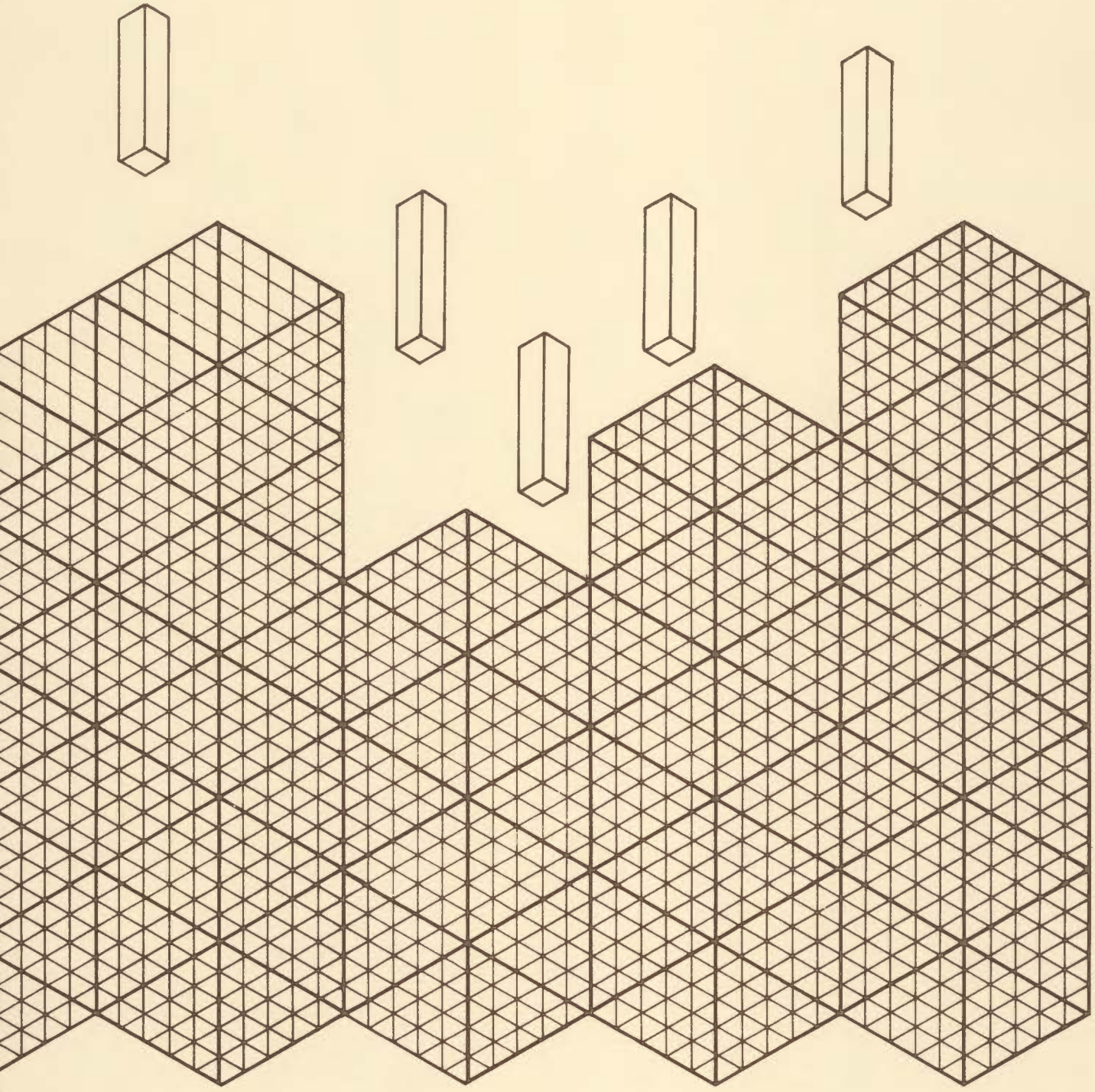
's-Gravenhage augustus 1989

EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN



Kwartaalschrift voor Basisgezondheidszorg en Onderzoek

Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst van 's-Gravenhage

Thorbeckelaan 360 - 2564 BZ 's-Gravenhage - Telefoon (070) 61 92 00 - Fax (070) 61 94 19

Aan geadresseerde

Ons kenmerk: E89.46/N/ib
Onderwerp : Errata epidemiologisch bulletin
augustus 1989

's-Gravenhage, 21 augustus 1989

Geachte geadresseerde,

In het epidemiologisch bulletin van augustus j.l. wordt in het artikel 'Tuberculose bij HIV-geïnfecteerden' in een aantal gevallen abusievelijk gesproken over HIV in plaats van AIDS. In de hiernavolgende passages dient 'HIV' in 'AIDS' te worden vervangen:

pag 18, 2e alinea 5e regel: diagnose AIDS wordt voldaan (5)(6).
pag 19, 2e gedachtestreepje: 5% van de AIDS-patiënten ontwikkelden ...
pag 19, 3e gedachtestreepje: Bij patiënten met AIDS en tuberculose ... tuberculose meestal vóór de AIDS-diagnose,...
pag 21, 2e alinea 4e regel: vaak gediagnostiseerd voordat de diagnose AIDS is vastgesteld ... Immers de herziene criteria voor de AIDS-diagnose ...
pag 22, 2e alinea 2e regel: op nadat de AIDS-diagnose is gesteld.

Hiervoor onze excuses,

de redactie

EPIDEMIOLOGISCH bulletin

REDACTIE
H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog (hoofd-redacteur);
Dr. A.H. Bergink, jeugdarts;
Prof.dr. W.J. Schudel, psychiater;
Ir. H.W.A. Struben, epidemioloog;
Mw. I. Burger (redactie-medewerker)

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 verantwoordelijk voor de inhoud en de samenstelling van het bulletin

Augustus 1989
24ste Jaargang nr. 3

Uitgave van de
GG en GD Den Haag

ISSN: 0921-6219

Inhoud

Redactioneel

Niet zonder weemoed neemt de redactie bij het verschijnen van dit nummer afscheid van haar mederedacteur Dr. A.H. Bergink. Collega Bergink heeft sedert oktober 1981 onafgebroken deel uitgemaakt van de redactie van dit bulletin en hij heeft een actief aandeel gehad in de metamorfose van mededelingenblad voor de gegevens van infectieziekten tot tijdschrift voor basisgezondheidszorg en onderzoek. Zijn eigen bijdrage aan de groei en bloei van het bulletin is uitzonderlijk belangrijk, zeer gevarieerd en kwantitatief aanzienlijk geweest. In de afgelopen 8 jaar heeft hij 19 artikelen in ons blad gepubliceerd. De onderwerpen waarover hij heeft geschreven weerspiegelen zijn brede belangstelling: tatoeages, ongevallen, hoofdluis, heroïnedoden, acné, ziekteverzuim, wratten, hepatitis, CARA en geneesmiddelengebruik.
Achter de schermen was Bergink zo mogelijk nòg waardevoller. Met niet aflatende ijver schaafde hij aan de artikelen van andere inzenders teneinde een goed leesbaar en taalkundig zuiver produkt aan de lezers te kunnen voorzetten. Soms waren de discussies in de redactiekamer verhit, vooral wanneer Bergink meende te moeten bespeuren dat politieke uitspraken in de kolommen van het blad dreigden door te dringen. Ook daarin was hij de principiële purist: het bulletin is bestemd voor verslaggeving van onderzoek en niet voor opinievorming en zeker niet voor opinie met politieke kleuring. Collega Bergink bedreef collectieve preventie avant la lettre en trad als jeugdarts, lijkschouwer en redacteur naar buiten, telkens, maar ook alleen dàn als hij meende iets zinvols te kunnen bijdragen aan de volksgezondheid in de brede zin des woords.
De redactie zal zijn inbreng node missen, maar zij hoopt dat het bloed kruipt waar het niet gaan kan en dat Bergink's pen het bulletin nog geruime tijd zal blijven voeden. ■

Ontbijtgewoonten van Haagse scholieren

Verslag van een enquête op vijf basisscholen

Mw. I. Burger, onderzoekmedewerker werkzaam op het stafbureau epidemiologie, GG en GD Den Haag.
Mw. K.F.A.M. Hulshof, diëtist, werkzaam op de afdeling voeding, Instituut CIVO-toxicologie en en voeding TNO Zeist.
Mw. M.A.T.W. Zwartendijk-Schats, jeugdarts, hoofd afdeling jeugdgezondheidszorg, GG en GD Den Haag.

