

Epidemiologisch Bulletin

JAARGANG 50

TIJDSCHRIFT VOOR VOLKSGEZONDHEID EN ONDERZOEK IN REGIO HAAGLANDEN

4

2015

50

JAAR

50 jaar Epidemiologisch Bulletin

met een terugblik op artikelen over
sterfte, epidemiologie, infectieziekten,
openbare geestelijke gezondheid,
vraagsturing en participatie. ➤

GGD

Haaglanden

BEWAAKT, BESCHERMT EN BEVORDERT DE GEZONDHEID

IN DIT NUMMER

Redactioneel	3	Uitgelicht: Vitamine D	45
<i>Ad van Dijk</i>		<i>Barend Middelkoop</i>	
Uitgelicht: Genotmiddelen	4	Interview Ton van Dijk, directeur GGD Haaglanden Sturing en vraagsturing ten aanzien van gezondheid	46
<i>Ad van Dijk</i>		<i>Liesbeth van Dalen en Leo Staal</i>	
50 jaar Epidemiologie in het Epidemiologisch Bulletin	5		
<i>Barend Middelkoop en Leo Staal</i>			
Uitgelicht: Parasuïcide	16	Uitgelicht: Mondgezondheid	51
<i>Irene Burger</i>		<i>Anita Kootwijk-Jonker en Eveline de Jong</i>	
Sterfte in Den Haag	17	Interview Harry Nijhuis, voormalig hoofdredacteur Participatie enige antwoord op de blijvende gezondheidsverschillen	52
<i>Irene van der Meer</i>		<i>Liesbeth van Dalen</i>	
Uitgelicht: Psychische gezondheid en migranten	27		
<i>Emile Pieters</i>		Uitgelicht: Overgewicht	58
Van Pesthuis tot Poliovaccinatie	28	<i>Irene van der Meer</i>	
<i>Marieke Somsen</i>		Meldingen infectieziekten 1980 en 2015	59
Uitgelicht: Diabetes bij Hindostanen	36	Uitgelicht: Gezonde levensverwachting	62
<i>Barend Middelkoop</i>		<i>Roelien Beuker</i>	
Is Den Haag al onder Dak?	37		
<i>Wim Poort</i>			



Redactioneel

Het Epidemiologisch Bulletin, tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in de regio Haaglanden, bestaat 50 jaar. Graag wil GGD Haaglanden bij deze mijlpaal stilstaan door het uitbrengen van een jubileumnummer. Dit nummer ligt nu voor u en geeft op heel verschillende manieren een terugblik op 50 jaar inhoud van het Bulletin.

Allereerst krijgt u een boeiend overzicht van de epidemiologische artikelen die in de loop der jaren zoal in het Bulletin zijn gepubliceerd. Het tweede artikel beschrijft wat er door de eeuwen heen bekend is geworden over sterfte in Den Haag. De daarop volgende artikelen nemen u mee naar twee terreinen die van oudsher bepalend zijn voor de identiteit van de GGD (vroeger de GG&GD), namelijk de infectieziektebestrijding en de openbare geestelijke gezondheidszorg. Het jubileumnummer sluit af met twee interviews, één met de directeur van GGD Haaglanden en één met de langstzittende hoofdredacteur ooit. Zij kijken terug en blikken vooruit op ontwikkelingen op het gebied van volksgezondheid en zorg en de manier waarop de GGD en het Bulletin daarin een rol spelen.

We zouden zowel de GGD als het Bulletin ernstig tekort doen als het bij deze zes artikelen zou blijven. Er zijn immers meer terreinen waarop de GGD actief is en des te meer onderwerpen waaraan in het Bulletin aandacht is en wordt besteed. Daarom bevat dit jubileumnummer ook een achttal korte artikelen over specifieke onderwerpen in de rubriek 'Uitgelicht'.

Al met al hopen we een mooi en interessant boeket te hebben samengesteld dat een goed beeld geeft van de historie van dit kwartaaltijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek.

Een jubileum nodigt uit om stil te staan bij de carrière van de jubilaris. Ook dat willen wij doen. Zoals uit verschillende artikelen blijkt, heeft het Epidemiologisch Bulletin regelmatig bijgedragen aan

beleid op het gebied van de volksgezondheid en ook van de gezondheidszorg. Dat geeft voldoening, want dat is ook waar het Bulletin voor bedoeld is. Dit kan niet zonder de enthousiaste inzet die al jaren wordt geleverd door redactieleden en auteurs van artikelen, zowel van binnen als van buiten de GGD.

De redactie laat zich leiden door twee uitgangspunten: letten op maatschappelijke relevantie (gemeten aan het belang van de artikelen voor de volksgezondheid in de regio Haaglanden) en voldoen aan de wetenschappelijke standaarden (niet alleen onderzoekstechnisch, maar ook bijvoorbeeld qua wetenschappelijke integriteit). Op die manier heeft epidemiologie gaandeweg steeds meer bijgedragen aan een evenwichtige verdeling van aandacht en geld. Dit waar vóór de opbloei van het vakgebied van de epidemiologie, degene met de grootste mond en/of de meest tot de verbeelding sprekende ziektebeelden, gewoonlijk het meeste geld wist te verkrijgen. Mede door epidemiologisch onderzoek is bovendien het belang van preventie steeds beter op de kaart gezet; ook uit kosten oogpunt. Immers: 'An ounce of prevention is worth a pound of cure'.

Het Epidemiologisch Bulletin hoopt in ieder geval bij te dragen aan het maken van verstandige keuzes binnen het vakgebied van de public health. Het hoopt nog vele jaren door te gaan met het publiceren van artikelen die inzicht geven in de gezondheidssituatie van de bevolking van regio Haaglanden, die aanzetten tot nadenken en discussie en die dienen als inspiratiebron voor het politieke, bestuurlijke en maatschappelijke debat.

Ik wens u veel leesplezier.

A.A.H.M. (Ton) van Dijk
Directeur GGD Haaglanden

Genotmiddelen: van verslaving tot leefgewoonten

Ad van Dijk

In 1985 rapporteert het Epidemiologisch Bulletin enkele kritische aantekeningen over de ademproef als bewijslast voor het rijden onder invloed (EB 1985/3). Het is het eerste oorspronkelijke artikel over genotmiddelen in het Epidemiologisch Bulletin. Vanaf die tijd verschijnen regelmatig artikelen over het gebruik van harddrugs en genotmiddelen met data afkomstig uit registraties van huisartsenpraktijken en de hulpverlening.

Onder de titel 'Kent Den Haag haar verslavingsproblemen?' publiceert het Bulletin in 1993 een pleidooi om in samenwerking met Politie Haaglanden en instellingen voor verslavingszorg en psychiatrische ziekenhuizen longitudinaal onderzoek te doen (EB 1993/3). De beoogde samenwerking komt tot stand in de Commissie Monitoring en Registratie alcohol en drugs (More). De commissie bestaat uit GGD, gemeente Den Haag, Politie Haaglanden en instellingen voor verslavingszorg en koppelt onder andere data om een beter beeld te krijgen van de populatie harddruggebruikers.

In 1993 verschijnt eveneens een survey onder inwoners van stadsdeel Scheveningen naar het alcoholgebruik aldaar. Preventie staat daarbij centraal. Naast het beïnvloeden van gedrag gaat het ook om het beïnvloeden van de sociale omgeving en de situatie waarin wordt gedronken. De focus is niet zozeer 'niet drinken' maar 'alcohol en sport gaan niet samen' (EB 1993/4). Die oriëntatie op de omgeving komt vanaf de jaren negentig ook terug in publicaties over verslaafden die niet in zorg zijn ('verborgen populaties') en de scene van verslaafden. Het Bulletin rapporteert vanaf 1998 om de vier jaar over Haagse resultaten van een landelijk onderzoek naar riskant gedrag van jongeren (Trimbos Peilstation). Onderzoek onder uitgaanders in



Den Haag maakt naast een survey ook gebruik van kwalitatieve onderzoeksmethoden en van ziekenhuisregistraties voor onderzoek naar alcoholvergiftiging onder jonge uitgaanders (EB 2015/2).

Meer dan vroeger, waar het ging over gevolgen van verslaving en over het handhaven van de openbare orde, richten huidige onderzoeken en daarmee de artikelen in het Bulletin zich veel meer op leefgewoonten van de burger. Tabak, alcohol, we weten dat het niet gezond is. De wet is aangepast, jongeren mogen pas vanaf 18 jaar alcohol drinken en ouders beseffen dat hun kinderen ook 'middelen' gebruiken. Deze omslag van 'moet kunnen' naar 'nix' heeft geleid tot een afname van het gebruik van tabak en alcohol in de achterliggende jaren.

OVER DE AUTEUR

Dhr. Drs. A. van Dijk is epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie, GGD Haaglanden.

E-mail: ad.vandijk@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

Verwijzingen naar artikelen uit het Epidemiologisch Bulletin zijn weergegeven als: (EB 1985/3). Dit betekent een verwijzing naar een artikel in nummer 3 van jaargang 1985. Alle Epidemiologisch Bulletins zijn digitaal te raadplegen via www.ggdhaaglanden.nl/epibul.



Vijftig jaar epidemiologie in het Epidemiologisch Bulletin

Al vijftig jaar verzorgt het Epidemiologisch Bulletin publicaties over de gezondheidssituatie in Den Haag en – vooral vanaf 1 januari 2014 – in de regio Haaglanden. Dit artikel beschrijft in vogelvlucht de onderwerpen, de soorten onderzoek en de relatie tussen onderzoek en beleid die deze vijftig jaar aan de orde kwamen. Deze beschrijving gebeurt aan de hand van een indeling in vier perioden van het bestaan van het Bulletin:

- 1 Van de start tot 1981: **bulletin Infectieziektebestrijding**
- 2 Van 1981 tot 1990: **verbreding naar niet-infectieuze ziekten**
- 3 Van 1991 tot 1995: **sterke nadruk op volksgezondheid en beleid**
- 4 Van 1996 tot heden: **volksgezondheid en onderzoek.**

Barend Middelkoop en Leo Staal

Het is onmogelijk om in dit overzichtsartikel recht te doen aan het uiteenlopende scala van onderwerpen en de vele artikelen die in het Bulletin zijn verschenen. Daarom verwijzen we graag naar de overige artikelen en uitgelichte thema's in dit jubileumnummer over onderwerpen en publicaties die, historisch gezien, een opmerkelijk belang hadden.

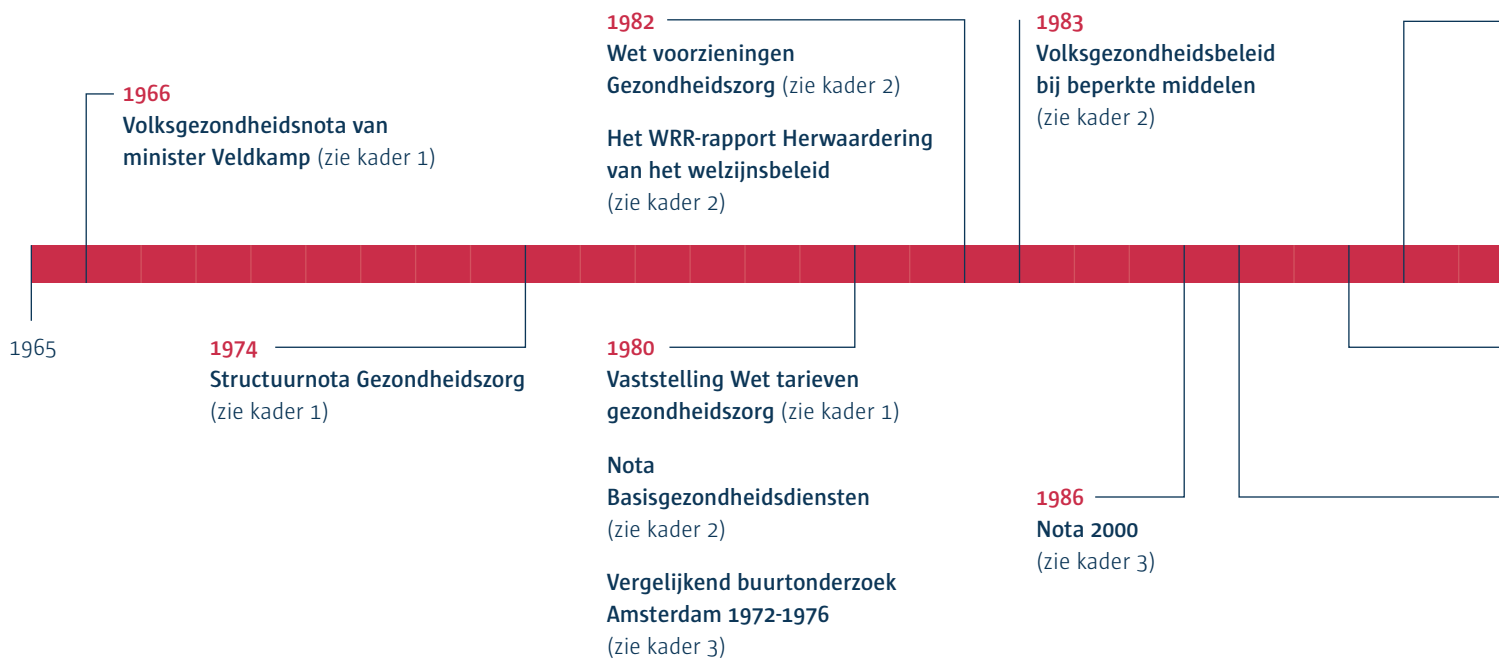
Eigenlijk is een beschrijving van vijftig jaar epidemiologie in dit Bulletin niet los te zien van de geschiedenis van de GG&GD, later de GGD Den Haag en inmiddels de GGD Haaglanden. Evenmin is het los te zien van het in deze halve eeuw door de gemeente(n) gevoerde (gezondheids)beleid. Immers, als het goed is, is er een nauwe relatie tussen epidemiologie en beleid. De epidemiologische artikelen in het Epidemiologisch Bulletin zijn niet alleen bedoeld voor de brede groep lezers van het blad, voor het merendeel bestaande uit zorgverleners, maar minstens zo zeer voor beleidsmakers. Mede via het Bulletin geeft GGD Haaglanden vorm aan de wettelijke taak van 'het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de

bevolking'. Dit inzicht moet de Colleges van Burgemeester en Wethouders in de regio Haaglanden helpen bij het voeren van een zo goed en doelmatig mogelijk gezondheidsbeleid. Kortom, idealiter zou een artikel over vijftig jaar epidemiologie in dit Bulletin ook moeten beschrijven hoe de context was en is: welke input leidde tot welk onderzoek? En: welke consequenties zijn in de loop der jaren verbonden aan de uitkomsten van de onderzoeken die in het Bulletin zijn gepubliceerd?

Dit artikel heeft niet de pretentie om op zo'n integrale wijze de geschiedenis te beschrijven. Uiteraard wordt wel hier en daar iets verteld over de bredere context waarbinnen epidemiologische artikelen verschenen, zodat de betekenis van die artikelen beter duidelijk wordt. In algemene zin is er aandacht voor de relatie tussen onderzoek en beleid en de manier waarop dit Bulletin daaraan heeft bijgedragen.

Dit artikel bevat een 'tijdlijn' met jaartallen van de belangrijkste externe ontwikkelingen en verwijzingen naar de daarbij horende informatiekanalen.

Tijdslijn 50 jaar Epidemiologisch Bulletin



De eerste vijftien jaar: een bulletin van de afdeling Infectieziektebestrijding en Hygiëne

In de eerste vijftien jaar is het Epidemiologisch Bulletin een mededelingenblad over infectieziekten van de toenmalige Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG&GD) van 's-Gravenhage. Het verschijnt één maal per kwartaal en wordt verzorgd door de afdeling Infectieziektebestrijding en Hygiëne. Helaas zijn van die periode slechts vier nummers bewaard gebleven. Het zijn wel allemaal zogeheten 'dubbelnummers', dat wil zeggen van twee kwartalen. Zo gerekend, zijn er dus acht nummers bewaard. In die periode verschijnt het Bulletin op A-5 formaat, half zo groot als het huidige formaat. Het oudste bewaarde nummer dateert van de tweede helft van 1978, bevat één artikel over hoofdluis en één bericht over penicillineresistente gonococci. Verder bevat het de nog steeds gangbare rubriek met meldingen van infectieziekten. De tabel meldt ziekten die (ook in 1978 al) nauwelijks meer voorkomen in Nederland, maar die men in het buitenland heeft opgelopen. Een voorbeeld van zo'n ziekte is lepra, in het Epidemiologisch Bulletin gepresenteerd onder de nu archaïsch aandoende benaming M. (van Morbus, oftewel 'Ziekte van') Hansen. Toch blijkt er opeens ook een constante, want de zesde patiënt met M. Hansen is een vrouw uit Suriname. 'Werd in Holland suikerpatiënte', staat er als bijzonderheid bij.

Vermoedelijk is dit de eerste keer dat diabetes en Suriname in combinatie voorkomen in het Bulletin. Zoals veel lezers wellicht weten is 'diabetes bij Hindostanen' vanaf 1991 vaak in artikelen aan de orde geweest.

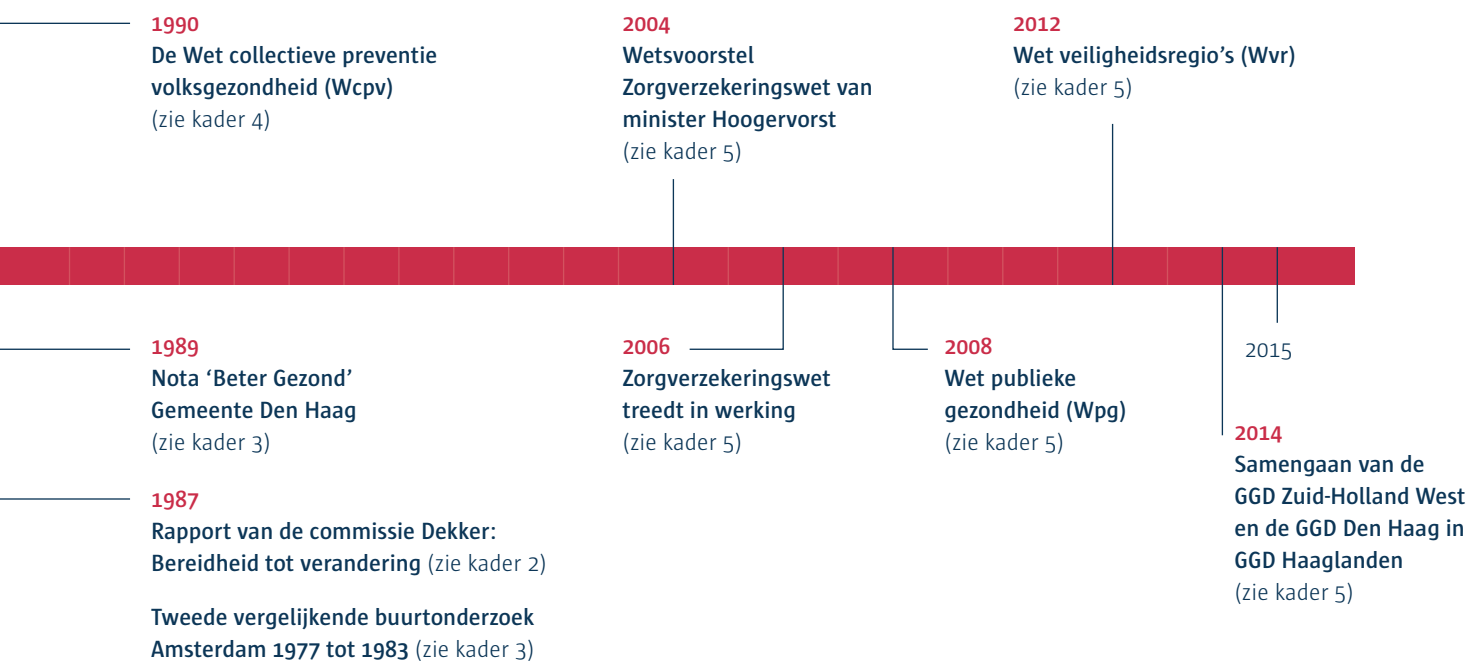
In de bewaarde nummers uit 1979 en 1980 passeren de volgende onderwerpen: hepatitis B, de drempelvrije geslachtsziektebestrijding en een casus van besmetting met Chlamydia Psittaci, een infectieziekte die van vogels kan worden overgedragen op mensen.

Hoewel er dus een beperkt aantal uitgaven beschikbaar is, lijkt het erg waarschijnlijk dat de epidemiologie uitsluitend beschrijvend van aard was. Hoogstwaarschijnlijk was er geen sprake van een duidelijke relatie tussen gepresenteerde onderzoeksresultaten en beleid.

1981-2 tot en met 1990: verbreding naar ook niet-infectieuze ziekten en aandoeningen

Het julinummer van 1981 markeert de overgang naar, zoals het Redactioneel het noemt, een 'Epidemiologisch Bulletin van 's-Gravenhage nieuwe stijl'. Zie ter illustratie hiervan de brief van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid op pagina 8. Vanaf dat moment wordt het Bulletin verzorgd door het net nieuw opgerichte Stafbureau Epidemiologie en Informatica van de GG&GD.¹ Er verschijnen nu ook artikelen over niet-infectieuze ziekten. Voor de herkenbaarheid worden, zij het





niet langer dan tot 1984, aparte katernen 'Epidemiologie van infectieziekten' en 'Epidemiologie van niet-infectieuze ziekten' geïntroduceerd. Bovendien opent elk Bulletin met een Redactioneel en het katern 'Algemene epidemiologie' bevat artikelen met uitleg over dat in Nederland nieuwe vakgebied: epidemiologie. Er wordt geschreven over John Snow en de cholera-epidemie in het midden van de 19de eeuw in Londen (John Snow wordt wel beschouwd als voorvader van de hedendaagse epidemiologen), over

epidemiologische methoden en technieken, over de termen incidentie en prevalentie, over screening en de bijbehorende testen en begrippen zoals sensitiviteit, specificiteit en voorspellende waarde van een test en over epidemiologisch evaluatieonderzoek. Kortom, het Epidemiologisch Bulletin had in die periode ook een educatief karakter. De verbreding van de inhoud van het Bulletin betekent allermindst dat er minder aandacht is voor infectieziekten: het blad wordt gewoon dikker en komt

1 Externe ontwikkelingen periode 1965 – 1980

De eerste grote departementale nota over de gezondheidszorg verscheen in 1966: de Volksgezondheidsnota van minister Veldkamp. In deze nota werd de gezondheidszorg uitgebreid beschreven en werden de knelpunten benoemd. Met de nota werd de basis gelegd voor een structuurbeleid gezondheidszorg door de rijksoverheid. In 1974 werd de Structuurnota Gezondheidszorg uitgebracht. De in deze nota voorgestelde structuur van de gezondheidszorg maakte nieuwe wetgeving noodzakelijk. De drie belangrijkste wetten die in dit verband het licht zagen, waren voorstellen voor de Wet voorzieningen gezondheidszorg (Wvzg), de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg) en de Algemene wet

ziektetekostenverzekering (Wzv). De Wzv ging uiteindelijk niet door vanwege politiek onaanvaardbaar geachte inkomenseffecten. De Wtg werd in 1980 vastgesteld, maar het duurde tot 1982 voordat de wet in werking trad.

In de Structuurnota werd via het pleiten voor een sluitend net van diensten voor openbare gezondheidszorg ook de basis gelegd voor de huidige GGD'en. In feite was dit voornemen in de Structuurnota gericht op het tot stand brengen van basisgezondheidsdiensten in niet-stedelijke regio's. In de vier grote steden bestonden al gemeentelijke gezondheidsdiensten. (voor vervolg zie kader 2)

2 Externe ontwikkelingen periode 1980 – 1990

In de nota Basisgezondheidsdiensten uit 1980 werd het voornemen om te komen tot diensten voor openbare gezondheidszorg verder uitgewerkt, met als wettelijke basis de Wvg. Het derde nader gewijzigd ontwerp van de Wvg werd na een jaren lange discussie in 1982 aangenomen. Naast regelgeving met betrekking tot de planning en regulering van voorzieningen en het functioneren van de zorg (over samenwerking, over het leveren van informatie en over kwaliteit) werd aan de gemeentebesturen het instellen en in stand houden van basisgezondheidsdiensten opgedragen. De wet benoemt zes basistaken van basisgezondheidsdiensten: epidemiologie; infectieziektebestrijding; sanitaire controle; hygiëne en psychohygiëne; jeugdgezondheidszorg en zorg voor andere risicogroepen; advisering aan gemeente en provincie. Structuurwetgeving kwam echter steeds meer ter discussie te staan. Het hoofdstuk in de Wvg over basisgezondheids-

diensten is als gevolg van het intrekken van de Wvg nooit ingevoerd. Omdat er duidelijk behoefte was aan een wettelijke regeling voor het functioneren van openbare gezondheidsdiensten werd besloten tot een nieuwe wet: de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv).

De discussies over de structuurwetgeving monden via een aantal beleidsbepalende rapporten en adviezen – waaronder het WRR-rapport Herwaardering van het welzijnsbeleid (1982) en Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen (1983) – in 1987 uit in het rapport van de commissie Dekker: Bereidheid tot verandering. Centraal in dit advies stonden de vraagstukken over volumeontwikkeling, herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen en regulering via marktwerking.

(voor vervolg zie kader 3)

niet-infectieuze ziekten. Het peilstation wordt bovendien ook verbreed tot een groep van enkele tientallen huisartsen die samen een patiëntenpopulatie vertegenwoordigen die redelijk representatief was voor de Haagse bevolking. In 1988 komen de deelnemende huisartsen uit Den Haag, Zoetermeer, Rijswijk, Voorburg, Leidschendam en Wassenaar en ontstaat een regionaal peilstation.

Een commissie van zowel huisartsen als GG&GD-medewerkers bepaalt de onderwerpen voor deze registratie (vanaf 1990/2 spreekt het Bulletin niet meer van GG&GD, maar van GGD). Het peilstation levert bijzonder veel artikelen op voor het Epidemiologisch Bulletin. De variëteit in onderwerpen is enorm. In het eerste jaar domineren de infectieziekten, maar al snel gaat de aandacht naar thema's als ulcus pepticum (zweer van maag en/of twaalfvingerige darm; indertijd nog vooral als uiting van stress beschouwd), mishandeling, probleemdrinken, suïcidaal gedrag (een steeds terugkerend issue), bloedarmoede, euthanasie, uitstrijkjes, wratten, polsfracturen, antidepressiva, cara, schildklieraandoeningen, anticonceptie, schadelijke bijwerkingen van geneesmiddelen, bof, heupfracturen, psychische klachten na bevalling, oor uitspuiten, alcohol en terminale thuiszorg.

Regelmatig bespreekt de afdeling Epidemiologie de waarde van de epidemiologische gegevensverzameling via het huisartspeilstation. Dit resulteert in een,

ook voor andere GGD'en lezenswaardig en informatief artikel in GGD Nieuws, het landelijke blad van de indertijd bestaande Vereniging van Basisgezondheidsdiensten.² Dit artikel laat zien dat de voorwaarden waaraan moet zijn voldaan om valide en betrouwbare informatie te verkrijgen, zeer talrijk zijn en dat het peilstation lang niet altijd aan die voorwaarden kan voldoen. De belangrijkste aanbeveling luidt dan ook om op een veel flexibeler manier om te gaan met het peilstation. Een 'Kort bericht' in het eerste nummer van 1991 (EB 1991/1) meldt dat het peilstation is opgeheven en dat de huisartsen hierover zijn geïnformeerd.

Nieuwe epidemieën

In deze periode worden in het Bulletin twee epidemieën beschreven: de rachitis epidemie en de HIV/Aids-epidemie. De rachitis epidemie, dus het probleem van de veel voorkomende vitamine D tekorten, wordt op pagina 45 van dit jubileumnummer beschreven.

In deze periode ging de HIV- en Aids-epidemie ook aan Den Haag niet voorbij. Dit uit zich onder meer in een aantal artikelen in het Epidemiologisch Bulletin over de initiatieven van de GG&GD op het gebied van preventie van HIV-besmettingen. Eén van die artikelen bevat een oproep aan behandelend artsen om – op vrijwillige basis – gevallen van Aids te melden. Dat gebeurde namelijk niet. Het artikel noemt de weerstand

begrijpelijk, omdat aan de diagnose Aids een groot maatschappelijk stigma kleefde. Benadrukt wordt dan ook dat het de GG&GD uitsluitend gaat om anonieme meldingen. Toch duurt het tot het laatste nummer van 1990 eer het Bulletin een, via de Inspectie verkregen, getal kon presenteren. (EB 1990/1).

Epidemiologie, filosofie en beleid

Wat betreft de aard van de epidemiologische artikelen, beperkt het Bulletin zich ook in deze periode tot (kwantitatieve) beschrijvende epidemiologie. Het gaat om het tellen van klachten, symptomen en gestelde diagnosen bij (groepen uit) de bevolking. Soms plaatst het Bulletin daar behartigenswaardige kanttekeningen bij. Een mooi voorbeeld is het artikel in het eerste nummer van jaargang 1988 met de titel: 'Over behoefte, vraag en aanbod in de geestelijke gezondheidszorg' en een artikel over 'Medische hulpverlening buiten kantooruren' (EB 1988/1). In feite gaan beide artikelen in op de verhouding tussen enerzijds subjectief ervaren behoeften van patiënten en anderzijds de door medici als 'objectief'

beschouwde behoeften, op basis van gestelde diagnosen. Een filosofisch getint artikel in hetzelfde nummer gaat dieper in op de achterliggende gedachteswerelden. Hierbij wordt kritisch gesignaleerd dat een positivistische wetenschapsopvatting weliswaar buitengewoon nuttig is voor de geneeskunde, maar dat een dergelijke benadering niet altijd leidt tot "het kennen 'wat er echt aan de hand' is". Met andere woorden: de 'objectieve' behoeften zijn niet belangrijker dan de (subjectief) ervaren behoeften. (EB 1988/2). Het zal duidelijk zijn dat deze gedachtegang ook gevolgen heeft voor het epidemiologisch onderzoek en dus voor de epidemiologische artikelen die in het Epidemiologisch Bulletin worden gepubliceerd. Het is in sommige gevallen niet eenvoudig om er zeker van te zijn dat je die dingen telt en meet waar je echt in geïnteresseerd bent. Of waar beleidsmakers echt iets aan hebben als ze een gezondheidsbeleid willen voeren dat ten goede komt aan de bevolking en een antwoord biedt op de vragen en behoeften van de burgers.

3 Externe ontwikkelingen periode 1980 – 1990 (vervolg)

De discussie over de gezondheidszorg in Nederland is in de jaren na het verschijnen van de Structuurnota in 1974 sterk gedomineerd door structuur-, organisatie- en financieringsvraagstukken. Met het verschijnen van de Nota 2000 in 1986 kwam de notie dat het overheidsbeleid meer georiënteerd zou moeten zijn op de gezondheid van de burgers, prominenter in beeld. Het doel van het beleid is tenslotte de gezondheid te bevorderen. In de Nota 2000 wordt gepleit voor het voeren van een gezondheidsbeleid, dat gericht is op alle determinanten van de gezondheidssituatie, zoals biologische factoren, de fysieke en de maatschappelijke omgeving, het zorgsysteem en op leefwijzen. Als basis voor het denken over gezondheid wordt het gezondheidsmodel van de Canadese minister van Volksgezondheid Marc Lalonde gebruikt.

