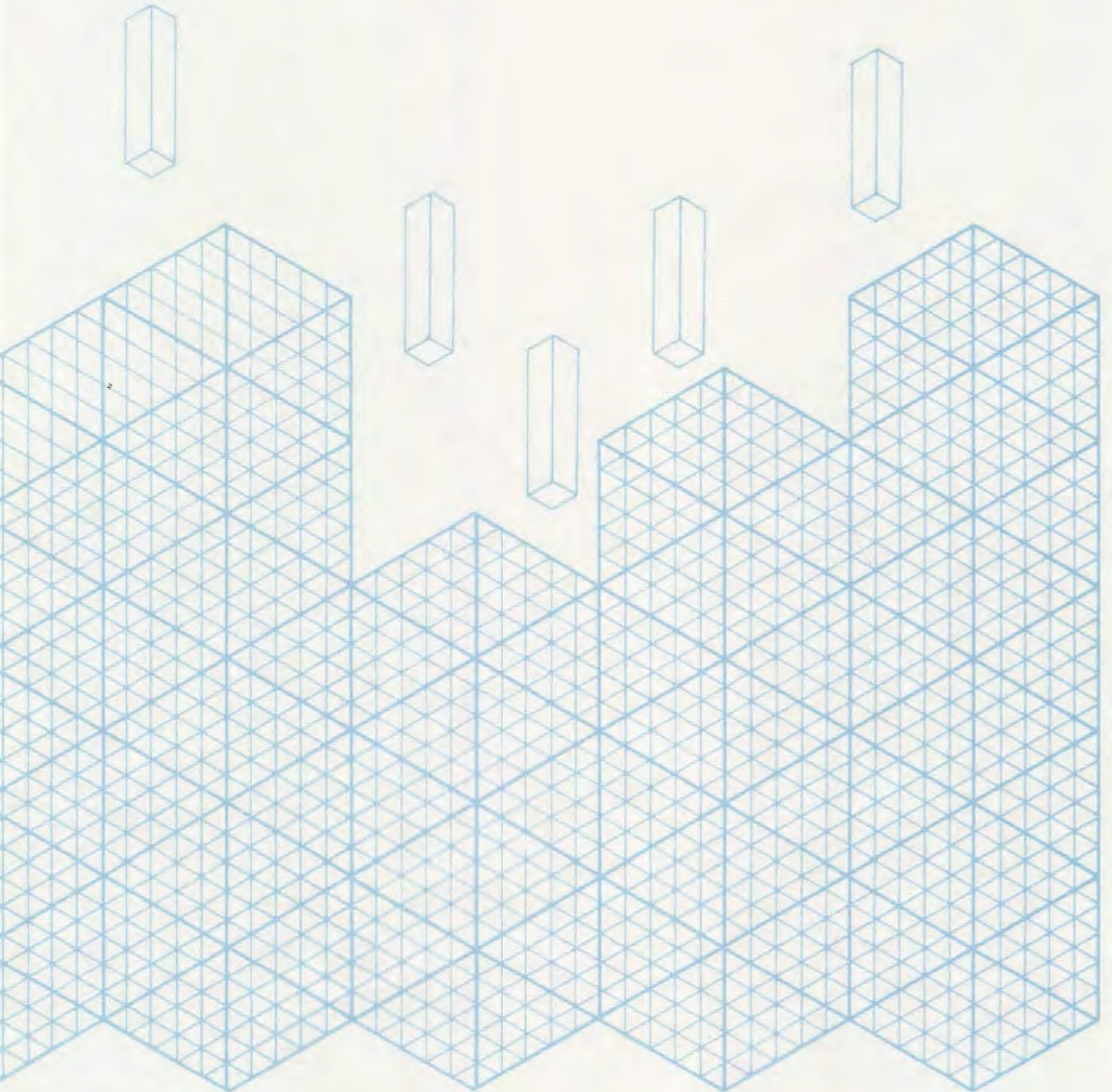


's-Gravenhage augustus 1985

EPIDEMIOLOGISCH

BULLETIN



Kwartaalschrift voor Basisgezondheidszorg en Onderzoek



# EPIDEMIOLOGISCH bulletin

## REDACTIE

Prof.dr. W.J. Schudel,  
psychiater  
Dr. A.H. Bergink,  
jeugdarts  
H.G.J. Nijhuis,  
arts-epidemioloog

Tekstverzorging:  
I. Verkade-Burger

Grafisch ontwerp:  
P.J.C. Martens

## SECRETARIAAT

Stafbureau Epidemiologie  
en Informatica  
GG en GD  
Hanenburglaan 284  
2565 HC Den Haag  
Telefoon:  
070 - 61 45 21

Het bulletin verschijnt  
viermaal per jaar en  
wordt toegestuurd aan  
huisartsen, specialisten  
en bestuurders in de  
gezondheidszorg in de  
gezondheidsregio  
Den Haag.

Op verzoek kan het aan  
andere belangstellenden  
worden toegestuurd.

Augustus 1985  
20e Jaargang NO 3.

EPIDEMIOLOGISCH

bulletin

# Inhoud

---

Voorwoord J.W.C. Rouw	4
GEZONDHEIDSPROBLEMEN VAN MIGRANTEN	7
Het ulcus pepticum bij jonge mannen J.J.M. Avezaat	7
Importziekten; Leefgewoonteziekten; Existentiele crisisproblemen; 'Onaangepastheid' van zorg H.G.J. Nijhuis	11
Migranten als patiënt: praktische zaken M.J.Th. Lutjenhuis	19
ADEMALCOHOL-ANALYSE ALS TEST VOOR RIJDEN ONDER INVLOED O.S. van Hees	25
Aangegeven gevallen van infectieziekten naar leeftijd en geslacht, Den Haag 2e kwartaal 1985	34

Eerst de laatste jaren is er een breder begrip ontstaan voor de specifieke problematiek van etnisch-culturele groepen in de Haagse samenleving. Het besef dat het verblijf van deze Haagse inwoners een permanent karakter draagt dan eerder veelal werd aangenomen heeft in de afgelopen jaren geleid tot een gericht gemeentelijk beleid om te komen tot een vermindering van de migrantenproblematiek.

*J.W.C. Rouw, hoofd van de sektor Volksgezondheid van de gemeente 's-Gravenhage.*

Het thans voorliggend Epidemiologisch Bulletin is voor een belangrijk deel gewijd aan epidemiologische beschouwingen en aanbevelingen over gezondheidsproblemen van migranten zowel vanuit de curatieve praktijk als vanuit het oogpunt van preventie.

In dit kader past een korte beschouwing over het gemeentelijk minderhedenbeleid zoals dat thans in Den Haag vorm krijgt en zoals dat zich richt op vele terreinen, waaronder volksgezondheid.

De bestuurlijke coördinatie van het gemeentelijk minderhedenbeleid berust bij de Wethouder van Maatschappelijk Welzijn en Volksgezondheid; de ambtelijke coördinatie bij het coördinatiepunt etnisch-culturele groepen binnen deze portefeuille. De inspraak in het gemeentelijk beleid vindt zoveel mogelijk gebundeld plaats via twee adviesraden, te weten de Adviesraad Surinamers en Antillianen (ASA) en de Adviesraad Buitenlanders (AB).

Momenteel behoort + 11% van de Haagse bevolking tot één van de etnisch-culturele groepen (zie de specificatie in tabel 1). Naar verwachting zal door

*Tabel 1. Specificatie inwoners gemeente 's-Gravenhage uit etnisch-culturele groepen per 1 januari 1984.*

<i>Etnisch-culturele groep</i>	<i>Aantal</i>
<i>Surinaamse Nederlanders</i> :	<i>24.740</i>
<i>Turken</i> :	<i>9.743</i>
<i>Marokkanen</i> :	<i>7.104</i>
<i>Antilliaanse Nederlanders</i> :	<i>3.119</i>
<i>Surinamers</i> :	<i>1.766</i>
<i>Woonwagewoonders</i> :	<i>1.000</i>
<i>Portugezen</i> :	<i>900</i>
<i>Tunesiërs</i> :	<i>650</i>
<i>Spanjaarden</i> :	<i>454</i>
<i>Joegoslaven</i> :	<i>311</i>
<i>Kaap Verdianen</i> :	<i>128</i>
<i>Vluchtelingen</i> :	<i>100</i>
<i>Grieken</i> :	<i>59</i>
<i>Totaal</i> :	<i>50.074</i>

*(Bron: Ontwerp-programma Etnisch-Culturele groepen 1985, Gemeente 's-Gravenhage)*



---

een hoger gemiddeld geboortecijfer deze bevolkingsgroep de komende jaren in verhouding nog verder toenemen.

In de nota "Culturele minderheden in Den Haag" zijn de gemeentelijke beleidslijnen uiteengezet. Deze nota werd na uitvoerige inspraak door organisaties van etnisch-culturele groepen in juni 1982 door de gemeenteraad vastgesteld. De nota constateert elkaar versterkende achterstanden op vele met elkaar samenhangende terreinen.

Zo is, in relatie tot de autochtone bevolking, in het bijzonder sprake van meer werkloosheid, grotere woningnood, onderwijsachterstand en zijn algemene voorzieningen voor de leden van etnisch-culturele groepen vaak onvoldoende toegankelijk. Door de afname van de economische groei is de achterstandsproblematiek verscherpt en dit heeft geleid tot maatschappelijke tegenstellingen waarin uitingen van discriminatie en racisme een voedingsbodem konden vinden.

Het tot stand brengen van een harmonieuze multiculturele samenleving zal vooral via wederzijdse acculturatie en integratie moeten plaatsvinden. Het gemeentelijk beleid gaat voorshands uit van een tweesporen aanpak. Hierbij wordt enerzijds de volledige en volwaardige deelname aan de Nederlandse samenleving bevorderd (algemene voorzieningen) en anderzijds de eigen inbreng in deze samenleving versterkt (zelforganisatie, categoriale instellingen).

Op het terrein van de gezondheidszorg is uitsluitend sprake van algemene voorzieningen, waarbij het gemeentelijk beleid zodanig voorwaardenscheppend moet zijn dat het gebruik van deze voorzieningen mede wordt afgestemd op de specifieke behoeften van leden van etnisch-culturele groepen. Daarbij moet overigens worden opgemerkt dat binnen de etnisch-culturele groepen, zowel naar land van herkomst als daarbinnen, aanzienlijke verschillen bestaan die vaak uiteenlopende benaderingen vereisen.

Als uitwerking van de nota "Culturele minderheden in Den Haag" werd in juni 1984 een deelnotitie "De gezondheidszorg in Den Haag gericht op de etnisch-culturele groepen" uitgebracht. Hierin wordt geconstateerd dat ook op het terrein van de gezondheidszorg sprake is van een achterstandssituatie, welke aanvullende maatregelen en een specifiek beleid gericht op de gezondheidszorg voor etnisch-culturele groepen rechtvaardig c.q. noodzaakt.

Met uitzondering van de collectief-preventieve zorg (cf. artikel Nijhuis) heeft de gemeente geen directe uitvoerende taken. Uitgangspunten bij het gemeentelijk beleid voor wat betreft gezondheidszorg ten behoeve van etnisch-culturele groepen zijn met name:

- het bevorderen van afstemming van hulpverlening op de specifieke behoeften van de allochtone patiënt;

- 
- het bevorderen van specifieke deskundigheid bij hulpverleners ten aanzien van de behandeling van leden van etnisch-culturele groepen (onder meer door bevordering communicatie - tolken(telefoons) - en anticipatie op cultuurbarrières);
  - het voorlichten van leden van etnisch-culturele groepen over de organisatie van de gezondheidszorg in Nederland en de eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid.

Het voorlichtende aspekt vindt thans vooral uitwerking via de coördinatiegroep etnisch-culturele groepen van het Stedelijk Orgaan ter bevordering van de G.V.O., waar de voorlichtingsactiviteiten van de verschillende deelnemende instellingen, organisaties en individuele hulpverleners op elkaar worden afgestemd en waar voorlichtingsmateriaal wordt ontwikkeld.

Ten aanzien van de gezondheidssituatie van de leden van etnisch-culturele groepen is te verwachten dat deze op middellange termijn vergelijkbaar zal kunnen zijn met die van de autochtone inwoners. De thans zich voordoende specifieke gezondheidszorgproblematiek bij migranten (importziekten, deficiëntieziekten, handicaps door in het land van herkomst doorgemaakte ziekten, onvoldoende vaccinatiegraad e.d.) is daarbij het snelst oplosbaar. Aanzienlijk langere tijd zal sprake zijn van specifieke psychosociale en psychiatrische gezondheidsproblemen. Deze zijn onder meer herleidbaar tot cultuurverschillen, tweede generatieproblematiek, stress veroorzaakt door maatschappelijke factoren en achterstandssituaties. Een geëigende hulpverlening is hierbij nog onvoldoende voorhanden. Tevens is duidelijk dat gezondheidszorg hier slechts ten dele aan kan bijdragen. Vooral is van belang dat maatschappelijke en materiële voorwaarden moeten worden gecreëerd waarin de verschillende culturen harmonieus naast en met elkaar kunnen leven in een multiculturele samenleving.

