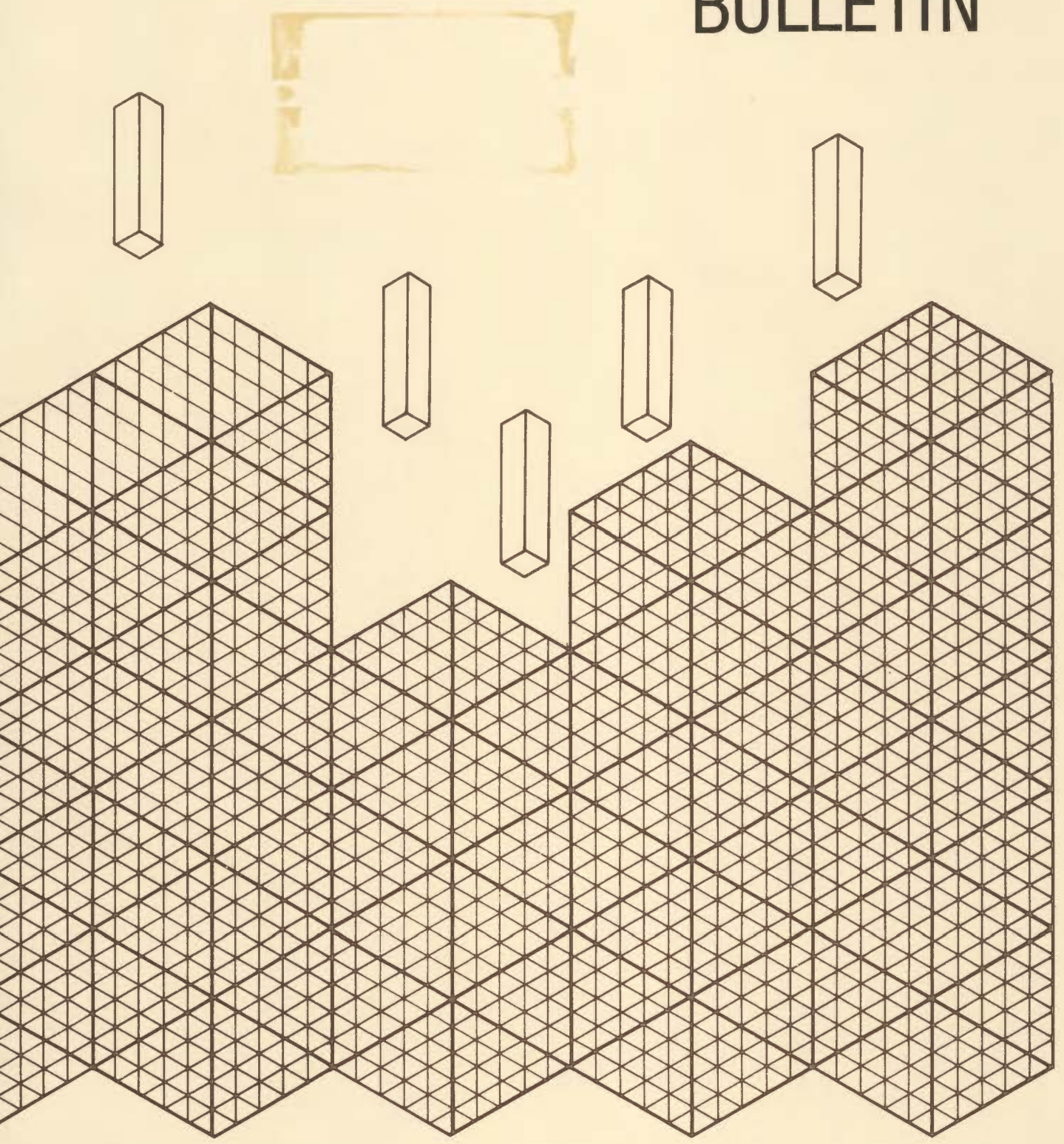


's-Gravenhage februari 1989

# EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN



Kwartaalschrift voor Basisgezondheidszorg en Onderzoek

# EPIDEMIOLOGISCH

---

# bulletin

## REDACTIE

H.G.J. Nijhuis, arts-  
epidemioloog (hoofd-  
redacteur);

Dr. A.H. Bergink,  
jeugdarts (redactielid);  
Prof.dr. W.J. Schudel,  
psychiater (redactielid);  
I. Burger (redactie-  
medewerkster)

## GRAFISCH ONTWERP

P.J.C. Martens

## DRUKWERK

Koninklijke drukkerij  
de Swart BV, Den Haag

## SECRETARIAAT

Stafbureau Epidemiologie  
GG en GD  
Postbus 65 783  
2506 EB Den Haag  
Telefoon:  
070 - 61 92 00

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

De redactie is verantwoor-  
delijk voor de inhoud en  
de samenstelling van het  
bulletin

Februari 1989  
24ste Jaargang nr. 1

Uitgave van de  
GG en GD Den Haag

ISSN: 0921-6219

---

# Inhoud

---

	Blz.
Sterfte in Den Haag (3) Over de ontwikkeling van de doodsoorzaken- classificatie en doodsoorzaken vóór 1875 Ir. H.W.A. Struben	3
Sterfte in Den Haag (4) Doodsoorzaken ná 1875 Ir. H.W.A. Struben en H.G.J. Nijhuis	13
Transculturele aspecten van 'lichaamstaal' Prof.dr. W.J. Schudel	27
Verholen psychosociale problemen bij migranten Een praktische handleiding A.G. Limburg-Okken en M.J.Th. Lutjenhuis	32

---

# Sterfte in Den Haag (3)

## Over de ontwikkeling van de doodsoorzakenclassificatie en doodsoorzaken vóór 1875

H.W.A. Struben, wetenschappelijk medewerker, stafbureau Epidemiologie, GG en GD Den Haag.

### INLEIDING

In dit derde artikel over sterfte in Den Haag presenteren we een aantal beschouwingen waarbij de doodsoorzaken centraal staan.

We gaan na welke verschuivingen over de tijd plaatsvonden in het doodsoorzakenpatroon en maken daarbij een onderscheid naar de periode vóór en ná 1875. Deze keuze houdt verband met het feit dat we vóór 1875, met uitzondering van enkele tussengelegen tijdvakken, slechts over summiere en relatief onbetrouwbare gegevens beschikken en er weinig continuïteit bestaat inzake de doodsoorzaken-nomenclatuur. De periode ná 1875 behandelen we in een afzonderlijk artikel in dit bulletin.

Bij het bestuderen van veranderingen in het doodsoorzakenpatroon over langere tijd spelen wijzigingen in de doodsoorzaken-nomenclatuur een belangrijke rol. Hieraan besteden we dan ook uitgebreid aandacht.

In de twee voorafgaande artikelen bleek hoe in de afgelopen eeuw de totale sterfte onder mannen en vrouwen met circa tweederde verminderde. Deze verbetering voltrok zich grotendeels vóór 1950. Sindsdien nam alleen onder vrouwen de totale sterfte nog enigszins af. We constateerden dat naarmate de leeftijd lager lag de sterfte sterker afnam. Het huidige sterfteniveau in de leeftijdscategorieën beneden de 40 jaar ligt bijvoorbeeld op nog geen 40% van het sterfteniveau in 1850. De reductie bij kleuters en zuigelingen bedroeg zelfs 99 en 96%. De relatieve verschillen in sterfte tussen mannen en vrouwen, die reeds in het midden van de vorige eeuw ten nadele van de mannen bestonden, bleken sindsdien verder toegenomen. De sterfte onder mannen boven de 20 jaar is momenteel bijna twee keer zo hoog dan onder de vrouwen. Ook bleek dat in de grote steden de sterfte tussen 25 en 65 jaar gemiddeld bijna 25% hoger lag dan in de rest van Nederland. De sterfte op wijkniveau binnen de stad Den Haag vertoonde een duidelijke samenhang met de sociaal-economische status van de wijken. In de wijken met de hoogste sociaal economische status (SES) lag de sterfte over nagenoeg het hele leeftijdstraject tot 70 jaar 40% lager dan in de wijken met een laag SES-niveau.

1. *Dijk van JP. Doodsoorzakenclassificaties 1750-1950: schets van de ontwikkeling van plaatselijke sterftelijsten tot een Internationale Classificatie van Doodsoorzaken. ISMW-rapport 81-PO-27. Groningen, 1981.*

### ONTWIKKELING DOODSOORZAKENCLASSIFICATIE

Een schets van de ontwikkeling van de plaatselijke sterftelijsten tot de huidige internationale doodsoorzakenclassificatie is in het kader van dit artikel op zijn plaats. Het rapport 'Doodsoorzakenclassificaties 1750-1950' vormt hiervoor de belangrijkste bron (1). Hieruit blijkt dat aan de totstandkoming van de huidige doodsoorzakenclassificatie een moeizame historische



ontwikkelingsgang voorafging die in essentie werd bepaald door een drietal factoren.

Op de eerste plaats is dat de zeer beperkte kennis die de medische wetenschap vroeger omtrent ziekten had, terwijl medici bovendien veelal niet geraadpleegd werden bij het vaststellen van de doodsoorzaak. Ziekten die men niet kent kunnen niet geregistreerd worden. Met als gevolg dat lange tijd vaak een symptoom in plaats van de onderliggende doodsoorzaak werd vastgelegd. Tot zelfs ver na 1900 komen we dan ook categorieën als 'pijnen' of 'koortsen' (kraamvrouwenkoorts) tegen.

Nauw hiermee verband zijn de moeilijkheden die voortvloeien uit de definitieproblematiek van doodsoorzaken. Wanneer men uitgaat van de definitie: 'iedere ziekte of gebeurtenis die tot de dood voert' en van een registratie van slechts één diagnose per persoon, dan leveren tegelijk vóórkomende ziekten (meerdere diagnoses) en dodelijke complicaties van een ziekte, moeilijkheden op (2).

Van Dijk voert als voorbeeld op pneumonie tengevolge van een longcarcinoom (1). Kiest men voor pneumonie als doodsoorzaak dan zal dat leiden tot een ondersterfte van longcarcinoom in de registratie. Teneinde tot vergelijkbaar cijfermateriaal te komen zal men dus overal dezelfde keuze voor de primaire doodsoorzaak moeten maken.

De verwarring is tenslotte mede veroorzaakt door het feit dat men lange tijd gepoogd heeft de oorzaken in te delen vanuit één indelings- of ordeningsprincipe. Dit lukte nimmer tot ieders tevredenheid maar leidde tot vele controversen. Volgens Prinzing is dit ook niet mogelijk (2). De huidige indeling van doodsoorzaken, gaat van meerdere indelingsprincipes uit. De belangrijkste zijn: 'aetiologie', 'localisatie' en 'onbekend'. Omdat de doodsoorzaken niet volgens één principe zijn ingedeeld mag men dus eigenlijk niet spreken van een adequaat classificatiesysteem (1). In de hiernavolgende historische beschrijving zijn de genoemde problemen terug te vinden.

Voor 1750 is er in Europa nauwelijks sprake van een systematische doodsoorzakenregistratie. Een uitzondering daarop vormt Londen waar vanaf 1629 de oorzaken in kerkboeken worden vastgelegd. Vanaf 1700 ontwikkelen zich in verschillende Europese landen en steden wel lokale sterftelijsten die veelal een eigen leven leiden. Van een ordening naar ziekten is meestal geen sprake. De lijsten zijn veelal alfabetisch gerangschikt. In een enkel geval dient de indeling van het plantenrijk als voorbeeld voor een ziekteindeling bijvoorbeeld bij Linnaeus in Zweden (3).

De eerste doodsoorzakenregistratie in Nederland komt in 1755 in Den Haag tot stand door toedoen van burgemeester Diercquens. Op het gemeentehuis wordt

Overzicht 1.  
Sterftelijst  
Den Haag 1795 (1).

Eerstgeboorene  
Aan aansteeking

- een Accident
- Afgang
- Beroerten
- Borstkwaal
- Borstziekte
- Bloedspoeging
- een Beenester
- Breuken
- Colyk
- Galziekte
- Graveel
- Hydroposie
- Jicht
- Koortsen
- Keelziekte
- Kramp
- Kwynende Mildz.
- Kanker
- Longziekte
- Langdurige z.
- de Loop
- de gr. Loop
- Roodde Loop
- een ongemak  
aan 't Hoofd
- Pokken
- Podgegra
- Pleuris
- Rotting in de  
Slokdam
- Rotting in 't been
- Rumat. pynen
- Roos en stuip
- Stuipen
- Sprouw
- Slymziekte
- Slymberoerte
- Slaapziekte
- Sterke vloed
- Stilstand in 't bloed
- Tanden en kiezen
- Teering
- Uitteering
- Longteering
- een Toeval
- Uitdroging
- Verstopping
- Verval van Kragten
- Versweering

- vallende Ziekte
- vervrore Voeten
- 't Vuur
- 't Koude Vuur
- Springvuur
- 't Water
- Waterzucht
- de Wormen
- een Wond overl.
- Zenuwziekte
- 't Zuur
- door een val
- doodgevonden
- door de Koude
- verdrongen enz.
- Overreeden
- Gestikt
- van een schrik
- in 't Kraambedde
- Verbrand
- subied overleden
- Onopgegeven

2. *Pruizing F. Handbuch der medizinischen Statistik. Iena, 1930.*
3. *Linnaeus C. Systema Naturae, Leyden 1735; Species Plantarum, Stockholm 1753.*
4. *Schick JW. Over den gezondheidstoestand van 's-Gravenhage. 's-Gravenhage: PH Noordendorp 1852.*
5. *Verzameling van nauwkeurige lysten, opge maakt uit oorspronkelijke registers, betreffende de sterfte, geboortens, huwelyken, ouderdommen en ziek tens in 's-Gravenhage in het beloop van XIX jaaren, zedert het jaar 1755 tot 1773. inclus waargenomen. Benevens een onder zoek, aangaande de luchtstreek en het getal der inwoondersen aldaar. 's-Gravenhage: HC Gutteling 1774.*

nauwkeurig het overlijden aangetekend tezamen met de oorzaak en de leeftijd van de overledene. Rotterdam en Amsterdam volgen respectievelijk 15 en 20 jaar later.

In overzicht 1 is een authentieke Haagse sterftelijst uit 1795 weergegeven. Deze laat zien hoe destijds symptomen als doodsoorzaak zijn geregistreerd. We treffen bijvoorbeeld aan benamingen als 'de loop' (de grauwe en rode), 'koortsen' en 'pijnen'.