Meer aandacht voor de inhoud werd zeker bevorderd door de twee vergelijkende buurtonderzoeken in Amsterdam. In 1980 verscheen het eerste onderzoek, over de periode 1972-1976, waarin de onderzoekers grote verschillen aantoonde in gezondheid tussen buurten. Zeker spraakmakend omdat het in de verwachting lag dat gezondheidsverschillen al lang tot het verleden behoorden. Uit het tweede vergelijkende buurtonderzoek uit 1987, over de

periode 1977 tot 1983, bleek dat de gevonden gezondheidsverschillen tussen buurten in Amsterdam redelijk stabiel waren.³ De sociaal-economische gezondheidsverschillen kwamen op de politieke agenda.

Het gemeentebestuur van Den Haag vertaalt vanuit de ervaringen in het Healthy Cities project de verschuiving van denken in termen van structuur en organisatie naar aandacht voor de gezondheid van de burgers op lokaal niveau in de nota 'Beter Gezond' (1989). De nota gaat uit van een tweesporenbeleid: het gezondheidszorgbeleid dat zich richt op een goed stelsel van zorgvoorzieningen en het gezondheidsbeleid dat zich richt op het bevorderen en het beschermen van de gezondheid van de inwoners van de stad. Het centrale begrip in het Haags gezondheidsbeleid is gezondheidsbevordering: "...een proces dat mensen in staat moet stellen greep te krijgen op hun eigen gezondheid en deze te verbeteren..."⁴

Latere nota's noemen expliciet het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen als een van de doelstellingen van het gemeentebestuur op het terrein van de publieke gezondheid. (voor vervolg zie kader 4)



In deze periode onderwerpt het Epidemiologisch Bulletin het (gezondheids)beleid van de gemeente Den Haag af en toe aan een kritische blik. Het duidelijkste voorbeeld betreft het onderwerp roken. Zo wordt de gemeente in 1988 gewezen op de inconsistentie in het beleid, namelijk enerzijds het voeren van een actief rookontmoedigingsbeleid en anderzijds het maken van zodanige afspraken bij de privatisering van de bus- en tramhokjes dat massale tabaksreclame het straatbeeld blijft bepalen (EB 1988/4). In 1991 en 1992 wordt dit thema opnieuw opgepakt (zie hierna).

1991 tot en met 1995: grotere nadruk op Volksgezondheid en beleid

Het eerste redactioneel van 1991 meldt de ambitie van het Bulletin om niet alleen verslag te doen van epidemiologisch onderzoek, maar ook te schrijven over volksgezondheid: 'organisatorische verschuivingen, vernieuwende projecten, openbare debatten over bepaalde gezondheidsthema's' (EB 1991/1). Daartoe wordt een speciaal katern Volksgezondheid geïntroduceerd. De epidemiologische artikelen komen voortaan in het katern Epidemiologie. Nieuw is ook de rubriek 'Korte berichten' en de tabel 'Aangiften infectieziekten' komt weer terug (deze laatste tabel ontbrak in de jaren 1987 tot en met 1990).

De redactie wordt verbreed tot zeven leden, zowel van binnen als van buiten de GGD. Daarnaast meldt het colofon circa twintig correspondenten, eveneens van binnen en buiten GGD. Deze correspondenten worden, afhankelijk van het onderwerp, geconsulteerd bij de voorbereiding van artikelen.

Het eerste katern Volksgezondheid pakt meteen goed uit: een impressie van het vak van huisarts in een

achterstandswijk en de discussie over roken waarin de tabakslobby vooralsnog het pleit bleek te winnen: Nederland keert zich tegen een voorstel in het Europees parlement om tabaksreclame te verbieden. Daarmee volgt Nederland het argument van de tabaksindustrie dat zo'n verbod strijdig zou zijn met de grondwettelijke vrijheid van meningsuiting. Zelf-regulering door de tabaksfabrikant zou voldoende zijn. Het katern Volksgezondheid is in deze periode meestal groter dan het katern Epidemiologie. Soms ontbreekt het laatste zelfs geheel.

Wat betreft epidemiologische artikelen verschijnt in deze periode onder meer het eerste van een langjarige serie over de mondgezondheid van de Haagse jeugd, van de hand van medewerkers van de afdeling Preventieve en Sociale Tandheelkunde van de Katholieke Universiteit Nijmegen. Tot die tijd publiceerden zij hun artikelen over de Haagse jeugd alleen in het Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde. Verder is er onder meer aandacht voor hygiënische probleemsituaties, somatisatie, verslaving, kindermishandeling, doodgeborenen, erfelijke vormen van bloedarmoede en het eerste deel (in 1996 volgt de rest) van het verslag van een groot onderzoek naar de relatie tussen sociaal-economische status en sterfte, uitgesplitst naar een groot aantal doodsoorzaken.

Healthy cities

De GGD participeert in die jaren in het 'Healthy cities project' van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO). De WHO baseert dit project op het in 1986 aangenomen 'Ottawa Charter' met vijf gebieden waar gezondheidsbevordering zich op moet richten: 1. het bouwen van gezond publiek beleid; 2. het creëren van ondersteunende omgevingen; 3. het versterken van



4 Externe ontwikkelingen periode 1990 – 1995

Op basis van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) krijgen gemeenten in 1990 expliciet de opdracht om vorm te geven aan gezondheidsbeleid. In de Wcpv werden de taken en verantwoordelijkheden van de gemeente ten aanzien van collectieve preventie op het gebied van volksgezondheid oftewel openbare gezondheidszorg vastgelegd. De Wcpv had tot doel het bevorderen van gezondheidsbescherming,

gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Gemeenten brachten de hieruit voortvloeiende werkzaamheden over het algemeen onder bij een basisgezondheidsdienst dan wel GGD. De Wcpv onderscheidde drie deelterreinen: collectieve preventie (een bevorderingstaak), infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg (naast bevorderingstaken, ook uitvoeringstaken). (voor vervolg zie kader 5)

‘community action’; 4. het ontwikkelen van persoonlijke vaardigheden; 5. het heroriënteren van de zorg in de richting van preventie van ziekte en bevordering van gezondheid. In Den Haag wordt in 1989 besloten om een op deze ideeën gebaseerd project te starten in stadsdeel Scheveningen. Dit wordt in het Bulletin gerelateerd aan het nieuwe beleidsprogramma van het gemeentebestuur (1990-1994) met als intentie de gezondheidsverschillen tussen wijken (zoals bovengenoemde sterfteverschillen) terug te dringen. Het gedachtegoed komt verrassend modern over, bijvoorbeeld in de zinsnede: ‘Het is ook de bedoeling dat hierbij Hagenaars zelf een actieve rol spelen’ (EB 1990/4).

Over de in het kader van dit ‘Project Scheveningen’ afgenomen schriftelijke gezondheidsenquête wordt in 1993 en 1994 gepubliceerd. De artikelen gaan over het oordeel over de eigen gezondheid, veiligheidsgevoelens, medicijngebruik, alcoholgebruik, factoren die mensen zelf belangrijk achten voor hun gezondheid, de ervaring van de fysieke en sociale omgeving, sociale steun en eenzaamheid, gokken en lichaamsbeweging.

Epidemiologie en beleid

Over het algemeen zijn de epidemiologische artikelen ook in deze periode puur beschrijvend van aard. Soms spelen zij duidelijk in op actuele discussies, zoals het artikel over de gezondheidsrisico's van een vuilverbrandingsinstallatie midden in een woonwijk (EB 1992/2-3) en een artikel ‘Sterfte door roken in Den Haag’ met een berekening van het aantal sterfgevallen dat te wijten is aan roken (EB 1992/2). Deze artikelen geven zeer relevante informatie voor beleid en zijn duidelijk ook als zodanig bedoeld. Zo gaat het artikel over sterfte door roken vergezeld van een scherp artikel in het katern Volksgezondheid in hetzelfde nummer.

Dit artikel is te beschouwen als een vervolg op het hierboven genoemde artikel (EB1998/4). Het gaat expliciet in op de economische en politieke belangen: *“Terwijl op de achtergrond financiële overwegingen een grote rol spelen, wordt een diepgaand en serieus debat over de volksgezondheidsaspecten van roken niet gevoerd. De 750 doden per jaar en het aantal ziektegevallen in Den Haag verdwijnen snel naar de achtergrond. Spreken ze minder tot de verbeelding dan hartoperaties die menig stugge roker ondergaat? Hoe moet de contradictie begrepen worden dat de gemeente enerzijds de voorwaarden creëert voor en geld verdient aan uitnodigingen om te roken, terwijl anderzijds ze zich inspant en veel geld uitgeeft om het roken terug te dringen?”*

1996 tot heden: een breed medium voor publicaties over onderzoek en volksgezondheid

Hoewel in 1996 het correspondentensysteem wordt afgeschaft, houdt het Epidemiologisch Bulletin vast aan de gedachte dat het een blad moet zijn dat ook van buiten de GGD moet worden gevoed. De redactie wordt daarom uitgebreid tot rond de tien leden, met vooral aanvulling van buiten de GGD.

Een voor Den Haag nieuw verschijnsel in deze periode is de schriftelijke gezondheidsenquête. Na de ervaring hiermee in het ‘Project Scheveningen’ (zie hierboven) wordt de enquête voor het eerst in heel Den Haag afgenomen. Directe aanleiding is de in de Wet Publieke Gezondheid opgenomen verplichting voor GGD'en om op uniforme wijze gegevens te verzamelen over de gezondheid van de bevolking. Deze verplichting leidt tot een landelijke basisset van enquêtevragen. Daar bovenop stemmen de vier grote steden hun enquêtes onderling af. De resultaten van de Haagse gezondheidsenquêtes van 2008 en



Regelmatig terugkerende thema's in de periode 1996 tot heden zijn:

- Sterfte naar sociaal-economische status en/of etnische achtergrond
- Diabetes bij Hindostanen
- Harddrugverslaving
- Mondgezondheid van kinderen
- Suïcidaal gedrag en depressie
- Genotmiddelengebruik van scholieren en (uitgaande) jongeren
- Hygiënische probleemsituaties en zelfverwaarlozing
- Openbare Geestelijke GezondheidsZorg, in het bijzonder dak- en thuislozen
- Perinatale sterfte en morbiditeit
- De (geestelijke) gezondheid van mensen van allochtone afkomst
- Vitamine D
- Overgewicht bij kinderen
- Infectieziekten als hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C, Aids, tuberculose
- Geweld (kindermishandeling, ouderen-mishandeling, geweld tegen partner)
- De gezondheid van en zorg voor ouderen.

Zie ook de artikelen in de rubriek 'Uitgelicht' in deze jubileumuitgave.

2012 zijn gepubliceerd in de Haagse Gezondheidsmonitoren 2010 en 2014, maar vinden deels ook hun weg in het Bulletin.

In deze periode is er een toename van het aantal artikelen dat verslag doet van kwalitatief onderzoek. Dit varieert van een artikel over een zorgvernieuwing in een bepaald Haags verzorgingshuis (EB 1996/1) en een artikel over de drugscene rond het Zieken (EB 2002/3) tot artikelen over psychosociale problematiek van meiden van Hindostaanse (EB 2004/3) en Turkse (EB 2010/3) afkomst en ervaringen van achterblijvers en uithuisgeplaatsten bij een tijdelijk huisverbod (EB 2013/4). Sommige artikelen presenteren zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek, zoals de 'Community analyse Oranjeplein e.o. – onderzoek in het kader van de Haagse Aanpak Gezond Gewicht' (EB 2011/4). Ook het aantal artikelen over evaluatieonderzoek neemt toe, zoals bijvoorbeeld de terugblik op het grote gemeentelijke programma 'Gezondheidsachterstand moet wijken' (EB 2010/2). Aandacht is er ook

voor specifieke projecten, zoals de evaluatie van het Stiom-project 'Nieuwe Sporen' met de inzet van vertrouwenspersonen uit de eigen etnisch-culturele gemeenschap voor de begeleiding van mensen met psychosociale problematiek (EB 2005/1).

In de hoop op nieuwe aanknopingspunten voor preventie, verschijnen er artikelen over onderzoek naar mogelijke oorzaken van ongezondheid (etiologisch onderzoek), waaronder artikelen over de mogelijke oorzaken van de hoge prevalentie van diabetes onder Hindostanen.

Anders dan in de periode 1981-1990 richt het Epidemiologisch Bulletin zich niet meer in rechtstreekse zin tot beleidsmakers.

Toch krijgen veel artikelen grote publieke aandacht, leiden ze regelmatig tot verbeteringen in de zorg of worden ze gevolgd door nieuw gemeentelijk beleid. Voorbeelden hiervan zijn de artikelen over vitamine D en diabetes, over suïcidaal gedrag (zoals SuNa, het Suïcidepoging Nazorg project en de bijscholing voor professionals die veel te maken hebben met uitkeringsgerechtigden met mogelijk een verhoogd suïciderisico) en over perinatale sterfte (naar aanleiding waarvan de Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid is geïnitieerd).

Beschouwing

Wellicht hadden sommige lezers anders verwacht, maar na de verbreding tot ook niet-infectieuze ziekten zijn er geen opvallende veranderingen in de onderwerpen die in het Bulletin aan de orde komen. Uiteraard vormen de artikelen een weerslag van bekende epidemieën, zoals de HIV-epidemie, de epidemie van harddrugverslaving en de nog steeds heersende epidemie van overgewicht. Ook is er soms een opkomen en weer snel verdwijnen van zorgen. Een voorbeeld is de – hierboven niet besproken – tijdelijke verheffing van het aantal tienermoeders. In 2002 lijkt er sprake van een stijging (EB 2002/2) en drie jaar later lijkt de stijging alweer verleden tijd (EB 2005/1). Verder blijkt een toename van artikelen over kwalitatief onderzoek en van artikelen over evaluatieonderzoek.

Het Epidemiologisch Bulletin heeft zich altijd redelijk mogen verheugen in aandacht van de algemene (dagblad)pers. Vooral de Haagse huis-aan-huis krant De Posthoorn bericht vaak naar aanleiding van publicaties in het Bulletin. Ook de Haagsche Courant (inmiddels deel van het Algemeen Dagblad) gebruikt het Bulletin regelmatig als informatiebron.

5 Externe ontwikkelingen periode 1995 – 2015

Minister Hoogervorst diende in 2004 een volledig uitgewerkt wetsvoorstel Zorgverzekeringswet bij de Tweede Kamer in. Hij verdedigde dit wetsvoorstel met succes in het parlement. De nieuwe wet kon op 1 januari 2006 in werking treden. Vanaf 1 december 2008 is de Wet publieke gezondheid (Wpg) van kracht, als vervanging van de Wcpv. Nieuwe internationale afspraken op het terrein van de infectieziektebestrijding vereisten een aanpassing van de nationale infectieziektebepaling. De taken en bevoegdheden voor de infectieziektebestrijding waren verdeeld over drie wetten: de Wcpv, de Infectieziektenwet en de Quarantaine-wet. Deze wetten hadden alle drie een verschillende invalshoek. De vervanging van het begrip ‘collectieve preventie’ door het begrip ‘publieke gezondheid’ is enkel een redactionele wijziging. De nieuwe wet beoogde op dit punt geen inhoudelijke wijziging. De andere redactionele

wijziging is de vervanging van het begrip ‘gezondheidsvoorlichting en -opvoeding’ door het begrip gezondheidsbevordering. Het eerstgenoemde omschrijving werd als verouderd beschouwd.

In 2012 werd de Wpg aangepast om de samenhang met de Wet veiligheidsregio’s (Wvr) tot stand te brengen. De in de Wvr gevorderde territoriale congruentie van veiligheidsregio’s en GGD-regio’s leidde op 1 januari 2014 tot het samengaan van de GGD Zuid-Holland West en de GGD Den Haag in de GGD Haaglanden. Met het uitbrengen van de ‘Gezondheidsmonitor & kernboodschappen’ voor de gemeente Delft begin oktober 2015 werd nu ook regionaal invulling gegeven aan de taak van de GGD om op epidemiologische analyse gebaseerd inzicht te verschaffen in de lokale gezondheidssituatie.

Natuurlijk hangt de publieke belangstelling sterk samen met het thema van een artikel. De artikelen over het verhoogd voorkomen van pogingen tot zelfdoding onder jonge vrouwen van allochtone afkomst leiden tot een groot aantal telefoontjes van journalisten naar de hoofdauteur. Ook de landelijke pers neemt kennis van het Bulletin, waaronder NRC en Volkskrant. De Volkskrant besteedt in 2013 een volledige voorpagina (en verderop een vervolg) aan het artikel in het Epidemiologisch Bulletin over het verhoogde suïciderisico onder uitkeringsgerechtigden (EB 2013/4). Ditzelfde deed de Volkskrant met het artikel over de verwachtingen met betrekking tot de gezondheid van de Hagenaars in 2020 (EB 2014/3). Omgekeerd geeft de omgeving ook regelmatig input, zoals blijkt uit de artikelen over diabetes en over vitamine D. Andere voorbeelden betreffen (Haags) onderzoek dat verricht is door andere instanties dan de GGD, waaronder het onderzoek van het Parnassia Addiction Research Centre in samenwerking met het Amsterdam Institute for Addiction Research naar het experiment met heroïne op medisch voorschrift voor harddrugsverslaafden (EB 2000/4 en EB 2005/3), het onderzoek naar de etnische pluriformiteit van de patiëntenpopulatie op de polikliniek Verloskunde/gynaecologie van het MCH Westeinde (EB 2000/2) en het onderzoek naar het verhoogde risico op schizofrenie bij etnische minderheden (EB 2009/3).

Dit artikel is vooral gebaseerd op de epidemiologische artikelen die de afgelopen vijftig jaar verschenen in het Epidemiologisch Bulletin. In het katern Volksgezondheid (en het daaraan gerelateerde katern ‘Projecten’, dat slechts vrij kort heeft bestaan) zijn overigens nog veel meer voorbeelden te vinden van artikelen die getuigen van de wisselwerking tussen de GGD en de omgeving. Een belangrijk voorbeeld is het artikel over de start van de Stichting ter Ondersteuning van de Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (Stiom) (EB 1994/2). Andere voorbeelden waarin ‘de omgeving’ van het Bulletin het woord krijgt zijn de artikelen over illegalen werkzaam in het Westland (EB 2005/3), over de Stichting ‘Ontmoeting met Buitenlandse vrouwen (2005/2), de Stichting Mammara (voor vrouwen van allochtone afkomst met borstkanker, EB 2010/4) en de recente discussie over de POH-GGZ in de huisartspraktijk (EB 2014/3 en 2015/2). Zoals gezegd, het zijn slechts een paar voorbeelden.

Hoewel er dus sprake is van veel continuïteit, is er de afgelopen twintig jaar sprake van een forse afname van het aantal filosofische beschouwingen van redactiewege. Veel meer daarentegen krijgen anderen het woord, zoals in het ‘vierdubbelnummer’ EB 2000/3-4 en 2001/1-2 over ‘actuele knelpunten en de toekomst van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in Den Haag’. Ook verschenen er artikelen met interviews met



sleutelfiguren over het nieuwe zorgverzekeringsstelsel (EB 2006/1) en vergelijkbare artikelen over de WMO: verwachtingen vooraf (EB 2006/4) en de eerste ervaringen (EB 2008/1).

Concluderend blijkt dat het Epidemiologisch Bulletin op meerdere (beleids)terreinen effecten heeft. Het Bulletin heeft zich ontwikkeld van een blad dat uitsluitend aandacht besteedt aan de in Den Haag en omliggende gemeenten gesignaleerde infectieziekten, tot een medium dat resultaten presenteert van zowel allerlei GGD-onderzoek als van ander (epidemiologisch) Haags of Haaglands onderzoek. Bovendien besteedt het Bulletin aandacht aan de belangrijkste ontwikkelingen op het gebied van volksgezondheidsbeleid. Met een zekere regelmaat zorgt het Bulletin ervoor dat bepaalde onderwerpen 'op de agenda' komen, dat wil zeggen dat ze aan de orde komen in openbare discussies en in (gemeentelijk) beleid en/of dat de artikelen informatief zijn voor zorgverleners of hun organisaties, daarbij inbegrepen de door zorgverleners gehanteerde standaarden en richtlijnen.

OVER DE AUTEURS

Dhr. Prof. B.J.C. Middelkoop is arts-epidemioloog, afdeling Epidemiologie, GGD Haaglanden en hoogleraar bij de afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, LUMC, Leiden.

E-mail: barend.middelkoop@ggdhaaglanden.nl

Dhr. Drs. L.M.J. Staal is Hoofd stafbureau Advies & Coördinatie (A&C), GGD Haaglanden.

E-mail: epibul@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

Verwijzingen naar artikelen uit het Epidemiologisch Bulletin zijn weergegeven als EB jaartal/nummer. (EB 1985/3) betekent een verwijzing naar een artikel in nummer 3 van jaargang 1985. Alle Epidemiologisch Bulletins zijn digitaal te raadplegen via www.ggdhaaglanden.nl/epibul.

De 'tijdlijn' is gebaseerd op informatie uit:

- Garretsen HFL, Raat H. **Gezondheid in de vier grote steden**. WRR, V65. Den Haag: SDU; 1989.
- West G van der (red). **Vormgeven aan gemeentelijk gezondheidsbeleid. Een kijkje in de keuken**. Gezonde steden reeks 2. Assen: Van Gorcum; 1992.
- Gemeente Den Haag. **Gezondheid in Den Haag. Enkele aspecten**. Uitgave in het kader van de nota Beter Gezond. Den Haag; 1989.
- Memorie van toelichting **Wet collectieve preventie volksgezondheid**.

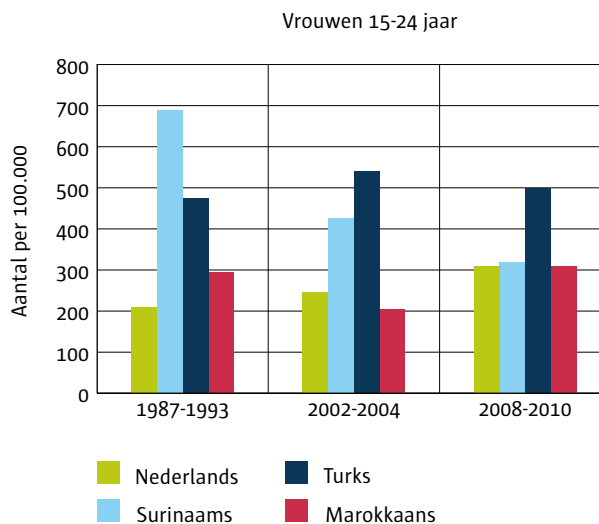
- 1 Bent E van de. **Gepokt & gemazeld. 75 jaar Haagse GG&GD 1912-1987**. Gemeentearchief van 's-Gravenhage / Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst, 1987.
- 2 Burger I. **Evaluatie huisartspeilstation (regio) Den Haag**. GGD Nieuws 1989 nr. 6, p. 152-156.
- 3 Dam JJM ten. **Gezonde Stadsgezichten**. Een studie naar gezondheidsverschillen en stedelijk gezondheidsbeleid, Proefschrift. Utrecht; 1997 Healthy cityscapes. A study on inequalities in health and urban health policy.
- 4 Gemeente Den Haag. **Gezondheid in Den Haag. Enkele aspecten**. Uitgave in het kader van de nota Beter Gezond. Den Haag; 1989.

Parasuicide

Irene Burger

De GGD Den Haag kent een lange traditie in het monitoren van parasuicide. Het kunnen vaststellen van risicogroepen in deze, in tijd en plaats maakt sturing van preventie en nazorg gericht mogelijk. Van belang ook, gezien het ontstaan en de ontwikkeling van het SuNa-casemanagement (Suicidepoging Nazorg) voor 12-27-jarigen die nazorg ontvangen na parasuicide. In 1983 berichtte het Epidemiologisch Bulletin dat het registreren van parasuicide in 1984 beperkt van start gaat met het huisartsenregistratiesysteem (EB 1983-3). Enkele jaren later besloot de Haagse GGD om hulpverlenende instanties tussen 1987 en 2010 in drie tijdssegmenten (1987-1993, 2002-2004 en 2008-2010) het voorkomen van gebeurtenissen van parasuicide uitgebreider te laten vastleggen (2013/1-2). Participanten in deze registratie waren in wisselende samenstellingen spoedeisende en psychiatrische afdelingen van somatische ziekenhuizen, ambulancediensten, acute psychiatrische diensten en de toenmalige RIAGG's. Deze monitor was een noodzakelijke aanvulling op de sinds 1950 bij de GGD Den Haag beschikbare statistieken van fatale zelfdodingen in de gemeente. Een fatale suicide(poging) is vergeleken met de parasuicides die zich in Den Haag voordoen een zeldzaamheid. De ratio suicide/parasuicide varieert van 0,2 onder mannen van Nederlandse herkomst tot 0,01 en 0 (0 wil zeggen geen suicide) onder respectievelijk vrouwen en mannen van Turkse herkomst in Den Haag.

Uit de parasuicideregistratie blijkt dat vrouwen in vergelijking tot mannen een hoger risico hadden op een gebeurtenis van parasuicide (1,5 tot 2 keer zo hoog). Een consistente uitkomst van de parasuicideregistratie was dat vergeleken met hun Nederlandse leeftijdsgenoten, 15-24-jarige vrouwen van Turkse afkomst significant verhoogde parasuicidcijfers lieten zien per 100.000 per jaar. (Zie Figuur 1). In de twee laatste perioden waren die ook verhoogd ten opzichte van 15-24-jarige Surinaamse vrouwen, terwijl gedurende 1987-1993 en 2002-2004 ook al significant hoge incidentiecijfers waren gevonden onder deze jonge groep vrouwen van Surinaamse



Figuur 1. Per etniciteitsgroep het aantal parasuicides per 100.000 vrouwen van 15-24 jaar. Den Haag 1987-1993, 2002-2004, 2008-2010.

herkomst. Op oudere leeftijd zien we dit beeld minder congruent terugkomen (EB 2013/1-2). In vergelijking tot vrouwen van Nederlandse herkomst hebben vrouwen van Turkse en Surinaamse herkomst een lager risico voor recidive parasuicides en fatale suicides. Ook is bij hen minder/geen sprake van psychische ziekten. Veeleer spelen er psychologische en sociale problemen in relatie/gezin, beperking van vrijheden, culturele vervreemding, depressieve gevoelens en verminderd welzijn.

OVER DE AUTEUR

Mw. I Burger is epidemiologisch onderzoeker en was van 1987 tot 2010 lid van de redactie van het Epidemiologisch Bulletin.

E-mail: deburgerij.vorden@gmail.com

REFERENTIES

Verwijzingen naar artikelen uit het Epidemiologisch Bulletin zijn weergegeven als EB jaartal/nummer. (EB 1985/3) betekent een verwijzing naar een artikel in nummer 3 van jaargang 1985. Alle Epidemiologisch Bulletins zijn digitaal te raadplegen via www.ggdhaaglanden.nl/epibul.



Sterfte in Den Haag

Een terugblik op vijftig jaar Epidemiologisch Bulletin toont een aantal interessante publicaties over sterfte in Den Haag. De artikelen melden cijfers vanaf het jaar 1700 en gaan onder andere in op risicogroepen en doodsoorzaken, uiteenlopend van infectieziekten en kanker tot roken en suicide. Duidelijk is dat sterfte sinds 1700 enorm is afgenomen. Stierven er in het jaar 1729 in Den Haag 60 mensen per 1.000 inwoners, anno 2013 zijn dat er 8 per 1.000 inwoners. Inzicht in sterftcijfers en doodsoorzaken kan aangrijpingspunten bieden voor het verbeteren van de volksgezondheid. Dit artikel geeft een beeld van de artikelen over sterfte, aangevuld met de meest recente cijfers. Ter inleiding wordt algemeen ingegaan op sterfte en gezondheid met in een kader een toelichting op verschillende sterftematen. Vervolgens komen trends in de omvang van sterfte, de doodsoorzaken in de verschillende perioden en de risicogroepen waar een verhoogde (vervroegde) sterfte is, aan de orde.

Irene van der Meer

Sterfte en gezondheid

In 1988 en 1989 is in het Epidemiologisch Bulletin een serie van vier artikelen gepubliceerd over sterfte in Den Haag (EB 1988/3, 1988/4, 1989/1 (2x)). Het eerste artikel uit deze serie start met een quote over het belang van kennis over ziekte en sterfte. Deze luidt: *“De kennis van ziekten die zich vertoonen, van de ziekten die oorzaken van den dood zijn, van de sterfte in verhouding tot de bevolking en de geboorten, en van den levensduur, is de maat waarnaar wij de gezondheid van verschillende plaatsen beoordelen, waarnaar wij de veranderingen afmeten die in de oorzaken van ziekte en sterfte plaats grijpen”*. De quote komt uit de publicatie ‘Over den gezondheidstoestand van ‘s-Gravenhage’ van J.W. Schick uit 1852 en is nog steeds van toepassing.

Sterfte is een zekerheid die bij het leven hoort: iedereen gaat een keer dood. Om echter de gezondheid van de bevolking te kunnen verbeteren en met het oog op preventie, is het relevant om te weten op welke leeftijd en waaraan iemand dood gaat. Hierdoor kunnen verschillen tussen wijken of steden gesignaleerd worden, alsook verschillen tussen subgroepen in de bevolking, verschillen in doodsoorzaken en veranderingen in de tijd.

Een voorbeeld. Het viel op dat de sterfte aan diabetes mellitus (suikerziekte) in Den Haag vanaf 1985 in nagenoeg alle leeftijdsgroepen steeg (EB 1991/4). Deze tendens leek typisch voor Den Haag, andere

grote steden bleven achter. Een mogelijke verklaring hiervoor was het grote aantal inwoners van Surinaams-Hindostaanse herkomst in Den Haag, terwijl in de andere grote steden meer inwoners van Surinaams-Creoolse herkomst wonen. Dit is aanleiding geweest voor verder onderzoek naar sterfte en voorkomen van diabetes bij Hindostanen (EB 1992/1, 1996/2). Zie ook het artikel over diabetes op pagina 36 van dit nummer.

Omvang sterfte vanaf 1700

Bruto sterfte

De oudste gegevens over sterfte in het Epidemiologisch Bulletin dateren van 1700 (EB 1988/3). Ze komen uit een door het Bureau van de Burgerlijke Stand van Den Haag opgestelde staat met geboorten en sterfgevallen volgens de kerkelijke registers. Sinds 1838 kan er geput worden uit de (eigen) bevolkingsregistratie van de Burgerlijke Stand. Vanaf de eerste gegevens uit 1700 is er over het algemeen sprake van een dalende trend voor sterfte in Den Haag (Figuur 1 op pagina 19).

In de periode 1700 tot 1750 is de bruto sterfte gemiddeld iets onder de 40 per 1.000 inwoners. Wel zijn er regelmatig pieken. De hoogste bruto sterfte is in 1729 gezien met bijna 60 per 1.000 inwoners. Vanaf 1750 tot 1815 daalt het niveau naar gemiddeld iets onder de 30, en vervolgens naar ongeveer 25 per 1.000 inwoners tussen 1815 en 1871. Daarna zet een

Sterftematen

Absolute sterfte betreft het aantal personen dat in een periode in een gebied is overleden. Bijvoorbeeld het aantal overledenen in Den Haag in 2014.

