de orde: de algemene ervaren gezondheid, lichamelijke beperkingen in het dagelijks functioneren, psychisch welbevinden en de manier waarop met problemen wordt omgegaan (coping). Het zijn eerste algemene analyses. In de weergave van de resultaten is als invalshoek gekozen de ongezondheid. Speciale interesse bestaat hierbij voor de uitkomsten van buurten in stadsdeel Scheveningen die juist voor gemeentelijke diensten zijn aangewezen als aandachtsgebieden: buurten met een relatief laag sociaal niveau (2). Omdat gezondheid samenhangt met leeftijd zijn de uitkomsten steeds gecorrigeerd voor de leeftijd\*. In Nederland is een aantal onderzoeken uitgevoerd die op de enquête in stadsdeel Scheveningen lijken. Zo zijn gezondheidsenquêtes gehouden in Amsterdam, Rotterdam en Flevoland en tal van andere plaatsen. Voor zover vergelijkingen mogelijk zijn zullen de uitkomsten uit de enquête in Scheveningen met deze onderzoeken worden vergeleken.

**Algemene ervaren gezondheid**

De algemene ervaren gezondheid is op twee manieren gemeten. Aan de bewoners is gevraagd de eigen gezondheid te waarderen met een rapportcijfer. Daarnaast is het gemeten via de

\* Dit is gedaan via directe standaardisatie: de leeftijds specifieke uitkomsten van de enquête zijn toegepast op de leeftijdsverdeling van de stadsdeelbevolking.

zogenoemde RAND-GHPQ-lijst (26 vragen), gebruikt in de Health Insurance Study in de Verenigde Staten. Centraal staat de inschatting van de algemene gezondheidstoestand van betrokkene in het verleden, het heden en in de toekomst. Uit een kritische evaluatie van concepten van gezondheid kwam deze test als een goed meetinstrument naar voren (3). De RAND-GHPQ-lijst is daarom door de vakgroep Huisartseneeskunde van de Vrije Universiteit in Amsterdam in het Nederlands vertaald en mede op basis van de uitkomsten van het onderzoek in stadsdeel Scheveningen - onlangs onderzocht op validiteit (meet de test wat het beoogt te meten). De lijst is derhalve slechts op kleine schaal in Nederland gebruikt. Uit het validiteitsonderzoek is tot dusverre gebleken dat in de RAND-GHPQ-lijst de inschatting van de huidige gezondheid op de voorgrond treedt, boven de gezondheid in het verleden en de voorspelling van gezondheid in de toekomst. Voor ons doel van de gezondheidsenquête: een beeld te schetsen van de ervaren gezondheid, behoeft dit geen probleem te zijn. We spreken geen verwachting uit over de gezondheid in de toekomst.

Uit het gemiddelde rapportcijfer blijkt dat de populatie van Scheveningen zichzelf als gezond beschouwt. Bij de mannen is dit cijfer 7,4 en bij de vrouwen 7,2. In vergelijking met de andere onderzoeken steekt Scheveningen enigszins ongunstig af (tabel 1) (4)(8)(10)(11). Bekend is dat de gezondheid in grote steden in het algemeen slechter is dan in overige gebieden.

**tabel 1**  
Gemiddeld gezondheidscijfer. Stadsdeel Scheveningen vergeleken met andere onderzoeken in Nederland <sup>1)</sup>.

Scheveningen	7,1
Amsterdam	7,3
Groningen	7,8
Brabant	7,4
Flevoland	7,6
Almere	7,7
Nederland	7,9

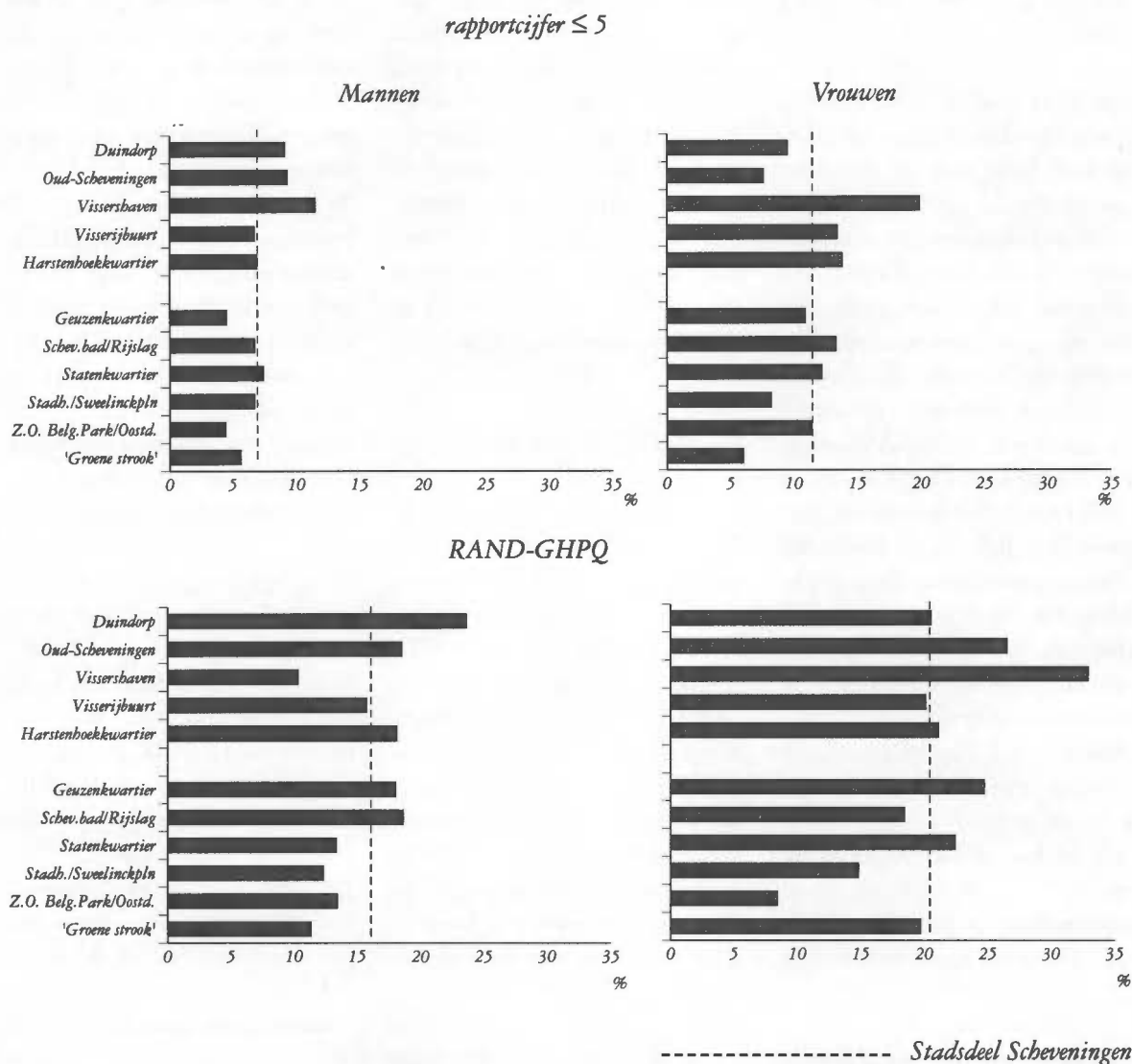
<sup>1)</sup> Bij de interpretatie van deze scores moet rekening worden gehouden met verschillen in samenstelling van de bevolking qua leeftijdsopbouw en qua etniciteit van de populaties. Ook is de vraagstelling niet bij ieder onderzoek exact hetzelfde geweest.