De bekende Haagse geneesheer Iman van den Bosch schrijft in 1776 in zijn winnende inzending voor een prijsvraag 'voor het eerst over het veelvuldig vóórkomen van 'heete ziekten en ontstekingen' en van 'tering' die hij als een gevolg daarvan beschouwt (4). Voorts spreekt hij van 'voor- en najaars-koortsen', van 'aanhoudende en intermitterende koortsen'. Hij schrijft dat deze afhankelijk van de behandeling en de bijzondere luchtgesteldheid overgaan in bijzondere koortsen zoals 'rot-, heete- en blutskoortsen'. Andere koortsen die we aantreffen in Haagse sterftelijsten tot ver in de 19e eeuw zijn onder andere 'gal- en zenuwkoorts', 'zinking-' (influenza) en 'zenuwzinkingkoorts' (typhus). De benaming 'loop' stond voor infectieuze darmziekten met diarree als hoofdsymptoom. We kunnen het niet nalaten nog enkele doodsoorzaken uit de bloemrijke Haagse lijst op te sommen: 'afgang', 'een beeneter', 'een ongemak aan het hoofd', 'rotting in de slokdarm' en 'rotting in het been', 'stilstand in het bloed', 'tanden en kiezen', 'vervrore voeten', 'de wormen' en 'van een schrik'.

Deze nogal curieuze doodsoorzaken zijn niet alleen het gevolg van de beperkte medische kennis maar ook van het feit dat het een aansprekersstatistiek betreft.

In een anonieme rapportage over deze eerste Nederlandse doodsoorzakenstatistiek schrijft Diercquens: 'Zeker is het intusschen, dat zolang de opgave der Ziektens maar alleen gedaan worden naar het oordeel der Omstanders en Bediendens der Overledene, de Lysten daarvan te maken gebrekkelyk zyn moeten, en veeltyds te veel of te weinig moeten bewyzen'. Hij vervolgt: 'Zoo vindt men ook dikwylen gemeld van Pestpokken en Rot- of Purperkoorsten, die waarschyndlyk een veel minder sterke benaming zouden verdienen, indien die Ziektens door kundige Artsen wierden opgegeven' (5).

Tot 1865 blijft de doodsoorzakenregistratie in Nederland beperkt tot enkele grote steden waarbij van een onderlinge coördinatie geen sprake is.

Met de opkomst van de industrialisatie neemt in het midden van de 19e eeuw in een aantal landen de belangstelling van de Staat toe voor al wat zich in de samenleving afspeelt. Dit leidt onder andere tot de opkomst van de statistiek. Naar aanleiding van de Eerste Wereldtentoonstelling in 1851 in Londen richten enkele wetenschappers het Internationaal

---

Statistisch Congres op. Op de eerste bijeenkomst in 1853 in Brussel, onder leiding van de Belgische statisticus Quetelet komt onder andere de inventarisatie en harmonisatie van de verschillende doodsoorzakenclassificaties aan de orde. Wetenschappers krijgen de opdracht een uniforme, internationale doodsoorzakenlijst op te stellen hetgeen resulteert in twee ontwerpclassificaties, waarbij de ene uitgaat van het indelingsprincipe naar localisatie van de doodsoorzaak, en de ander van de aard van de ziekte. De ontwerpers van de lijsten slagen er niet in overeenstemming te bereiken zodat het congres uiteindelijk tot een compromislijst besluit die echter nergens zonder meer ingang vindt. Op volgende congressen, waaronder in 1869 in Den Haag, wordt aan de nomenclatuur weinig aandacht meer besteed. Men stelt daarvoor nog wel een permanente commissie in maar als deze in 1876 haar zetel in Parijs kiest, vlak na de Frans-Duitse oorlog, verbiedt Bismarck de Pruisische statistici deel te nemen en blijven ook andere landen weg zodat voorlopig een eind komt aan het internationale statistisch overleg.

Intussen hebben in Nederland de bemoeienissen van de Staat met de doodsoorzakenclassificatie in 1865, door aanvaarding van de medische wetgeving van Thorbecke, geresulteerd in een centrale registratie en classificatie van de doodsoorzaken. Deze wetgeving verplicht de behandelend geneesheer de oorzaak van de dood van een patiënt, met inachtneming van het beroepsgeheim, te melden aan de ambtenaar van de Burgerlijke Stand, waarna maandelijks de doodsoorzaken worden doorgezonden aan de inspecteur van het Geneeskundig Staatstoezicht die voor verdere verwerking zorgt.

In de periode 1865 tot 1875 volgen een drietal verschillende lijsten elkaar op. Vanaf 1875 tot 1901 wordt een lijst gebruikt, waarvan de verkorte versie, opgenomen is in overzicht 2. (Samen met overzicht 1 en de andere lijsten in overzicht 2 wordt op evidente wijze de toename van de medische kennis in de loop der tijden zichtbaar).

De impasse in het internationaal overleg wordt doorbroken door de oprichting van het Internationaal Statistisch Instituut dat zich vanaf 1893 bezighoudt met een lijst van doodsoorzaken afkomstig van het hoofd van het bureau voor de statistiek in Parijs, Jacques Bertillion. Op de vergadering in 1899 in Oslo deelt Bertillion mee dat in Noord-Amerika en een groot deel van Zuid-Amerika en Europa de voorgestelde classificatie is ingevoerd. Een internationale commissie van wetenschappers die officieel door hun regeringen zijn afgevaardigd reviseert deze classificatie voor het eerst officieel in 1900. Afgesproken wordt dat de lijst eens in de tien jaar zal worden herzien. De verkorte versie is weergegeven in overzicht 2 en is vanaf 1901 van kracht in

---

Overzicht 2. Verkorte doodsoorzakenclassificatielijsten. Nederland vanaf 1875.

1875-1900

- 1 Gebrekkige ontwikkeling
- 2 Lichaamswakte, gering (excl.18)
- 3 Klierziekte, rhachitis, syphilis
- 4 Abces, ulcus, gongreen, pyoemie, haemorrhagie (excl.31)
- 5 Kanker
- 6 Waterzucht, scheurbuik
- 7 Typhus, febris typhoidea
- 8 Aanhoudende koorts (excl.7)
- 9 Tusschenpoozende koorts, Febris intermittens pernicioosa
- 10 Pokken
- 11 Roodvonk
- 12 Mazelen
- 13 Huidziekten (excl. 10,11,12)
- 14 Stuipe, trismus, epilepsie
- 15 Apoplexie
- 16 Hersenziekten (excl.15)
- 17 Ruggemerglijden (paralyse)
- 18 Keel- en longtering, bloedspuwing (suikertering)
- 19 Croup
- 20 Kinkhoest
- 21 Acute ziekten der ademhalingswerktuigen (Influenza)
- 22 Chron. idem (excl.18)
- 23 Hart- en vaatziekten, rheumatismus, arthritis (excl.24)
- 24 Organische hertgebreken, aneurysma
- 25 Angina diphterina
- 26 Diarrhoeo, dysenterie
- 27 Cholera asiatica, cholera nostras
- 28 Acute ziekten van de spijsverteringsorganen
- 29 Chron. ziekten van de spijsverteringsorganen (excl.5)
- 30 Ziekten der organa urogenitalia
- 31 Ziekten van het kraambed febris puerperalis
- 32 Gewelddadige dood, zelfmoord (excl.33)
- 33 Verdrinking, zelfmoord
- 34 Onbekende oorzaak, plotseling

1901-1910

- 1 Febris typhoidea, typhus abdominalis
- 2 Typhus exanthematicus
- 3 Febris intermittens, Malaria-cachexie
- 4 Pokken
- 5 Mazelen
- 6 Roodvonk
- 7 Kinkhoest
- 8 Diphtherie
- 8 bis Croup
- 8 ter Dysenteria
- 8 qua Dysenteria epidemica
- 9 Influenza
- 10 Aziatische cholera
- 11 Cholera nostras
- 12 Andere epidemische ziekten
- 13 Longtuberculose
- 14 Hersentuberculose
- 15 Andere vormen van tuberculose
- 16 Kanker en andere maligne tumoren
- 17 Meningitis
- 18 Apoplexie, hersenverweking
- 19 Organische hertgebreken
- 20 Acute bronchitis
- 21 Chronische bronchitis
- 22 Pneumonia
- 23 Ziekten van den maag
- 24 Gastro-enteritis (<2jr.)
- 25 Hernia, darmocclusie
- 26 Levercirrose
- 27 Nephritis en Brightse ziekte
- 28 Ziekten van de geslachtsorganen van de vrouw
- 29 Kraamvrouwenkoorts
- 30 Andere ziekten van zwangerschap en kraambed
- 31 Aangeboren zwakte en gebreken
- 32 Ouderdomswakte
- 33 bis Gewelddadige dood
- 33 bis Zelfmoord
- 34 Andere ziekten
- 35 Onbekend

1979-heden

- 1 Infectieziekten van maagdarmkanaal
- 2 Tuberculose
- 3 Late gevolgen van tuberculose
- 4 Kinkhoest
- 5 Meningokokken infecties
- 6 Tetanus
- 7 Septicemie
- 8 Pokken
- 9 Mazelen
- 10 Malaria
- 11 Ov. infectieziekten en parasitaire ziekten
- 12 Maligne neoplasma van de maag
- 13 van colon
- 14 van rectum
- 15 van trachea, bronchus en long
- 16 van vrouwelijke mamma
- 17 van cervix uteri
- 18 Leukemie
- 19 Overige maligne neoplasmata
- 20 Diabetis Mellitus
- 21 Ondervoeding-marasmus
- 22 Overige proteïne malnutritie
- 23 Anemisen
- 24 Meningitis
- 25 Acuut gewrichtsreuma
- 26 Chron. reumatische hartaand.
- 27 Hypertensie
- 28 Acuut myocardinfarct
- 29 Ov. ischaemische hartaand.
- 30 Cerebrovasculaire aand.
- 31 Arteriosclerose
- 32 Ov. aand. van tractus circulatorius
- 33 Pneumonie
- 34 Influenza
- 35 Bronchitis, emfyseem, astma
- 36 Ulcus ventriculi en duodeni
- 37 Appendicitis
- 38 Chron. leveraand. en -cirrose
- 39 Nephritis, nefrotisch syndroom en nefrose
- 40 Prostaat hypertrofie
- 41 Abortus
- 42 Direct verloskundige oorz.
- 43 Aangeboren afwijkingen
- 44 Geboorte trauma
- 45 Ov. aand. ontstaan in de perinatale periode
- 46 Symptomen en onvolledig onbeschreven ziektebeelden
- 47 Ov. ziekten
- 48 Ongevallen met motorvoertuigen op openb. weg
- 49 Ongevallen met motorvoertuig niet op openbare weg
- 50 Accidentele val
- 51 Zelfdading en automutilatie
- 52 Moord en ietseel met opzet door anderen toegebracht
- 53 Ov. uitwendige oorzaken



Nederland. Verwerking en publicatie vinden vanaf dat jaar plaats door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), dat in 1899 is opgericht. De totstandgekomen classificatie kent een onderverdeling naar 'aetiologie', 'locatie' en 'onbekend' en is sindsdien niet meer wezenlijk gewijzigd.

Het aantal categorieën wordt tot 1950 door een zestal revisies belangrijk uitgebreid. Na de Tweede Wereldoorlog wordt de World Health Organization (WHO) belast met de internationale revisie, hetgeen in 1948 leidt tot één lijst van doodsoorzaken en ziekten: the International Statistical Classification Diseases, Injuries and Causes of Death (ICD). Het aantal categorieën wordt dan uitgebreid tot 612 ziekten en 342 omschrijvingen, die een indeling van ongevallen naar hun aard en oorzaak mogelijk maken. De daaropvolgende revisies tot en met de negende, die vanaf 1979 in Nederland van kracht is, brengen geen wezenlijke veranderingen meer aan (overzicht 2).

Vanaf 1926 worden van de arts meer gedetailleerde gegevens op de verklaring van overlijden verlangd. De primaire ziekte of aard van het ongeval moet vermeld worden, alsmede de secundaire ziekten of de gevolgen van het ongeval en bijkomende ziekten. Een belangrijke verbetering van de doodsoorzakenregistratie vindt plaats in 1927. Moest tot dat jaar de arts de verklaring van overlijden met de oorzaak van de dood aan de ambtenaar van de Burgerlijke Stand zenden, daarna wordt de brief met de doodsoorzaak in een gesloten enveloppe via deze ambtenaar doorgestuurd aan de medische ambtenaar van het CBS. Het vertrouwelijke karakter van de gehele procedure draagt zonder twijfel bij tot de betrouwbaarheid van de registratie.

De hiervoor geschetste ontwikkeling van de doodsoorzakenclassificatie tot de huidige maakt duidelijk dat de sterftetrends over de tijd die hierna besproken worden, betrouwbaarder zijn naarmate we verder in de tijd vorderen. Bij vergelijkingen van sterfte naar doodsoorzaak tussen gebieden moet ook rekening gehouden worden met eventuele verschillen ten aanzien van de categorie 'onbekend'. Neemt deze categorie in omvang toe dan zal per definitie het aantal overledenen aan de overige doodsoorzaken moeten afnemen. Zo zien we begin 1900 dat het percentage 'onbekend' varieert van circa 3.5% in Noord-Holland tot bijna 14% in de provincie Drenthe (6). Dit hield hoogstwaarschijnlijk verband met de ongelijke verdeling van het aantal geneeskundigen over de diverse provincies. In Noord-Holland bedroeg deze destijds 5.5 artsen per 10.000 inwoners en in Drenthe 3.5.

In de periode 1982-1986 bedraagt het percentage sterfgevallen in de categorie 'symptomen en onvolledig beschreven ziektebeelden' voor Den Haag 4.0%, voor Utrecht en Rotterdam 3.4% en voor

6. *Statistiek van de sterfte naar den leeftijd en naar oorzaken van den Dood over het jaar 1907. Den Haag, 1909.*
7. *Mackenbach JP. Mortality and Medical Care. Rotterdam, 1988.*
8. *Steffelaar JW. Wat is de kankerregistratie waard? Medisch Contact 1981; nr 6: 156-9.*

Amsterdam 6.9%. De rest van Nederland ligt op 3%. Onder jongens in de leeftijd van 1-14 jaar is in de grote steden deze categorie met circa 20% zelfs veruit de omvangrijkste van alle doodsoorzaken. In de rest van Nederland bedraagt dit percentage slechts 6%.

Met name vanuit Amsterdam krijgt het CBS frequenter helemaal geen overlijdingsverklaring, of is deze niet of onvolledig ingevuld (7). Ontbreekt de naam van de behandelend medicus dan is navorsing niet mogelijk en blijft er niets anders over dan rubricering onder 'symptomen en slecht omschreven ziektebeelden'.