Bruto sterfte gaat over het aantal overledenen in een periode ten opzichte van het totaal aantal inwoners in het desbetreffende gebied, bijvoorbeeld het aantal overledenen per 1.000 inwoners. Deze maat houdt dus rekening met verschillen in omvang van gebieden (wijken of steden) bij het vergelijken van sterftcijfers.

Gestandaardiseerde sterfte houdt ook rekening met verschillen in bevolkingsopbouw, zoals leeftijd. In een gebied met meer ouderen zullen immers meer mensen overlijden dan in een gebied met veel jongeren. De gestandaardiseerde sterfte wordt bijvoorbeeld uitgedrukt als SMR (Standardized Mortality Ratio). De referentiegroep krijgt een waarde 100, bij een SMR onder de 100 is de gestandaardiseerde sterfte lager, boven de 100 is de gestandaardiseerde sterfte hoger.

Leeftijdsspecifieke mortaliteitsratio houdt rekening met verschillen in leeftijd, maar op een andere manier dan de gestandaardiseerde sterfte. De gestandaardiseerde sterfte heeft één uitkomst, waar de leeftijdsspecifieke mortaliteitsratio voor elke leeftijdscategorie een uitkomst heeft. Per leeftijdscategorie wordt de verhouding (ratio) berekend van de sterfte in een groep ten opzichte van de referentiegroep. De sterfte in de referentiegroep wordt op 100 gezet. Bij een ratio onder de 100 is sprake van een verlaagde sterfte, bij een ratio boven de 100 is de sterfte verhoogd.

Perinatale sterfte betreft het aantal doodgeboren kinderen na een zwangerschap van tenminste 22 weken alsmede het aantal kinderen dat levend geboren wordt na een zwangerschap van tenminste 22 weken en binnen zeven dagen na de bevalling overlijdt, per 1.000 zwangerschappen. In oudere publicaties zijn alleen bevallingen na langere zwangerschappen gebruikt, bijvoorbeeld vanaf 24 of 28 weken.

Zuigelingensterfte is het aantal levend geboren kinderen dat binnen een jaar na de bevalling overlijdt per 1.000 levend geboren kinderen.

Vijfjaars-voortschrijdend gemiddelde is het gemiddelde van vijf opeenvolgende jaren. Op deze manier wordt voor de ergste en weinig relevante schommelingen in het voorkomen ergens van (sterfte, suïcide) gecorrigeerd.

sterkere daling in tot ongeveer 8 per 1.000 inwoners rond 1950. Naast de sterke daling valt het op dat de lijn minder grillig is; in de periode voor 1871 zijn er regelmatig flinke pieken in sterfte, na 1871 is dit alleen het geval in het jaar 1945.

Na 1950 stijgt de sterfte tot ongeveer 12 per 1.000 in 1987, het laatste jaar dat in deze figuur uit 1988 is meegenomen. Uit gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek blijkt dat de bruto sterfte in Den Haag tot 1997 rond de 12 per 1.000 blijft en daarna weer terugloopt tot 7,9 per 1.000 in 2013.¹ Historisch gezien zit Den Haag nu dus, net als in de jaren vijftig van de vorige eeuw, op een minimale bruto sterfte, veel lager dan het niveau in de 18^e en 19^e eeuw.

In 1958 heeft Den Haag het hoogste aantal inwoners in haar geschiedenis, namelijk 607.973.

Gestandaardiseerde sterfte

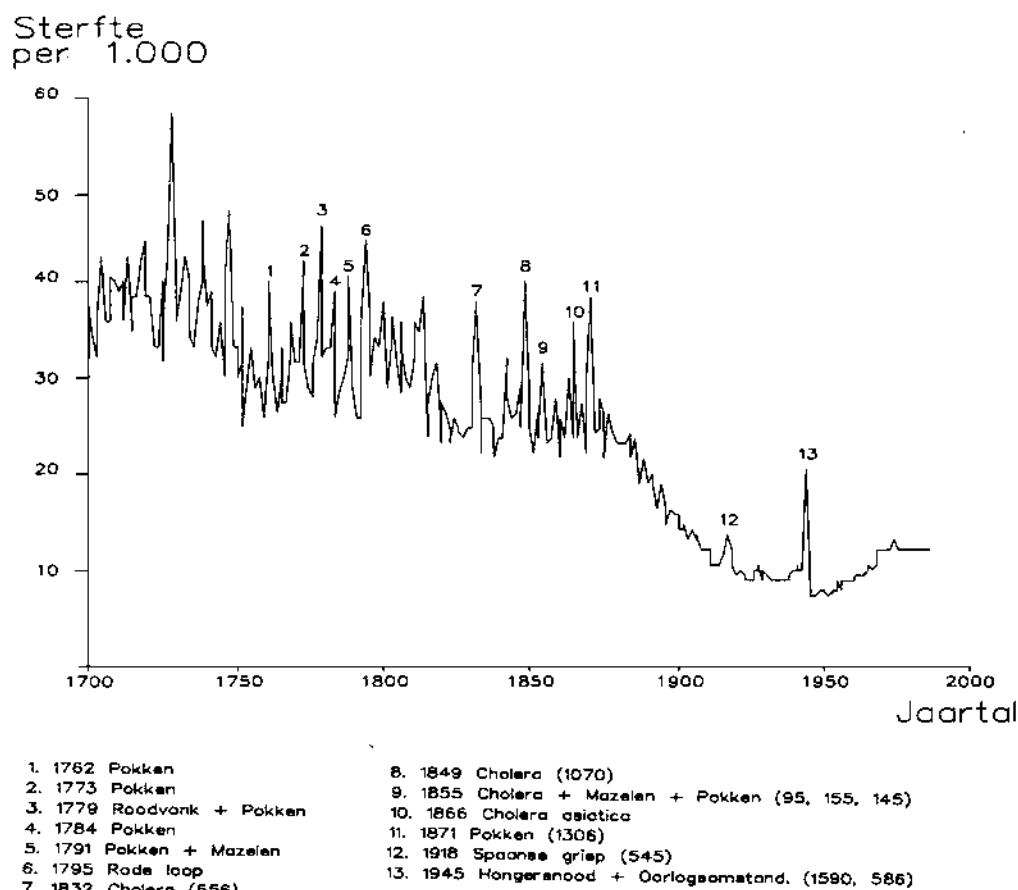
De sterfte is afhankelijk van de opbouw van de bevolking, waarbij vooral de leeftijd van invloed is. De gestandaardiseerde sterfte houdt rekening met verschillen in bevolkingsopbouw (kader pagina 19). Tot 1850 zijn geen gegevens over de bevolkingsopbouw bekend en ook over de periode 1930-1947 ontbrak het aan gegevens om gestandaardiseerde sterftcijfers te berekenen. In 1988 publiceert Struben over de gestandaardiseerde sterfte sinds 1850 en daaropvolgende jaren, waarvan de procentuele leeftijdsverdeling van de bevolking bekend is (EB 1988/3). Hierbij is de leeftijdsopbouw van de Haagse bevolking in 1987 als uitgangspunt (referentie) genomen.

In de periode voor 1987 waren de gestandaardiseerde sterftcijfers hoger dan de bruto sterftcijfers. Dit betekent dat als de bevolking destijds dezelfde leeftijdsverdeling zou hebben als in 1987, de sterfte nog hoger was geweest. Zo was in de periode 1850-1859 de bruto sterfte 23,0 per 1.000 inwoners. Bij een leeftijdsopbouw als in 1987 zou dit 33,8 per 1.000 zijn geweest. Een verklaring hiervoor is de vergrijzing, aangezien in 1987 een groter percentage van de bevolking 65 jaar of ouder was dan in de periode ervoor.

Bovenstaand kader beschrijft de verschillende sterftematen.



Figuur 1. Bruto sterfte (per 1.000). Den Haag, 1700-1987. (Exclusief doodgeboren en levenloos aangegeven). Overgenomen uit EB 1988/3.



De daling in de bruto sterfte die zichtbaar is vanaf 1870 werd ook gezien in de gestandaardiseerde sterfte. Vanaf 1950 echter tonen de bruto sterftecijfers een stijging terwijl het gestandaardiseerde sterftecijfer stabiel blijft. Dit wijst erop dat de toename van de bruto sterfte na 1950 een gevolg is van de vergrijzende bevolking; de sterfte neemt toe omdat het aantal ouderen toeneemt.

Doodsoorzaken

In 1989 wordt in het Epidemiologisch Bulletin een artikel gepubliceerd met cijfers over doodsoorzaken die teruggaan tot 1755 (EB 1989/1). Het artikel doet ook melding van de problemen ten aanzien van de doodsoorzakenregistratie (kader).

Infectieziekten

De eerste periode waarvoor gegevens over doodsoorzaken gepresenteerd zijn is 1755-1773 (EB 1989/1). In deze periode vormden infectieziekten de belangrijkste doodsoorzaak. Zie tabel 1 voor de gemiddelde sterfte naar doodsoorzaak voor de belangrijkste doodsoorzaken in deze periode. Al deze ziekten zijn

Bevolkingsomvang

De bevolkingsomvang wordt bepaald door geboorte, sterfte en migratie. Van 1700 tot 1815 houden in Den Haag sterfte en geboorte elkaar in evenwicht en telt de stad ongeveer 42.500 inwoners (EB 1988/3). Vanaf 1815 is het aantal geboorten groter dan het aantal sterfgevallen en stijgt het aantal inwoners. Deze stijging wordt onderbroken met een daling tijdens de Tweede Wereldoorlog en stijgt daarna weer verder. In 1958 kent Den Haag met 607.973 inwoners de grootste omvang uit haar geschiedenis. De bevolking blijft een aantal jaren op dit niveau maar daalt vanaf 1971. Tijdens de publicatie in 1988 lijkt het inwonersaantal zich te stabiliseren rond de 445.000. Uit recentere gegevens blijkt dat in 2011 de grens van 500.000 inwoners is gepasseerd.¹ De bevolkingsomvang op 1 januari 2014 is 508.940 inwoners. Dit zijn ongeveer honderdduizend inwoners minder dan in het piekjaar 1958.

Problemen bij doodsoorzakenregistratie

In de serie artikelen over sterfte in Den Haag wordt ingegaan op de historische ontwikkeling van de doodsoorzaken-classificatie (EB 1989/1). Probleem hierbij was de zeer beperkte kennis van de medische wetenschap omtrent ziekten. Bovendien waren medici veelal niet betrokken bij het vaststellen van de doodsoorzaak. Dit leidde tot het registreren van symptomen in plaats van de onderliggende doodsoorzaak. In het artikel uit 1989 staat een sterftelijst uit 1759, met benamingen als 'de Loop' (de grauwe en rode), 'Koortsen' en 'Rotting' (in de slokdarm of in 't been). Een ander probleem was de registratie van één doodsoorzaak per persoon als er sprake was van meerdere ziekten (diagnosen) en van dodelijke complicaties van een ziekte. Dit vergde duidelijke afspraken over wat er als doodsoorzaak wordt geregistreerd. Als derde probleem in de ontwikkeling van de

doodsoorzakenregistratie wordt het indelings- of ordenings-principe genoemd. Lange tijd is gepoogd om uit te gaan van één principe, wat echter tot vele controversen leidde. Toen bijvoorbeeld wetenschappers in de 19^{de} eeuw de opdracht kregen een uniforme internationale doodsoorzakenlijst op te stellen, kwamen er twee ontwerpclassificaties: de ene ging uit van het indelingsprincipe naar lokalisatie van de doodsoorzaak en de ander van de aard van de ziekte. Sinds 1948 is er één internationale doodsoorzakenregistratie, de International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). De tiende revisie is sinds 1994 in gebruik, de ICD-10. Overigens dateert de eerste doodsoorzakenregistratie in Nederland uit 1755. Deze is in Den Haag tot stand gekomen door toedoen van burgemeester Diercquens.

(waarschijnlijk) infectieziekten, waarbij 'stuipen', 'waterzugt' en 'borstziekte' betrekking hebben op de spijsverteringsorganen en de overige op de ademhalingsorganen. Uit de tabel blijkt dat voor minimaal 64% (tweederde) van de overledenen een infectieziekte de doodsoorzaak was. Hoeveel het in totaal was, kan uit deze tabel niet bepaald worden, omdat van de 36% resterende overlijdensgevallen ook minder vaak voorkomende infectieziekten de doodsoorzaak kunnen zijn.

Figuur 1 op pagina 19 toont bij grote pieken welke doodsoorzaak veroorzaker van de piek was en vanaf 1832 ook hoeveel personen aan de desbetreffende doodsoorzaak zijn overleden. Uit de figuur blijkt dat de

pieken, uitgezonderd die van de Tweede Wereldoorlog in 1945, veroorzaakt worden door infectieziekten. Tot en met de piek in 1871 zijn vooral pokken en cholera de boosdoeners. De infectieziekten hebben een epidemisch karakter. Zie bijvoorbeeld de piek uit 1849, toen er per 1.000 inwoners meer dan 15 inwoners aan cholera overleden. Doorberekend naar de bevolkingssomvang van Den Haag in 2014 zou dit neerkomen op meer dan 7.500 sterfgevallen aan één infectieziekte.

Destijds viel al op dat de intensiteit binnen de stad sterk uiteenliep (EB 1989/1). Er wordt verwezen naar Schick uit 1852: *"Meerdere geneeskundigen hebben ook met mij, dikwerf een onmiskenbaar verband tusschen de slechte hoedanigheid van het drinkwater en het ontstaan van cholera meenen te ontdekken"*, en *"zeer ongelijk deed zich de cholera hier gevoelen. Terwijl de straten door rijken en welgestelden bewoond bijna geheel verschoond bleven, werden eenige der wijken waar arbeiders en minvermogen-den de meerderheid uitmaken hevig geteisterd."*

Een van de geneesheren waar Schick naar verwijst is waarschijnlijk Snow, zie de illustratie op pagina 30 bij het artikel over infectieziekten. Een hevig geteisterde wijk was Scheveningen, waar één op de zeven inwoners besmet was (143 per 1.000) en één op de twaalf overleed (83,3 per 1.000 inwoners). De verbetering van hygiënische omstandigheden in de laatste decennia van de 19^e eeuw wordt genoemd als verklaring voor het (bijna) verdwijnen van de sterftepieken uit het patroon na 1871 (EB 1988/3).

Tabel 1. Gemiddelde sterfte naar doodsoorzaak van de belangrijkste doodsoorzaken, uitgedrukt zowel in procenten van de totale sterfte als per 1.000 inwoners. Den Haag 1755-1773. Overgenomen uit EB 1989/3.

Doodsoorzaak	% Totale sterfte	Per 1.000 inwoners
Stuipen:	25.7	8.2
Tering (=longtering):	16.9	5.3
Kinderziekte (=pokken):	9.1	2.9
Borstziekte:	7.3	2.3
Waterzugt:	4.4	1.4
Longziekte:	0.8	0.3
Totaal:	64.0	20.4



In 1849 overleden in Den Haag meer dan 15 inwoners per 1.000 inwoners aan cholera. In 2014 zou dat neerkomen op meer dan 7.500 sterfgevallen aan één infectieziekte.

Welvaartsziekten

Nu de infectieziekten minder sterfte veroorzaken, nemen andere ziekten deze rol over (EB 1989/1). In Figuur 2 is de daling van infectieziekten als doodsoorzaak duidelijk te zien; vanaf 1950 spelen deze relatief bijna geen rol meer als doodsoorzaak. Het percentage inwoners dat aan ongevallen overlijdt, zoals verkeersongevallen, suïcide (zelf-doding) en vergiftiging, blijft in de tijd ongeveer gelijk. Een toename is te zien bij de cerebrovasculaire aandoeningen (CVA), kanker en de hart- en vaatziekten (HVZ). De toename in CVA en HVZ stopt in de 70'er jaren, de sterfte aan kanker blijft toenemen tot in de laatst bestudeerde periode 1985-1986. In EB 1989/1 komt de welvaartstoename aan de orde. *“Deze toegenomen sterfte moet evenwel gezien worden als het resultaat van een toegenomen blootstelling aan risicofactoren voor deze ‘nieuwe’ aandoeningen. In zwang geraakte ‘luxe’ gewoonten als vet eten, roken, weinig beweging en het toegenomen motorvoertuigenverkeer gingen eraan vooraf. De opkomst van deze ‘luxe’ ziekten hangt op deze wijze samen met de toegenomen welvaart waarvan in de jaren vijftig en zestig [van de 20^{ste} eeuw] sprake was.”* Interessante toevoeging is dat

sterfte aan deze welvaartsziekten inmiddels meer voorkomt bij inwoners met een lagere sociaal-economische positie, dus met minder welvaart.

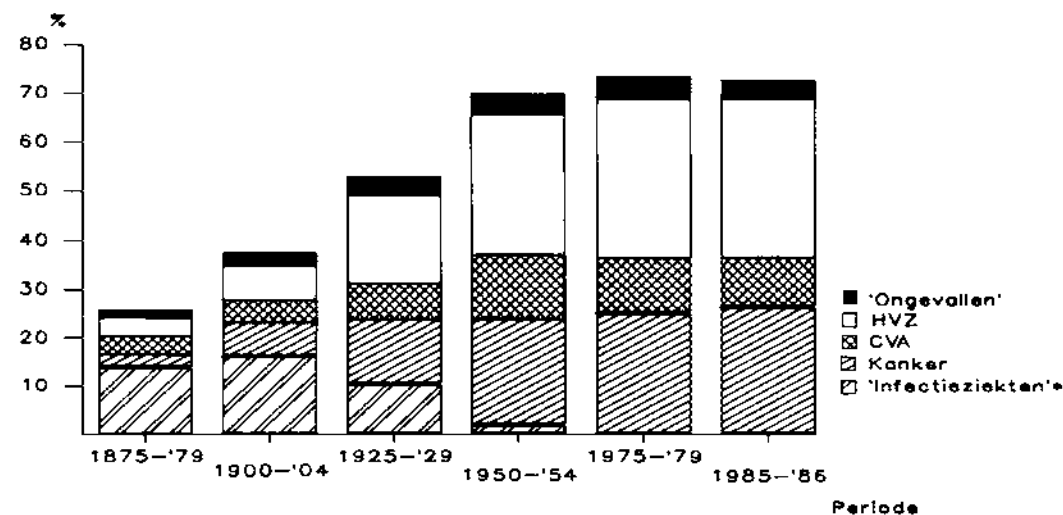
In de periode 1996-2002 zijn in Den Haag hart- en vaatziekten en kanker nog steeds de grootste groepen doodsoorzaken (EB 2006/4). Van alle overleden mannen in die periode sterft 36% aan hart- en vaatziekten en 29% aan nieuwvormingen. Voor Haagse vrouwen liggen deze percentages op 37% voor hart- en vaatziekten en op 23% voor nieuwvormingen. Uit landelijke gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat in 2014 kanker (31%) en hart- en vaatziekten (27%) de grootste groepen doodsoorzaken vormen.² Daarbij wordt gerapporteerd dat dementie in 2014 de grootste doodsoorzaak in Nederland is: van de afzonderlijke doodsoorzaken heeft de sterfte aan dementie zowel de sterfte aan longkanker als aan hartinfarct overtroffen.

Roken

Roken is indirect ook een doodsoorzaak, onder andere via een hartinfarct of longkanker. Zowel in 1988 als in 1992 gaat het Epidemiologisch Bulletin specifiek in op zowel de trend in roken als op sterfte door roken in Den Haag (EB 1988/4, EB 1992/2).

Sterfte aan welvaartsziekten komt inmiddels meer voor bij inwoners met een lagere sociaal-economische positie, dus met minder welvaart.

Figuur 2. Procentueel aandeel van vijf groepen doodsoorzaken in de totale bruto sterfte. Den Haag 1875-1986. Overgenomen uit EB 1989/1.



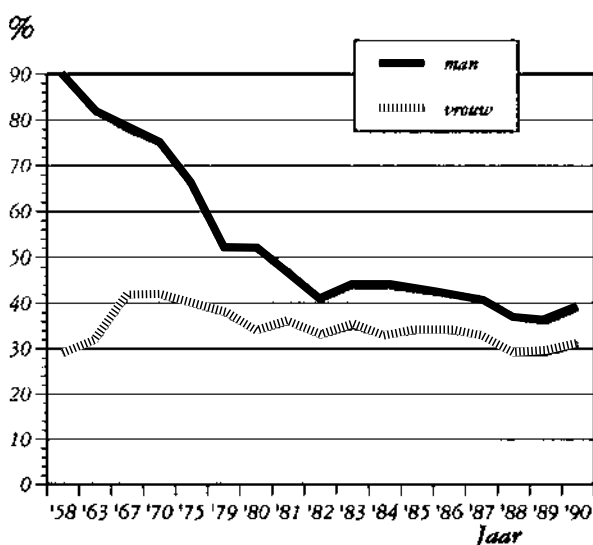
In de periode 1875-1879 is onder infectieziekten tuberculose van keel en long opgenomen.

In de periode 1980-1989 telt Den Haag gemiddeld 761 aan roken toe te schrijven sterfgevallen per jaar, dat is 14% van de totale sterfte in de stad.

Daaruit blijkt dat sinds de jaren vijftig het roken onder mannen gestaag is afgenomen en dat het roken door vrouwen, tot het eind van de jaren zestig toenam. Nadien daalt het en blijft het onder het niveau van de mannen (Figuur 3). In 1991 rookt in Den Haag 39% van de mannen en 33% van de vrouwen. Dat is iets hoger dan landelijk en vergelijkbaar met de andere grote steden. Sindsdien is het percentage rokers in Den Haag verder afgenomen, tot 33% bij de mannen en 24% van de vrouwen.³

De vermijdbare sterfte door roken is berekend aan de hand van de schattingen voor sterfte aan specifieke aandoeningen die aan roken kunnen worden toegeschreven: longkanker, ischemische hartziekten, CARA (bronchitis, emfyseem en astma) en cerebrovasculaire aandoeningen (EB 1992/2). De auteurs melden voor de periode 1980-1989 gemiddeld 761 aan roken toe te schrijven sterfgevallen per jaar, 14% van de totale sterfte in Den Haag. Het artikel bevat een quote uit The Big Kill, Health Education Council, Londen 1985: *“Smoking is the largest single cause of preventable premature death”*. Ook wordt een lans gebroken voor het verbieden van tabaksreclame.

Figuur 3. Percentage rokers onder 15-64-jarigen. Nederland 1958-1990. Overgenomen uit EB 1992/2.



Bron: Jaarverslag 1990. Stichting Volksgezondheid en Roken.

In 2013 overleden in Nederland ruim 19.000 mensen ten gevolge van een aan roken gerelateerde aandoening.⁴ Roken is bij mensen boven de twintig jaar verantwoordelijk voor een groot deel van de sterfgevallen door longkanker (85% van de sterfgevallen aan longkanker is te wijten aan roken), COPD (81%) en een aantal vormen van kanker in het hoofdhalsgebied (55% tot 85%).

Suicide

Sinds 1982 publiceert het Epidemiologisch Bulletin met enige regelmaat over suicide. Suicide kan omschreven worden als: 'Betrokkene had de intentie zichzelf te doden of de intentie zichzelf ernstig schade toe te brengen met de dood als mogelijk gevolg, en betrokkene is aan de gevolgen van deze daad overleden (EB 2013/1-2)'. In Den Haag wordt sinds 1952 suicide geregistreerd, op initiatief van de heer Speijer, hoofd afdeling Geestelijke Volksgezondheid van de GG en GD (EB 1982/4, 1997/3).

Met ongeveer 4% van de totale sterfte (zie ook Figuur 2 op pagina 21) is het totaal aan ongevallen of niet-natuurlijke doodsoorzaken (waarvan suicide onderdeel is) in de tijd behoorlijk stabiel (EB 1989/1, 2006/4). In de periode 1991-2010 is suicide de doodsoorzaak van ongeveer 1% van de totale sterfte (EB 2013/1-2). Qua omvang in de totale bevolking is suicide dus geen grote doodsoorzaak. Echter, deze sterftcijfers *“verwijzen naar achterliggende problematiek die ‘in het leven’ veel meer aan leed betekent dan het sterftegetal kan aangeven. [...] Suicide verwijst eveneens naar het bestaan van ongelukkige levensomstandigheden, dan wel een ongunstige verwerking daarvan”* (EB 1989/1).

In het Epidemiologisch Bulletin zijn suicidecijfers gepresenteerd vanaf 1891. Tot de jaren zeventig in de twintigste eeuw is sprake van een redelijk stabiele omvang van suicide (EB 1990/3). Van 1970 tot 1984 is er een stijging, waarna een daling volgt die aanhoudt tot in 2011 (EB 2013/1-2). De afgelopen jaren is echter weer een stijging gaande: in 2014 is het aantal zelfdodingen per 100.000 inwoners 11. Dit is gelijk aan de incidentie in 2013, iets lager dan begin jaren '80 (12 per 100.000) en hoger dan in 2007 (8 per 100.000) (EB 2015/3, korte berichten).

Suicide komt vaker voor in Den Haag en de andere grote steden dan in de rest van Nederland (EB 1990/3, 2013/1-2). Het risico op suicide in de

Haagse wijken met de meeste achterstand is iets hoger dan in de Haagse wijken met de minste achterstand (EB 2013/1-2). Bij mannen komt suïcide ruim twee keer meer voor dan bij vrouwen. Mensen met een uitkering hebben een sterk verhoogde sterfte aan suïcide (EB 2013/4).

Risicogroepen

Allerjongsten

De sterfte is afhankelijk van de leeftijd. Zowel bij de jongste als bij de oudste leeftijdsgroepen is de bruto sterfte (per 1.000) hoger dan in de tussenliggende leeftijdsgroepen. In 1988 presenteerde het Epidemiologisch Bulletin de sterfte naar leeftijdsgroep over de periode 1850-1987 (EB 1988/4).

Voor de zuigelingensterfte waren cijfers vanaf 1750 beschikbaar. In de periode 1750-1850 is de zuigelingensterfte stabiel. Vanaf 1850 treedt een daling in en in het jaar 1987 is de zuigelingensterfte afgenomen met 96% en de sterfte onder 1- tot en met 4-jarigen met 99%.

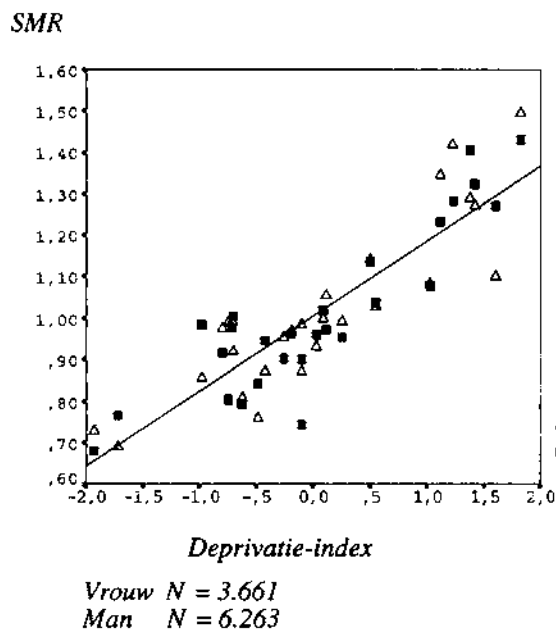
Het Epidemiologisch Bulletin heeft drie keer gepubliceerd over perinatale sterfte in Den Haag: de periode 1974-1979 met zwangerschap van tenminste 28 weken, de periode 1984-1993 met zwangerschap van tenminste 24 weken en de periode 2000-2010 met zwangerschap van tenminste 22 weken (EB 1983/1, 1994/4, 2011/4, 2013/3). De publicaties tonen specifieke verschillen in perinatale sterfte, bijvoorbeeld tussen steden, wijken of naar etnische herkomst. In de grote steden, waaronder Den Haag, blijkt een hogere perinatale sterfte dan landelijk. De publicatie over de laatste periode (EB 2011/4) toont verschillen naar groepen wijken, omdat de perinatale sterfte in de Haagse krachtwijken (17,5 per 1.000) hoger is dan in de krachtwijken van de andere drie grote steden en Nederland totaal (12,3 tot 14,4 per 1.000).⁵ Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de krachtwijken van elkaar verschillen. In Den Haag woonde 16% van de vrouwen die beviel in een krachtwijk, in Amsterdam (39%) en Rotterdam (45%) woonde een veel groter deel van de vrouwen die beviel in krachtwijken. Dit kan wijzen op een verschil in samenstelling van de bevolking, waarbij in Den Haag een concentratie van risicogroepen voor perinatale sterfte in de krachtwijken woont, terwijl in krachtwijken van Amsterdam en Rotterdam met in totaal meer inwoners, ook meer inwoners wonen die niet tot de risicogroepen behoren.

Lagere sociaal-economische status

Dat er verband is tussen de sociaal-economische status en de gezondheid is al lang bekend. Dit blijkt uit het citaat van Schick uit 1852 over wijken waar arbeiders en minvermogenden de meerderheid uitmaken die hevig geteisterd werden door cholera (zie artikel over infectieziekten op pagina 28). In het Epidemiologisch Bulletin zijn meerdere keren verbanden tussen sociaal-economische status en sterfte gepubliceerd, gebaseerd op onderzoek waarbij wijken of (clusters van) buurten met elkaar zijn vergeleken (EB 1988/4, 1994/1, 1995/4, 1996/1, 1999/4). Hieruit bleek steeds een hogere sterfte in de wijken of buurten met meer achterstand. Figuur 4 op pagina 24 geeft een kenmerkende illustratie hiervan.

De sociaal-economische oversterfte lijkt zich vooral beneden de 65 jaar te manifesteren en op hogere leeftijd af te zwakken of zelfs om te slaan in een ondersterfte (EB 1988/4). Als mogelijke verklaring hiervoor is genoemd dat met het ouder worden leeftijdsgebonden morbiditeit c.q. mortaliteit een steeds belangrijkere rol gaat spelen en andere factoren van ondergeschikt belang werden, zodat sociaal-economische groepen, gemeten aan de sterfte, steeds meer op elkaar gingen lijken (EB 1996/1). Maar ook een 'survival of the fittest' zou een rol kunnen spelen, waarbij de personen die in de wijken met een laag sociaal-economisch niveau een hoge leeftijd bereiken, een positieve selectie vormen blijkens het feit dat deze hoge leeftijd wordt bereikt onder ongunstige leefomstandigheden (EB 1988/4). Waarschijnlijk gaf de analyse onder 65-plussers echter geen zuiver beeld (EB 1999/4). Veel ouderen overleden in verzorgings- of verpleeghuizen. Als het verzorgings- of verpleeghuis in een andere wijk staat dan waar de overledene zijn of haar leven heeft doorgebracht, is de wijk (van overlijden) geen juiste indicator voor de sociaal-economische status van de overledene. In Den Haag waren de verzorgings- en verpleeghuizen vaak in de betere wijken gesitueerd; overleed een oudere daar na een verblijf van een jaar dan kreeg de oudere deze, vaker hogere, sociaal-economische status toegekend. Met deze vertekening is rekening gehouden door de analyse voor 65-plussers over de jaren 1982-1991 uit te voeren zonder de sterfte in verzorgings- en verpleeghuizen. Hieruit bleek dat het aannemelijk was dat ook onder 65-plussers inwoners van minder welgestelde wijken eerder overlijden dan inwoners van welgestelde wijken, zij het wellicht in mindere mate dan bij 65-minners (EB 1999/4).

Figuur 4. Samenhang tussen SMR's van de totale sterfte en de mate van achterstand van de woongebieden voor mannen en vrouwen beneden de 65 jaar*. Den Haag 1982-1991. Overgenomen uit EB 1996/1.