Het lagere gemiddelde rapportcijfer bij de vrouwen kan gedeeltelijk worden verklaard doordat er meer oudere vrouwen dan oudere mannen zijn. De gemiddelde rapportcijfers in de buurt(combinaties) verschillen weinig van elkaar. Wanneer echter gekeken wordt naar het percentage mensen dat de eigen gezondheid als onvoldoende waardeert (een vijf of lager), dan blijken er wel duidelijke verschillen tussen buurten en tussen mannen en vrouwen te bestaan (figuur 1). Bij de mannen is het percentage onvoldoendes in het algemeen wat hoger in de aandachtsgebieden (bovenste vijf rijen). In de Vissershaven valt het hoge percentage bewoners op dat zichzelf een onvoldoende geeft, vooral onder vrouwen: mannen 12% en vrouwen 20%. Behalve met behulp van het rapportcijfer is de algemene ervaren gezondheid, zoals gezegd, gemeten via de RAND-GHPQ (figuur 1). Het deel dat de gezondheid volgens die



figuur 1

Percentuele verdeling van de algemene ervaren ongezondheid volgens het rapportcijfer (boven) en de RAND-GHPQ-lijst (onder) per buurt (combinatie) voor mannen en vrouwen. Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.



laatste methode als niet goed waardeert is globaal dubbel zo hoog dan gemeten volgens het rapportcijfer (mannen respectievelijk 16% en 7% en bij vrouwen 21% en 11%). Dit geldt niet voor de mannen in de Vissershaven; de percentages komen hier bij beide metingen ongeveer overeen (RAND-GHPQ 10% en rapportcijfer 11%).

### Lichamelijke beperkingen

Aan alle respondenten is de vraag gesteld 'Heeft u (een) lichamelijk(e) ongemak(ken) waarvan u gewoonlijk bij allerlei dagelijkse activiteiten in belangrijke mate last ondervindt? Hierop hebben 24% mannen en 34% vrouwen met 'ja' geantwoord. Aangezien vooral oudere mensen last hebben van lichamelijke ongemakken is voor deze groep een aparte vragenlijst afgenomen. Deze vragenlijst, ook wel ADL-lijst (Activities of Daily

Living) genoemd, is een meetinstrument voor langdurige beperkingen in het lichamelijke functioneren. Ze meet beperkingen in het lichamelijke functioneren, toegespitst op zelfredzaamheid, mobiliteit en communicatie (3). Alleen bewoners die ouder waren dan 55 jaar hebben haar ingevuld. Deze leeftijdsgrens is arbitrair. Voor enkele in de lijst opgenomen beperkingen geldt dat ook mensen boven de 65 jaar weinig moeite ondervinden, zoals een gesprek voeren met één persoon,

verstaanbaar praten, eten snijden en aan- en uitkleden. Pas bij het passeren van de 80-jarige leeftijd gaan hier problemen ontstaan (5).

Voor het stadsdeel Scheveningen geldt dat 53% van de mannen en 56% van de vrouwen boven de 55 jaar op twee of meer aspecten van het dagelijks functioneren beperkingen ondervindt. De oudste groep, 80 jaar en ouder, doet het zoals verwacht het slechtste. Het laagste percentage bedraagt 11% onder de mannen in de leeftijdscategorie 55-64 jaar. Het hoogste is 96% onder vrouwen van 80 jaar en ouder. Behalve in het Stadhoudersplantsoen, Sweelinckplein e.o. en het zuid-oostelijk deel van het Belgisch Park scoren de mannen beter dan de vrouwen (figuur 2).

Hoewel deze bevindingen conform de verwachting zijn, blijkt hieruit opnieuw de noodzaak, ook in de stad Den Haag, meer aandacht te geven aan een goede ouderenzorg. Het dagelijks functioneren wordt voor deze

oudste groep aanmerkelijk veraangenaamd wanneer voldoende ondersteuning in allerlei vormen van thuiszorg wordt gegeven. Goede bereikbaarheid van buurtvoorzieningen, zoals winkels, en medische voorzieningen maakt tevens deel uit van een goede zorg voor de oudste generatie. Hierbij moet ook worden gedacht aan voldoende ruimte op de stoep (geen uitstallingen en geen auto's) en goede transportmogelijkheden.

