

# *epidemiologisch bulletin*

---

*tijdschrift voor volksgezondheid en  
onderzoek in Den Haag*

*inhoud*

*volksgezondheid*

Liaisonverpleegkundige

*epidemiologie*

Gezondheidsenquête stadsdeel Scheveningen

- Belangrijk voor gezondheid
- Fysieke en sociale omgeving
- Sociale steun en gezondheid
- Gokken
- bewegen

Sterfte en SES in de vier grote steden

*en verder o.a.*

Lezersenquête

Korte berichten

*jaargang 29, 1994  
nummer 1*

---

# *epidemiologisch bulletin*

i n h o u d

*Redactioneel* 3

## *Volksgezondheid*

*De liaisonverpleegkundige* 5  
-A. Pols

## *Epidemiologie*

*De gezondheidsenquête in stadsdeel Scheveningen* 9

*Wat vinden mensen belangrijk voor hun gezondheid?* 10

- H.W.A. Struben

*De fysieke en sociale omgeving* 14

- Mw. I. Burger

*Sociale steun en gezondheid* 21

- G.R. de Wildt, mw. A. Novák en H.W.A. Struben

*Gokken* 28

- Mw. I. Burger

*Bewegen* 30

- Mw. I. Burger

*Sterfte per buurt en sociaal-economische status.* 34

*Een vergelijking tussen de vier grote steden.*

- Mw. I. Haverkate en H.W.A. Struben

*Verslag lezersenquête* 37

*Korte berichten* 38

---

Maart 1994  
29ste jaargang nr. 1

***Epidemiologisch Bulletin***

*Tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag*

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

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

**Redactie**

H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog (hoofdredacteur); R.B.M.R. Bakker, arts, 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; Sector GGD en Maatschappelijke Zorg*

W.J.O. Beaumont, arts, hoofdafdeling Infectieziektenbestrijding en Hygiëne

J.W.C. Rouw, hoofdafdeling Ouderen

Ir. H.W.A. Struben, afdeling Epidemiologie

B.A. Teng, arts, afdeling Jeugdgezondheidszorg

W.J. Vroegé, hoofdafdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg

H. Westerhof, tandarts, hoofdafdeling Jeugd tandzorg

W.A. Zwart Voorspuij, medisch milieukundige, afdeling (milieu)hygiëne

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, Rijksuniversiteit Leiden

S.J.H. Belleman, GG en GD Amsterdam

Dr. L.J.G. van der Maesen, SISWO Amsterdam

J. van der Kamp, BaGD Zuidwest Friesland

Dr. Ir. T. de Vries, Prov. Raad voor de Volksgezondheid Zuid-Holland

Mw. F.L. van Leeuwen, Stichting Thuiszorg Den Haag

ISSN 0921-6219

**Redactieadres**

Dienst Welzijn

Sector GGD en Maatschappelijke Zorg

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 en opmaak**

T&IC, Delft

**Illustraties**

Mw. T. Boonstra, Amsterdam

**Druk**

Koninklijke drukkerij

de Swart BV, Den Haag

**Uitgave**

Dienst Welzijn

Sector GGD en Maatschappelijke Zorg

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.

r e d a c t i o n e e l

Zoals u, als ontvanger van het Epidemiologisch Bulletin, gemerkt zult hebben heeft de redactie bij het septembernummer van 1993 een kort vragenformulier gevoegd om na te gaan in welke mate het blad wordt gelezen en welke kritiek en wensen de lezers hebben. Omdat van 80% van de geadresseerden dit vragenformulier niet werd terugontvangen hebben we bij een representatieve steekproef van geadresseerden nog een telefonische interviewronde gehouden.

Uit de uitkomsten blijkt dat het bulletin voorziet in een informatiebehoefte in de regio, en ook daarbuiten: bijna de helft leest het regelmatig en 16% meldt zelden of nooit kennis te nemen van de inhoud. De rubrieken epidemiologie, volksgezondheid en korte berichten krijgen vrijwel in gelijke mate aandacht en waardering van de lezers. Door menigeen (17%) wordt de wens geuit om de artikelen te bekorten. Kennelijk bestaat er bij hen meer behoefte aan beknopte, puntige exposé's dan aan uitvoerige verhandelingen. De redactie heeft de uitkomsten uit het satisfactieonderzoek opgevat als een teken dat door professionals en andere betrokkenen bij de gezondheidszorg in de regio Haaglanden prijs wordt gesteld op het bulletin. Ze zal dan ook met inachtneming van de gevraagde aandacht voor bekorting van de artikelen haar werkzaamheden met enthousiasme voortzetten.

In de voor u liggende uitgave van het bulletin treft u een vijftal artikelen aan die de uitkomsten bespreken van de gezondheidsenquête die in 1992 in het stadsdeel Scheveningen werd gehouden door de Sector GGD van de Dienst Welzijn (sedert 1 januari 1994: Sector GGD en

Maatschappelijke Zorg). Met deze publikaties wordt een over diverse uitgaven gespreide serie artikelen hierover afgesloten. Hetgeen uiteraard onverlet laat dat op basis van het enorme gegevensbestand, dat voorhanden is over opvattingen van bewoners van stadsdeel Scheveningen in Den Haag over hun gezondheid, nog andere actuele vragen kunnen worden beantwoord.

Een allesomvattende uitvoerige bundel, inclusief beschrijving en verantwoording van de onderzoeksmethodologie, wordt los van deze publikatie uitgegeven. Deze rapporten zijn verkrijgbaar door overmaking van f 35,- op gironummer 48 843 t.n.v. Dienst Welzijn Den Haag o.v.v. 'Enquête Scheveningen'; informatie Mw. I. Burger, telefoon 070 - 361 94 47.

Wat is nu de betekenis van een dergelijke groot-schalige onderneming gericht op de explicitering van gezondheidsbehoeften gezien door de ogen van de betrokkenen zelf? Het belang is dat niet alleen vanuit medische optiek vastgestelde behoeften, zoals mortaliteit en morbiditeit, richtinggevend zouden moeten zijn voor gezondheidsbeleid, maar ook wat mensen zelf belangrijk achten. Met het verkrijgen van zicht hierop wordt

- zo blijkt ook in andere steden - het preventieve gezondheidswerk er zowel omvattender, als gecompliceerder op. De ontdekking dat veel mensen in bijvoorbeeld het Harstenhoekkwartier de verkeersoverlast als een gezondheidsbedreigende verstoring van het leefmilieu ervaren is niet gemakkelijk om te zetten in effectieve gezondheidsbevorderende maatregelen. Een blindedarmontsteking is onder de gegeven omstandigheden makkelijker te behandelen.

We begeven ons met dit soort 'community diagnosis' op een nieuwe, gecompliceerde weg van gezondheidsbevordering. Op deze weg verkeren niet alleen medici en hun cliënten, maar ook andere sectoren (bijvoorbeeld stadsontwikkeling, stadsbeheer) bewonersorganisaties en de plaatselijke politiek. Naast overwegingen van gezondheid, spelen zeer nadrukkelijk overwegingen van economische aard een belangrijke rol. Deze hebben - denk aan de werkgelegenheid - ook zeker niet louter nadelige implicaties voor de volksgezondheid. We kunnen voor de stad Den Haag, of voor andere grote steden in ons land, niet spreken van een traditie om eigentijdse gezondheidsargumenten - zoals in de vorige eeuw het geval was - wederom een expliciete functie te verlenen voor de inrichting van onze grootstedelijke samenleving. Er wordt voor deze functie in tal van beleidsdocumenten onder verwijzing naar 'facetbeleid' weliswaar gepleit. De praktische omstandigheden blijken echter behoorlijk weerbarstig om voor gezondheidsthema's met een dergelijke complexe betrokkenheid de daad bij het woord te voegen. Zo ook is het gesteld met de 'directe bruikbaarheid' van aspecten van de gezondheidsenquête te Scheveningen.

Wel worden op dit moment op een drietal thema's, in samenspraak met terzake betrokkenen, gezondheidsprojecten uitgevoerd: overmatig medicijngebruik, sociale onveiligheid en ontplooiingsproblematiek bij jeugdigen. Ook voor andere thema's zullen na verloop van tijd projecten van start gaan. Voor de algemene beeldvorming over gezondheid in Scheveningen heeft de enquête reeds nu de toon gezet. Er is motivatie en beweging ontstaan op een veelheid aan fronten om gezondheid op de agenda te krijgen. Dit resultaat is dan misschien een moeilijker zichtbaar, maar zeker zo betekenisvol effect van de enquête.

Naast de enquêteresultaten treft u in deze uitgave impressies en enkele cijfers aan over het werk van de liaisonverpleegkundige. Deze betrekkelijk nieuwe 'transmurale' functie houdt verband met de zich wijzigende opzet van de totale thuiszorg in Den Haag. De thuiszorgorganisaties zijn, zoals bekend, sterk in beweging in ons land en ook in Den Haag. De beroering betreft niet alleen opgelegde bezuinigingen en reorganisaties van de instellingen voor wijkverpleegkunde en gezinszorg. De toename van de omvang en de complexiteit van intensieve thuiszorgbehoefte lijken een bezinning op toekomstige werkwijzen en gestructureerde samenwerkingsverbanden tot een uitermate nuttige onderneming te maken. Inmiddels zijn op stedelijk niveau initiatieven genomen om dit onderwerp in bespreking te brengen met alle betrokken groeperingen en organisaties. Ook de redactie wil uitgebreid aandacht besteden aan dit actuele zorgthema. We nodigen u uit om naar aanleiding van het artikel over de liaisonverpleegkundige uw reactie of visie op een gewenste toekomstige opzet van de thuiszorg in te sturen.

In het volgende nummer van het Epidemiologisch Bulletin zal met behulp van interviews met een aantal sleutelfiguren op dit gebied in de regio Den Haag aan het onderwerp opnieuw uitgebreid aandacht worden geschonken.

# De Liaisonverpleegkundige

---

A. Pols

Een indicatie om in het ziekenhuis te liggen ontbreekt en toch kan de patiënt niet naar huis, omdat noodzakelijke opvang en verzorging ontbreekt. Het komt vaak voor en toch is de oplossing nog maar recent: de liaisonverpleegkundige. Het Rode Kruis Ziekenhuis in Den Haag heeft een experiment met succes afgesloten. Een schakel tussen ziekenhuisbed en thuiszorg blijkt onontbeerlijk voor een soepel ontslag van vooral oudere en veelal terminale patiënten. Het initiatief krijgt inmiddels op brede schaal navolging.

Mevrouw was 65 jaar en opgenomen in het Rode Kruis Ziekenhuis met een heupfractuur. Haar man was thuis. Het ging niet goed. Ze bleek naast die fractuur ook nierkanker te hebben met uitzaaiingen naar de lever en de hersenen, en ze had waarschijnlijk ook tumoren in de heup. De familie wilde haar thuis hebben om te overlijden. Normaal gesproken betekent zo'n verzoek een hele belasting voor het ziekenhuis, omdat er voor thuis nogal wat moet worden geregeld. In het Rode Kruis Ziekenhuis kan echter een beroep worden gedaan op 'liaisonverpleegkundige' Toos Govers, die juist de schakel vormt tussen ziekenhuis en thuiszorg.

'Om zo'n vraag in te willigen moet er veel gebeuren. Er moet een hoog-laagbed worden geregeld, een anti-decubitusmatras, fysiotherapie, een aangepaste po, tweemaal daags wijkverpleging, een looprek. Ga zo maar door. Een paar dagen voor haar ontslag kreeg ze ook nog een longbloeding, dus moest er ook nachtverpleging worden gearrangeerd. Dat is voor de verpleging in het ziekenhuis eigenlijk niet te doen en het ligt dus voor de hand om zo'n patiënt opgenomen te houden. Als liaisonverpleegkundige fungeer je als intermediair tussen ziekenhuis- en thuiszorg en weet je de wegen te bewandelen om zo iemand toch thuis te kunnen laten sterven. Dat is vaak erg fijn voor de patiënt en de familie. Dat staat voorop.'

Toos Govers heeft een eigen kamer op de bovenste verdieping van het ziekenhuis. Ze was veertien jaar wijkverpleegkundige voordat ze werd aangesteld in het Rode Kruis Ziekenhuis. Ook met andere ziekenhuizen in Den Haag overlegt Thuiszorg Den Haag over de inzet van een liaisonverpleegkundige. In het Westeinde Ziekenhuis werkt, sinds 1993, nu ook een liaisonverpleeg-

---

Over de auteur

A. Pols, *journalist NRC-Handelsblad*

## De liaisonverpleegkundige

kundige; in Leyenburg en Bronovo wordt er mogelijk dit jaar één aangesteld.

Het project in het Rode Kruis Ziekenhuis dateert echter al van mei 1989, toen de overeenkomst 'Van Rode Kruis Ziekenhuiszorg naar Thuiszorg' werd getekend door het Haags Kruiswerk\*, de Stichting Aanvullende Thuiszorg Nederland (STAT) en het ziekenhuis. Men was ervan overtuigd dat er een 'go-between' moest komen tussen patiënt, zijn huisgenoten en/of burens en familie (mantelzorg), het ziekenhuis en de extramurale zorg, zoals de huisarts, de apotheker, de fysiotherapeut en de wijkverpleging. Daarmee zou continuïteit kunnen worden gewaarborgd in de zorg voor de patiënt die van het intramurale naar het extramurale circuit overgaat. Tegelijkertijd voorziet die gang van zaken in het door de politiek zo hoog gestelde doel van substitutie. Met andere woorden; er zouden dure opnamedagen kunnen worden bespaard. In die zin raakt het project ook aan het eerder in dit bulletin besproken probleem van de 'verkeerde bedden'.

Voorafgaand aan 1989 werd een onderzoek verricht op drie afdelingen van het ziekenhuis, waarbij de vraag centraal stond of er patiënten zijn die een ziekenhuisbed bezetten, terwijl ze beter thuis hadden kunnen worden opgevangen. Uit die studie bleek dat globaal een derde van de patiënten thuis zou kunnen worden verpleegd, mits er adequate zorg aanwezig zou zijn. Vooral oudere patiënten, die langer dan drie weken in het ziekenhuis lagen, kwamen daarvoor in aanmerking. Een interessant gegeven daarbij is dat de 'zorg voor de patiënt in en buiten het ziekenhuis tot de verantwoordelijkheid behoort van een groot aantal hulpverleners, maar dat niemand verantwoordelijkheid draagt voor de juiste zorg op de juiste plaats', zoals staat verwoord in het eerste projectverslag.

### Substitutie

De opties van het project behelsden derhalve een optimaal gebruik van de klinische voorzieningen door vermindering van het bezetten van bedden door patiënten die daar niet in thuishoren. Samen met een optimaal gebruik van de mogelijkheden

van zorg voor een patiënt thuis. Ook zou het project zichtbaar kunnen maken of de beoogde substitutie echt mogelijk is. Daarnaast moest duidelijk worden welke vormen van zorg aan het bed thuis nodig en beschikbaar zijn en wat de kosten daarvan bedragen, afgezet tegen de kosten van ziekenhuisopname. Voorts zou helder moeten worden om welke groep het in het bijzonder gaat en wat de werkdruk voor een liaisonverpleegkundige is.

"De taak van een liaisonverpleegkundige is dus in eerste instantie op de afdelingen te bekijken welke patiënten de specifieke hulp van die intermediair nodig heeft. Dat zijn dus niet de mensen die gewoon na hun ontslag uit het ziekenhuis naar huis gaan en daar zonder problemen worden opgevangen en weer aan het werk gaan. Het gaat om patiënten, die thuis de mist in zouden gaan als er niet 'iets' wordt geregeld."

"Afgesproken werd dus dat ik één maal per week alle afdelingen af zou gaan om te zien wie er in aanmerking kwam om naar huis te gaan. Anderzijds konden de afdelingshoofden mij 'klanten' aanbieden. De specialist kon in die gevallen contact opnemen met de huisarts, ik zou de verpleegkundige kant van de zaak verzorgen. Dat marcheerde aardig. In eerste instantie werkte de wijkverpleging en de huisartsen een beetje tegen, onder het motto: dat mens gaat ons nog een hoop werk bezorgen. Maar toch, het leek te gaan lukken."

'In overleg met de afdeling spoor je dus die patiënten op. Daarna oriënteer je je op de situatie thuis en de naaste omgeving. Van belang daarbij is natuurlijk ook of het ontslag wel wenselijk is. Het kan zijn dat ziekenhuisopname voor langere tijd geïndiceerd is, maar over die mensen hebben we het dus niet. Vervolgens gaat het er om dat de zorgverlening thuis goed wordt gepland en georganiseerd. Dan moet de overdracht worden geregeld en het definitieve ontslag. Na één week bekijken we of het loopt en tegelijkertijd worden de gegevens van de patiënt geregistreerd, zodat we kunnen bekijken wat uiteindelijk de vaste doelgroep wordt en wat de meest voorkomende problemen zijn,' aldus Toos Govers, die in 1989 als liaisonverpleegkundige begon met een grote kennis van de mogelijkheden van thuiszorg en de 'sociale kaart' in Den Haag.

Nadat ze zich begon te richten op met name de afdelingen orthopedie en interne geneeskunde in het Rode Kruis Ziekenhuis, breidde ze haar werkterrein in het eerste half jaar uit tot alle afde-

\* Haags Kruiswerk en de Stichting Thuisbulp Den Haag zijn per 1 oktober 1993 gefuseerd in de Stichting Thuiszorg Den Haag.

lingen. 'In zoverre dat ik officieel niet op de polikliniek kom.' Daarnaast werd het meer en meer noodzakelijk de werkterreinen van haar en die van het maatschappelijk werk goed af te bakenen.