INLEIDING

Goede voeding begint met een goed ontbijt. Dit is een stelregel van het Voorlichtingsbureau voor de Voeding. Het beste betekent in dit verband een ontbijt dat voedingsmiddelen bevat uit ieder van de vier vakken van de 'maaltijdschijf'*. Hoewel de maaltijdsamenstelling, beoordeeld met behulp van deze schijf, regelmatig aanleiding is tot discussie is het het meest gekozen handvat in Nederland om een maaltijd op kwalitatief verantwoorde wijze samen te stellen (1). Onlangs ontving de afdeling jeugdgezondheidszorg van de GG en GD te Den Haag signalen over slechte ontbijtgewoonten van scholieren in wijken in de binnenstad van Den Haag. Navraag door de jeugdartsen op de scholen in dit gebied bevestigde die indruk. De docenten op deze scholen meldden eveneens dat naar hun indruk een groot aantal leerlingen thuis niet of onvolwaarding had ontbeten wanneer zij op school verschijnen. Als het ware in de vorm van een verlaat 'ontbijt' zou dit vaak resulteren in het nemen van snoep, koekjes en limonade op (weg naar) school. Ook bestond de indruk dat de kinderen laat tot zeer laat naar bed gingen. Het gevolg is, aldus de leraren, een verminderd concentratievermogen gedurende de eerste lesuren van een schooldag. Over de directe invloed van het niet ontbijten op het concentratievermogen en de intellectuele prestaties van kinderen spreekt de literatuur zich echter niet eensluidend uit (2)(3)(4)(5). Niettemin waren de signalen voldoende om een nader onderzoek te rechtvaardigen.

In samenspraak met de schoolhoofden en de jeugdartsen van de afdeling jeugdgezondheidszorg van de GG en GD in Den Haag werd besloten tot een zodanig onderzoek. De afdeling voeding van het Instituut CIVO-Toxicologie en Voeding TNO te Zeist en de afdeling epidemiologie van de GG en GD in Den Haag ondersteunden de afdeling jeugdgezondheidszorg bij het onderzoek. Het CIVO-TNO leverde vooral voedingskundige en methodologische ondersteuning. De afdeling epidemiologie nam de verwerking en analyse van de gegevens voor haar rekening.
Doel van het onderzoek was de ontbijt- en slaapgewoonten van de kinderen nader in beeld te brengen. Met de resultaten zouden de scholen materiaal in handen krijgen waarmee stappen kunnen worden gezet, speciaal afgestemd op de eigen situatie op school, ter verbetering van de ontbijt- en slaapgewoonten. Hierbij kan de afdeling gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO) van de GG en GD behulpzaam zijn.

METHODE

In Nederland is beperkt onderzoek verricht naar de ontbijtgewoonten van scholieren. Een aantal jeugdartsen heeft, als onderdeel van het periodiek geneeskundig onderzoek bij de kinderen in het bijzijn van

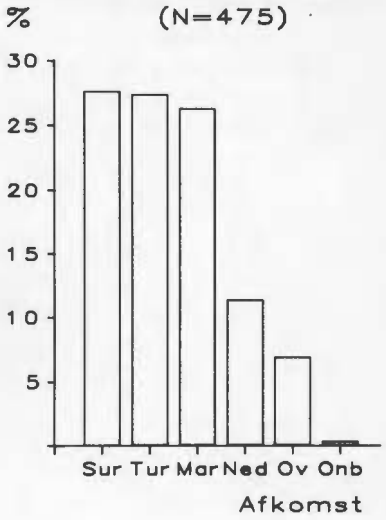
* *Vak 1 = graanprodukten, aardappelen en peulvruchten;*
Vak 2 = groente en fruit;
Vak 3 = melk(produkten), vlees, vis en ei
Vak 4 = halvarine, margarine, boter

hun ouder(s), volgens een gestructureerde vragenlijst, informatie verzameld over het ontbijt van die dag (6)(7). De jeugdartsen van de GG en GD in Den Haag waren van mening dat het beantwoorden van de onderzoeksvragen in het bijzijn van de ouder(s) bij de kinderen teveel sociaal wenselijke antwoorden zou ontlokken. Ook werd het belangrijk gevonden snel over de onderzoeksresultaten per school te kunnen beschikken. Hiermee kwam de mogelijkheid om tijdens het periodiek geneeskundig onderzoek te interviewen te vervallen. Gekozen werd op de scholen klassikaal door de leerlingen een (ongestructureerde) vragenlijst in te laten vullen. Een belangrijk voordeel bij deze keuze was dat de leraren direct betrokken werden bij het onderzoek, waarmee de rol die de school zou vervullen bij de beïnvloeding van de ontbijt- en slaapgewoonten herkenbaar werd. Door het CIVO-TNO werd mede op geleide van literatuur een vragenlijst opgesteld die door kinderen van groep vier tot en met acht kon worden ingevuld (6)(7). Er is voor gekozen uitsluitend vragen te stellen over de eet- en drinkpraktijk betrekking hebbende op dezelfde ochtend. Dit werd gedaan met het doel om aan twee beperkende factoren tegemoet te komen: de tijd die de afname van de vragen mocht kosten en het herinneringsvermogen van de kinderen. De vragenlijst stelde de volgende onderwerpen aan de orde:

- wordt er ontbeten en zo ja, wat;
- wordt er op weg naar school gegeten en zo ja, wat;
- wordt er meestal schoolmelk gebruikt;
- wordt er tijdens de eerste pauze gegeten en/of gedronken en zo ja, wat;
- hoe laat wordt er naar bed gegaan.

UITVOERING

De jeugdartsen van de afdeling jeugdgezondheidszorg leidden het onderzoek per school. De leraren kregen de beschikking over een uitgebreide schriftelijke instructie. De leraar werd onder andere gevraagd bij de afname voor elke vraag of vragenset een korte uitleg te geven. Ook werd benadrukt eventuele belemmeringen, zoals het maken van schrijffouten of het bezwaard voelen wanneer niet ontbeten is, zoveel mogelijk weg te nemen. Door de klasgenoten steeds op elkaar te laten wachten na een vraag werd enigszins voorkómen dat kinderen die meer tijd nodig hadden zich opgejaagd zouden voelen door anderen. Eén voor één leverden de leerlingen het vragenformulier in. De leraar controleerde het ingevulde en checkte of aanvulling of nuancering nodig was. Als geheugensteuntje kregen de kinderen op dat moment de beschikking over een gekleurde plaatjesset waarop veel vóórkomende voedingsmiddelen stonden afgebeeld. Met deze persoonlijke benadering voorkwamen we de beïnvloeding door anderen zoveel mogelijk.
De vragenlijsten bleven anoniem. Wel werden gegevens over de school, groep en ethnische afkomst gevraagd. Het onderzoek vond medio november 1988 plaats. Elke



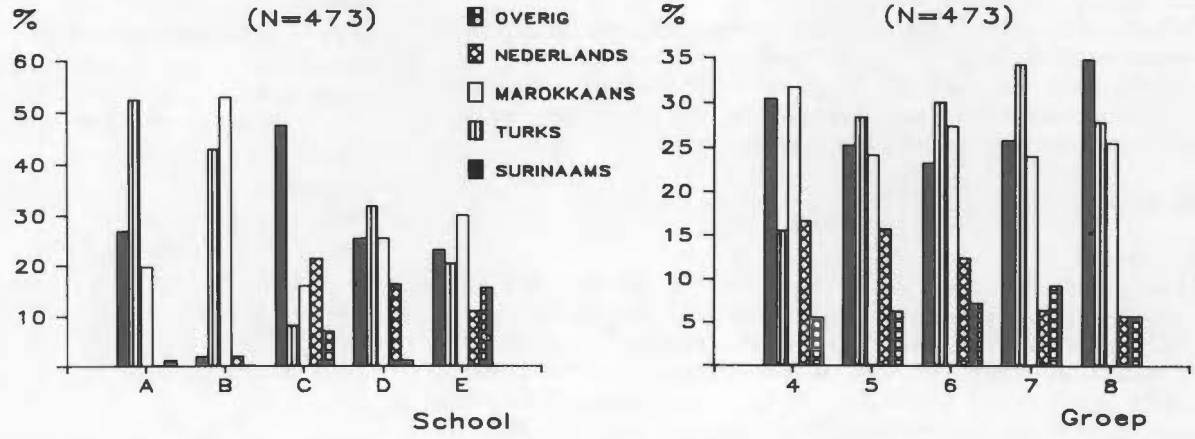
Figuur 1. Verdeling van onderzoekspopulatie naar afkomst. Vijf Haagse basisscholen 1988.