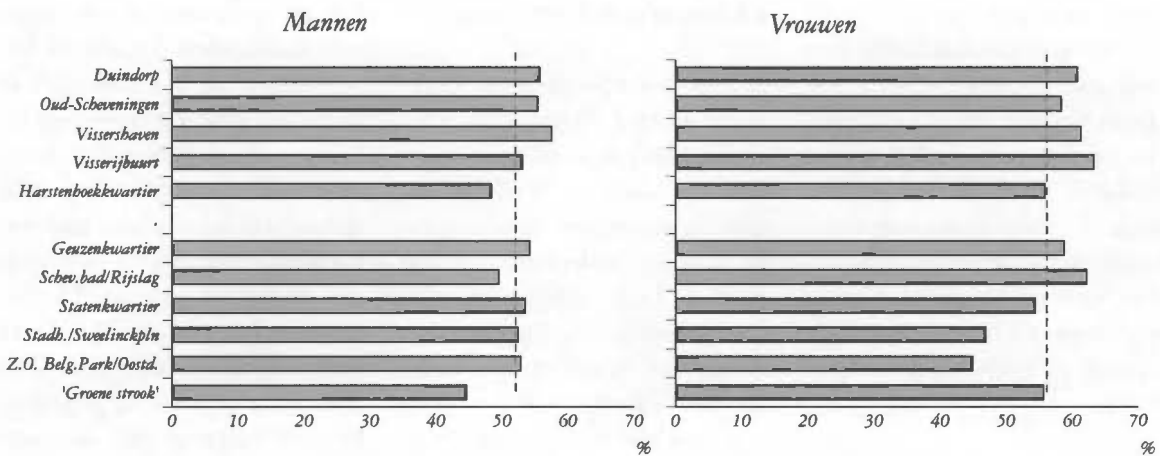
**Geestelijke gezondheidszorg**

Een heel ander aspect van de gezondheid is het psychisch welbevinden. Psychisch functioneren is gemeten met de General Health Questionnaire-12 (GHQ-12, blz. 36) (6). De GHQ-12 meet het vóórkomen van niet-psychotische psychiatrische en/of affectieve aandoeningen van recente oorsprong en wordt veel gebruikt voor bevolkingsonderzoeken in de westerse wereld (7). De vragenlijst is geschikt voor bevol-

kingsonderzoek maar niet zozeer voor individuele diagnose. Ze geeft ook geen indicatie van de ernst van de potentiële stoornis. Bij een score van twee of meer kan met voldoende waarschijnlijkheid een psychisch onwelbevinden worden geconstateerd. Hoe hoger de score hoe groter de kans dat betrokkene een psychiatrische aandoening heeft waar hij/zij niet zonder professionele hulp uitkomt. Bij de drempelwaarde van twee of hoger omvat de groep positieve scoorders zowel mensen met psychosociale problemen als mensen met een psychiatrische aandoening (12).

In Scheveningen scoort 34% van de bevolking positief op de GHQ-12. Vergeleken met andere enquêtes in Nederland is dit een relatief hoog percentage (tabel 2) (9)(10)(11). Aangezien Den Haag tot de grote steden van het land behoort, is dit echter niet verwonderlijk. De uitkomst op de GHQ-12 vertoont geen duidelijke relatie met leeftijd. Ook bij de verge-

**figuur 2**  
 Percentuele verdeling twee of meer langdurige lichamelijke beperkingen volgens ADL-lijst per buurt(combinatie) voor mannen en vrouwen ouder dan 55 jaar. Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.



lijking van de uitkomsten per buurt zien we geen systematische verschillen (figuur 3). Wel blijken er verschillen tussen mannen en vrouwen. Vrouwen scoren gemiddeld hoger, dat wil zeggen ongunstiger, dan mannen (respectievelijk 38% en 32%). Dit verschil kan mede het gevolg zijn van het gebruik van de verkorte versie van de GHQ (12). De gevoeligheid, dat wil zeggen de kans op identificatie van 'psychisch onwelbevinden', is bij deze verkorte versie hoog (6). Hierdoor kan een vertekend beeld ontstaan ten nadele van de vrouwelijke populatie, die eerder geneigd is uiting te geven aan onlustgevoelens (12). Voor een uitgebreidere bespreking van de GHQ in relatie tot sekse en sociale klasse wordt verwezen naar (12).

De waarde van het gebruik van de GHQ-12 binnen dit onderzoek is vooral gelegen in de relatie met andere uitkomsten in de enquête. Aan psychisch onwelbevinden kunnen verscheidene oorzaken ten grondslag lig-

gen. Een gevoel van onveiligheid en/of sociaal isolement kunnen hiermee bijvoorbeeld in relatie worden gebracht. Psychisch onwelbevinden zal ook van invloed zijn op de ervaren gezondheid.