### Resultaten van het project

Reeds bij de start van het project is de medewerking gevraagd van de huisartsen in Den Haag, de Stichting Thuishulp Den Haag, het ziekenfonds Haaglanden en de medische specialisten in het ziekenhuis, wier patiënten het aanging.

Nadat het project een jaar liep werden de gegevens geanalyseerd. In totaal ging het om een groep van 149 patiënten, waarvoor de liaisonverpleegkundige was ingeschakeld. Van die groep zijn er 105 naar huis gegaan, zeventien zijn toch in het ziekenhuis overleden, evenveel gingen naar een verzorgingshuis, acht naar een verpleeghuis en twee moesten naar een ander ziekenhuis.

De leeftijd van de patiënten, waarvoor Toos Govers kon bemiddelen bleek tussen 43 en 93 jaar te liggen, maar het ging gemiddeld om oude mensen: 78,6 jaar, iets meer vrouwen (56%) dan mannen (44%). Er bleek geen verschil tussen het aantal ziekenfonds- of particulier verzekerden. Van de patiënten had 55% een partner thuis en 81% kon rekenen op zorg van burens, kinderen, vrienden, kennissen of familie (mantelzorg).

Verreweg het merendeel van deze patiënten - 123 van de 149 - lag in het ziekenhuis voor medicamenteuze zorg, zoals voor behandeling van kanker met cytostatica, behandeling van diabetes of luchtwegaandoeningen. Van het aantal patiënten voor wie de liaisonverpleegkundige in touw komt, vormt de groep met kanker de grootste, 30%. Daarnaast scoren de (heup)fracturen hoog, evenals de psychogeriatrische stoornissen. 17% van de hele groep verkeerde in een terminale fase.

Van de patiënten die uiteindelijk naar huis gingen varieerde de opnameduur van 5 tot 143 dagen, met een gemiddelde van 33,1 dagen. Het totaal aantal verpleegdagen bedroeg 3.476. De verkorting van de opnameduur door de interventie van de liaisonverpleegkundige varieerde van 1 tot 150 dagen. Het aantal bespaarde opnamedagen beliep in totaal 696, een reductie van 17%. Die verkorting werd gemeten via interviews met de verpleging van de afdeling, door hen te vragen hoe lang de patiënt er nog zou hebben gelegen als de liaisonverpleegkundige niet voor tussenkomst had gezorgd. Voor 65 patiënten werd aangegeven



dat die verkorting inderdaad plaats had gevonden, voor de anderen is dat onduidelijk. De uitkomst lijkt wat te zijn vertekend doordat bij drie patiënten werd gesteld dat uiteindelijk opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis was voorkómen, waarvoor sowieso een wachttijd van 150 dagen gold.

Uit de evaluatie is gebleken dat de liaisonverpleegkundige per patiënt gemiddeld 2 uur en 22 minuten investeert in het regelen van adequate thuiszorg. Ook bleek dat de knelpunten die zich daarbij voordoen relatief vaak worden veroorzaakt in de 'mantelzorg'.

Volgens Toos Govers is er sinds het begin van het project een duidelijk merkbare verandering gekomen in de ontslagvoorbereiding, -planning en nazorg van de patiënt. Ook bij de verpleging is haar positie inmiddels goed bekend. Ze introduceerde zich veelal door tijdens de pauzes op de afdelingen uit te leggen wat haar taak was. De verpleegkundigen blijken het vooral erg leuk te vinden om via de 'terugrapportage' te horen hoe de patiënt die ze vaak lange tijd hebben verzorgd, het thuis maakt. Dat gebeurde vroeger vrijwel nooit.

### 'Koppelen'

Duidelijk is inmiddels wel dat het maatschappelijk werk in het ziekenhuis een andere taak heeft gekregen. Dat houdt zich nu voornamelijk bezig met psychosociale begeleiding van patiënten, ondersteuning bij financiële en huisvestingsproblemen, aanvragen voor verpleeghuisopnamen, maaltijdvoorziening en inzet van thuishulp, als het om niets anders gaat. De patiënten die een gecompliceerd aanbod van hulp thuis nodig hebben behoren definitief tot het werkterrein van de



liaisonverpleegkundige. Het is ook mogelijk gebleken de fysiotherapeut die extramuraal werkt, te 'koppelen' aan diens collega in het ziekenhuis, zodat die hulp na het verblijf in het ziekenhuis goed kan worden gecontinueerd. Ook de apothekers zijn in het algemeen tevreden over het werk van de liaisonverpleegkundige, omdat ze - anders dan in het verleden - op tijd worden geïnformeerd over het ontslag van een patiënt en de tijd hebben om bijvoorbeeld speciale sondevoeding of specifieke toedieningsvormen van medicijnen in huis te halen. In het verleden kwam het nogal eens voor dat de apotheek, doordat hij te laat werd geïnformeerd 'defect' stond voor bepaalde medicijnen en de patiënt die dus een dag moest ontberen. Datzelfde geldt voor de diëtisten in het ziekenhuis, die in het verleden veelal te laat doorkregen dat een patiënt werd ontslagen en dus niet op tijd een dieetlijst konden meegeven. De liaisonverpleegkundige geeft nu bijtijds een signaal af, de diëtist heeft de lijst op tijd af en onzekerheid bij patiënt en verzorging thuis kan aldus worden voorkomen.

Voor de wijkverpleging blijkt het prettig te zijn een vast aanspreekpunt in het ziekenhuis te hebben, want - omgekeerd - is het nuttig dat de wijkverpleegkundigen bij opname van één van hun patiënten boodschappen mee kunnen geven, zoals: zorg ervoor dat meneer of mevrouw niet in een verpleeghuis belandt, want zorg thuis is echt mogelijk. Anderzijds waarschuwen ze er ook voor dat verzorging thuis absoluut niet meer kan omdat de familie er aan onderdoor gaat. Ook huisartsen blijken bereid met of via de liaisonverpleegkundige overleg te voeren over een patiënt.

In een tweede fase van het project zijn de gegevens - nu over 204 patiënten - geëvalueerd. Dat heeft globaal dezelfde uitkomsten gegeven, zij het dat de gemiddelde leeftijd iets lager lag dan in de eerste fase: 74 jaar tegen 78,6 jaar. Het aantal bespaarde opnamedagen lag ook lager dan in de eerste fase, maar dat wordt voornamelijk toegeschreven aan het feit dat er in de eerste fase drie psychogeriatrische patiënten waren, van wie elk zou hebben moeten rekenen op een wachttijd van 150 dagen voor opname in een geschiktere instelling.

### *Kleine lettertjes*

Eén van de vele problemen waar Toos Govers geregeld tegen aanloopt is de opstelling van de

verzekering. Die instanties stellen zich nog wel eens tamelijk star op. 'Bijvoorbeeld bij een patiënt die naar huis kan, maar daar wel sondevoeding nodig heeft. Dat betaalt de verzekering dan niet, en als je daar niks op vindt gaat de zaak dus niet door. Of de voeding wordt uiteindelijk wel vergoed, maar de kosten van de voedingspomp niet. Het komt wel voor, dat je dan uiteindelijk iets weet te regelen met een pensioenfonds. Ik begrijp ook niet goed welke pot zo'n instantie daar dan voor heeft, maar goed, het gaat er maar om dat er dan toch iets mogelijk blijkt.'

Het lijkt mooi dat de liaisonverpleegkundige in staat is zoveel verpleegdagen te kunnen ondervangen door het regelen van thuiszorg, maar dat blijkt eenvoudiger geredeneerd dan de praktijk aangeeft.

Na het experiment is ze op de loonlijst van het ziekenhuis gekomen. Inmiddels is haar dienstverband weer overgenomen door Thuiszorg Den Haag. Ze heeft dan ook nu een meer formele relatie met de Thuiszorg dan bij de start van het project. Op basis van wat de patiënt nodig heeft kan ze een 'zorgopdracht' geven aan het Centrum voor Thuiszorg in het stadsdeel waar de patiënt woont. De liaisonverpleegkundige krijgt overigens buiten Den Haag soms een andere naam, zoals bijvoorbeeld 'transferverpleegkundige'. 'Dat er met die naam een beetje wordt gespeeld, begrijp ik ook wel,' zegt Toos Govers. 'Mensen begrijpen vaak niet wat je functie is. Het is al heel wat als ze weten dat je niet de zoveelste bent die met ze wil komen praten. Daar zit men in het algemeen niet op te wachten. De mensen willen gewoon dat er iets voor ze wordt geregeld.'

En dat ze van grote betekenis voor de patiënt kan zijn illustreert Toos Govers als volgt: 'Mevrouw was 70 jaar, had longcarcinoom en uitzaaiingen in de hersenen. Ze kwam van buiten Den Haag en de huisarts had niet veel te bieden, toen Toos hem belde. Maar het lukte in overleg met de specialist en ook de wijkverpleging had de boel op de rails staan toen ze naar huis mocht voor haar laatste levensfase. Ze was blij thuis te mogen sterven. Tot de wijkverpleging belde, dat het allemaal toch niet door kon gaan, omdat er geen personeel was. 'Dat is mijn dood,' zei de vrouw. 'Dat was het ook,' zegt Toos Govers. 'De ochtend daarop was ze overleden. Hier in het ziekenhuis.'

# De gezondheidsenquête in stadsdeel Scheveningen

De navolgende serie van vijf artikelen bespreken de uitkomsten van de gezondheidsenquête die in het voorjaar van 1992 in het stadsdeel Scheveningen in Den Haag is gehouden. Deze gezondheidsenquête is onderdeel van het project 'Gezond Scheveningen'. Het project heeft ten doel de gezondheid van de bewoners te bevorderen. Intersectorale samenwerking van instellingen en bewonersparticipatie zijn hierbij belangrijke uitgangspunten.

De Sector GGD van de Dienst Welzijn heeft onder 4.000 mensen in stadsdeel Scheveningen een schriftelijke enquête afgenomen (deelname bijna 60%). Geïnformeerd is naar de gezondheid en situaties die het niveau van gezondheid mede

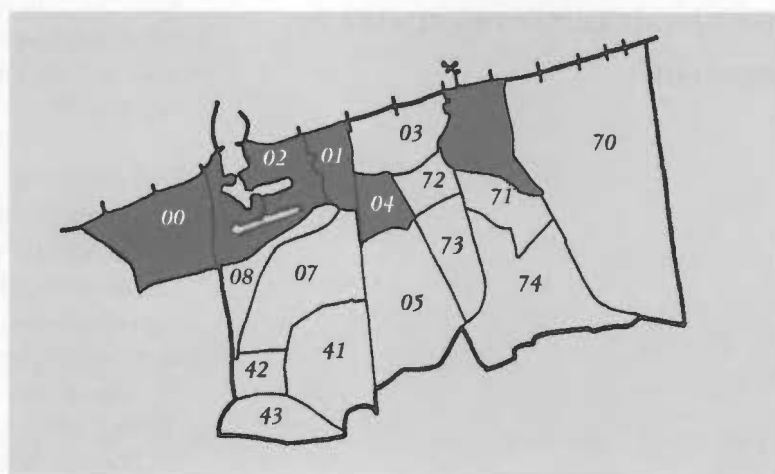
kunnen bepalen, zoals het leef- en woonmilieu, het hebben van sociale contacten en dergelijke. Daarnaast is de mening gevraagd van een groot aantal sleutelfiguren werkzaam in het stadsdeel.

Over laatstgenoemde exercitie en de gezondheidsenquête is in vorige nummers van het Epidemiologisch Bulletin reeds verslag gedaan (1990 nr. 4; 1992 nr. 3 en 1993 nr. 1, 2, 3 en 4).

In samenspraak met bewoners, betrokken disciplines en instanties zal op basis van prioriteitstelling, haalbaarheid, ervaringen en -uitkomsten van het onderzoek invulling worden gegeven aan (stimulering van) (vervolg)activiteiten ter bevordering van de gezondheidssituatie van de bewoners van stadsdeel Scheveningen.

figuur 1  
De buurten in stadsdeel Scheveningen met gerasterd de aandachtsgebieden<sup>1)</sup>

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



\* 'Groene Strook'

<sup>1)</sup> 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.

# Wat vinden mensen belangrijk voor hun gezondheid?

*H.W.A. Struben*

Als Scheveningers mogen kiezen uit veertien factoren, die volgens hen de grootste invloed hebben op hun gezondheid, kruisen de meesten 'plezierig wonen' aan. Ouderen vinden dat belangrijker dan jongeren. Een goede relatie komt op de tweede plaats, gevolgd door een goed contact met vrienden. Pas daarna komt 'prettig werk'. Een goed inkomen haalt ternauwernood de top-tien.

In de gezondheidsenquête Scheveningen konden bewoners aangeven wat ze belangrijk vinden voor hun gezondheid. Hen werd gevraagd drie onderwerpen te kiezen uit een lijst van veertien mogelijkheden (tabel 1). Deze lijst komt grotendeels overeen met die uit de gezondheidsenquête die in 1990 in Flevoland is gehouden. Alleen een 'goede relatie' komt op laatstgenoemde lijst niet voor. Van de informanten gaf 91% drie thema's aan.

'Plezierig wonen' wordt het meest genoemd (58%). Ouderen in het stadsdeel Scheveningen noemen 'plezierig wonen' vaker (73%) dan jongeren (42%). Dat is te zien in tabel 2. Ook huisvrouwen, -mannen en WAO-ers geven relatief vaak 'plezierig wonen' aan. Opmerkelijk is dat de keuze voor dit onderwerp niet samenhangt met de buurt waar men woont of met de waardering die men aan de kwaliteit van de eigen woning of buurt geeft.

Dan komt een 'goede relatie' (38%). Vooral voor de bewoners van stadsdeel Scheveningen van middelbare leeftijd is dit van belang (45%).

Op de derde plaats volgt een 'goed contact met vrienden, burens en familie' (28%). Lager opgeleide vrouwen van middelbare en hoge leeftijd geven dit relatief veel vaker aan.

'Prettig werk' neemt een vrijwel even grote plaats in. Mannen kennen hier een groter belang aan toe dan vrouwen (35 versus 22%), maar als men man-

*Over de auteur*

*Ir. H.W.A. Struben, epidemioloog, hoofd afdeling Epidemiologie van de hoofdafdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, Sector GGD/MZ Den Haag*

nen en vrouwen tot de werkenden beperkt, dan valt dit verschil goeddeels weg (53 en 49%).

'Voldoende lichaamsbeweging' noemt 25% belangrijk voor de gezondheid; jongeren en hoog-opgeleiden aanzienlijk vaker. Van de mannelijke arbeidsongeschikten noemt slechts 13% dit onderwerp.

Eveneens 25% van bewoners kruiste 'gevarieerde voeding' aan. Bij de bewoners jonger dan 65 jaar hechten hoog-opgeleiden hier veel vaker waarde aan dan laag-opgeleiden (respectievelijk 30% en 18%).

Humor werd door 24% belangrijk gevonden. Daarbij maken geslacht, leeftijd, opleiding, werksituatie of woonbuurt nauwelijks verschil.

Bij de overige onderwerpen valt op dat vrouwen in het Harstenhoekkwartier - waar bewoners ook veel verkeersoverlast aangeven, relatief vaak een 'schoon milieu' aankruisen (30%).

Opmerkelijk is verder dat een 'goed inkomen' pas op de tiende plaats komt (14%). Mannen van middelbare leeftijd met een lage opleiding die in de aandachtsgebieden wonen, hechten hier relatief

iets vaker betekenis aan (19%), terwijl de mannelijke WAO-ers eruit springen met 37%. Andere onderwerpen die mannelijke WAO-ers vaak aankruisen zijn een 'goed werkend gezondheidscentrum' en 'informatie over gezondheid'.

Mensen mochten ook onderwerpen aangeven die niet op de lijst voorkwamen. Enkel maken hier gebruik van en noemden zaken als positief denken, goed slapen, goede dokters en voldoende ontspanning, rust of vakantie en keuzevrijheid om het leven zelf in te richten.

In tabel 1 is te zien dat de volgorde van onderwerpen van Scheveningen grotendeels overeenkomt met die van Flevoland. Stadsdeel Scheveningen is overigens niet volledig te vergelijken met dit deel van Nederland, alleen al omdat de bevolkingsoopbouw in Flevoland anders is: er wonen daar relatief weinig ouderen. De betrekkelijk lage prioriteit die een 'goed inkomen' krijgt, ligt in de lijn van de bevindingen van Hortulanus e.a. die onder meer in Dordrecht onderzoek deden en vaststelde dat mensen sociale contacten, de woning en de woonomgeving vaak veel belangrijker vinden voor hun welzijn dan inkomen.

tabel 1

Onderwerpen die bewoners het belangrijkste vinden voor hun gezondheid op volgorde van voorkomen. Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.

Onderwerp	Stadsdeel Scheveningen		Flevoland (1990)	
	%	(Rangnr.)	%	(Rangnr.)
Plezierig wonen	58.5	(1)	46.6	(1)
Goede relatie	37.6	(2)	-	*
Goed contact met vrienden, burens, familie	28.1	(3)	32.8	(3)
Prettig werk	27.7	(4)	29.5	(5)
Voldoende lichaamsbeweging	25.3	(5)	30.6	(4)
Gevarieerde voeding	25.0	(6)	34.2	(2)
Humor	24.3	(7)	25.7	(6)
Niet-verontreinigd milieu	19.2	(8)	24.4	(7)
Hygiënische lichaamsverzorg.	14.6	(9)	20.0	(8)
Goed inkomen	13.7	(10)	11.6	(11)
Veel zelfvertrouwen	12.1	(11)	12.8	(10)
Rookvrije ruimten (van rookwaren)	9.8	(12)	10.1	(12)
Goed werkend gezondheidscentrum in de buurt	3.1	(13)	13.0	(9)
Informatie over gezondheid	1.9	(14)	2.7	(13)
Anders	1.7		.	