In hoeverre de huidige Nederlandse doodsoorzakenstatistiek de reële situatie juist weerspiegelt is onbekend. Uit een onderzoek - één van de weinige op dit gebied - van Steffelaar bleek dat bij 246 patiënten waarbij via obductie kanker werd vastgesteld, de premortale diagnose bij 40% van de patiënten onjuist of onvolledig was (8). Daar geobduceerde patiëntengroepen bijzondere selecties vormen is het onduidelijk in welke mate deze uitkomsten generaliseerbaar zijn naar de Nederlandse populatie. Volgens Steffelaar is waarschijnlijk een belangrijke foutenbron gelegen enerzijds in de opzet van de overlijdingsverklaring, die onvoldoende mogelijkheid biedt tot genuanceerde invulling, en anderzijds de beperkte motivatie van artsen bij 'ambtelijke formaliteiten'.

#### ■ BRUTOSTERFTE NAAR DOODSOORZAAK VOOR 1875

De ziekten die in de periode 1755-1773 volgens Diercquens de meeste tol eisten onder de Haagse bevolking zijn weergegeven in tabel 1. Volgens Jansen behoren deze doodsoorzaken alle tot de

Tabel 1. Gemiddelde sterfte naar doodsoorzaak uitgedrukt zowel in procenten van de totale sterfte als per 1000 inwoners. Den Haag 1755-1773.

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

infectieziekten, waarbij 'stuipen', 'waterzugt' en 'borstziekte' betrekking hebben op de spijsverteringsorganen en de overige op de ademhalingsorganen (9). 'Tering' komt volgens hen overeen met longtuberculose en 'kinderziekte'- men sprak van 'natuurlijke kinderziekte'- was de toenmalige benaming voor pokken. Zoals straks ook zal blijken kwamen de pokken in die tijd dermate massaal voor dat de Haagse geneesheer Schick schrijft '... die ziekte, bij elk een, in dien tijd, zoo wel bekend, is geene grote dwaling mogelijk'. Eén op de vier sterfgevallen vond plaats tengevolge van stuipen, één op de zes door longtuberculose en één op de tien als gevolg van pokken. Tezamen veroorzaakten deze drie doodsoorzaken meer dan 50% van de sterfte.

In deze periode trad om de vier jaar een pokken-epidemie op. De hevigsten woedden in 1762 en 1773 met respectievelijk 5 en 12.5 overledenen per 1.000 inwoners (24 en 31% van de totale sterfte). De overgrote meerderheid van de dodelijke pokken-slachtoffers was onder de vijf jaar. Per 1.000 0-4 jarigen overleden in 1773 circa 75 kinderen aan pokken. Diercquens signaleert deze hoge pokkensterfte onder de jeugdigen en spreekt van 'het ontzagelyke getal door die moorddadige Ziekte weggerukt'. Blijkens zijn geschrift werd er in die tijd heftig getwist over de voors en tegens van inenting tegen pokken. Mede op grond van zijn kennis ten aanzien van hetgeen er in het buitenland over dit onderwerp werd gepubliceerd is hij er stellig van overtuigd dat inenting de sterfte tengevolge van pokken kan terugbrengen tot tien per 1.000 kinderen. Hij mengt zich dan ook met een vurig pleidooi vóór inenting in de discussie.

Ten aanzien van de tering merkt hij op dat deze zowel onder de jongeren als onder de ouderen sterk heerst en dat deze iedere maand 'een menigte wegsleept' maar dat de zomermaanden het minst schadelijk zijn.

Over de periode 1774-1815 ontbreken sterfteoverzichten naar doodsoorzaak voor Den Haag. Vanaf 1815 tot en met 1874 zijn we in staat vrij betrouwbaar het verloop te volgen van cholera, pokken, mazelen, kinkhoest en roodvonk (10)(11). Van de 'doodsoorzaken' koorts, zenuwkoorts, zinkingkoorts (influenza) en zenuwzinkingkoorts (typhus) zijn ook gegevens beschikbaar maar is het onzeker welke ziekten hieronder gerangschikt zijn (1)(10). In de periode 1815-1855 werd circa 20% van de sterftegevallen toegeschreven aan de genoemde koorts. We laten deze hier buiten beschouwing.

Over de periode 1815-1874 bedroeg de sterfte door pokken, cholera, mazelen, roodvonk en kinkhoest gezamenlijk 26,5 per 10.000 inwoners per jaar (tabel 2). Dat is 10% van de totale sterfte, hetgeen minder is dan de gemiddelde jaarlijkse sterfte ten-

9. Jansen PC, *De Meere JMM. Het sterftepatroon in Amsterdam 1774-1930. Tijdschr Soc Geschiedenis* 1982; 8: 26.
10. Evers E. *Statistiek van het jaarlijksch verloop van sommige ziekten in iedere straat van 's-Gravenhage. 1815-1855 en 1866-1883.*
11. *Basisdocumentatie bevolkingsstatistiek. Afdeling Statistiek en Onderzoek der Gemeentesecretarie. Den Haag.*

gevolge van pokken alleen in het tijdvak 1755-1773. Voor de ziekten afzonderlijk zijn de aantallen per 10.000 inwoners: pokken 9.9, cholera 7.8, mazelen 4.1, kinkhoest 3.0 en roodvonk 1.6. Tot 1872 valt er geen afname in de sterfte voor deze groep ziekten waar te nemen. Daarna zet een continue dalende trend in van circa tien per 10.000 in 1875 tot minder dan één in 1930.

Tabel 2 weerspiegelt het epidemische karakter waarmee de infectieziekten zich in die tijd voordeden. Weergegeven zijn de waarden in de jaren waarin zich de meest opvallende verheffingen van de sterfte voordeden. De jaren 1832, 1849, 1866 en 1871 moeten met een sterfte voor alleen al deze vijf infectieziekten van meer dan 110 per 10.000 inwoners rampjaren voor de Haagse bevolking zijn geweest. Voor drie van deze rampen was de cholera verantwoordelijk met als meest verwoestende uithaal 1849 toen er per 10.000 meer dan 150 inwoners aan cholera overleden. De pokken doen daar met 143 per 10.000 in 1871 nauwelijks voor onder. Hoewel de gemiddelde sterfte van pokken in het tijdvak 1755-1773 circa drie keer zo hoog was troffen we in die periode nimmer een epidemie aan met een

Tabel 2 . Sterfte (per 10.000) aan cholera, pokken, mazelen, roodvonk of kinkhoest in jaren waarin zich epidemieën hebben voorgedaan. Den Haag, 1815-1874.

Jaar	Sterfte per 10.000					Alle
	Pokken	Cholera	Mazelen	Kinkhoest	Roodvonk	
1817:			25.2			27.7
1818:	57.4			7.2		65.8
1825:	38.0					41.4
1829:			34.0			34.5
1832:		97.7				110.7
1835:					23.2	33.4
1842:	16.3		25.8			45.3
1843:	45.5					50.5
1849:		152.5				158.4
1853:				13.2		18.6
1855:	19.5	12.8	20.8			55.9
1864:	42.4					49.4
1866:		112.1				122.3
1871:	143.3					149.0
Gemiddelde 1815-1874	9.9	7.8	4.1	3.0	1.6	26.5

---

dergelijke omvang.

De hoogst waargenomen sterftcijfers voor mazelen, roodvonk en kinkhoest bedroegen in die periode 34.0, 23.2 en 8.4 doden per 10.000 inwoners.

De transmissie van pokken geschiedt rechtstreeks. Verspreiding wordt hoogstens bevorderd door bijvoorbeeld dichtbevolkte bewoning van huizen. Persoonlijke hygiëne en lichamelijke conditie (weerstand) oefenen hier nauwelijks invloed op uit. De Haagse geneesheer Antonius de Haen (later lijfarts van keizerin Maria Theresia in Wenen) wist dit al vóór het midden van de 19e eeuw. Hij had de pokken nauwkeurig beschreven en stelde dat 'gezonden en ziekelyken, sterken en zwakken zonder onderscheid door de pokken worden aangetast' (4).

De verspreiding van cholera daarentegen geschiedt door indirecte overdracht zoals via voedsel, drinkwater etc. Ten tijde van de cholera-epidemie in 1849 - toen Snow in Londen bezig was zijn hypothese te staven dat cholera via drinkwater wordt verspreid - bestond dit vermoeden ook bij Schick: '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' (4). Het is dan ook niet verwonderlijk dat de intensiteit van de epidemie, in 1849 in Den Haag binnen de stad sterk uiteenloopt. De verschillen tussen de wijken varieerden van 30 tot 300 per 10.000. Schick schrijft: '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 minvermogens de meerderheid uitmaken hevig geteisterd, andere hadden betrekkelijk geringe verliezen te betreuren' (4). De sterfte in Den Haag valt echter in het niet bij Scheveningen waar één op de zeven inwoners wordt besmet (1430 per 10.000) en één op de twaalf overlijdt (833 per 10.000). 'Op die plaats vereenigt zich, tengevolge van nalatigheid en onverschilligheid, ofwel kwalijk begrepen spaarzaamheid alles, wat geschikt is om natuurlijke voordeelen tegen te werken en krachteloos te maken' aldus Schick naar aanleiding van de sterfte aldaar.

Het tijdperk met de zeer hoge sterfte tengevolge van infectieziekten wordt met de pokkenepidemie van 1871 voorgoed afgesloten. De cholera (asiatica) en pokken veroorzaken hierna nog slechts enkele doden. Vanaf die tijd zetten verschuivingen in die uiteindelijk zullen leiden tot ons hedendaagse sterftepatroon in Den Haag. Hierover berichten we in het volgende artikel. ■



# Sterfte in Den Haag (4)

## Doodsoorzaken ná 1875

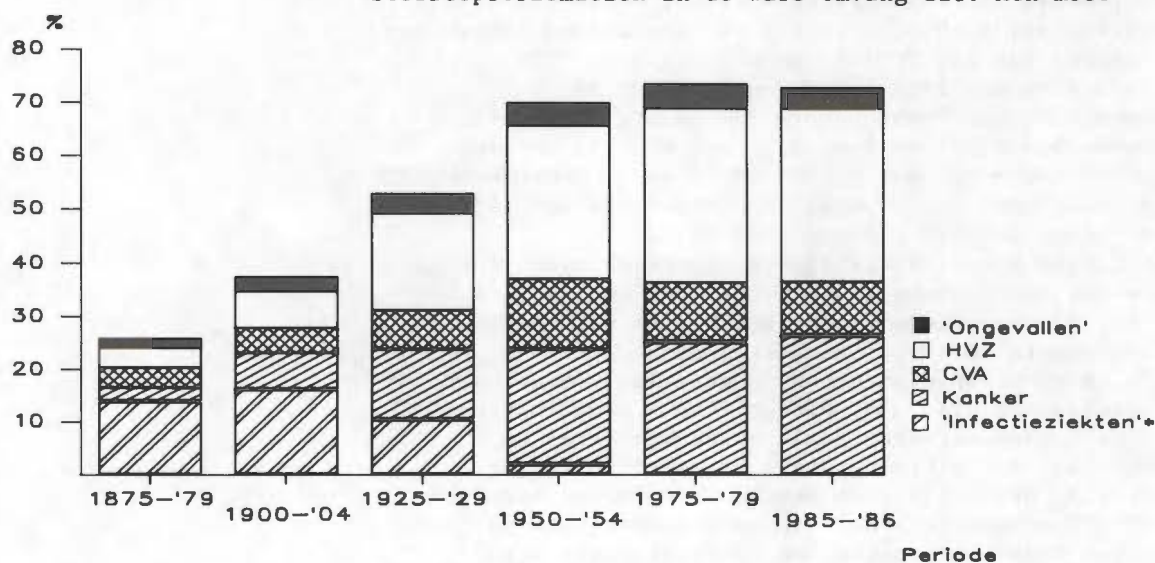
H.W.A. Struben, wetenschappelijk medewerker, stafbureau Epidemiologie, GG en GD Den Haag.

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

In het voorgaande artikel zijn de doodsoorzaken, en de registratie ervan, in Den Haag vóór 1875 aan de orde geweest. Ongeveer vanaf die tijd bestaat in Nederland een aangifteplicht voor de arts en worden de doodsoorzaken centraal geregistreerd, hetgeen de betrouwbaarheid van de statistieken verbeterd. We willen in dit artikel een beeld geven van de belangrijkste verschuivingen in ziekte- en sterftepatronen die zich sedertdien hebben voltrokken in Den Haag. Een grote stad als Den Haag neemt vanwege specifieke bestaansomstandigheden van zijn inwoners en vanwege zijn bevolkingssamenstelling in gezondheidsperspectief een positie in, die de bijzondere aandacht vraagt. We zullen de achtergronden en ontstaanswijze van een aantal specifieke sterftepatronen aan een nadere beschouwing onderwerpen. Als theoretisch kader hanteren we daarbij het gedachtegoed uit de zogenaamde 'Healthy Cities'-beweging die een nieuwe aanpak van gezondheidsproblematiek uitdraagt. De epidemiologische informatie in dit artikel is wederom gebaseerd op dokumentatie van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), de voorlopers hiervan en de gemeente Den Haag.

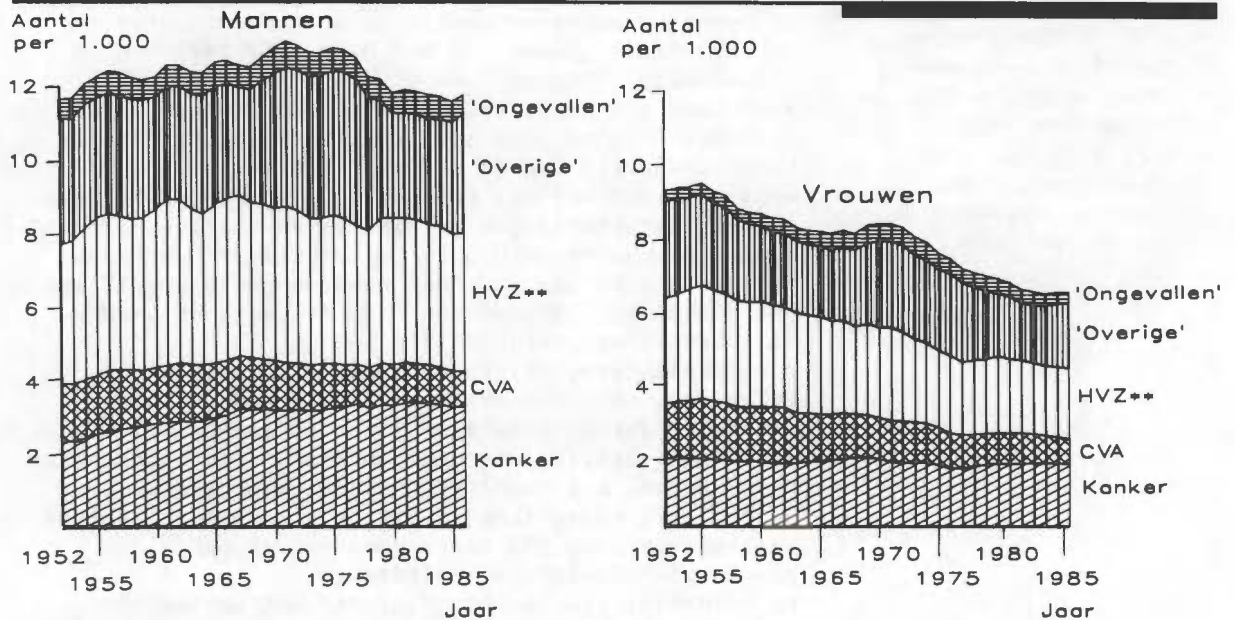
### ■ GROTE VERSCHUIVINGEN SINDS 1875

In figuur 1 staan trends van groepen doodsoorzaken voor Den Haag weergegeven vanaf 1875 tot heden. Er staan brutosterftecijfers in, dat wil zeggen dat de mortaliteitscijfers niet zijn gecorrigeerd voor leeftijd of geslacht. De getallen drukken derhalve sterfteproblematiek in de ware omvang uit. Men moet



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

Figuur 1. Procentueel aandeel van groepen doodsoorzaken in de totale brutosterfte. Den Haag 1875-1986.