### Omgaan met problemen

Een specifiek aspect van psychisch functioneren is de manier waarop mensen met problemen omgaan. Of dit op een actieve dan wel passieve wijze gebeurt is gemeten met een coping-vragenlijst. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de verkorte versie van de coping-vragenlijst zoals samengesteld door de GGD Amsterdam (8). Er zijn indicaties dat de manier waarop iemand met zijn problemen omgaat op de langere termijn van invloed is op lichamelijke gezondheidsklachten en op psychisch welbevinden. De relatie is zodanig dat mensen die een actieve houding aannemen ten opzichte van problemen in vergelijking met mensen die een

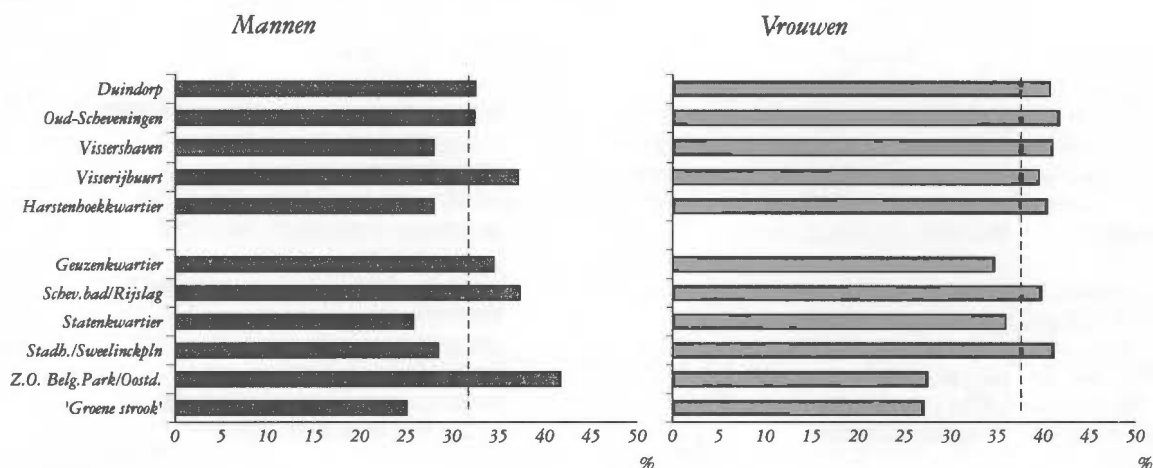
**tabel 2**  
Percentage bewoners met potentiële psychische stoornis op basis van de GHQ-12. Stadsdeel Scheveningen vergeleken met andere onderzoeken in Nederland<sup>1)</sup>.

	%
Scheveningen	34
Amsterdam	37
Groningen	32
Utrecht	24
Brabant	28
Nijmegen	25
Nederland	25

<sup>1)</sup> Bij de interpretatie van deze scores moet rekening worden gehouden met verschillen in samenstelling van de bevolking qua leeftijdsopbouw en qua etniciteit van de populaties. Ook is de vraagstelling niet bij ieder onderzoek exact hetzelfde geweest.

passieve houding aannemen minder snel moeilijkheden met de gezondheid ontwikkelen. Iemand staat er slechter voor wanneer hij/zij zich snel laat ontmoedigen en overtuigd is dat

**figuur 3**  
Percentuele verdeling psychisch onwelbevinden volgens GHQ-12 per buurt (combinatie) voor mannen en vrouwen. Stadsdeel Scheveningen. Den Haag 1992.



tabel 3

Percentage bewoners met een passieve score op de coping-lijst naar leeftijd en geslacht. Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.

	Mannen %	Vrouwen %
18 - 34 jaar	29	27
35 - 64 jaar	34	40
65-plussers	56	58
Totaal	37	41

door eigen toedoen geen invloed op problemen kan worden uitgeoefend.

De uitkomsten van de coping-vragenlijst voor de bevolking van Scheveningen bevestigen de uitkomsten uit eerder gedaan onderzoek (8). Leeftijd, geslacht en sociaal niveau hangen samen met coping. Relatief meer ouderen, vrouwen en mensen met een lager sociaal niveau gaan op passieve wijze met hun problemen om (tabel 3 en figuur 4).

Wanneer buurten worden vergeleken, dan zien we een opvallend verschil tussen mannen en

vrouwen. Voor vrouwen verschilt het percentage dat een passieve coping-score heeft weinig tussen de verschillende buurten. Bij mannen daarentegen is het percentage met een 'passieve' coping-score aanzienlijk hoger in de buurten met een laag sociaal niveau.

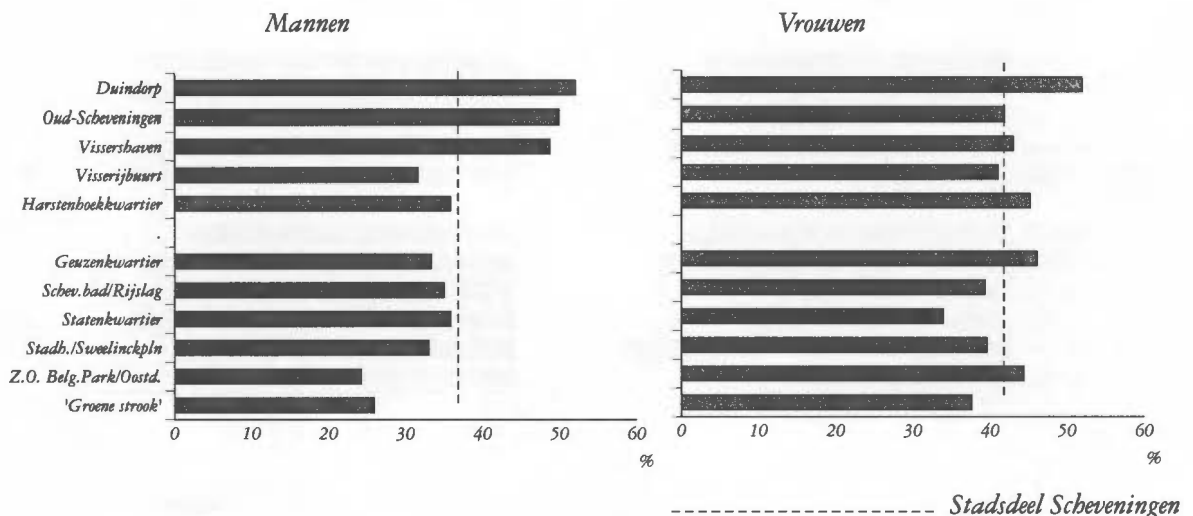
Een hoog percentage 'passieve copers' evenals een hoog percentage bewoners dat zichzelf onvoldoende gezond ervaart, is te vinden in buurten met een laag sociaal niveau. We zien uit de resultaten dat er een samenhang bestaat tussen een passieve benadering van problemen en

een slechtere gezondheid voor de bewoners van deze buurten, waarbij het verband met sociaal niveau (dat wil zeggen een hoog percentage laag opgeleiden) vooral voor de mannelijke bevolking geldt. Het creëren van voldoende mogelijkheden voor opleiding en ontplooiing voor de (mannelijke) bevolking in deze buurten zou mogelijk op indirecte wijze een positieve invloed kunnen hebben op de gezondheid.