* De regressielijnen van mannen en vrouwen vallen samen.

Doodsoorzaken en sociaal-economische status

In het onderzoek over de jaren 1982-1991 zijn voor het eerst de doodsoorzaken meegenomen in de analyse van sociaal-economische verschillen in sterfte (EB 1995/4). Uit het onderzoek onder 65-minners bleek dat bijna alle doodsoorzaken-groepen een sociaal-economische gradiënt vertoonden, waarbij oversterfte gezien werd in de achterstandsgebieden (EB 1996/1). Alleen onder de vrouwen werd bij alle nieuwvormingen samen en de sterfte aan uitwendige doodsoorzaken geen sociaal-economische gradiënt gevonden. Dat relatief gezien niet meer vrouwen uit de achterstandsgebieden aan nieuwvormingen overleden kwam doordat het overlijden aan borstkanker en dikke-darmkanker een negatief verband liet zien; daaraan overleden meer vrouwen in de welgestelde wijken. Geconstateerd werd dat de vastgestelde sociaal-economische oversterfte over een breed front van oorzaken zowel duidt op gemeenschappelijke onderliggende oorzaken als op een stapeling van risicofactoren in de meer achtergestelde woongebieden. Gezien hun bijdrage aan de oversterfte werd voor aandoeningen als ischaemische hartziekten, beroertes (CVA), longkanker, diabetes en levercirrose speciale aandacht gevraagd, waarbij vooral het zeer verhoogde hart- en vaatziekten- en

De deprivatie-index van figuur 4

De deprivatie-index is gebaseerd op het percentage werklozen onder 15- tot en met 64-jarigen en het gemiddelde inkomen per inkomenstrekker (EB 1995/4). Hiervan is een zogenaamde z-score gemaakt, waarbij een positieve score (boven 0) staat voor veel achterstand en een negatieve score (onder 0) voor weinig achterstand. De indirect gestandaardiseerde sterfte (SMR, waarbij rekening is gehouden met verschillen in leeftijd en geslacht tussen wijken) is gepresenteerd op de y-as. De regressielijn die tussen de punten kon worden getrokken heeft een coëfficiënt van 0,18. Dat betekent dat voor elke toename in de deprivatie-index (naar wijk met meer achterstand) de SMR met 18% toeneemt. Zowel bij de mannen als bij de vrouwen was het aantal overledenen in het sociaal 'lage' gebied circa 75% hoger dan in het sociaal 'hoge' gebied (EB 1996/1).

diabetesrisico van vrouwen uit de achterstands-wijken in het oog sprong.

In 2014 zijn de eerste landelijke gegevens over sociaal-economische verschillen in sterfte naar doodsoorzaak in Nederland gepresenteerd.⁶ Sterk punt aan dit landelijke onderzoek ten opzichte van de veel eerdere Haagse studie is dat een indicator voor sociaal-economische sterfte op individueel niveau kon worden gebruikt (opleiding van de persoon zelf, in plaats van een indicator voor alle personen in een wijk). De auteurs vinden dat de sterfteverschillen naar sociaal-economische status vooral berusten op verschillen in sterfte aan hart- en vaatziekten en kanker. Dit is vergelijkbaar met andere landen in Noordwest-Europa. Echter, de ongelijkheid in sterfte aan longkanker in Nederland is aanzienlijk groter dan in andere landen van Noordwest-Europa, met name onder mannen.

Etnische herkomst

De eerste relatie tussen sterfte en etnische herkomst in het Epidemiologisch Bulletin wordt gelegd in een artikel over sterfte aan hart- en vaatziekten, vooral in relatie tot die aan suikerziekte (EB 1992/1). Ontwikkelingen in sterfte aan hart- en vaatziekten worden gelegd naast demografische veranderingen, zoals het



aandeel inwoners van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse herkomst. De etnische herkomst is geen onderdeel van de sterfteregistratie, waardoor geen antwoord kan worden gegeven op de vraag of de verhoogde sterfte aan hart- en vaatziekten en diabetes in achterstandswijken verklaard wordt door verhoogde sterfte aan deze aandoeningen bij inwoners van niet-westerse herkomst.

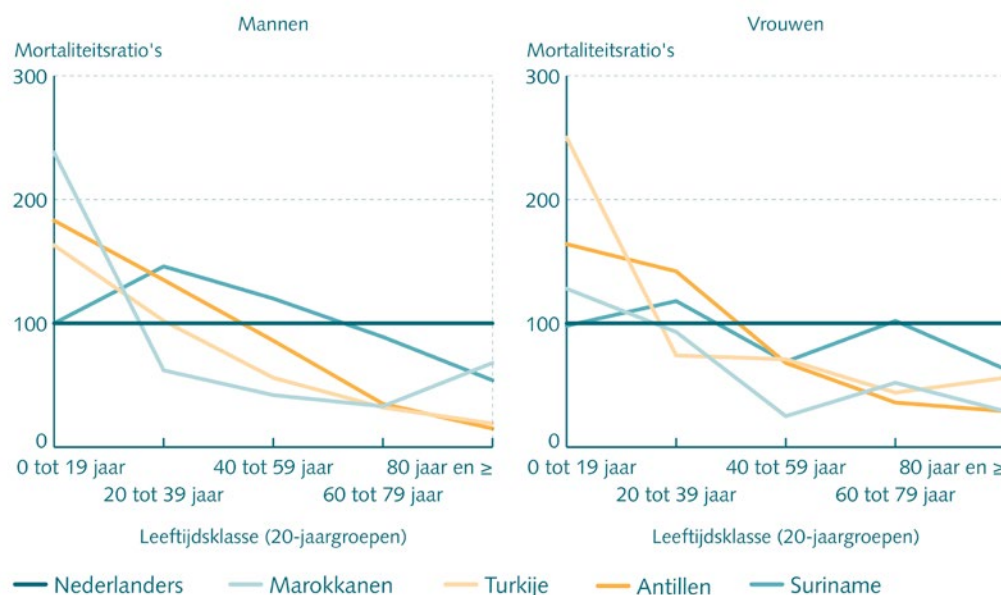
In het artikel over de doodsoorzaken en sociaal-economische status bij 65-minners is ook aandacht besteed aan de etnische herkomst: *“Veel Hagenaars van allochtone herkomst wonen in de sociaal-economisch meer achtergestelde woongebieden. Dit brengt ons bij de vraag in hoeverre etniciteit een eigen bijdrage, los van sociaal-economische kenmerken, levert aan de oversterfte.”* (EB 1996/1). Dit beschouwende stuk sluit af met: *“[We komen hier nog uitgebreider op terug] ook omdat er sterke aanwijzingen zijn dat sommige aandoeningen, met name diabetes en hart- en vaatziekten, zich frequenter voordoen onder sommige groepen allochtonen. Dit zou mogelijk bijdragen tot het verklaren van de geconstateerde opmerkelijke samenhang tussen achterstand en deze sterfte.”*

Vanaf 1995 zijn gegevens over de etnische herkomst van overledenen beschikbaar (EB 2002/4). Figuur 5 geeft gegevens over sterfte naar etnische herkomst weer. Er blijkt een verhoogde sterfte op jonge leeftijd. Hierbij wordt vermeld dat uit landelijke gegevens over de verhoogde sterfte onder kinderen

van Turkse en Marokkaanse herkomst erfelijke ziekten, infectieziekten, (verkeers)ongelukken en verdrinking als belangrijkste doodsoorzaken naar voren kwamen, voor een flink deel dus vermoedelijk vermijdbare sterfte. Vanaf de leeftijd van 40 jaar is de sterfte onder inwoners van Antilliaanse, Turkse en Marokkaanse herkomst lager dan onder inwoners van Nederlandse herkomst.

Over het geheel bleek de sterfte onder migranten, en dan met name de migranten van Marokkaanse en Turkse herkomst, lager dan onder inwoners van Nederlandse herkomst. Dit, terwijl aan de analyse van sterfte naar etnische herkomst de vraag ten grondslag lag of de relatieve ongezondheid van inwoners uit niet-westerse herkomstlanden leidde tot een verhoogde sterfte onder die groepen (EB 2002/4). Was hier sprake van een paradox? Mogelijke verklaringen voor de lagere sterfte en de slechtere gezondheid worden gepubliceerd in hetzelfde nummer als de artikelen over sterfte naar etnische herkomst en zelfgerapporteerde gezondheid naar etnische herkomst (EB 2002/4). De conclusie luidt: *“Tussen de artikelen over de Stadsenquête [zelfgerapporteerde gezondheid] en over de sterfte naar etniciteit zit minder tegenspraak dan op het eerste gezicht lijkt. Voorzover deze tegenspraak toch zou bestaan, wordt deze misschien mede verklaard door een tempoverschil. Een ongunstige verandering in de determinanten van de gezondheid van een bepaalde populatie heeft het eerst invloed op de morbiditeit en pas in tweede instantie op de sterfte.”*

Figuur 5. Mortaliteitsratio's voor mannen (links) en vrouwen (rechts), naar etnische herkomst. Den Haag, 1995-2001. Overgenomen uit EB 2002/4.



De gerapporteerde gunstige sterftcijfers van de Hagenaars herkomstig uit de landen rond de Middellandse Zee mogen daarom niet te veel reden geven voor tevredenheid. Het is nog maar de vraag, of deze gunstige situatie bestand zal blijken tegen de tand des tijds.”

Tot slot

De bruto sterfte is sinds 1700 enorm afgenomen. Een sterfte van bijna 60 per 1.000 inwoners (!) zoals in het jaar 1729, kunnen we ons niet meer voorstellen. Met de huidige bevolkingsomvang zou dat een sterfte van bijna 30.000 Haagse inwoners in één jaar betekenen. Vooral de sterfte aan infectieziekten is historisch gezien afgenomen. Hierdoor is er veel minder sterfte van (jonge) kinderen dan vroeger, toen de sterfte bij hen in belangrijke mate veroorzaakt werd door epidemieën van infectieziekten.

In de jaren na de Tweede Wereldoorlog worden kanker en hart- en vaatziekten steeds grotere doodsoorzaken. Roken en andere ongezonde ‘luxe’ leefgewoonten spelen hierbij een rol. Kanker en hart- en vaatziekten zijn nog steeds de belangrijkste groepen doodsoorzaken, al blijkt er een enorme daling in het percentage rokende mannen. Op afzonderlijke doodsoorzaken zijn longkanker en hartinfarcten overtroffen door dementie. Dit zijn allen doodsoorzaken die voornamelijk op hogere leeftijd verantwoordelijk zijn voor sterfte.

Zoals eerder aangegeven levert kennis over ziekte en sterfte zicht op (verschillen in) gezondheid, alsook aangrijpingspunten voor preventie. Kennis op het gebied van infectieziekten heeft een grote bijdrage geleverd aan het terugdringen van de sterfte, met name op de kinderleeftijd. Met de stijging in sterfte aan welvaartsziekten wordt steeds meer ingezet op bevorderen van gezonde leefgewoonten zoals niet roken, voldoende bewegen en gezond eten. Hiermee wordt geprobeerd vroegtijdige sterfte terug te dringen. Verschillen in sterfte tussen groepen biedt informatie om gericht de hoogrisicogroepen op te zoeken. Dat inwoners van achterstandswijken over het algemeen eerder overlijden dan inwoners van

Een sterfte van bijna 60 per 1.000 inwoners (!) zoals in het jaar 1729, kunnen we ons niet meer voorstellen.

Om (vroegtijdige) sterfte aan welvaartsziekten terug te dringen, wordt meer ingezet op gezonde leefgewoonten zoals niet roken, voldoende bewegen en gezond eten.

niet-achterstandswijken illustreert de sociaal-economische gezondheidsverschillen die er zijn. Het vraagt om extra inzet op de gezondheidstoestand van inwoners van achterstandswijken. De cijfers kunnen ook een extra motivatie zijn bij het terugdringen van de gezondheidsachterstand in achterstandswijken. Zo was de reactie van een professional in een achterstandswijk, die zich al jaren inzette voor de gezondheid van achterstandswijkbewoners en de problematiek kende: “Ik wist niet dat de verschillen zo groot waren. Ik wist wel dat de verschillen er waren, maar om de cijfers zo in een figuur te zien, ik schrok er toch van.”

OVER DE AUTEUR

Mw. Dr. Ir. I.M. van der Meer is senior epidemiologisch onderzoeker bij de afdeling Epidemiologie, GGD Haaglanden. E-mail: irene.vandermeer@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

Verwijzingen naar artikelen uit het Epidemiologisch Bulletin zijn weergegeven als EB jaartal/nummer. (EB 1985/3) betekent een verwijzing naar een artikel in nummer 3 van jaargang 1985. Alle Epidemiologisch Bulletins zijn digitaal te raadplegen via www.ggdhaaglanden.nl/epibul.

- 1 <http://statline.cbs.nl>. Bezocht op 11-08-2015.
- 2 <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2015/steeds-minder-mensen-overlijden-aan-een-acute-hartinfarct.htm>. Bezocht op 11-08-2015.
- 3 **Gezondheidsmonitor Den Haag 2014**. Den Haag: GGD Haaglanden, 2014.
- 4 <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/roken/cijfers-context/gezondheidsgevolgen#node-sterfte-en-verloren-levensjaren-door-roken>. Bezocht op 11-08-2015.
- 5 Graaf JP de, Ravelli ACJ, et al. **Perinatale uitkomsten in de vier grote steden en de prachtwijken in Nederland**. Ned Tijdschr Geneeskd. 2008; 152(50): 2734-40.
- 6 Kulhánová I, Hoffmann R, Eikemo TA, Menvielle G, Mackenbach JP. **Sociaal-economische verschillen in sterfte naar doodsoorzaak**. Eerste Nederlandse gegevens. Ned Tijdschr Geneeskd 2014; 158: A8188.



Psychische gezondheid en migranten

Emile Pieters

Mensen van niet-Nederlandse afkomst, migranten, hebben ten opzichte van autochtone Nederlanders een verhoogde kans op psychische problemen. Dat blijkt uit een veelheid van artikelen die met name vanaf eind jaren tachtig in het Epidemiologisch Bulletin zijn verschenen. Belangrijke uitgave daarbij was het themanummer 'Allochtonen en geestelijke gezondheid' (EB 1999/2-3).

Duidelijk is dat meerdere aspecten de zorgvraag compliceren, zoals psychoproblematiek (EB 1991/1), veelvuldige presentatie van lichamelijke klachten, al dan niet met psychoproblematiek (EB 1989/1) en discriminatie (EB 1989/1). Ook de impact van de migratiegeschiedenis (EB 1999/2-3) en het gebrek aan kennis van culturele achtergronden/communicatieproblemen (EB 2011/4) spelen een rol. Ook blijkt dat de gezondheidszorg slechts beperkte mogelijkheden heeft om de sociaal-culturele omstandigheden gunstig te beïnvloeden (EB 1985/3).

Depressie, suïcide en parasuïcide en schizofrenie

Het Bulletin besteedt aandacht aan specifieke psychische problemen. Zo blijkt dat allochtone Nederlanders van Turkse afkomst – en van Marokkaanse afkomst, zij het in mindere mate – vaker depressieve gevoelens hebben dan autochtone Nederlanders. (EB 2012/1) (EB 2014/4). Ook suïcide en parasuïcide krijgen aandacht. Zie hiervoor het artikel over parasuïcide op pagina 16).

Opvallend is dat bij (jonge) vrouwen van Surinaamse en Turkse afkomst veelal een problematische gezinssituatie en/of relatieproblemen aanleiding is voor een poging tot zelfdoding. Eveneens uit Haags onderzoek blijkt dat bij mensen met een Marokkaanse achtergrond het ervaren van discriminatie en een negatieve identificatie met de eigen groep het risico op schizofrenie verhogen (EB 2009/3-4).



Beleid

Het Haagse Gemeentebestuur en hulpverleners hebben zich met beleidsontwikkeling, onderzoeken en projecten ingespannen om de problematiek het hoofd te bieden. Zo schrijft het Bulletin over het Project Nieuwe Sporen, gericht op de behoeften van allochtone patiënten (EB 2005/1) en over de inzet van therapeutische medewerkers uit de allochtone groeperingen in het project Samenwerking huisartsen GGZ Den Haag (EB 2002/2). Ook blijkt een speciale interculturele voorziening in Den Haag de toegankelijkheid van de Jeugd-GGZ te verbeteren (EB 2012/3). Er wordt voor gepleit dat GGZ-instellingen mensen van allochtone oorsprong in dienst nemen en de Nederlandse hulpverleners bij te scholen ten aanzien van culturen en eigenschappen van de multiculturele groepen (EB 1999/2-3). In de Haagse nota Volksgezondheid 2012-2014 gaat wat betreft psychische gezondheid (depressie) extra aandacht uit naar kwetsbare groepen, waaronder migranten (EB 2012/3).

OVER DE AUTEUR

Dhr. E. Pieters was van 1992-2015 staffunctionaris en manager in de Haagse GGZ (Parnassia Groep) en tot 2014 lid van de redactie van het Epidemiologisch Bulletin. E-mail: pietersemile@gmail.com

REFERENTIES

Verwijzingen naar artikelen uit het Epidemiologisch Bulletin zijn weergegeven als EB jaartal/nummer. (EB 1985/3) betekent een verwijzing naar een artikel in nummer 3 van jaargang 1985. Alle Epidemiologisch Bulletins zijn digitaal te raadplegen via www.ggdhaaglanden.nl/epibul.

Van Pesthuis tot Poliovaccinatie

‘Krijg allemaal de klere’, ‘Het is hier een teringzooi’, ‘Ik heb er een pesthekel aan’, ‘tyfusjoch’: het zijn allemaal uitdrukkingen die duidelijk maken dat infectieziekten door de jaren heen van grote invloed zijn geweest op onze samenleving, met name in de negatieve zin van het woord. De infectieziektebestrijding heeft dan ook ruim een eeuw geleden aan de wieg gestaan van de komst van van de GGD als uitvoerder publieke gezondheidszorg. De eerste uitgaven van het jarige Epidemiologisch Bulletin verschenen in de tweede helft van het bestaan van de toenmalige GG en GD.

Marieke Somsen

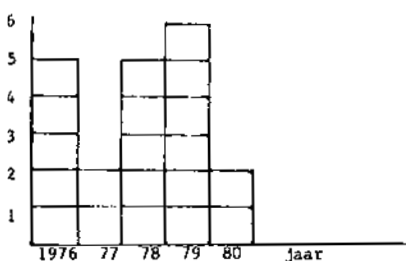
Aanvankelijk bevat het Bulletin uitsluitend artikelen over de infectieziektebestrijding. De nadruk ligt op grote hoeveelheden data, waarbij naast de eigen gegevens ook die van de huisartsen-peilstations en Interkruis (gefuseerde kruisverenigingen die onder andere data met betrekking tot de geslachtsziektebestrijding registreerden) worden beschreven, aangevuld met praktische inhoudelijke artikelen, gericht op de eerstelijns gezondheidszorg.

Ziekten als lepra komen in die periode nog regelmatig voor, terwijl schurft een periodiek terugkerende ‘plaag’ is die telkens weer opduikt binnen de Haagse bevolking. Eind jaren tachtig verschuift de inhoud van deze artikelen en krijgen de sociaal maatschappelijk aanpak en gedragsmatige benadering een prominenter plek. Het verhaal begint echter al vele eeuwen eerder.

2e kwartaal 1981															
INFECTIEZIEKTE	Leeftijd en geslacht														
	0-1			2-4			5-14			15-19			20-39		
	m	v		m	v		m	v		m	v		m	v	
Vervolg groep B															
Trichinosis															
Tuberculosis															
Tularaenis															
Typus exanth.															
Voedselinfectie															
Yersinia enterocoli-															
ca-infectie															
Groep C															
Conditioes															
Syphilis (prim. sec.)															
Syphilis congenita															
Parotitis epidemica															
	m + v			m + v			m + v			m + v			m + v		
	16			13			29			12			1		
	228			222			350			14			6		
	14			14			18								
	6			12											

Aantal aangegeven meningococcus gevallen 1976-1980, leeftijdsverdeling Overgenomen uit EB 1981/2.

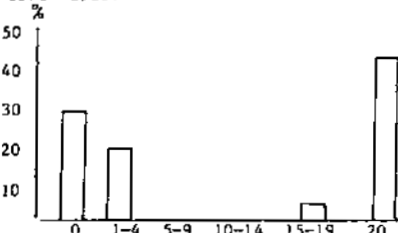
Aantal aangegeven meningococcus-gevallen, Den Haag, 1976 - 1980.

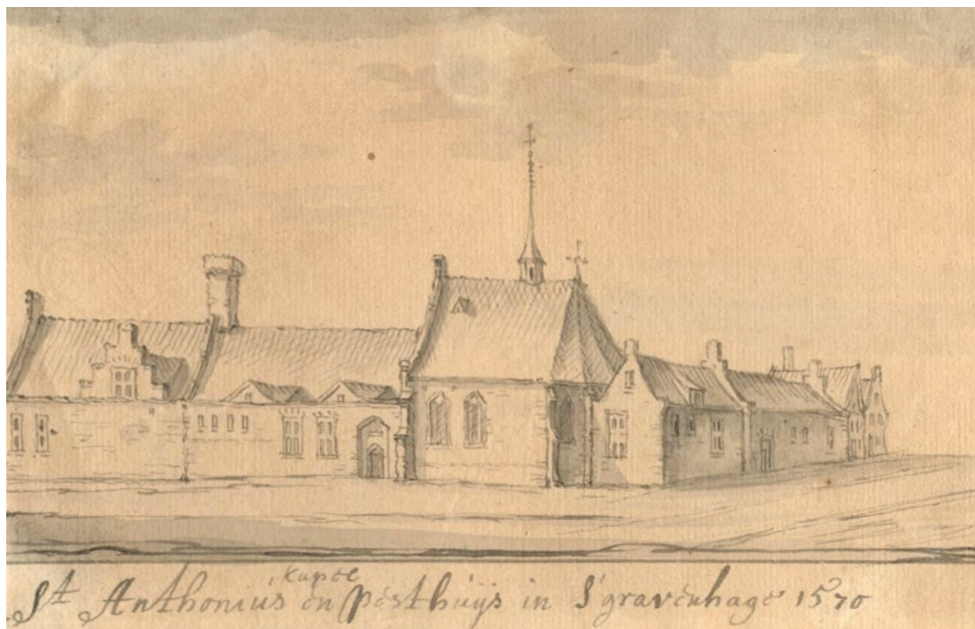


De gemiddelde incidentie over deze jaren is derhalve minder dan 1 geval per 100.000 per jaar voor Den Haag.

De gemiddelde incidentie over deze jaren is derhalve minder dan 1 geval per 100.000 per jaar voor Den Haag.

Leeftijdsverdeling van aangegeven meningococcus gevallen, Den Haag, 1976-1980.





Het Sint Antoniuspesthuis aan het Slijkewijk in Den Haag (17^e eeuw), vlakbij het huidige hoofdkantoor van de GGD Haaglanden. Later werd dit pesthuis een dolhuis, waar geesteszieken werden opgevangen.

De zwarte dood (de periode voor de 19^e eeuw)

Vrijwel iedere eeuw kende Nederland grootschalige uitbraken van infectieziekten (epidemieën in de klassieke zin van het woord), met grote en veelal ontwrichtende gevolgen voor de samenleving. Ze gaan vaak gepaard met grote aantallen zieken en massale sterfte. Ook de indirecte gevolgen zijn groot: verlies van werk en woning, sociale uitsluiting en armoede. De kennis over het ontstaan en de bestrijding van ziekten is beperkt, soms wordt de straffende hand van God hierin gezien. De Bijbelse naam Lazarus is bijvoorbeeld later gekoppeld aan lepra. Ook zijn grote bevolkingsgroepen vervolgd omdat zij verantwoordelijk werden gehouden voor 'de zwarte dood', de vroegere verzamelnaam voor deze verwoestende ziekten en later het synoniem voor de pest.

De pest heeft in de 14^e eeuw op grote schaal in Europa gewoed. Ruim 25% van de bevolking sterft aan deze zwarte dood. Cholera steekt met regelmaat de kop op en lepra is gewoon een inheemse ziekte. Syfilis duikt aan het eind van de middeleeuwen voor het eerst op in Zuid-Europa en is vermoedelijk door soldaten geïmporteerd uit Amerika. De seksuele overdracht is nieuw, de ziekte verspreidt zich als een olievlek over Europa en verloopt vaak dodelijk door het gebrek aan kennis over de overdracht en ontbrekende behandelmogelijkheden. Ook vergeten ziekten als Sint Antoniusvuur steken met regelmaat de kop op. De medici kijken machteloos toe,

gehinderd door gebrek aan kennis en middelen en met armoede en slechte hygiëne als achterliggende oorzaken. De zorg voor de zieken wordt voor een belangrijk deel door de kerken gedaan. Pesthuizen zoals het Magdalenaklooster in Delft en het Haagse pesthuis aan het Slijkewijk verplegen en verzorgen de zieken, maar zijn ook bedoeld om hen vanwege hun besmettelijkheid af te zonderen van de rest van de bevolking. De wetenschappelijke ontdekkingen, zoals de bloedcel in 1674 en de bacterie in 1676 door streekgenoot Antonie van Leeuwenhoek worden nog niet alle op waarde geschat.

Riool en reiniging (vanaf de 19^e eeuw)

In de tweede helft van de 19^e eeuw industrialiseert Europa in een hoog tempo, terwijl de bevolking het platteland met rasse schreden verlaat en in de steden gaat wonen. De situatie in Den Haag, zoals beschreven in een artikel in het Epidemiologisch bulletin van 1992 over het stadsdeel Centrum, is exemplarisch (EB 1992/2). De stad groeit van 72.000 inwoners in 1850 tot 260.000 in 1900. Dit gaat gepaard met dichte bebouwing, verkrotting, slechte hygiënische omstandigheden en vaak diepe armoede. Deze omstandigheden zijn een bron voor epidemieën. Zo zijn er alleen al in de 19^e eeuw vier choleraepidemieën in Nederland. Daaraan sterven ruim 65.000 mensen waarvan 75% in de Randstad. Scheveningen heeft de twijfelachtige eer om de plek te zijn waar de ziekte zich het eerst openbaart, doordat botersmokkelaars vanuit Engeland de ziekte meebrengen.

Mozaïek in Antonius Abtkerk
Scheveningen, waarin de
cholera epidemie wordt
herdacht.



De overheid stelt zich aanvankelijk terughoudend op. Pas in 1865 wordt het geneeskundig staatstoezicht op de volksgezondheid ingesteld en gaan inspecteurs, die te boek staan als hygiënisten, aan het werk. Zij zetten zich – vaak tegen de cultuur van het establishment in – in voor aanleg van riolering, vuilnisafvoer, schoonmaak en verbetering van de arbeidsomstandigheden. In 1872 komt de Besmettelijke Ziekte wet tot stand, waarin artsen een meldingsplicht krijgen voor diverse besmettelijke ziekten. De uitkomsten van deze meldingsplicht verschijnen sedert het ontstaan in vrijwel ieder nummer van het Epidemiologisch Bulletin. Ook schrijft deze wet voor op welke manier gemeenten moeten optreden bij dreigende epidemieën. In het huidige tijdperk zijn deze taken en verantwoordelijkheden vastgelegd in De Wet publieke gezondheid.

M. Henriquez Pimentel richt in 1866 de 'Vereeniging ter Verbetering van den Gezondheidstoestand te 's-Gravenhage' op, naast andere particuliere opgerichte vaccinatie instanties. Zij adviseren de gemeente over onder andere riool, drinkwater, woningen en de hygiëne op bewaarscholen. In die periode nemen gemeenten hun taken op het gebied van de Openbare Gezondheidszorg steeds meer serieus en worden in Nederland ook de eerste gemeentelijke gezondheidsdiensten opgericht. De GG en GD van Den Haag ontstond in 1912, de NCV (Nederlandse Centrale Vereniging ter bestrijding der tuberculose, nu KNCV) al in 1903. Voormalig GGD-directeur Garvelink refereert hieraan zijn afscheidsinterview in 1992 in dit Bulletin (EB 1992/4).



Snow over Cholera

In 1851 verschijnt in het Epidemiologisch Bulletin een artikel over de grondlegger van de moderne epidemiologie, John Snow (EB 1981/2). Deze Engelse arts en wetenschapper deed halverwege de 19^e eeuw onderzoek naar een cholera-epidemie in Londen. Hij ontdekte op basis van systematisch onderzoek dat de cholera-epidemie in verband stond met het gebruik van een waterpomp, die in de nabijheid van een besmette beerput stond. Hij was daarmee ook één van de eersten die via 'big data' dichterbij de oorzaak van een besmettelijke ziekte wist te komen. Bijgaande plattegrond laat zien hoe hij de gegevens inzichtelijk maakte.



Inzicht en vooruitgang in de 20^e eeuw

Aan het einde van de Eerste Wereldoorlog breekt de Spaanse griep uit. Hoewel het sterftepercentage hooguit vijf procent is, maakt de ziekte wereldwijd met ruim 40 miljoen doden meer slachtoffers dan de oorlog zelf. Mogelijk hebben de grote feesten en het onthaal van de soldaten aan het einde van de oorlog, bijgedragen aan de snelle verspreiding van de ziekte. Het is uiteindelijk de meest dodelijke epidemie die de mensheid ooit getroffen heeft. Het duurt nog vele decennia voordat alle raadsels zijn opgelost en het genoom van het virus in kaart is gebracht. In Den Haag sterven in 1918 alleen al 545 inwoners aan de Spaanse griep.

Naast een betere organisatiegraad dringt rond het begin van de 20^e eeuw ook het besef door dat er een relatie bestaat tussen de kwaliteit van het leefmilieu en het ontstaan van (besmettelijke) ziekten. Ook groeit het bewustzijn dat voeding, schoon water en hygiënische omstandigheden bijdragen aan een daling van de sterfte (zie ook het artikel over sterfte op pagina 17 in deze uitgave). Er volgt veel onderzoek naar de ontdekking van ziekteverwekkers en de antibiotica zijn in opkomst. De ontwikkelingen rond de tbc-bestrijding illustreren dit goed. Zo ontdekt Robert Koch de tuberkelbacil in 1882 en ontwikkelt Wilhelm Roentgen de röntgenstraling waardoor de vroege diagnostiek met sprongen vooruitgaat. In 1904 worden er in het Haagse Gemeente ziekenhuis 150 tot 175 tbc-patiënten per dag verpleegd. Het aandeel van tbc in de totale sterfte ligt in 1904 in Den Haag op 12,3%. In die periode bestaat de behandeling vooral uit rustkuren in sanatoria, waarbij rust en buitenlucht tot genezing moeten

leiden. De ontdekking van het antibioticum streptomycine door Selman Waksman en Albert Schatz in 1943 betekent een belangrijke nieuwe fase in de strijd tegen tbc. De incidentie in Nederland wordt teruggebracht van 145 per 100.000 naar minder dan 10 per 100.000. De afdeling tbc-bestrijding van de GGD (en voorgangers in het verleden) speelt nog steeds een prominente rol in de screening van risicogroepen en de behandeling van tbc in de regio, met grootstedelijke problematiek en veel migranten uit risicogebieden. De intensieve outreachende begeleiding van beperkt zelfredzame patiënten en hun directe omgeving kleurt ook nu nog de werkzaamheden van de sociaal verpleegkundige. Dit wordt treffend beschreven in een artikel van J. Reijnders in het themanummer over tuberculose in 1999 (EB 1991/1).