\* Standaardpopulatie is bevolking Nederland 1986.

\*\* Over 1969-1978 ontbreekt een rest-categorie van 7% ten gunste van de groep 'overige'.

Figuur 2A en 2B. Voortschrijdend gemiddelde van de direct-gestandaardiseerde sterfte naar doodsoorzaak voor mannen en vrouwen\*. Den Haag 1952-1986.

zich steeds realiseren bij de bestudering van deze cijfers dat demografische omstandigheden zoals de leeftijdsopbouw van de bevolking mede de omvang van de gezondheidsproblematiek bepalen.

Het is duidelijk dat infectieziekten de laatste eeuw geweldig aan belang hebben ingeboet. De in figuur 1 opgenomen infectieziekten mazelen, roodvonk, kinkhoest, tyfus, difterie en tuberculose hebben hun aandeel van 14% in 1875 geheel verloren. Ook infecties als longontsteking en maag- en darminfecties hebben enorm aan belang ingeboet. Opkomende doodsoorzaken zijn van niet-infectieuze aard: hart- en vaatziekten (HVZ) en cerebrovasculaire aandoeningen (CVA) vormen heden met 42% een vijf keer zo groot aandeel als een eeuw geleden.

Het belang van kanker als doodsoorzaak neemt tot op de dag van vandaag gestaag toe, tot een aandeel van 26%. Dit in tegenstelling tot HVZ en CVA waarvan de toename in de zeventiger jaren stopt.

De sterfte tengevolge van 'ongevallen' (hieronder verstaan we alle niet-natuurlijke - ofwel uitwendige - doodsoorzaken zoals verkeersongevallen, suicide, vergiftiging etc.) varieert in omvang weinig. Deze blijft rondom een niveau van vier per 10.000 schommelen. Wel treden veranderingen op in de types dodelijke ongevallen (verkeersongevallen, suicide etc.) en in de leeftijdsverdeling. Maar hierover later.

In figuur 2 worden vanaf 1952 voor Den Haag voor mannen en vrouwen afzonderlijk, trends in categorieën

---

doodsoorzaken weergegeven. Deze cijfers zijn gecorrigeerd voor leeftijd, zodat de verschillen in leeftijdsopbouw van de diverse bevolkingen geen rol meer spelen in de vergelijking tussen verschillende tijdvakken of tussen de sexen.

Geanalyseerd zijn wederom kanker, HVZ, CVA en 'ongevallen'. Onder de categorie 'overige' vallen alle overige natuurlijke oorzaken. Als voorbeeld zijn te noemen aandoeningen van de spijsverteringsorganen (darmziekten, maagzweren, leverziekten etc.) en aandoeningen van de luchtwegen (bijvoorbeeld chronisch aspecifieke respiratoire aandoeningen, (CARA)).

Er blijken in Den Haag opvallende verschillen tussen mannen en vrouwen te bestaan. Bij de mannen stijgt de sterfte tot de jaren zeventig en neemt daarna weer af. Bij de vrouwen wordt de sterfte vanaf 1952 met een tijdelijke onderbreking in de jaren zeventig steeds minder. Het verschil in gestandaardiseerde sterfte tussen mannen en vrouwen is nu zelfs 100%. De onderscheiden categorieën doodsoorzaken treffen steeds de mannen in sterkere mate. Bij CVA is anno 1986 het verschil nog het geringst.

De sterfte aan kanker wordt bij vrouwen iets minder, bij mannen daarentegen steeds meer.

De 'ongevallen'-sterfte blijft constant, voor beide sexen. Mannen overlijden evenwel gedurende het gehele tijdvak vaker aan deze oorzaken dan vrouwen.

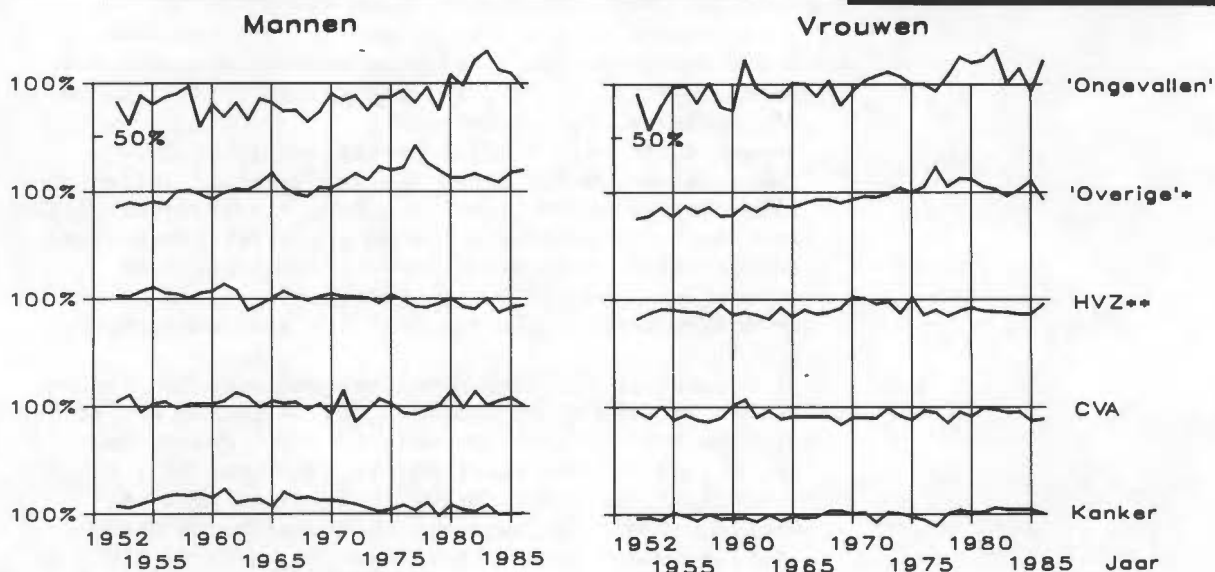
Sterftcijfers weerspiegelen bepaalde onderliggende gezondheidsproblematiek. Ze vormen één van de vrij harde indicatoren voor aspecten van volksgezondheid. Men dient zich echter te realiseren dat het geen informatie verschaft over de omvang en de aard van het 'ongezonde' bestaan zelf bijvoorbeeld van invaliden, ouderen, verslaafden of chronisch zieken. Wel tonen deze cijfers aan dat op onderdelen van volksgezondheidsproblematiek zeer grote verschuivingen zijn opgetreden. De gezondheidszorg en de 'public health' is de laatste eeuw voor totaal andere problematiek komen te staan. Welk antwoord op deze problematiek te geven is zullen we in het slot van dit artikel bespreken.

#### ■ DEN HAAG ALS GROTE STAD

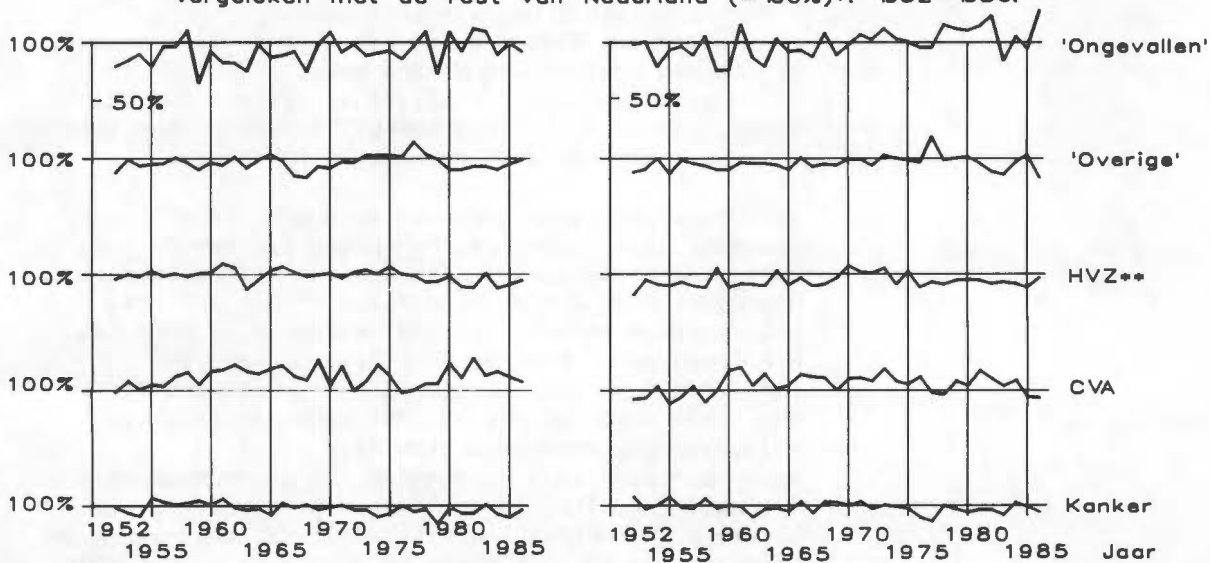
De grote stad vraagt in gezondheidsperspectief bijzondere aandacht. De bestaansomgeving (in materiële en immateriële zin) en de specifieke verzameling mensen (bijvoorbeeld relatief veel ouderen, alleenstaanden en migranten) in een stad als Den Haag leveren bijzondere problemen op. In de volgende figuren worden vergelijkingen getrokken tussen sterfte in Den Haag, de overige drie grote steden en de rest van Nederland (exclusief de vier grote steden).

In de figuren 3A en 3B wordt de sterfte in Den Haag voor mannen en vrouwen afzonderlijk uitgezet tegen

---



Figuur 3A. Direct-gestandaardiseerde sterfte naar doodsoorzaak Den Haag vergeleken met de rest van Nederland (=100%)\*. 1952-1986.



\* Standaardpopulatie is bevolking Nederland 1986.

\*\* Over 1969-1978 ontbreekt een rest-categorie van 7% die ondergebracht is bij de groep 'overige'.

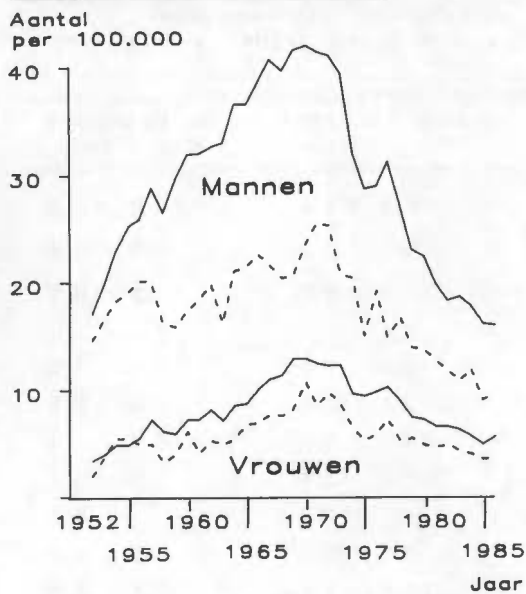
Figuur 3B. Direct-gestandaardiseerde sterfte naar doodsoorzaak Den Haag vergeleken met de overige drie grote steden (=100%)\*. 1952-1986.

die van de rest van Nederland en Amsterdam, Rotterdam en Utrecht samen. In beeld worden gebracht de trends vanaf 1952 tot heden.

Voor mannen is de sterfte aan kanker in Den Haag en de andere grote steden steeds hoger geweest dan in de rest van Nederland. Pas de laatste jaren is in Den Haag de kankersterfte op het landelijke niveau gekomen. Dit geldt niet voor de overige grote steden. Voor vrouwen is de kankersterfte in Den Haag en de andere grote steden steeds hetzelfde geweest als in de rest van Nederland.

De sterfte aan CVA voor mannen in Den Haag ligt

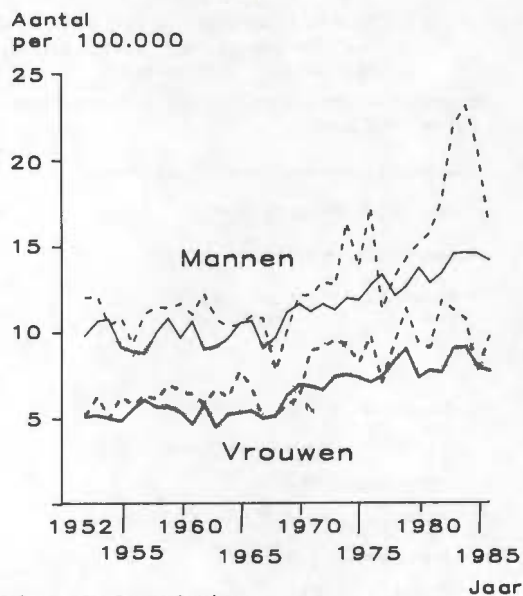




\* Standaardpopulatie is bevolking Nederland 1986.

Figuur 4A.

Direct-gestandaardiseerde sterfte door ongevallen met motorvoertuigen \*. Vier grote steden en rest van Nederland 1952-1986.



--- Vier grote steden  
— Rest van Nederland

Figuur 4B.