school koos een geschikte dag waarop alle groepen tegelijk konden worden geënquêteerd. Het tijdstip lag tussen de eerste en tweede pauze. Beïnvloeding door leerlingen van andere klassen werd hiermee uitgesloten. Bij de vaststelling van de onderzoeksdag werd rekening gehouden met eventuele feestelijkheden of andere buitengewone omstandigheden waarvan verwacht mocht worden dat het de gebruikelijke ontbijt- en slaapgewoonten zou beïnvloeden. Aan de school werd overgelaten in hoeverre ze de ouders wilde inlichten omtrent het onderzoek. Eén school heeft dit, en wel achteraf, gedaan.

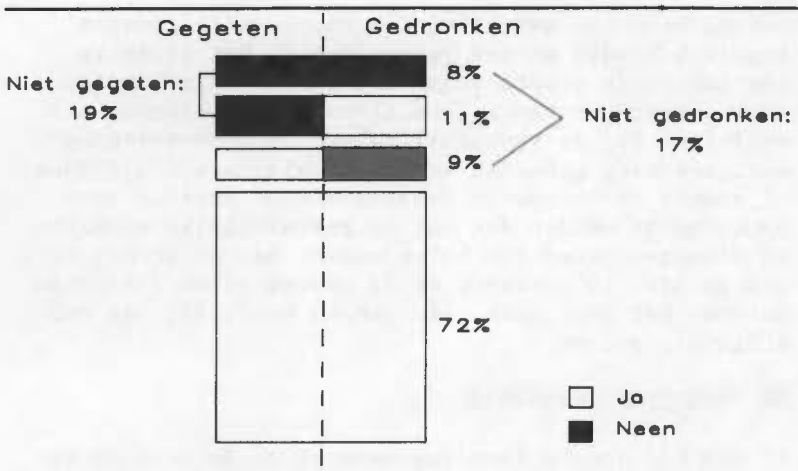
ONDERZOEKSPOPULATIE

6% van het totale leerlingenaantal op de scholen in de groepen vier tot en met acht heeft wegens absentie niet aan het onderzoek kunnen deelnemen. Maximaal waren dit drie kinderen in een groep. Vanwege taalproblemen hebben negen leerlingen niet meegedaan. Geen van de kinderen weigerde deel te nemen. In het algemeen zijn de vragen met zorg ingevuld. Slechts één groep maakte hierop een uitzondering. Deze groep (N=24) is bij de presentatie van de resultaten niet meegenomen. De mate van gedetailleerdheid in de opgave over de eet- en drinkgewoonten varieerde. Gekozen is uitsluitend die informatie te verwerken waarover vrijwel alle kinderen zich uitspraken. Dit heeft als consequentie gehad dat nuanceringen als 'wel of geen boter op het brood', 'soort brood' en de hoeveelheden niet meegenomen zijn. De resultaten geven informatie over wat in ieder geval gegeten en/of gedronken is.

In totaal zijn van 475 schoolkinderen in groep vier tot en met acht gegevens over de ontbijt- en slaapgewoonten geanalyseerd. De verdeling van het aantal over de vijf klassegroepen is gelijkmatig. Het aan-



Figuur 2A en 2B. Procentuele verdeling van de afkomst respectievelijk op de verschillende scholen en in de verschillende klassegroepen. Vijf Haagse basisscholen 1988.



Figuur 3. Mate waarin tijdens het ontbijt gegeten en/of gedronken is. Vijf Haagse basisscholen 1988.

deel van de afzonderlijke scholen in de onderzoekspopulatie varieert van 10% tot 30%. De scholen hebben overeenkomstige kenmerken. Alle zijn gesitueerd in wijken van Den Haag waar veel allochtone bevolkingsgroepen wonen. Op de scholen treffen we voornamelijk kinderen aan van Surinaamse, Turkse en Marokkaanse afkomst (figuur 1). Deze groepen vormen elk voor ongeveer een kwart de onderzoekspopulatie. Totaal is 88% van niet-Nederlandse afkomst. De scholen afzonderlijk laten geen homogene verdeling zien (figuur 2A). Nederlandse kinderen zien we niet op school A en vrijwel niet op school B. Op school A zitten voornamelijk Turkse kinderen, op school B Turkse en Marokkaanse en school C ziet vooral leerlingen van Surinaamse afkomst. De scholen D en E laten een gelijkmatiger vertegenwoordiging zien van de bevolkingsgroepen. In figuur 2B zijn de verschillende klassegroepen afgebeeld naar afkomst. Ze toont een gelijkmatig beeld. Alleen in groep vier zien we naar verhouding minder Turkse kinderen. Nederlandse kinderen zijn in de jongere groepen sterker vertegenwoordigd. De schoolpopulaties hebben een overeenkomstig laag sociaal-economisch niveau.
Behalve bij de slaapgewoonten bespreken we de resultaten voor alle groepen gezamenlijk. Van een verdeling naar afkomst in de presentatie wordt eveneens afgezien aangezien een dergelijke uitsplitsing geen verschillen van betekenis laten zien.

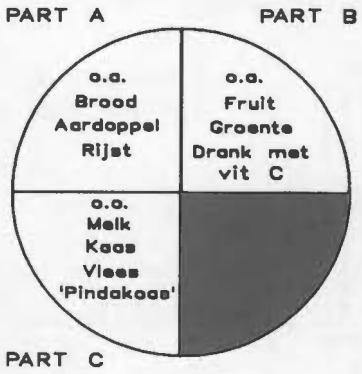
RESULTATEN

Het ontbijt

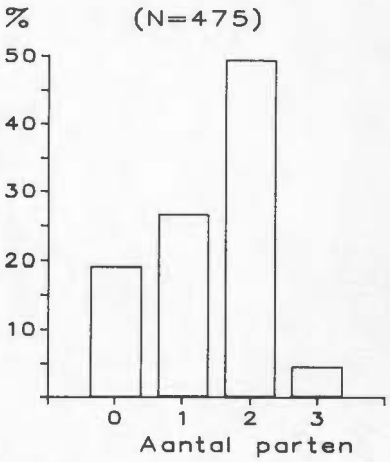
Allereerst bekijken we in hoeverre op de dag van het onderzoek gegeten en/of gedronken is, ongeacht de kwaliteit van het voedingsmiddel. Figuur 3 geeft dit schematisch weer. 8% van de leerlingen heeft helemaal niets gegeten of gedronken bij het ontbijt. Gedronken maar niet gegeten heeft 11% en alleen gegeten 9%.
Wat wordt er gegeten? De voorkeur voor brood is zoals verwacht mocht worden het grootst: 70% (N=329) van de kinderen kiest een broodsoort. Wordt brood gegeten dan belegt 56% dit uitsluitend met hartig beleg. Kaas

Tabel 1 Procentuele verdeling van de tijdens het ontbijt gekozen drank(en). Vijf Haagse basisscholen 1988.

Soort drank	%
Thee:	37
Melkdrank:	17
Comb. m. melkdrank:	9
Comb. z. melkdrank:	7
Water:	4
Frisdrank/limonade:	4
Koffie:	3
Vruchtensap/siroop:	1
Onbekend:	1
Geen:	17
Totaal:	100



Figuur 4. Toegepaste maaltijdschrijf.