■



# Gezondheidsproblemen van migranten

## Het ulcus pepticum bij jonge mannen

J.J.M. Avezaat, huisarts  
in Den Haag.

### Casuïstiek

In een huisartspraktijk in de Schildersbuurt (huisartsen J. Avezaat, M. Lutjenhuis) werden in een relatief kort tijdsbestek een opvallend aantal ulcus pepticum patiënten gezien. De volgende medische casuïstiek is karakteristiek.

Patiënt A. is een 21-jarige Turkse man die sinds 1981 in Nederland verblijft. Hij woont in een pension en werkt bij een tuinder. Hij is getrouwd, zijn vrouw woont in Turkije. Zijn voorgeschiedenis vermeldt een ulcus duodeni in mei 1983. Met behulp van tagamet is hij in juli 1983 klachtenvrij.

Patiënt komt eind augustus 1983 op het spreekuur met vage bovenbuiksklachten, krampende pijnen en obstipatie. Na lichamelijk onderzoek wordt de diagnose spastisch colon gesteld. Hij krijgt dieetadviezen en pulveres spasmolitici. Hem wordt tevens geadviseerd het roken te staken.

Hij komt nog enkele malen terug met dezelfde vage klachten en uiteindelijk wordt in november opnieuw een röntgenfoto gemaakt, waarvan de uitslag luidt: sterk gedeformeerde bulbus duodeni met in de achterwand een actief ulcus duodeni. De patiënt krijgt zantac voorgeschreven. Hij staakt het werken.

Als in januari 1984 de klachten blijven bestaan wordt patiënt voor een gastroscopie naar de internist verwezen. Deze vindt een litteken in een gedeformeerde bulbus en adviseert werkhervatting. In juni 1984 komt hij weer terug op het spreekuur met dezelfde klachten.

De internist vindt een gastritis en adviseert langdurige tagametprofylaxe. De patiënt is tot op heden niet meer op het spreekuur gezien.

Patiënt B. is een 19-jarige Turkse jongeman die sinds 1979 in Nederland is. Hij is ongehuwd, evenals de vorige patiënt in een tuinderij werkzaam en woont in hetzelfde pension. Uit de gegevens van zijn vorige huisarts blijkt dat hij in 1981 een ulcus duodeni had.

In mei 1983 komt hij op het spreekuur met hevige maagpijn, braken, zuurbranden en ructus. 's-Nachts wordt hij wakker van de pijn, een glas warme melk geeft dan verlichting. Gezien zijn anamnese en zijn voorgeschiedenis wordt een maagfoto voorgesteld, die de patiënt afwijst omdat hij daar geen vrij voor zou krijgen en bang is ontslagen te worden. Hij krijgt dan, zonder verdere diagnostiek, tagamet voorgeschreven.

In september komt hij terug en wil "zijn beloofde foto". Deze wordt gemaakt en hierop zijn geen afwijkingen te zien. Hij krijgt dan suspensio antacida voorgeschreven.

In november gaat hij, buiten de huisarts om, naar een EHBO in verband met maagpijn. De internist verricht een gastroscopie en vindt een klein ulcus duodeni. Deze schrijft zantac voor en verwijst patiënt terug

naar de huisarts. Na enkele weken vertrekt de man naar Turkije wegens familieomstandigheden en is tot op heden niet teruggekeerd.

Patiënt C. is een 19-jarige Marokkaanse jongen. Hij komt in 1979 in het kader van de gezinshereniging samen met zijn moeder en 5 broers en zussen naar Nederland. Patiënt zit inmiddels op de Mavo en woont thuis. Hij rookt niet. Samen met zijn vader komt hij in januari 1984 op het spreekuur in verband met rugpijn, braken, zuurbranden en pijn op een lege maag.

De vader "eist" een verwijskaart. De aangevraagde maagfoto laat twee ulcera duodeni zien. Hij krijgt een Marokkaans maagdieet en tagamet waarna de klachten binnen drie weken zijn verdwenen. De na een maand gemaakte controlefoto levert alleen nog een gedeformeerde bulbus op.

#### Epidemiologie

Er is sprake van epidemisch voorkomen wanneer een ziekte zich voordoet met een frequentie die boven verwachting hoog is en welke bijzondere aandacht vraagt. In de huisartspraktijk waarin deze gevallen werden gediagnostiseerd werd in twee maanden tijd een ulcus pepticum geconstateerd bij 6 jonge migranten. In tabel 1 staat de opbouw van de praktijkbevolking naar afkomst.

Ofschoon het forse aandeel van migranten in de praktijk (87% van de 3.228 cliënten) het allochtone karakter van deze epidemie verklaart was het aantal van 6 wel zeer alarmerend. In een huisartspraktijk van deze omvang zou men rond de 10 gevallen per jaar verwachten (1)(2)(3). Het signaal was aanleiding om voor een jaar (juni 1983 - mei 1984) een beperkt beschrijvend onderzoek te doen naar de omvang van de problematiek en het karakter van de getroffen groep. Van een geval, dat wil zeggen een ulcus pepticum-patiënt, was sprake indien de diagnose was gesteld op basis van radiodiagnostiek of gastroscopie.

De resultaten van dit onderzoek staan weergegeven in de nevenstaande tabellen.

Met behulp van leeftijdspecifieke incidenties van het ulcus pepticum berekend in het Continue Morbiditeits Registratiesysteem Nederland (3) kan worden bepaald wat ongeveer mag worden verwacht aan ulcera in Nederland. Een vergelijking met deze endemische incidentie maakt zichtbaar in hoeverre sprake is van een opvallend hoge incidentie. In tabel 2 wordt deze vergelijking gepresenteerd. Uit betrouwbaarheids-overwegingen wordt alleen de incidentie van Turkse en Marokkaanse mannen vergeleken omdat in deze groep het voorkomen relatief het hoogst was.

Uit tabel 2 blijkt dat voor alle genoemde leeftijds-categorieën het risico om een ulcus pepticum te krijgen voor Turkse en Marokkaanse mannen hoger is dan

Tabel 1. Praktijkbevolking naar land van herkomst.

Land van herkomst	%
Turkije :	45.3
Marokko :	24.8
Suriname :	13.0
Nederland:	12.3
Elders :	4.6
Totaal :	100.0

Tabellen betreffende ulcus pepticum-patiënten welke werden gediagnostiseerd in een Haagse huisartsenpraktijk (3.228 cliënten) van juni 1983 t/m mei 1984.

Type ulcus	Aantal (%)
Ulcus ventric. :	1 (4)
Ulcus duodeni :	24 (96)
Totaal :	25 (100)

Afkomst	Aantal (%)
Turkije :	12 (48)
Marokko :	8 (32)
Suriname/Antil.:	2 (8)
Overige :	3 (12)

Geslacht	Aantal (%)
Mannen :	21 (84)
Vrouwen :	4 (16)

Leeftijd	Aantal (%)
< 14 jaar :	1 (4)
15-19 jaar :	3 (12)
20-24 jaar :	9 (36)
25-29 jaar :	- (-)
30-34 jaar :	5 (20)
≥ 35 jaar :	7 (28)

Gehuwd	Aantal (%)
Ja :	13 (52)
Nee :	12 (48)

Tabel 2. Waargenomen aantallen *ulcus pepticum* gevallen onder Turkse en Marokkaanse mannen in het onderzoeksjaar; de verwachte aantallen op basis van de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations (1975) naar leeftijd.

Leeftijd	<i>Ulcus pepticum</i>		Aantal mannelijke patiënten in de praktijk
	Waargenomen	Verwacht	
15-19 jaar:	3	0.1	165
20-24 jaar:	9	0.7	163
25-34 jaar:	2	0.6	151
35-44 jaar:	2	1.2	177
45-54 jaar:	3	0.5	82
Totaal :	19	3.1	738

voor de gemiddelde Nederlandse man.

Verder werd in het Continue Morbiditeits Registratiesysteem (3) de hoogste incidentie gevonden tussen 35 en 44 jaar, terwijl in deze huisartspraktijk in Den Haag dit het geval is bij 20-24 jarigen.

Voor alle leeftijden te zamen werd zes maal zo veel een *ulcus* patiënt aangetroffen dan mocht worden verwacht. Als we het toeval verdisconteren (de praktijkbevolking is uiteindelijk slechts een steekproef) dan rest met 95% betrouwbaarheid nog een viermaal zo hoge waarde.

Bij een beschouwing van alle tabellen te zamen valt nog het volgende op te merken. De patiënten vertonen nagenoeg uitsluitend *ulcera* in het duodenum. Zoals eveneens blijkt bij talloze eerdere observaties komt het *ulcus* voornamelijk voor bij mannen. Ofschoon een vergelijking met controles niet is gemaakt bestaat de indruk dat het percentage gehuwden in deze groep mannen laag is.

Het is duidelijk dat deze observaties afkomstig uit één huisartspraktijk, gedaan over één jaar, nopen tot enige reserve met betrekking tot generalisaties buiten en zelfs binnen de stad Den Haag.

De onderzoeksperiode is eveneens te kortstondig om te kunnen spreken van een langgerekt epidemisch beeld. Het zou belangwekkend zijn om een trendmatigheid over de jaren vast te stellen.

Wel kunnen we samenvattend stellen dat er serieuze aanwijzingen zijn in de gepresenteerde cijfers dat het *ulcus pepticum* bij Turkse en Marokkaanse jonge mannen een zeer ernstig gezondheidsprobleem vormt. Het is alarmerend genoeg om huisartsen te adviseren om bij bovenbuiksklachten of andere klachten met een vaag *ulcus* karakter bij deze groep jonge mannen de mogelijkheid van een *ulcus pepticum* ernstig te overwegen.

Het *ulcus pepticum* wordt beschouwd als een aandoening waarbij stressfactoren, welke bij spanningen langs psychosomatische mechanismen ontstaan, een rol kunnen spelen. Welke factoren van culturele en psychosociale aard de belangrijkste oorzakelijke rol spelen bij het

1. Fry J. *Common diseases: their nature, incidence and care*. Lancaster: MTP Press Limited, 1983.
2. Oliemans AP. *Morbiditeit in de huisartspraktijk*. Leiden: HE Stenfert Kroese, 1969.
3. Continue Morbiditeits Registratie Peilstations: jaarverslag 1975. Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht.

---

ontstaan van het ulcus bij Turkse en Marokkaanse jonge mannen in Den Haag is niet bekend. Er speelt een veelheid aan ongunstige omstandigheden welke voor een deel verantwoordelijk kunnen zijn: gescheiden van de familie; ongehuwd; armoede; werkloosheid; roken; normen- en waardenconflict; migratie naar de stad. Meer inzicht in het spel van oorzakelijke factoren, in de etiologie zou zowel de preventie van recidieven als de begeleiding van patiënten ten goede kunnen komen. De auteur van dit artikel streeft er dan ook naar om hiernaar nader onderzoek te starten. Wellicht is ook de registratie van het ulcus pepticum in het Haagse Huisartsregistratiesysteem dit jaar een waardevolle bron van informatie.

Aan de krachtenvelden, waarbinnen diverse groepen migrantenziekten (waaronder stress-ziekten) ontstaan en in welke orde van gezondheidszorg er preventief en curatief wat aan kan worden gedaan, wordt in het volgende hoofdstuk aandacht gegeven.

## Importziekten; Leefgewoonteziekten; Existentiele crisisproblemen; "Onaangepastheid" van zorg

H.G.J. Nijhuis, arts-  
epidemioloog, hoofd  
Stafbureau Epidemiologie  
en Informatica, GG en GD  
Den Haag.

Rond de 10% van de inwoners in Den Haag wordt bestempeld als migrant vanwege zijn of haar Turkse, Marokkaanse, Surinaamse of andere (sub-)tropische afkomst. Deze bevolkingsgroep vertoont naar aard of frequentie van voorkomen een aantal gezondheidsproblemen welke typisch voor migranten kunnen worden genoemd. Het karakter van deze typische problemen loopt zeer uiteen in achtergrondfactoren, ontstaanswijze en medische uitingsvorm. Sommige zijn qua etiologie en pathologie vrij volledig begrepen, bij andere is de ontstaanswijze duister en is onduidelijker met name wat ter preventie kan worden gedaan.