Direct-gestandaardiseerde sterfte door suicide \*. Vier grote steden en rest van Nederland, 1952-1986.

steeds boven het niveau van de andere grote steden. Deze sterfte in Den Haag bevindt zich op het landelijk niveau. Voor vrouwen is de sterfte aan CVA lager dan het landelijke niveau. Dit is echter ook voor de andere grote steden het geval. De sterfte aan HVZ voor mannen in Den Haag komt de laatste 15 jaren iets onder het landelijke gemiddelde te liggen. Voor vrouwen is deze sterfte steeds onder het landelijke niveau én onder het niveau van de drie andere steden geweest. De sterfte aan 'ongevallen' in Den Haag gedraagt zich gelijk aan de andere drie steden. Voor mannen en vrouwen wordt deze sterfte eind zeventiger begin tachtiger jaren hoger dan in de rest van Nederland. Daarvóór was de sterfte bij mannen in Den Haag steeds lager dan in de rest van Nederland. In de figuren 4A en 4B staan voor deze trends verklarende, onderliggende patronen weergegeven. Vanaf de jaren vijftig vond een epidemie van verkeersdoden plaats in Nederland. De sterfte aan verkeersongevallen in de drie grote steden bleef daarbij ver achter bij de rest van Nederland. Dit verklaart de ondersterfte in Den Haag aan 'ongevallen' in algemene zin. Erg in het oog springt de verkeersongevallensterfte onder mannen ten opzichte van vrouwen in deze epidemie. In figuur 4B worden trends uitgebeeld voor suicide,



Tabel 1 . Direct-gestandaardiseerde sterfte (per 10.000) naar doodsoorzaak voor mannen en vrouwen \*. Den Haag, de drie grote steden en de rest van Nederland 1982-1986.

Doodsoorzaak	Den Haag		3 Gr. Steden		R. Nederland	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Niet uitwendig (1-47):	111.0	60.6	116.3	64.2	108.6	62.5
Infectieziekte (1-11):	0.6	0.3	0.7	0.3	0.5	0.4
Nieuwvorming (12-19):	33.2	17.4	35.0	18.0	32.5	16.6
Maag (12):	2.3	0.9	2.5	1.1	2.7	1.2
Colon (13):	2.3	1.6	2.3	1.8	2.2	1.9
Rectum (14):	0.9	0.5	0.9	0.6	1.0	0.5
Trachea,bronchus,long (15):	12.0	1.6	13.5	1.6	12.1	1.0
Mamma (16):		3.9		3.8		3.7
Cervix uteri (17):		0.5		0.6		0.3
Leukemie (18):	0.9	0.5	0.8	0.5	0.9	0.6
Overig (19):	14.9	7.8	14.9	7.9	13.6	7.4
HVZ, exkl. CVA (25-29 31 32):	37.9	19.2	40.9	20.7	40.8	21.6
Acuut myocardinfarct (28):	19.0	8.4	20.0	9.1	21.4	9.5
Overig (29):	4.8	2.1	5.3	2.2	5.2	2.4
CVA (30):	10.1	7.5	8.8	7.4	9.5	8.1
Ademhalingsorganen (33-35):	8.0	3.1	7.6	3.1	6.9	2.9
CARA (35):	4.6	0.8	4.3	0.9	3.9	0.7
Spijsverteringsorganen (36-38):	2.1	0.8	1.7	0.8	1.2	0.6
Ulcus pepticum (36):	0.7	0.3	0.5	0.3	0.4	0.3
Levercirrose (38):	1.3	0.5	1.1	0.5	0.7	0.3
Aangeboren afw.(43):	0.6	0.6	0.5	0.4	0.6	0.6
Overig niet uitwendig:	18.6	11.7	21.1	13.4	16.6	11.8
Uitwendig (letsel,vergift) (48-53):	6.0	3.3	6.0	3.1	5.3	2.9
Ongeval motorvoertuig (48-49):	1.2	0.6	1.1	0.4	1.8	0.6
Accidentele val (50):	1.3	1.1	1.2	1.1	1.1	1.1
Suicide (51):	2.0	1.2	2.0	1.0	1.4	0.8

\* Standaardpopulatie is bevolking Nederland 1986.

ook een subcategorie van 'ongevallen'. Daarin blijkt een sterke toename van suicide in de grote steden ten opzichte van de rest van Nederland vanaf eind zeventig, begin tachtig. Deze ontwikkeling verklaart voor het grootste deel de oversterfte aan 'ongevallen' in de grote stad in de laatste jaren. Ook hierbij blijkt weer dat mannen meer met sterfte tengevolge van dit type 'ongeval' te maken hebben dan vrouwen. De top van deze suicide-epidemie ligt rond 1983-1984. Op het ogenblik is er weer sprake van een afname.

In tabel 1 staat de vergelijking van sterftcijfers in Den Haag de drie overige grote steden en de rest

Tabel 2. Sterfte aan longkanker en Cara naar leeftijd en geslacht (per 10.000). Den Haag 1982-1986.

Leeftijd	Longkanker		CARA	
	M	V	M	V
35-44:	0,9	0,5	0,3	0
45-54:	5,9	2,4	3,2	0,3
55-64:	24,9	4,0	7,1	1,5
65-74:	57,9	5,7	19,0	2,3
75-84:	92,6	7,9	36,6	8,4
>85:	87,1	10,8	81,8	14,6

van Nederland voor een grote variëteit aan specifieke doodsoorzaken. De vergelijkingen worden gemaakt voor mannen en vrouwen afzonderlijk. Een aantal sterfte-oorzaken trekt de aandacht.

De sterfte aan longkanker is bij mannen in Den Haag acht keer hoger dan bij vrouwen. De sterfte bij mannen ligt onder het niveau van de andere drie grote steden en is gelijk aan de rest van Nederland. Bij vrouwen is de longkankersterfte in de grote stad, waaronder Den Haag, anderhalf keer hoger dan elders in het land.

In een eerder artikel hebben we uiteengezet dat het grootste deel van deze ('vroegtijdige') sterfte (90%) te wijten is aan rookgedrag (1). De conclusie lijkt derhalve gerechtvaardigd dat vrouwen in Den Haag in het verleden opvallend veel rookten.

De sterfte aan CARA vraagt eveneens de aandacht in verband met het veel hogere vóórkomen bij mannen dan vrouwen. Hieraan overlijden in Den Haag ruim vijf keer zoveel mannen. Men schat dat 75% van deze ('vroegtijdige') sterfte eveneens te wijten is aan roken.

De CARA-sterfte onder mannen in Den Haag blijkt verder 15% hoger te liggen dan in de rest van Nederland. Vele oorzaken kunnen hieraan ten grondslag liggen. Het roken kan in een kritische fase van het natuurlijk verloop van CARA van essentiële invloed zijn geweest bij de slachtoffers. Ook de expositie aan toxische stoffen op het werk of mogelijk in de woonomgeving kan een rol gespeeld hebben. Tenslotte is het mogelijk dat de 'care-delay' of de kwaliteit van de (zelf)zorg ongunstiger uitpakt bij de getroffen groep in de stad Den Haag.

In tabel 2 staat de leeftijdsverdeling van de longkanker- en CARA-sterfgevallen uit Den Haag weergegeven. Het sterfterisico neemt met de leeftijd sterk toe voor beide groepen. Boven de 75-jarige leeftijd overlijdt bijvoorbeeld aan longkanker één op de 100 mannen. Ook de sterfte aan CARA slaat op zeer

1. Nijhuis HGJ. Den Haag en roken: politiek, gezondheidsbeleid en het maken van keuzes. *Epidemiol Bul Grav* 1988; 23 nr 4: 17-30.

---

hoge leeftijd het zwaarst toe.

Biologische factoren samenhangend met veroudering spelen bij de typische leeftijdsverdeling uiteraard een belangrijke rol. Echter ook de voor het ontstaan benodigde langdurige expositie aan toxische stoffen (bijvoorbeeld in rook) is er de oorzaak van dat het zwaartepunt in de morbiditeit en mortaliteit van longkanker en CARA naar oudere leeftijdsgroepen schuift.

De sterfte aan aandoeningen van de spijsverteringsorganen ligt bij mannen in Den Haag opvallend hoog zowel ten opzichte van de andere grote steden als elders (tabel 1).

De belangrijkste twee ziekten die deze hoge sterfte in Den Haag verklaren zijn levercirrose en maagzweren. De sterfte aan levercirrose moet in verband worden gebracht met alcoholisme. Het is derhalve zeer waarschijnlijk dat het alcoholgebruik in Den Haag onder mannen, maar ook onder vrouwen (30% oversterfte ten opzichte van de rest van Nederland) in het verleden aanzienlijk was. Met de mogelijkheid van een bijzondere aantrekkingskracht van de stad voor alcoholisten moet eveneens rekening worden gehouden. In Den Haag sterven aan levercirrose jaarlijks zo'n 30 mannen en 15 vrouwen.

De sterfte aan maagzweren onder Haagse mannen is eveneens opvallend hoog. In eerdere artikelen hebben we het vóórkomen van maagzweren in verband gebracht met buitenlandse jonge mannen (2)(3). Deze hadden een aanzienlijk groter risico voor maagzweren dan Nederlandse mannen. De hoge sterfte aan maagzweren kan wellicht mede door deze epidemiologie worden verklaard.

Vermeldenswaard is verder nog dat in 1985 en 1986 in Den Haag nog vier Hagenaars aan appendicitis overleden. Deze gebeurtenissen worden als 100% vermijdbaar beschouwd.

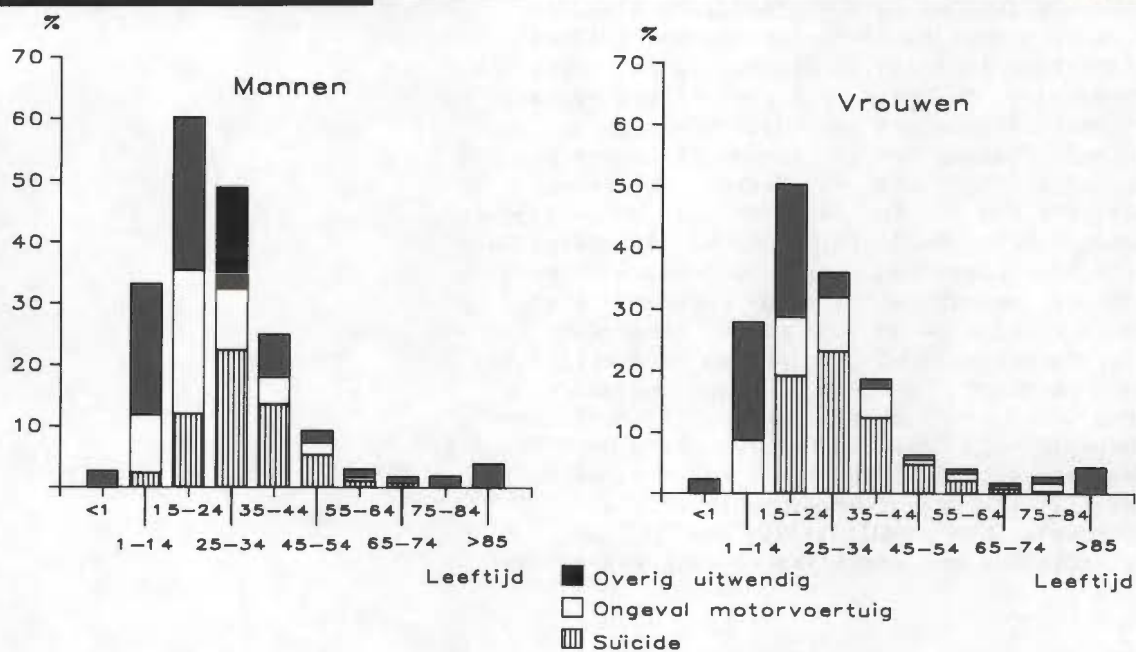
In verband met de actualiteit van programma's van vroegdiagnostiek is de sterfte aan borstkanker en cervixkanker bij vrouwen van belang.

De sterfte aan borstkanker in Den Haag bedraagt jaarlijks gemiddeld 137 gevallen. Uit de tabel blijkt dat deze sterfte enigszins hoger ligt dan in de overige gebieden.

De sterfte aan cervixkanker is veel lager dan die aan borstkanker. Hieraan sterven gemiddeld 16 vrouwen in Den Haag. Opvallend is wel het hogere vóórkomen van deze sterfte in de grote stad. Deze oversterfte in de stad kan zowel samenhangen met een ongunstiger seksuele hygiëne, alsmede het mankerende streven van vrouwen naar een zo vroeg mogelijke diagnostiek (bijvoorbeeld door regelmatige screening). Beide vormen van 'ongezond gedrag' hangen samen met een lagere sociale context waarin gezondheidsbewustzijn en -gedrag minder goed tot ontwikkeling komen. Indien men de sterfte aan cervixkanker vergelijkt met andere aandoeningen dan is in rationeel

2. Avezaat JJM. *Het ulcus pepticum bij jonge mannen. Epidemiol Bul Grav 1985; 20 nr 3: 7-10.*

3. Nijhuis HGJ. *Ulcus Pepticum. Epidemiol Bul Grav 1986; 21 nr 2: 11-13.*



Figuur 5A en 5B. Procentueel aandeel van enkele uitwendige groepen doodsoorzaken in de totale sterfte voor leeftijd en geslacht. Den Haag 1982-1986.

epidemiologische zin niet te spreken van een gezondheidsprobleem dat grote prioriteit verdient. In het licht bezien ook van de te behalen winst (in de praktijk rond de 50% van de vroegtijdige mortaliteit) is de aanzienlijke politieke- en beleidsaandacht voor bevolkingsonderzoek op cervixkanker niet rationeel te noemen.

In de sterfte aan borstkanker wordt een veel groter probleem van volksgezondheid zichtbaar.

Tenslotte vraagt in tabel 1 de categorie 'ongevallen' de aandacht. De sterfte aan de subcategorie 'ongevallen met motorvoertuigen' is in Den Haag evenals in de andere grote steden lager dan in de rest van Nederland. De risico's op dodelijke verkeersongevallen zijn groter in de periferie, waar mogelijk onvoorzichtiger, doch zeker met hogere snelheden aan het verkeer wordt deelgenomen. De sterfte door 'accidentele val' is in de grote steden, met name in Den Haag voor mannen hoger dan elders.

In figuur 5A en 5B is de proportionele sterfte voor ongevallen met motorvoertuigen, suicides en overige ongevallen naar leeftijd uitgebeeld.

Motorvoertuigongevallen veroorzaken vooral slachtoffers bij de mannen in de leeftijd 15 tot 35 jaar. Voor mannen tussen de 15 en 25 is het zelfs de belangrijkste doodsoorzaak.

Voor mannen en vrouwen geldt dat suicide zich vooral voordoet van 15 tot 45 jaar. Tussen de 25 en 35 jaar is het de belangrijkste doodsoorzaak. Van de 60

---

overleden Hagenaars in deze leeftijdscategorie sterven er jaarlijks 14 tengevolge van suicide. Op middelbare leeftijd is het belang van ongevallen ondergeschikt. De grote 'killers' kanker en hart- en vaatziekten treden dan geleidelijk aan op de voorgrond. Vrouwen krijgen eerder te kampen met een grote relatieve sterfte aan kanker, mannen met mortaliteit aan HVZ (en CVA). Op oudere leeftijd dat wil zeggen boven de leeftijd van 65 jaar neemt het gewicht van ongevallen weer toe. De sterfte wordt daar vooral veroorzaakt door de accidentele val. Op den duur klimt deze op voor mannen en vrouwen tot een niveau van 6 per 1.000 per jaar op de leeftijd van 85 jaar en ouder. Meer dan 55 Haagse mannen en vrouwen boven de 85 overlijden jaarlijks aan een accidentele val. Daar slechts een klein deel van deze ongevallen een dodelijke afloop heeft is de omvang van de 'levende' gezondheidsproblematiek, bijvoorbeeld door invaliditeit, verlies aan zelfstandigheid en dergelijke, ontzagwekkend veel groter.