Een ontwikkeling in het verleden, die mogelijk betrekking heeft op dit onderwerp, is de visserijcultuur. Terwijl de mannen veel en langdurig op zee waren, zwaaiden de vrouwen thuis de scepter. Dit is terug te vinden in de buurten Oud-Scheveningen en Vissershaven (figuur 4) waar veel vissersgezinnen wonen (en hebben gewoond). Hier nemen vrouwen een meer actieve houding aan vergeleken met de mannen in deze twee buurten.

figuur 4

Procentuele verdeling passieve copingwijze volgens copinglijst per buurt (combinatie) voor mannen en vrouwen. Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.



**Hoe nu verder met de uitkomsten**

Bij de interpretatie van de gegevens, zoals die hier zijn gepresenteerd, moet rekening worden gehouden met de informatie in het vorige artikel wat de afspiegeling van de totale bevolking betreft (2).

Wat hebben deze eerste resultaten over ervaren gezondheid ons geleerd? Het merendeel van de bevolking ervaart zichzelf gelukkig als gezond. Concentreren we ons op dat gedeelte van de bevolking, waarvoor een goede gezondheid niet als vanzelfsprekend kan worden beschouwd, dan vallen de wijken met een laag sociaal niveau op als 'aandachtsgebieden'. Aandacht voor de alleroudsten in de vorm van thuiszorg, sociale activiteiten en een goede bereikbaarheid van de buurtvoorzieningen moet op grond van de uitkomsten zeker meer op de voorgrond komen.

De relatie tussen psychisch onwelbevinden en lichamelijke beperkingen enertijds en buurten anderzijds kan op basis van deze bevindingen niet worden gelegd. Hoge percentages individuen met een passieve copingwijze en een als onvoldoende gewaardeerde gezondheid lijken wel samen te gaan in de buurten met een laag sociaal niveau.

Het onderzoek naar gezondheidsbeleving, zoals gemeten in de gezondheidsenquête, heeft geen onverwachte resultaten opgeleverd. Ze dienen echter als basis voor de volgende analyses. Het onderzoek beperkt zich niet sec tot de gezondheidsbeleving. Ook zijn aspecten gemeten die gerelateerd zijn aan de gezondheidsbeleving zoals de kwaliteit van de woning, onveiligheids-

gevoelens in de buurt, stank- en geluidsoverlast en leefgewoonten van mensen. De uitkomsten, die zijn beschreven in dit artikel zullen verder houvast bieden om de gezondheid van specifieke groepen bewoners in stadsdeel Scheveningen te verbeteren. Hieraan zullen we themagewijs aandacht besteden in volgende nummers van het Epidemiologisch Bulletin.

**Literatuur:**

1. Het project 'Gezond Scheveningen'. Epidemiol Bul Grav 1993; 28 nr. 1: 35-6.
2. Het project 'Gezond Scheveningen' De gezondheidsenquête onder Scheveningers. Epidemiol Bul Grav 1993; 28 nr. 2: 23-8.
3. König-Zahn C, Furer J, Tax B. Interimrapport project gezondheidsmeting. Nijmegen, oktober 1990.
4. Gezonde Flevo-gemeente enquête 1990: een onderzoek naar de gezondheidssituatie van de volwassen bevolking in de provincie Flevoland. Deel 1 Flevoland. Deel 2A Almere.
5. Sonsbeek JLA van. Methodische en inhoudelijke aspecten van de OESO-indicator betreffende langdurige beperkingen in het lichame-lijk functioneren. Maandber Gezondh 1988; 6: 4-15.
6. Goldberg WP. A Users Guide to the General Health Questionnaire NFER Nelson 1988, Windsor Berkshire.
7. Wilkin D, Hallam L, Dogget M. Measures of Need and Outcome for Primary Health Care. Oxford University Press: 1992.
8. Thomas R, Wieringen JCM van, Braan C. Gezondheid Westerpark in perspectief, gezondheidsenquête Westerpark 1990. Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Amsterdam, stafbureau Epidemiologie en Documentatie. Amsterdam, 1991.
9. Gerverdinck IHA, Gorissen WHM. De geestelijke gezondheid van de stad Utrecht zoals gemeten met de General Health Questionnaire. Gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdienst Utrecht. Utrecht 1990.
10. Giezen AM van der, Baecke J.A.H. Gezondheidsenquête 1989: een onderzoek naar de gezondheidssituatie van de bevolking in het Streekgewest Brabant-Noordoost en het stadsgewest 's-Hertogenbosch. GGD Brabant-Noordoost en GGD Stadsgewest 's-Hertogenbosch. Oss, maart 1990.
11. Gezondheidsenquête 1990. GGD Groningen-Goorecht Plus. Groningen 1991.
12. Vereijken I, Bauduin D. Sociale klasse, sekse en psychische problemen: Een verkennend literatuuronderzoek op het terrein van de psychiatrische epidemiologie. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid. NcGv-reeks 92-6. Utrecht, november 1992.