Groei van welvaart en gezondheid van de jaren vijftig

Na de Tweede Wereldoorlog wordt een belangrijke mijlpaal bereikt: infectieziekten zijn als mondiale doodsoorzaak nummer één voor een belangrijk deel naar de achtergrond verdwenen. De productie van vaccins neemt een grote vlucht en in 1957 wordt het Rijksvaccinatieprogramma RVP opgestart. Via dit programma kunnen alle kinderen zich laten vaccineren tegen toen veel voorkomende infectieziekten Difterie, Tetanus, Kinkhoest en Polio (DKTP). Het programma wordt in de loop der jaren steeds verder uitgebreid. Zo zijn in 2011 de vaccinatie tegen hepatitis B en in 2009 de vaccinatie tegen baarmoederhalskanker (HPV) voor meisjes toegevoegd. Naast de individuele bescherming draagt ook de



Les op de Haagse buitenschool (ca. 1930)

In Den Haag wordt in 1905 de Eerste Nederlandse Buitenschool opgericht, gelegen aan de Doorniksestraat. Hier komen kinderen uit gezinnen waar tuberculose heerst om aan te sterken, rust te krijgen en naar school te gaan. De schoolartsen zijn groot voorstander van deze scholen en doen de selectie van de kinderen. De buitenschool bestaat nog steeds en er wordt onderwijs gegeven aan kinderen met verschillende psychiatrische stoornissen.

kuddeïmmuniteit (hoe hoger de vaccinatiegraad, hoe kleiner de kans op besmetting van vatbare personen) bij aan het indammen van de epidemieën. Zo is in Den Haag in 2014 dankzij gezamenlijke inspanningen van de iJGZ (GGD en Jong Florence*) 96,3% van de kinderen van 0 tot 2 jaar basis immuun voor BMR (bof, mazelen en rode hond) en op 10-jarige leeftijd heeft 89,5% de BMR vaccinatie volledig afgesloten. Het stijgen van de vaccinatiegraad en de toename van de algehele gezondheid betekenen echter niet dat de uitbraken en epidemieën tot het verleden behoren, getuige de regelmatig terugkerende uitbraken van bijvoorbeeld de bof en mazelen en de laatste jaren de hardnekkige uitbraken van scabiës.

In het Epidemiologisch Bulletin is, naast de dalende incidentie van infectieziekten, ook een ander gevolg zichtbaar. De artikelen op het gebied van de infectieziektebestrijding veranderen van karakter. Ging in de beginjaren vooral aandacht uit naar uiterst gedetailleerde gegevens over de verspreiding van de afzonderlijke ziektebeelden, medicamenteuze preventie en behandeling; in de loop der jaren groeit de aandacht voor de sociale aspecten, preventie en gedrag.

Dit blijkt uit de publicaties over hepatitis, ook wel geelzucht genoemd op basis van een ontsteking van de lever. Het kan een chronisch beloop krijgen en leidt bij dragerschap in dertig procent van de

gevallen tot ernstige complicaties zoals levercirrose, leverfalen of een carcinoom. Hepatitis A, B en C behoren zo lang bekend tot de zogenaamde meldingsplichtige infectieziekten, waardoor er met grote regelmaat artikelen over verschijnen en elk kwartaal gegevens met betrekking tot de aangiften worden gepubliceerd. Zo meldt een artikel in 1979 dat de kennis over de biochemische eigenschappen van hepatitis B een grote vlucht neemt en dat er trials worden gedaan met immuniteit onderdrukkende medicatie voor patiënten met een ernstige vorm van hepatitis B (EB 1979/1-2). In 1988 berichten enkele jeugdartsen hoe hepatitis A zich op een Haagse basisschool verspreidt en dat via nauwkeurig anamnestic onderzoek is vastgesteld hoe de introductie en de besmettingen hebben kunnen plaatsvinden (EB 1988/4). In 1991 beschrijft een artikel over de spuitomruil het verband tussen de verspreiding en aanpak van hepatitis en HIV-besmetting (EB 1991/2). Vervolgens wordt in 1998 een stijging van de hepatitis A meldingen in Den Haag voorzichtig in verband gebracht met reisgedrag en actieve benadering van behandelaars door de GGD (EB 1998/4). Ook is er aandacht voor de Zomercampagne, gericht op kinderen van allochtone ouders die in de vakantie teruggaan naar hun thuisland, voor actieve voorlichting tijdens het reizigersspreekuur en voor vaccinatie. In 2010 verschijnen de resultaten van het project China aan

* In de overige gemeenten van de regio Haaglanden voert de stichting JGZ het RVP uit, als onderdeel van de jeugdgezondheidszorg

Vaccinatie campagnes

De GGD heeft de afgelopen jaren diverse grootschalige vaccinatiecampagnes uitgevoerd voor de bevolking, zoals de meningokokken-campagne voor kinderen van 0 tot 5 jaar in 2002, de inhaalcampagne HPV voor jonge meiden in 2009 en de campagne rond de Nieuwe Influenza A/Mexicaanse griep in 2009. (EB 2002/1, 2010/1).





Vrijwilligers verstrekken informatie bij de Chinese brug (EB 2010/3)

In China is ca. 10% van de bevolking drager van het hepatitis B virus. Leverkanker, dat hierdoor veroorzaakt wordt, is de meest voorkomende kwaadaardige ziekte in China. Tijdens het project China aan de Noordzee in 2010 werden veel vrijwilligers ingezet bij het verstrekken van informatie aan de deelnemers. Mede dankzij de intensieve samenwerking werd deze campagne een groot succes en werden er niet de beoogde 500, maar bijna 1.300 personen gescreend.

de Noordzee (EB 2010/3). De grote Chinese gemeenschap in Den Haag was intensief betrokken bij een campagne, gericht op onderzoek, voorlichting, bewustwording en vaccinatie tegen hepatitis B, dat in China op grote schaal voorkomt. Hun inzet was de sleutel tot het grote succes van deze campagne. In 2014 presenteert het Bulletin de resultaten van onderzoek naar de sociale impact van hepatitis bij de Turkse gemeenschap in Den Haag (EB 2014/1). Gebrekkige kennis, de taboes en angst die er leven blijken van grote invloed te zijn op de kwaliteit van leven bij degene die ooit hepatitis B hebben doorgemaakt, onafhankelijk van de vraag of iemand drager van het virus is gebleven.

Opkomst van HIV en AIDS in de jaren tachtig

De opkomst van HIV/AIDS gaat in de jaren tachtig als een vertraagde schokgolf de wereld over. In 1981 wordt het ziektebeeld voor het eerst herkend onder homoseksuelen in de VS*. Zij kregen uiteenlopende infecties, Kaposi sarcoom en stierven hier uiteindelijk aan, vaak op jonge leeftijd. Twee jaar later wordt het virus ontdekt; daarna blijkt al snel dat ook injecterende druggebruikers, mensen die donorbloed hebben gekregen en heteroseksuelen besmet kunnen raken. Den Haag telt begin jaren negentig een relatief groot aantal AIDS-patiënten: van 96 in oktober 1990 (landelijk 1443, waarvan 735 in Amsterdam) groeit het aantal naar 130 in 1991.

In het Epidemiologisch Bulletin verschijnen vanaf 1985 met regelmaat artikelen over HIV en AIDS en over de opkomst en de verdere ontwikkelingen (EB 1985/4, 1987/3). In de jaren tachtig en negentig is er vooral aandacht voor de ontdekking en kennis over het virus en de epidemiologisch gegevens, waarbij de dreiging van de dodelijke afloop de inhoud en kleuring bepalen (EB 1990/4). In de publieke gezondheidszorg bepalen discussies rondom de anonieme aangifteplicht de agenda. De GGD speelt een coördinerende rol in het opzetten van de eerste hulp- en ondersteuningsprogramma's samen met ketenpartners. Ook worden de spuitomruil en condoomverstrekking opgezet om de verspreiding via intraveneus druggebruik en (betaald) seksueel contact te verminderen. Eind jaren negentig is er een grote doorbraak, vanwege de ontwikkeling van HIV-remmende en daarmee levensreddende behandelingen. Desondanks verschijnen er in 2003 en 2004 verontrustende signalen over een explosieve toename van HIV in enkele grote steden, waaronder in Den Haag. In een tweetal artikelen hierover worden de onderzoeksresultaten toegelicht: de stijging vindt voor de helft plaats bij homoseksuelen van Nederlandse afkomst, de andere helft betreft heteroseksuelen die afkomstig zijn uit HIV-endemische landen (EB 2003/1, 2004/1). Onveilige seks, gebrekkige kennis, beperkte bereidheid om zich te laten testen, soms in combinatie met taboes zijn de

* Nu is het begrip MSM (Mannen die Seks hebben met Mannen) gangbaar, destijds werd in vele publicaties de term homoseksuelen in zijn algemeenheid gebruikt. Hiermee wordt nu een duidelijker onderscheid gemaakt tussen gedrag en identiteit.



**THIS IS NOT AN
INTRODUCTION
TO AIDS**



‘Toen en nu’: De illustratie links uit 1985 toont hoe groot de angst voor de onbekende ziekte AIDS toen was (EB 1985/4). Rechts een illustratie bij een artikel over HIV (EB 2014/1) waarin bij een outreach-actie het publiek wordt opgeroepen om zich te testen op HIV.

gedragsmatige componenten die deze stijging verklaren. Het ontstaan van het regionaal Soa-centrum Den Haag in 2006 is een indirect gevolg hiervan. Het centrum richt zich op succesvolle wijze op het bevorderen van seksuele gezondheid inclusief soa-bestrijding. Hierbij wordt niet alleen ingezet op testen en behandeling, maar evenzeer op voorlichting, bewustwording en gedragsverandering. Er is intensieve samenwerking met ketenpartners, waaronder de afdeling Gezondheidsbevordering van de GGD.

Dat deze inzet op bewustwording en gedrag nog onverminderd noodzakelijk is, blijkt wel uit het late moment waarop HIV-geïnfecteerden nog steeds in zorg komen, zoals beschreven in het eerste nummer van het Epidemiologisch Bulletin van 2014 (EB 2014/1). Terugblikkend kan wel geconcludeerd worden dat de aanpak van HIV-AIDS in historisch perspectief wereldwijd buitengewoon snel is verlopen.

Toekomst

De historie laat zien dat de infectieziektebestrijding vooral in de laatste honderd jaar ingrijpend is veranderd en uiterst succesvol is geweest. Dit is niet alleen te danken aan de technische medische vooruitgang, maar zeker ook aan de inzet gericht op de verbetering van leef- en werkomstandigheden van de gehele bevolking met specifieke aandacht voor kwetsbaren en risicogroepen. De laatste

tientallen jaren is daarbij de inzet op kennis, bewustwording en gedrag een steeds onmisbare factor geworden.

Dat infectieziekten zijn gemarginaliseerd als doodsoorzaak betekent bepaald niet dat de infectieziektebestrijding in de publieke gezondheidszorg zal verdwijnen. Het intensieve reizen van grote delen van de bevolking betekent dat uitheemse ziekten Europa en daarmee onze regio blijven bereiken, getuige de eerste Nederlandse patiënt met MERS die in Haaglanden werd gediagnosticeerd. Ook maatschappelijke onrust zoals rond de Mexicaanse griep en de recente ebola-epidemie in West Afrika, stellen nieuwe uitdagingen aan de publieke taak van de GGD. Op het medisch inhoudelijk vlak zullen antibiotica-resistentie, zoönosen (ziekten die van dier op mens worden overgebracht), een groeiende groep vatbare mensen (ten gevolge van vergrijzing en gebruik van afweer-onderdrukkende medicijnen) en de introductie van nieuwe infectieziekten ons de komende tientallen jaren vele nieuwe uitdagingen bieden. De mondialisering en de informatiesamenleving maken het werk daarmee niet alleen complexer. Zij bieden ook de kans om andere werkwijzen te ontwikkelen en te omarmen, waarbij mensen als John Snow uit Londen en Alexander Fleming als de ontdekker van penicilline ons kunnen blijven inspireren.

Met dank aan:

Heinrich Brockhoff, arts M&G infectieziekte-
bestrijding GGD Haaglanden
Erik Huisman, arts M&G tuberculosebestrijding
GGD Haaglanden
Igor van der Leeuw, afdelingsmanager JGZ
GGD Haaglanden

OVER DE AUTEUR

Mw. Drs. M. Somsen is hoofd Infectieziekte-
bestrijding en Hygiëne, GGD Haaglanden.
E-mail: marieke.somsen@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

Verwijzingen naar artikelen uit het Epidemiologisch
Bulletin zijn weergegeven als EB jaartal/nummer.
(EB 1985/3) betekent een verwijzing naar een artikel in
nummer 3 van jaargang 1985. Alle Epidemiologisch
Bulletins zijn digitaal te raadplegen via
www.ggdhaaglanden.nl/epibul.

- Voorhoeve J. H5: **Ziekten, plagen en rampen**.
In: Voorhoeve J, Negen plagen tegelijk.
Amsterdam: Uitgeverij Contact. P. 95-105.
- Toolen A van der. **Bacterieënjagers en andere verhalen**.
Bilthoven: RIVM 2009.
- Mooij A. **De onzichtbare vijand, over de strijd tegen
infectieziekten**. Amsterdam: Uitgeverij Balans 2007.
- [http://www.haagsebeeldbank.nl/afbeelding/
b974adb1-f0b6-4467-aa69-1f7df77b54ad](http://www.haagsebeeldbank.nl/afbeelding/b974adb1-f0b6-4467-aa69-1f7df77b54ad).
- [http://resources.huygens.knaw.nl/armenzorg/gids/
vereniging/3853865006](http://resources.huygens.knaw.nl/armenzorg/gids/vereniging/3853865006).
- Binnenlandsche Berigten. Nederlandse Staatscourant
5-7-1832.
- <http://bit.ly/1MkRSTX>.
- <http://bit.ly/1GNgFj0>.
- <http://binged.it/1MKu9OZ>.
- Lindeboom C A. **Inleiding tot de geschiedenis der
geneeskunde**. Amsterdam: Uitgeverij Rodopi 1991.
- <http://bit.ly/1SrMhMi>.
- [http://www.monumentenzorgdenhaag.nl/
monumenten/doorniksestraat-28](http://www.monumentenzorgdenhaag.nl/monumenten/doorniksestraat-28).
- [http://www.zorgatlas.nl/preventie/vaccinaties-en-
screening/dktp-per-gemeente/#breadcrumb](http://www.zorgatlas.nl/preventie/vaccinaties-en-screening/dktp-per-gemeente/#breadcrumb)
- <http://www.aidsfonds.nl/kennis/geschiedenis>
- <http://binged.it/1MKu9OZ>.

Diabetes bij Hindostanen

Barend Middelkoop

Na zeer zijdelingse aandacht voor suikerziekte in 1978 komt het Epidemiologisch Bulletin in 1991 met een artikel waaruit blijkt dat de diabetessterfte in Den Haag hoger is dan elders in Nederland (EB 1991/4). De auteurs vermoeden dat in Den Haag 'diabetes' vaak wordt vermeld als eigenlijke doodsoorzaak op overlijdensverklaringen, terwijl elders in Nederland in vergelijkbare gevallen diabetes als 'nevenbevinding' wordt geregistreerd. Ook zou het grotere aantal Hindostaanse gezinnen in Den Haag een rol kunnen spelen.

De gezondheidszorg reageert met signalen over een grote toename van CVA (beroerte) en diabetes onder Hindostaanse Surinamers. In 1992 brengt het Bulletin een artikel over de (eveneens opmerkelijk) hoge sterfte aan hart- en vaatziekten in Den Haag met een vermoedelijke relatie met diabetes bij Hindostanen (EB 1992/1).

Een jaar later schrijft een huisarts over een duidelijke oververtegenwoordiging van mensen van allochtone herkomst onder de diabetespatiënten in gezondheidscentrum 'De Rubenshoek' (EB 1993/1).

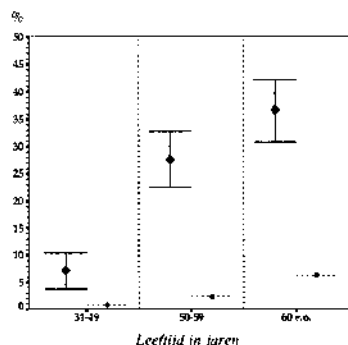
Een voormalige huisarts uit Paramaribo volgt met een beschouwing over 'Culturele factoren bij suikerziekte; het geval van – naar het westen geëmigreerde – Hindostanen' (EB 1993/2).

Met de inzet van twee Surinaams-Hindostaanse stagiaires voert de GGD in 1995 een schriftelijke enquête uit onder Hagenaars van Surinaams-Hindostaanse afkomst. In 1996 verschijnt een artikel in een themanummer van het Bulletin getiteld: 'Suikerziekte onder Hindostaanse Surinamers. Verontrustende ziekte- en sterftegegevens' (EB 1996/2). Maar liefst 37% van de Hindostaanse 60-plussers blijkt suikerziekte te hebben (zie figuur 1).

Dit artikel trekt veel media-aandacht en is aanleiding voor veel activiteiten van zowel de GGD Den Haag als van de GGD'en in Amsterdam en Rotterdam. Internisten van het MCH Westeinde en het Leids Universitair Medisch Centrum organiseren een

'Gezondheidsplein' op het Hindostaanse Milan-festival in het Haagse Zuiderpark met voorlichting en de mogelijkheid om het risico op hart- en vaatziekten te meten. De GGD is als initiatiefnemer of anderszins betrokken bij diverse onderzoeken.

In de periode 1996 - 2015 publiceert het Epidemiologisch Bulletin maar liefst zeventien artikelen over Hindostanen en diabetes. De uitwerking ervan blijft niet onopgemerkt. De publicaties en de activiteiten van de GGD hebben bijgedragen aan de nieuwe richtlijn Diabetes van het Nederlands Huisartsen Genootschap en aan het hanteren van specifieke afkappunten voor het bepalen van overgewicht en obesitas bij Hindostaanse kinderen door de Nederlandse Jeugdgezondheidszorg.



figuur 1
Prevalentie van zelf-gerapporteerde suikerziekte onder Hindostanen in Den Haag en onder autochtonen in Nederland, Den Haag 1995 en Nederland sinds 1970.

Boven- en ondergrens
Hindostanen, Den Haag
Totaal, Nederland

OVER DE AUTEUR

Dhr. Prof. B.J.C. Middelkoop is arts-epidemioloog, afdeling Epidemiologie, GGD Haaglanden en hoogleraar bij de afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, LUMC, Leiden.
E-mail: barend.middelkoop@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

Verwijzingen naar artikelen uit het Epidemiologisch Bulletin zijn weergegeven als EB jaartal/nummer. (EB 1985/3) betekent een verwijzing naar een artikel in nummer 3 van jaargang 1985. Alle Epidemiologisch Bulletins zijn digitaal te raadplegen via www.ggdhaaglanden.nl/epibul.



Is Den Haag al onder Dak?

Ruim honderd jaar geleden brengt de Armenwet in Nederland verandering in de aandacht voor thuislozen. Voortaan is niet langer alleen liefdadigheid hun redding, maar kunnen ze terecht in sobere opvang en komt er werkverschaffing. Anno 2015 geeft de situatie in Den Haag een totaal ander beeld. Dankzij enorme inzet van ketenpartners en stadsbestuur is de opvang afgestemd op de individuele problematiek en kan de stad de jaarlijkse instroom van ongeveer duizend cliënten opvangen en terugleiden naar de Haagse samenleving. Dat vraagt om een blijvende inzet op behoud van de opgebouwde steunstructuren én het vangnet om nieuwe groepen en fluctuaties op te kunnen blijven vangen. In deze jubileumuitgave van het Epidemiologisch Bulletin een blik op de inzet in het verre en recente verleden.

Wim Poort

Inleiding

Het woord zelfredzaamheid wordt tegenwoordig vaak en veel gebruikt. Verantwoordelijkheid nemen en houden voor je eigen leven en dat van de mensen om je heen, staat voorop. Waar de overheid zich steeds meer terugtrekt en niet meer inzet op zorgen vóór, maar op zorgen dát, moet iedere burger meedoen in onze participatiesamenleving en zijn of haar rol daarin nemen. Wiens eigen kracht afneemt of ontbreekt moet een beroep doen op zorg in de naaste omgeving en het eigen netwerk. In relatief korte tijd maakt onze zorgzame samenleving een enorme draai.

Het is echter juist de kwetsbare burger die niet altijd vanzelf meekan in die ontwikkeling. Dit komt door in de persoon gelegen factoren, maar ook door het missen van een eigen netwerk van mensen om een beroep op te doen. Dat is niet nieuw. Elke samenleving kent burgers die zich niet zelfstandig kunnen handhaven vanwege problemen op meerdere leefgebieden. Een zeer kwetsbare doelgroep daarin bestaat uit mensen die dakloos zijn. Zij beschikken zelfs niet meer over een van de meest fundamentele menselijke behoeften, namelijk een eigen ruimte om te wonen en te leven.

In het vijftigjarig bestaan heeft het Epidemiologisch Bulletin regelmatig aandacht besteed aan zowel deze

groep als aan het beleid om hen weer deel uit te laten maken van de samenleving. Dit artikel schetst een beeld van dakloosheid in Den Haag in de afgelopen honderd jaar en put daarbij onder andere uit deze veelheid van artikelen. Helder is dat de aard van de problematiek en de wijze waarop de Haagse samenleving hiermee omging en nog gaat sterk is veranderd. Dit geldt ook voor de doelgroep zelf, zowel qua omvang, samenstelling als qua zelfbewustzijn.

Dilemma

De straat vormt het ‘venster op de geestelijke volksgezondheid in de stad’.¹ Dit citaat uit het Collegeprogramma 1998-2002 illustreert het dilemma van de lokale politiek. Een ‘schoon’ straatbeeld doet de politieke meerderheid vaak oordelen dat het probleem van de mensen die het niet redden in de samenleving is opgelost. Men meent dan te kunnen bezuinigen op de opvang en de zorg voor deze groep. Pas als er weer ernstige problemen ontstaan worden opnieuw noodzakelijke middelen vrijgemaakt. De geschiedenis laat zien dat dit patroon zich herhaalt. Daarbij kunnen bovendien factoren als vergrijzing, extramuralisering, instroom van buiten ons land, een economische crisis, maar ook cognitieve, psychiatrische en verslavingsproblematiek een rol spelen. Deze golfbeweging

vraagt om een structureel vangnet, gericht op zo vroeg mogelijk ingrijpen wanneer het mis gaat met burgers. Dit vangnet zal nodig blijven in deze dynamische samenleving. De omvang van de groep die het (tijdelijk) niet zelf redt in de samenleving lijkt tamelijk constant, ook al zijn de personen in de groep dat niet. Daarom moet het 'venster op de geestelijke volksgezondheid in de stad' steeds open blijven staan.

Ook ontstaan steeds grote problemen op lokaal niveau vanwege het landelijk beleid om te bezuinigen op de intramurale zorg van de geestelijke volksgezondheid terwijl de ambulante zorg daar (nog) niet op is aangepast. Uit het artikel 'Dakloos in Den Haag' blijkt dat 38% procent van de cliënten in de maatschappelijke opvang nooit eerder dak- of thuisloos is geweest (EB 2002/3). Zij zijn door indicatiecommissies op voorspraak van de sociaal psychiaters in de opvang geplaatst. Dat hierdoor een verdringingseffect in de opvang ontstaat moge duidelijk zijn.

De Bijstandswet van 1965 bevrijdt hulpbehoevende mensen van, zoals toenmalig minister Marga Klompé het zegt: 'de genade' en verschaft hun 'een recht' op bestaanszekerheid

Daklozen, een begripsomschrijving

Over wie hebben we het als we spreken over 'de daklozen'? Is het de zwerver in het portiek, een landloper, zijn het ontheemden, slachtoffers van rampen? Of denken we aan de groep illegalen bij het spoor, verslaafde prostitués, heroïne- en/of cocaïne-gebruikers en de man of vrouw bij de uitgang van de supermarkt die de Daklozenkrant verkoopt? Of is het vooral de actualiteit met de beelden van illegalen en vluchtelingen die via zee of land hun geboortegrond hebben achtergelaten om elders een nieuw bestaan op te bouwen?

Duidelijk is dat daklozen kwetsbare burgers zijn in de marge van de samenleving. Hun participatie in de maatschappij is laag. De beschrijving in het CBS-artikel Dakloos in Nederland uit 2010 is helder.² Ze hebben geen betaald werk, maken geen gebruik van de reguliere gezondheidszorg en hebben vaak een lage opleiding. Ze zijn vaak niet in de

Gemeentelijke Basisadministratie terug te vinden en als groep dus moeilijk te identificeren. Daarbij vormt de overlap van daklozen met andere moeilijk waarneembare groepen, zoals bewoners van instellingen en tehuizen, asielzoekers, vluchtelingen en illegalen, een specifiek aandachtspunt.

De vraag hoeveel daklozen een stad of regio kent is dus moeilijk te beantwoorden. Kenmerk van de groep is juist dat men vaak niet in beeld is of wil komen bij zorg en overheid en dat men niet gebonden is aan één locatie. Tellingen van het aantal mensen in de maatschappelijke opvang geven een vertekend beeld omdat daarin de buitenslapers ontbreken. Nog vager wordt het als we spreken over thuislozen, ofwel mensen die niet beschikken over een eigen woonruimte maar elders slapen.

Judith Wolf maakt in 2002 een onderscheid tussen feitelijk daklozen en residentieel daklozen (EB 2002/3). Bij feitelijk daklozen gaat het om personen die vooral op straat, openbare ruimtes of vrienden, familie en kennissen zijn aangewezen en geen garantie hebben op een slaapplek voor de komende nacht. Residentieel daklozen staan ingeschreven bij instellingen voor maatschappelijke opvang en zijn in die zin makkelijker te identificeren dan de feitelijk daklozen. Juist de laatste groep kent veel zorgmijders, mensen die in een isolement verkeren en zich aan hulp onttrekken. Hun problemen zijn meervoudig en meestal kunnen ze niet in hun eigen bestaansvoorwaarden voorzien (voedsel, inkomen, sociale contacten, zelfverzorging, dak boven het hoofd). Vaak doet men geen beroep op bestaande hulpverlening en is er sprake van schulden, psychische problemen, verslavingsproblematiek en vertonen van overlastgevend gedrag. Dit artikel gaat over deze groep.

Dakloos in Den Haag, een stap in de tijd

Over daklozen in Den Haag is veel te zeggen, over de verschuivingen in de samenstelling van de doelgroep ook. In de tweede helft van de negentiende eeuw zijn thuislozen in Den Haag, net als elders in het land, aangewezen op de algemene armenzorg en afhankelijk van liefdadigheid. Een sociaal zorgstelsel en voorzieningen als Ziektewet, AOW of WAO zijn er niet. Ziekte van de kostwinner, zelfs van korte duur, leidt vaak al snel tot huurachterstand en uithuiszetting. Dankzij de publieke kritiek op deze omstandigheden komen er zogenoemde werklozenkassen, gesubsidieerd door de lokale overheden met als doel uithuiszettingen te voorkomen.





In 1912 treedt de nieuwe Armenwet in werking. In alle grote steden verschijnen Armenraden, die elke steunvrager moeten registreren en hun reglement moeten voorleggen aan het stadsbestuur. De hulp blijft echter minimaal en heeft nog altijd het karakter van een gunst. Saillant detail is dat de kleinere steden hun armen vaak geld meegeven voor vervoer naar de grotere steden. Zodoende wordt Den Haag overspoeld met daklozen uit de regio. Zij verblijven in nachtsiëls, een soort goedkope pensions. Ook het Leger des Heils heeft in die tijd al diverse locaties in de stad waar armen onderdak vinden. Dankzij particuliere initiatieven telt Den Haag in het begin van de twintigste eeuw meer dan 130 opvangvoorzieningen.

De in 1911 opgerichte *Vereniging van Werkloozenzorg* richt zich op werkverschaffing en in 1912 ontstaat de *Vereniging Tehuis voor Onbehuisden*. Vlak voor de opening in juli 1914 breekt echter de eerste Wereldoorlog uit en wordt het pand op verzoek van de gemeente gebruikt voor de opvang van vluchtelingen. In 1915 gaat het Tehuis voor Onbehuisden echt van start. De gemeente geeft een jaarlijkse subsidie van vierduizend gulden. De naam van de Vereniging wordt vervolgens gekoppeld aan een bestuurslid die een aanzienlijk bedrag investeert. Voortaan is het de 'D.A.J. Kesslerstichting'.

Het eerste onderkomen biedt plaats aan veertig mannen. Men kan maximaal drie nachten gratis verblijven, gebaseerd op de gedachte dat een thuisloze binnen die tijd wel werk heeft gevonden. De praktijk blijkt anders en al snel is uitbreiding noodzakelijk. Ook vrouwen en kinderen worden opgevangen en in 1919 is er de opening van een dependance voor gezinnen. Naast opvang blijft werkverschaffing het uitgangspunt. Tot de Tweede Wereldoorlog is het pand in functie en voorziet de Stichting door haar dienstverlening deels in eigen onderhoud.

Accentverschuivingen

In de jaren van wederopbouw na de oorlog en na de invoering van nieuwe sociale wetgeving als AOW en WAO lijkt er voor de opvanghuizen van de Kesslerstichting en het Leger des Heils geen bestaansrecht meer. De behoefte aan opvang blijft, maar de doelgroep verandert van werklozen in mensen die buiten de sociale vangnetten vallen, bijvoorbeeld na uitstroom uit de GGZ. In dit spectrum heeft de toenmalige GG en GD de rol om opname in de GGZ te voorkomen en het reïntegratieproces van ex-psychiatrische patiënten te bevorderen (EB 1991/1). GG en GD-en krijgen psychiaters in dienst met het oog op preventie en nazorg. Naast ideologische motieven speelt mee dat opnamepreventie tot

kostenbesparing leidt. Deze rol vormt het begin van de sociaal psychiatrische hulpverlening binnen de GG en GD-en. De psychiaters werken nauw samen met de Kesslerstichting en het Leger de Heils en hebben veel contacten met de verschillende sociale pensions in Den Haag. Zo ontstaat een relatie tussen de GG en GD en de maatschappelijke opvang. Dit leidt tevens tot meer aandacht voor de gezondheidszorg, onder andere door invoering van spreekuren met huisartsen en aandacht voor verslavingsproblematiek. Er ontstaan daarnaast instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg die zich ontwikkelen tot de RIAGG's. De GG en GD-en richt zich meer op de langdurige zorgbehoevende cliënten. Centraal echter voor beide is het belang van het sociale netwerk als randvoorwaarde voor reïntegratie in de samenleving.

De invoering van de Algemene bijstandswet in 1965 is van grote invloed op de maatschappelijke opvang in Nederland. De Bijstandswet bevrijdt hulpbehoevende mensen van, zoals toenmalig minister Marga Klompé het zegt: 'de genade' en verschafte hun 'een recht' op bestaanszekerheid. Op lokaal niveau ontwikkelt de bijstandsuitkering zich tot een snel groeiende financiële bron voor opvangvoorzieningen. Gemeenten doen daar niet moeilijk over: de staat betaalt immers. Zo ontstaan in de zeventiger jaren talloze kleine nieuwe opvangvoorzieningen voor daklozen. Ze worden rechtstreeks betaald door (een deel van) de bijstandsuitkering op de rekening van de voorziening te storten, die na aftrek van kosten de cliënt van zakgeld voorziet.