Hier wordt een indeling van aandoeningen gegeven welke migrantengezondheidsproblemen zodanig groepeerd dat overzicht en inzicht ontstaat in de karakteristieke ontstaanswijze per categorie. De indeling kan enig houvast bieden inzake mogelijkheden van curatie en preventie van deze aandoeningen en geeft een taakverdeling aan in de gezondheidszorg te Den Haag voor het welzijn van Turken, Marokkanen, Surinamers en andere migrantengroepen. Een harmonieuze sociaal-culturele integratie van migrantengroeperingen in de Nederlandse samenleving komt daarbij als een mogelijke (passieve) uiteindelijke oplossing van problemen aan de orde.

De indeling in vier categorieën problemen wordt geïllustreerd door schematische voorstellingen van een paradigma van het krachtenveld waarbinnen een toestand van gezond, respectievelijk ziek zijn ontstaat. In de schema's worden voorbeelden uit de vier categorieën gegeven met daarbij de situatie in het thuisland en in Den Haag. Een status van (on)gezondheid (centrum van de cirkel) wordt opgevat als de resultante van de input vanuit vier krachtenvelden (periferie van de cirkel) te weten:

1. constitutie;
2. milieu (fysisch/biologisch en sociaal-cultureel);
3. leefgewoontes;
4. gezondheidszorg (preventief; curatief; revaliderend).

Door arcering van een veld wordt aangegeven dat er ziekte of problematiek bestaat en in welk krachtenveld dit primair tot stand is gekomen. Primair wil zeggen dat binnen het dikwijls multicausale complex het betreffende krachtenveld als de belangrijkste causaliteit voor de ziekte wordt beschouwd. Bij de meeste infectieziekten bijvoorbeeld is het biologisch milieu het primaire krachtenveld (agens), terwijl constitutie (afweer), leefgewoontes (hygiëne) en gezondheidszorg (vaccinatie, antibiotica) eveneens een rol spelen.

Het primaire krachtenveld van een probleem vormt meestal het beste aangrijpingspunt voor gezondheidszorg.

Naast de karakterisering van de vier groepen problemen worden de mogelijke oplossingen aangeduid en de



Schematische voorstelling  
van de krachtenvelden van  
gezondheid.

adequate hulpverleners of instellingen genoemd. Een en ander nadrukkelijk steeds in het perspectief van gezondheid van migranten en niet van Nederlanders.

## ■ IMPORTZIEKTEN

### Karakterisering

Onder importziekten verstaan we ziekten welke in het thuisland reeds aanwezig waren in het organisme en met de migrant meeverhuizen naar Nederland.

Tot deze categorie behoren voornamelijk infectieziekten waarvan de besmetting (de infectie) in het thuisland heeft plaatsgevonden en welke hier wederom of voor het eerst klinisch manifest worden (bijv. schistosomiasis; tuberculose; malaria, worminfecties). Het kan echter ook niet infectieuze aandoeningen betreffen (bijv. thalassemie). Ook restanten van doorgemaakte ziekten in het thuisland zijn importziekten (bijv. polioverlammingen; hartklepafwijkingen na reuma of roodvonk; hepatosplenomegaliën; rachitische skeletafwijkingen).

Een onvoldoende vaccinatiestatus bij binnenkomst, welke predisponeert tot difterie, kinkhoest, tetanus en polio, kan eveneens tot de importziekten worden gerekend.

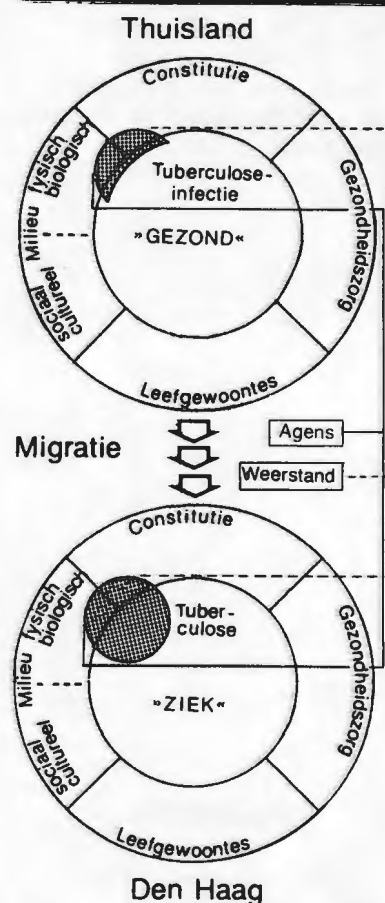
Het nevenstaande schema laat zien dat in het thuisland reeds sprake was van een subclinische tuberculoseinfectie welke primair afkomstig is uit het biologisch milieu (agens-gastheer). Na migratie manifesteert tuberculose zich voor het eerst of opnieuw door verminderde weerstand.

### Oplossingen

Oplossingen voor importziekten liggen voornamelijk in de medisch curatieve sfeer. Het is zaak om tijdig de diagnose te stellen voor de somtijds voor de Nederlandse arts vreemde allochtone beelden. Vervolgens zijn aan de orde een adequate medische behandeling of het beperken van de reeds ontstane gebreken tot een minimum (bijv. hartklepafwijkingen; meningitisresten).

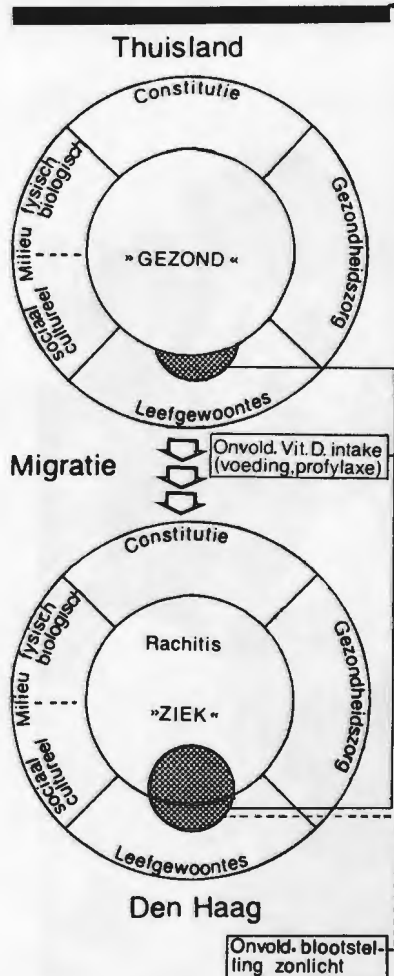
Deze oplossingen behoren tot het taakgebied van de primair curatieve hulpverlener i.c. de huisarts en de specialist. Voor sommige hier relatief onbekende importziekten is bijscholing nodig voor artsen die veel migranten in hun cliënteel hebben. Dit komt tijdige diagnostiek en adequate behandeling ten goede. Op het gebied van vroegdiagnostiek van importziekten en vaccinatie (DKTP, mazelen, rubella) worden bijdragen verwacht van jeugdartsen van de Consultatiebureaus voor Zuigelingen- en Kleuters en de Schoolgeneeskundige Centra. Ook hier geldt het belang van bijscholing.

Het Consultatiebureau voor Tuberculosebestrijding levert een preventieve bijdrage aan de tuberculosebestrijding d.m.v. BCG-vaccinatie van migrantenkinderen. Voorlichting aan migranten over vroege herkenning van



Etiologie van importziekten: het voorbeeld van tuberculose.





Etiologie van leefgewoon-  
teziekten: het voorbeeld  
van rachitis.

importziekten (bijv. tuberculose) en het bestaan van bovengenoemde voorzieningen (bijv. Consultatiebureau voor Tuberculosebestrijding) zijn eveneens bijdragen tot de oplossing.

## ■ LEEFGEWONTEZIEKTEN

### Karakterisering

Leefgewoonteziekten zijn aandoeningen welke oorzakelijk samenhangen met leefgewoontes of andere factoren thuis, welke dikwijls als onderdeel van het micro-milieu van migranten zijn meeverhuisd vanuit het thuisland.

Tot deze groep behoren aandoeningen welke verband houden met inadequate voedingsgewoontes: deficiëntieziekten (bijv. rachitis; anaemieën); ondervoeding; over- of wanvoedingsproblematiek (bijv. cariës; vetzucht).

Onder de infectieziekten kunnen de met ongunstige leefomstandigheden samenhangende aandoeningen hiertoe worden gerekend (bijv. gastro-enteritis; hepatitis A; hoofdluis).

Perinatale problematiek van kindergeneeskundige of obstetrische aard welke te maken heeft met bepaalde ongunstige moederschapsgewoontes, behoort eveneens tot deze categorie.

Ook ongevallen thuis voor zover te wijten aan onbekendheid met het nieuwe Nederlandse huishouden zijn er onderdeel van (bijv. intoxicaties; brandwonden; glaswonden).

Het schema laat zien hoe na migratie rachitis gaat ontstaan onder invloed van voor de omstandigheden inadequate leefgewoontes met betrekking tot de Vit. D-huishouding (blootstelling aan zonlicht; profylaxe en voeding).

### Oplossingen

De ziekten worden, zijn zij eenmaal klinisch manifest geworden en ontdekt, behandeld in het curatieve hulpverlenings-circuit (huisarts, specialist).

De preventieve gezondheidszorg evenwel kan bij deze categorie problemen een zeer belangrijke rol spelen. Het oogmerk van de preventie is daarbij het veranderen van risicodragende leefgewoontes. Het middel bij uitstek om riskante gewoontes te veranderen is de GVO.

De GVO met betrekking tot voor de omstandigheden inadequate leefgewoontes van migranten dient o.a. plaats te vinden in de spreekkamer van de huisarts, de tandarts en de specialist. Met name is een goede gelegenheid het moment waarop zich aan de gewoonte gerelateerde ziekten voordoen (bijv. cariës -snoepen). Naast het persoonlijke gesprek bij deze gelegenheid kan rondom de spreekkamer of in het ziekenhuis ook via andere media worden geleerd over gezonde leefgewoontes op andere gebieden (bijv. via posters, folders, video).



De GVO over ongunstige leefgewoontes is bij uitstek een onderwerp van de instituten voor preventieve gezondheidszorg in de stad Den Haag: Consultatiebureaus voor Zuigelingen- en Kleuters; Afdelingen van de GG en GD (Jeugdgezondheidszorg; Jeugd tandzorg; Infectieziektenbestrijding); Bureau Gezondheidsvoorlichting van de Gemeente. Met name aan deze instituten is het om naast de GVO tijdens contacten met ouders of kinderen initiatieven te ontwikkelen om te komen tot een georganiseerde GVO-aanpak welke zich tevens richt op groepen migranten. In dergelijke preventieve programma's kunnen curatieve hulpverleners worden betrokken.

De Coördinatiegroep "GVO Gericht op Etnisch-culturele Groepen" (Gemeentesecretarie, Den Haag) heeft een dergelijke taak op zich genomen.

Acculturatie speelt bij de aanpassing van een aantal riskante leefgewoontes en daardoor bij de oplossing uiteraard een belangrijke rol.

Het is waarschijnlijk dat de in allochtone leefgewoontes gevestigde problematiek zich door acclimatisering aan het Nederlandse klimaat op den

*GEZONDHEIDSVORLICHTINGSMATERIAAL*

*te bestellen bij:*

*Bureau Gezondheidsvoorlichting  
Burg. de Monchyplein 14  
2585 BD Den Haag  
tel.: 070 - 12 26 15*

duur spontaan zal oplossen. Zo wordt bijvoorbeeld de beginnende teruggang in de rachitisproblematiek bij migranten aan dit sociaal-cultureel proces toegeschreven. Het blijft evenwel zaak de slachtoffers van de leefgewoonteziekten tot een minimum te beperken door de aanpassing van de risicogewoontes zo snel mogelijk te laten plaatsvinden.