\* 'Goede relatie' komt in de gezondheidsenquête Flevoland niet voor.

tabel 2

Onderwerpen die bewoners het belangrijkste vinden voor hun gezondheid naar geslacht, leeftijd en opleiding.  
Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.

Onderwerp	Leeftijd in jaren	Tot. %	Geslacht		Opleiding		
			Man %	Vrouw %	Geen/laag %	Middelb. %	Hoog %
Plezierig wonen	18-34	42.2	41.9	42.5	56.0	39.1	39.4
	35-64	61.7	62.5	61.1	66.2	62.3	56.7
	65p	73.1	72.1	73.8	74.1	74.6	72.3
	Totaal	58.5	58.1	58.9	67.0	56.4	51.7
Goede relatie	18-34	37.0	33.5	39.9	40.0	42.3	33.5
	35-64	45.3	46.1	44.6	42.6	50.0	45.8
	65p	24.5	32.2	19.3	24.7	28.7	24.1
	Totaal	37.6	39.0	36.4	36.4	42.9	37.1
Goede contacten vrienden, buren familie	18-34	22.0	21.0	22.9	17.6	21.4	23.9
	35-64	23.3	16.4	29.1	30.6	20.0	17.5
	65p	44.3	39.5	47.5	48.9	43.4	37.2
	Totaal	28.1	23.3	32.2	34.3	25.3	23.3
Prettig werk	18-34	40.0	44.6	36.1	31.2	36.7	4.5
	35-64	32.5	43.4	23.2	25.4	32.7	40.8
	65p	4.0	4.7	3.5	3.8	4.1	3.6
	Totaal	27.7	35.1	21.8	19.5	28.3	36.5
Voldoende lichaams- beweging	18-34	32.3	37.4	27.8	20.0	27.9	39.1
	35-64	22.5	24.6	20.7	17.7	23.8	26.4
	65p	21.6	24.0	19.9	15.9	23.0	30.7
	Totaal	25.3	28.6	22.6	17.5	25.1	32.5
Gevarieerde voeding	18-34	27.6	25.4	29.4	19.2	25.1	31.4
	35-64	23.2	23.8	22.7	17.1	25.8	28.3
	65p	25.2	28.3	23.1	22.6	34.4	21.9
	Totaal	25.0	25.3	24.8	19.2	27.3	28.6

Humor	18-34	26.5	30.2	23.2	34.4	27.9	23.3
	35-64	23.0	20.4	25.2	22.3	25.4	22.5
	65p	24.1	24.0	24.2	23.4	27.9	19.7
	Totaal	24.3	24.4	24.3	24.7	26.8	22.4
Niet veront- reinigd milieu	18-34	20.8	18.6	22.7	20.8	20.5	20.9
	35-64	18.5	17.1	19.6	17.1	18.8	20.0
	65p	18.4	16.3	19.9	17.6	22.1	16.9
	Totaal	19.2	17.4	20.6	17.8	20.1	19.9
Hygiënische lichaams- verzorging	18-34	18.8	14.4	22.7	19.2	24.2	15.8
	35-64	11.3	10.5	12.0	11.9	13.5	8.6
	65p	15.2	15.0	15.3	13.4	13.9	14.6
	Totaal	14.6	12.8	16.1	13.6	17.4	12.6
Goed inkomen	18-34	8.9	12.6	5.7	13.6	11.2	5.6
	35-64	16.2	17.3	15.4	20.8	11.2	15.8
	65p	15.2	15.5	15.0	14.2	15.6	18.2
	Totaal	13.7	15.4	12.4	17.5	12.1	11.8
Veel zelfvertrouwen	18-34	14.5	14.7	14.4	12.8	15.3	14.7
	35-64	9.9	6.3	12.9	8.8	12.3	9.4
	65p	12.9	10.3	14.7	12.1	16.4	10.2
	Totaal	12.1	9.9	13.8	10.5	14.3	11.8
Rookvrije ruimten	18-34	6.0	4.2	7.5	7.2	5.1	5.6
	35-64	9.3	8.4	10.0	11.7	8.1	7.8
	65p	15.7	15.5	15.9	22.5	11.5	6.6
	Totaal	9.8	8.6	10.8	14.4	7.7	6.7
Goedwerkend gezondheids- centrum	18-34	1.1	1.5	0.8	0.8	1.9	0.8
	35-64	2.4	2.7	2.1	2.9	4.2	0.6
	65p	6.9	7.3	6.6	8.8	7.4	2.2
	Totaal	3.1	3.4	2.9	4.3	4.0	0.9
Informatie over gezondheid	18-34	1.5	1.2	1.8	4.0	1.4	0.8
	35-64	1.7	2.5	1.1	2.6	2.3	0.3
	65p	2.8	2.6	2.9	3.3	0.8	1.5
	Totaal	1.9	2.1	1.8	3.1	1.7	0.7

# De fysieke en sociale omgeving

---

## I. Burger

Slecht wonen heeft een belangrijke invloed op de gezondheid. De bewoners van het stadsdeel Scheveningen werd gevraagd naar de wijze waarop ze hun fysieke en sociale omgeving ervaren. Het overgrote deel van hen vindt de buurt waarin ze wonen plezierig. Maar voor de woning bestaat minder waardering. Eén op de drie ondervraagden meent dat de woning een slechte invloed heeft op de gezondheid. Geluidsoverlast als verkeerslawaaï vormt de belangrijkste klacht. Opvallend is ook dat één op de twintig Scheveningers voortdurend meent het riool te ruiken.

De kwaliteit van de fysieke en sociale omgeving, vormgegeven door de woning en de buurtkarakteristieken, bepaalt in belangrijke mate iemands woongenot. Is deze in sterke mate ongunstig en/of ongewenst, dan kan dit de gezondheidsbeleving nadelig beïnvloeden. We hebben de bewoners van stadsdeel Scheveningen daarom naar hun oordeel gevraagd over de kwaliteit van de woning en de buurt waarin ze wonen.

Voor het woongenot is in de eerste plaats de kwaliteit van de woning van belang. In het algemeen is het hebben van een 'goede' woning een voorwaarde om ten volle te kunnen profiteren van de woonomgeving. Uiteraard hechten mensen, afhankelijk van hun levensstijl, verschillend aan eigenschappen van een woning. Verder is het voor het welzijn van mensen belangrijk dat de fysieke buurtkarakteristieken overeenstemmen met de individuele woonwensen (bijvoorbeeld veel groen, speelgelegenheid, brede lanen of monumentale panden, bedrijvigheid en dergelijke). Bestaat hiertussen een discrepantie dan geeft dit onbehagen. Ook andere aspecten in de buurt kunnen onbehagen geven, bijvoorbeeld buurtoverlast (geluid, stank) en verwaarlozing van de woonomgeving (vuil, slecht onderhoud). Laatstgenoemde oorzaken van onbehagen kunnen bovendien gevoelens van onveiligheid versterken (1).

### Waardering woning

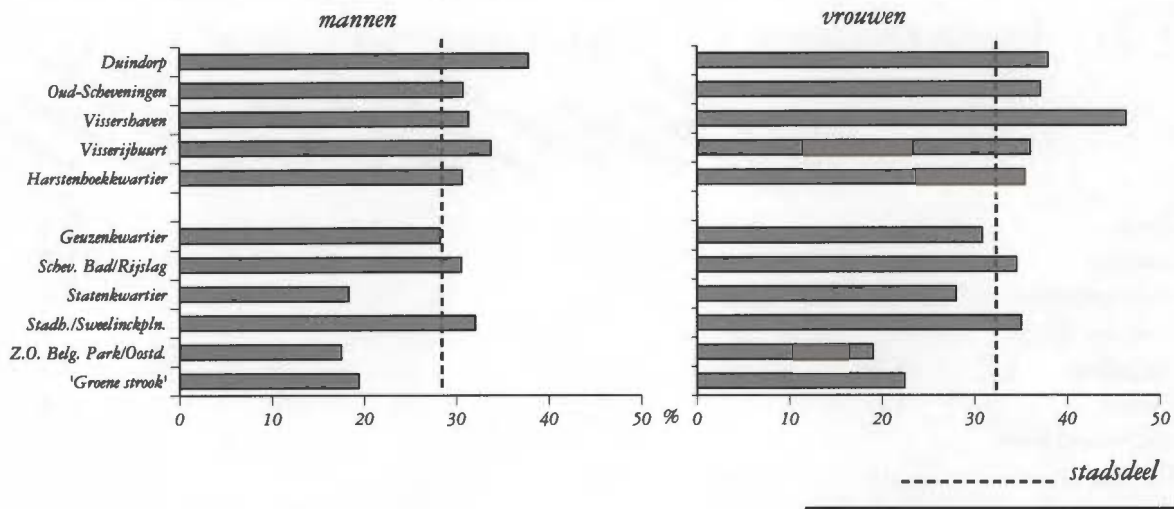
31% van de ondervraagden ervaren eigenschappen van hun woning als ongunstig voor de gezondheid. Vrouwen geven dit vaker op dan mannen

*Over de auteur*

*Mw. I. Burger, onderzoeker, werkzaam op de afdeling Epidemiologie van de hoofdafdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, Sector GGD/MZ Den Haag*

figuur 1

Percentage bewoners dat de woning als nadelig voor hun gezondheid ervaart per buurt (combinatie); voor mannen en vrouwen. Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.



(respectievelijk 33% en 28%). Vooral de mannen en vrouwen in Duindorp (mannen zowel als vrouwen 38%) en in Vissershaven (mannen 31% en vrouwen 46%) beleven hun woning vaker als ongezond (figuur 1). De woningen in de buurten de 'Groene strook' en Z.O. Belgisch Park/Oostduinen worden het minst als ongezond beleefd.

De naar het oordeel van de bewoner nadelige eigenschappen voor de gezondheidsconditie konden op een lijst worden aangegeven (zie eerste kolom tabel 1). Op een aantal klachten over de woning gaan we kort in.

#### Klachten

Woongeluiden uit andere woonruimten van de eigen woning of van de burens (televisie, muziek, wasmachine en dergelijke) en verkeerslawaaï hoorbaar in huis zullen zelden direct aantoonbare gezondheidsschade veroorzaken. Echter, afhankelijk van de aard van het geluid, de continuïteit, de beheersbaarheid en de betekenis die het heeft voor de blootgestelde kan geluidsoverlast in de woning een belangrijke omgevingsstressor worden. In het stadsdeel is geluidsoverlast de belangrijkste negatief ervaren factor in de leefomgeving.

12% zegt zijn woning gehorig te vinden en hier nadelige invloed op de gezondheid door te ervaren. Vooral in het Harstenhoekkwartier (18%), Vissershaven (18%) en in Duindorp (17%) is dit het geval.

7% van alle bewoners heeft in huis last van verkeerslawaaï. In Vissershaven (13%) klaagt men

hierover het meest, gevolgd door het Harstenhoekkwartier (11%). De bedrijvigheid rond de haven en het (zoek)verkeer van de bezoekers van het strand en van andere attracties van de badplaats zullen hieraan debet zijn.

Een permanent tochtige woning is nadelig voor de gezondheid. 9% van de bewoners ervaart de woning als tochtig. Wederom zijn het de buurten Vissershaven (17%), Harstenhoekkwartier (15%) en Duindorp (13%) waar men hiervan het meeste last heeft. Bekijken we de opgave naar leeftijd dan zijn het zeker niet alleen ouderen die, omdat ze mogelijk wat gevoeliger zijn voor tocht, een tochtige woning opgeven.

Dit geldt ook voor een slecht te verwarmen woning. Van het gehele stadsdeel Scheveningen vindt 6% de woning niet goed te verwarmen. Slecht te verwarmen woningen vinden we vooral in Duindorp (10%). Twee derde van de woningen die slecht te verwarmen zijn worden ook als tochtig ervaren.

Zeer onaangenaam is stank in de woning. Het is opvallend dat 5% van de bewoners van stadsdeel Scheveningen in de woning last heeft van de pregnante geur van het riool. Mogelijk is zowel de stank van het riool onder de woning opgegeven als de stank afkomstig van de rioolwaterzuiveringsinstallatie bij het Verversingskanaal. Vooral bij bepaalde windrichtingen geeft deze stank ook in de woning overlast. We vinden het hoogste percentage dat last van het riool heeft in Duindorp (9%).



Eigenschappen van de woning nadelig voor de gezondheidsconditie naar buurt (combinatie)<sup>1)</sup>.  
Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.

	Duindorp	Oud-Scheveningen	Vissershaven	Visserijbuurt	Harstenhoekkwartier	Geuzenkwartier	Statenkwartier	Schev.-bad/Rijslag	Stadh/Sweelinckpln e.o.	Z.O. Belg. park/Oostd.	'Groene strook'	Stadsdeel
Klein	<u>12.2</u>	8.6					8.5					6.4
Gehorig	<u>16.6</u>	<u>18.4</u>		<u>18.0</u>								11.7
Verkeerslawaaï		8.5	<u>12.6</u>	<u>11.0</u>								6.8
Ventilat. slecht			<u>6.8</u>		6.0		4.9					3.8
Vergeling	3.2	2.8						<u>3.9</u>				2.0
Zwam/ schimmelvorm	<u>4.7</u>			3.1				<u>3.9</u>				2.4
Tochtig	<u>12.6</u>	<u>16.8</u>		<u>14.7</u>								8.8
Verwarm. slecht	<u>10.1</u>	8.5						<u>9.1</u>				6.3
Stoffig			3.9	3.9	3.9			<u>7.0</u>				2.9
Stank riolering	<u>9.1</u>	6.7	6.7									5.0
Kookluchtjes buren	<u>6.3</u>	<u>7.3</u>			<u>6.9</u>							4.3
Traplopen	<u>9.2</u>	<u>8.9</u>						6.5				5.5
Weinig ramen				<u>3.4</u>	3.0					2.9		1.6
Slecht beveiligd					2.2		2.6			2.1		1.4
Brandgevaarlijk		1.9		1.8				<u>2.5</u>				1.1

1) Alleen de drie hoogste percentages zijn genoemd en de onderstreepte zijn significant ( $p < 0.01$ ) verschillend met het stadsdeelgemiddelde.

Van kookluchtjes van de burens heeft in stadsdeel Scheveningen gemiddeld 4% last. Vooral in de buurten Oud-Scheveningen (7%), Harstenhoekkwartier (7%) en Duindorp (6%) geniet men mee van de kookactiviteiten van de burens.

#### Rapportcijfer

Ook konden de bewoners een rapportcijfer toekennen aan de woning. 9% van de bewoners van stadsdeel Scheveningen geeft de woning een onvoldoende. Tussen buurten zien we hierin grote verschillen. Woningen in Duindorp en het Harstenhoekkwartier krijgen zowel van de mannen als van de vrouwen vaker een onvoldoende (respectievelijk mannen 16% en 17% en vrouwen 15% en 14%). Ook vrouwen in Vissershaven

geven relatief vaak een onvoldoende aan de woning (16%). Duindorpers zijn tevens de enigen die gemiddeld hun woning lager dan een zeven waarderen (6,8). De bewoners van het Z.O. Belgisch Park/Oostduinen, vooral de vrouwen, zijn het meest positief over hun woning.

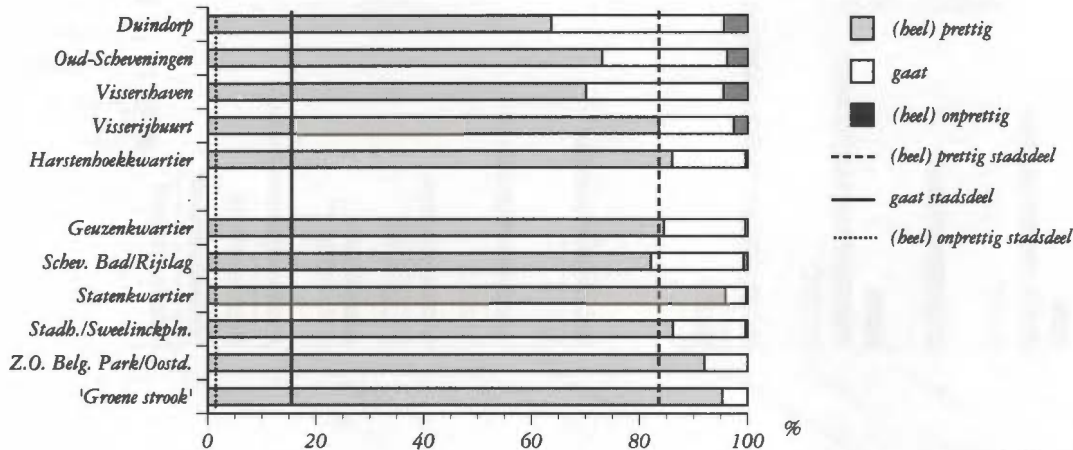
#### Waardering buurt

##### Prettig

Het overgrote deel van de mensen in stadsdeel Scheveningen (84%) vindt de buurt waarin ze wonen (heel) plezierig. Tussen de buurten zien we hierin echter verschillen (figuur 2). Vooral in Duindorp, in Vissershaven en in Oud-Scheveningen stellen relatief meer bewoners zich terughou-

figuur 2

Beoordeling door de bewoners van de buurt waarin ze wonen per buurt (combinatie).  
Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.



dend op. Respectievelijk 64%, 70% en 73% vindt het daar (heel) plezierig wonen. 4% vindt het daar zelfs (heel) onplezierig wonen (voor het hele stadsdeel is dit 1%). 15% van alle bewoners ervaart de buurt noch als prettig noch als onprettig en zegt dat het wel gaat.