In de jaren tachtig grijpt de Rijksoverheid in met de invoering van een landelijke subsidieregeling voor opvangvoorzieningen. Deze wordt de jaren daarna volledig gedecentraliseerd naar gemeenten. Daarmee komt echter ook de oude discussie terug: wie betaalt? Vragen rond regiobinding leiden tot de regel dat alleen iemand die de laatste drie jaar minimaal twee jaar aantoonbaar zijn hoofdverblijf had in de regio, zich kan laten inschrijven en gebruik kan maken van maatschappelijke opvangvoorzieningen en zorg.

Nieuwe verantwoordelijkheden

Met de invoering van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wcpv) in 1990 worden de gemeenten en daarmee de GGD-en verantwoordelijk voor psychohygiëne. Dit ontwikkelt zich binnen de GGD al snel tot openbare geestelijke gezondheidszorg

'Komen de patiënten niet naar de dokter, dan zorgt de dokter dat hij in de buurt van de patiënten is.'

De gezondheidstoestand van daklozen is slechter is dan die van de gemiddelde Nederlander. Goede huisartszorg voor deze doelgroep is hard nodig en tegelijk moeilijk te realiseren. Het (ontbreken van) zorg-zoekgedrag of gedrag dat voortkomt uit psychiatrische problematiek of verslaving doet daklozen vaak niet passen in de reguliere huisartsenpraktijk. Om een verbeterslag in kwaliteit te maken en toegang te verbeteren is De Haagse Straatdokter opgericht, een samenwerkingsverband van GGD Haaglanden, de daklozenhuisartsen en Gezondheidscentrum Vaillantplein.

Heeft een dakloze geen eigen huisarts (meer) dan kan hij/zij zich via het CCP laten inschrijven bij de De Haagse Straatdokter. Doel is altijd toe te leiden naar de reguliere zorg, al is dit niet voor iedereen mogelijk. Op vaste locaties binnen de maatschappelijke opvang of een gezondheidscentrum worden (inloop)spreekuren gehouden. Alle locaties maken nu gebruik van hetzelfde digitaal registratiesysteem zodat informatie en zorg rond de cliënt goed kan worden afgestemd en de medische zorg kan worden verbeterd.

Bron: (EB 2011/2-3)

(EB 1991/2). Op de cliënt toegesneden zorg en sociale ondersteuning door casemanagement zijn daarin sleutelbegrippen. In een discussienota stelt Den Haag vervolgens dat de GGD met een aantal instellingen samen een aanlooppunt voor thuislozen inclusief het casemanagement moet realiseren. In Den Haag is ondertussen al vanaf 1987 ervaring opgedaan met outreachend werk in het Sputomruil-project (EB 1992/2). Met het leggen van contact met zorgmijders en het opbouwen van vertrouwen om mensen in beeld en in zorg te krijgen, legt de GGD de basis voor het latere werk van de Straatteams.

Vanuit de Wcpv is de GGD ook verantwoordelijk voor de monitorfunctie. Uit een verslag uit 1993 blijkt welke zorg de GGD heeft voor de groep zorgmijders, die in een diep isolement verkeren en zich onttrekken aan hulpverlening (EB 1993/4). De link met andere beleidsterreinen zoals Openbare Orde en Veiligheid en huisvesting wordt nadrukkelijk gelegd, evenals de link met de GGZ-instellingen. Een van de



constateringen in 1993 is dat het extramuraliseringsbeleid GGZ niet soepel loopt omdat ex-patiënten niet voldoende gevolgd worden of voorzien van nazorg. Instellingen blijken steeds meer behoefte te hebben aan afstemming door het verbinden van gegevens. Ook is er behoefte aan dagbesteding en rehabilitatieprogramma's, aan sociale pensions en aan meer outreachende hulpverlening, met de nadruk op individueel 'opbouwwerk' en maatwerk per cliënt.

De psychiatrische begeleiding van cliënten in de maatschappelijke opvang krijgt vorm door gesprekken van een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige en een psychiater vanuit de RIAGG (EB 1994/3). Zij constateren dat er veel cliënten verblijven vanwege ernstige psychiatrische problemen, wat onder andere leidt tot deskundigheidsbevordering bij de medewerkers van de instellingen. Het zou volgens een schatting uit 1998 gaan om circa 1.250 daklozen in Den Haag, waarvan vermoedelijk tien tot vijftig procent psychiatrische problematiek heeft (EB 1998/3). Daarnaast constateert men dat een aanbod voor de groep zorgwekkende zorgmijders ontbreekt. Het gaat daarbij om 'buitenslapers', mensen die bijvoorbeeld wel bij de soepbus van de Kesslerstichting komen maar niet in de opvang. De RIAGG adviseert de gemeente om actiever in te zetten op casefinding. In de daarop volgende jaren stuurt de gemeente Den Haag op meer samenwerking tussen en samenhang in de aanpak van de verschillende hulpverleningsinstanties voor rehabilitatie van diverse kwetsbare groepen in de Haagse samenleving (EB 1995/4). Er komt beleid met betrekking tot dakloze jongeren, begeleiding van ex-gedetineerden naar werk en huisvesting, begeleid wonen-projecten en er komen signaleringsoverleggen in samenwerking met de politie ten aanzien van zorgwekkende zorgmijders. Het Collegeprogramma 1998-2002 spreekt daarin duidelijke taal: werk voor achterstandsgroepen aan maatschappelijk herstel en het bieden van perspectief.¹ Met de groei van de extramuralisering van de GGZ wordt het Haags signaleringsoverleg in het leven geroepen voor de monitoring van langdurig zorgafhankelijke ex-cliënten. Deelnemers zijn politie, RIAGG, maatschappelijk werk, woningbouwverenigingen en de GGD (EB 1991/1). Een ander in het oog springend initiatief is het 'Vangnet Zorg en Advies' van de GGD in de Colensostraat, bedoeld voor mensen die dringend zorg nodig hebben maar deze zelf niet kunnen of willen zoeken. Het gaat om mensen die (dreigen te)

vervuilen en mensen met psychische of verslavingsproblemen. Na melding bij de GGD wordt geprobeerd met de juiste instanties een passende oplossing te vinden. (EB 2002/3). Dit Loket is de voorloper van het latere Centraal Coördinatie Punt (CCP) van de GGD.

Dankzij het grote Trimbos-onderzoek, waarover in 2002 in het Epidemiologisch Bulletin wordt gepubliceerd (EB 2002/3), heeft Den Haag voor het eerst een doelgroepanalyse op verblijfsduur, leeftijd, achtergrond, verslaving, psychiatrische stoornissen en levenskwaliteit (veiligheid en gezondheid) en zorgbehoefte en zorggebruik. Maar belangrijker is de scherpe conclusie: het aanbod voor de feitelijk daklozen in Den Haag is niet toereikend, zij worden niet of onvoldoende bereikt. Feitelijk daklozen zijn er significant slechter aan toe dan residentieel daklozen en voor vrouwen zijn er sterker maatwerkvoorzieningen nodig. Een duidelijk advies is om in te zetten op maatwerkprogramma's met een outreachend karakter en open intensief casemanagement door GGD en Parnassia.

Het zou volgens een schatting uit 1998 gaan om circa 1.250 daklozen in Den Haag, waarvan vermoedelijk tien tot vijftig procent psychiatrische problematiek heeft

Het beleid vanaf 2006, Den Haag Onder Dak

In september 2005 besluiten het Rijk en de vier grote steden om de dak- en thuisloosheid samen aan te pakken. Het Rijk stelt voor een periode van acht jaar budget beschikbaar voor een integrale, persoonsgerichte benadering om bestaande daklozen van straat te halen, verdere groei van dak- en thuisloosheid te voorkomen en gerelateerde overlast te beperken. Het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang krijgt in Den Haag de naam *Den Haag Onder Dak*, kort gezegd DHOD (EB 2011/2-3). De eerste fase (2006-2010) heeft als concreet doel het verbeteren van de leefsituatie van daklozen. In deze periode wordt de opvangcapaciteit, bestaande uit de laagdrempelige nacht- en crisisopvang, de doorstroomvoorzieningen en het door de AWBZ gefinancierde verblijf, fors uitgebreid. Al met al zijn er dan ruim 800 plaatsen voor de opvang van deze doelgroep beschikbaar. Ook het aanbod aan dagbesteding, activering en financiële

dienstverlening wordt uitgebreid. Er komen nazorg-trajecten voor ex-gedetineerden en integratie-trajecten voor veelplegers. Om alles te overzien, te coördineren en er de regie over te behouden, realiseert de GGD één centraal loket voor de toegang tot de maatschappelijke opvang: het Centraal Coördinatiepunt. Dit loket bundelt de functies advies, informatie, intake, doorverwijzing, veldregie en monitoring van alle persoonsgebonden trajecten in één cliëntvolgsysteem. Door op het Loket nauw samen te werken met de Dienst Sociale Zaken wordt bij de intake meteen een koppeling gemaakt tussen inkomen en zorg. Het Haags Straatteam van het CCP geeft vorm aan het outreachende werk en zoekt daklozen op, legt contact en ‘verleidt’ hen tot een gesprek en tot het aangaan van een traject met opvang en waar mogelijk doorstroom naar een vorm van wonen. Gaandeweg de eerste fase vinden cliënten steeds meer de weg naar het Loket. De in G4-verband ontwikkelde zelfredzaamheidsmatrix blijkt een bruikbaar instrument voor analyse van de problematiek op diverse leefgebieden en voor het meten van de voortgang binnen een traject.

“Twee dagen nadat ik mijn nieuwe tanden had, ben ik gaan solliciteren.”

Wie op straat leeft komt meestal niet meer bij de tandarts. Een sterk verwaarloosd gebit beïnvloedt het uiterlijk negatief en er ontstaat schaamte om openlijk te praten of te lachen. Een werkbezoek aan Berlijn eind 2000 door de Raadscommissie Volksgezondheid inspireerde tot de opzet van tandartssprekuren voor dak- en thuislozen in Den Haag. Vanaf 2002 is het voor dak-of thuislozen mogelijk via aanmelding bij het CCP in aanmerking te komen voor het spreekuur. Om voor het spreekuur in aanmerking te komen moet de cliënt, naast het dak- of thuisloos zijn, verslavings- en/of psychiatrisch problemen hebben, beschikken over minimaal een basiszorgverzekering, in traject zijn bij het CCP en binding hebben met de regio Den Haag.

De GGD doet de intake en gemotiveerde tandartsen van Stichting Tandheelkundige Hulp Dak-en Thuislozen voeren dit spreekuur uit in het MC Haaglanden, locatie Westeinde te Den Haag. Het spreekuur draagt niet alleen bij aan het welzijn van de cliënt, maar ook aan het maatschappelijk herstel van de dak- en thuislozen. (Bron: Algemeen Dagblad, 18 juli 2007, Daklozentandarts repareert honderden gebitten)

Eind 2009 beschikt 60% van de doelgroep over stabiele huisvesting met passende zorg en ondersteuning.

De resultaten van vier jaar gemeentelijke regie zijn positief. Eind 2009 zijn de hoofddoelstellingen uit de eerste fase in de vier steden grotendeels gerealiseerd. De leefsituatie van een groot deel van de Haagse daklozen is sterk verbeterd. Maar liefst 60% van de doelgroep beschikt over stabiele huisvesting met passende zorg en ondersteuning. Voor 500 personen is dat nog niet het geval. Er zijn aanzienlijk minder daklozen op straat, wat het gevoel van veiligheid in de stad vergroot, aldus de rapportage van het Trimbos Instituut in 2010.⁴

Begin 2010 spreken het Rijk en de vier grote steden de intentie uit de gezamenlijke aanpak voort te zetten, wat uitmondt in een convenant in april 2011. DHOD Fase II duurt tot en met 2014 en richt zich op de restgroep daklozen alsmede op het structureel tegengaan van dakloosheid door preventie en aandacht voor de hoogrisicogroep. De ketenpartners, GGD en gemeente komen met een uitvoeringsplan dat naadloos aansluit op het Collegeakkoord (2010-2014) Aan de Slag. Dit akkoord heeft de ambitie dat alle bewoners van Den Haag de kans moeten krijgen om iets van hun leven te maken. Mensen die daar (nog) niet toe in staat zijn, moeten een vangnet krijgen om stappen te zetten naar meer zelfstandigheid en zelfredzaamheid. De aanpak van dakloosheid blijft niet langer beperkt tot basisbehoeften als onderdak, zorg en inkomen, maar richt zich ook op participatie in de samenleving en het versterken van eigen kracht. Het streven is het aantal daklozen in de stad tot een absoluut minimum te beperken of in het uiterste geval dakloosheid tot een tijdelijke situatie te reduceren.

Afspraken met woningcorporaties hebben een positief effect op de uitstroom vanuit zorginstellingen en maatschappelijke opvang naar (begeleid) zelfstandig wonen. In 2012 en 2013 zijn daarvoor circa 200 woningen beschikbaar. Naast de uitbreiding van bestaande vormen van zorg en opvang, komen er nieuwe typen woonzorgvoorzieningen, zoals Woodstock, waar ruim dertig oudere, chronische verslaafde cliënten onderdak krijgen. In december 2011 start de aanpak Housing First, waarmee sinds 2012 jaarlijks 25 mensen zijn toegeleid naar een zelfstandige woning met AWBZ gefinancierde zorg.⁵



Voor nieuwe doelgroepen wordt de opvang verbeterd. De opvang van gezinnen met kinderen komt los van de maatschappelijke opvang en de opvang voor dakloze gezinnen met multiproblematiek verhuist van de Zamenhofstraat naar locaties van Stichting Noodopvang Haaglanden (SNH). Structureel zijn er twintig gezinsplekken gerealiseerd, voldoende voor zes gezinnen op jaarbasis. De focus van de begeleiding is 'zorgen dat' in plaats van 'zorgen voor'. De gezinnen voeren in deze nieuwe opvang hun eigen huishouden, zonodig bijgestaan door het Centrum voor Jeugd en Gezin.

De opvang voor jongeren (18-23 jaar) is ondergebracht in een aparte nachtopvang voor deze jongeren. Het zwervjongerenbeleid is onderdeel van het jeugdbeleid, waarbinnen de contacten en de samenwerking met de ketenpartners wordt geborgd.

Aanvullend op de reguliere nachtopvang is er de winterregeling voor alle dakloze mensen die zich in Den Haag ophouden. Sinds 2012 is de winteropvang in Den Haag georganiseerd op een vaste locatie in de Zilverstraat en zijn er meerjarenafspraken voor de inrichting van de winteropvang met de bijbehorende dienstverlening. Zo worden ook buitenslapers tijdens winterkoude en risico-omstandigheden voorzien van onderdak en bed, bad en brood. De winteropvang biedt de afdeling Epidemiologie van de GGD de kans mensen te treffen voor een tweejaarlijks winterkoude-onderzoek. Dit onderzoek wordt in G4-verband gehouden en geeft inzicht in de reële omvang van het aantal daklozen en geeft meer duidelijkheid over de samenstelling van de groep, herkomst, oorzaak en duur van dakloosheid en zaken als middelengebruik (EB 2011/2-3).

Ondanks genoemde uitbreiding en inspanning blijkt na afloop van DHOD nog niet iedere Haagse dakloze onderdak te hebben. Aangezien het CCP inmiddels de aantallen, zorgvraag en persoonlijke kenmerken van de cliënten in beeld heeft, kunnen gemeente en instellingen samen zoeken naar vernieuwende combinaties van wonen en zorg.

Het huidige pakket aan voorzieningen kan de jaarlijkse instroom van circa 1000 cliënten opvangen en terugleiden naar de Haagse samenleving.

Ook blijkt dat niet iedereen geholpen kan worden met het inmiddels bestaande zorg- en opvangaanbod. Zo blijven er specifieke groepen waarvoor specifiek maatwerk nodig is en zal blijven: gezinnen, personen uit landen in Midden- en Oost-Europa, mensen die niet kunnen aarden in groepsvoorzieningen en daklozen die geen gebruik willen maken van nacht- of winteropvang. Voor hen is of wordt een aparte, aangepaste aanpak ontwikkeld.

Daarnaast blijft er de uitdaging om mensen in zorg en opvang te krijgen waarvoor het bestaand aanbod



‘Empowerment van de dakloze, corrigeren van de beeldvorming en bieden van perspectief, want dat is er niet op straat.’

Werd tot in het begin van de jaren zeventig nog gesproken over psychiatrisch gestoorde en kwamen woorden als zwerver en buitenloper nog voor in de publicaties, gaandeweg de jaren tachtig werd steeds vaker het woord cliënt gebruikt. Ook een dakloze is een burger. Niet alleen de samenstelling van de doelgroep daklozen is veranderd, ook de wijze waarop deze groep zichzelf organiseerde en een nieuw zelfbeeld creëerde is opvallend. De vorming van organisaties als de Achterban en het Straatconsulaat laten zien dat de emancipatie, zelfbewust zijn en mondigheid van daklozen parallel aan de emancipatie van andere groepen plaatsvond. De doelgroep eist een volwaardige plaats op in de Haagse samenleving. Vóór en dóór de doelgroep, zelfhulp, belangenbehartiging. Helder is dat de belangen van daklozen worden behartigd en ze een volwaardige gesprekspartner zijn voor Gemeente, GGD en instellingen.

(Bron: EB 2012/2-3)

niet past of die een aanbod soms actief uit de weg gaan. Voor hen zal blijvend ingezet moeten worden op (de ontwikkeling van) aangepast aanbod en ondersteuning.

Sociaal Domein in beweging, de toekomst

Het huidige pakket aan voorzieningen kan de jaarlijkse instroom van circa 1000 cliënten opvangen en terugleiden naar de Haagse samenleving. De feitelijk dakloze Haagse burger behoudt de centrale toegang via het Loket en kan terecht in de stedelijk georganiseerde voorzieningen. De vangnetfunctie van de GGD is gericht op tijdelijke opvang voor mensen wanneer het recht op voorzieningen in het geding is. Dit geldt in het bijzonder voor gezinnen met kinderen die volgens gemeentelijk beleid niet op straat en in de maatschappelijke opvang thuishoren, ook niet als zij ongedocumenteerd zijn.

Met de nieuwe verantwoordelijkheden voor de gemeente en de inrichting van een sluitend netwerk van sociale wijkzorgteams in de stad, is de zorg voor de 'hoog risico groep' van dreigend daklozen en zij die weer een dak boven het hoofd hebben, geborgd. Vanaf begin 2015 vallen cliënten met (O)GGZ problematiek die extramurale begeleiding/dagbesteding uit de AWBZ ontvingen, onder verantwoordelijkheid van de gemeente en onder de WMO.

Tot slot

Den Haag is geen Parijs of New York. Na een bezoek aan een van deze steden valt op dat er in het straatbeeld van Den Haag duidelijk minder daklozen te zien zijn. De forse investering in de ketensamenwerking tussen gemeente, ketenpartners en GGD heeft geleid tot duidelijke regie van de Gemeente Den Haag, centrale toegang tot maatschappelijke opvang, trajectbegeleiding en daarmee een structurele afname van het aantal daklozen. De inzet heeft geresulteerd in perspectief biedende maatwerkoplossingen voor diverse cliëntgroepen, verkorting van verblijf in de maatschappelijke opvang, ketensamenwerking en coördinatie van medische basiszorg voor daklozen door de Haagse Straatdokter. Dankzij centrale registratie en onderzoek van gegevens is er meer bekend over de doelgroep en de diversiteit daarin, waardoor sneller ingespeeld kan

worden op specifieke behoeften. Tegelijk geldt voor Den Haag dat ondanks alle inspanningen om mensen onder dak te helpen, er steeds nieuwe groepen lijken te ontstaan die niet zelfredzaam zijn en waarvoor dakloosheid dreigt. Den Haag zal in moeten blijven zetten op behoud van de opgebouwde steunstructuren én het vangnet om nieuwe groepen en fluctuaties op te kunnen blijven vangen.

Met dank aan

Willem Beaumont, voormalig senior adviserend geneeskundige O(G)GZ, GGD Haaglanden
Paula Bezemer, programmamanager O(G)GZ, GGD Haaglanden
Els Reijn, senior adviserend geneeskundige O(G)GZ, GGD Haaglanden

OVER DE AUTEUR

Dhr. W. Poort is Productgroepmanager O(G)GZ (Openbare (Geestelijke) Gezondheidszorg), GGD Haaglanden.
E-mail: wim.poort@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

Verwijzingen naar artikelen uit het Epidemiologisch Bulletin zijn weergegeven als EB jaartal/nummer. (EB 1985/3) betekent een verwijzing naar een artikel in nummer 3 van jaargang 1985. Alle Epidemiologisch Bulletins zijn digitaal te raadplegen via www.ggdhaaglanden.nl/epibul.

- 1 **Beleidsprogramma 1998-2002**, College B&W Den Haag
- 2 Coumans M, Cruyff M, Heijden P van der, Schmeets H, Wolf J. **Bevolkingstrends**, 3^e kwartaal 2010.
- 3 Kroon AA, Wagtberg Hansen A. **Kesslerstichting, 100 jaar thuis in Den Haag**, Ontwikkelingen in de opvang en begeleiding van dak- en thuislozen, oktober 2012 (ISBN 9491168355).
- 4 Trimbos Instituut, **Monitor Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang**, Rapportage 2010: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht.
- 5 **Commissiebrief 19 maart 2014**, Rapportage programma DenHaagOnderDak (DHOD) en vervolg na 2014, wethouder Rabin Baldewsingh.



Vitamine D

Barend Middelkoop

Ernstig vitamine D tekort en 'loopmoeilijkheden' als gevolg daarvan: de situatie is zorgelijk, zo blijkt uit het artikel in een Epidemiologisch Bulletin in 1982 over kinderen van allochtone afkomst die in Haagse ziekenhuizen zijn opgenomen (EB 1982/3). Levertraan of de latere vitamine D-druppeltjes of -pilletjes zoals voor Nederlandse kinderen, zijn in allochtone kring nog onbekend. Men heeft immers veel blootstelling aan zonlicht in het herkomstland. Het Bulletin volgt de rachitisepidemie en de in gang gezette anti-rachitis-campagne nauwgezet. In 1987 wordt geconstateerd dat de epidemie onder jonge kinderen van allochtone afkomst voorbij is, met de kanttekening dat waakzaamheid geboden blijft.

In 2002 constateert een huisarts bij sommige (volwassen) niet-westerse patiënten met spierklachten een vitamine D tekort en een zeer gunstige reactie op het toedienen van vitamine D. Uit een daaropvolgend verkennend onderzoek onder vrouwen bij wie (eventueel om geheel andere redenen) bloedonderzoek moest worden uitgevoerd, blijkt dat Vitamine D tekort bijzonder veel voorkomt, vooral na de winter (EB 2002/2).

Het artikel leidt (wellicht verklaarbaar gezien de moord op politicus Pim Fortuyn in die tijd) tot hevige reacties in de lokale Haagse politiek en de landelijke pers (zie illustratie). Er komen opmerkingen dat het dragen van een hoofddoek leidt tot gebrek aan zonlicht en NRC kopt 'Haagse VVD vindt moslim-vrouwen te bleek'.

Er volgt een promotieonderzoek door de GGD naar de vitamine D status van niet-westerse allochtonen in Nederland. Hieruit blijkt dat het probleem onder niet-westerse mannen niet kleiner is dan onder vrouwen van niet-westerse herkomst en dat vooral de inname van vitamine D via het voedsel (bijvoorbeeld in vette vis) grote invloed heeft op de vitamine D spiegel in het bloed (EB 2006/4).

In de loop der jaren blijft het Bulletin artikelen publiceren over vitamine D, sommige op basis van het genoemde promotieonderzoek. Een intrigerende bevinding is onder andere dat er geen duidelijke relatie kan worden gelegd tussen de vitamine D status van mensen enerzijds en lichamelijke (met name spier-)klachten anderzijds.

Door de grote aandacht voor dit probleem zijn zorgverleners hier meer attent op gemaakt. Voor de Jeugdgezondheidszorg was vitamine D standaard aan de orde, maar ook daar nam de aandacht toe door de artikelen in het Epidemiologisch Bulletin.



OVER DE AUTEUR

Dhr. Prof. B.J.C. Middelkoop is arts-epidemioloog, afdeling Epidemiologie, GGD Haaglanden en hoogleraar bij de afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, LUMC, Leiden.
barend.middelkoop@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

Verwijzingen naar artikelen uit het Epidemiologisch Bulletin zijn weergegeven als EB jaartal/nummer. (EB 1985/3) betekent een verwijzing naar een artikel in nummer 3 van jaargang 1985. Alle Epidemiologisch Bulletins zijn digitaal te raadplegen via www.ggdhaaglanden.nl/epibul.

Sturing en vraag- sturing ten aanzien van gezondheid

Het valt hem op dat zorgverzekeraars zich soms opstellen als schadeverzekeraars. Hij weet zeker dat er altijd gezondheidsverschillen zullen blijven. Hij verbaast zich soms over zijn eigen gedrag met zijn smartphone. En hij is trots op het 50-jarig bestaan van het Epidemiologisch Bulletin. Ton van Dijk, directeur GGD Haaglanden, gaat in op sturing door de lokale overheid en vraagsturing door de burger ten aanzien van gezondheid. Daarbij kijkt hij in het bijzonder naar de inzet op gezondheidsachterstand, de rol van verzekeraars en de rol van de GGD in de afgelopen decennia. “Vanuit mijn centrale positie binnen de GGD zie ik dat de gemeenten wel degelijk sturen op gezondheid, soms zelfs zonder dat ze het zelf beseffen. Daarbij levert de GGD met haar kennis en expertise belangrijke input, niet in de laatste plaats met de artikelen in vijftig jaar Epidemiologisch Bulletin.”

Liesbeth van Dalen en Leo Staal

Patiënt is geen schadepost

Hij wil niet terug naar het verleden. Toen Van Dijk echter in Medisch Contact een artikel las waarin huisartsen zich bij de zorgverzekeraar moesten verantwoorden over hun patiënten als schadelast, schrok hij. “De zorgverzekeraar stelt zich op als schadeverzekeraar. Dat is onacceptabel. Een patiënt is een verzekerde en de verzekeraar moet de zorg goed regelen. Dat mag effectief en efficiënt gebeuren, maar een patiënt is geen schadepost. De zorgverzekeraar die zich zo opstelt moet wat dit betreft weer terug naar de rol van het ziekenfonds, die daadwerkelijk iets op had met de zorg voor de patiënt. Als de zorgverzekeraar dat niet doet, is de omslag in het zorgstelsel mislukt.”

De verandering in de rol van het ziekenfonds begint in de jaren '90 met het bepalen hoeveel huisartsen zich in de gemeente mogen vestigen (EB 1991/2). In 1996 wordt het persoonsgebonden budget geïntroduceerd

en in 2006 wordt de Zorgverzekeringswet van kracht. Deze wet heeft tot doel de marktwerking in de zorg te bevorderen. In het nieuwe zorgstelsel krijgen consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer ruimte om eigen keuzes te maken en hebben ze meer (eigen) verantwoordelijkheid. Van Dijk herinnert zich de discussies en pogingen over het aantal patiënten dat een zorgverlener moet zien om kwalitatief goede zorg te kunnen bieden. Ook voor veel diagnose-behandelcombinaties zijn minimum-aantallen nodig om het verantwoord te kunnen doen. “Dat is goed. Maar kwalitatief goede zorg moet ook gelden voor het verpleegkundige proces na de ingreep. Daar schort het nogal eens aan, bijvoorbeeld als het gaat om revalidatie. Dat is een verwaarloosd onderdeel in de huidige zorg. Na een prachtige knieoperatie volgt twee keer per week een uur fysiotherapie. Dan is het rendement van die technisch goed uitgevoerde ingreep relatief laag en ontstaan er mobiliteitsproblemen die te voorkomen waren.”



Het regelen van ondersteuning is nu een taak van gemeenten in het kader van de WMO 2015. Van Dijk heeft in dat verband hoge verwachtingen van de sociale wijkzorgteams. “Ik vind het heel goed aan de sociale wijkteams dat men actief mensen opzoekt en kijkt wat er nodig is. Daarbij sluit ik aan bij wat arts-onderzoeker Machteld Huber omschrijft, te ‘stimuleren dat mensen in hun eigen omgeving het beste uit zichzelf halen’. Samen met ZonMw en de Gezondheidsraad formuleerde zij een alternatief voor de gangbare definitie van gezondheid.

De WMO is zelf doen, meedoen en eventueel laten doen. Soms kan iemand het prima zelf en kun je een beroep doen op het vermogen om zich aan te passen. Wie dat niet kan, moet je ondersteuning bieden.

Ten slotte is er een groep die het in het geheel niet redt, dan is ‘laten doen’ aan de orde, zonder daarbij de verantwoordelijkheid over te nemen.

Tegelijkertijd moeten we er ons van bewust zijn dat het bieden van ondersteuning in het kader van de door de overheid gewenste participatie van de burgers ook grenzen kent. Participatie is volgens mij slechts gedeeltelijk haalbaar. Voor mijn 91-jarige moeder en 85-jarige schoonmoeder zijn wij geregeld mantelzorgers. Dan merk je dat de mogelijkheden om te participeren niet zo onbegrensd zijn als wordt verondersteld, want ik heb gewoon mijn werk, en ben dus ondanks grote motivatie beperkt.”

We moeten veel meer investeren in preventie, zelfmanagement en e-health mogelijkheden

Gemeentelijke sturing op gezondheid

Gemeentelijke sturing vindt bewust en onbewust plaats. Zo voert de gemeente bewust beleid om gezond gedrag te faciliteren met bijvoorbeeld de ‘Aanpak gezond gewicht’ en de aanpak ‘De gezonde school’. Ook de aanleg van fietspaden of sportvoorzieningen zijn hiervan voorbeelden. Bij de inzet om onnodige ziekte te beperken ziet van Dijk ook aandacht voor leefomgeving en leefstijl. Het rookverbod in de horeca en op de werkplek vindt hij vergelijkbaar met de maatregel om riolering aan te leggen in het begin van de vorige eeuw. “Het rookverbod is een belangrijk besluit. Ik heb gemerkt dat nogal wat mensen op basis daarvan zijn gestopt.” Niet in de laatste plaats verwacht Van Dijk veel van de benadering van ‘ziek zijn’ naar ‘gezond gedrag’, zoals Machteld Hubert dat voorstelt. “Er gaat nu veel

geld naar specialisatie op hoog niveau, maar dat is uiteindelijk onbetaalbaar. We moeten veel meer investeren in preventie, zelfmanagement en e-health mogelijkheden, heel veel mensen willen dat. Ik verbaas me over mezelf nu ik op m’n smartphone een stappenteller heb. Ik kijk er regelmatig op en het doet iets met me. Als ik zie wat de jeugd er allemaal mee doet, daar zouden we veel meer op moeten aansluiten.”