### ■ EXISTENTIELE CRISISPROBLEMEN

#### Karakterisering

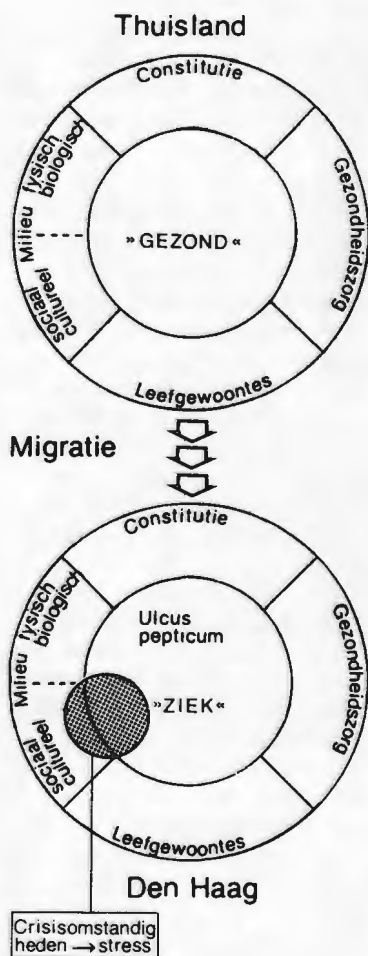
Onder deze categorie worden in deze context verstaan de problemen welke oorzakelijk samenhangen met de existentiële crisis en de daaruit voortkomende psycho-sociale stress welke migranten ervaren vanwege de sociaal culturele situatie in Nederland.

Migranten ervaren in ons land een complex van sociaal-culturele voor hen vreemde omstandigheden welke achtereenvolgens kunnen leiden tot moeilijk oplosbare conflicten, tot spanning, tot stress, tot decompensatie en tot gezondheidsproblematiek.

Omgevingsfactoren welke een dergelijke invloed kunnen hebben zijn: onzeker toekomstperspectief; arbeidssituatie; werkloosheid; armoede; huisvesting; seksueel klimaat; vreemde normen- en waardenpatroon; discriminatie. Bij de personen waarbij blootstelling aan deze existentiële omstandigheden leidt tot stress hangt het van zeer individueel tot cultuur bepaalde verwerkingsmechanismen af tot welke soort ziekte of problematiek de crisis uiteindelijk leidt. Voor mannen werkt het anders dan voor vrouwen, voor Turken anders dan voor Marokkanen, voor plattelanders anders dan voor stedelingen, voor Ahmed anders dan voor Ali. De depressies die dikwijls op den duur ontstaan kunnen zich in allerlei vormen manifesteren: slaapstoornissen; obstipatie, alcohol- en drugs-misbruik; suicide wensen; hoofdpijn, rugpijn, buikpijn; ulcus pepticum. In dit perspectief zou men het veelvuldig voorkomen van geslachtsziekten eveneens tot een uitwas van de existentiële crisis kunnen rekenen.

Indien sprake is van een objectiveerbaar somatische ziekte ten gevolge van stress spreken we van een psycho-somatische aandoening. Een voorbeeld hiervan is het ulcus pepticum. Leidt de crisis tot chronische klachten van somatische aard zonder dat duidelijke afwijkingen worden gevonden dan spreekt men wel van somatische fixatie van problemen. Naar de stellige indrukken van hulpverleners welke veel in contact komen met migranten vormt de psycho-sociale problematiek (inclusief de psycho-somatische varianten en beelden van somatische fixatie) het grootste en moeilijkste deel van de gezondheidsproblematiek van deze groep mensen.

Ook de "tweede generatie problematiek" is geworteld in soortgelijke sociaal-cultureel vervreemdende omstandigheden. Deze problematiek is evenwel eerder van sociale dan van medische aard.



Etiologie van crisisproblemen: het voorbeeld van het ulcus pepticum.

Ter illustratie wordt in het schema op blz. 15 het voorbeeld van het ulcus pepticum, gesitueerd in het krachtenveld, uitgebeeld.

### Oplossingen

Diagnostiek en behandeling van manifeste psychische of psycho-somatische problematiek vindt plaats in het normale curatieve circuit i.c. de huisarts; de medisch specialist; de psychiater of psychotherapeut; de RIAGG-hulpverlener; de maatschappelijk werker. Dikwijls zal bij interventie in dit circuit sprake zijn van symptoombehandeling (bijv. psychotherapie; ulcus-kuur). De mogelijkheden om vanuit de gezondheidszorg de onderliggende oorzaken te bewerken, dat wil zeggen de sociaal-culturele omstandigheden of de perceptie hiervan gunstig te beïnvloeden, zijn zeer beperkt. In sommige gevallen kan de hulpverlener een rol spelen bij het bewerkstelligen van sociale maatregelen (bijv. huisvesting; uitkering). Ook secundaire therapiefactoren (bijv. mobiliseren van hoop en positieve verwachting) kunnen een gunstige invloed hebben op de verwerking van de crisis. Andere voorbeelden van zorg die een gunstige invloed hebben op het verwerken van stress zijn trainingen gericht op ontspanning (bijv. tegen hyperventilatie) of op verhoging van de weerbaarheid. De mogelijkheden van causale therapie (zo men van therapie wil spreken) of primaire preventie (d.w.z. het voorkómen door het elimineren van de oorzakelijke omstandigheden) liggen echter bij veel existentiële problemen meer op het pad van de politicus en de sociale hervormer dan van de gezondheidszorgwerker. Wel kunnen vanuit de gezondheidszorg politieke en bestuurlijke niveaus krachtig aangesproken worden over het belang van een harmonieuze integratie van migranten in onze samenleving voor hun gezondheid. Langs deze weg van beïnvloeding en drukuitoefening zijn wel causaal therapeutische maatregelen te bewerkstelligen. Een harmonieuze integratie van migranten, die hier besluiten te blijven, zal de uiteindelijke oplossing brengen voor deze categorie gezondheidsproblematiek. Harmonieuze integratie wil zeggen dat aanpassingen plaatsvinden bij beide partijen, aan de zijde van de migranten én aan de zijde van de Nederlandse samenleving. Wat het laatste betreft lijkt het proces van acceptatie dat Nederland een pluriforme samenleving aan het worden is nog lang niet voltooid. Het valt te vrezen dat, gezien de traagheid van het maatschappelijke proces van acculturatie, existentiële crises veel leed en slachtoffers zullen veroorzaken. Preventieve maatregelen uitgaande van de gezondheidszorg (bijv. door middel van GVO) laten zich m.i. nauwelijks of niet effectueren. De mogelijkheden lijken te zijn beperkt tot het bevorderen van vroege herkenning, adequate duiding van aan de crisis verwante problemen en een vroegtijdige behandeling. De behandeling dient zich daarbij nadrukkelijk niet alleen te richten op de medische aspecten maar moet

### Geraadpleegde literatuur:

- \*De gezondheidszorg in Den Haag gericht op de etnisch culturele groepen, een deelnotitie en actieplan. Gemeentesecretarie 's-Gravenhage: 1984.
- \*Donovan JL. Ethnicity and Health: a Research Review. Soc Sci Med 1984; 19: 663-70.
- \*Winter ER. Vierde wereld epidemiologie in Nederland. Med Contact 1984: 1167-9. Jaarverslag 1983 's-Gravenhaagse Vereniging tot bestrijding der tuberculose.
- \*Hoolboom H, Broekx G, Croes HF ea. Gezondheidszorg en buitenlandse werknemers: Turken en Marokkanen. Alphen aan den Rijn: Stafleu, 1980.
- \*Kennis en gedrag m.b.t. rachitis en vitamine D-profylaxe onder eerste-generatie immigranten: beschrijving van de bestaande situatie; evaluatie van een geluid-dia-serie in een huisartsenpraktijk. Werkgroep GVO voor Etnische Groeperingen; GG en GD, Staf-bureau Epidemiologie en Informatica. Den Haag: 1983.
- \*Egger RJ, Hulshof KFAM, Kistemaker C ea. Voedingsonderzoek in 's-Gravenhage: voeding en voedings-toestand van 8-9 jarige Surinaams-Hindoestaanse en Nederlandse school-meisjes in twee wijken Valkenboskwartier en Transvaalkwartier in 1981. Voeding 1982; 43 no 2: 49-53.
- \*Verveen-Keulemans EM. Buitenlandse kinderen in de Jeugdgezondheidszorg. Tijd Soc Geneeskd 1979; 57: 21-9.

- \*Doornbos JPR, Nordbeck HJ. *Perinatal mortality: obstetric risk factors in a community of mixed ethnic origin in Amsterdam*. Proefschrift. Dordrecht: ICG Printing, 1985.
- \*Gezondheidszorg voor ethnische minderheden: symposiumverslag. Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg TNO Leiden 's-Gravenhage: Distributiecentrum Overheidspublikaties, 1982.
- \*Nijhuis HGJ, Zoethout HE, Jong de GM. *De terugkeer van een volksziekte: rachitis*. *Epidemiol Bul 's-Gravenhage* 1982; 17: 7-15.
- \*Nijhuis HGJ. *De antirachitiscampagne te Den Haag 1983-84: bespreking van een basisgezondheidszorgprogramma*. *Epidemiol Bul 's-Gravenhage* 1985; 20: 8-19.
- \*Ziektebeleving en ziektegedrag bij mediterrane werknemers: medische en cultureel antropologische beschouwingen. Gemeenschappelijke Medische Dienst. Amsterdam: Stafafdelingen Opleidingen, 1983.
- \*Depressie bij ethnische minderheden in Nederland: symposiumverslag. Utrecht Ciba Geigy, 1984.
- \*Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg voor migranten te 's-Gravenhage (in casu Surinamers, Antillianen, Turken en Noord-Afrikaanse Mediterraneanen). RIAGG Noordhage, Westhage en Zuidhage. Den Haag: ASG Zoetermeer, 1985.
- \*Dingen BWAM, Sieval ZM. *Turkse en Marokkaanse vrouwen in de verloskundige praktijk*. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1982; 126: 1959-62.

vanaf het begin ook de psycho-sociale omstandigheden erbij betrekken. Curatieve hulpverleners dienen daartoe goed geïnformeerd te worden over de omvang van deze psycho-sociale problematiek en de vele varianten van de uitingsvorm. Juist in deze categorie aandoeningen staan de problemen van culturele "onaangepastheid" van zorg (wederzijds begrip; therapeutische omgang; communicatie) een optimale behandeling en begeleiding in de weg. Hieraan wordt aandacht gegeven in het hierna volgende.

## ■ "ONAANGEPASTHEID" VAN ZORG

### Karakterisering

Onder het begrip "onaangepastheid" van zorg worden verstaan de problemen welke samenhangen met de culturele discongruentie tussen het Nederlandse gezondheidszorgsysteem en het gezondheidsdenken en -gedrag van migranten (traditionele geneessystemen).

Artsen en andere hulpverleners in Nederland benaderen de patiënt en zijn probleem op basis van een geheel eigen, in de westerse cultuur geworteld medisch denken en doen. Voor de autochtone patiënt, deelgenoot aan dezelfde cultuur, is dit gepast. Meestal bestaat er wederzijdse acceptatie en begrip met betrekking tot de perceptie van de ziekteoorzaak (biologisch of sociaal-medisch); de uiting van de ziekte; het functioneren van het zorgsysteem (bijv. altijd eerst de huisarts; afspraak-systeem). De taal speelt bij al deze zaken in de arts-patiënt interactie een zeer belangrijke rol.

Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen (en daarbinnen allerlei subgroepen) denken, voelen en gedragen zich in zaken van gezondheid in sommige opzichten anders dan autochtone Nederlanders. Dit betreft het duiden en beleven van de oorzaken van bepaalde ziektes (soms magisch-religieus in plaats van modern medisch); het verwerken en uiten van problemen (bijv. somatische fixatie bij psychisch lijden; buikpijnklachten bij anticonceptiewens); allerlei alledaagse praktijken in de gezondheidszorg (bijv. direct naar de eerste hulp van het ziekenhuis; op tijd komen); ingeslopen routines van zorg (bijv. vitamine AD-profylaxe; CB-bezoek). Het spreken van een andere taal bemoeilijkt uiteraard alle aspecten van het hulpverleningsproces.

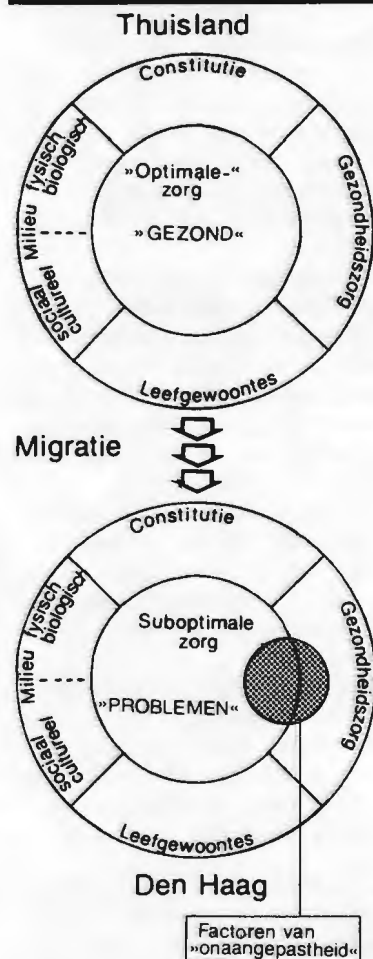
De culturele verschillen tussen het universum van de Nederlandse gezondheidszorg en het gezondheidsuniversum van de migrant impliceert suboptimale zorgverlening, frustratie en onder-utilisatie van bepaalde voorzieningen vooral bij groepen die nog maar kort in ons land verblijven (bijv. onderdelen van zuigelingen-en kleuterzorg; prenatale zorg) en over-utilisatie van andere (bijv. eerste-hulp ziekenhuis). De problemen van "onaangepastheid" van gezondheidszorg betreffen vanzelfsprekend de gehele curatieve en preventieve zorg voor de aandoeningen genoemd onder



importziekten, leefgewoonte-aandoeningen en vooral crisisproblemen.  
Het schema van problemen van "onaangepastheid" wordt hiernaast weergegeven.