De bewoners konden zelf aangeven wat ze met het oog op hun gezondheid het prettigste aspect vonden van hun buurt. Bijna de helft heeft er meer dan één genoemd. Alle antwoorden zijn teruggebracht tot tien hoofdcategorieën (zie tabel 2). Verreweg de meesten vinden de ligging van hun woonlocatie nabij zee, strand en duinen het plezierigst (65%). Daaropvolgend - weliswaar op aanzienlijke achterstand - worden evenredig het sociale leefklimaat, de fysieke aspecten en de voorzieningen van en in de buurt geprezen.

De accenten van de waardering verhouden zich verschillend tussen de aandachtsgebieden en de niet-aandachtsgebieden (figuur 3). In de eerstgenoemde gebieden springt de ligging er erg uit, andere punten van de buurt scoren hier relatief laag. In de buurten Duindorp en Vissershaven heeft bovendien een opvallend hoog percentage geen prettige punten genoemd.

Daarentegen hebben vooral de fraaie statige buurten als het Statenkwartier, de 'Groene strook' en het Stadhoudersplantsoen/Sweelinckplein e.o. hun bewoners een heel breed spectrum van aangename heden te bieden. Daar zien we dat het sociale leefklimaat, de fysieke aspecten en/of de voorzieningen van de woonomgeving in gelijke mate met de ligging worden geprezen. De als zeer plezierig

tabel 2

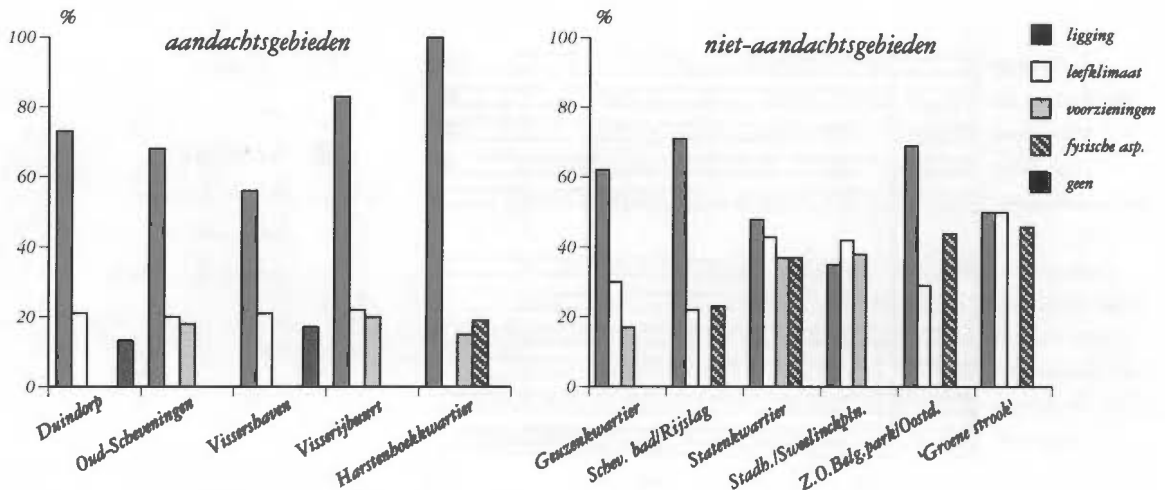
Aspecten van de buurt die door bewoners als het meest prettig worden beleefd in relatie tot de gezondheid <sup>1)</sup>.  
Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.

Aspect	%
Ligging (nabij zee, park en dergelijke)	65
Plezierig leefklimaat	28
Fysieke aspecten (ligging, fraaie architectuur)	23
Voorzieningen nabij of goed bereikbaar	21
Plezierige woning	6
Voldoende leefruimte	5
Verkeersintensiteit goed	3
Geen/weinig overlast medebewoners	2
Overige	5
Geen antwoord/geen prettige punten	8

<sup>1)</sup> In procenten van de deelnemende populatie; 48% noemt één of meer categorieën.

figuur 3

Drie aspecten van de buurt die voor bewoners van de aandachtsgebieden het prettigst zijn voor hun gezondheid<sup>1)</sup> per buurt(combinatie). Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.



1) Statenkwartier: 'Voorzieningen' en 'fysieke aspecten' scoren in deze buurt even hoog.

beoordeelde aspecten zijn hier dus veel diverser.

#### Onprettig

De bewoners konden ook aangeven wat ze het onprettigste punt van hun buurt vonden, eveneens gerelateerd aan hun gezondheid. Twee vijfde van de bewoners heeft geen onprettige punten opgeschreven. De onprettigste elementen van de woonomgeving zijn eveneens teruggebracht tot hoofdcategorieën (zie tabel 3). In vergelijking met de opsomming van prettigste punten van de buurt komen er veel minder combinaties van onprettigste aspecten voor (13%).

Eén op de vier mensen beleeft de overlast van het verkeer - vooral van auto's - als het onprettigste element in de woonomgeving en één op de vijf bewoners geeft de verontreinigde woonomgeving (hondpoep, zwerfvuil) als het negatiefste punt op (tabel 3). In een vergelijkend buurtonderzoek in Amsterdam bleek verkeersoverlast en een vervuilde woonomgeving eveneens de meeste irritatie te geven; maar duidelijk minder en in omgekeerde volgorde (vervuiling 17% en verkeersoverlast 9% van de bewoners) (2). Het percentage in stadsdeel Scheveningen dat overlast heeft van het verkeer mag zonder meer hoog worden genoemd.

Het ligt voor de hand dat ook de rangordering van onprettigste aspecten per buurt verschillen. In figuur 4 zijn daarom weer voor iedere buurt(combinatie) de drie onprettigste aspecten weergege-

ven. Het door bewoners meest genoemde onprettigste aspect 'verkeersoverlast' speelt vooral in het Harstenhoekkwartier. Daar klaagt maar liefst 44% van de bewoners over dit verschijnsel. Dit is ongeacht leeftijd en geslacht.

Eén op de vijf bewoners van het Harstenhoekkwartier heeft ook het gebrek aan voldoende leef-

tabel 3

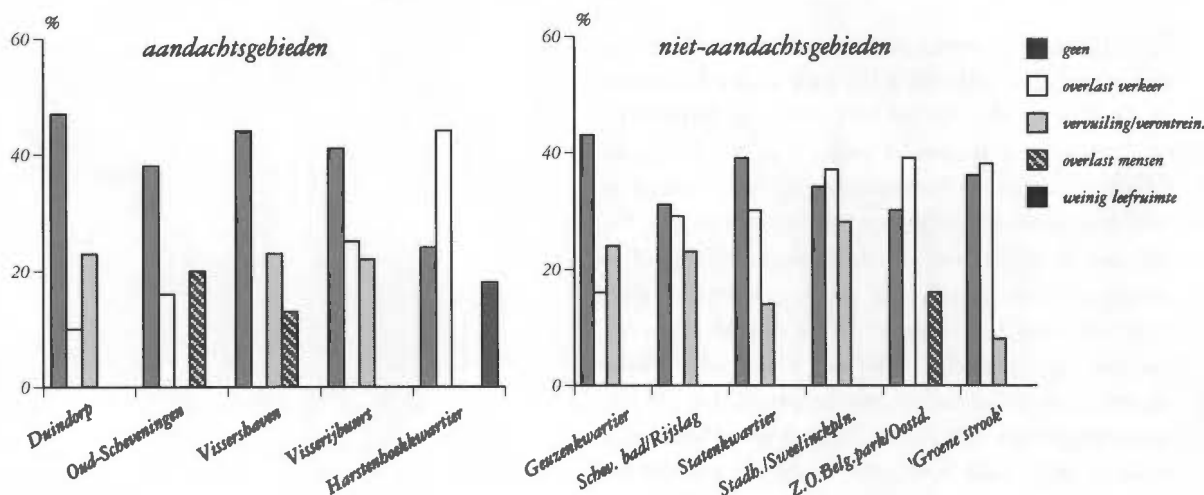
Aspecten van de buurt die door bewoners als het meest onprettig worden beleefd in relatie tot de gezondheid<sup>2)</sup>. Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.

Aspect	%
Overlast van verkeer	26
Vervuiling/verontreiniging	19
Overlast mensen	11
Te weinig leefruimte	8
Negatief sociaal klimaat	5
Weinig/slecht bereikbare voorzieningen	4
Overige	2
Geen antwoord/geen onprettige punten	41

2) In procenten van de deelnemende populatie: 13% noemt één of meer categorieën.

figuur 4

Drie aspecten van de buurt die voor bewoners van de aandachtsgebieden het onprettigst zijn voor hun gezondheid per buurt (combinatie). Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.



ruimte opgegeven. Vooral onvoldoende parkeer-mogelijkheden tijdens evenementen speelt daarbij een rol. Mogelijk doordat de verkeersproblemen zo'n dominante rol spelen treffen we in het Harstenhoekkwartier het laagste percentage mensen aan (24%) dat geen onprettigste punt noemt. Ook in Z.O. Belgisch Park/Oostduinen (39%), Stadhoudersplantsoen/Sweelinckplein e.o. (37%) en in de 'Groene strook' (38%) is de verkeersoverlast het voornaamste onplezierige aspect in de buurt. In het Statenkwartier en in Scheveningen-bad/Rijslag irriteert het verkeer eveneens een groot deel van de bewoners (respectievelijk 29 en 30%).

In veel buurten worden vormen van vervuiling en verontreiniging genoemd. In Duindorp (5%) en het Geuzenkwartier (11%) is veelvuldig de overlast van de rioolwaterzuiveringsinstallatie bij Houtrust opgegeven. 'Overlast van mensen' wordt in Oud-Scheveningen (20%), Z.O. Belgisch Park/Oostduinen (16%) en Vissershaven (13%) relatief vaak als negatief punt opgeschreven.

#### Oplösungen

85% van de bewoners van stadsdeel Scheveningen vindt het, behalve de taak van de gemeente, ook de taak van bewoners te zorgen dat 'de buurt niet achteruitgaat'. 7% ziet hier alleen een taak voor de gemeente weggelegd.

De ondervraagde is ook concreet naar oplossingen gevraagd van de vermelde onprettigste punten. Voor de verkeersproblemen heeft ruim de helft geen oplossing genoemd. 7% van de mensen die

overlast van auto's als onprettigste punt opvoerden zoekt de oplossing in het beperken van het verkeer in de woonomgeving, zoals de straat afsluiten of alleen bestemmen voor buurtverkeer tot het geheel autovrij maken van het woongebied. 6% wenst snelheidsbeperkingen in de vorm van drempels, stoplichten en wegversmallingen. Verder werden genoemd het stimuleren en verbeteren van het openbaar vervoer en het ontwikkelen van een wegeninfrastructuur rondom de woonbuurt.

Eén op de vier mensen die de vervuiling van hondpoep opvoerden vindt dat de eigenaar de uitwerpselen zelf moet opruimen (schepje). 16% vindt dat bij dit aspect van vervuiling de gemeente een beter beleid moet voeren, onder andere door boetes op te leggen. Ook voor de aanwezigheid van zwerfvuil in de buurt ziet een aanzienlijk deel (24%) van de mensen een oplossing in een beter beleid van de gemeente.

#### Bespreking

Waarom hebben we de vragen over de woning en de buurt in de gezondheidsenquête afgenomen? Plezierig wonen in de ruimste zin van het woord komt de gezondheid ten goede. Het werkt gezondheidsbevorderend. Wil de gemeente tegemoet komen aan de verbetering van het woonklimaat van mensen dan is het belangrijk rekening te houden met woonwensen van bewoners, liefst op een zo klein mogelijk schaalniveau. Een slechter woonklimaat is echter niet gemakkelijk traceerbaar aan de hand van herkenbare kenmer-

## De omgeving

ken van mensen of van gebieden. Daarvoor zijn de aspecten die een slechter woonklimaat doen ontstaan te complex.

Hortulanus e.a. concluderen naar aanleiding van een uitgebreid welzijnsonderzoek onder bewoners in Dordrecht dat vooral een goed en permanent onderhoud van de fysieke omgeving, zowel van de woning als van de woonomgeving, voorwaarde is voor een positieve beleving van het wonen (1). De rol van de wijkagent en de onderhoudsdienst is daarbij erg belangrijk. Ze raden aan ter verbetering van het leefklimaat in sommige buurten sociale structuren op te bouwen, maar waarschuwen dat in andere buurten dit slechts ongenoegen zal opwekken. Het moet volgens hen worden afgeraden bewoners steeds in een mede-uitvoerdersrol te duwen: een bewoner is ook consument, cliënt en opdrachtgever. Wel is het noodzakelijk het beleid ter verbetering van het woonklimaat te laten aansluiten bij concrete voorstellen van bewoners en daarover duidelijke afspraken te maken of bewoners bepaalde keuzemogelijkheden voor te leggen. Het is duidelijk dat het dragen van medeverantwoordelijkheid voor de keuze de verbondenheid met de leefomgeving vergroot.

### Literatuur:

1. Hortulanus RP, Liem P, Sprinkhuizen A. Welzijn in Dordrecht. Rijksuniversiteit Utrecht 1992.
2. Thomas R., Wieringen JCM van, Braan C. Gezondheid Westerpark in perspectief: gezondheidsenquête Westerpark 1990. Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst, stafbureau Epidemiologie en Documentatie. Amsterdam 1991.

### Overige geraadpleegde literatuur:

- Bogaard J.H.M. van den. Woonsituatie en gezondheidsbeleving: determinanten van gezondheid. Een overzichtstudie. GGD Rotterdam e.o. GVO-rapport nr. 113 1990.
  - Dongen J. van, Steenbekkers A. Gezondheidsproblemen en het binnenmilieu in woningen. Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg. Leiden 1993.
-

# Sociale steun en gezondheid

---

*G.R. de Wildt, A. Novák, H.W.A. Struben*

Sociale steun is van grote betekenis voor welbevinden en gezondheid. Wie tekort komt op sociaal vlak en zich eenzaam voelt heeft vaker gezondheidsklachten. Aan de hand van statistische modellen werd bekeken welke factoren in stadsdeel Scheveningen een slecht ervaren gezondheid voorspellen.

Vanzelfsprekend scoort leeftijd daarbij het hoogst. 'Eenzaamheid' blijkt echter ook van grote invloed te zijn, meer nog dan opleiding en geslacht. Bemoedigend daarbij is dat 'alleenstaand' echt heel iets anders is dan 'eenzaam'.

Voor de meeste mensen is sociaal contact niet alleen een levensbehoefte maar ook een bron van steun. Niet alleen de partner, kinderen en familieleden spelen een rol maar ook vrienden, buurtbewoners of mensen uit het club- of verenigingsleven, kerkelijke of andere maatschappelijke organisaties. Sociale steun heeft een grote betekenis voor welbevinden en gezondheid: mensen die aangeven tekort te komen op het sociale vlak en zich eenzaam voelen, zijn vaker ongezond. Veranderende patronen, zoals de vergrijzing, het hebben van minder kinderen in de buurt en de individualisering in de samenleving onderstrepen het belang van inzicht in sociale relaties (1).

In dit artikel laten we eerst enkele bevindingen de revue passeren ten aanzien van sociale steun, eenzaamheid en gezondheid uit de wetenschappelijke literatuur. Vervolgens presenteren we enkele markante uitkomsten uit de gezondheidsenquête, waarin een groot aantal vragen staan die betrekking hebben op sociale contacten en sociale steun. Daarna gaan we na wat de resultaten van de enquête ons kunnen zeggen over het effect van ervaren eenzaamheid op gezondheid, zowel bij ouderen als jongeren. Ten slotte stellen we ons de vraag welke mogelijkheden er kunnen zijn voor plaatselijk beleid. Immers, vanuit een oogpunt van preventie en zorg is het van belang om op plaatselijk niveau inzicht te hebben in de aard van sociale steun, eenzaamheid en het verband met gezondheid en in de mogelijkheden om ongewenste situaties ten goede te beïnvloeden.

---

*Over de auteurs*

*G.R. de Wildt, arts-epidemioloog, Mw. A. Novák, ir. in de voedingswetenschappen, ir. H.W.A. Struben, epidemioloog, allen (tijdelijk) werkzaam op de afdeling Epidemiologie van de hoofdafdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, Sector GGD/MZ Den Haag*

*Wat zegt de literatuur?*

In Amsterdam keken onderzoekers bij ouderen naar verbanden tussen eenzaamheid en andere factoren. Ze vonden geen verband tussen eenzaamheid enerzijds en geslacht, de nabijheid van kinderen of vrienden en het al dan niet gehuwd zijn anderzijds. Er was wel een relatie met het al dan niet hebben van kinderen, onvrede met de woonomstandigheden en met ervaren ongezondheid. De onderzoekers merkten ook op dat de hulpverlening beter zou kunnen. Hulpverleners denken nogal eens dat mensen die weinig sociale relaties hebben eenzaam of zelfs ongelukkig zijn, terwijl ze ook de positieve kanten zouden kunnen benadrukken van activiteiten die niet per se sociaal van aard zijn (2).