De gemeente Den Haag stuurt ook op gezondheid zonder zich daarvan soms expliciet bewust te zijn. Tot die conclusie komt Van Dijk onder andere vanwege de discussie over ‘gevoelige voorzieningen in relatie tot de luchtkwaliteit in de stad’. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om voorzieningen voor kinderen en ouderen, die op basis van het gemeentelijk beleid niet binnen 50 meter langs een drukke weg en niet binnen 300 meter van een autosnelweg gevestigd zouden moeten zijn. “In Den Haag blijft zo’n tien procent van de 800 voorzieningen op zo’n plek te staan. Terwijl de locaties op zich voldoen aan de normen voor luchtkwaliteit. Maar de gemeente realiseert zich dat gevoelige groepen als kinderen en ouderen extra kwetsbaar zijn voor de luchtkwaliteit en heeft daarom aan de GGD advies gevraagd. “Dat vind ik sturen op gezondheid. Het betekent dat de gemeente met ruimtelijke planning en verkeersplanning heel actief is op het gebied van gezondheid. In het verleden heb ik in het kader van de lokale gezondheidsnota ‘Gezondheidsachterstand moet wijken’ aan iedere wethouder laten weten wat hij met zijn portefeuille bijdraagt aan betere gezondheid in de stad. Ze waren zich er lang niet allemaal van bewust.”

Den Haag mist preferente zorgverzekeraar

Het instrumentarium om als lokale overheid te sturen op gezondheid is beperkt. Daarbij is het volgens Van Dijk jammer dat Den Haag geen preferente zorgverzekeraar heeft, zoals bijvoorbeeld vroeger het ziekenfonds Azivo dat was. “Toen ik in 1999 in Den Haag kwam werken had wethouder Klijnsma regelmatig overleg met dat ziekenfonds en kon je als gemeente en ziekenfonds samen iets betekenen voor de gezondheid (szorg) in de stad. Den Haag heeft geen preferente zorgverzekeraar, terwijl Utrecht en Amsterdam, maar ook de gemeente Delfland Westland Oostland dat wel hebben. Dat maakt onze wens vanuit het platform Perinatale gezondheid om preconceptiezorg betaalbaar te maken door het in het zorgverzekeringspakket op te nemen, lastig bespreekbaar.

De burger en vraagsturing in de zorg

Volgens het Innovatiecentrum Vraagsturing betekent vraagsturing dat de klant beschikt over middelen om die zorg te krijgen die hij nodig heeft. 'Middelen als kennis, informatie, sociale vaardigheden, patiënten-rechten en geld. Ervaringen met het persoons-gebonden budget laten zien dat dit leidt tot goede en efficiënte zorg.' Aldus het Innovatiecentrum Vraagsturing. In het artikel over de regiovisie wordt dit instrument gezien als impuls voor de regionale gezondheidszorg, die een belangrijke bijdrage zou kunnen leveren aan de vraagsturing in de zorg. In 2007 wordt de WMO van kracht en in 2015 de nieuwe WMO met als doel 'zelf doen, meedoen of laten doen'.

Voor Van Dijk gaat vraagsturing om de keuze voor de meest effectieve en kwalitatief hoogwaardige zorg voor datgene waar de meeste vraag naar is. Het is echter de vraag wie die vraag stelt. "Volgens mij is de individuele burger niet voldoende in staat om die vraag te stellen. De burger kan bijvoorbeeld voor een ziekenhuis kiezen en wil het liefst een ziekenhuis met alle zorg in zijn eigen omgeving. Maar dat kan niet altijd, niet elk ziekenhuis is voldoende geoutilleerd op allerlei zaken. Een zorgverzekeraar daarentegen ziet liever twee grote ziekenhuizen, dat is een stuk makkelijker afspraken maken. Er is veel veranderd in het zorgsysteem en ik ben heel benieuwd hoe het er over twintig jaar voor staat. Duidelijk is wel dat er grenzen gaan komen aan wat er vergoed zal worden in de zorg, het is een lastig probleem."

Gemeenten hebben daar volgens Van Dijk geen invloed op. "Dat is een zaak van de minister van volksgezondheid, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Pogingen om op lokaal bestuurlijk vlak invloed uit te oefenen, stranden. Dat zagen we ook in Zoetermeer toen het ging om behoud van de functies van het Lange Landziekenhuis. Het resultaat van de gemeentelijke inspanningen is beperkt."

Gezondheidsverschillen zullen blijven

Belangrijk doel van de gemeentelijke sturing op gezondheid is het verkleinen van de sociaal-economische gezondheidsachterstanden. Het onderwerp komt herhaaldelijk terug in vijftig jaar Epidemiologisch Bulletin. Tal van pogingen en beleidsvoornemens moesten de verschillen terugdringen, meerdere wethouders namen het op in de nota's volksgezondheid. Echter zonder meetbaar succes. Uit de evaluatie van het gemeentelijke actieprogramma 'Gezondheidsachterstand moet wijken' over de periode 2003-2006 in Den Haag blijkt

dat de wijkgerichte aanpak om met name de laagste sociaaleconomische groepen te bereiken met gezondheidsbevorderende maatregelen, een te beperkt effect heeft op gezondheidsdeterminanten als beweeggedrag en voeding. Van Dijk kijkt er niet van op. "Die inzet moet altijd blijven, maar niet in de verwachting dat er geen verschillen meer zullen zijn", stelt hij. "Er vindt namelijk voortdurend in- en uitstroom plaats in de wijken waar voornamelijk mensen met een lage sociaal-economische status wonen. De mobiliteit in deze wijken ligt op tien tot vijftien procent. Dus de inzet op individueel niveau om die achterstand te verminderen heeft op zich zin, maar geeft uiteindelijk geen beter totaalbeeld van de wijk. Er komt altijd een nieuwe instroom van mensen met een sociaal-economische achterstand, onder andere door huisvesting van MOE-landers en straks mogelijk Syriërs. We moeten blijven investeren, maar je zal het niet terugzien in de cijfers over de wijk en dat is voor een politiek bestuur wel jammer."

De GGD is en blijft intermediair tussen lokaal openbaar bestuur en de zorgsector.

GGD ten dienste van burger en gemeente

Bij zijn komst naar de GGD in Den Haag in 1999 pleit Van Dijk voor een gezondheidsmonitor en een aantal coördinerende functies en kwaliteitsbewaking binnen de GGD (EB 1999/4). In 2014 vindt de vorming plaats van de GGD Haaglanden door het samengaan van de voormalige GGD Den Haag en GGD Zuid-Holland West. Van Dijk ziet de nieuwe organisatie als spil in de publieke gezondheid: of het nu gaat om continuïteit van de bestaande dienstverlening, nieuwe taken die van het Rijk naar de gemeenten komen, ondersteuning van de negen gemeentebesturen of de zorgcontinuïteit tijdens een wereldtop: het zijn taken waar de GGD Haaglanden voor staat!

Inmiddels ziet hij een toenemende interactie met de burger en een wijkgerichte inzet samen met het welzijnswerk. Als voorbeeld noemt hij de vraag van gemeenten in de regio Haaglanden aan de GGD om met sociaal-psychiatrische deskundigheid te participeren in de sociale zorgwijkteams. "Ook activiteiten rondom vervuilingssituaties zoals de GGD dat doet, passen nu prima in de aanpak door sociale wijkzorgteams, waarbij deze wijkteams door hun wijkgerichtheid juist de mogelijkheid hebben om extreme



situaties te voorkomen. De teams horen op de hoogte te zijn van wat er speelt en het kan eigenlijk niet zo zijn dat je nog iemand tegenkomt die sterk vervuild is en naar wie jaren niet is omgekeken. Waar wij als GGD vaak aan het eind werden gevraagd zaken op de rails te krijgen en over te dragen aan het reguliere zorgsysteem, zou dat met de sociale wijkzorgteams niet meer het geval mogen zijn. Ik zal heel graag over een paar jaar tot die conclusie willen komen. Dat zou ik fantastisch vinden.”

De werkzaamheden en aanpak van de sociale wijkzorgteams verschillen per gemeente binnen de regio Haaglanden. Sommigen kijken naar een brede populatie, anderen naar specifieke doelgroepen. Dat sluit aan op de werkwijze dat de GGD openstaat voor vragen van gemeenten en actief aanbiedt wat de organisatie voor de gemeenten kan betekenen. Daarbij is de politiek-bestuurlijke omgeving leidend en zijn de Wet publieke gezondheid (Wpg) en Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) maatgevend.

Naast ‘vraag aan en aanbod’ van de GGD, maken gemeenten volop gebruik van de kennis die de achterliggende jaren is gebundeld in gezondheidsmonitoren en factsheets. Deze informatie dient als input voor de beleidsontwikkeling en sturing op gezondheid. In de afgelopen maanden heeft de GGD Haaglanden voor de verschillende gemeenten in de regio gezondheidsmonitoren uitgebracht met aanbevelingen over wat deze epidemiologische informatie kan betekenen voor beleidsontwikkeling, de zogenaamde Kernboodschappen (van de GGD) voor beleid.

Tot slot als voorbeeld de rol van de GGD als toezichthouder op de kwaliteit van de WMO. Op dit moment leggen alle gemeenten deze rol bij de GGD Haaglanden. “Ik vind dat van groot belang, enerzijds omdat we het kunnen en anderzijds omdat daarmee het gemeentelijke bestuurlijke proces rond is: de gemeente koopt zorg in en zorgt tevens voor toezicht op de kwaliteit ervan. Bovendien kan de GGD optreden als er calamiteiten zijn en actief adviseren over mogelijke verbeteringen. Dat is een interessante ontwikkeling van de laatste tijd.”

De landelijke discussie die gaande is over de rol en positie van de GGD verbaast Van Dijk niet. “Dat komt mede doordat een aantal GGD’en vindt dat ze vooral met beleid bezig moeten zijn en zich terugtrekken wat betreft uitvoerende taken. Ik vind dat je de



Directeur GGD Haaglanden Ton van Dijk:
“Het Epidemiologisch Bulletin is een weergave van wat hier altijd gespeeld heeft, namelijk aandacht voor publieke gezondheid en wat het betekent voor de burgers in de regio.”

beleidsontwikkelrol alleen goed kunt spelen als je ook op het gebied van de uitvoering presteert. Als je niet in je vingers hebt wat je op het gebied van publieke gezondheid zou kunnen en moeten doen, is het niet vreemd als gemeenten niet goed weten wat ze met hun GGD kunnen.”

Zoals gezegd verschilt het per gemeente binnen Haaglanden welke diensten van de GGD men gebruikt. “Dit is logisch, aangezien de GGD zowel met stadsproblematiek als met de problematiek van de dorpen in een landelijke omgeving en agrarisch gebied te maken heeft. Dat betekent een andere bevolkingsopbouw en daarmee een oriëntatie op andere problematieken dan alleen Den Haag ze kent. De GGD is en blijft intermediair tussen lokaal openbaar bestuur en de zorgsector. Dat vind ik belangrijk en daar worden we in erkend. Ik zag het ook bij de Nucleair Security Summit in 2014, waar we vanuit een heel ander perspectief in staat waren om te schakelen tussen veiligheid met het lokaal bestuur

en de zorg. Daar bekleden we een enorme belangrijke functie die vaak niet wordt gezien en dat is goed. Als we op dat vlak niet zouden acteren, zou een aantal punten echt vastlopen.” Een ander voorbeeld is de samenwerking in het Platform perinatale gezondheid in Den Haag. Daarin heeft de GGD het voortouw genomen en vanuit de neutrale en onafhankelijk positie van de GGD alle partijen uitgenodigd. Resultaat is onder andere harmonisatie van protocollen rond de verloskunde. “Eigenlijk doen we in dit platform hetzelfde als in de jaren tachtig in het aidsplatform. Zorgen dat je bij elkaar komt en helder en duidelijk is wie welke verantwoordelijkheid heeft. Je merkt dat de verschillende participanten de inzet en rol van de GGD op prijs stellen.”

Ook Epidemiologisch Bulletin is input voor beleid en sturing

Van Dijk is ronduit trots op het Epidemiologisch Bulletin. “Dat is uniek in Nederland. Het geldt niet alleen voor de duur maar ook voor de wijze waarop wij in Haaglanden bezig zijn om publieke gezondheid breed onder de aandacht te brengen. Bij elke uitgave van het Bulletin informeren we vooraf altijd onze wethouders in de negen gemeenten over de inhoud ervan. De verantwoordelijke bestuurder weet dan welke onderwerpen aan de orde komen en kan voorbereid zijn op vragen vanuit de pers of vanuit de gemeenteraad. Het gebeurt nogal eens dat wat we in het Bulletin constateren een speerpunt wordt voor nieuw te vormen beleid. Soms zijn de publicaties uit het Bulletin aanleiding om een wethouder te bevragen op de inzet, maar die inzet komt er juist omdat het Bulletin zaken publiceert die elders nog niet aan de orde zijn gesteld, zelfs niet op landelijke niveau. Daar ben ik best trots op.”

Enkele voorbeelden zijn de aandacht voor diabetes onder Hindostanen, de vitamine D-problematiek en de depressie-onderzoeken. Tal van thema's vinden hun oorsprong in het Bulletin en zijn van grote waarde voor het lokaal beleid.

“Het Epidemiologisch Bulletin is een weergave van datgene wat hier altijd gespeeld heeft, namelijk aandacht voor publieke gezondheid en wat het betekent voor de burgers in de regio. Daar doen we het voor. Met het Epidemiologisch Bulletin geeft GGD Haaglanden bovendien mede invulling aan de wettelijke verplichting om de nulde, eerste en tweede lijn met elkaar te verbinden. Dat is ook de kracht van dit Bulletin.”

OVER DE AUTEURS

Mw. E.M. Van Dalen is onder andere eindredacteur en redactiesecretaris van het Epidemiologisch Bulletin.

Drs. L.M.J. Staal is Hoofd stafbureau Advies & Coördinatie (A&C), GGD Haaglanden.

E-mail: epibul@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

Verwijzingen naar artikelen uit het Epidemiologisch Bulletin zijn weergegeven als EB jaartal/nummer.

(EB 1985/3) betekent een verwijzing naar een artikel in nummer 3 van jaargang 1985. Alle Epidemiologisch Bulletins zijn digitaal te raadplegen via

www.ggdhaaglanden.nl/epibul.



Mondgezondheid van nu... is niet van gisteren!

Anita Kootwijk-Jonker en Eveline de Jong

In de vijftiger jaren was de gebitstoestand van de Nederlandse bevolking rampzalig als gevolg van het toenmalige voedingspatroon en de gebrekkige mondhygiëne.¹ In 1983 verwijst een artikel in het Epidemiologisch Bulletin naar een voorlichtingscampagne 'voeding en tandzorg' uit 1968 in Den Haag. Ook melden de auteurs dat uit onderzoek door de Radboud Universiteit blijkt dat het percentage 7- en 8-jarigen met gave blijvende gebitten in Den Haag is gestegen van 2% in 1969 naar 63% in 1981 (EB 1983/3). Deze stijging wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt door toevoeging van fluoride aan tandpasta's. De auteurs benadrukken dat preventieve maatregelen niet moeten worden verwaarloosd.

Ook in de jaren daarna wordt de mondgezondheid van de jongeren in Den Haag gemonitord. Gezien de veranderende bevolkingssamenstelling wordt er in onderzoeken ook gekeken naar verschillen in mondgezondheid van Haagse jongeren van diverse etnische herkomst. In 2007 publiceert het Epidemiologisch Bulletin de cariësprevalentie in de periode 1996 tot 2005 met aandacht voor de invloed van sociaal economische status (SES) en etnische herkomst (EB 2007/2). Conclusie is dat het percentage cariës-vrije gebitten onder Haagse 12-jarigen met een lage SES van Nederlandse, Turkse en Marokkaanse herkomst in de periode 1996-2005 met ongeveer 40% is gestegen naar respectievelijk 90%, 78% en 84%. Er zijn geen significante verschillen meer in cariësprevalentie tussen Haagse 12-jarigen met een lage, gemiddelde of hoge SES.

Vanaf 1998 is er bij tandheelkundig onderzoek aandacht voor tanderosie (het oplossen van tandglazuur door zuurwerking). In 2002 wordt voor het eerst over dit nieuwe fenomeen gepubliceerd (EB 2002/1). In 2003 publiceren onderzoekers van de Radboud Universiteit Nijmegen dat de prevalenties van cariës-vrije gebitten onder de Haagse jeugd gelijk zijn gebleven en onder sommige groepen zelfs verder zijn gestegen. Het minder gunstige nieuws is dat bij bijna een kwart van de Haagse 12-jarigen enige vorm van erosieve gebitsslijtage is vastgesteld (EB 2003/4).



1950: tandarts Snell aan het werk in het kader van Jeugdgezondheidszorg.

Dankzij het toevoegen van fluoride aan tandpasta's en initiatieven van GGD Haaglanden, gericht op gezonde voeding, goed poetsen, fluoridegebruik en stimuleren tandartsbezoek, zijn de gebitten van de Haagse jongeren op bepaalde fronten sterk verbeterd. Wel dienen zich nieuwe uitdagingen aan, zoals tanderosie, en blijven preventieve activiteiten noodzakelijk. Gelukkig is de mondgezondheid van nu niet van gisteren!

OVER DE AUTEUR

Mw. A. Kootwijk-Jonker en Mw. E. de Jong zijn werkzaam als Tandheelkundig preventief medewerker en voedingsdeskundige, GGD Haaglanden.

E-mail: anita.kootwijk-jonker@ggdhaaglanden.nl / eveline.dejong@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

Verwijzingen naar artikelen uit het Epidemiologisch Bulletin zijn weergegeven als EB jaartal/nummer. (EB 1985/3) betekent een verwijzing naar een artikel in nummer 3 van jaargang 1985. Alle Epidemiologisch Bulletins zijn digitaal te raadplegen via www.ggdhaaglanden.nl/epibul.

1 Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, jaargang 91/2013 nummer 3, 50 jaar GVO en Gezondheidsbevordering.

Participatie enige antwoord op de blijvende gezondheidsverschillen

Onacceptabele gezondheidsverschillen en de veelbelovende Healthy Cities beweging, gezondheidsbevordering, de aanpak op wijkniveau met het STIOM als succesfactor en aanhoudende pogingen om burgerparticipatie en vraagsturing van de grond te krijgen: het zijn de steeds terugkerende aandachtsvelden die de afgelopen decennia in het Epidemiologisch Bulletin aan de orde kwamen. In een interview schetst Dr. H.J.G. (Harry) Nijhuis, voormalig hoofdredacteur van het Bulletin en hoogleraar Zorg in de Grote Stad, hoe deze thema's met elkaar samenhangen. Nijhuis vindt dat de aanpak ervan pas kans van slagen heeft als professionals, lokale overheid en zorgverzekeraars (weer) aandacht en geld gaan besteden aan sociaal-maatschappelijke aspecten van volksgezondheid. “Dan komt er ruimte en waardering voor burgerparticipatie en dat is de enige manier om op termijn de gezondheidsverschillen terug te dringen.” Hoewel hij soms het gevoel heeft dat ‘l’ histoire se répète’ is hij positief over de kans van slagen. “We leven in een heel andere samenleving dan een halve eeuw geleden, met nieuwe mogelijkheden voor zeggenschap van burgers.”

Liesbeth van Dalen

Harry Nijhuis was van 1981 tot 2001 hoofdredacteur van het Epidemiologisch Bulletin. Aanvankelijk bevatte het Bulletin voornamelijk epidemiologische informatie over infecties. In de loop van de jaren is het uitgebreid met informatie over andere aandoe-ningen en in toenemende mate met artikelen en debat over kwesties van public health. Een groot aandeel in deze ontwikkeling had het toenmalige redactieteam, bestaande uit Hein Struben, Irene Burger, Albert Bergink en Joost Schudel.

Omslag naar positieve gezondheid

Als Nijhuis in 1980 als epidemioloog bij de gemeente Den Haag aan het werk gaat, groeit in de grote steden de aandacht voor gezondheidsverschillen onder burgers. Al snel vinden de epidemiologen van de vier grote steden elkaar in het analyseren van deze verschillen. Basis voor deze aandacht is, zo denkt Nijhuis, vooral gelegen in humanitaire

motieven. Dat is echter niet het enige. “Op bestuurlijk niveau realiseert men zich ook dat gezondheidsachterstand van bepaalde groepen enorme impact kan hebben op de economische en culturele kracht van de stad. Dus niet alleen medemenselijkheid, ook economische afwegingen speelden mee in de politieke aandacht voor gezondheidsverschillen.” In het zoeken naar oplossingen voor de verschillen raken de epidemiologen geboeid door de Healthy Cities beweging, die uit Canada over komt waaien. “Deze beweging kende een geheel nieuw concept, namelijk ‘positieve gezondheid’. Dat betekende niet alleen werken aan ziektes en risicofactoren, maar ook investeren in de kracht van het individu en zijn fysieke en sociaal-culturele omgeving. Dus investeren in gezondheid is door en door verbonden met de kwaliteit van de fysieke leefomgeving met zaken als wonen, werken, recreëren en de sociaal economische omgeving. Tegelijkertijd ontstond de aandacht voor



burgerparticipatie, want zo beseften we, het kan alleen werken als burgers regie en (mede)zeggenschap krijgen over hun gezondheid, op individueel en collectief niveau.”

Burgerparticipatie komt moeizaam van de grond

Of het nu wordt omschreven als vraagsturing, participatie of medezeggenschap, voor Nijhuis gaat het om het serieus nemen, ruimte bieden en macht overdragen aan burgers. “De politiek spreekt liever over participatie, want in die omschrijving doet de ander mee, maar geef je niet per se macht weg. Als je geen macht wilt weggeven, als je niet los wilt laten, geen vertrouwen hebt en geen ruimte wilt geven, dan neem je burgerparticipatie niet serieus. Je ziet dat burgers worden uitgenodigd om mee te praten, terwijl bestuurders en professionals het voor het zeggen hebben. Ik praat daarom liever over (mede)zeggenschap creëren, dan maak je ruimte waarin burgers zich kunnen ontwikkelen tot burgerschapsdragers met eigen ideeën. Van daaruit kan eigen verantwoordelijkheid groeien.” In 1996 krijgt de vraagsturing een impuls met het persoonsgebonden budget en anno 2015 heeft de overheid ‘participatie’ wederom hoog in het vaandel staan. Toch concludeert Nijhuis: “We zijn nog lang niet toe aan (mede)zeggenschap. We zijn na dertig jaar weer bezig met participatie in de samenleving. Ik merk dat er nog altijd dezelfde blokkades zijn. Participatie kun je niet opleggen vanuit de gemeentelijke overheid zoals met de WMO gebeurt, of met een korting op je uitkering als je niet meedoet aan iets. Het gaat pas goed als er ruimte ontstaat en het bewustzijn groeit bij (groepen) burgers dat ze het zelf willen gaan doen. Weer is er vanuit de gemeentelijke overheid weinig durf om ‘het los te laten’.”

Nijhuis vindt de huidige sociale wijkzorgteams een sprekend voorbeeld van het feit dat de overheid niet kan loslaten en professionals en burgers niet aan zet wil brengen. “Het stadhuis dicteert dat deze teams er moeten komen met voor elke wijk hetzelfde stramien. De aanpak is vooral gericht op de curatie van problemen als schuldhulpverlening, werk, inkomen en bijkomende psychosociale problematiek. Investeren in de kracht van mensen en hun wijk door echte participatie, volgens het concept van ‘positieve gezondheid’, is echter geen hoofddoel. Huisartsen en andere zorgverleners maken vaak geen deel uit van de teams. Wat er al aan werkvormen bestaat in wijken doet er niet toe. De gemeente legt op en

Positieve gezondheid betekent niet alleen werken aan ziektes en risicofactoren, maar ook investeren in de kracht van het individu en zijn fysieke en sociaal-culturele omgeving.

luistert nauwelijks naar plaatselijke professionals en burgers, laat staan dat zij aan zet worden gebracht om te bepalen hoe het het beste kan. Er wordt nog steeds op dezelfde manier geworsteld om van waarachtige zeggenschap echt iets te maken en dus blijven er te grote gezondheidsverschillen bestaan.”

Een terugblik in de Epidemiologische Bulletins bevestigt de worsteling. In 2002 zegt wethouder Klijnsma: “In vier wijken gaan we met concrete projecten van start om de gezondheidsverschillen terug te dringen” (EB 2002/3). Wethouder Van Alphen zegt in 2007: “Het verder terugdringen van gezondheidsachterstand in Den Haag krijgt de hoogste prioriteit” (EB 2007/3). Wethouder Baldewsingh in 2011: “Ik vind dat er onvoldoende vooruitgang is geboekt en het betekent dat er de komende periode iets gedaan moet worden aan het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen.” (EB 2011/1).

Nieuwe mogelijkheden

Voor Nijhuis is overduidelijk dat burgerparticipatie het antwoord is om gezondheidsverschillen te reduceren. Verschillen komen voort uit achterstand in gezond gedrag, gezonde leefsituaties en ‘toegang en gebruik’ van adequate zorg. Deze achterstanden zijn niet weg te werken vanuit programma’s, waarin professionals of beleidsmakers eenzijdig het voortouw hebben. Voor het genezen van ziektes heb je professionals nodig, maar werken aan gezondheid moet je voor een groot gedeelte zelf doen, met steun van professionals. “De enige manier om effectief aan gezondheidsverschillen te werken is mensen in posities te brengen waarin ze zelf actief worden, zich gaan organiseren en zorg gaan dragen voor hun gezondheid. Op individueel niveau voor hun eigen gezondheid, maar ook op collectief niveau door zich te organiseren rondom gezondheidsinitiatieven zoals bewegen en voeding of rondom zorgkwesaties. Ik zie nu her en der georganiseerde vormen van burgerschap opbloeien, zoals coöperaties op het terrein van



Voormalige hoofdredacteur en hoogleraar Zorg in de Grote Stad, Harry Nijhuis:

“Gemeente, neem het initiatief en ga in gesprek met de zorgverzekeraars, voer samen de regie en heb vooral oog voor sociaal-maatschappelijke aspecten.”

energie, economie en landbouw, waarbij burgers zelf het initiatief nemen. Er komen steeds meer organisaties met aandacht voor gezondheidseffecten zoals sociale contacten, onderlinge steun, voeding, sport en bewegen, ook in achterstandswijken. Er ontstaan ook zorgcoöperaties waarbij burgers regelen dat mensen thuiszorg krijgen van een vaste hulpverlener en invloed hebben op de contracten die er in hun buurt worden gesloten. Dat maakt mij hoopvol, we leven nu in een heel andere tijd. Burgers gaan op allerlei manieren hun verantwoordelijkheid nemen en zeggenschap opeisen.”

Vooralsnog ontstaan zorgcoöperaties met verre-gaande zeggenschap vooral in de betere stads-buurtten of in urgente situaties, zoals in Overloon. “Toen daar een verpleeghuis werd weggehaald besloten de inwoners het zelf te organiseren. Daar is de eerste zorgcoöperatie ontstaan. Natuurlijk is het moeilijker om in achterstandswijken met culturele diversiteit zo’n zorgcoöperatie van de grond te

krijgen. In steden moeten betere en mindere wijken elkaar bevruchten met goede voorbeelden. De overheid kan die processen dan stimuleren en faciliteren.”

“De overheid zal moeten blijven inzetten op wetten als de WMO, maar minder dwingend en – met meer oor en oog voor wat er wel of niet kan – situaties creëren waarin de ontplooiing van burgerschap kan plaatsvinden.” Nijhuis noemt als voorbeeld de inzet van wethouder Klein rondom ‘het buurthuis van de toekomst’. “In Laak bijvoorbeeld is een buurtcentrum gekomen onder auspiciën van voetbalvereniging HVV Laakkwartier. Hier vinden allerlei sociale en gezondheidsprojecten plaats. Burgers ondernemen dingen, inspireren elkaar en vragen assistentie aan professionals. Twee huisartsen uit de wijk, de thuiszorg en de buurtsportcoach huren er een spreekkamer en doen mee met de initiatieven van burgers en verenigingen. Ze praten volop mee over de ontwikkeling van de wijk.” Ander voorbeeld is de in oprichting zijnde WijCoöperatie in Laak, een georganiseerde marktplaats voor uitwisseling van eenvoudige diensten tussen mensen. Het werkt met een puntensysteem. Het gaat om allerlei diensten, van huishoudelijke hulp en tuinonderhoud tot boodschappen doen of meegaan naar de bioscoop. Het is voor alle betrokkenen een win-winsituatie en potentieel een grote ontlasting van de zorg.

Verschillen komen voort uit achterstand in gezond gedrag, gezonde leefsituaties en ‘toegang en gebruik’ van adequate zorg.



De dominantie van het aanbod: van professionals naar zorgverzekeraars

Terugkijkend laat '50 jaar Epidemiologisch Bulletin' volgens Nijhuis ook zien dat het aanbod nog altijd bepaalt hoe de zorg eruit ziet. "Het aanbod domineert, alleen de bepaling ervan verschuift van professionals naar de zorgverzekeraars. Het aanbod werd in de jaren zeventig en tachtig nog vooral bepaald door de professionals en hun organisaties, zoals de huisartsen- en specialistenverenigingen. Het 'ziekenfonds' was toen een uitvoeringskantoor en had marginale zeggenschap over de inhoud en vorm van zorg. De gemeente had hierover al helemaal niets te zeggen."

Ook de rijksoverheid was aanvankelijk tamelijk volgend, maar neemt in de jaren tachtig meer invloed op het reilen en zeilen van het zorgstelsel. Het wordt eigenlijk al zichtbaar in 1991 als het ziekenfonds bepaalt hoeveel huisartsen zich in Den Haag mogen vestigen. Het Bulletin kopt 'De macht aan het fonds' (EB 1991/2). Er komen zorgvisies en er is steeds meer bemoeienis vanuit de landelijke overheid met de gezondheidszorg. Vervolgens komt er in 2006 een nieuw zorgstelsel 'gebaseerd op marktwerking', waarbij de overheid een grote rol en de regie toekent aan de zorgverzekeraars. Er wordt steeds meer gewerkt met prestatiecontracten, waar zorgverleners aan moeten voldoen. Het economistische klimaat leidt tot denken in termen van (financieel beheer en) producten, protocollen en afrekensystemen. Die brengen logischerwijs veel administratie met zich mee. Nijhuis: "Ik vind die ontwikkeling slecht. De sociale en maatschappelijke aspecten van de gezondheidszorg kunnen niet tot hun recht komen in dit denken. Je komt bij een zorgverzekeraar alleen binnen als je een businessplan hebt, waarin duidelijk staat wat de economische opbrengst is voor de zorgverzekeraar. Met gezondheidsbevordering, waarbij professionals met mensen praten om hen in hun kracht te brengen en bijvoorbeeld huisartsen investeren in het organiseren van bewegingsgroepen, kom je bij de zorgverzekeraar niet aan de bak."

In 2001 spreken tal van deskundigen zich in het Bulletin uit over knelpunten in de zorg (EB 2000/3-4, 2001/1-2). Men pleit onder andere voor samenwerkingsverbanden van hulpverleners in wijken en voor het deconcentreren van zeggenschap. Als voorbeeld wordt genoemd het model van twee 'hightech ziekenhuizen' in Den Haag in combinatie met 'zorgziekenhuizen' en 'wijkzorgteams', meer inspraak

Dit zorgstelsel is voor wijkgericht werken volstrekt fout ingericht

van burgers en GGZ in nabijheid van de leefsituatie. Deze ideeën zijn nog steeds actueel maar krijgen volgens Nijhuis geen kans in het huidige denken in termen van individuele zorg en producten. "Dit denken is geheel gericht is op individuen en zorgbedrijven. Niet op de stad als geheel en sociaal-maatschappelijke ontwikkelingen in wijken. Daar kan een landelijke commerciële zorgverzekeraar q.q. geen wezenlijke belangstelling voor hebben. Samenwerken met stadslandbouw- of voedingscoöperaties ziet men niet zitten. Terwijl je daarmee op de lange duur daadwerkelijk aan gezondheid werkt. Het kan niet, want de 'savings' komen niet bij hen binnen. De kosten en baten zijn door en door verkokerd georganiseerd. Dat is de grootste beperking voor het 'integraal en wijkgericht' werken. Zorgverleners worden 'in de markt' niet adequaat gestimuleerd of gefaciliteerd om volop mee te doen in het wijkgerichte verhaal. Dit zorgstelsel is voor wijkgericht werken volstrekt fout ingericht."