### Oplossingen

Aan de zijde van de migranten kan voorlichting over het functioneren van de Nederlandse (Haagse) gezondheidszorg opvattingen en gedrag gunstig beïnvloeden. Het is aan alle hulpverleners en instellingen hieraan bijdragen te leveren (bijv. brochure "Informatie Gezondheidszorg Den Haag" uitgave Bureau gezondheidsvoorlichting Gemeentesecretarie). Aan de andere kant echter zijn een aantal aanpassingen binnen de Haagse gezondheidszorg noodzakelijk gebleken: voorlichting respectievelijk instructies in de allochtone taal (tolktelefoon); deskundigen en extra-menskracht voor leefgewoonteziekten (GVO-ers) en crisisziekten (voorlichters, psychiaters, maatschappelijk werkers). De problemen welke voortvloeien uit de "onaangepastheid" van zorg vragen veel tijd om opgelost te worden. Bij de toewijzing van geld en menskracht zou hiermee voor alle instituten van gezondheidszorg rekening moeten worden gehouden: aangepaste tariefstelling in eerste en tweede lijn (huisartsen-, RIAGG-consulten); aangepaste normering voor migrantenbuurten voor collectief preventieve zorg (bijv. Afdeling Jeugdgezondheidszorg; Zuigelingen- en Kleuterzorg). Evenals bij existentiële crisisproblematiek kan men stellen dat in het acculturatieproces de migranten de problemen van "onaangepastheid" van zorg zullen "wegleven". Echter de frustraties en het leed die er door worden veroorzaakt en ons respect voor andere culturen dienen de aanzet te vormen voor het zo goed mogelijk aanpassen van de Haagse gezondheidszorg aan de aanwezigheid van 45.000 migranten in de stad.



Krachtenveld van "onaangepastheid" van zorg.

## DEN HAAG sağlık hizmeti hakkında bilgiler

Sağlığımız:	
- ev doktoru	6
- eczane	8
- hastahane	9
- dış doktoru	12
- haç birliği	15
Doğum:	
- doğum yardımcısı, ebe	17
- lohusa yardımı	18
Çocuklarınızın sağlığı:	
- konsültasyon bürosu	20
- okul doktoru	21
- çocuk dış doktoru	22
Ek bilgi:	
- tüberkülos araştırması	24
- yurt dışında tatil	25
- adres listesi	26

### On Bilgiler

## Informatie gezondheidszorg DEN HAAG

Uw gezondheid:	
- de huisarts	6
- de apotheek	8
- het ziekenhuis	9
- de tandarts	12
- de kruisvereniging	15
Zwangerschap:	
- de verloskundige	17
- de kraamhulp	18
De gezondheid van uw kinderen:	
- het consultatiebureau	20
- de schoolarts	21
- de jeugd tandarts	22
Extra informatie:	
- TBC onderzoek	24
- vakantie in het buitenland	25
- adressenlijst	26

### Informatie

## معلومات العناية الصحية دينهاج

صحتك:	
- طبيب المنزل	6
- الصيدلية	8
- المستشفى	9
- طبيب الأسنان	12
- جمعية الصليب	15
الحمل:	
- المولدة	17
- المرضة المساعدة للمولدة	18
صحة أطفالك:	
- مكتب الاشارة الصحية	20
- الطبيب المدرسي	21
- طبيب أسنان الأطفال	22
معلومات اضافية:	
- فحص مرض السل	24
- العطلة في الخارج	25
- لائحة العناوين	26

### ... حول معلومات المرضى حول



## Migranten als patient: praktische zaken

M.J.Th. Lutjenhuis, huis-  
arts in Den Haag.

In dit hoofdstuk van "gezondheidsproblemen van migranten" wordt op basis van eigen ervaring een greep gedaan uit praktische zaken welke van belang zijn voor een gepaste omgang met de "buitenlandse" patiënt. Op voorhand benadrukken we dat de "buitenlandse" patiënt eigenlijk niet bestaat. Men kan noch de mensen en hun gedrag noch de wijze waarop een arts, therapeut of verpleegkundige hem zou moeten benaderen veralgemeniseren. Net zo min als men kan spreken van de Nederlandse patiënt kan men spreken van de Turkse of Marokkaanse laat staan van de "buitenlandse" patiënt.

### Afspraken maken

Meer dan bij Nederlandse patiënten zal men bij migranten geconfronteerd worden met "te laat komen" of "niet op afspraak verschijnen". Redenen waarom deze zaken mislopen zijn:

- migranten hebben vaak een ander tijdsbegrip;
- zij hechten een groter belang aan familiezaken of onverwacht bezoek thuis;
- misverstanden door o.a. slechte verstaanbaarheid door de telefoon;
- niet begrijpen door o.a. analfabetisme en slecht kloklezen.

Praktische tips ter verbetering zijn:

- afspraak uitleggen met behulp van het tekenen van een klok;
- het gebruik van 10 minuten na of achter negen is beter dan "over".
- afspraken maken op hele en halve uren bij analfabeten;
- leg steeds opnieuw uit dat men zonodig moet afbellen of afmelden.

### Ziekenfondskaarten

Problemen waar men bij de ziekenfondskaarten alert op moet zijn:

- de verkeerde kaart bij de verkeerde persoon (illegalen komen soms met kaarten van vrienden; verwisseling door de aanwezigheid van meerdere gezinnen in een huis; analfabeten kunnen niet lezen);
- verwisseling van voor- en achternaam (hetgeen kan leiden tot doublures in het kaartstelsel);
- vrouwen behouden soms hun meisjesnaam na een huwelijk;
- onjuiste geboortedata (jongens zijn vaak jonger, meisjes ouder);
- kaart verlopen (uitschrijving in verband met vakantie waarna geen nieuwe inschrijving plaatsvindt; nieuwe werkgever, die verzuimt te verzekeren);
- adreswijzigingen worden niet doorgegeven.

### Tijdsreservering

In sommige gevallen vraagt een consult meer tijd vanwege:

- de taal- en cultuurbarrière;
- men komt met meerderen tegelijk (bijv. de potentieel zieken: vader kan niet steeds opnieuw vrij nemen);

- 
- naast de directe (medische) aanleiding worden vaak sociale problemen aangeroerd.

Men lette bij de begroeting en de anamnese op de volgende punten:

- vaak begroet men eerst de man, vervolgens de zo(o)n(en) en daarna de vrouw;
- bij de begroeting is handen- en tijdens de anamnese ogencontact belangrijk;
- in het spraakgebruik moet men zich aanpassen aan de (peilbare) kennis van het Nederlands (geen lange zinnen);
- vermijd ja- en neen-vragen (de beleefdheid gebiedt om op hetgeen men niet begrijpt met ja te antwoorden);
- hard praten of schreeuwen wordt opgevat als agressief;
- men richt zich vaak eerst op de man maar moet niet nalaten de reacties van de vrouw te observeren;
- klachten en symptomen vóór de duidelijkheid bij het eigen lichaam aanwijzen;
- niet teveel afgaan op de genoemde plaats ("maag" is alles onder de ribben, dus ook de blaas);
- patiënten praten niet openlijk over taboeplaatsen; beter is het deze simpelweg aan te wijzen tijdens het onderzoek;
- klachten altijd onderzoeken; beter is pas tijdens het onderzoek te vragen waar de klacht zit;
- nooit vragen naar "problemen" of "spanningen"; vraag naar "veel denken" waarna een gerichte psychosociale anamnese kan volgen;
- gebruik de tolktelefoon bij de anamnese, vooral bij meer ingewikkelder probleemstellingen.

Begroeting, anamnese



Men heeft nogal eens de neiging om de klachten zeer ongedifferentieerd en uitgebreid te vertellen, hetgeen imponeert als aggraving. Voor de breedvoerigheid zijn echter verschillende redenen aan te wijzen:

- het is lang niet altijd eenvoudig om de klachten te duiden en op hun juiste waarde te schatten;
- de angst om niet verstaan of begrepen te worden;
- de angst om niet serieus genomen te worden;
- de hoofd- en bijzaken worden door elkaar gehaald;
- men wil de arts overtuigen dat men echt ziek is (bijv. bij een controlerend geneeskundige of in beroepszaken).
- men poogt de arts zo goed mogelijk te helpen, dus men vertelt alles "overduidelijk".

Klachtenpatroon



Over een aantal problemen zal men niet makkelijk klachten presenteren omdat ze in de taboe-sfeer liggen. Men krijgt bijvoorbeeld moeizaam spontane meldingen over:

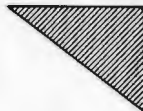
- menstratieklachten (wordt vaak "buikpijn");
- afscheiding, seksuele problemen (wordt vaak "buikpijn" of "pilproblemen");
- mishandeling en gezinsproblemen (wordt vaak "hoofdpijn" of "buikpijn").

---

Om toch een zo valide mogelijk beeld te krijgen, met name uit de anamnese, kan het volgende behulpzaam zijn:

- een korte anamnese voor en een langere tijdens het lichamenlijk onderzoek.
- begin met iemand de bevestiging te geven dat men gelooft dat hij/zij ziek is en verricht dan een vrij uitgebreid onderzoek, terwijl de anamnese doorgaat (iemand die weet altijd goed nagekeken te worden en serieus genomen zal minder de neiging hebben te "overdrijven");
- wanneer over gynaecologische zaken wordt gesproken moet men de man wegsturen met de mededeling dat nu "vrouwenzaken" aan de orde zijn;

Onderzoek



Het lichamenlijk onderzoek is een belangrijke gebeurtenis binnen de interactie tussen arts en patiënt, waar veel aandacht aan moet worden gegeven. De arts moet ernaar streven altijd een onderzoek te doen. De volgende redenen rechtvaardigen een dergelijk optreden:

- de patiënt voelt zich dan pas serieus genomen;
- men kan de discrepantie tussen anamnese ("maagpijn") en onderzoek ("urine­weginfectie" of "adnexitis") wegnemen;
- men doet "toevals"-bevindingen welke vanwege het taboe-karakter niet zijn genoemd;
- wanneer geen onderzoek is gedaan "weet de dokter niet wat er aan de hand is en helpen dus de medicijnen niet".

Er spelen bij het lichamenlijk onderzoek een aantal gevoeligheden welke de arts moet onderkennen:

- de arts gaat mee achter het gordijn en wijst aan wat "uit" moet (anders gebeurt er soms niets);
- deur of gordijn moet hermetisch dicht;
- begin bij het zieke lichaamsdeel ("waar is de meeste



- 
- pijn"; "help even aanwijzen"; "help de dokter");
  - niet alles wat te berde wordt gebracht hoeft in één consult te worden onderzocht en behandeld; uitleggen dat de andere problemen de volgende keer aan bod komen of vanzelf overgaan is belangrijk;
  - het V.T. moet soms in fases gebeuren over meerdere consulten verspreid, laat de rok over de knieën hangen;
  - tijdens de Ramadan mag men geen V.T. verrichten; ook bloedafname of injecties worden dan vaak als verboden beschouwd.

Verzoeken om of zelfs eisen van verwijskaarten voor specialisten vindt veelvuldig om de volgende redenen plaats:

- de specialist is altijd beter dan de huisarts;
- een specialistisch consult is gratis (in tegenstelling tot het thuisland) dus de patiënt wordt er niet armer van, de dokter evenmin, dus waarom niet;
- de huisarts kan vaak "niets" vinden terwijl men zich ziek voelt;
- men zoekt bevestiging voor het ziek zijn;
- de verwijskaart is een machtig wapen in de strijd tegen controlerend artsen en in beroepszaken.