Zweeds onderzoek stemt hiermee deels overeen. Een derde van de mensen van 75 jaar en ouder in Stockholm ervoer eenzaamheid, vrouwen iets meer dan mannen. Gevoelens van eenzaamheid namen langzaam toe tot 90 jaar, en stabiliseerden na het bereiken van die leeftijd. Zoals te verwachten was, waren ouderen met een partner minder vaak eenzaam; het al of niet hebben van kinderen maakte echter geen verschil. Eenzaamheid en ervaren gezondheid correleerden sterk (3).

Een interessante studie is een gerandomiseerd interventie-onderzoek in midden-Engeland, waarbij één groep regelmatig werd benaderd met voorstellen en activiteiten voor sociale steun en een andere groep aan haar lot werd overgelaten. Er trad na drie jaar geen verschil op in sterfte, vraag naar zorg, welbevinden en eenzaamheid, maar de ervaren gezondheid in de interventiegroep werd aanzienlijk beter, ondanks het feit dat de helft van de mensen in de interventiegroep geen steun aanvaardde (4).

In Finland werd gekeken naar sociaal netwerk en levensduur (5). In een longitudinale studie onder 60- tot 90-jarigen vonden de onderzoekers geen verband tussen levensduur en de nabijheid van kinderen enerzijds, en eenzaamheid anderzijds. Eén berekening gaf echter een sterk verband aan tussen 'sociale participatie' en levensduur. Maar, zeggen de onderzoekers, sociale participatie is wellicht niet een factor die op zichzelf de levensduur verlengt, maar meer een 'marker' van een bepaalde levensstijl, die gepaard gaat met een langer leven.

*Sociale relaties*

In de gezondheidsenquête zijn een aantal vragen opgenomen die betrekking hebben op sociale steun. Enkele thema's zijn: In welke mate kunnen bewoners een beroep doen op mensen in hun directe omgeving voor allerlei praktische zaken? Gaan ze regelmatig om met mensen in verenigings- of clubverband en hoe zijn de contacten met de burens? Hebben ze iemand om vertrouwelijk mee te praten wanneer ze ergens mee zitten, professionele hulp daargelaten? Ook is aan de bewoners gevraagd of ze behoefte hebben aan meer (goede) contacten, hetgeen een belangrijke aanwijzing voor eenzaamheid oplevert.

In tabel 1 zijn de uitkomsten beschreven voor de beide geslachten, leeftijdscategorieën, opleidingsniveaus en wel/niet alleenstaand zijn (geoperationaliseerd als wel/geen één-persoonshuishouden).

*Praktische hulp uit de naaste omgeving*

Heeft men in de nabije woonomgeving mensen op wie men zonodig een beroep kan doen voor bijvoorbeeld kleine reparaties, op kinderen passen, boodschappen doen of voor het verzorgen van planten en post bij ziekte of vakantie? 73% van de bewoners antwoordt daarop bevestigend terwijl 19% zegt daaraan geen behoefte te hebben. Echter, circa 10% heeft niemand om op terug te vallen voor dergelijke alledaagse hulp. Er zijn geen duidelijke verbanden met sekse, leeftijd, opleiding, alleenstaandheid of buurt. Een uitzondering daarop vormen degenen die geen enkele opleiding hebben genoten. Ze zeggen twee keer zo vaak geen behoefte aan deze vorm van contact te hebben dan hoger opgeleiden.

*Deelname aan club- en/of verenigingsleven*

De helft van de bewoners is in het club- of verenigingsleven niet actief en heeft daar ook geen behoefte aan terwijl 8% niet actief is maar daar wel behoefte aan heeft. Hoger opgeleiden (45%) nemen iets vaker aan het verenigingsleven deel dan lager opgeleiden (40%). Ook hier springen de mensen zonder opleiding eruit: slechts 28% is in dit verband actief. Van de overige mensen zonder opleiding zeggen de meesten daaraan geen behoefte te hebben.

tabel 1

Aspecten van sociale contacten naar geslacht, leeftijd, opleiding en al dan niet alleen wonend.  
Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.

	Sekse		Lft. in jaren			Opleiding				Alleenwonend		Stadsdeel- totaal
	Man	Vrw.	18-34	35-64	65+	Geen	Laag	Mid.	Hoog	Ja	Neen	
<i>Iemand om beroep op te doen voor allerlei praktische zaken</i>												
Ja/soms	72.1	69.1	64.5	71.4	70.2	52.3	68.4	72.8	77.2	74.3	71.4	72.6
Nee	8.6	8.3	7.7	9.2	8.7	11.4	9.3	7.4	8.5	9.3	8.4	8.6
Geen behoefte	19.3	22.6	17.8	19.4	21.1	36.4	22.3	19.8	14.4	16.4	20.2	18.8
<i>Vrije tijd in verenigings- en/of clubverband</i>												
Ja	44.4	40.8	43.9	41.0	43.1	27.9	40.5	41.8	45.4	39.9	43.3	42.6
Nee, wel behoefte	7.5	7.5	7.6	8.3	6.0	2.3	7.9	7.5	7.5	9.1	7.1	7.6
Nee, geen behoefte	48.0	51.7	48.5	50.7	50.8	69.8	51.6	50.7	47.3	50.9	49.5	49.8
<i>Contact met burenen</i>												
Redelijk/goed	73.7	76.1	63.7	77.5	84.5	68.2	80.6	76.1	69.6	72.8	75.8	74.5
Slecht	1.7	1.9	2.9	1.6	0.7	2.3	1.6	2.0	1.9	1.0	2.1	1.6
Weinig/geen contact	24.7	22.0	33.3	20.9	14.5	29.5	17.9	21.9	28.6	26.2	22.1	23.9
<i>Vertrouwenspersoon</i>												
Ja, geen behoefte	85.1	88.5	89.6	86.3	84.3	88.6	83.6	85.2	91.4	86.4	87.1	87.4
Nee/soms	14.9	11.5	10.4	13.7	15.7	11.4	16.4	14.8	8.6	13.6	12.6	12.6
<i>Wie is dat</i>												
Partner	47.7	47.8	53.6	55.0	27.6	27.3	40.6	51.4	56.0	13.4	60.4	48.3
Kinderen	20.9	29.0	1.8	28.4	49.5	27.3	36.2	24.5	15.6	25.4	25.4	24.9
Ouders	25.6	28.6	59.1	20.1	0.31	1.4	16.6	31.3	37.2	25.0	28.4	27.4
Ander fam.lid	21.8	30.7	33.8	26.3	18.6	22.7	23.5	27.6	29.9	30.9	25.4	26.9
Vrienden	40.6	52.6	65.8	46.0	26.4	0.7	16.5	27.5	55.3	54.3	45.5	49.0
Buurman/-vrouw	8.7	13.5	5.7	11.7	17.9	13.6	12.8	11.2	10.1	15.5	10.0	11.5
Anders	3.7	3.3	3.9	4.3	1.7	2.3	2.3	3.9	4.6	3.9	3.3	3.5
<i>Behoefte aan meer (goede) contacten</i>												
Ja/soms	35.6	38.4	41.1	34.7	36.3	30.9	37.9	36.5	36.1	45.2	34.3	36.6
Nee	64.4	61.6	58.9	65.3	63.7	69.1	62.1	63.5	63.9	54.8	65.7	63.4

#### Contact met de burenen

74% beoordeelt het contact met de burenen als redelijk tot goed. 24% van de bewoners heeft nauwelijks of geen contact met de burenen en een opvallend laag percentage, 1,6, geeft aan dat dit contact slecht is. In de aandachtsgebieden ligt dit percentage met 2,6 hoger dan elders in het stadsdeel (1,1). Dit stemt overeen met gegevens uit interviews met sleutelfiguren in stadsdeel Scheveningen die zeggen dat burenruzies nogal eens een bron van irritatie en spanningen zijn in de aandachtsgebieden (figuur 1) (6). Daartegenover staat

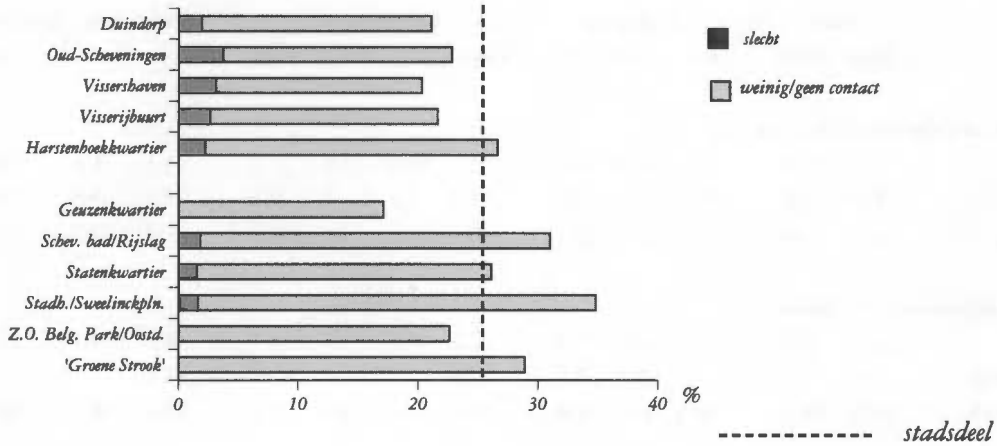
dat ontbreken van contact met de burenen in de aandachtsgebieden minder voorkomt dan elders. In deze wijken en in het Geuzenkwartier schommelt dit percentage om de 18 terwijl in buurten als Duinoord, Badplaats/Rijslag en de 'Groene strook' circa 30% geen contact heeft met elkaar. Lager opgeleiden en ouderen hebben het meest contact met de burenen.

#### Vertrouwenspersoon

Van de bewoners zegt 87% iemand te hebben

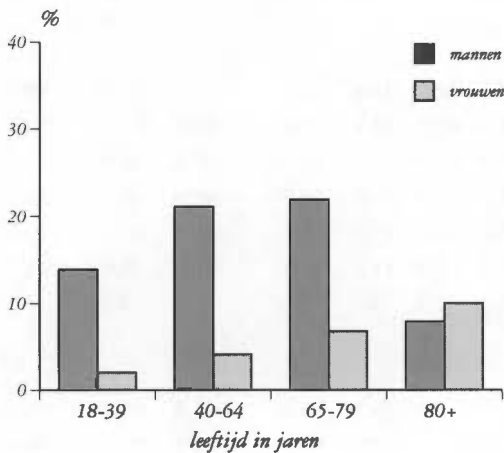


**figuur 1**  
 Percentage bewoners dat weinig tot geen contact of een slecht contact met de buren heeft per buurt(combinatie) <sup>1)</sup>.  
 Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.

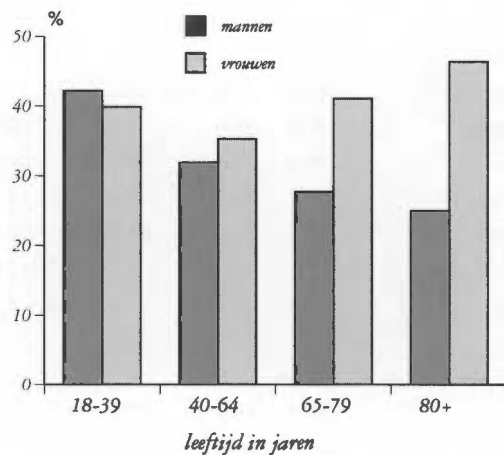


1) Uitskomsten zijn niet gestandaardiseerd

**figuur 2**  
 Percentage bewoners dat geen vertrouwenspersoon heeft per leeftijdsgroep voor mannen en vrouwen.  
 Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.



**figuur 3**  
 Percentage bewoners dat behoefte heeft aan meer (goede) sociale contacten per leeftijdsgroep voor mannen en vrouwen. Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.



waarmee men kan praten als men ergens mee zit of daar niemand voor nodig te hebben. 13% heeft nooit of slechts af en toe iemand om het hart bij uit te kunnen storten. Van de vrouwen van 18-39 jaar zegt 2% dat het bij hen ontbreekt aan een dergelijke vertrouwenspersoon, terwijl dit bij mannen 14% is. Het verschil tussen mannen en vrouwen is ook op latere leeftijd nog opvallend aanwezig (figuur 2).

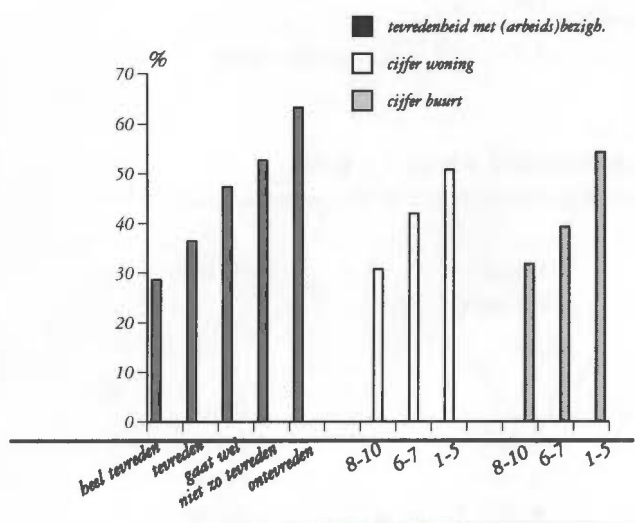
75% van de bewoners gaf aan meer dan één vertrouwenspersoon te hebben. Bij ouderen ligt dat percentage lager (59%), waardoor zij die afhankelijk zijn van slechts één vertrouwenspersoon

mogelijk kwetsbaarder zijn.

Voor de jongere generatie zijn de vertrouwenspersonen vooral de vrienden (66%), de ouders (59%) en de partner (54%). Bij de ouderen staan de kinderen meer op de voorgrond (50%), evenals andere familieleden (19%) en de buren (18%). Vrienden blijken voor hoger opgeleiden, ongeacht leeftijd, vaker als vertrouwenspersoon te fungeren dan voor lager opgeleiden, voor mensen zonder opleiding slechts minder dan 1%. Wellicht verklaart het verschil in gemiddeld opleidingsniveau deels dat in de aandachtsbuurten vrienden minder

figuur 4

Percentage bewoners dat behoefte heeft aan meer (goede) sociale contacten naar tevredenheid over voornaamste dagelijkse (arbeids)bezigheden, rapportcijfer woning en rapportcijfer buurt. Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.



vaak worden genoemd als vertrouwenspersoon (39%) dan in de niet-aandachtsgebieden (55%).

#### Behoefte aan meer (goede) contacten

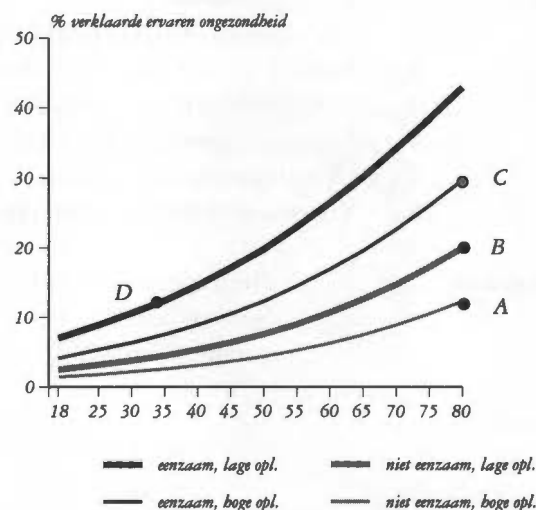
Ruim 38% van de vrouwen geeft aan dat ze behoefte hebben aan meer (goede) sociale contacten, jongere vrouwen minder dan oudere. Bij mannen is dat omgekeerd: met het stijgen van de leeftijd vermindert de contactbehoefte (figuur 3). Evenals het hebben van een vertrouwenspersoon is ook deze indicator voor eenzaamheid niet duidelijk gecorreleerd met alleenstaandheid. Er is echter wel een sterke samenhang met de mate van tevredenheid over de voornaamste dagelijkse (arbeids)bezigheden en over de woon- en buurtwaardering (figuur 4). Van degenen die geen vertrouwenspersoon hebben heeft twee derde behoefte aan meer contacten tegenover een derde van hen die dat wel hebben.

#### Eenzame mensen minder gezond?

Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt een verband tussen eenzaamheid, sociale steun en gezondheid. Bestaat dat verband ook in stadsdeel Scheveningen? Als dat zo is, welke andere factoren spelen daarbij een rol en hoe sterk is dat verband? Om deze vragen te kunnen beantwoorden

figuur 5

Relatie tussen ervaren ongezondheid (onvoldoende rapportcijfer) en 'eenzaamheid', opleiding en leeftijd. Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.