#### ■ NAAR EEN GEZONDE STAD DEN HAAG

Waar toe dient nu de beschrijving van de sterftepatronen in Den Haag? 'Wat moeten we daarmee voor de gezondheidszorg?' zal menigeen zich afvragen. Aan deze zeer terechte probleemstelling willen we de slotbeschouwing van dit artikel wijden.

Den Haag 'gedraagt zich' als een grote stad in het perspectief van gezondheid. We hebben dit kunnen aflezen aan het mortaliteitsbeeld dat we hierboven hebben geschilderd.

De grote doodsoorzaken van tegenwoordig, HVZ, CVA en kanker, slaan in Den Haag hard toe evenals elders. Weliswaar vormen deze aandoeningen in termen van sterfte de grootste problematiek, ze zijn evenwel geen opvallend en specifiek probleem voor de grote stad.

Problemen die voor de grote stad Den Haag opvallen zijn onder andere CARA (bij mannen), maagzweren, levercirrose, suicide en accidentele val (bij ouderen).

Dit zijn niet de belangrijkste doodsoorzaken maar deze sterftecijfers maken ons attent op specifiek stedelijke problematiek en bestaansomstandigheden. De omvang van sterftecijfers van bijvoorbeeld CARA en accidentele val bij ouderen wijzen als 'toppen van ijsbergen' op zeer omvangrijke invaliditeit bij oudere Hagenaars. Bejaarden met bijvoorbeeld een heupfractuur of een ernstig beperkte longfunctie vormen blijkbaar een groot probleemveld in Den Haag. Demografische projecties veronderstellen een verdere vergrijzing van de stadsbevolking. De groeiende invloed van medisch-technisch ingrijpen zal het leven verder verlengen en daarmee het aantal mindervaliden en in autonomie beperkte oude en jonge mensen

---



---

de komende jaren nog sterk doen toenemen. Wat de oorzakelijke omstandigheden betreft hangen CIRA en de sterfte daaraan sterk samen met roken. Het grootste deel van de (vroegtijdige) sterfte daaraan is te wijten aan tabaksgebruik. Ongevallen bij ouderen hebben te maken met een leefomgeving die gezondheidsrisico's in zich draagt.

Voor Den Haag opvallende sterftcijfers als levercirrose en suïcide verwijzen naar achterliggende problematiek die 'in het leven' veel meer aan leed betekent dan het sterftegetal kan aangeven. Alcoholverslaving, en alle daarmee samenhangende individuele en sociale consequenties, vormen een groot probleem in Den Haag. Suïcide verwijst eveneens naar het bestaan van ongelukkige levensomstandigheden, dan wel een ongunstige verwerking daarvan. Over de verslavingsproblematiek van andere drugs hebben we geen sterftcijfers gepresenteerd. Uit talrijke bronnen is echter bekend dat ook hierin de grote stad een bijzonder slechte positie inneemt. De hoge sterfte aan maagzweren kan worden geïnterpreteerd als een verwijzing naar bestaansomstandigheden van migranten in Den Haag (2)(3). Men zou kunnen zeggen dat hier via psychosomatische mechanismen een graadmeter wordt verricht over de manier waarop (een deel van) de migranten het leven in Den Haag ervaren. Niet expliciet zichtbaar gemaakt, maar wel in hetzelfde verband te noemen zijn gezondheidsproblemen samenhangend met sociale marginalisatie van bijvoorbeeld migranten, (alleenstaande) ouderen, armen, alleenstaande ouders en werklozen. Ook met betrekking tot de gezondheidssituatie van deze groepen vormt Den Haag een concentratiegebied.

Hoe moet een dergelijk beeld van de grote stad Den Haag nu verder uitgelegd worden, zodat zicht ontstaat op mogelijkheden om de situatie te verbeteren. Een uitgangspunt daarvoor is dat we de samenhang tussen de sterftcijfers en het maatschappelijke bestaan van mensen in de grote stad niet langer uit de weg kunnen gaan. Vele van de genoemde problemen vinden daarin hun oorsprong, of tenminste een negatieve invloed bij het ontstaan. Ter discussie staat met andere woorden de maatschappelijke en materiële omgeving in Den Haag, ofwel de leefbaarheid in de stad. Dit kent meerdere facetten maar het is hier nu in het perspectief van gezondheid belicht.

Met deze vraagstukken houdt zich de internationale beweging bezig die zichzelf de 'Healthy Cities-beweging' noemt. De gemeente Den Haag is binnen deze beweging actief.

Het verband tussen sterftetrends en sociaal-economische status is door ons in eerdere publicaties over 'sociale ongelijkheid en verschillen in

---

gezondheid' ter sprake gebracht (4)(5)(6).

We constateerden hierboven voor de mannen een toename van de sterfte aan moderne ziekten (bijvoorbeeld HVZ, kanker en motorvoertuigenongevallen) tot de jaren zeventig. In de periode hieraan voorafgaand was echter sprake van een evidente welvaartstoename in Nederland, ook in Den Haag. Dit lijkt een patroon dat strijdig is met de relatie die overal geconstateerd wordt tussen sociaal-economische positie en ongezondheid. 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 sprake was.

Brenner heeft in een aantal internationale studies deze risicofactoren geëlimineerd en opnieuw het verband met welvaartsontwikkelingen onderzocht (7). Het blijkt dat na deze aanpassing een toenemende economische welvaart wel degelijk gepaard gaat met een daling van het sterfteniveau.

Deze interpretaties achten we nodig om het cruciale belang van het verband tussen sociaal-economische situatie en gezondheid op de voorgrond te plaatsen. Het probleem werkloosheid neemt in deze thematiek een centrale plaats in. Dat dit de oorsprong vormt van een uitgebreid scala van gezondheidsproblemen is recent, ook voor Den Haag, wederom beschreven.

(8). In de beginjaren tachtig wordt in Nederland een sterke economische depressie effectief in onder andere een explosieve werkloosheidsstijging in de navolgende jaren. Volgens Diekstra gaat deze werkloosheidsontwikkeling gepaard met een identieke verheffing van het para-suicide patroon (8).

De vraag rijst dan ook in hoeverre deze werkloosheidstoename is aan te merken als een grondslag voor de hierboven zichtbaar gemaakte suïcidestijging die zich ook in die periode voordoet. Dit is vooral het geval bij mannen in de jonge leeftijdscategorieën. Betekent juist voor jongeren een maatschappelijke situatie waar werkloosheid een onderdeel van vormt een ernstige bedreiging voor de zingeving van hun bestaan (9)?

De stad Den Haag is als economische omgeving, met of zonder voldoende werkgelegenheid, van invloed op de gezondheid van zijn bevolking. Zo zijn eveneens andere immateriële aspecten van de stad van grote invloed hierop.

De sociale samenhang in buurten vormt een belangrijke factor bij de ondersteuning van ouderen, gehandicapten, verslaafden of anderszins hulpbehoevenden die dreigen te marginaliseren. De stadsomgeving is verder in belangrijke mate van invloed op een 'cultuur' van levensgewoonten (eten, roken, drinken, stilzitten,

4. Struben HWA, Kempers BAM. De voedingstoestand van Haagse kinderen in relatie tot sociale achterstand. *Epidemiol Bul Grav* 1987; 22 nr 3: 20-29.

5. Nijhuis HGJ. Maatschappelijke omgeving, gezondheid en jeugdgezondheidszorg. *Epidemiol Bul Grav* 1988; 23 nr 3: 18-28.

6. Struben HWA. Sterfte in Den Haag (2): over leeftijd en SES-niveau. *Epidemiol Bul* 1988; 23 nr 4: 3-16.

---

tv-kijken).

Naast de immateriële, sociaal-culturele omgeving van mensen vormt de stad ook de materiële (bouwtechnische, ruimtelijke en recreatieve) omgeving van haar bewoners. Ook deze kant van de stad bepaalt mede het niveau van de volksgezondheid. Ofschoon Den Haag, met de aantallen dodelijke verkeersslachtoffers achterbleef bij de periferie, is ook hier evengoed sprake van een groot aantal verkeersongevallen. Ook de accidentele val bij ouderen houdt verband met bouwtechnische aspecten van de bestaansomgeving van bejaarde Hagenaars.

Tenslotte vormt de bestaande gezondheidszorg een deel van de omgeving in de stad, dat zeer bepalend is voor de gezondheid van Hagenaars. Uit de lopende discussies betreffende de ouderen- en gehandicaptenzorg ('substitutie-beleid'), valt op te maken dat de bestaande geïnstitutionaliseerde medische zorg nog niet het adequate antwoord biedt op problemen van gezondheid van bijvoorbeeld ouderen, gehandicapten en chronisch zieken (10).

De genoemde elementen zijn alle aspecten van de stad Den Haag die bepalend zijn voor de volksgezondheid. De 'Healthy Cities-beweging' nu neemt het standpunt in dat het bestaande antwoord op de gezondheidsproblemen, dat voornamelijk gegeven wordt vanuit de 'medische' gezondheidszorg, onvoldoende is om de hedendaagse problemen het hoofd te bieden. Ze stelt dat hoognodig gewerkt moet worden aan het optimaliseren van omgevingsaspecten van de stad zoals hierboven zijn beschreven (11).

Deze gedachte is niet nieuw. Met name de hygiënisten uit de vorige eeuw vertrokken vanuit deze benadering bij hun aanpak van de toenmalige ziekten en sterfte, toen zij de behuizing, de watervoorziening en de werkplek van de arbeiders ter discussie stelden. Ook nu bestaat uiteraard vanuit diverse sectoren aandacht voor allerlei aspecten van het stadsbestaan. Het onderwerp gezondheid komt daarbij onvoldoende of niet aan de orde. In de 'gezonde stad'-gedachte staat nu juist de samenhang tussen oorzakelijke omstandigheden en gezondheid op de voorgrond.

Belangrijk is dat voor deze, wellicht nu nog idealistische zienswijze en benaderingswijze, een theoretisch kader wordt gecreëerd. Deze 'nieuwe volksgezondheid' ('new public health') zou met een dergelijke theoretische grondslag het fundament moeten slaan onder de georganiseerde actie in het kader van de 'gezonde stad'. Daarnaast is een sterke beweging en politieke macht nodig om de vaak niet eenvoudige veranderingen te realiseren in het bestaan in de stad.

Het nieuwe aan zowel het theoretische als het praktische van deze benadering - zo leert de ervaring - schrikt velen af. Er worden echter goed vorderingen

7. Brenner MH. *Mortality and economic recession in the first world countries. Voordracht symposium 'Did the crisis really hurt'. Erasmus Universiteit Rotterdam, november 1988.*

8. Diekstra RFW. *Social and economic factors of suicide: an international perspective. Voordracht symposium 'Did the crisis really hurt'. Erasmus Universiteit Rotterdam, november 1988.*

---

gemaakt. In de nota 'Beter Gezond', die onlangs aan de gemeenteraad van Den Haag werd aangeboden klinkt heel evident de nieuwe zienswijze op volksgezondheid door (12).

De discussie over de actieplannen zal ongetwijfeld leiden tot koerswijzigingen in het gezondheidsdenken en tot meer gerichtheid op het verbeteren van omstandigheden waarin Hagenaars in onze stad leven. De effecten daarvan zullen zich via een betere gezondheid (kwaliteit van leven) op den duur ook manifesteren in langer leven (kwantiteit van leven) en daarmee ook zichtbaar worden in de sterftcijfers. ■

9. *Verkley HGM. Langdurige werkloosheid, werkhervatting en gezondheid: bevindingen van een 2-jarige follow-up studie. Proefschrift. RU Leiden. Amsterdam: Swets en Zeitlinger, 1988.*
10. *Maesen van der LJG. Experimenten in de zorg- en dienstverlening voor ouderen. Een antwoord aan het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur op vragen over het verzoek van de stadsdeelraad Noord een plan te subsidiëren voor het Buurtzorgcentrum als ontwikkelingsproject. Stadsdeelraad Noord. Amsterdam, september 1988.*
11. *Healthy Cities. Dageraad van een nieuwe volksgezondheid. Bijdragen aan het symposium dat op 20 november 1987 ter gelegenheid van het 75-en 50-jarig bestaan van de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten van Den Haag en Voorburg-Leidschendam werd gehouden in Den Haag. Ministerie van Welzijn, Volkgezondheid en Cultuur. Rijswijk, juli 1988.*
12. *Nota Beter Gezond. Gemeente Den Haag, 1988.*



# Transculturele aspecten van 'lichaamstaal'

Prof.dr. W.J. Schudel,  
hoogleraar psychiatrie,  
Erasmus Universiteit  
Rotterdam.

## ■ INLEIDING

Eén van de meest opmerkelijke veranderingen die zich in de afgelopen decennia op klinisch-psychiatrisch gebied in de Westerse samenleving hebben voltrokken, betreft het vrijwel verdwijnen van de 'grande' histerie en met name van de meest imposante conversie-verschijnselen. Hysterische verlammingen, spraakstoornissen en blindheid worden tegenwoordig nog slechts zelden aangetroffen onder autochtone West-Europeanen, terwijl het vóórkomen van soortgelijke beelden in de Derde wereld nauwelijks blijkt te zijn veranderd. Ook in de Nederlandse psychiatrische praktijk is het opvallend, dat patiënten met een andere ethnisch-culturele achtergrond zich veelvuldig presenteren met lichamelijke klachten en verschijnselen, al dan niet in samenhang met psychopathologische verschijnselen in engere zin. In het moderne jargon spreekt men van somatoforme stoornissen in die gevallen, waarbij lichamelijke klachten en/of symptomen op de voorgrond staan zonder dat er bij onderzoek een plausibele organische oorzaak kan worden gevonden. Binnen de groep somatoforme stoornissen wordt een aantal ziektebeelden onderscheiden, zoals de bovengenoemde conversieve stoornissen, de psychogene pijnstoornissen, de somatisatiestoornis (die gekarakteriseerd wordt door een vaak bonte verzameling lichamelijke klachten) en sommige vormen van hypochondrie (1). In elk van deze categorieën ziektebeelden is er sprake van het verschijnsel somatiseren.