**GHQ-12**

- |  |   |
|--|---|
| <p>1 Heeft u zich de afgelopen vier weken kunnen concentreren op uw bezigheden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> beter dan gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> net zo goed als gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> slechter dan gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> veel slechter dan gewoonlijk</li> </ul>  | <p>7 Heeft u de afgelopen vier weken plezier kunnen beleven aan uw gewone dagelijkse bezigheden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> meer dan gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> evenveel als gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> wat minder dan gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> veel minder dan gewoonlijk</li> </ul>                                    |
| <p>2 Bent u de afgelopen vier weken door zorgen veel slaaptekort gekomen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> helemaal niet</li> <li><input type="radio"/> niet meer dan gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> wat meer dan gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> veel meer dan gewoonlijk</li> </ul>   | <p>8 Bent u de afgelopen vier weken in staat geweest uw problemen onder ogen te zien?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> beter in staat dan gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> net zo goed in staat als gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> minder goed in staat dan gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> veel minder goed in staat dan gewoonlijk</li> </ul> |
| <p>3 Heeft u de afgelopen vier weken het gevoel gehad zinvol bezig te zijn?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> zinvoller dan gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> net zo zinvol als gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> minder zinvol dan gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> veel minder zinvol dan gewoonlijk</li> </ul>  | <p>9 Heeft u zich de afgelopen vier weken ongelukkig of neerslachtig gevoeld?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> helemaal niet</li> <li><input type="radio"/> niet meer dan gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> wat meer dan gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> veel meer dan gewoonlijk</li> </ul>  |
| <p>4 Voelde u zich de afgelopen vier weken in staat om beslissingen (over zaken) te nemen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> beter in staat dan gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> net zo goed in staat als gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> wat minder goed in staat dan gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> veel minder goed in staat dan gewoonlijk</li> </ul> | <p>10 Bent u de afgelopen vier weken het vertrouwen in u kwijtgeraakt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> helemaal niet</li> <li><input type="radio"/> niet meer dan gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> wat meer dan gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> veel meer dan gewoonlijk</li> </ul>   |
| <p>5 Heeft u de afgelopen vier weken het gevoel gehad, dat u voortdurend onder druk stond?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> helemaal niet</li> <li><input type="radio"/> niet meer dan gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> wat meer dan gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> veel meer dan gewoonlijk</li> </ul>  | <p>11 Heeft u zich de afgelopen vier weken als een waardeloos iemand beschouwd?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> helemaal niet</li> <li><input type="radio"/> niet meer dan gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> wat meer dan gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> veel meer dan gewoonlijk</li> </ul>  |
| <p>6 Heeft u de afgelopen vier weken het gevoel gehad, dat u uw moeilijkheden niet de baas kon?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> nee, had dat gevoel helemaal niet</li> <li><input type="radio"/> niet minder dan gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> wat meer dan gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> veel meer dan gewoonlijk</li> </ul>                                 | <p>12 Heeft u zich de afgelopen vier weken alles bij elkaar redelijk gelukkig gevoeld?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> gelukkiger dan gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> even gelukkig als gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> minder gelukkig dan gewoonlijk</li> <li><input type="radio"/> veel minder gelukkig dan gewoonlijk</li> </ul>                     |

# korte berichten

onder redactie van  
J.M. Vroom-Jongerden

## Actuele informatie

### Migranten en GGZ

Op verzoek van de voormalige Haagse wethouder van Maatschappelijke Dienstverlening Welzijn en Gezondheidszorg (MDWG), de heer drs. D. Ramlal, heeft een werkgroep van deskundigen, onder voorzitterschap van de directeur van Psychiatrisch Centrum Bloemendaal, de heer L.J. Joele, zich gebogen over migranten in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Onlangs heeft de werkgroep haar rapport uitgebracht aan de huidige wethouder van MDWG, de heer drs. J.J. Luijten. In het rapport wordt onder andere ingegaan op de toegankelijkheid van GGZ-instellingen voor migranten, op de mogelijkheden tot verbetering van de hulpverlening en op preventieve maatregelen specifiek gericht op migranten. Ook krijgen zaken als huisvesting, onderwijs en werkgelegenheid in het kader van facetbeleid aandacht. Tenslotte krijgt de openheid van de GGZ voor asielzoekers en illegale aandacht. Het rapport mondt uit in een groot aantal aanbevelingen gericht aan het gemeentebestuur van Den Haag en aan de GGZ-hulpverleningsinstellingen. Eén van de suggesties van de werkgroep is de aanstelling van een gastheer/gastvrouw van allochtone origine bij de GGZ-instellingen. Deze functionaris heeft tot

taak de eerste opvang voor zijn/haar rekening te nemen. De gemeente wordt onder andere geadviseerd via scholen en media aan alle Hagenaars voorlichting te geven over het belang en de meerwaarde van een multiculturele samenleving.

Het rapport is voor belangstellenden verkrijgbaar bij de GGD Den Haag, tel. 070 - 361 92 59.

### Adressengids patiëntenorganisaties 1993

Voor de vijfde maal in successie is de Adressengids Patiëntenorganisaties verschenen. De gids bevat de adressen en andere nuttige informatie van patiëntenorganisaties die in de Haagse regio een contactadres hebben. De gids is verkrijgbaar bij de GGD Den Haag, tel. 070 - 361 92 59.

### Stedelingen minder gezond

Mensen in grote steden hebben 25-35% meer last van acute medische klachten en chronische aandoeningen. Psychosociale problemen komen in de stad zelfs de helft méér voor. In vergelijking met het platteland komen patiënten in de stad veel vaker op het spreekuur van de huisarts met problemen als eenzaamheid, gedragsstoornissen, verslavingen, psychoses en sociaal-culturele problemen. In achterstandsbuurten binnen de grote steden lijkt deze problematiek nog ernstiger.