Om tot een optimaal verwijsbeleid te komen is de vertrouwensrelatie van de huisarts met de patiënt het allerbelangrijkste. Hierover valt het volgende te adviseren:

- goed uitleggen wat de specialist wel en niet kan; "hier kan de specialist niets mee, dit is een ziekte voor de huisarts";
- met name in gevallen van "somatische fixatie" is het zinvol te overleggen met de specialist over wat gewenst is te zeggen en zeker niet steeds doorverwijzen;
- de specialist moet bij voorkeur niet zeggen "ik kan niets vinden" (dan is het "een slechte dokter") of "op mijn gebied geen afwijkingen" (dan heeft de huisarts hem naar de verkeerde dokter gestuurd). Beter is het te zeggen "er zijn geen ernstige zaken aan de hand, de huisdokter kan het verder behandelen".

Met name met betrekking tot het steeds maar doorverwijzen realiseren men zich dat het genezingsproces trager vordert naarmate men langer buiten het arbeidsproces (bijv. in de ziektewet) verkeert;

De verwachtingen en gedragingen met betrekking tot behandeling en begeleiding van buitenlanders zijn soms karakteristiek en kennen eigen accenten zoals:

- men verwacht het meeste heil van een medicinale therapie; recepten en pillen zijn belangrijker dan raadgevingen en diëten;
- men verwacht snel en merkbaar resultaat (na enkele dagen); komt de verbetering niet dan staakt men veelal de medicatie en staat weer op de stoep. Het is daarom verstandig uitdrukkelijk te vertellen hoe lang het kan duren voordat men verbetering merkt.

Verwijzingen



Behandeling en begeleiding



---

## Medicatie

Wat de medicatie betreft geldt in het algemeen het volgende:

- injecties vindt men het beste; na de injectie komen de penicillines als oplossing voor van alles aan bod;
- hoe sterker de kleur van een medicijn des te effectiever; poeders zijn waardeloos; zetpillen inbrengen is onrein;
- men neigt tot overdosering in het begin en te vroeg stoppen (penicilline!);
- wie bewaart heeft wat (huisapothek);
- verzamelde "goede" medicijnen worden wel "preventief" aan anderen verstrekt (bijv. iedere hoester krijgt een lepeltje van de penicilline-drink).

Het zal duidelijk zijn dat medicijnen veelvuldig foutief worden gebruikt. De volgende zijn praktische tips om wangebruik zoveel mogelijk te beperken:

- niet te veel voorschrijven;
- men moet zeer expliciet vertellen voor wie het medicijn bestemd is; naam van het kind op het potje; alléén dit kind (aanwijzen);
- uitduiden wanneer te nemen (voor en na het eten);
- uitduiden hoe te nemen: in het oog, oor of in de mond (om te voorkomen dat bijv. bij otitis media druppels penicilline in het oor gaan);
- op het recept kan men de apotheek verzoeken het gebruik nogmaals uit te leggen;
- vragen naar lege doosjes en potjes (ter controle of alles opgemaakt is);
- bij het voorschrijven van tijdens zwangerschap riskante medicijnen aan vrouwen vragen hoe lang geleden zij bloed heeft gehad (overtijd).

## Tolken

Aan het gebruik van zelf meegebrachte tolken zitten haken en ogen vast, welke men zich bewust moet zijn. Het belangrijkste is dat iedereen het recht op privacy heeft.

Echtgenoot of kind als tolk:

- door de vrouw wordt zowel aan man als kind niet alles verteld over haar problemen;
- de man weet vaak minder en vertaalt dikwijls selectiever dan over het algemeen wordt verwacht;
- over bijv. anticonceptie wordt door echtelieden soms zeer verschillend gedacht. Misverstanden of uiteenlopende motieven kunnen het overleg doen mislukken. Als bijv. de vrouw nog kinderen wil en de man niet zal iedere anticonceptievorm mislukken. Men moet in zo'n geval proberen de vrouw alleen te spreken te krijgen.
- kinderen worden voor alles van school gehouden;
- vaders/echtgenotes moeten al vaak vrijaf nemen, dit geeft problemen.

Vrienden en burens als tolk:

Voor deze groep tolken gelden dezelfde valkuilen als bij gezinsleden, meestal in nog sterkere mate. Over je

---

problemen praat je niet met anderen (vuile was).

**Officiële tolken:**

Wanneer men een buitenlander aanraadt: "U moet de volgende keer een tolk meenemen" doet hij dat wellicht, maar moet hier dan wel f. 75,- tot f. 150,- voor betalen. Gratis hulp is onder veel buitenlanders, voor zover geen familie, niet gebruikelijk.

Voor deze kosten wil de betrokkene dan wel wat terugzien. Het gewenste resultaat is dan vaak de verwijskaart. Het lijkt alsof voorafgaand aan "het tolken" thuis soms al afspraken gemaakt zijn. Het is duidelijk dat de tolk met het afgesproken doel voor ogen een oneigenlijke draai aan een verhaal kan geven.

Als men "met een dokter wil spreken" is een tolk van het tolkencentrum (gratis!) de beste methode, hetzij telefonisch, hetzij persoonlijk.

Tolkencentrum (telefoon: 010 - 33 00 66):

Van 8 - 17 uur zijn o.a. Turkse en Marokkaanse tolken aanwezig. Eventueel kan met een telefonische versterker gewerkt worden. De tolkentelefoon-procedure is ogenschijnlijk tijdrovend. Omdat echter misverstanden kunnen worden vermeden werkt het, ofschoon niet direct zichtbaar, vaak tijdbesparend.

■



# Ademalcohol-analyse als test voor rijden onder invloed

O.S. van Hees, bedrijfs-arts, verbonden aan de afdeling Bedrijfsgezondheidszorg, GG en GD Den Haag.

## ■ INLEIDING

De gemeente 's-Gravenhage beschikt over een aantal GG & GD-artsen, waaronder de auteur, welke ingeschakeld worden voor wachtdiensten. Een van de voornaamste taken in deze wachtdiensten is het verrichten van venapuncties voor bloedalcohol-analyse met het oog op artikel 26 van de Wegen Verkeerswet (68-1) wegens het rijden onder invloed. Voordat deze venapunctie wordt verricht heeft er een aanhouding plaatsgevonden en dienen twee ademtesten door middel van een indicatiebuisje (het "blazen") beide keren een waarde van meer dan 0,8 o/oo alcohol aan te geven. Voor de gemeente 's-Gravenhage resulteerde deze "voorselectie" in 1984 in een aanbod van 1354 gevallen welke in aanmerking kwamen voor een venapunctie, teneinde door middel van bloedalcohol-analyse een bewijs te krijgen of de strafrechtelijke limiet van rijden onder invloed (0,5 o/oo alcohol in het bloed) al dan niet was overschreden. Van deze 1354 gevallen werd in 242 gevallen de "bloedproef" door de verdachte geweigerd. Dit resulteerde in 1984 in 1112 verrichte venapuncties ex artikel 26 WVW. Van deze 1112 bloedmonsters bleken 59 monsters een promillage van minder dan 0,5 te hebben en 1053 monsters een promillage van méér dan 0,5. Derhalve werden door "nadiagnostiek" door middel van bloedalcohol-analyse 5,3% fout-positieve blaasproeftesten (criterium 0,8 o/oo) alsnog gecorrigeerd.

1. Neuteboom W. Ademalcohol-analyse. *Ned Forens Tijdschr* 1985; 4 no C: 2-4.
2. Borkenstein RF ea. The role of the drinking driver in traffic accidents. *The Grand Rapids-study*. 2nd Eds. *Blutalkohol* 11. supp I.
3. Marks V. Medical problems with breath testing of drunk drivers. *Br Med J* 1984; 289: 1379.
4. Gatt JA. Medical problems with breath testing of drunk drivers. *Br Med J* 1984; 289: 1379.
5. Dunbar JA. Two years experience of evidential breath testing in Great Britain. *Ned Forens Tijdschr* 1985; 4 no C: 5-9.
6. Duffus P, Dunbar JA. Medical problems with breath testing of drunk drivers. *Br Med J* 1984; 289: 831-2.

Reeds bij de behandeling van de "1 november Wet" in 1974 werd aangedrongen de bloedproef te vervangen door ademanalyse zodra betrouwbare methodes beschikbaar zouden zijn (Motie Van Thijn). Mede uit het oogpunt van efficiëntie is de regering voornemens binnen afzienbare tijd de huidige bloedproef te vervangen door de ademproef. De efficiëntiegedachte hierachter is dat de ademproef gemakkelijker en sneller is uit te voeren en dat hierbij geen arts hoeft te worden opgeroepen, hetgeen in de meeste gevallen, met name op het platteland, tijd kost. De filosofie van de nieuwe wetgeving is ontleend aan het directe verband dat is te leggen tussen de ongevalskans en het ademalcoholgehalte (1). De befaamde Grand Rapids-study (2) heeft dit voldoende aangetoond. Het gebruik van een ademalcoholgehalte-grens als zelfstandige maatstaf voor strafbaarstelling is volgens de Grand Rapids-study epidemiologisch goed te onderbouwen, maar men dient zich terdege te realiseren dat wat op groepsniveau opgaat, op individueel niveau afwijkende resultaten kan geven.

Engeland ging per 1 mei 1983 als eerste over tot invoering van de ademproef. Sindsdien zijn vele kritische kanttekeningen over deze test verschenen (3)(4)(5)(6).


In dit artikel worden o.a. deze kanttekeningen vanuit een epidemiologisch perspectief besproken. Dit geschiedt tegen de achtergrond van het regeringsvoornemen deze test met bewijslast (forensisch-genees-

Resultaat ademalcoholanalyse:

> 0.05%

< 0.05%

POSITIEF (boven toelaatbare grens)	POSITIEF <b>P</b>	FOUT POSITIEF <b>FP</b>
NEGATIEF (onder toelaatbare grens)	FOUT NEGATIEF <b>FN</b>	NEGATIEF <b>N</b>



$SENSITIVITEIT = \frac{P}{P+FN}$        $SPECIFICITEIT = \frac{N}{N+FP}$

Figuur 1. Sensitiviteit en specificiteit in geval van ademalcoholanalyse.

kundig kan dit vertaald worden als diagnosticum) te introduceren.

#### ■ HET METEN VAN HET ADEMALCOHOLGEHALTE ALS DIAGNOSTICUM

Het meten van het ademalcoholgehalte is bedoeld als een diagnosticum, dat wil zeggen als een definitieve bewijsvoering met betrekking tot de schuldvraag. Deze meting kent de problemen van een screeningstest en wordt in dit verband als zodanig behandeld. De kwaliteit van een test wordt bepaald door validiteit en betrouwbaarheid. De validiteit is het vermogen van de test om te onderscheiden wie wel en wie niet "een geval" is. De validiteit wordt gekwantificeerd met behulp van de begrippen sensitiviteit en specificiteit (zie figuur 1). De betrouwbaarheid betreft de reproduceerbaarheid door het meetinstrument (dat wil zeggen apparatuur en aflezen) en zegt iets over de fouten bij het meten zelf.

In het geval van toepassing van artikel 26 WWV ligt de kritische waarde vast: 0,5 o/oo alcohol in het bloed. Anders dan bij screening in volksgezondheidsprojecten heeft de populatie die voor screening in aanmerking komt, dat wil zeggen de verdachten, groot (eigen-)belang bij een fout-negatieve uitslag. Het blijkt mogelijk te zijn de uitslag van een ademtest in fout-negatieve zin al dan niet opzettelijk te bewerkstelligen, terwijl een fout-positieve uitslag van een ademtest vaak op pathologie berust.

#### ■ ADEM-VERSUS BLOEDALCOHOLCONCENTRATIE

Geconsumeerde alcohol wordt snel geresorbeerd door de maag en de dunne darm. Eenmaal geresorbeerd verspreidt

7. Goth A. Medical Pharmacology, Principles and concepts. Saint Louis: The CV Mosby Company, 1974.

8. Neuteboom W. De omrekeningsfactor bloedalcoholgehalte en ademalcoholgehalte. Ned Forens Tijdschr 1984; 3 no 4: 12-6.

Tabel 1. Relatieve concentraties van alcohol in verschillende lichaamsvloeistoffen, weefsels en alveolaire lucht (bloedalcoholconcentratie in het bloed is 1.0)

Serum	:	1.15
Urine	:	1.3
Speeksel	:	1.3
Ruggemergvocht	:	1.15
Hersenen/Lever	:	0.85 - 0.90
Nier	:	0.83
Alveolaire lucht: $\frac{1}{2}$ 100 vd conc. in het bloed		

de alcohol zich over het totale lichaam.

Tabel 1 toont de relatieve concentratie van alcohol in de diverse lichaamsvloeistoffen, weefsels en alveolaire lucht, waarbij de bloedalcoholconcentratie op 1 is gesteld (7).