Een goed voorbeeld ter versterking van vraagsturing in de zorg op individueel niveau is overigens de introductie van het persoonsgebonden budget (PGB) in 1996. Nijhuis: "In de zorgverlening is het een heel belangrijk instrument geworden voor mensen om zelf invulling kunnen geven aan het besteden van geld aan zorg. Dat geeft verantwoordelijkheid, zelfredzaamheid en zeggenschap. Het PGB is een goed instrument voor adequate zorg en empowerment."

Waar is de lokale sturing van de gezondheidszorg?

Nijhuis gaat opnieuw terug naar de tijd van de Healthy Cities in de jaren tachtig. De lokale overheid is optimistisch en zoekt zelf zoveel mogelijk zeggenschap op het terrein van de gezondheid en zorg. Wethouders brengen nota's over zorg en gezondheid uit. Er wordt ingezet op gezondheidsbevordering. Het STIOM wordt – door de gemeente opgezet – dé verbindende organisatie voor de gehele zorg en dienstverlening op wijkniveau. Bij het vijfjarig bestaan van het STIOM in 2000 zijn minister Borst, burgemeester Deetman en wethouder Klijnsma ronduit enthousiast. (EB 2000/1). "De minister besloot het als voorbeeld te stellen en er een

proeftuin van te maken. Deetman vond deze aanpak van gezondheidszorg een wezenlijk onderdeel van het grote stedenbeleid. Dus rijk en gemeenten zijn het eens over bemoeienis van de gemeente bij de ontwikkeling van de gezondheidszorg. Zonder dat alles bij wet te regelen of vanuit financieel belang, mooier kun je het niet hebben!”

Was er nog maar een STIOM

“Was er nog maar een STIOM”, denkt Nijhuis af en toe. “Onder die katalysator ontstond een dynamisch netwerk van zorgverleners, welzijnswerkers en maatschappelijke dienstverleners. Er waren STIOM-platforms, waardoor men elkaar kende, vertrouwde en samen dingen deed. De projecten Nieuwe Sporen en Bewegen op Recept waren mooie voorbeelden van hoe je bruggen kunt slaan met intermediären naar de leefwereld van mensen en professionals, om mensen in beweging te krijgen en mee te doen. Het STIOM was een ‘change-agent’ voor het creëren van wijkgerichte netwerken. Aan die kracht hebben we op dit moment enorm veel behoefte. De ‘participatiesamenleving’ kan niet zonder zo’n community van professionals en burgers op wijkniveau.”

Daarna komt de periode waarin, zoals geschetst, de zeggenschap over de gezondheidszorg richting zorgverzekeraar schuift. De Wet Publieke Gezondheid (vroeger WCPV) regelt de belangrijkste bevoegdheden van de gemeente op het terrein van preventie vanuit de GGD. De WMO doet dit voor mensen met beperkingen, die steun nodig hebben. Op de overige terreinen van gezondheidszorg heeft de gemeente aldus Nijhuis geen enkele verantwoordelijkheid of zeggenschap ten behoeve van haar burgers. Intussen ziet hij het economistische denken ook bij gemeenten hoogtij vieren, vormgegeven in zogenoemd ‘new public management.’ “Ook gemeenten zijn steeds meer gaan (be)sturen op producten, resultaten en transparantie. Het leidt tot blikvernuwing ten aanzien van wijkgericht werken. Ik denk dat ook het STIOM ‘slachtoffer’ werd van de new public managementbenadering. Het werk van een ‘change agent’ is moeilijk te vangen in producten en cijfers. De gemeente zag er het nut niet meer van in en in 2002 ging het STIOM failliet. Terwijl we nu ervaren dat de behoefte aan wijkgericht samenwerken sterker dan ooit terugkomt. Kijk naar de sociale wijkzorgteams, de GGZ in de wijk. We moeten echt decentraliseren om burgers en hulpverleners in het veld aan zet te krijgen. Het antwoord van de samenleving op het

new public management van zorgverzekeraar en gemeente begint zich af te tekenen. Burgers gaan zichzelf organiseren in coöperaties en professionals en burgers zoeken elkaar daarin op.”

Gezondheidsbevordering en ‘stedelijke kwaliteit’

Om gezondheidsverschillen terug te brengen en burgerparticipatie van de grond te krijgen, kiest de gemeente in 1990 voor de inzet op gezondheidsbevordering. De GGD Den Haag krijgt een afdeling gezondheidsbevordering met een subafdeling ‘omgevingsgezondheid. “Dit betekent, in aanvulling op preventie gericht op risicofactoren als roken en overgewicht, investeren in de kwaliteit van het dagelijkse bestaan, in wat mensen bezighoudt en welke problemen ze ervaren. Bijvoorbeeld om mensen die zich eenzaam voelen en miskent omdat ze geen werk hebben, of om ouderen die dagelijks hopen dat er nog iemand langskomt. Dat gaat niet direct om gezondheid, maar is wel sterk daarmee verbonden. Pas als helder is hoe zij hun probleem zien en wat ze zelf het liefste willen, kun je oplossingen zoeken om de eenzaamheid te doorbreken of mensen in beweging te krijgen. Dan investeer je in de kwaliteit van hun bestaan en in gezondheid. Dat dient samen te gaan met werken aan ‘de stedelijke kwaliteit’ in wijken: stedelijke woningbouw, waardoor ouderen bij elkaar of bij hun kinderen kunnen wonen, een markt opzetten of de vitaliteit in de wijk versterken met daarop gerichte ruimtelijke mogelijkheden. De gemeente heeft op dit belangrijke terrein alle bevoegdheden in huis. Door het leggen van deze verbindingen met gezondheidsinitiatieven worden niet alleen de gezondheidseffecten versterkt, maar worden ze ook duurzaam. Het maken van deze verbindingen in onze verkokerde bureaucratieën blijkt keer op keer een lastige opgave. Door die kokers te doorbreken werk je pas aan ‘duurzame stedelijke ontwikkeling’. Zo is gezondheidsbevordering bedoeld en sluit het aan bij de omschrijving van positieve gezondheid door de WHO: Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.”

De huisarts als gezondheidscoach

In de afgelopen 35 jaar besteedde het Bulletin ook veel aandacht aan de rol van de huisarts als kruispunt tussen de medische en sociale situatie van mensen. Eind 1999 start de samenwerking



Waarom gaan beslissingen over de organisatie en de locaties van ziekenhuizen geheel voorbij aan een wethouder Volksgezondheid?

huisartsen – GGZ Den Haag. In 2011 blijkt de praktijkondersteuning huisartsen POH-GGZ bruikbaar en is het voor de huisarts mogelijk psychische en psychosociale problemen van zijn patiënten doelmatig en efficiënt aan te pakken. Het laatst verschenen nummer van het Epidemiologisch Bulletin (EB 2015/3) doet melding van een bijeenkomst 'Preventie in de wijk' waarbij in het kader van preventie aan de huisarts de rol van gezondheidscoach wordt toegedacht. Het is een omschrijving die Nijhuis aanspreekt. "Ik zie de huisarts zeker als gezondheidscoach. Ten eerste in de spreekkamer, waar hij als coach en adviseur samen met mensen zoekt naar oplossingen, werkt aan empowerment van mensen en hen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid teruggeeft. Ten tweede komt hij als gezondheidscoach naar voren op collectief niveau, waar hij meepraat over wat er in de wijk te doen is. Ik werk bijvoorbeeld met een huisarts in Laak die her en der aankaat dat er behoefte is aan een hospice dat tegemoet komt aan de specifieke culturele wensen van de verschillende bevolkingsgroepen. Deze huisarts anticipeert en neemt een rol in maatschappelijke processen, dat is fantastisch! Opnieuw zie je hier het probleem, dat hij daar niet echt toe in staat wordt gesteld. Hij moet zorgproducten leveren, investeren in sociaal-maatschappelijke aspecten van zorg hoort daar niet bij."

Tot slot

Nijhuis hoopt van harte dat er meer samenwerking komt tussen gemeente en zorgverzekeraars. Daarmee kan de verkokering deels worden doorbroken. "Wethouder Klijnsma zei in 2002: 'Op dit moment ontbreekt de regie op lokaal niveau'. (EB 2002/3). Ik zie die regie nog steeds niet. Ik merk niet dat er vanuit een politieke visie op zorg actief bemoeienis gezocht wordt met zorgverleners en -verzekeraars. Waarom gaan beslissingen over de organisatie en de locaties van ziekenhuizen geheel voorbij aan een wethouder Volksgezondheid? De gemeente is als lokale politieke autoriteit het instituut bij uitstek is om de wensen en behoeften van burgers aan de orde te stellen. De vorm en inhoud van de gezondheidszorg in brede zin zijn

echter geen onderdeel van het lokale politieke debat. Dat is merkwaardig, omdat het zo dicht aan ligt tegen de kwaliteit van het dagelijkse bestaan. Ik zou het fantastisch vinden als de gemeente het gesprek met zorgverzekeraars actief zou zoeken, en dan over meer dan alleen haar wettelijke taken. Je kunt samen de regie nemen en, ja dan kan de gemeente weer veel meer gaan sturen op het brede terrein van zorg voor gezondheid. Want op de kernvraag van dit interview of de gemeente (nog) stuurt op gezondheid is mijn antwoord: 'Veel te weinig'. Mijn advies is: Neem het initiatief en ga in gesprek met de zorgverzekeraars, voer samen de regie en heb vooral oog voor sociaal maatschappelijke aspecten."

Hoewel de halve eeuw achter ons laat zien dat 'les histoires se répètent', is Nijhuis optimistisch. "We zitten in een andere samenleving met nieuwe kansen om te werken aan gezondheid als positief begrip, met burgers die zorgcoöperaties realiseren en met wijken waar samenhang ontstaat." Nijhuis weet zeker dat onder de opkomende kracht van die netwerken en burgerinitiatieven de overheid zal volgen. "De lokale overheid zal het management dat alleen gebaseerd is op cijfers en producten, voor een deel verlaten en invullen met meer 'vertrouwen, loslaten, luisteren en (mede)zeggenschap geven'. Om vervolgens op basis van de opgestoken kennis de juiste beleidskaders te ontwikkelen en de burgers te faciliteren. Het zal nog wel een tijd duren, maar het gaat gebeuren. Het verzet tegen de macht van financiële systemen en de individualistische benadering is onomkeerbaar. De wal gaat het schip keren, daar ben ik van overtuigd."

OVER DE AUTEUR

Mw. E.M. Van Dalen werkt onder andere als eindredacteur en redactiesecretaris voor het Epidemiologisch Bulletin.

E-mail: epibul@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

Verwijzingen naar artikelen uit het Epidemiologisch Bulletin zijn weergegeven als EB jaartal/nummer. (EB 1985/3) betekent een verwijzing naar een artikel in nummer 3 van jaargang 1985. Alle Epidemiologisch Bulletins zijn digitaal te raadplegen via www.ggdhaaglanden.nl/epibul.

Overgewicht

Irene van der Meer

In 1995 verschijnt het eerste artikel over overgewicht in het Epidemiologisch Bulletin (EB 1995/2). Het daaropvolgende artikel over overgewicht volgt acht jaar later (EB 2003/3). Beide publicaties richten zich op overgewicht onder volwassenen, voornamelijk van Turkse en Marokkaanse herkomst. In de afgelopen jaren is veel vaker over overgewicht gepubliceerd, vrijwel jaarlijks en voornamelijk over kinderen.

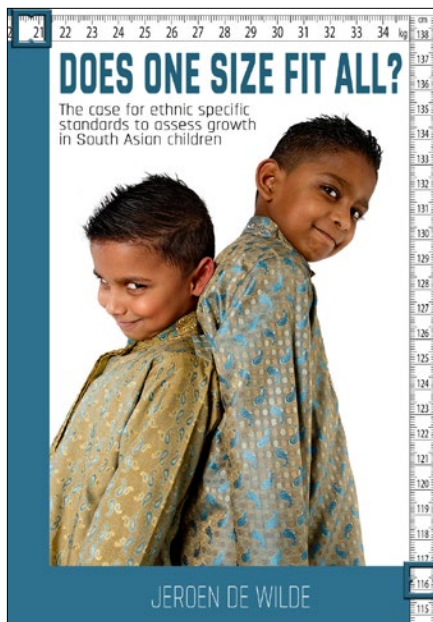
Prevalentie overgewicht kinderen

In 2003 publiceert het Bulletin voor het eerst over overgewicht bij Haagse schoolkinderen per geslacht, etnische herkomst en wijk (EB 2003/4). Deze gegevens zijn gebaseerd op de metingen die de Jeugdgezondheidszorg standaard bij Haagse kinderen uitvoert. De analyse is twee keer herhaald (EB 2008/4, 2012/4). Naast de verschillende subgroepen is ook gekeken naar trends in de tijd. Over de periode 1999-2007 is een stijging gevonden in het voorkomen van overgewicht. In 2007-2011 is er een stabilisatie in de meeste groepen, al blijft overgewicht vaak voorkomen. Er zijn dan ongeveer 14.000 Haagse 2- tot 15-jarigen met overgewicht.

De Haagse cijfers over overgewicht hebben tot twee ontwikkelingen geleid waarover ook in het Epidemiologisch Bulletin is gepubliceerd:

Haagse Aanpak Gezond Gewicht

In Den Haag ging in 2006 het actieprogramma 'Gezond Gewicht' van start, gericht op het voorkómen van overgewicht, vroegtijdig signaleren en op zo jong mogelijke leeftijd behandelen (EB 2007/1, EB 2009/2). In 2010 werd aangesloten bij de landelijke JOGG-aanpak (Jongeren op Gezond Gewicht) (EB 2010/3, korte berichten). Het programma ging verder onder de naam Haagse Aanpak Gezond Gewicht (HAGG), met meer aandacht voor de andere leefomgevingen van het kind dan de school, te weten de wijk en thuis (EB 2011/4). Inmiddels wordt er meer ingezet op het jonge kind en op de 'ketenaanpak', waaronder de keten van zowel preventie, vroegsignaleren én begeleiden op basisscholen (EB 2015/1).



Onderzoek naar afkappunten voor overgewicht bij Hindostaanse kinderen

In Den Haag woont een groot aantal inwoners van Hindostaanse herkomst. Bij kinderen van Hindostaanse herkomst werden hoge ondergewichtcijfers en relatief lage overgewichtcijfers gevonden (EB 2012/3).

Omdat de lichaamssamenstelling bij deze groep anders is (EB 2012/4), werd de bruikbaarheid van de beschikbare normen betwijfeld. Daarop zijn verlaagde gewicht- en BMI (body mass index)-normen ontwikkeld voor Hindostaanse kinderen (EB 2013/3), die inmiddels ook door de jeugdgezondheidszorg worden gehanteerd.

OVER DE AUTEUR

Mw. Dr. Ir. I.M. van der Meer is senior epidemiologisch onderzoeker bij de afdeling Epidemiologie, GGD Haaglanden.

E-mail: irene.vandermeer@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

Verwijzingen naar artikelen uit het Epidemiologisch Bulletin zijn weergegeven als EB jaartal/nummer. (EB 1985/3) betekent een verwijzing naar een artikel in nummer 3 van jaargang 1985. Alle Epidemiologisch Bulletins zijn digitaal te raadplegen via www.ggdhaaglanden.nl/epibul.



Infectieziekten gemeld door instellingen in 2015

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen tot en met het derde kwartaal in 2015. Dit zijn instellingen waar 'kwetsbare' groepen zoals

kinderen, ouderen of zieken verblijven. Op grond van artikel 26 van de Wet op de publieke gezondheid moeten die instellingen bepaalde infectieziekten melden bij de GGD.

Scenario	Kinderopvang	Onderwijs- instelling	AWBZ zorginstelling	Ziekenhuis	Eindtotaal
Huiduitslag/exanthemen	27	10	5	1	43
Impetigo (krentenbaard)	10	5			15
Gastroenteritis	8	2	28		38
Schimmelinfectie	2	1			3
Luchtweginfectie	5	2	2		9
Anders*	2	1	2		5
Influenza(-achtig) ziektebeeld		2	7		9
Eindtotaal	54	23	44	1	122

* Anders = ooginfectie, pfeiffer, urineweginfectie (2x) en MRSA

Informatie over infectieziekten

Shigellose

In het 3^e kwartaal 2015 is een verheffing te zien van het aantal meldingen van shigellose in het werkgebied van de GGD Haaglanden. Shigellose is een ernstige darminfectie die wordt veroorzaakt door een shigellabacterie. De shigellabacterie zit in de ontlasting van iemand die besmet is. Bij toiletgebruik kunnen de toiletbril, de spoelknop en andere voorwerpen besmet raken. Door contact met deze voorwerpen kan de bacterie op de handen en daarna in de mond terechtkomen. Via de handen kan de bacterie ook op eetgerei en op eten terechtkomen. Gezinsleden van een geïnfecteerde persoon (vooral kinderen) lopen ook risico op besmetting. In Nederland gaat het meestal om infecties na een reis naar het buitenland. Dit bleek ook het geval bij de meeste meldingen van de GGD Haaglanden. In een aantal situaties bleken meerdere personen binnen een reisgezelschap besmet te zijn met deze bacterie. Vaccinatie tegen deze bacterie is niet mogelijk. Goede hygiëne helpt om verspreiding van de ziekte te voorkomen.

Soms worden zieken geweerd van werk in de zorg of voeding of van de kinderopvang zolang zij de bacterie dragen.

Scabiës (schurft)

Scabiës is een ongevaarlijke huidziekte die door een schurftmijt wordt overgebracht. Een van de belangrijkste verschijnselen is toenemende jeuk. Het 3^e kwartaal van 2015 heeft de GGD opnieuw meldingen van scabiës in een zorginstelling en binnen de thuiszorg ontvangen, waaronder twee keer de zeer besmettelijke vorm van scabiës. Het komt helaas nog steeds voor dat scabiës bij patiënten soms lange tijd miskend wordt. Dit kan leiden tot ongewenste verspreiding binnen en buiten de instelling/thuiszorg. Ingrijpende en kostbare bestrijdingsoperaties kunnen hiervan het gevolg zijn. De rol van de GGD is hierbij met name gericht op advisering en preventieve behandeling van contacten buiten de instellingen. De GGD zal dit probleem onder de aandacht van de instellingen en de artsen blijven brengen.

Rabiës (hondsdolheid)

Rabiës wordt veroorzaakt door een virus dat besmette dieren bij zich dragen. Het is een dodelijke ziekte. Het virus wordt overgebracht doordat speeksel van een besmet dier in een wondje of op het slijmvlies van een mens terechtkomt. Dat kan gebeuren door bijten, likken of krabben door een besmet dier. Hondsdolheid komt wereldwijd voor. In landen buiten Nederland kunnen vleermuizen, vossen, honden, katten en andere zoogdieren besmet zijn met het virus. In Nederland zijn alleen bepaalde soorten vleermuizen mogelijk besmet. GGD Haaglanden heeft dit jaar veel vragen gekregen van personen, die in het buitenland gebeten of gekrabd waren door een zoogdier. Na een verwonding door een dier in het buitenland beoordeelt de GGD of er kans bestaat op hondsdolheid. In dat geval is post-expositieprofylaxe nodig, die bestaat uit een vaccinatieserie van vijf inentingen, al dan niet in combinatie met antistoffen (afhankelijk van het soort verwonding).

Aan deze rubriek werkten mee: E.J.M. de Coster, E.M. Huisman en Mw. D. van der Zande



Meldingen infectieziekten 3^e kwartaal 1980

Niet nominaal aangegeven infectieziekten (groep C) over de maanden juli-augustus-september 1980, naar leeft. en geslacht

ZIEKTEN	0 - 4		5 - 9		10-14		15-19		20-29		30-39		40-49		50-64		65-]		totaal		totaal	
	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m + v	
Morbilli	1		1	2	1				1										2	4	6	
Gonorrhoe							10	11	79	64	61	19	27	4	5		3		185	98	283	
Ulcus Molle											1		2						3		3	
Lues									1			1							1	1	2	
Taeniasis																	1		1		1	
Parotitis Epidemica	3	4	2	2					1										6	6	12	
TOTAAL	4	4	3	4	1	10	11	80	66	62	19	30	4	5		3	1	197	110	307		

Overzicht aangegeven gevallen van infectieziekten over de maanden juli-augustus-september 1980, naar leeftijd en geslacht.

ZIEKTEN	0-1		2-4		5-13		14-19		20-39		40-49		50-65		66-]		onbek.		Totaal	Totaal	opgenom.	
	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	m + v	
Andere Salmonellosen	8	15	8	4	5	4	3	1	8	8	3		4	8	5	9			44	49	93	37
Rubella	2	1	3			1													5	2	7	
Hepatitis Infectiosa	1		1	1		1			2	1					1	1			5	4	9	1
Serum Hepatitis								3	8	5	1		3	2		2			12	12	24	9
Scabies		1	2		1	5	1		4	1									8	7	15	
Dysenteria Bacillaris					1		1	1	1							1			3	2	5	
Yersinia Enterocolitica			1																1		1	
Malaria									1	1									1	1	2	1
Dysenteria Amoebica									1										1		1	1
Typhoid Fever								1												1	1	1
Lepra									1										1		1	
TOTAAL	11	17	15	5	7	11	5	6	26	16	4		7	10	6	13			181	178	359	50



Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 3^e kwartaal 2015

Ziekte	3 ^e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1 ^e t/m 3 ^e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	3 ^e kwartaal 2015	3 ^e kwartaal 2014	3 ^e kwartaal 2013	1 ^e t/m 3 ^e kwartaal 2015	1 ^e t/m 3 ^e kwartaal 2014	1 ^e t/m 3 ^e kwartaal 2013
A-ZIEKTEN						
MERS-CoV					1	
Nieuwe Influenza A (H1N1)						
B-ZIEKTEN						
Buiktyfus			2		5	3
Brucellose	1		1	2		1
Hepatitis A	1	4	1	8	9	7
Hepatitis B acuut en chronisch *)	35	36	40	100	116	122
Hepatitis C acuut		1	1	1	1	1
Kinkhoest	94	191	66	321	343	159
Legionella pneumonie		12	14		19	20
Mazelen		2	11		45	18
Paratyfus A,B,C		1		1	4	1
Rubella						
STEC (E-coli 157)	3	3	15	6	5	32
Shigellose/bacillaire dysenterie	25	8	6	36	18	16
Tuberculose	21	17	12	66	61	49
Invasieve GAS	2	1	5	6	2	9
Voedselinfectie	2	1	3	5	2	5
C-ZIEKTEN						
Bof	3	1	3	26	6	5
Creutzfeld-J's disease/klassiek		1		1	3	3
Gele koorts						
Hantavirusinfectie		1			1	
Inv. Haemophilus influenzae type b						1
Legionellose	11			19		
Leptospirose	3	2	1	3	2	1
Listeriose	2	1		3	5	5
Malaria	4	8	2	8	12	9
Meningokokkose		1		2	3	1
Psittacose/ornithose	1	1		1	1	1
MRSA			1			2
Q-koorts					1	
Invasieve pneumokokken	1			3	1	3
West-Nilevirus						1
Totaal	209	293	184	618	666	475

*) Inclusief dragers

Gezonde Levensverwachting

Roelien Beuker

In het Epidemiologisch Bulletin van 2006 is de stijging van de levensverwachting van Haagse inwoners sinds 1954 gerapporteerd (EB 2006/4). Recentere cijfers geven aan dat in de periode 2009-2012 de levensverwachting bij geboorte is gestegen tot 78,1 jaar bij Haagse mannen en 82,2 jaar bij Haagse vrouwen.¹

Haagse inwoners leven dus steeds langer, maar hoe is de kwaliteit van die extra levensjaren? Op hogere leeftijd is immers de prevalentie van kwetsbaarheid, chronische ziekten en beperkingen hoger. De levensverwachting in goede ervaren gezondheid is hiervoor een indicator. In 2009-2012 is de gemiddelde levensverwachting in goede ervaren gezondheid bij geboorte voor Haagse mannen 59,9 jaar en voor Haagse vrouwen 59,5 jaar.¹ De resterende levensjaren worden doorgebracht in minder goede ervaren gezondheid (zie figuur 1). Bij mannen is dit 23% van de totale levensverwachting en bij vrouwen 28%. Landelijke cijfers geven aan dat de levensverwachting in minder goede ervaren gezondheid is toegenomen.²

Er zijn grote verschillen in gezonde levensverwachting tussen sociaal-economische groepen. Zo neemt deze toe met het opleidingsniveau en het inkomen.³ In het themanummer Ouderen van het Epidemiologisch Bulletin in 2006 wordt het belang van preventie van ziekte en complicaties op hoge leeftijd onderstreept. Specifiek aandacht werd gevraagd voor de toename van het aantal senioren met een lage

sociaaleconomische status en oudere migranten met een niet-westerse herkomst. Een ander artikel gaat in op empowerment van de senior, zodat deze zelf kan bepalen wat hij aan zorg nodig heeft (EB 2006/2-3). In het licht van de huidige ontwikkelingen in het sociaal domein zijn deze onderwerpen nog steeds zeer actueel.

In de toekomst zal de levensverwachting in Nederland volgens het CBS stijgen tot 87,1 jaar voor mannen en 89,9 voor vrouwen in 2060.³ In 2014 schrijft het Epidemiologisch Bulletin over de gevolgen van de veranderende bevolkingssamenstelling voor de volksgezondheid in 2020. De auteurs verwachten onder andere een toename van eenzaamheid, angst en depressie, overgewicht en diverse chronische aandoeningen (EB 2014/3).

Gezien de stijging van de totale levensverwachting, en daarbinnen de stijging van de levensverwachting in minder goede ervaren gezondheid, zal de gezonde levensverwachting een steeds belangrijkere maat worden bij de analyse van sterftcijfers.

OVER DE AUTEUR

Mw. drs. R.J. Beuker is epidemiologisch onderzoeker bij de afdeling Epidemiologie, GGD Haaglanden.

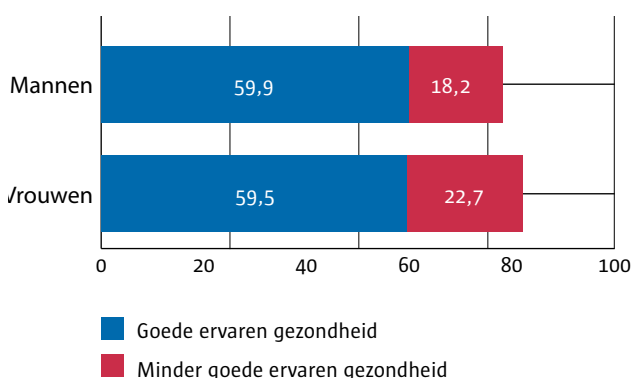
E-mail: roelien.beuker@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

Verwijzingen naar artikelen uit het Epidemiologisch Bulletin zijn weergegeven als EB jaartal/nummer. (EB 1985/3) betekent een verwijzing naar een artikel in nummer 3 van jaargang 1985. Alle Epidemiologisch Bulletins zijn digitaal te raadplegen via www.ggdhaaglanden.nl/epibul.

- 1 Dijk, A van. GGD Haaglanden, persoonlijke communicatie.
- 2 <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/gezonde-levensverwachting/cijfers-context/bevolkingsgroepen#node-gezonde-levensverwachting-bij-geboorte-naar-opleidingsniveau>
- 3 <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/levensverwachting/cijfers-context/trends#node-prognose>

Figuur 1. Levensverwachting in jaren vanaf de geboorte van inwoners van Den Haag naar geslacht, 2009-2012. Aantal jaren in goede ervaren gezondheid en aantal jaren in minder goede ervaren gezondheid.



COLOFON

November 2015, 50^{ste} jaargang nr. 4

REDACTIE

mw. dr. G.A.M. Ariëns, GGD Haaglanden (kernredacteur)
mw. drs. R.J. Beuker, GGD Haaglanden (kernredacteur)
mw. I. Burger, lid redactie Jubileumnummer
dhr. dr. P.K. Chandie Shaw, internist, Medisch Centrum Haaglanden
mw. E.M. van Dalen (redactiesecretaris/eindredacteur)
dhr. drs. M. Lemmink, GGD Haaglanden
mw. dr. ir. I.M. van der Meer, GGD Haaglanden (kernredacteur)
dhr. prof. dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Haaglanden (hoofdredacteur)
dhr. drs. L.M.J. Staal, GGD Haaglanden (kernredacteur)
dhr. dr. R.J.J.E.T. Starmans, huisarts
mw. M. van der Werff MSc, Stichting Lijn 1
mw. dr.ir. C. Wilschut-van Hooijdonk, GGD Haaglanden (kernredacteur)
dhr. drs. V.M. Vladár Rivero, Parnassia Groep

REDACTIEADRES

Redactieadres: GGD Haaglanden, Postbus 16130, 2500 BC Den Haag
Bezoekadres: Westeinde 128, Den Haag
Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij Mw. Wagemaker.
Telefoon: (070) 752 89 63
e-mail: epibul@ggdhaaglanden.nl

Epidemiologisch Bulletin op internet:

www.ggdhaaglanden.nl/epibul

Ontwerp: Ontwerpwerk

Fotografie: Beeldbank Den Haag, Truus Groen, Koopmans & Van Dalen
Communicatie, Jos van Leeuwen, Fotoburo Meyer, Peter van Oosterhout,
Alex Proimos

De redactie heeft getracht alle rechthebbenden met betrekking tot (foto-) materiaal in deze uitgave te achterhalen. Eenieder die meent dat zijn/haar materiaal zonder voorafgaande toestemming hier is gebruikt, verzoeken wij contact op te nemen met de redactie.

Uitgave:

GGD Haaglanden

Het Epidemiologisch Bulletin is een kwartaaluitgave van GGD Haaglanden. Het blad heeft een semi-wetenschappelijk karakter en belicht de uitkomsten van recent epidemiologisch onderzoek op het terrein van de volksgezondheid. Daarnaast bevat het Bulletin artikelen over gezondheidsproblemen in de regio Haaglanden en het beleid dat wordt gevoerd om deze problemen het hoofd te bieden.

De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en vormgeving van het Bulletin. Overname van artikelen is in vele gevallen mogelijk in overleg met de redactie. De richtlijnen voor auteurs kunnen op het redactiesecretariaat worden opgevraagd.

U kunt per mail aan ons doorgeven of, en zo ja, hoe u (per post of digitaal) het Epidemiologisch Bulletin kosteloos wilt ontvangen: epibul@ggdhaaglanden.nl.

Wilt u bij een afmelding, als u het blad niet meer wilt ontvangen of in het vervolg liever per e-mail, alstublieft ook uw adresgegevens invoeren? Dat maakt het eenvoudiger om uw gegevens uit het adressenbestand te kunnen verwijderen.

ISSN 0921-6219



BEZOEKADRESSEN

Westeinde 128
2512 HE Den Haag

Reinier de Graafweg 5
2625 AD Delft

Croesinckplein 24-26
2722 EA Zoetermeer

POSTADRES

Postbus 16130
2500 BC Den Haag

T (088) 355 01 00
info@ggdhaaglanden.nl

www.ggdhaaglanden.nl