Figuur 5. Procentuele verdeling van het aantal parten waaruit voedingsmiddelen gekozen zijn tijdens het ontbijt. Vijf Haagse basisscholen 1988.

krijgt de meeste voorkeur (33%). Pindakaas komt met 13% op de tweede plaats. 31% van de broodeters neemt zoet beleg (25% alleen zoet beleg en 6% gecombineerd met hartig beleg). Een warm hapje, zoals rijst met stukjes vlees of roti, krijgt 5% van de kinderen als (onderdeel van het) ontbijt. Pap of yoghurt wordt door 5% van de leerlingen gekozen. Fruit neemt 3% bij het ontbijt. Gesnoept wordt er heel weinig (nog geen 1%).
In tabel 1 is weergegeven in welke mate de verschillende dranksoorten gekozen zijn. Thee wordt het meest gedronken. 59% van de dranken is gezoet.

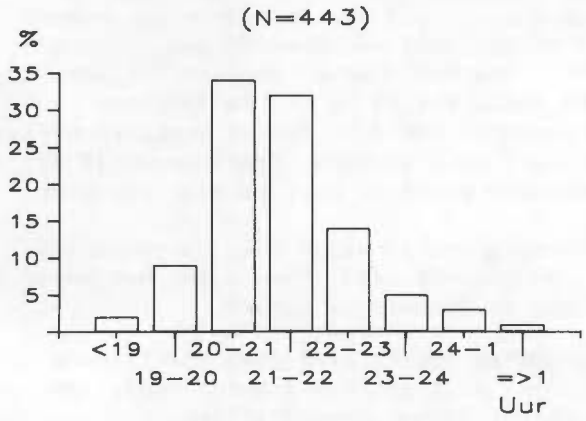
Bovenstaande opsomming van de produkten die tijdens het ontbijt gebruikt zijn geeft nog onvoldoende inzicht in de kwaliteit van de samenstelling.
Voor ieder kind is nagegaan uit hoeveel parten van de maaltijdschijf gekozen is. De maaltijdschijf is voor dit onderzoek enigszins aangepast aangezien 'boter op het brood' niet in de analyse is meegenomen (zie figuur 4).
Figuur 5 laat de procentuele verdeling zien van het aantal parten waaruit tijdens het ontbijt gegeten en/of gedronken is. 91 kinderen (19%) gebruikt geen van de voedingsmiddelen uit de parten. Uiteraard maken ook de kinderen die niet ontbijten hier deel van uit. Door 27% van de scholieren wordt uit één part genomen. De meeste kinderen, ongeveer de helft, stelt het ontbijt samen uit twee parten van de maaltijdschijf. Een kleine restgroep heeft het ontbijt optimaal samengesteld, door uit drie parten te gebruiken.

Tijdstip van naar bedgaan

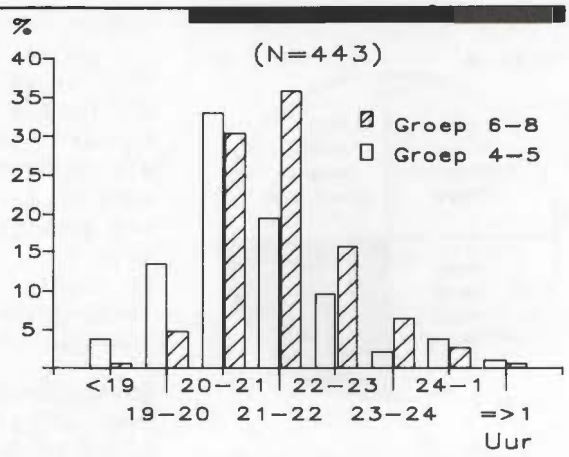
Op de vraag hoe laat de kinderen de vorige avond naar bed zijn gegaan heeft 93% geantwoord. De procentuele verdeling van het tijdstip wordt getoond in figuur 6. De meeste kinderen, ruim twee derde, gaan tussen acht en tien uur naar bed. 20% kruipt pas na tien uur onder de wol. Aangezien het moment van naar bed gaan samenhangt met de leeftijd is in figuur 7 een uitsplitsing gemaakt tussen de groepen vier en vijf (8-9 jaar) en zes tot en met acht (10-12 jaar). Er bestaat een relatie met de leeftijd. Tussen negen en tien uur zien we de omkering tussen beide categorieën plaatsvinden. Echter in de heel late uurtjes zijn de jongsten weer sterk vertegenwoordigd. Het gaat hier echter om zeer kleine aantallen.

BESPREKING

Zijn de ontbijtgewoonten van de kinderen op deze vijf basisscholen verontrustend?
Janzen verrichtte in 1981 in Zeeland (in het Sloegebied) onderzoek bij 843 schoolkinderen van 4-13 jaar, waarvan de meesten van niet-autochtone afkomst waren (6). Hij stelde vast dat 95% van de onderzochte kinderen altijd (of meestal) ontbijt. Een ander Nederlands onderzoek beschreven door Bosselaar en uitgevoerd in de Haarlemmermeer leverde een overeen-



Figuur 6. Procentuele verdeling van het tijdstip waarop naar bed is gegaan. Vijf Haagse basisscholen 1988.



Figuur 7. Procentuele verdeling van het tijdstip waarop naar bed is gegaan naar klassegroep. Vijf Haagse basisscholen 1988.

komstig percentage op bij 1202 scholieren van de basisschool in de leeftijd van 5-12 jaar (7). Deze percentages liggen dus iets hoger dan in ons onderzoek waarin we een percentage van 92% vonden op de dag van onderzoek. Het percentage dat niets drinkt gedurende het ontbijt (17%) is vrijwel gelijk aan de percentages vastgesteld in de Haarlemmermeer waarin dit varieerde tussen 14 en 16%. Echter het percentage dat niets eet (19%) ligt aanmerkelijk hoger dan de 11% die Bosselaar noemt. Idealiter is een ontbijt samengesteld uit alle parten van de maaltijdschijf. Uit onderzoek is bekend dat fruit of groente vrijwel niet bij het ontbijt wordt gebruikt (6)(7). Of tijdens het ontbijt uit één of twee parten wordt gekozen is sterk afhankelijk van de soort drank en het soort beleg dat de leerling verkiest. Zo bevat een bruine boterham met hagelslag en een kop thee met suiker voedingsstoffen uit één part. Uiteraard zegt een onvolledig ontbijt nog niets over de kwaliteit van het voedingspatroon van de rest van de dag.

We bekijken nu in hoeverre een onvolwaardig ontbijt (uit minder dan twee parten) wordt gecompenseerd in de periode tot en met de eerste pauze.
Is het door de leraren geconstateerde snoepgedrag een verlaat 'ontbijt'? Op weg naar school wordt inderdaad veel gesnoept. Bijna een vijfde deel van de kinderen snoept onderweg zonder dat dit gecombineerd wordt met een ander voedingsmiddel. Het blijkt dat 15% van deze kinderen thuis niet heeft gegeten, terwijl dat percentage voor de hele groep op 19% lag. De keuze van het snoep is niet gericht op de meer 'vullende' snoepsoorten zoals een mars of een snicker. Veel meer wordt kauwgum, drop of een zuurtje genoemd. Het bovenstaande wijst niet zozeer op een verlaat 'ontbijt'. Het is waarschijnlijker dat wordt gesnoept omdat het 'gewoon lekker is'.
De schoolmelk, die op alle scholen beschikbaar is,

wordt door een groot aantal leerlingen gedronken (67%). Het levert een belangrijke bijdrage als aanvulling op een eventueel onvolwaardig ontbijt. Na de eerste pauze heeft 82% van alle kinderen uit twee of meer parten gegeten en/of gedronken. Negen kinderen hebben op dit tijdstip van de dag nog steeds uit geen enkel part gebruikt.

Hoe staat het nu met de voorkeur voor gezoete voedingsmiddelen in verband met mogelijke bevordering van tandbederf? Van de veel gehoorde stelregel 'eerst iets hartigs dan iets zoets' wordt door zeker een kwart van de leerlingen afgeweken bij de belegkeuze tijdens het ontbijt. Dit is geen uitzonderlijk hoog percentage; Bosselaar registreerde bij de helft van de onderzochte kinderen een keuze uitsluitend voor zoet beleg (7). Het zoeten van dranken is voor kinderen moeilijk te vermijden. Het verdient echter aanbeveling op school het verstrekken van gezoete melkdranken zoveel mogelijk te vermijden (18% was hiervan gezoet). Snoepgebruik dient zeker niet aangemoedigd te worden.