## ■ SOMATISEREN

Onder somatiseren wordt verstaan: het presenteren van lichamelijke symptomen zonder dat er van een lichamelijke aandoening sprake is en/of het in veel sterkere mate accentueren van lichamelijke symptomen dan redelijkerwijs fysiologisch verklaarbaar is (2). Somatiseren dient te worden onderscheiden van aggraveren of aanstellerij, aangezien de opzettelijkheid bij het somatiseren ontbreekt. De patiënt is er zelf van overtuigd dat de klachten een lichamelijke oorzaak hebben en is er per definitie niet op uit de dokter of derden om de tuin te leiden. Deze laatste indruk wordt desondanks nogal eens gewekt, hetgeen tot gevolg kan hebben dat een dergelijke patiënt niet of te laat in het goede behandelingskanaal terecht komt. Zoals opgemerkt, is de psychiatrie in elk geval vanaf de intrede van de psychodynamische denkwijze, nu bijna 100 jaar geleden, vertrouwd met het verschijnsel somatiseren, zij het dat de diagnostiek en de classificatie van dergelijke beelden in de loop der tijden herhaaldelijk is aangepast. Ook wordt al langer verondersteld, dat het vóórkomen en de verschijnings-

1. *DMS-III, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* American Psychiatric Association, 1980.
2. Katon W, Kleinman A, Rosen G. *Depression and somatization: a review (part 1).* *Am J Med* 1982; 72: 127-35.



vorm van met somatiseren gepaard gaande psychische stoornissen in niet onbelangrijke mate sociocultureel bepaald kan zijn. Als voorbeeld kan worden gewezen op het ontstaan van buikpijn en andere maagdarmklachten bij kinderen; niet zelden wordt de oorzaak daarvan in de emotionele sfeer gezocht (en gevonden). Kennelijk leren wij pas in de loop van onze ontwikkeling het onderscheid tussen psychisch en lichamelijk onwelbevinden te ervaren en vervolgens ook onder woorden te brengen. Het vereist tenminste enig psychologisch inzicht en abstractievermogen om het hele scala aan mogelijke negatieve gevoelens en emoties genuanceerd te benoemen. Een individu dat opgroeit in de moderne Westerse samenleving raakt als regel geleidelijk aan vertrouwd met de in zijn culturele omgeving gangbare terminologie; hij leert zijn verschillende emoties te onderscheiden, vervolgens ze min of meer adequaat te verbaliseren en soms tevens in psychologische zin te begrijpen, of althans in psychologische terminologie te vatten. Anders gezegd: de Westerse mens leert, tenminste tot op zekere hoogte, te 'psychologiseren'.

#### ■ TRANSCULTURELE ASPECTEN

De Britse psychiater Leff meent op grond van transcultureel onderzoek te mogen stellen dat een dergelijk 'psychologiseren' een recent verworven eigenschap is en dat waarschijnlijk alle volkeren in oorsprong 'somatiseren', dus vrijwel alle vormen van onwelbevinden uitdrukken in lichaamstaal (3). Hij vindt het begrip 'somatiseren' dan ook getuigen van een ethnocentrische zienswijze. Leff illustreert zijn visie door gebruik te maken van vergelijkend taal-onderzoek. Hij geeft een groot aantal voorbeelden van talen, die arm zijn aan woorden en begrippen om gevoelens uit te drukken. De Indo-Europese talen zijn aanzienlijk rijker en meer gedifferentieerd in emotionele begrippen en vocabulaire dan bijvoorbeeld de Afrikaanse of Chinese talen. Uitdrukkingen voor angst en depressie zijn in veel talen afwezig of kunnen uitsluitend als somatische gewaarwording worden verwoord. In de meeste Afrikaanse talen en bij de Amerikaanse Indianen zocht men tevergeefs naar het begrip depressie; noch als symptoom, noch als syndroom, noch als ziekte komt het daar voor. Maar ook in het Indo-Europese taalgebied lijkt een historische taalkundige ontwikkeling van psychologische begrippen aantoonbaar. De Griekse werkwoordstam  $\alpha\gamma\chi\omega$  betekent vernauwen, verstikken. Het Latijn heeft dezelfde stam in *angustus*, *angor*, *anxius*. Het Franse *angoisse* betekende nog in de vorige eeuw beklemming op de borst (*angina*), het Engels heeft inmiddels twee divergente betekenissen in *anger* en *anxiety*, terwijl *anger* in het oud-Engels vooral verdriet en narigheid betekende. De relatie met het Duitse en Nederlandse angst ligt voor de hand, alsmede de klankverbinding met *eng* in de zin

3. Leff J. *Psychiatry around the globe: a transcultural view*. New York: Marcel Dekker Inc, 1981.

Het dilemma van de Westerse arts die in contact komt met een patiënt uit een andere cultuur is niet treffender opgetekend dan door Prof. Dr R. Giel in 'zijn' Ethiopië. \*

Een voorbeeld van een emotionele stoornis in Ethiopië - Als hij in de deuropening verschijnt zien we een haveloos geklede, treurige, zelfs gekwelde jongeman. Het blijkt dat men in zijn woonplaats, Debre Markos in Ethiopië, geen raad meer met hem weet. Hij heeft de meeste poliklinieken in die stad bezocht zonder genezing te vinden. Tenslotte heeft men hem naar Addis Abeba verwezen, 300 km verderop. Hij vertelt van het branderige gevoel in zijn hoofdhuid, alsof eronder iets heen en weer kruipt. Verder heeft hij een zwaar gevoel in z'n hoofd, dat nu en dan een stekend karakter krijgt, vooral wanneer hij z'n hoofd schudt. Bovendien kriebelt z'n keel, die hij menigmaal in een stukje spiegelglas bestudeert. Soms heeft hij ook nog een beklemd gevoel rechts in z'n borst. Afgezien van de gastritis die enkele jaren geleden werd vastgesteld, hinderen al deze klachten hem gedurende de laatste twee jaar vrijwel dagelijks, en wel bij uitstek als hij zich buiten in de felle zon begeeft.

Hij is de oudste uit een gezin met vier kinderen. Enkele jaren terug overleden zijn ouders, kort na elkaar, waarop het gezin uiteenviel. Zeven jaar tevoren had zijn vader hem in staat gesteld een kerkschooltje in hun dorp te bezoeken. Na de dood van zijn ouders vertrok hij naar Debre Markos, naar een kerkschool voor gevorderde studenten. Zijn twee jongere broers verhuurden zich als herders en zijn zuster huwde een arme boer. Ze hebben het geen van allen gemakkelijk.

Wanneer hij dat naar voren brengt, schieten onze patiënt de ogen vol. Nu hij het zelf minder schraal heeft sinds hij diaken is geworden, steekt het hem des te meer dat hij als oudste absoluut niet in staat is het lot van zijn broers en zuster te verzachten. Even laten ontkent hij elk verband tussen deze kopzorgen en zijn talloze lichamelijke klachten, waarvoor geen organische basis kan worden gevonden.

van nauw of vernauwd (Leff, op.cit.).

In het Nederlands hebben trouwens de oudere uitdrukkingen neerslachtig of gedrukt een lijfelijker connotatie dan het meer abstracte, maar letterlijk hetzelfde betekende Latijnse derivaat depressief. Leff geeft in zijn boek nog een fraai staaltje van emotionele lichaamstaal in het Engels, maar ook in het Nederlands zijn talloze bekende voorbeelden op te noemen (kippevel krijgen, iets spuugzat zijn, een brok in de keel, de moet in de schoenen etc.). Leff concludeert dat er kennelijk een historische ontwikkeling in het denken plaatsvindt, die wordt weerspiegeld in de evolutie van de taal en die tot uitdrukking komt in het meer en meer verzelfstandigen van aangename en onaangename emotionele begrippen in een vocabulaire. Hij onderscheidt vier stadia in deze historische ontwikkeling. In stadium een bevat de taal uitsluitend begrippen voor ongedifferentieerde, louter lichamelijke sensaties. Stadium twee kent begrippen voor ongedifferentieerde lichamelijke en psychologische sensaties. In stadium drie zijn de begrippen voor de verschillende sensaties weliswaar ongedifferentieerd, maar overwegend van psychologische aard. In stadium vier treedt een progressieve

\* Met toestemming van de auteur overgenomen uit:

R. Giel: *Vreemde zielen: een sociaal psychiatrische verkenning in andere culturen*. Meppel: Boom 1984.

taalkundige differentiatie op van de diverse psychologische sensaties. Met als voorbeelden angst, depressie en boosheid illustreert hij zijn standpunt, uitgaande van de gegevens van de International Pilot Study on Schizophrenia van de World Health Organization (WHO) en het U.S. - U.K.- project van Kendell (4).

Zo vond hij een systematisch 'cultureel' verschil in de differentiatie van uitdrukkingmogelijkheden voor gevoelens van angst, depressie en boosheid tussen respectievelijk zwarte en blanke Amerikanen en tussen blanke Amerikanen uit verschillende sociale lagen van de bevolking onderling (5).

Escobar onderzocht met een gelijke methodiek twee groepen Spaans-talige depressieve patiënten, één groep in de Verenigde Staten en één groep in Zuid-Amerika (6).

Hij vond een consistent verschil ten aanzien van het klachtenpatroon: de patiënten in Zuid-Amerika vertoonden aanzienlijk méér lichamelijke klachten. Ook een multinationale studie van de WHO naar psychiatrische problematiek in de eerstelijnsgezondheidszorg in ontwikkelingslanden (Colombia, India, Soedan, Filippijnen) toonde aan dat de meerderheid van de patiënten, bij wie een psychiatrische stoornis werd gediagnostiseerd, lichamelijke 'symptomen' als belangrijkste klacht presenteerden.

Het vermogen tot psychologiseren is echter niet alleen een evolutionaire aangelegenheid. Ook in hoog ontwikkelde culturen kan het onvermogen bestaan zich emotioneel te uiten of levenservaringen verregaand in abstracties uit te drukken. De sociale acceptatie van het bespreken van levensproblemen vormt ons inziens eveneens een belangrijke conditie. Het verdwijnen van de 'hysterische conversie' in het Westen hangt mogelijk eerder hiermee samen dan met een verder ontwikkeld abstractievermogen in onze cultuur.

#### ■ HET BEGRIIP 'ALEXITHYMIE'

Naar aanleiding van zijn psychotherapeutische ervaringen met patiënten met psychosomatische klachten beschreef Sifneos in 1973 het verschijnsel alexithymie. Kenmerkend voor alexithymie is onder meer een verregaand onvermogen om gevoelens onder woorden te brengen, met als mogelijk gevolg het tot uitdrukking komen van gevoelens van onwelbevinden in lichaamstaal (7). Hoewel de waarde van het alexithymie-concept als diagnostische entiteit nog geenszins is vastgesteld, is het begrip in beschrijvende zin voor klinisch gebruik wel degelijk van nut. Immers, patiënten bij wie het bestaan van alexithymie (wellicht als persoonlijkheidstrek) kan worden aangetoond, blijken in de praktijk grote kans te lopen in de somatische geneeskunde onjuist te worden gediagnostiseerd en te worden behandeld. Ook

4. World Health Organization. *The International Pilot Study of Schizophrenia* (vol. 1). World Health Organization, Geneva: 1973.
5. Leff J. Culture and differentiation of emotional states. *Br J of Psychiatry* 1973; 123: 299-306.
6. Escobar JI. *Cross-cultural Aspects of the Somatization Trait. Hospital and Community Psychiatry* 1987; 38: 174-80.
7. Sifneos PE. *Short-term psychotherapy and Emotional Crisis*. Cambridge: Harvard University Press, 1972.

---

is gebleken dat juist deze groep patiënten bijzonder weinig baat heeft bij inzichtgevende psychotherapie en veeleer in aanmerking komt voor gedragstherapie. Soortgelijke ervaringen worden gemeld uit de transculturele psychiatrie in het verlengde van hetgeen eerder in dit artikel aan de orde werd gesteld. De typisch Westerse verbaal-expressieve psychotherapie-vormen zijn vrijwel onbruikbaar in andere culturen, zelfs in overigens hoog ontwikkelde culturen als die in China, India en Japan. In Afrika is vooral in Nigeria bij de Yoruba-stam uitgebreid onderzoek terzake verricht, onder meer door in het Westen opgeleide Yoruba-psychiaters. Ook dit laatste onderzoek bevestigt het eerder gestelde (Leff, op.cit.).

#### ■ DISCUSSIE

Het lijkt niet onredelijk tenminste enig verband te veronderstellen tussen de verschijnselen die te boek staan als 'somatiseren' en alexithymie en bij deze beschouwing de conceptie van Leff over de evolutie van de taal te betrekken. Indien het verwerven van de mogelijkheid om emoties met toenemende nuanceringsverbaal tot uitdrukking te brengen gezien kan worden in het kader van een proces van culturele evolutie, dan is het denkbaar dat de beschreven verschijnselen zich vooral zullen voordoen op het grensvlak van twee culturen of twee cultuurfasen. Anders gezegd: de Westerse psychiater zal somatiseren of alexithymie constateren bij individuen die zich (nog) niet in zijn 'psychologiserende' cultuurfase bevinden, bijvoorbeeld bij kinderen, bij personen uit niet-Westerse culturen of bij individuen die in hun 'ontwikkeling' ten opzichte van hun eigen cultuur zijn achtergebleven. Deze laatsten zullen dan herkend worden als patiënten, die, al naar gelang de terminologie en de omstandigheden, lijden aan somatoforme stoornissen (somatiseren) en/of alexithymie. Binnen de niet-Westerse samenlevingen zal een dergelijk onderscheid alleen gemaakt worden door behandelaars die in het Westen professioneel 'geaccultureerd' zijn. Indien deze veronderstelling juist is, dient de Westerse (lees: Nederlandse) arts in zijn contact met patiënten uit andere culturen ten aanzien van zijn diagnostiek van dergelijke toestandsbeelden extra voorzichtig te werk te gaan. In elk geval lijkt het zeer de moeite waard nader onderzoek op het hier beschreven terrein te bevorderen. ■



# Verholen psychosociale problemen bij migranten

## Een praktische handleiding

Het afnemen van een psycho-sociale anamnese, bij een migrant, zou niet anders hoeven te verlopen dan bij een autochtone Nederlander. Immers naast vakkennis is interesse de belangrijkste ingrediënt voor een goede anamnese. Toch leert de ervaring ons dat er wel degelijk belangrijke verschillen kunnen zijn.

Bijvoorbeeld een directe interviewstijl met open vragen zal meestal niet voldoen. Vragen als: 'heeft u problemen', 'denkt u veel', worden vaak ontkennend beantwoord terwijl achteraf het tegendeel blijkt.

Redenen daarvoor kunnen zijn:

- dat het doel van de vraag niet begrepen wordt, de samenhang tussen de vraag en de klacht niet gezien wordt;
- dat men zich afvraagt wat de hulpverlener met het antwoord zal doen;
- dat het gevoel bestaat niet serieus te worden genomen;
- dat er angst bestaat dat geen geheimhouding betracht wordt tegenover landgenoten;
- dat angst aanwezig is gediscrimineerd te worden.