Figuur 5 laat zien dat 'eenzame' bewoners zichzelf gemiddeld een lager rapportcijfer geven voor hun gezondheid dan 'niet-eenzame'. Deze twee categorieën zijn uitgesplitst naar hoge en lage opleiding. In de figuur zien we ook dat het effect van eenzaamheid op gezondheid groter is dan dat van opleiding. Zo beoordeelt circa 12% van de 80-jarigen die niet eenzaam zijn en een hoge opleiding hebben hun gezondheid met een onvoldoende (punt A). Van de even oude, niet-eenzame ouderen met een lage opleiding geeft 20% weer dat de gezondheid onvoldoende is (punt B). 80-jarigen met hoge opleiding die wel eenzaam zijn (punt C) geven in bijna 30% van de gevallen hun gezondheid als slecht weer. Verder laat de figuur zien dat mensen van 33 jaar die zich eenzaam voelen en lager geschoold zijn (punt D) zichzelf een gemiddeld even laag rapportcijfer geven als de hoger opgeleide oudere die niet eenzaam is (punt A).

hebben we statistische modellen gemaakt, waarbij we ervaren gezondheid als de uitkomst beschouwen en eenzaamheid als een voorspellende factor. De resultaten leren ons dat, zoals te verwachten is, leeftijd de belangrijkste voorspeller is van gezondheid (figuur 5 en schema 1). Daarna is 'eenzaamheid' een sterke onafhankelijke voorspeller van ervaren gezondheid, meer nog dan opleiding (als maat voor sociaal-economische status) en veel meer dan geslacht en het al of niet alleenstaand zijn. (Eenzaam wil hier zeggen behoefte hebben aan meer (goede) contacten en/of het niet hebben van een vertrouwenspersoon.)

Relatie tussen ervaren ongezondheid (RAND-GHPQ) en leeftijd, 'eenzaamheid', opleiding en eenzaamheid. Beschrijving en uitkomsten van de multiple-regressieprocedure.

Model:  $Y = a + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + b_5X_5$

- Waarbij: Y = ervaren gezondheid (vgl. scorelijst RAND-GHPQ-vragenlijst <sup>1)</sup>)  
 X<sub>1</sub> = Leeftijd (1 = 18-39 jr.; 2 = 40-64 jr.; 3 = 65-79 jr.; 4 = 80 jaar en ouder)  
 X<sub>2</sub> = Contactbehoefte (1 = neen; 2 = ja)  
 X<sub>3</sub> = Vertrouwenspersoon (1 = ja; 2 = neen)  
 X<sub>4</sub> = Opleidingsniveau (1 = hoog; 2 = middelbaar; 3 = laag; 4 = geen)  
 X<sub>5</sub> = Alleenstaandheid (1 = geen één-persoonshuishouden; 2 = één-persoonshuishouden)

X-variabele	Bijdrage van variabele aan verklaarde variantie van y (R <sup>2</sup> )	Regressie-coëfficiënt	p-waarde
Constante		113.72	.0000
Leeftijd	5.19%	-3.94	.0000
Contactbehoefte	2.90%	-4.30	.0000
Vertrouwenspersoon	1.13%	-5.06	.0000
Opleidingsniveau	0.66%	-1.72	.0000
Alleenstaandheid	0.72%	-3.18	.0001

De verklaarde variantie model 10.6%

<sup>1)</sup> De RAND-GHPQ-schaal heeft het voordeel dat het aspecten van zowel verwachte toekomstige, huidige, als vroegere gezondheid meet maar het nadeel dat relatief meer ouderen en lager opgeleiden hem niet bruikbaar invulden.

Bij de interpretatie van onze uitkomsten is voorzichtigheid geboden. Ze betreffen immers een doorsnee-onderzoek en geen beloopstudie en bovendien heeft 43% van de aangeschreven bewoners van stadsdeel Scheveningen de enquête niet ingevuld en teruggestuurd. Dit betekent dat een systematische vertekening mogelijk is. De aangetoonde verbanden beschrijven in principe niet meer dan het samengaan van fenomenen en zijn dan ook niet noodzakelijkerwijs oorzakelijk; ook andere factoren kunnen een rol spelen. Daartegenover staat dat onze bevindingen in overeenstemming zijn met die uit de literatuur en opvallend consistent zijn.

**Plaatselijk preventief beleid**

Wat kunnen deze inzichten betekenen voor Haags beleid? Er is een duidelijk verband tussen ervaren

gezondheid aan de ene kant en tevredenheid met belangrijke dagelijkse bezigheden, inclusief het werk, de woon- en buurtwaardering en eenzaamheid aan de andere. Leeftijd, geslacht en opleiding spelen ook een essentiële rol, waarbij opvalt dat vooral de groep die nauwelijks of geen onderwijs heeft genoten zeer kwetsbaar blijkt te zijn.

De huidige, snelle veranderingen in sociale patronen hoeven niet noodzakelijkerwijs tot meer eenzaamheid te leiden. In onze enquête blijkt dat kinderen belangrijk zijn voor ouderen: bij afnemend kindertal zullen wellicht in de toekomst vrienden, burens en verre familieleden in de toekomst een grotere rol gaan spelen. Mensen in een sociale-achterstandspositie zijn daarbij in het nadeel, en daarmee lijken activiteiten om het welzijn in bijvoorbeeld aandachtsgebieden te bevorderen van groot belang.

Het is echter heel goed mogelijk dat eenzaamheid

onder bijvoorbeeld bepaalde groepen ouderen meer zal gaan voorkomen. Het is van belang dit te monitoren en om tijdig na te gaan welke mogelijkheden er zijn om met een preventief beleid in te grijpen. Hierbij is het van belang om Haagse ervaringen uit het verleden mee te nemen (7)(8) (9)(10).

Voor de GGD is de problematiek van sociale steun, eenzaamheid en preventie voor ouderen een belangrijk aandachtsveld. De GGD en de gezamenlijke RIAGG's proberen in samenspel met het veld activiteiten te ontwikkelen die gericht zijn op voorlichting aan ouderen en hun omgeving, op vroege opsporing van bijvoorbeeld depressie en angsttoestanden, en op een betere zorg en preventie. Essentieel daarbij is samenwerking tussen formele en informele zorgverleners. Indien bij zulke activiteiten zou blijken dat een bepaalde benadering voordelen biedt, is het van belang die benadering te doen beklijven en structureel te verankeren, in samenwerkingsverbanden, maar ook b.v. zorgprotocollen en preventieprogramma's.

Essentieel zijn ook de ontwikkelingen in de curatieve zorg, bijvoorbeeld ten aanzien van thuiszorg en huisartsen, en in de informele zorg. Meer en meer zal de vraag worden gesteld wat deze kunnen betekenen voor zaken als preventie en vroege herkenning van eenzaamheid en depressie.

#### Literatuur:

1. Wildt GR de, Willems MCM. Haagse Ouderen: prioriteit voor preventie en goede zorg. *Epidemiol Bul Grav* 1993; 28 nr. 4: 14-9.
2. Linnemann MA, Leene GJ. Eenzaamheid onder hoogbejaarden en de interventiemogelijkheden van hulpverleners in de eerstelijns. Verslag van een inventariserend onderzoek in twee buurten in Amsterdam. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1990; 21 nr. 4: 161-8.
3. GK, Ericsson K, Andersson L, e.a. Loneliness among Elderly People living in Stockholm: a Population Study. *J Add Nurs* 1992; 17 nr. 1: 43-51.
4. Clarke M, Clarke SJ, Jagger C. Social Intervention and the Elderly: a Randomized Controlled Trial. *American Journal of Epidemiology* 1992; 136 nr. 12: 1517-23.
5. Jylha M, Aro S. Social Ties and Survival among the Elderly in Tampere, Finland. *Int J Epidemiol* 1989; 18 nr. 1: 158-64.
6. Paape M, Anken D. Op uw gezondheid: een verslag van interviews met sleutelfiguren in het kader van het project 'Gezond Scheveningen'. GGD Den Haag, december 1992.
7. Anoniem. Ouderen bezocht. Onderzoeksrapportage van de experimenten welzijnsbezoek en verjaardagbezoek in het kader van het actiepunt 'health visiting' uit de nota Beter gezond van de gemeente 's-Gravenhage. Samenwerkingsverband Ouderenzorg Escamp. Den Haag 1991
8. Anoniem. Bezoekproject ouderen Staten- en Geuzenkwartier. Ouderenwerk/Henri Couveehuis. Den Haag 1991
9. Post MWM, Elberse WP, Schrijvers AJP. Ouder in Den Haag. Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie. Rijksuniversiteit Utrecht 1989.
10. Wolffensperger EW, Geritsen JC, Heuvel WJA van den. Zorgverlening aan ouderen in 's Gravenhage. Inventarisatie in het kader van het evaluatieonderzoek sociale psychiatrie. Rijksuniversiteit Groningen 1985

*Onze hartelijke dank gaat uit naar Dr. D.J.H. Deeg, projectleider Longitudinal Aging Study Amsterdam aan de Vrije Universiteit Amsterdam voor haar waardevolle adviezen bij de gegevensanalyse van dit onderwerp.*

# Gokken

---

## I. Burger

Sinds de fruitautomaat in 1986 legaal klinkende munt liet ratelen is het aantal gokverslaafden gestaag toegenomen. Het Centrum Verslavingszorg Zeestraat in Den Haag zag dat aantal tussen 1990 en 1991 verdubbelen. Van de zeven grote gokhallen die Den Haag telt, staan er vier in stadsdeel Scheveningen. In 1992 begon de gemeente in te grijpen. Zo zijn gokkasten in buurthuizen en sportkantines verboden, mogen jongeren onder achttien jaar er niet meer op spelen en worden snackbars steeds meer aan banden gelegd. Daar is alle reden voor, zo blijkt uit de in Scheveningen gehouden enquête.

Het kansspel kan in Nederland op vele manieren worden beoefend. Sinds 1986, toen de legalisering van de gelduitkerende kansspelautomaten haar intrede deed, zijn de kansspelmogelijkheden sterk uitgebreid. Er kwamen meer en meer amusementhallen en ook in snackbars, cafés en restaurants werden speelautomaten gezet. Het duurde niet lang of dit ruime aanbod van automaten leidde tot een forse stijging van het aantal gokverslaafden. Het Centrum Verslavingszorg Zeestraat in Den Haag zag zijn aantal cliënten waarbij gokverslaving de primaire problematiek was tussen 1990 en 1991 met maar liefst 100% stijgen (1990: 99 en 1991: 202 cliënten; circa 7% van het totale cliëntenbestand) (1). In stadsdeel Scheveningen zijn vier van de zeven Haagse gokhallen te vinden.

In de gezondheidsenquête is ook aan dit aspect aandacht geschonken. Expliciet is gevraagd: 'Gokt u wel eens (zoals bezoek aan casino, bedienen van fruitkasten, kansspel- of behendigheidsautomaten)?'

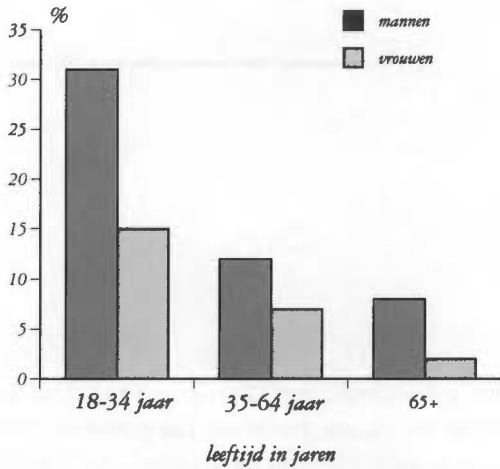
18% van de mannen en 8% van de vrouwen wonend in stadsdeel Scheveningen gokken wel eens. 13% van hen die wel eens een gokje wagen doet dit iedere week of dag en 6% is door het gokken wel eens in geldnood gekomen.

Jongeren gokken meer dan ouderen (figuur 1). Bij zowel mannen als vrouwen zien we dit. We beschikken niet over resultaten van gelijksoortig bevolkingsgericht onderzoek waarmee we onze gegevens kunnen vergelijken. Wel laten landelijke cijfers uit het hulpverleningscircuit zien dat de helft van de mensen die gokken als belangrijkste verslaving hebben jonger is dan 25 jaar (2). In

*Over de auteur*

*Mw. I. Burger, onderzoeker, werkzaam op de afdeling Epidemiologie van de hoofdafdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, Sector GGD/MZ Den Haag*

**figuur 1**  
Percentage bewoners dat wel eens gokt.  
Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.



Scheveningen is 28% van de gokkers 18-25 jaar. Het gokken is niet afhankelijk van het opleidingsniveau. Gepensioneerden en huisvrouwen/mannen gokken in verhouding het minst.

De woonlocatie van de mensen die gokken is in figuur 2 weergegeven. Het hoogste percentage mannelijke gokliefhebbers (28%) woont in het Harstenhoekkwartier, op steenwoorpsafstand van de boulevard en omgeving met hun vele amusementshallen. Ook bij de vrouwen zien we een associatie tussen het aanbod van kansspelen en de woonlocatie: in Scheveningen-badplaats/Rijslag wonen relatief de meeste vrouwen die gokken. De afstand tussen de speel- en woonlocatie blijkt bij de mannen ook van invloed te zijn op de frequentie van gokken. Mannen die minimaal één keer per week gokken vinden we vooral in het Harstenhoekkwartier, Oud-Scheveningen en Scheveningen-badplaats.

De exploitanten van amusementshallen zullen, vanwege de verwachte belangstelling voor het gokspel onder de toeristen, hun bedrijven in de badplaats Scheveningen hebben gevestigd. We zien echter aan de hand van de uitkomsten van de enquête dat de aanwezigheid van gokmogelijkheden in de directe omgeving van bewoners het gokgedrag gemakkelijk kan bevorderen.

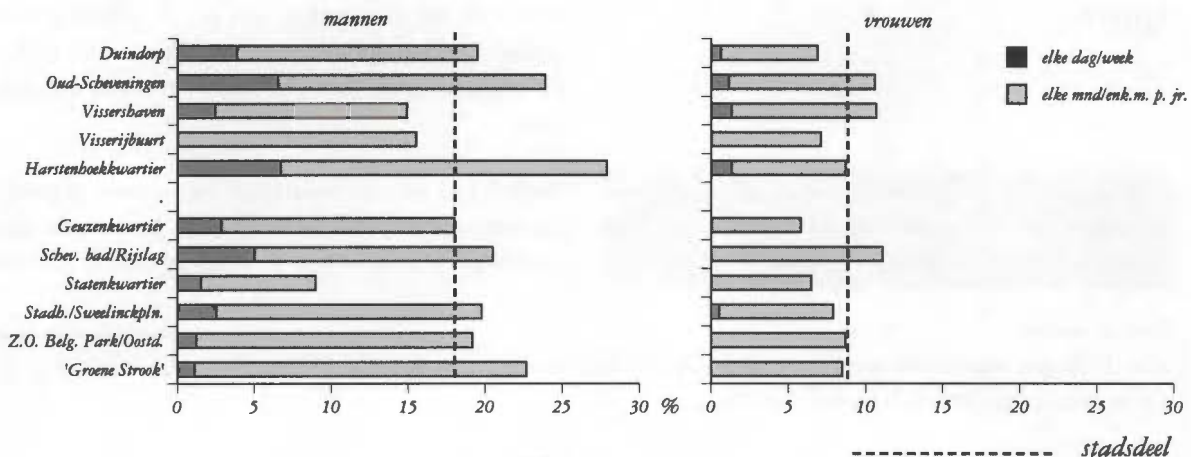
Sinds medio 1992 doet de gemeente Den Haag pogingen het (overmatig) gokken te beperken. In club- en buurthuizen en sportkantines mogen geen gokautomaten meer staan en meisjes en jongens beneden de 18 jaar is het verboden met gokautomaten te spelen. Sinds kort richt het beperkende van het gemeentebestuur zich ook op de automaten die zich in snackbars bevinden. Aldus wordt de gelegenheid tot gokken teruggebracht. Anderzijds worden (mogelijke) klanten, vooral jongeren, onder andere via voorlichting op scholen, op het risico van gokverslaving gewezen. Vanwege het nu grotere aandeel gokverslaafden in de verslavingshulpverlening wordt in Den Haag expliciet het beleid gevoerd de zorg, onder andere in het 'Centrum Verslavingszorg Zeestraat', meer te richten op behandeling van deze relatief nieuwe verslavingvorm.

Deze activiteiten vinden hun legitimatie ook in de uitkomsten van deze enquête.

#### Literatuur:

1. Opgave Centrum Verslavingszorg Zeestraat. Februari 1993.
2. Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS). Stichting Informatieverzorging Verslavingszorg. Utrecht 1992.

**figuur 2**  
Percentage dat wel eens gokt per buurt(combinatie) voor mannen en vrouwen.  
Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.



# Bewegen

---

## I. Burger

Hoe zit het met het sportieve gehalte van de bewoners van stadsdeel Scheveningen? Het blijkt dat ze zich gunstig lijken te onderscheiden vergeleken met elders uitgevoerde onderzoeken. Maar een derde van de bewoners sport niet. In die groep worden dan ook twee maal zo vaak lichamelijke ongemakken gerapporteerd. Ruim de helft van degenen met deze klachten kampt met 'beperkingen aan het bewegingsstelsel'. De conclusie oogt wat paradoxaal: 'Eén op de vier sporters doet dus ondanks, of misschien wel juist vanwege lichamelijke ongemakken aan sport.'