■ CONCLUSIE EN BESCHOUWING

Op vijf bassisscholen werd een onderzoek uitgevoerd om de indruk dat ontbijt- en slaapgewoonten van leerlingen afwijken van wat algemeen als gezond en verstandig aanvaard wordt te objectiveren.
Uit het onderzoek bleek dat 8% van de leerlingen op de onderzoeksdag naar school was gegaan zonder iets gegeten of gedronken te hebben en dat 11% alleen iets had gedronken.
Ongeveer 20% snoept onderweg naar school, maar dit snoepen had niet het karakter van een 'inhaal-' ontbijt voor de leerlingen die niet ontbeten hadden. Tevens bleek dat schoolmelk een belangrijke bijdrage kan leveren als aanvulling op een onvolledig ontbijt. Wat betreft het tijdstip van naar bed gaan constateerden we dat tenminste 20% van de leerlingen later dan 22.00 uur naar bed was gegaan.
De resultaten van het onderzoek zijn ook per deelnemende school geanalyseerd en door de desbetreffende jeugdarts met de school besproken.

Wij menen dat de conclusie gerechtvaardigd is dat de eetgewoonten van schoolkinderen in de ochtenduren niet optimaal zijn. Reden om na te gaan wat ondernomen kan worden om de ontbijtgewoonten te verbeteren. Men kan dit als een individueel gedragsfenomeen opvatten en bedenken dat kinderen (en ouders) voorlichting behoeven om deze 'tekortkoming' te corrigeren. Men kan het beschrevene ook interpreteren in samenhang met een gedragspatroon in bredere betekenis. Hangen ontbijtgewoonten wellicht samen met het extreem late naar bed gaan? Hangen deze gewoonten op hun beurt weer samen met het bestaansritme van het hele gezin? Is dat ritme een bewuste keuze of houdt het verband met een zekere mate van

sociale desintegratie, die op haar beurt samenhangt met werkloosheid, of wellicht transculturele spanningen? Zeker is dat ontbijt- of slaapgewoonten niet op zichzelf staan.

Het is belangrijk ouders en kinderen, de ouders van morgen, te informeren over de samenstelling van volwaardige voeding en voldoende slaap en het belang hiervan voor het functioneren van het kind op school en daarbuiten. Deze informatie dient planmatig en met regelmaat aangeboden te worden.
Het ligt voor de hand om de jeugd te benaderen via de scholen. Immers de stem van de onderwijzer weegt voor een kind nog altijd zwaar. De scholen die hebben meegedaan aan het onderzoek willen de voedings- en slaapgewoonten van hun leerlingen verbeteren. De afdelingen gezondheidsvoorlichting en opvoeding en jeugdgezondheidszorg van de GG en GD zullen de scholen desgewenst en waar mogelijk steunen bij hun plan van aanpak. Daartoe is onder andere voor alle groepen van de basisschool een schema opgesteld om het onderwerp voeding in te passen in lessen en activiteiten van gezondheidsopvoeding. Deze steun kan ook aangeboden worden aan scholen die niet hebben meegedaan aan het onderzoek.

Wegen om de ouders te bereiken lopen via de jeugdgezondheidszorg, de afdeling GVO, via wijkactiviteiten en deels via scholen. Met name de wijkgerichte aanpak biedt perspectieven in de wijken waar het onderzoek is gehouden. De GG en GD-afdelingen kunnen hierbij een coördinerende en stimulerende rol spelen. Eetproblemen, uitmondend in een eetstrijd tussen ouder en kind komen veel voor bij peuters en kleuters en kunnen mede een basis vormen voor slechte voedingsgewoonten op oudere leeftijd. Begeleiding van en advisering aan moeders van jonge kinderen verdient daarom speciale aandacht.
Het stimuleren van het gebruik van (ongezoete) schoolmelk zou de geconstateerde ongunstige ontbijtgewoonten bij een deel van deze kinderen kunnen verbeteren. ■

1. *Wafelbakker F. Berichten uit de inspectie jeugdgezondheidszorg. Tijdschr Jeugdgezondh 1989; 21 nr 2: 27-9.*
2. *Morgan KJ, Zablik ME, Leveille GA. The role of breakfast in nutrient intake of 5- to 12-year- old children. Am J Clin Nutr 1981; 34: 1418-27.*
3. *Dickie NH, Bender AE. Breakfast and performance in schoolchildren. Br F Nutr 1982; 48: 483.*
4. *Pollitt E, Lewis NL, Garza C et al. Fasting and cognitive function. J Psychiat 1982/83; res 17: 169-74.*
5. *Simeon D, Grantham-McGregor S. Cognitive function, undernutrition, and missed breakfast. Lancet 2 1987; 737-8.*
6. *Haar GI ter, Janzen P, Snel JH. Onderzoek naar ontbijtgewoonten van kinderen in de kleuter- en lagere schoolleeftijd in de gemeente Vlissingen. Voeding 1983; 33 nr 3: 109-13.*
7. *Bosselaar CHG. Ontbijtgewoonten van kinderen. In: Voeding van de schoolgaande jeugd. Serie Voeding en Gezondheid, deel 13, Alphen aan den Rijn; Samson Stafleu; 1988.*

Oraal medicijngebruik

Onderzoek bij leerlingen van Haagse MAVO- en LEAO-scholen (1974-1989)

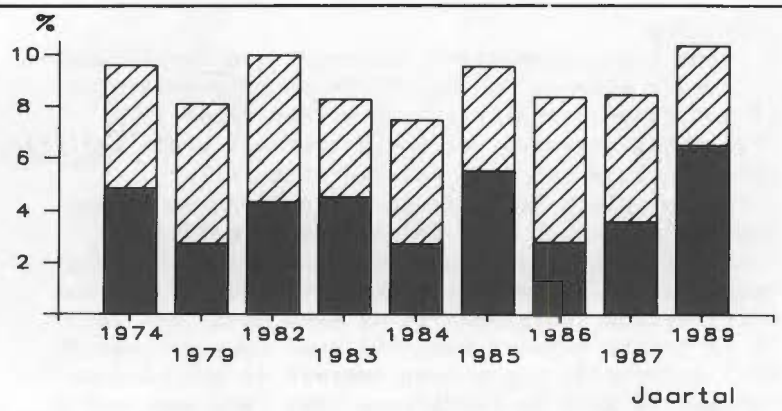
A.H. Bergink, jeugdarts en Mw. J.A.M. Reuser, jeugdarts beiden werkzaam op de afdeling jeugdgezondheidszorg, GG en GD Den Haag.

Inleiding

Tijdens het systematisch onderzoek van leerlingen van de tweede klassen van het MAVO- en LEAO-onderwijs in een Haags schoolartsrayon worden vanaf 1974 regelmatig gegevens verzameld over het orale medicijngebruik. Ruim zes jaar geleden zijn in het Epidemiologisch Bulletin de uitkomsten beschreven van het onderzoek over de periode 1974-1982 (1). Sindsdien heeft zich door reorganisaties en schaalvergrotingen binnen het voortgezet onderwijs enige uitwisseling voorgedaan in de scholen in het rayon. In de eerste maanden van 1989 werd voor de negende maal informatie ingewonnen omtrent de geneesmiddelenconsumptie door de leerlingen. Het leek ons nuttig opnieuw een overzicht te geven van de resultaten, dit maal over de periode 1974-1989.
Vooraf nog een enkel woord over de methode die werd gevolgd. In alle onderzoeksjaren werd bij het systematisch onderzoek bij elke leerling gevraagd naar oraal geneesmiddelengebruik in de 24 uur voorafgaande aan de dag van het onderzoek. Gedurende de gesprekken werd een reeks van geneesmiddelen opgesomd, zoals pijnstillers, hoestdranken, laxeermiddelen, slaaptabletten en middelen om te kalmeren. Ook werd systematisch gevraagd naar medicijngebruik op recept van de huisarts of specialist. Bij meisjes werd tevens geïnformeerd naar het gebruik van de anticonceptiepil. Vitaminepreparaten en fluoridetabletjes werden niet tot de geneesmiddelen gerekend.
Een groot aantal van de leerlingen is allochtoon. Het systematisch onderzoek van de leerlingen van het voortgezet onderwijs vindt plaats in het tweede semester van het schooljaar. Bijna alle scholieren komen zonder ouders. De leeftijd van de kinderen varieert van 13 tot 18 jaar, met een gemiddelde van ongeveer 15 jaar. In alle onderzoeksjaren werden meer meisjes dan jongens geënquêteerd. De totale aantallen liepen jaarlijks niet ver uiteen. Deze schommelden tussen 133 in 1983 tot 155 in 1989.