Vandaar dat wij hier een aantal zaken aan de orde willen stellen die ons inziens van belang zijn voor het welslagen van een psycho-sociale anamnese bij migranten. Zo is het noodzakelijk de patiënt vooraf geheimhouding te garanderen en het doel van het gesprek uit te leggen. Een gedegen vertrouwensrelatie met de patiënt is een essentiële voorwaarde voor een goed gesprek. Dat zal ongetwijfeld geruime tijd in beslag nemen en niet altijd moeiteloos geschieden. De anamnese zelf loopt gemakkelijker door vragenderwijs te laten blijken dat men op de hoogte is van denkbare, specifiek voor migranten bestaande problematiek. Het gaat hier vooral om problemen die verband houden met het migrantenbestaan.

Bijzondere omstandigheden kunnen zijn:

- afkomstig zijn uit een andere cultuur;
- het doorgemaakt hebben van een migratie-geschiedenis;
- het behoren tot een minderheidsgroep;
- het ondervinden van discriminatie;
- het teruggedrongen worden tot de laagste sociaal-economische klasse.

Door deze vijf kenmerken wordt de anamnese bij de buitenlandse patiënt onderscheiden van die van de Nederlander, voor wie nooit alle vijf kenmerken tegelijk gelden.

Het afkomstig zijn uit een andere cultuur, met andere familietradities, kan impliceren dat niet de patiënt zelf, maar de wens van één van zijn (groot)ouders bepalend is voor diens doen en laten. De migrant kan dan een symptoomdrager zijn van een heel familie-systeem, waar velen een stem hebben.

Ziek zijn of klachten uiten kunnen dan de enige cultureel geaccepteerde vorm van protest zijn. In een dergelijke situatie zal het niet zonder meer lukken

*A.G. Limburg-Okken,  
psychiater RIAGG  
Stad-Utrecht.  
M.J.Th. Lutjenhuis,  
huisarts in Den Haag.*



---

de klachten van de patiënt weg te nemen zonder de familie erbij te betrekken. Vragen als hebt u problemen kunnen dan ook beter vervangen worden door 'wat vindt uw familie ervan'.

Een migratie-geschiedenis impliceert dat er sprake kan zijn van gezins- en familieverbanden op twee lokaties. Het is daardoor niet ongewoon dat de pré-occupatie met een achtergebleven zoon in het herkomstland, of een alleenstaande, hulpbehoevende moeder aldaar, de uiteindelijke ziekteoorzaak kan blijken te zijn. Of men vindt als oorzaak van de klachten een dorpsroddel over een verwesterd gedrag van een in het thuisland verblijvende dochter, een schande die de vader tot in Nederland kan achtervolgen.

Het behoren tot een minderheidsgroep betekent juridische ongelijkheid op velerlei gebied. De politieke besluiten zijn vaak merkbaar in de spreekkamer. Kennis van de sociale wetgeving en de vreemdelingenwetten, die men uit de kranten kan opdoen, blijken vaak zeer waardevol te zijn voor het opsporen van oorzaken voor psycho-somatische klachten. Om hiervan een voorbeeld te noemen: de dreigende verlaging van de kinderbijslag voor het in het thuisland verblijvende kind leidde al gauw tot een abrupt doen overkomen van achtergebleven gezinnen, met alle aanpassingsproblemen van dien. Men zij daarop attent.

De gevolgen van discriminatie worden in de literatuur beschouwd als de meest schadelijke stressfactor voor het psychische evenwicht. Het is een delicaat onderwerp, maar van dagelijkse betekenis. Spontaan praat men daar niet over, men is hoogstens moe, heeft problemen met de werkhervatting, reageert prikkelbaar of overgevoelig thuis en in de wachtkamer en wijdt een en ander aan de lichamelijke ziekten. Het behoren tot de laagste sociaal-economische klasse betekent veel, ook voor de Nederlander, maar voor de migrant nog meer, omdat er vaak sprake is van een omgekeerde carrière. Onderwijzer of hoca in het thuisland en nu schoonmaker of radijsplukker, daar kan men, tengevolge van intellectuele onderbelasting, chronisch depressief van worden.

Waarom somatiseren migranten vaker en meer dan de autochtone patiënten?

Hierover bestaan talloze theorieën, variërend van de andere emotionele lichaamsbeleving in mediterrane culturen tot de gastlandattitude die haar waarde-oordelen bij de arbeiders aan diens lichamelijke kenmerken (kracht) verbindt. In de praktijksituatie blijkt de vraag naar het waarom minder relevant dan het weten hoe ermee om te gaan. Er bestaat een direct verband tussen taalbarrière en het somatiseren. Beide uitingen betreffen de vertrouwensbarrière, meer nog dan onvermogen zich in Nederlandse of emotionele termen uit te drukken. De taalkloof en het somatiseren nemen vaak af naarmate het vertrouwen

---

De heer B. is een 39-jarige Turkse man, die sinds 1971 in Nederland verblijft. Hij is gehuwd en heeft vier kinderen, allen wonen in Nederland. Begin februari 1988 komt hij met klachten over hoofdpijn. Voornamelijk frontaal gelokaliseerd, hij kan er niet van slapen.

Omdat op de sinusfoto een slijmvlieszwelling wordt gezien en de voorgeschreven therapie niet helpt volgt verwijzing naar een KNO-arts, die geen afwijkingen vindt en patiënt verwijst naar een internist. Ook deze vindt geen afwijkingen en verwijst hem terug naar de huisarts. Inmiddels is het mei 1988. Patiënt komt weer op het spreekuur met hoofdpijnklachten; een gesprek over mogelijke psychische oorzaken levert geen aanknopingspunten op en een verwijzing naar de fysiotherapeut volgt met als indicatie: tension-headache.

Kort hierop gaat patiënt op vakantie naar Turkije en vertelt na terugkomst daar in het geheel geen klachten te hebben gehad. In Nederland heeft hij wel weer veel hoofdpijn. Inmiddels is er ook contact geweest met de verzekeringsgeneeskundige van de bedrijfsvereniging, die vertelt dat er problemen zijn op het werk. De heer B. heeft verantwoordelijk werk op een bedrijf dat op het punt staat verkocht te worden, zijn positie wordt daarmee zeer onzeker. Deze situatie wordt met patiënt besproken. Inderdaad is dit een probleem, hij voelt zich ook zeer gepasseerd door zijn baas, maar een oorzakelijk verband ziet hij niet. De hoofdpijn en inmiddels ook pijn in de nek en rug blijven het grootste probleem; de fysiotherapie helpt niet.

Foto's van nek en rug worden gemaakt: geen afwijkingen.

Omdat ook een depressie wordt vermoed in verband met zijn slaap- en eetstoornissen wordt een antidepressivum voorgeschreven dat na enige tijd gestaakt moet worden wegens bijwerkingen. De daarna voorgeschreven tranquillisers helpen evenmin. Tijdens gesprekken met de fysiotherapeut, die nu ontspanningsoefeningen met hem doet, komt ook het overlijden van één van de kinderen ter sprake, ongeveer vijf jaar geleden door een auto-ongeval. Dit trauma lijkt nog niet geheel verwerkt te zijn. Beide problemen worden door hem wel erkend, maar zijn hoofdpijn beoordeelt hij niet als gevolg van de spanning. Zijn klachten worden met de dag erger en de pijn is volgens patiënt niet meer te dragen. Een verwijzing naar een psychotherapeut volgt en wordt door patiënt geaccepteerd omdat hij 'er alles aan wil doen om van de klachten af te komen'.

groeit in de hulpverlener, maar blijft zeer kwetsbaar en zal onmiddellijk weer toenemen bij een nieuwe tegenslag in het leven van betrokkene, of bij een verandering in de arts-patiënt relatie die het vertrouwen schaadt.

Konkluderend kan worden gesteld dat men aan de opbouw van een vertrouwensrelatie veel inspanning moet besteden. Wie laat blijken gevoelig te zijn voor wat het betekent om als oudste zoon verantwoordelijk te zijn voor het welzijn van de andere gezinsleden; wie begrijpt dat ziekte soms de enige manier is om bepaalde gezonde veranderingen binnenshuis af te dwingen zal merken dat wederzijdse machteloosheid plaatsmaakt voor contact en daar gaat het in eerste instantie om. Klachtenvrij wordt de patiënt echter zelden, gezien de hoeveelheid onoplosbare problemen die helaas eigen zijn aan het migrantenbestaan. Zeker bij de eerste- en vaak ook bij de tweede generatie is tertiaire preventie (voorkómen van verslechtering) daarbij vaak het hoogste doel.

Tenslotte kan men zich realiseren dat de Westerse

---

medische opleiding onvoldoende afgestemd is op de zorgbehoefte van de migranten. Misschien moet ook hier de cure-illusies ruimte maken voor de care-intenties.

#### ■ EEN ANAMNESEMODEL

Als uitneembaar gedeelte in dit bulletin leggen wij u in de vorm van een handleiding een anamnese-model voor. Deze handleiding is ontwikkeld vanuit de behoefte van artsen om met buitenlandse patiënten in gesprek te komen over mogelijke achterliggende oorzakelijke problematiek van hun somatische klachten. Ze is vooral bruikbaar voor huisartsen maar ook voor andere (para)medische hulpverleners. Het is een handleiding op papier, uiteraard geen algemeen recept, maar een neerslag van in de praktijk opgedane ervaringen met migranten.

Het is mogelijk om in een twee of drietal gesprekken van ongeveer 15-20 minuten achter de reden van de somatisatie te komen.

In het eerste oriënterende gesprek bevindt u zich nog op onbekend terrein en bewandelt u als het ware de hoofdweg, bekijkt de zijpaden van mogelijke probleemgebieden waar de oorzaak van de klachten kunnen liggen en beslist (na het eerste gesprek) welk pad u verder moet inslaan. De patiënt is uw gids en geeft met de soort klacht aan welk pad moet worden ingeslagen.

De therapeutische mogelijkheden komen in dit model niet aan de orde, maar het zal blijken dat een goede anamnese op zich al therapeutisch werkt. Bovendien zijn in deze beginfase de therapeutische inspanningen beter besteed aan de opbouw van een vertrouwensrelatie, waarna de weg richting therapie zich vaak vanzelf wijst.

Het stellen van zogenaamde open vragen zoals 'zijn er problemen' of waar maakt u zich erge zorgen over zijn vaak zinloos. U dient, net zoals bij de interne geneeskunde een gerichte en systematische anamnese van de patiënt af te nemen. De patiënt vermeldt alleen klacht A. U zult B tot en met Z zelf in moeten vullen door er gericht naar te vragen.

De vermoedelijke problemen, B tot en met Z, kunnen zijn:

- relatieproblematiek;
- familie en opvoedingsproblemen;
- financiële moeilijkheden;
- werk- of uitkeringsproblemen;
- huisvestingsproblematiek en discriminatiegevoelens;
- inheemse ziekteinterpretatie en 'roddels'.

Elk van deze items komen in het eerste gesprek al even aan de orde, waarbij er in het volgende gesprek verder op in kan worden gegaan.

Tenslotte nog dit, soms lijkt het nodig zeer indirect

---

De heer A. is 45 jaar oud en afkomstig uit Marokko. Hij verblijft sinds 1973 in Nederland. Zijn vrouw en zeven kinderen wonen in het thuisland: van gezinshereniging is het nooit gekomen.

Toen ik hem in 1985 voor het eerst zag had hij vele klachten. Hij klaagde voornamelijk over hevige pijnen in de rug en de benen. Ook noemde hij duizeligheid, hoofdpijn en benauwdheid. Hij kwam toen met een stok strompelend de spreekkamer binnen. Zijn voorgeschiedenis vermeldde langdurige rugpijnen waarbij in 1982 een hernia nucleii pulposi werd gevonden. Hiervoor werd hij in 1983 geopereerd. Na de operatie kreeg hij opnieuw uitstralende pijn in de benen: neurochirurgische analyse liet geen afwijkingen zien. De neuroloog schreef dat er wel somatische afwijkingen waren (enige spondylose) maar dat dit het uitgebreide klachtenpatroon onvoldoende kon verklaren. Hierna werd hij naar een psychiater verwezen die een depressie met vitale kenmerken diagnostiseerde.

De heer A. blijft echter zo over zijn rug klagen dat hij opnieuw naar een neurochirurg wordt verwezen, deze wil een facetblokkade uitvoeren maar mislukt omdat patiënt psychotisch wordt na de injectie; een daarna aangelegd gipskorset moet weer snel verwijderd worden omdat hij dit niet verdraagt: hij kan er niet mee lopen (wat volgens de behandelend arts wel zou moeten kunnen) en ligt angstig en zwetend op bed wanneer ik hem in het ziekenhuis opzoek. Met behulp van een tolk geraak ik in gesprek en informeer of hij denkt dat er toverij in het spel is. Hij antwoordt tijdens een hevige huilbui dat hij inderdaad door geesten is bezeten. Deze geesten, drie in getal (twee zwarte en één witte) belagen hem voortdurend sinds de eerste lumbaalpunctie. Deze geesten zijn dezelfde die verantwoordelijk zijn voor het overlijden van zowel zijn beide ouders als zijn broer. Al die jaren heeft patiënt deze angst voor zich gehouden. Het erover praten lijkt hem op te luchten, vooral omdat er nu iemand is die 'het begrijpt'. Hierna verdwijnen de rugklachten weliswaar niet en blijft hij met een stok lopen, maar zag hij er vroeger grauw en gebroken uit nu lijkt hij wat op te leven. Soms komt hij met klachten over toename van de pijn in zijn rug of klaagt hij over duizeligheid, bij doorvragen blijken er altijd weer moeilijkheden te zijn, bijvoorbeeld met de familie in Marokko. Na een gesprek en het voorschrijven van een placebo nemen de klachten dan weer af.

naar dingen te vragen omkleed met de woorden: 'bij Nederlandse mensen komt het vaak voor dat ....' of 'Nederlanders vinden de puberteit de moeilijkste leeftijd ....'

Bij andere zaken is het juist wijzer zeer direkt naar dingen te vragen bijvoorbeeld 'wordt u op uw werk niet gediscrimineerd, dat komt zo vaak voor', of van een werkloosheidsuitkering kunt u toch geen heel gezin in Turkije onderhouden' etc.

Uiteraard helpt het opsporen van de oorzaak van de somatisatie alleen niet, er zal iets aan de problematiek moeten gebeuren. Samenwerking met andere dienstverleners, bijvoorbeeld sociale raadslieden, maatschappelijk werk etc, is een must mede gezien de multicausale oorzaken van de problemen en het tijdrovende aspekt van het zoeken en werken naar oplossingen.

Ongetwijfeld moet men voor het opsporen van de oorzakelijke factoren van de somatisatie bij migranten veel ervaring opdoen. Het anamnesemodel in dit bulletin probeert u hierbij een handvat te geven. ■