De meest gangbare indicator voor rijden onder invloed is de bloedalcoholconcentratie. De diverse juridische implicaties en lichamelijke effecten bij verschillende alcoholconcentraties zijn weergegeven in figuur 2 (7).

Het principe van de ademproef is gebaseerd op de veronderstelling dat er een vaste verhouding bestaat tussen de alcoholconcentratie in de lucht die zich bevindt in de alveoli, de alveolaire lucht en de bloedalcoholconcentratie in de onmiddellijke omgeving van de alveoli (Wet van Henry 1803).

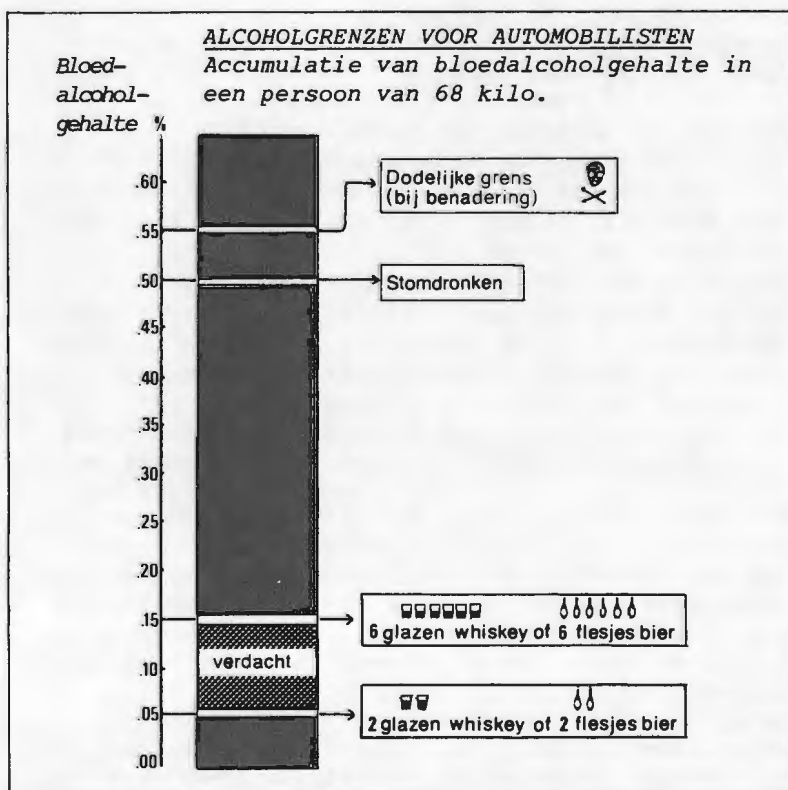
Tijdens het transport vanuit de alveoli naar de mond leiden een aantal biologisch-fysiologische factoren ertoe dat het ademalcoholgehalte systematisch daalt (8).

De parameters die het ademmonster bepalen zijn:

- temperatuur en vochtigheid ingeademde lucht;
- temperatuur in de alveoli;
- stromingsprofiel en -snelheid van de lucht;
- geometrie luchtwegenstelsel;
- dikte slijmlaag;
- aanwezigheid van mondalcohol.

Figuur 2.

Bloedalcoholgehalte van een automobilist in relatie tot zijn staat van 'onder invloed zijn'. (Uit: Harger RN. In Economos JP, Kreml FM, eds. Judge and prosecutor in traffic court. Chicago: American Bar Association and The Traffic Institute, Northwestern University 1951).



Als zodanig moet er dus een zgn. omrekeningsfactor bestaan teneinde te komen tot een verhouding tussen bloedalcoholgehalte en ademalcoholgehalte. Gezien de invloed van bovengenoemde parameters zal deze omrekeningsfactor variëren afhankelijk van de persoonlijke constitutie en de buitenluchtgesteldheid. Dit blijkt ook uit de in de literatuur gesignaleerde waarden. Voor mannenbloed bedraagt de gemiddelde omrekeningsfactor 2164 (s.d. 43) en voor vrouwenbloed 2208 (s.d. 45). Derhalve een verschil van 2%. De gemiddelde waarde van de omrekeningsfactor bedraagt 2180, terwijl gebleken is dat bij praktijkexperimenten met verschillende ademalcoholapparaten een omrekeningsfactor van 2300 de beste overeenstemming geeft tussen (bijna-)simultane ademalcoholgehaltes en bloedalcoholgehaltes (8). Kennelijk is sprake van een zekere variatie in de omrekeningsfactor welke bij standaard-toepassing in individuele gevallen tot fouten kan leiden. De standaarddeviatie in de omrekeningsfactor kan geschat worden op ca. 8,7% (9). Andere auteurs vermelden echter een variatie van 1800-3300 (10)(11)(12). Mason (10) concludeert zelfs dat bloedalcoholgehalte en ademalcoholgehalte niet met elkaar vergeleken mogen worden.

De grote spreiding die er bestaat in de ratio van het bloedalcoholgehalte en het ademalcoholgehalte wordt nog eens weergegeven in figuur 3 (5).

#### ■ HET PROBLEEM VAN DE FOUT-POSITIEVE UITSLAG

In Engels onderzoek is aangetoond dat 19,8% van de chauffeurs onder invloed een ademalcoholgehalte vertoonde boven de strafrechtelijke limiet en een bloedalcoholgehalte onder de strafrechtelijke limiet; er waren 19,8% fout-positieve uitslagen van de ademtest ten opzichte van de bloedproef.

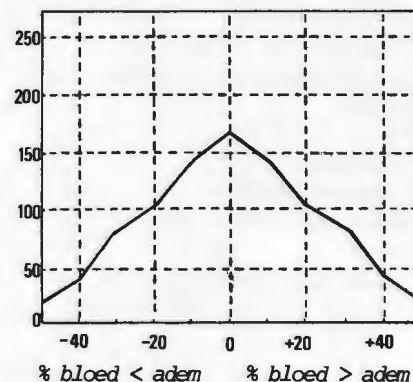
Ingeval van screening in de zin van artikel 26 WWV is er sprake van een selecte populatie die gekenmerkt wordt door o.a. rijgedrag, aanrijdingen en de factor alcoholicus (de "kegel").

De kans op een positief screeningsresultaat is derhalve groot. Een aantal ziektebeelden geven echter "dronkemansgedrag" en verdacht rijgedrag en blijken tevens een positief ademanalyse-testresultaat te geven. Een fout-positieve uitslag dus.

Medische afwijkingen zijn frequent onder chauffeurs die rijden onder invloed en zijn nog frequenter in dat deel (33%) van chauffeurs die probleemdrinkers c.q. chronische drinkers zijn. Het blijkt dat 18% van de chauffeurs onder invloed de voorafgaande vijf jaar voor hun aanhouding hun huisartsen hadden geraadpleegd wegens gastritis of dyspepsie. Velen daarvan hebben regurgitatie van maaginhoud (6), die een fout-positieve uitslag van de ademtest kan geven wegens de aanwezigheid van mondalcohol.

Dunbar e.a. (13) toonde aan dat bij chauffeurs, aangehouden wegens rijden onder invloed, gemiddeld 20% een verhoogd  $\gamma$ -glutamyltranspeptidase ( $\gamma$ -GT) had. De prevalentie was 10,2%, 31,5% en 29,3% bij chauffeurs

Aantal gevallen



Figuur 3.

Schematische weergave van het procentuele verschil tussen bloed- en ademalcoholgehalten.

9. Jones AW. Variability of the Blood/Breath Alcohol Ratio in Vivo. *J Stud Alc* 1978; 39 no 11.
10. Mason MF, Dubowski RM. Breath Alcohol Analysis: Uses, Methods, and Some Forensic Problems—Review Opinion. *J Forens Sci* 1976; 21: 9-41.
11. Adrian WK, Lutz R. Alcohol Catabolism in the Human Body and its Kinetics. *Proceedings of Ninth International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety. Puerto Rico: 1983. (in press).*

---

in de leeftijdsklasse van respectievelijk: jonger dan 30 jaar, 30-44 jaar en 45 jaar en ouder. Bij chauffeurs ouder dan 30 jaar werd een sterke associatie gevonden tussen verhoogde  $\gamma$ -GT-waarden en verkeersongevallen maar niet met alcoholconcentraties of eerdere veroordelingen. Een verhoogde  $\gamma$ -GT-waarde is een fysiologische parameter om chronische drinkers te identificeren. Gemiddeld 20% van de chauffeurs die werden aangehouden wegens rijden onder invloed hadden verhoogde  $\gamma$ -GT-waarden. Zoals eerder vermeld hebben 18% van de chauffeurs onder invloed last van gastritis, en velen daarvan regurgitatie. Regurgitatie geeft door de aanwezigheid van mondalcohol een fout-positieve ademtestuitslag. Derhalve heeft een chronisch drinker bij de ademtest een grote kans op een fout-positieve uitslag en dientengevolge een onterechte veroordeling.

12. Isaacs MDJ, Emerson VJ, Fuller MA, Hollyhead R. *Proceedings of Eighth International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety*. E Goldberg L Alungvist & Wiksel. Stockholm 1980: 442-55.
13. Dunbar JA ea. *Are Problem Drinkers Dangerous Drivers? An Investigation of arrest for Drinking and Driving, Serum  $\gamma$ -glutamyl Transpeptidase, Blood Alcohol Levels and Road Traffic Accidents. The Tayside Safe Driving Project*. Br Med J 1985; 290: 827-30.
14. Dunbar JA ea. *Drunk Drivers and their Family Doctors. Proceedings of Ninth International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety*. Puerto Rico: 1983 (in press).
15. Jones AW. *How breathing Technique can influence the results of Breath-Alcohol Analysis*. Med Sci Law 1982; 22 no 4.

Ook de verontreiniging van het ademmonster met andere stoffen dan alcohol kan een fout-positieve uitslag geven bij de ademalcoholtest. Met name is te denken aan aceton in de adem van diabetici. Ernstige ontregelde diabetes veroorzaakt niet alleen "dronkemansgedrag" maar ook aanzienlijke acetonspiegels. De kans op het toepassen van artikel 26 WW bij een ontregelde diabetes is wegens het op "rijden onder invloed" lijkend gedrag groot en de kans op een positieve ademtest eveneens door de verhoogde acetonspiegel. De prevalentie van diabetes onder chauffeurs onder invloed wordt geschat op 1 op 200 (14).

Verontreiniging van het ademmonster kan veroorzaakt worden door stoffen die interfereren met dezelfde infra-rood absorptie van ethanol, zoals menthol van vele mondverfrissers, pepermunt, knoflook, sambal, etc.

Ook fouten in de procedure van de ademtest kunnen een fout-positieve uitslag geven. Inhouden van de adem en vervolgens doorblazen geeft de slijmlaag meer tijd om het alcoholtekort aan te vullen en veroorzaakt een stijging van het ademalcoholgehalte met 15% (15).

Deze voorbeelden illustreren de reële mogelijkheid van de fout-positieve uitslag en wijzen op de gebrekkige specificiteit van de ademalcoholanalyse-test. Ofschoon hier geen quantificering van de specificiteit wordt geproduceerd is het zaak zich, in het licht van de juridische gevolgen, het bestaan van een gebrekkige specificiteit terdege te realiseren.

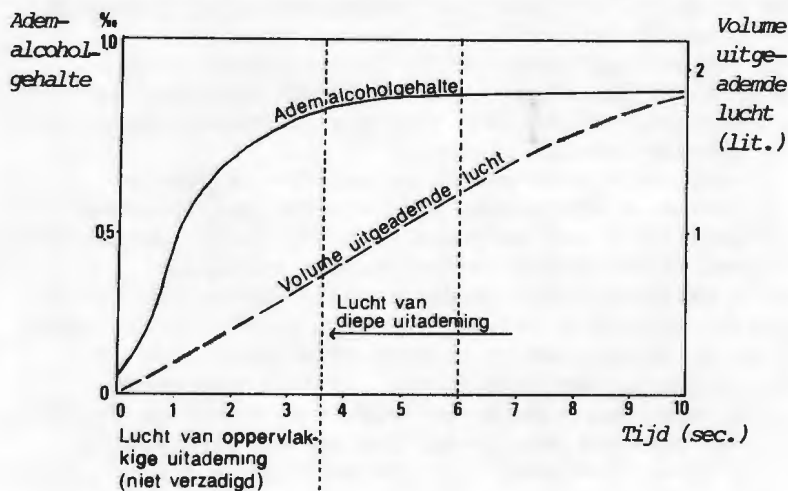
#### ■ HET PROBLEEM VAN DE FOUT-NEGATIEVE UITSLAG

Inadequate longfunctie kan een verschil van 20% tussen de eerste en tweede ademtestuitslag veroorzaken (5). Feitelijk leidt een inadequate longfunctie tot fouten in de procedure.