Uitkomsten

Figuur 1 geeft een overzicht van het percentage leerlingen dat de dag voorafgaand aan het onderzoek een geneesmiddel had gebruikt. Het percentage leerlingen dat medicijnen op recept of op eigen initiatief (zelfmedicatie) innam, varieerde van 7,5% (1984) tot 10,3% (1989). Voor het innemen van medicijnen op recept lagen de percentages tussen 2,7 (1979) en 6,5 (1989) en voor de zelfmedicatie tussen 3,8 (1983) en 5,7 (1982). Uit deze cijfers kan worden geconcludeerd dat de verschillen in medicijngebruik in de periode 1974-1989 weinig consistent waren maar betrekkelijk gering bleven. Er bestonden voor wat betreft het medicijngebruik op recept geen duidelijke geslachtsverschillen. Van de in totaal 518 jongens en 802 meisjes hadden respectievelijk 22 (4,2%) en 32 (4,0%) geneesmiddelen ingenomen op voorschrift van de huisarts of specialist. Voor wat de zelfmedicatie betreft scoorden de meisjes wat hoger



Figuur 1. Orale (zelf)medicatie door leerlingen van de tweede klas van het voortgezet onderwijs. Haags schoolartsrayon, 1974–1989.

dan de jongens. In totaal 42 meisjes (5,2%) hadden op eigen initiatief medicijnen gebruikt tegenover 20 jongens (3,9%).
Het ligt voor de hand dat bij het enquêteren ook naar de aard van het geneesmiddel werd gevraagd. Tabel 1 geeft informatie over het medicijngebruik uitgesplitst naar categorie en naar recept of op eigen initiatief gebruikt. Voor wat betreft de geneesmiddelen op recept scoorden de hoestmiddelen en de antibiotica het hoogst, gevolgd door de middelen tegen astma, de anti-epileptica en de hematopoëtica. Bij de zelfmedicatie ging het voornamelijk om analgetica en hoestmiddelen. Opvallend is dat geen van de geënquêteerde leerlingen op eigen initiatief slaapmiddelen, laxeermiddelen of kalmeringsmiddelen had ingenomen. Het gebruik van preparaten uit deze medicijngroepen door jonge adolescenten moet relatief gering zijn. Overigens maken de betrekkelijk kleine aantallen waarom het hier gaat het niet goed mogelijk gedetailleerde uitspraken te doen omtrent de consumptie van geneesmiddelen per categorie.
Het percentage pilgebruiksters varieerde tussen 4,9% en 1,1%. Al deze meisjes gebruikten de pil als anticonceptiemiddel en niet als geneesmiddel tegen menstruatieklachten. Geconcludeerd mag worden dat bij de 14- tot 15-jarige meisjes van de scholen voor voortgezet onderwijs in het betrokken rayon het pilgebruik nog zeer gering is. Naar alle waarschijnlijkheid stijgt het percentage pilgebruiksters snel met de leeftijd.

Tabel 1. Orale (zelf)medicatie door leerlingen van de tweede klas van het voortgezet onderwijs naar aard medicijn. Haags schoolartsrayon 1974–1989.

Soort medicijn	Abs.
OP RECEPT	
Hoestmiddel:	12
Antibiotica:	6
Middel tegen astma:	5
Anti–epileptica:	3
Hematopoetica:	3
Anorexantia:	2
Anti–allergica:	2
Middel tegen acne:	2
Middel menstruatiest.:	2
Slaapmiddel:	1
Overig:	16
Subtotaal:	54
ZELFMEDICATIE	
Analgetica:	50
Hoestmiddel:	9
Overig:	3
Subtotaal:	62

Discussie

De enquêtes die na 1982 werden gehouden ondersteunen de conclusie dat dagelijks 8 à 10% van de scholieren van het voortgezet onderwijs in het rayon een geneesmiddel slikt en dat het geneesmiddelengebruik slechts geringe schommelingen vertoont. Voorts bevestigen zij dat dagelijks 4 à 5% van de leerlingen zelfmedicatie toepast. Daarbij gaat

het in hoofdzaak om pijnstillers, waarvan het gebruik bij meisjes, in verband met menstruatiepijnen, wat hoger is dan bij jongens. Hoewel deze uitkomsten niet verontrustend zijn duiden zij er wel op dat het aantal adolescenten dat af en toe pijn lijdt of onaangename verschijnselen ervaart, groter is dan menigeen zou veronderstellen. Wellicht grijpt menig adolescent ook veel te snel naar de vrij bij drogist en apotheker verkrijgbare pijnstillers en worden deze middelen in een aantal gevallen niet alleen gebruikt om pijn te bestrijden, maar ook om het eufore effect. Op de vraag aan de leerlingen, die een pijnstiller hadden gebruikt, of zij inderdaad pijn hadden toen zij het middel innamen, werd niet zelden geantwoord dat er geen sprake was van echte pijn, maar dat het meer ging om 'niet lekker zijn'. De omvang van de zelfmedicatie maakt duidelijk dat de behoefte om medicamenten te slikken niet gering is. Gemiddeld gebruikt de adolescent van het MAVO- en LEAO-onderwijs in het rayon ongeveer 14 pijnstillers per jaar. Ook de moderne adolescent is het pijnvrij zijn langzamerhand als een recht gaan beschouwen (2). Daarom blijft het nodig het medicijngebruik als actiepunt op te nemen in de gezondheidsvoorlichting aan adolescenten. Gezond gedrag houdt in het slikken van medicijnen tot een minimum te beperken. Bij de lessen gezondheidseducatie dient aandacht te worden geschonken aan onderwerpen als verslaving en gewenning, het bewaren van medicijnen, schadelijke neveneffecten, het lezen van de bijsluiter, de risico's van combinaties van verschillende medicijnen en van medicijngebruik in de zwangerschap en het wegdoen van overtollige medicijnen. Voorts dient ook gewezen te worden op de gevaren van geneesmiddelenreclame, de openlijke reclame in kranten en tijdschriften en de sluikreclame via de zelfmedicatiefolders bijvoorbeeld die in apotheken worden verspreid. Voorkómen dient te worden dat onnodig medicijngebruik door adolescenten een 'pillenmentaliteit' doet ontstaan en dat de gewoonte om reeds op jonge leeftijd medicamenten te slikken leidt tot het regelmatig gebruik van medicamenten op latere leeftijd (3).

Slotopmerking

Op veel scholen voor voortgezet onderwijs kunnen leerlingen een pijnstiller krijgen bij de conciërge, de administratie of bij één van de docenten. Hiertegen bestaan geen bezwaren, mits een aantal regels in acht worden genomen. In de eerste plaats dienen de geneesmiddelen achter slot en grendel te staan. In de tweede plaats dient de uitgifte te geschieden door één bepaalde persoon, zodat er controle mogelijk is hoe vaak een bepaalde leerling om een pijnstiller vraagt. Leerlingen die dikwijls om een pijnstiller verzoeken dienen het advies te krijgen contact op te nemen met de huisarts of met de schoolarts. Bij de keuze van pijnstillers dient de schoolleiding overleg te plegen met de schoolarts. ■

1. *Bergink AH. Geneesmiddelengebruik door leerlingen van enkele Haagse LEAO- en MAVO-scholen Epidemiol Bul Grav 1983; 18 nr 2: 3-6.*
2. *Offerhaus L. Pijnstillers in de zelfmedicatie en de algemene praktijk. Ned Tijdschr Geneeskd 1986; 130: 2332-4.*
3. *Zielhuis GA. Medicijngebruik bij schoolkinderen in het zuiden van Nederland. Tijdschr Soc Geneeskd 1982; 60: 60-7.*

Tuberculose bij HIV-geïnfecteerden

Mw. C.S.B. Lambregts-van Weezenbeek, sociaal-geneeskundige tuberculosebestrijding, werkzaam op het consultatiebureau voor tuberculosebestrijding, GG en GD Den Haag.