*\* We spreken voortaan bij beide vormen van lichaamsbeweging gemakshalve van sporten, maar bedoelen in feite een intensieve lichaamsactiviteit, al dan niet in sportverband.*

*Over de auteur*

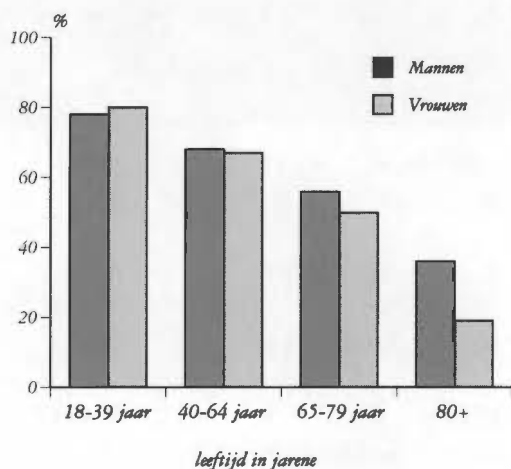
*Mw. I. Burger, onderzoeker, werkzaam op de afdeling Epidemiologie van de hoofdafdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, Sector GGD/MZ Den Haag*

In de gezondheidsenquête is gevraagd of men sport of een andere vorm van intensieve lichaamsbeweging minstens één keer per maand beoefent. Bij bevestiging volgden vragen over de frequentie en de soort sport(en). Bij ontkenning werd de vraag gesteld of dit mogelijk gedurende de afgelopen twaalf maanden wellicht wél was overwogen en, zo ja, wat de reden was dat er toch niet voor was gekozen. Inzicht in de obstakels die mensen zien voor het doen aan sport is van belang voor de invulling van een sportstimuleringsbeleid vanuit de gemeente. Want het hoeft geen betoog dat regelmatig en verantwoord sporten, waarbij de trainingsintensiteit en -techniek is aangepast aan het lichamelijke vermogen van de sporter, bijzonder belangrijk is voor de gezondheid: het verbetert de conditie van lichaam en geest.

69% van de mannen en 65% van de vrouwen in stadsdeel Scheveningen doet minstens één keer per maand aan sport of aan een andere vorm van intensieve lichaamsbeweging (zoals inspannende lichaams oefeningen, eind wandelen of fietsen)\*. Het percentage sporters verschilt dus weinig tussen mannen en vrouwen. Wel staat sportbeoefening vanzelfsprekend in verband met leeftijd: jongeren sporten meer dan ouderen. Bij de vrouwen zien we dit sterker dan bij de mannen (zie figuur 1). Lichamelijke ongemakken vooral onder de hoogbejaarde vrouwen zullen hiervan oorzaak zijn.

Vergeleken met de resultaten van andere gezondheidsenquêtes onderscheiden de bewoners van stadsdeel Scheveningen zich op 'sportief' gebied

**figuur 1**  
Percentage sporters per leeftijdsgroep voor mannen en vrouwen. Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.

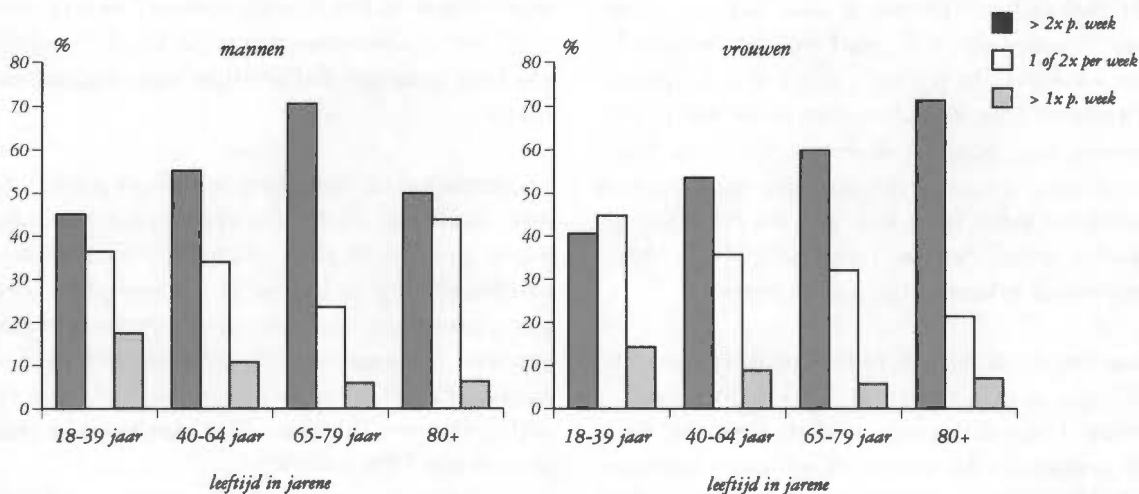


in gunstige zin. Enige voorzichtigheid is hierbij wel geboden, want de uitkomsten van de enquêtes zijn niet geheel vergelijkbaar omdat enerzijds niet altijd dezelfde definitie van sporten is gebruikt en anderzijds de leeftijdsgrenzen van de onderzoekspopulatie verschillend waren. In Flevoland en Almere deed in 1990 46% van de mannen en circa 43% van de vrouwen aan 'sport' en in de regio Waterweg-noord deed 62% van de 16-74-jarigen aan sport of een andere vorm van lichaamsbeweging. In Twente registreerde de GGD Enschede in 1992 68% bewoners die dagelijks aan één of meer vormen van lichaamsbeweging deden.

De frequentie van de sportbeoefening is in figuur 2 weergegeven, voor mannen en vrouwen apart. Voor beide geslachten geldt dat (zeer) regelmatig aan sport wordt gedaan. Uitgezonderd de 18-39-jarige vrouwen doet het merendeel van de sporters meer dan twee keer per week aan sport. Een opvallende score, zeker voor de 80-plussers. Dat betekent dat wanneer iemand voor sportbeoefening kiest dit meestal ook meteen goed wordt gedaan. Deze serieuze aanpak neemt zelfs toe met de leeftijd. Dit is een gunstige situatie omdat het rendement van sportbeoefening voor het lichaam in het algemeen pas goed merkbaar is bij een regelmaat van minimaal twee keer per week. Traint men minder dan is de blessuregevoeligheid ook veel groter.

Welke sport geniet de meeste voorkeur? Omdat dit voor mannen en vrouwen en bovendien afhankelijk van de leeftijd verschillend is zijn in tabel 1 de resultaten afzonderlijk naar deze persoonskenmerken weergegeven. Fietsen, wandelen en (recreatie)hardlopen krijgen de meeste belangstelling. 18-34-jarige mannen kiezen vooral hardlopen (26%). Op latere leeftijd neemt dit af en vindt er een verschuiving plaats naar in de eerste plaats fietsen (30%) en daarna wandelen (25%). Tennis en voetbal oefenen beide aantrekkingskracht uit op één op de acht mannen in de jongste leeftijdscategorie. Bij de vrouwen is de voorkeur minder uitgesproken. Gefietst wordt er vooral tot 65 jaar. Daarna wordt er meer gewandeld. In vergelijking met de groep jonge mannen kiest die van de jonge vrou-

**figuur 2**  
Procentuele verdeling van de sporters naar de gemiddelde frequentie van sportbeoefening per leeftijdsgroep naar geslacht. Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.





tabel 1

Percentage sporters naar (wijze van) sportbeoefening <sup>1)</sup> en naar leeftijd en geslacht. Met tussen haakjes de rangnummers van de drie meest genoemde sporten. Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.

	Mannen			Vrouwen			Totaal
	Leeftijd in jaren			Leeftijd in jaren			
	18-34	35-64	65+	18-34	35-64	65+	
	N=334	N=475	N=233	N=388	N=560	N=347	N=2337
	%	%	%	%	%	%	%
Geen sport	19	31	49	21	30	56	33
Fietsen	22 (2)	30 (1)	20 (2)	23 (1)	30 (1)	13 (2)	24 (1)
Wandelen	10	25 (2)	25 (1)	16 (3)	21 (2)	19 (1)	20 (2)
Hardlopen (niet wedstrijdsport)	26 (1)	12 (3)	5 (3)	17 (2)	8	3	12 (3)
Zwemmen	6	8	3	13	12 (3)	6	9
Tennis	13 (3)	7	3	10	6	2	7
(Thuis)gym	2	2	4	6	7	11 (3)	5
Aerobics	1	0,6	-	8	6	0,2	5
Voetbal	12	5	-	1	0,2	-	3
Fitness	9	2	0,5	5	3	-	3
Ballet, dans	0,3	0,6	1	4	3	2	2
Balspelen	4	1	-	2	1	0,2	2
Hockey	2	1	-	3	0,2	-	1
Zeilen	4	0,5	0,5	-	-	-	1
Yoga	0,3	-	0,5	1	3	2	1
Overige	6	5	8	5	4	1	5
Onbekend	0,6	2	3	0,2	2,5	2	2

<sup>1)</sup> Combinaties mogelijk

wen minder vaak voor hardlopen. Gymnastiek wordt door 11% van de oudste groep vrouwen gedaan.

Het wel of niet sporten is afhankelijk van het opleidingsniveau en de aard van het beroep dat men uitoefent. In figuur 3 zijn links de sporters uitgesplitst naar opleidingsniveau en rechts naar beroepsgroep. Mannen en vrouwen met een hogere opleiding sporten meer dan lager opgeleiden en leidinggevend meer dan mensen die lager geschoolde arbeid dan wel handenarbeid verrichten. Deze relatie is bekend uit veel onderzoek.

Circa één derde van de bewoners sport niet. Om enig idee te krijgen van de lichamelijke conditie is naar lichamelijke ongemakken gevraagd waarvan gewoonlijk bij allerlei dagelijkse activiteiten in belangrijke mate last wordt ondervonden.

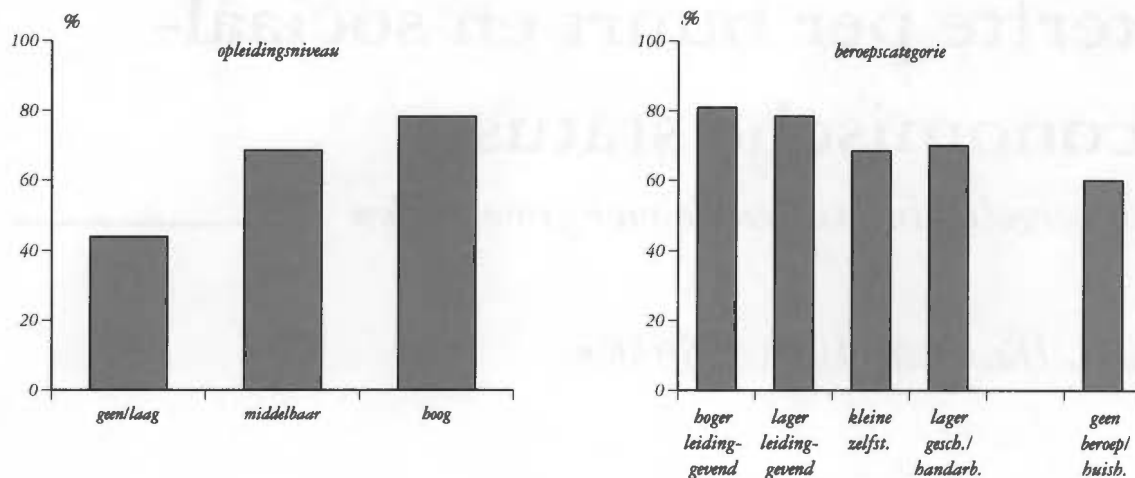
Onder de niet-sporters is dit twee maal zo vaak het geval (niet-sporters 42% en sporters 25%). Bij ruim de helft van de groep met lichamelijke ongemakken bleek dit in meer of mindere mate beperkingen in het bewegingsstelsel te zijn. Eén op de vier sporters doet dus ondanks, of misschien wel juist vanwege, lichamelijke ongemakken aan sport.

Eén derde van de bewoners die niet of nauwelijks sport heeft wel in de afgelopen twaalf maanden overwogen dit te gaan doen. De relatie tussen sportbeoefening en leeftijd zien we ook hier: jongeren overwegen veel vaker met sporten te beginnen dan ouderen (18-34-jarigen 70% en 65-plussers 12%). En in de jongste leeftijdscategorie willen vrouwen dit weer vaker dan mannen (respectievelijk 75% en 66%).

Aan welke sport wordt dan het meest gedacht?

figuur 3

Percentage sporters naar opleidingsniveau (links) en beroeps categorie (rechts).  
Stadsdeel Scheveningen, Den Haag 1992.



Bij de mannen beneden de 65 jaar is dit vooral tennis, zwemmen en recreatief hardlopen. 18-34-jarige vrouwen denken vooral aan zwemmen, aerobics en fitness. De laatste twee sporten maken bij de twee oudste groepen vrouwen plaats voor de meer traditionele gymnastiek. Doet men niet aan sport maar men zou het eigenlijk wel willen dan staan dus vooral de georganiseerde soorten sport vaker op het programma. Daarom is het belangrijk te weten waarom het er niet van is gekomen. Als meest genoemde redenen, 65-plussers uitgezonderd, werden tijdgebrek en het prevaleren van andere werkzaamheden opgeschreven. Dikwijls was ook het tijdstip ongunstig. Eén op de acht had drempelvrees om aan een (georganiseerde) sport te beginnen. Opvallend is dat dit vooral bij 65-plussers een belemmering vormt. Even veel gaven op dat ze niemand mee kregen om de stap te zetten. De kosten speelden bij 10% van de bewoners een rol (18-34-jarigen 14%). Ten slotte was toch nog 5% onbekend met de mogelijkheden tot sportbeoefening.

Kiezen voor sportbeoefening heeft voornamelijk te maken met persoonlijke voorkeur en prioriteitstelling; desondanks bestaan voor sommigen nog onnodige drempels, als onbekendheid met de sportmogelijkheden of schroom, die mogelijk door stimulerende voorlichtingsactiviteiten of afgestemde sportprogramma's kunnen worden weggenomen.

# Sterfte per buurt en sociaal-economische status.

*Een vergelijking tussen de vier grote steden*

*Mw. I. Haverkate, H.W.A. Struben*

Het was al langer bekend, maar is onlangs bevestigd door een gigantisch onderzoek. Sociaal-economische factoren hebben een duidelijke invloed op sterfte. Voor het eerst brachten de GGD'en van Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht cijfers bijeen over inkomen, werkloosheid en sterfte in 257 buurten. Nederland heeft zich gecommitteerd aan het plan 'Health for all by the year 2000'. Eén van de 'targets' voor een betere volksgezondheid is verschillen in sociaal-economische status terug te brengen. Dit onderzoek staat dat beleid in de vier grote steden.

Er bestaan belangrijke verschillen in gezondheid tussen mensen in relatie tot hun sociaal-economische status (SES). Dit is de laatste jaren in een groot aantal onderzoeken vrij consistent aangetoond. De gezondheidsverschillen zijn vrijwel altijd in het nadeel van mensen met een lagere SES. Ze komen onder meer tot uiting in sterftecijfers. In Nederland worden vele pogingen ondernomen de SEGV te verkleinen waarmee aangesloten wordt op de 'Health for all by the year 2000'-gedachte van de Wereldgezondheidsorganisatie (2).

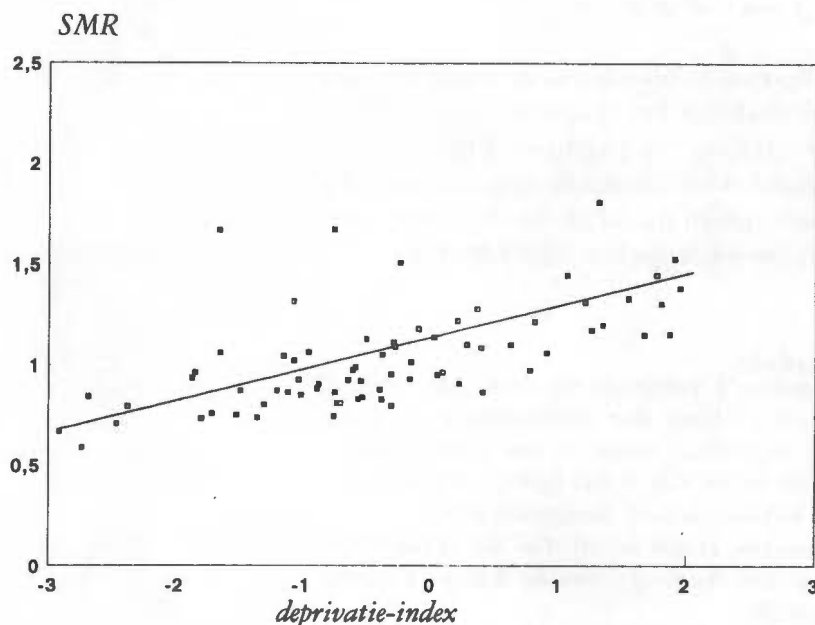
In de afgelopen jaren hebben de GGD'en van Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht ieder voor zich de sterfte van de bevolking ook

*Dit artikel is gebaseerd op het rapport 'Sterfte per buurt naar sociaal-economische status: een vergelijking tussen de vier grootste Nederlandse steden'. Het rapport is het resultaat van een samenwerkingsproject van de GGD-en van Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht. Voor een nadere beschrijving, verantwoording en kritische beschouwing van de gebanteerde methode in dit onderzoek wordt naar het onderzoeksrapport verwezen (1). In het onderzoek zijn gegevens verzameld over inkomen, werkloosheid en sterfte van 257 buurten van de vier grote steden. Het is het eerste onderzoek in Nederland waarin de vier steden worden vergeleken wat betreft samenhang tussen sterfte en SES.*

*Over de auteur*

*Mw. I. Haverkate, epidemioloog, tot 1 december 1993 werkzaam op het stafbureau Epidemiologie en Documentatie, GG & GD Amsterdam en ir. H.W.A. Struben, epidemioloog, hoofd van de afdeling Epidemiologie van de hoofdafdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, Sector GGD/MZ Den Haag*

figuur 1  
Standardised Mortality Rate (SMR) naar deprivatie-index voor 5-64 jarige mannen. Den Haag 1986-1991.



onderzocht op buurniveau (3)(4)(5)(6)(7). Hieruit bleek dat in buurten met een lagere SES de sterfte, gecorrigeerd voor verschillen in leeftijdsopbouw, gemiddeld hoger lag dan in buurten met een hogere SES. Deze studies zijn echter niet zonder meer vergelijkbaar.