Deze conclusies trekt het Nederlands instituut voor on-

derzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg uit een vergelijkend onderzoek tussen huisartspraktijken in de drie grote steden (Amsterdam, Rotterdam en Den Haag) en in de rest van het land. De eerste resultaten zijn vermeld in een artikel in het blad 'De huisarts in Nederland' van de Landelijke Huisartsen Vereniging. Informatie: LHV 030 - 82 37 09.

### De GGZ op één lijn: NcGv-informatiebestanden on-line

Sinds kort heeft het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv) de informatie over onderzoeken, projecten, boeken, tijdschriftartikelen en instellingen op het gebied van de geestelijke volksgezondheid en de geestelijke gezondheidszorg in één geautomatiseerd systeem ondergebracht. Binnenkort wordt de informatie over film en video toegevoegd.

Het NcGv stelt deze geautomatiseerde informatiebestanden ook beschikbaar voor externe gebruikers. Iedereen die in het bezit is van een personal computer en een modem kan thuis of vanaf de eigen werkplek direct de NcGv-databases raadplegen.

Inlichtingen/brochure: NcGv, tel. 030 - 93 51 41, tst. 202.

## Voorlichting

### Seksuele en relationele vorming

De vakgroep GVO van de GGD Den Haag heeft onlangs twee videobanden met bijbehorende handleiding voor docenten en jongerenwerkers uitgebracht over seksuele vorming en relaties. Het materiaal is ontwikkeld in het kader van het project Seksuele en relationele vorming. Dit project heeft tot doel seksuele vorming een structurele plaats te geven binnen het voortgezet onderwijs en het jongerenwerk. Over seksualiteit praten gaat echter niet iedereen even gemakkelijk af. De ontwikkelde video's kunnen leerkrachten en jongerenwerkers hierbij behulpzaam zijn.

De video 'Jongeren en seksualiteit' is een algemene introductie op het thema seksuele en relationele vorming. De video 'Seks enzo' bestaat uit vier korte scènes waarin de onderwerpen rolpatronen, andere culturen, seksueel geweld en homoseksualiteit worden behandeld. Voor meer informatie: R. Buckers, GGD Den Haag, vakgroep GVO (tel. 070 - 361 94 54) of J. Reinders, Landelijk Centrum GVO, sectie Onderwijs (tel. 030 - 54 38 88).

## Symposia

### 25 jaar GVO Den Haag

Met het symposium 'Is er een markt voor GVO?' vierde op 21 april 1993 GVO Den Haag het 25-jarig bestaan.

Na de stelselwijziging van de gezondheidszorg zullen verzekeraars en zorgaanbieders in toenemende mate verantwoordelijk zijn voor kosten en kwaliteit van de gezondheidszorg. Daardoor zijn de volgende vragen gerechtvaardigd: Is in deze nieuwe situatie een 'markt' voor GVO. Hebben met name verzekeraars en intermediairen belang bij meer preventie? Wat wordt de rol van de overheid? Waar liggen in de grote steden prioriteiten en kansen? Deze onderwerpen werden tijdens het symposium belicht door mevrouw T. Netelenbos, voorzitter Commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer, prof.dr. K.G. König en dr. G.J. Truin van de Katholieke Universiteit Nijmegen, drs. W.J.F.J. Nuijens van de Vereniging Nederlandse Zorgverzekeraars, prof.dr. E.W. Roscam Abbing van de Katholieke Universiteit Nijmegen en drs. J.J. Luijten, wethouder MDWG van de gemeente Den Haag. Wethouder Luijten had tevens het genoegen om tijdens het symposium het 2.500.000ste exemplaar van het overbekende 'Groeiboek' aan de moeder van de pas geboren Colin te kunnen uitreiken.

### KNCV

Op vrijdagmiddag 15 oktober 1993 organiseert de Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der Tuberculose (KNCV) ter gelegenheid van haar 90-jarig bestaan een wetenschappelijk symposium in het Nederlands Congresgebouw te Den Haag. Hoofdt thema is de problematiek van multiresistente tuberculose.

Inlichtingen: KNCV, tel. 070 - 354 38 43.

## Aangifte infectieziekten

Op pag. 40 geven we een overzicht van de aangifte infectieziekten in de drie regiogebieden Den Haag, Rijswijk en West-Holland (Voorburg/Leidschendam/Wassenaar/Zoetermeer). Eénmaal per jaar wordt de opgave per gebied 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 gemelde typhus-patiënt was een sinds kort in Nederland wonende vrouw uit Marokko.

Paratyphus werd geconstateerd bij een 67-jarige man die zijn vakantie in Indonesië vroegtijdig afbrak. De patiënt was wel gevaccineerd tegen typhus.

Er werden 3 bacillaris dysenteria-patiënten gemeld uit respectievelijk Guatamala (shigella sonnei), Turkije (shigella flexneri) en Kameroen (shigella sonnei).

Kinkhoest werd bij een 2-jarig, niet gevaccineerd, kind vastgesteld. Bij een 42-jarige vrouw werd eveneens kinkhoest geconstateerd. Een bron kon niet worden gevonden.

Psittacosis werd bij een 37-jarige man vastgesteld. Wegens contact met vogels werd de Veterinaire Inspectie ingeschakeld.

Een 63-jarige vrouw liep in Nieuw-Guinea malaria op. Niet



bekend is welke soort malaria. Er was wel profylaxe gebruikt.

De Q-koorts-patiënt was een 6-jarige jongen, cara-patiënt en bekend met voedselallergie. Na serologisch onderzoek werd een recente infectie aangetoond met *Cosmiella burnetti*.

Er waren 16 meldingen van scabies, waaronder veel gezinsbesmettingen.

De voedselinfectie met *Salmonella typhimurium* betrof 2 solitaire meldingen.