INLEIDING

Tuberculose is een bekende complicatie van immunosuppressie. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de epidemie van het Human Immunodeficiëncy Virus (HIV) in verschillende epidemiologische studies naar voren komt als een causale factor voor de stijging van de incidentie van mycobacteriële ziekten, zoals die in verschillende landen en steden wordt waargenomen (1). Vooral de stijgende incidentie van ziekte veroorzaakt door M.tuberculosis is van belang voor de volksgezondheid (2)(3). Immers de humane tuberculose is een van de weinige respiratoire aandoeningen bij HIV-geïnfecteerden die door transmissie (druppelinfectie) overgebracht kan worden op de gezonde populatie, en die bovendien goed behandeld en voorkómen kan worden (tuberculose bij HIV-geïnfecteerden berust meestal op het actief worden van een vroeger opgelopen besmetting (4)).
Wordt de a-typische mycobacteriosen vooral in een verder gevorderd stadium van het HIV-ziektebeeld gezien, ziekte door M.tuberculosis wordt vaak gediagnostiseerd voordat aan de criteria voor de diagnose HIV wordt voldaan (5)(6). In dat stadium betreffen het nog vaak sociaal actieve jonge mensen met veel contacten. HIV-geïnfecteerden met een pulmonale tuberculose zijn dan ook potentiële tuberculosebesmettingsbronnen (1).
In veel gevallen levert het afwijkende klinische beeld van mycobacteriële ziekten bij HIV-geïnfecteerden diagnostische problemen op, met name als men er niet op bedacht is. Dit kan leiden tot een aanzienlijk doctors-delay, met ongewenste gevolgen en risico's voor zowel de patiënt als zijn omgeving.

De HIV-epidemie heeft in de Verenigde Staten en in Afrika reeds een duidelijk aantoonbare impact op de verspreiding van tuberculose. Met name voor het Afrikaanse continent, met zijn hoge besmettingsprevalentie voor zowel HIV-infectie als tuberculose, lijkt een dramatische toename van het aantal tuberculosegevallen vooralsnog onafwendbaar. Ook in Nederland wordt de combinatie HIV-infectie en tuberculose steeds vaker gezien. In 1988 waren in Amsterdam op een totaal aantal van 213 tuberculosepatiënten 27 patiënten bekend met een positieve HIV-test (7). Gezien de terughoudendheid in Nederland met betrekking tot het bepalen van HIV-serologie is het zeer goed mogelijk dat het werkelijke aantal hoger ligt.
Deze ontwikkelingen rechtvaardigen mijn inziens extra aandacht voor dit onderwerp.

Met dank aan de heer H. van Deutekom, longarts, GG en GD Amsterdam voor zijn waardevolle adviezen bij het tot stand komen van dit artikel.

EPIDEMIOLOGIE

De belangrijkste gegevens over tuberculose bij HIV-geïnfecteerden komen op dit moment uit de Verenigde Staten. Daar steeg de incidentie van tuberculose in

1986 voor het eerst weer met 2,6%, nadat over een periode van 33 jaar een gemiddelde jaarlijkse daling van de incidentie was waargenomen van 6,7%! (8). In New York City nam het aantal aangegeven gevallen van tuberculose tussen 1984 en 1986 toe met zelfs 36% (6). Om meer inzicht te krijgen in het verband tussen HIV en de stijgende tuberculose-incidentie werd in New York City een groot retrospectief onderzoek gestart, waarbij de tuberculoseregisters (1979-1985) en de HIV-registers (1981-1985) werden vergeleken. Dit onderzoek leverde verschillende argumenten op die wijzen op een causaal verband tussen HIV-infecties en een stijgende tuberculose-incidentie.

- De toename van tuberculose deed zich voor in dezelfde geslachts- en leeftijdsgroep als waarin het merendeel van de HIV-gevallen zich voordeden (mannen in de leeftijdsgroep 20-49 jaar) (6);
- 5% van de HIV-patiënten ontwikkelden een actieve tuberculose (1);
- Bij patiënten met een HIV-infectie en tuberculose werden deze diagnosen kort na elkaar gesteld. (De diagnose tuberculose meestal vóór de HIV-diagnose, met een mediaanverschil van twee maanden) (1).

Het percentage HIV-seropositieven onder tuberculosepatiënten in de HIV-risicoleeftijdsgroep was aanzienlijk hoger dan in dezelfde leeftijdsgroep zonder tuberculose: een onderzoek in New York City leerde dat maar liefst 41,7% van de mannelijke tuberculosepatiënten tussen 25 en 44 jaar HIV-positief was! (9). Een gelijksoortig onderzoek in een sanatorium in Kinshasa (Zaïre), liet zien dat 53,3% van de patiënten met een bacterieel bewezen tuberculose HIV-positief was, terwijl de HIV-positiviteit onder de bevolking op dat moment 4-8% bedroeg (10).

Een ander argument voor een causaal verband tussen HIV-infectie en tuberculose werd geleverd in het recente artikel in de New England Journal of Medicine (4). Het betrof hier een prospectieve studie onder 520 intraveneuze-drugsgebruikers in een methadonprogramma in de Verenigde Staten. Van de 217 seropositieve verslaafden bleken er 47 (23%) mantoux-positief. Van de groep sero-negatieven bleek 20% mantoux-positief (62 op 303). Gedurende de follow-up periode bleek het aantal mantouxomslagen (en dus het aantal besmettingen) in beide groepen gelijk. Het aantal gevallen van actieve tuberculose daarentegen verschilde aanzienlijk: in de groep seropositieve verslaafden ontwikkelden acht verslaafden een actieve tuberculose (4%), terwijl in de groep sero-negatieven geen enkel geval van tuberculose werd gediagnostiseerd ($p < 0.002$). Zeven van de acht gevallen van actieve tuberculose ontwikkelden zich bij verslaafden met een reeds bekende positieve mantoux-test. De schrijvers concludeerden dat tuberculose bij HIV-geïnfecteerden meestal het gevolg is van een reactivatie van een reeds latente infectie. Deze vaststelling wordt nog bekrachtigd door de bevinding

dat de combinatie HIV en tuberculose met name vóórkomt in AIDS-subpopulaties met een hoge besmettingsprevalentie voor tuberculose, zoals intraveneuze drugsgebruikers en Haïtianen (2)(3)(11).
Ook in Nederland is de tuberculose besmettingsprevalentie onder intraveneuze drugsverslaafden hoger. Een Amsterdams onderzoek onder drugsverslaafden gaf een besmettingsprevalentie (mantoux >,10 mm induratie, zonder BCG) van 13,7% voor autochtone Nederlandse verslaafden, terwijl in de gehele Nederlandse populatie voor de leeftijdsgroep 25-35 jaar een besmettingsprevalentie van 5% wordt gevonden (12)(13).
De bedreiging die tuberculose vormt via HIV-geïnfecteerden afkomstig van het Afrikaanse continent laat

Schema 1. Klinisch beeld en diagnostiek ten behoeve van tuberculose voor wel en niet HIV-geïnfecteerden.