Onlangs is voor de periode 1986-1991 onderzocht of op buurniveau de samenhang tussen SES en sterfte in de vier grote steden dezelfde is (1). Daarbij zijn de bezwaren die een vergelijking in de weg staan zoveel mogelijk weggenomen. De uitkomstmaat is de Standardised Mortality Ratio (SMR), voor de leeftijdscategorie 5-64 jaar, voor mannen en vrouwen afzonderlijk. Op basis van twee indicatoren voor SES, namelijk gemiddeld inkomen (1984) en percentage werklozen (1988 en 1989) is een samenvattende variabele gecreëerd die als deprivatie-index wordt aangeduid. Een hoge deprivatie is synoniem aan een lage SES.

#### De situatie in Den Haag

Voor het onderzoek is Den Haag in 72 buurten verdeeld. Figuur 1 toont grafisch, in de vorm van een puntenwolk, de samenhang tussen sterfte en SES voor de mannen in Den Haag. De resultaten voor vrouwen verschillen hier in essentie niet van.

Op de horizontale as zijn de waarden voor de deprivatie-scores weergegeven, op de verticale as de sterfte (SMR). De deprivatie-scores zijn gestandaardiseerde scores en lopen van min drie (laagste deprivatie) tot plus drie. Een SMR van één wil zeggen dat de sterfte in de betreffende buurt even hoog is als het gemiddelde voor de vier steden. Er is een duidelijk verband te zien tussen sterfte en SES. Een hoge SMR gaat samen met een hoge deprivatie.

Tussen de buurten bestaan grote verschillen. Voor Den Haag is de sterfte in de 20% sociaal-economisch zwakste buurten meer dan de helft hoger dan in de 20% sociaal-economisch sterkste buurten. De andere drie grote steden vertonen ongeveer hetzelfde beeld.

#### Beleidsimplicaties

Hoewel dit onderzoek geen concrete aanknopingspunten voor interventie biedt is de uitkomst wel uiterst beleidsrelevant. In Nederland, waaronder de vier grote steden, worden vele pogingen ondernomen sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen waarmee aangesloten wordt op de 'Health for all by the year 2000'-gedachte. Het feit dat deze vier steden overeenkomstige verschillen in sterfte laten zien naar SES-niveau, kan bete-

## Sterfte vergeleken

kenen dat een beleid ter verkleining van deze verschillen, effectief in de ene grote stad, dat mogelijk ook is in de andere.

Vanzelfsprekend ondersteunen de bevindingen uit dit onderzoek ook het Haagse gezondheidsbeleid met betrekking tot pogingen achterstand in gezondheid zoveel mogelijk weg te nemen. De resultaten maken duidelijk dat dit streven, hoe complex dit ook moge zijn, zijn recht doet.

### Literatuur:

1. Haverkate I, Reijneveld SA, Oers JAM van et al. Sterfte per buurt naar sociaal-economische status: een vergelijking tussen de vier grootste Nederlandse steden. GG & GD Stafbureau Epidemiologie en Documentatie. Amsterdam 1993.
  2. Targets for Health for All. The World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen 1985.
  3. Lau-IJzerman A, Habbema JDF, Maas PJ van der et al. Vergelijkend Buurtonderzoek Amsterdam. GG & GD Amsterdam, 1980.
  4. Maas PJ van der, Habbema JDF, Bos GAM van den et al. Vergelijkend buurtonderzoek Amsterdam II - naar sterfte en ziekenhuisopnamen, 1977-1983. Universiteit van Amsterdam, ISG/GG & GD 1987.
  5. Oers JAM van, Teeuwen JHM. Sociaal-economische status en sterfteverschillen tussen Rotterdamse buurten. T Soc Gezondheidsz 1991; 69; 55-60.
  6. Steenbergen JE van. Sterfte in Utrecht. GG & GD, Afdeling Epidemiologie en Gezondheidsbevordering. Utrecht 1989.
  7. Struben HWA. De crisis en de gezondheid van de Hagenaar. Epidemiol Bul Grav 1990; 25 nr. 1: 10-9.
-

# Lezersenquête

Bij het septembernummer van het Epidemiologisch Bulletin heeft de redactie een korte vragenlijst gevoegd om onder de lezers de belangstelling voor het tijdschrift te inventariseren. Van 20% van de geadresseerden kregen we het formulier ingevuld retour. Van hen leest drie kwart het Epidemiologisch Bulletin regelmatig, één vijfde incidenteel en 3% nooit. Ze hebben in gelijke mate belangstelling voor de rubriek epidemiologie en volksgezondheid. De kwaliteit (inhoud) van de artikelen wordt meestal goed bevonden (epidemiologie 75%; volksgezondheid 70% en korte berichten 63%). Eén derde van de informanten vindt wel dat de artikelen qua lengte en/of overzichtelijkheid korter/beter kunnen. Is men een trouwe lezer dan wordt het tijdschrift (uiteraard) beter gewaardeerd.

Werkdruk, weezin tegen enquêtes of anderszins hebben een groot deel (80%) van de ontvangers doen besluiten het vragenformulier niet in te vullen. Vanwege deze forse non-respons is gedurende de maand december aanvullend een telefonische enquête gehouden. Hiervoor is een steekproef getrokken uit de huisartsen, en medisch-specialisten die het tijdschrift krijgen toegestuurd (één op de vier artsen werd volgens het toeval gekozen). Organisaties en instellingen zijn niet meegenomen in de telefonische interviewronde omdat het tijdschrift daar vaak circuleert zodat een goed

aanspreekpunt voor ons doel wordt gemist.

De interviewster werd dikwijls geconfronteerd met piekdrukten in de praktijkvoering van de artsen onder andere in verband met de griep epidemie. Uiteindelijk heeft ze de helft van de geselecteerde artsen gesproken.

Hoe lezen de artsen die niet hebben meegedaan aan de schriftelijk enquête het Epidemiologisch Bulletin?

Eén vijfde van hen leest het niet. De anderen lezen het in overeenkomstige omvang óf regelmatig óf incidenteel. De belangstelling voor de rubriek epidemiologie en volksgezondheid is ook onder de telefonisch geënquêteerden evenredig. Ook zij geven regelmatig op dat de artikelen vaak korter kunnen.

Combineren we de uitkomsten van de schriftelijke en de telefonische enquête (tabel 1) dan kunnen we concluderend zeggen dat het Epidemiologisch Bulletin in een behoefte voorziet. 48% van het lezerspubliek leest het tijdschrift regelmatig, 36% een enkele keer en 16% nooit. De rubrieken epidemiologie en volksgezondheid krijgen vrijwel in gelijke mate aandacht en waardering van de lezers. Door menigeen (17%) wordt de wens geuit om de artikelen te bekorten.

**tabel 1**  
Leest u het Epidemiologisch Bulletin?

	Resultaten schriftelijke enquête		Resultaten telefonische enquête <sup>1)</sup>		Totaal	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
	N=248		N=1.076		N=1.324	
Ja, regelmatig	192	78	434	40	626	48
Ja, een enk. keer	49	19	434	40	483	36
Nooit	7	3	208	20	215	16
Totaal	248	100	1.076	100	1.324	100

<sup>1)</sup> De uitkomsten van de gesprekken met de artsen zijn geëstrapoleerd naar de totale non-responspopulatie.

# korte berichten

onder redactie van  
J.M. Vroom-Jongerden

## Actuele informatie

### Gezondheidsenquête stadsdeel Scheveningen'

Op 18 februari jl. heeft in Huize Uiterjooon in Scheveningen een minisymposium plaatsgevonden over de gezondheidsenquête die in 1992 bij de stadsdeelbewoners is afgenomen. De enquête maakt deel uit van het project 'Gezond Scheveningen'. De aanwezigen kregen informatie over de uitkomsten van de enquête en werden gestimuleerd gezamenlijk te werken aan gezondheidsbevorderende activiteiten ten gunste van de bewoners van stadsdeel Scheveningen.

De wethouder Maatschappelijke Dienstverlening, Welzijn en Gezondheidszorg, de heer J.J. Luyten, onderstreepte in zijn voordracht het belang van de monitorende rol van de GGD: het systematisch vergaren van informatie over de gezondheidstoestand van Hagenaars, ook bij bewoners zelf.

Hij reikte het rapport 'Gezondheidsenquête stadsdeel Scheveningen 1992' uit aan de stadsdeelcoördinatrice van Stadsdeel Scheveningen, Ineke van der Meer, en aan de vertegenwoordiger van het Gezamenlijk Schevenings Bewoners Overleg, de heer F. Landheer.

Belangstellenden kunnen het rapport bestellen door overmaking van f35,- op gironummer 48 843 t.n.v. Dienst Welzijn

Den Haag o.v.v. 'Enquête Scheveningen'.

### Jaarboek GGZ 1993

Het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZi) en het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv) hebben onlangs het 'Jaarboek GGZ 1993' uitgebracht. Hierin worden cijfers gepresenteerd over de geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Deze cijfers hebben betrekking op 1991.

Uit de gegevens blijkt dat het aantal opnamen in psychiatrische ziekenhuizen in 1991 verder is gegroeid, maar dat de opnameduur gemiddeld korter is. De ontwikkelingen in de ambulante hulpverlening zijn ook opmerkelijk. Voor het eerst sinds tien jaar nam het aantal nieuwe cliënten bij de RIAGG's in 1991 niet toe.

De prijs van het boek bedraagt f. 45,- (exclusief verzendkosten).

Inlichtingen en bestellingen: tel. 030 - 93 51 41.

## Symposia

### Macht, beleid en samenwerking

De ondertitel van het symposium 'Macht, Beleid & Samenwerking' luidt: Dilemma's bij zorgintensivering, ouderenzorg, ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, thuiszorg en

regionaal zorgbeleid.

Onder de negentien inleiders zijn: prof. T. van der Grinten, prof. A. de Roo, J. van der Wilk, mw.prof. M. Donker, mw.mr. L. Vandeputte, mw.drs. A. de Vries, prof. F. van Wijmen.

Het symposium wordt gehouden op 19 april 1994 in de Vrije Universiteit te Amsterdam. Kosten: f. 95,-.

Inlichtingen en folder: Stichting Sympoz, tel. 020 - 647 47 76.

### Zorgen en wonen

Het symposium 'Zorgen & Wonen' heeft als ondertitel: Dilemma's bij verpleeghuiszorg, ouderenzorg, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, verstandelijke gehandicaptenzorg en zorgvermindering.

Onder de twintig inleiders zijn: prof. H. Kunneman, drs. J. Werner, mw. H. Giebing, Erica Terpstra, prof. P. Houben, prof. H. Manschot, prof. A. van Genep, mw.drs. M. Andela.

Het symposium wordt gehouden op 20 april 1994 in de Vrije Universiteit te Amsterdam. Kosten f. 125,-.

Inlichtingen en folder: Stichting Sympoz, tel. 020 - 647 47 76

### Verslaving

Op 30 en 31 mei 1994 organiseren het Instituut voor Verslavingsonderzoek te Rotterdam, de Alcohol Research Group van de Universiteit van Edinburgh en het Addictions Forum de conferentie 'Alcohol, Drugs, HIV/Aids and Gambling; New international experiences compared'. Deze confe-

rentie vindt plaats in Rotterdam en zal in het Engels worden gevoerd.

Inlichtingen: Instituut voor Verslavingsonderzoek: tel. 010 - 212 16 99.

#### Zomercursus

Van 11-15 juli 1994 organiseert de Rijksuniversiteit Limburg/Maastricht in het kader van de Summer University Health Sciences and Medicine 1994 de cursus 'Recent developments in environmental health risk assessment'.

Inlichtingen: Annie Simon van de RUL, tel. 043 - 88 15 52.

---

## 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). In dit maartnummer wordt de opgave per regio 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 over het vierde kwartaal 1993.

De meeste van de 12 gemelde dysenteria bacillaris-patiënten deden hun besmetting op in het buitenland, voornamelijk in Marokko.

Bij de 2 hepatitis B-patiënten was de mogelijke bron drugsgebruik en seksueel contact.

Er werden 5 malaria-patiënten gemeld. Hiervan hadden 4 volgens de anamnese hun malaria-profylaxe goed ingenomen en afgemaakt (reisdoel: Indonesië en Ghana). 1 patiënt (vakantie in Pakistan) had geen profylaxe genomen en kreeg bij terugkomst in Nederland malaria.

Er werden 3 gevallen van meningococcosis gemeld, waarvan 1 met dodelijke afloop. Dit laatste veroorzaakte nogal wat onrust, ook al omdat niet alle artsen de richtlijnen ten aanzien van profylaxe (alleen voor huisgenoten) hebben gevolgd. Dit leidde tot grote verwarring en paniek bij anderen die terecht geen profylaxe kregen.

Van de 24 gemelde hepatitis A-patiënten waren 9 gerelateerd aan een kinderdagverblijf voor kinderen van 0-4 jaar. Het betrof 1 kinderleidster en 4 ouders; en 4 kinderen hadden een serologisch bevestigde lichte vorm van hepatitis A. Veel kinderen hadden in de periode voorafgaande aan de eerste klinische gevallen ziekteverschijnselen zoals koorts en braken. (Dit viel ook samen met de influenza-periode.) Alle kinderleiders werden gevaccineerd. Naast hygiëne-adviezen werd immunoglobuline geadviseerd voor alle kinderen en voor de ouders van nog niet zindelijke kinderen. De besmetting van de andere gemelde patiënten werd in de meeste gevallen tijdens de vakantie opgelopen in respectievelijk Turkije en Marokko én door besmetting binnen het gezin van gezinsleden onderling.

De bron van de gemelde paratyphus B-patiënt bleef onbekend.

Het gemelde pertussis-patiëntje bleek volledig gevaccineerd.

Bij de 45 scabies-patiënten werd de besmetting meestal in het buitenland opgelopen. Er kwamen veel gezinsbesmettingen voor.

#### *Niet-aangeefbare besmettelijke ziekten*

##### Giardiasis (Lambliasis)

2 kinderen werden besmet door hun ouders die deze besmetting tijdens vakantie in Egypte hadden opgelopen. Een vriendje uit een ander gezin werd door de kinderen besmet.

---

*Aan deze rubriek werkten mee:*

*Mw. I. Burger*

*Mw. J.C. Leegsma*

*(GGD, Rijswijk);*

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

*Mw. G.J. Wijkmans;*

*K.B. Yap (GGD, West-Holland).*

---



# Overzicht aangifte infectieziekten regio Den Haag

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

bron	besmettingsweg	ziekte	1992				1993				1993				
			Den Haag	West-Holland	Rijs-wijk	toesaal regio	Den Haag	West-Holland	Rijs-wijk	total regio	1e kw. regio	2e kw. regio	3e kw. regio	4e kw. regio	
mens	inhalatie	difterie (B)													
		lepra (B)	1		1	2									
		meningococcosis (B) *	20	4	2	26	8	5	1	14	6	3	2	3	
		morbilli (B)	19	1		20		2	2	4	3	1			
		(atyp.) pertussis (B) **	7	6		13	3	1		4	2	1		1	
		rubella (B)						1		1	1				
		ruberulus (B)	135	10	4	149	117	7	1	125	24	31	32	38	
	parotitis epidemica (C)														
	sexueel contact	gonorrhoea (C)	207	3	2	212	149	2		151	43	26	45	37	
		syfilis prim./sec. (C)	10		1	11	14		1	15	4	4	4	3	
		syfilis congenita (C)													
	sexueel contact/bloed	hepatitis B (B) 1	5	2	1	8	4			4		1	1	2	
		HIV-infectie/Aids (1) ***	41	1		42	27			27	2	10	8	7	
	faecaal-oraal	poliomyelitis (A) (2)													
hepatitis A (B) (3)		19	3	3	25	38	12	1	51	19	1	6	25		
dysenteria bacillaris (B) (3)		20	20		40	26	4		30	4	1	12	13		
scabies (B) (4)		105	1		106	121	3		124	19	35	25	45		
dier	inhalatie (faecaal materieel)	ornithosis/paitracosis (B)	2	4		6	2	1		3	1	1	1		
		Q-fever (B) (5)		1	1	2	2			2	1	1			
	insectebeet	lassakoorts e.a. vormen van Afr. vir. haem. koorts (A)													
		febris recurrens (B)													
		gele koorts (B)													
		malaria (B)	9	1		10	10	2		12	1	1	4	6	
		typhus exanthematicus (B)		1		1									
	beet/speeksel	rabies (A)													
		pest (A)													
	aanraking	anthrax (B)													
		tularemia (B)													
		brucellosis (B) (5)	1			1									
	omgeving	inhalatie	legionella pneumonie (B)						2		2			1	1
			cholera (B)												
consumptie		trichinosis (B)													
		voedselvergiftiging (B)	18		3	21	4	2	8	14	3		2	9	
		febris typhoides (A)	4		1	5	4	1	1	5	2	1	2		
		paratyfus B (B)		1		1	2			2	1			1	
		botulisme (B) (6)													
contact (water/grond/dier)		leptospirosis (B)					1			1			1		
wondcontact (water/grond/beet)	retanus (B)														
totaal		582	58	19	659	505	45	14	564	134	108	138	184		

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