De procedure bij het afnemen van een ademmonster houdt in dat gedurende een minimum tijd er een minimum

---





Figuur 4. Verloop ademalcoholgehalte tijdens uitademing

volume geblazen dient te worden. Uit figuur 4 blijkt dat te kort of een te klein volume blazen resulteert in een (te) lage meetwaarde van het ademalcoholgehalte (8).

Inadequate longfunctie, zoals bijvoorbeeld bij CARA of emfyseem, is doelbewust te imiteren teneinde een negatief testresultaat te verkrijgen; met andere woorden te kort of te weinig volume blazen kan opzettelijk gebeuren, hetgeen voor de verdachte een interessant gegeven is, daar hij zodoende een veroordeling zou kunnen ontlopen. Hyperventilatie kort voor de ademtest kan een daling van 6% tot 20% van het ademalcoholgehalte bewerkstelligen (16). "Bijademen", dat wil zeggen het blazen onderbreken en alcoholvrije omgevingslucht in de mondholte nemen, zal eveneens een verlaging van het meetresultaat veroorzaken (8).

Een variatie in deze parameters zal het alcoholgehalte van het ademmonster beïnvloeden en daardoor een variatie in de omrekeningsfactor teweegbrengen. De sensitiviteit van de ademalcoholconcentratie-meting blijkt te mankeren. Bij de ademanalyse bestaat een waarachtig probleem van fout-negatieven. In juridisch perspectief is dit zeker aantrekkelijk voor de betrokkene, doch is beslist niet gewenst in termen van rechtvaardigheid en voor de verkeersveiligheid.

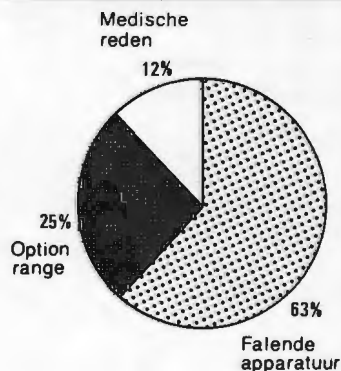
#### ■ BETROUWBAARHEID VAN DE APPARATUUR

De apparatuur waarmee de ademalcohol-analyse gemeten wordt zal zeer betrouwbaar dienen te zijn, omdat de consequentie van de uitslag een strafrechtelijke veroordeling kan inhouden. Er dient sprake te zijn van een kleine kans op meetfouten, met andere woorden van een goede reproduceerbaarheid.

De Schotse rechtbank accepteert een verschil van 20%

16. Schutte P ea. Vergleichende Untersuchungen von Atem und Blutalkoholkonzentration nach körperlicher Belastung und besonderer Atemtechnik (Hyperventilation). Blutalkohol 1973; 10.





Figuur 5.  
Redenen voor bloedafname  
opgegeven door politie-  
artsen (N = 530).  
Bron APSGB 1984.

tussen de eerste en tweede uitslag van een ademtest, een foutenmarge die een statisticus de wenkbrauwen doet rijzen.

Een belangrijk aspect van de meetapparatuur is de invloed van temperatuur. Door een temperatuurdaling van 1°C wordt een toename van de omrekeningsfactor van 6,3% veroorzaakt. In zekere mate kan gesproken worden van een apparaat-afhankelijke omrekeningsfactor (8). Engels onderzoek (5) toonde aan dat de incidentie van falende apparatuur groter bleek dan verwacht (figuur 5).

#### ■ DISCUSSIE

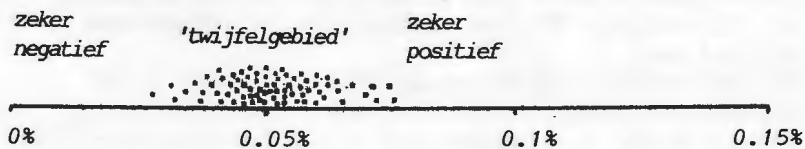
Het gebruik van ademalcohol-analyse als diagnosticum c.q. bewijsdoeleinde kent een aantal problemen. Wanneer personen worden aangehouden wordt bij verdenking op dronkenschap in eerste instantie gescreend door middel van de "blaastest" (adem-analyse). De juridische bewijsvoering, dat wil zeggen de uiteindelijke diagnose, moet worden vastgesteld door technieken die onafhankelijk zijn van deze screeningstest. Bijvoorbeeld: als een urinetest voor diabetes geëvalueerd moet worden dient de diagnose diabetes gesteld te worden door middel van een bloedglucosegehalte, maar niet op basis van de urinetest (17). Mutatis Mutandis geldt dat voor bevestiging van de verdenking van een alcoholgehalte hoger dan 0,5 o/oo een ander diagnosticum en monstermateriaal (i.c. bloed) dan het screeningsmateriaal (i.c. ademalcohol) gebruikt dient te worden.

Uit veel onderzoek is gebleken dat het screeningsresultaat bij ademalcohol-analyse door een aantal factoren te beïnvloeden is. Fout-positieve resultaten zijn zelden te wijten aan saboterend gedrag van de verdachte, maar meer aan pathologie. Wanneer geen verdere "diagnostiek" (bloed) wordt bedreven kan dit leiden tot een onterechte veroordeling. Fout-negatieve resultaten komen merendeels voort uit saboterend gedrag van de verdachte, die alle belang heeft bij een (fout-)negatief resultaat.

Het hanteren van een gemiddelde vaste omrekeningsfactor blijkt een hachelijke zaak te zijn, daar er een grote spreiding blijkt op te treden.

Ademalcohol-analyse als opsporingsmethode c.q. diagnosticum kent problemen welke samenhangen met sensitiviteit, specificiteit en betrouwbaarheid. Als diagnosticum c.q. bewijs ontkomt de ademalcohol-analyse derhalve niet aan dezelfde problemen. Iedere test- c.q. diagnosemethode kent echter op het scala van uitslagen zijn perifere gebieden waarin de uitslag met grote zekerheid als negatief of als positief geldt. In het midden bestaat echter een gebied waar de testuitslagen zowel qua validiteit (% fout-positieven en % fout-negatieven) als qua betrouwbaarheid problematisch kunnen zijn. In dit gebied juist is aanvullende diagnostiek nodig, het "twijfelgebied". In figuur 6 wordt dit fenomeen

17. Mausner JS, Bahn AK.  
Epidemiology: an  
Introductory Text.  
WB Saunders Company,  
Philadelphia 1974.



Figuur 6.  
Het twijfelgebied bij  
ademaalcohol-analyse.

schematisch voorgesteld. Uit het voorafgaande is gebleken, dat dit "twijfelgebied" een vrij forse spreiding rond de grens van 0,5 o/oo heeft. Indien een verdachte scoort in dit "twijfelgebied", dient uit beginsel van rechtszekerheid en uit epidemiologisch oogpunt een aanvullende diagnostische handeling te worden verricht. Mits in de eliminatiefase van het alcoholmetabolisme wordt gemeten blijkt dat dit voor het bloedalcoholgehalte niet tot systematische verschillen leidt. Dit is wèl het geval met het ademaalcoholgehalte (8).

De bloedproef geeft een scherpere diagnostische waarde dan de ademproef (zie figuur 3) en bovendien is bij een bloedproef in tegenstelling tot de ademproef een (onafhankelijke) contra-expertise mogelijk.

De gedachte achter de vervanging van de bloedproef door de ademproef is een vergroting van de efficiëntie leidende tot het terugdringen van het rijden onder invloed.

De efficiëntie zal door het grote "twijfelgebied" aanzienlijk minder groot zijn dan verwacht wordt. Als men verwacht het rijden onder invloed terug te dringen door de bloedproef te vervangen door de ademproef is het goed te kijken naar het effect van deze maatregel in Engeland. Daar werd geen significant verschil gevonden (5). De kans bedrogen uit te komen is niet denkbeeldig. Epidemiologisch geredeneerd verandert men niets aan het voorkomen en voorkómen. Men introduceert een testmethode als diagnosticum ultimum met een sensitiviteit, specificiteit en betrouwbaarheid die zeker slechter is dan de bloedproef.

Dientengevolge veroorzaakt men een ongelijkheid en onzekerheid in behandeling. Dit laat zich in dit geval vertalen door grote rechtsongelijkheid, om maar te zwijgen over de behandeling, als we die vertalen in de tenuitvoerlegging van de straf.

#### ■ SAMENVATTING

Vervanging van de bloedproef ter vaststelling van de verdenking "rijden onder invloed" door ademaalcohol-analyse kent problemen met betrekking tot sensitiviteit en specificiteit. Uit epidemiologisch oogpunt wordt een minder betrouwbare screenings- c.q. diagnosemethode geïntroduceerd, die in een aantal gevallen om nadere diagnostiek vraagt. Een nadere diagnostiek die bij introductie van ademaalcoholanalyse helaas vervalt, met de navenante kans op ongecorrigeerde fout-positieve en fout-negatieve uitslagen.

[Redacted]

The following information is for your information only. It is not intended to be used for any other purpose.

The information is confidential and should be kept confidential.

Confidential

This information is confidential and should be kept confidential.

Confidential

The information is confidential and should be kept confidential.

Confidential

The information is confidential and should be kept confidential.

Confidential

The information is confidential and should be kept confidential.

Confidential

The information is confidential and should be kept confidential.

Confidential

The information is confidential and should be kept confidential.

Confidential

The information is confidential and should be kept confidential.

[Redacted]

---

■ ENIGE CASUISTIEK EN/OF EPIDEMIOLOGIE VAN DE  
AANGIFTE INFECTIEZIEKTEN OVER HET TWEDE KWARTAAL  
1985.

Onderstaande informatie heeft betrekking op de  
gegevens in de nevenstaande tabel.

Bacillaire dysenterie

2 shigella flexneri;

4 shigella sonnei.

Vier patiënten werden besmet in het buitenland.

Hepatitis A

Bij twee personen kon de bron worden opgespoord:  
één patiënt werd op school besmet, de ander door een  
huisgenoot.

Hepatitis B

Wijze van besmetting:

Sexueel contact: 2 personen

Tatouage : 1 persoon

Onbekend : 1 persoon

Malaria

Patiënt van Indiase afkomst, had geen profylaxe  
genoten.

Meningococcosis

In twee gevallen werd de familie profylactisch  
behandeld.

Rubella

Er werden 13 IgG-testen verricht. Allen bleken genoeg  
antistoffen te hebben. Aan 8 vrouwen werd anti-  
Rubella-vaccin (Ervevax) toegediend.

Voedselinfectie

Bij alle personen bleek de campylobacter-bacterie de  
veroorzaker van de infectie.

■

Tabel. Aangegeven gevallen van infectieziekten naar leeftijd en geslacht. Den Haag, 2e kwartaal 1985.

Leeftijd (jaren)	0-1		2-4		5-14		15-19		20-39		40-49		50-65		66+		Totaal		Totaal (waarvan opgenomen)	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V		
<b>GROEP A</b>																				
Febris typhoidea																			-	
Lassaakoorts e.a.																			-	
Polioomyelitis																			-	
Rebiës																			-	
Variola																			-	
<b>GROEP B</b>																				
Anthrax																			-	
Brucellosis																			-	
Cholera																			-	
Difterie																			-	
Dysenteria bac.	-	1	1	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-	1	-	-	2	4	6	(2)
Febris recurrens																			-	
Gele koorts																			-	
Hepatitis A	-	-	-	1	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	3	1	4	(1)	
Hepatitis B	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	1	-	2	2	4	(1)	
Lepra																			-	
Leptospirosis																			-	
Malaria	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	(1)	
Meningococcosis	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	2	4	(4)	
Morbilli																			-	
Ornithosis																			-	
Paratyfus B																			-	
Pertussis																			-	
Q-koorts																			-	
Rubella	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3	(-)	
Salmonellose																			-	
Scabies	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	1	-	-	-	3	1	4	(-)	
Tetanus																			-	
Trichinosis																			-	
Tuberculosis	-	-	-	2	-	1	-	2	17	6	-	-	3	2	2	-	22	13	35	(8)
Tularemie																			-	
Typhus exanth.																			-	
Voedselinfectie	-	1	1	1	2	-	1	1	1	1	2	-	-	-	-	7	4	11	(2)	
<b>GROEP C</b>																				
Gonorrhoe	-	-	-	-	-	-	9	13	13	58	26	2	6	-	-	-	176	73	249	(-)
Syfilis (prim./sec.)	-	-	-	-	-	-	-	-	5	1	1	-	1	-	-	-	7	1	8	(-)
Syfilis (cong.)																			-	
Parotitis epidemica																			-	

\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_