---

## Gehoord of gelezen

---

### Mediageweld, agressie en criminaliteit

In Noord-Amerika en Groot-Brittannië verheffen zich steeds meer stemmen tegen het geweld op televisie, film, video en in bladen. De acteur Anthony Hopkins, die de rol vertolkt van de bloeddorstige en kannibalistische psychiater in 'Silence of the Lambs', weigerde onlangs een rol in een nieuwe geweld- en griezelfilm. Er moeten eens grenzen worden gesteld, vindt Hopkins.

George Will van de *Washington Post*(\*) haalde recent onderzoek aan dat het bestaan van een verband tussen geweld op televisie en agressief gedrag ondersteunt. Enkele jaren na de introductie van de televisie nam in plaatsen in Canada 'inadequaat agressief gedrag' van jongens en meisjes met 160% toe. In vergelijkbare plaatsen, waar de televisie vijf jaar later werd geïntroduceerd, vond dit toen pas plaats. In de Verenigde

Staten werd een verband gelegd tussen de ernst van de misdrijven van veroordeelden en de hoeveelheid televisie die ze hadden gekeken toen ze acht jaar oud waren. Dit effect was onafhankelijk van 'baseline' agressiviteit, intelligentie en sociaal-economische status, aldus Will. Hij citeert de epidemioloog Brandon Centerwall die stelt, dat de invoering van televisie de groei van het aantal moorden in de Verenigde Staten deels kan verklaren. Centerwall beschouwt de gevolgen van geweld in de media als een belangrijk public health-probleem.

Ook de Nederlandse onderzoekers Caroline van Bronswijk en Ellen Janssen schreven onlangs dat kinderen te veel geweld op televisie zien. Kun je vertrouwen op zelfregulering? Kan Nederland wachten op Europese regelgeving of moet het als land ook zelf verantwoordelijkheid nemen? Deze vragen stelden ze in de *Volkskrant* van 27 januari 1993.

(\*) *Will GF. Declare War on Television's Sick Infatuation with Violence. International Herald Tribune, 8 april 1993: 7.*

### Sick Building Syndroom

Eind april promoveerde Bart Teeuw op het verschijnsel 'sick building syndroom'. Dr. Teeuw richtte zich bij zijn onderzoek op de vervuiling door micro-organismen, zoals bacteriën en schimmels. Volgens hem bestaat er een relatie tussen de aanwezigheid van de stof entodoxine (die irritaties kan veroorzaken) en klimaatbeheersing. Teeuw kwam tot de conclusie dat wanneer de kunstmatige beïnvloeding van de lucht wordt vergroot, de aanwezigheid van entodoxine toeneemt. Van een extreme beïnvloeding van de

lucht kan worden gesproken wanneer de lucht niet alleen wordt verwarmd, maar ook bevochtigd.

In kunstmatig geventileerde gebouwen waarin veel mensen gezondheidsklachten hebben, bleek de concentratie entodoxine zes tot zeven maal hoger te liggen dan in 'gezonde' gebouwen.

De onderzoeker stelt dat in gebouwen met airconditioning met gekoelde en bevochtigde lucht de concentratie entodoxine het hoogst is. Daar komen dan ook irritaties aan neus, luchtwegen en ogen het meest voor.

Teeuw raadt aan de bevochtigingsinstallaties goed te onderhouden en schoon te maken en het water regelmatig te verversetten.

---

## Erratum

---

In het artikel 'Tandbederf bij schoolkinderen' door mw. M.J.M.L. van der Zijden in *Het Epidemiologisch Bulletin* nr.1, 1993 zijn op pagina 19 in de legenda van figuur 1 de teksten 'sociaal hoog' en 'sociaal laag' verwisseld.

---

*Aan deze rubriek werkten mee:*

*A.J. Jacobi;*

*Mw. J.C. Leegsman*

*(GGD, Rijswijk);*

*H.R. Lingen;*

*Mw. W.J.J. Ong-de Jongste;*

*G.R. de Wildt;*

*K.B. Yap (GGD, Westholland)..*

---

# Overzicht aangifte infectieziekten regio Den Haag

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

bron	besmettingsweg	ziekte	1993 1e kw	1993 2e kw	1993 3e kw	1993 4e kw	1992 t/m 1e kw	1993 t/m 1e kw
mens	inhalatie	difterie (B)						
		lepra (B)						
		meningococcosis (B) *	6				9	6
		morbilli (B)	3				1	3
		(atyp.) pertussis (B) **	2				1	2
		rubella (B)	1					1
		tuberculosis (B)	24				29	24
		parotitis epidemica (C)						
	sexueel contact	gonorrhoea (C)	43				53	43
		syfilis prim./sec. (C)	4				1	4
		syfilis congenita (C)						
	sexueel contact/bloed	hepatitis B (B) 1					3	
		HIV-infectie/Aids (1) ***	2				8	2
	faecaal-oraal	poliomyelitis (A) (2)						
		hepatitis A (B) (3)	19				9	19
		dysenteria bacillaris (B) (3)	4				2	4
huid/kleding/bed	scabies (B) (4)	19				24	19	
dier	inhalatie (faecaal materiaal)	ornithosis/psittacosis (B)	1				4	1
		Q-fever (B) (5)	1					1
	insectebeet	lassakoorts e.a.vormen van Aft. vir. haem. koorts (A)						
		febris recurrens (B)						
		gele koorts (B)						
		malaria (B)	1				4	1
		typhus exanthematicus (B)						
	beet/speeksel	rabies (A)						
		pest (A)						
	aanraking	anthrax (B)						
		rularemia (B)						
		brucellosis (B) (5)						
	omgeving	inhalatie	legionella pneumonie (B)					
consumptie		cholera (B)						
		trichinosis (B)						
		voedselvergiftiging (B)	3				3	3
		febris typhoidea (A)	2					2
		paratyfus B (B)	1					1
		botulisme (B) (6)						
contact (water/grond/dier)		leptospirosis (B)						
wondcontact (water/grond/beet)	tetanus (B)							
totaal		134				143	134	

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