	HIV-GEINFECTEERD	NIET HIV-GEINFECTEERD
LEEFTIJD	– vaak jong (sexueel actief)	– verschuiving naar ouderen
RONTGENBEELD VAN DE LONGEN	– zelden cavernes – zelden typische apicale localisaties – infiltraten in alle delen van de long mogelijk – vaak (60%) hilaire en/of mediastinale klieren – soms combinaties met opportunistische infecties, zoals PCP	– vaak cavernes – vaak typische apicodorsale localisaties – infiltraten in onderkwabben eerder zeldzaam – hilaire/mediastinale klieren beperkt tot primo-TB
LOCALISATIE	– frequent extra pulmonale localisatie (40-75%) (2)(5)(6)(11)	– soms extra pulmonale localisatie (16%) (22)
MANTOUX	– vaak fout-negotief – jr. voor AIDS-diagnose: 50% – na/tijdens AIDS-diagnose: 80-100%	– meestal positief – fout-negatief tot 25% b.v. bij cachexie/zwangerschap mogelijk
BACTERIOL. ONDERZOEK	– uitgebreid (ook z. rontgenafw.) – sputum – urine, bloed, faeces, cerebrospinaal vocht – afh. van klinisch beeld: beenmerg, klierweefsel, hersenbioptie etc.	– een of twee materialen – sputum – urine (zelden van bloed, faeces, cerebrospinaal vocht) – lymfeklierweefsel
HISTOLOGIE	– geen of weinig granuloomvorming	– typische histologie met granuloomvorming
SAMENHANG RESULTATEN	– discrepantie tussen röntgenbeeld en sputumbevindingen	– samenhang röntgenbeeld en sputumbevindingen

zich makkelijk begrijpen: de besmettingsprevalentie van tuberculose onder de sexueel actieve populatie in Afrika wordt geschat op 50%!
Het is nog niet duidelijk of de HIV-epidemie, naast een verhoogde tuberculose-incidentie, ook een significante verhoging van de transmissie van deze ziekte onder de bevolking tot gevolg heeft. Voor de Nederlandse situatie lijken de gevolgen van de HIV-problematiek, voor zover het tuberculose betreft, beperkt. De besmettingsprevalentie van tuberculose onder de jonge Nederlandse generatie is zeer laag (0,5% voor 20-jarige mannen in 1987)(14). De kans dat een niet-verslaafde HIV-geïnfecteerde man of vrouw een latente tuberculose heeft is dan ook zeer gering. Echter we moeten wel rekening houden met deze problematiek in risicogroepen met een verhoogde tuberculoseprevalentie, zoals de intraveneuze drugsgebruikers.

KLINISCH BEELD EN DIAGNOSTIEK

Infectie met mycobacterium tuberculosis

Aan de diagnose tuberculose gaan vaak opportunistische infecties bij HIV-geïnfecteerden vooraf. Tuberculose wordt, zoals we in de inleiding reeds vermelden, vaak gediagnostiseerd voordat de diagnose HIV is vastgesteld, of is zelfs aanleiding tot laatstgenoemde diagnose. Immers de herziene criteria voor de HIV-diagnose bevatten nu ook 'ziekten veroorzaakt door mycobacterium tuberculosis in tenminste één extra pulmonale localisatie' (15).

Veel uitingen van een tuberculose-infectie, zoals bijvoorbeeld positieve tuberculinereactie en granuloomvorming zijn in feite resultaten van een normaal immuunantwoord. Bij HIV-geïnfecteerden is deze immuniteit echter vaak gestoord, hetgeen dan resulteert in een zeer afwijkend klinisch beeld. Een 'klassiek' tuberculeus beeld sluit een HIV-infectie echter niet uit. Schema 1 geeft een samengevat overzicht ten behoeve van de diagnostiek van tuberculose voor wel en niet HIV-geïnfecteerden.

Het systematisch testen van HIV-serologie verdient aanbeveling in al die gevallen waarbij:

a. de klinische presentatie van de tuberculose ongewoon is:
   - discrepantie röntgenonderzoek en sputumbevindingen (geen röntgenafwijkingen en Ziehl-Neelsen positief);
   - verscheidene extra pulmonale localisaties;
   - fout-negatieve mantouxreactie;
b. de patiënt afkomstig is uit een risicogroep voor HIV-infecties;
c. het sputum langer dan gebruikelijk kweekpositief blijft (16).

Immers de wetenschap dat de tuberculosepatiënt HIV-positief is heeft wel degelijk consequenties voor de diagnostische en therapeutische benadering van de

patiënt. Bovendien zullen opportunistische infecties eerder gediagnostiseerd worden.
Een snelle diagnose van actieve tuberculose bij een HIV-positieve patiënt is niet alleen van belang voor zijn omgeving maar ook voor de patiënt zelf. Er zijn aanwijzingen dat de necrosefactor die bij tuberculose uit lymfocyten vrijkomt de replicatie van het HIV-virus bevordert (9).

Infectie met a-typische mycobacteriën

Infecties met a-typische mycobacteriën treden meestal op nadat de HIV-diagnose is gesteld. Dit is een groep van potentieel pathogene mycobacteriën die in de natuurlijke omgeving van de mens vóórkomen. Meestal gaat het om mycobacterium avium complex (MAC) (16). Voor het begin van de HIV-epidemie bleven MAC-infecties beperkt tot lymfadenitis bij kinderen en zeldzame longlocalisaties bij vaak oudere mannelijke patiënten met chronische pathologie (16).
Gedissemineerde MAC-infecties blijken nu echter één van de meest vóórkomende opportunistische infecties bij HIV-patiënten in de westerse wereld. Bij 17-28% van de HIV-patiënten werd ante mortum een MAC-infectie gediagnostiseerd maar autopsie-cijfers wijzen op percentages rond de 50%! (17)(18). In tegenstelling tot MAC-infecties bij HIV-negatieve patiënten verloopt een MAC-infectie bij HIV-geïnfecteerden vaak acuut, snel en enfaust! Het merendeel van deze patiënten overlijdt binnen zes maanden (9)(19). Het ziektebeeld wordt vaak gecompliceerd door gelijktijdige andere opportunistische infecties.

THERAPIE

Over het algemeen reageren HIV-geïnfecteerden met tuberculose goed op de gebruikelijke tuberculostatische therapie met INH, Rifampicine en Pyrazinamide (2)(11)(20). Slechts een kleine minderheid reageert niet of slechts langzaam (met vertraagde sputumconversie). Er zijn nog geen grote prospectieve onderzoeken die inzicht geven in het percentage recidieven bij deze patiënten. Voorlopig wordt geadviseerd om HIV-geïnfecteerde tuberculosepatiënten gedurende minimaal negen maanden te behandelen en tenminste zes maanden na sputumconversie, aangetoond door middel van drie negatieve Löwensteinkweken (1)(16). Er zijn aanwijzingen in de literatuur dat bij HIV-patiënten met tuberculose meer bijwerkingen van de tuberculostatica worden gezien (21). Amerikaanse onderzoekers rapporteerden zelfs 17% bijwerkingen voor Rifampicine, voornamelijk rash en koorts (9).
Methadongebruikers kunnen door Rifampicine-gebruik onthoudingsverschijnselen krijgen. Dit kan opgelost worden door de dosis methadon te verhogen.

Er bestaan nog geen grote prospectieve gecontroleerde therapieonderzoeken met betrekking tot MAC-infecties. HIV-geïnfecteerden met gedissemineerde MAC-infecties

1. *CDC. Tuberculosis and Human Immuno Deficiency Virus Infection: Recommendation of the Advisory Committee for the Elimination of Tuberculosis (ACET). MMWR 1989; 38: 236-51.*
2. *Sunderam G, McDonald RJ, Maniatis T et al. Tuberculosis as a Manifestation of the Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS). JAMA 1986; 256: 362-6.*
3. *Rieder HL, Snider DE jr, Witte JJ. Pulmonary Tuberculosis and Acquired Immuno Deficiency Syndrome (letter) Chest 1987; 92: 383-4.*
4. *Selwyn PA et al. A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection. N Eng J Med 1989; 320: 545-50.*

worden over het algemeen behandeld met Rifabutine, Clofazimine, plus een combinatie van INH, Rifampicine, Streptomycine en Ethambutol. Vaak wordt helemaal geen behandeling gegeven. Verbeteringen in de klinische situaties zijn vaak van tijdelijke aard en definitieve remissie is zeldzaam. Het valt buiten het kader van dit artikel om gedetailleerd in te gaan op de behandeling van gedissemineerde MAC-infecties.

DE ROL VAN HET CONSULTATIEBUREAU

Het spreekt vanzelf dat de diagnostiek en de behandeling van tuberculose bij HIV-patiënten zich vooral zullen afspelen in de tweedelijnsgezondheidszorg. De rol van het consultatiebureau voor tuberculosebestrijding zal zich vooral toespitsen op de ambulante fase van de behandeling, met name bij die groepen waar een slechte therapietrouw en/of moeizaam polikliniekbezoek verwacht kan worden, zoals bijvoorbeeld verslaafden. Het is immers meestal niet nodig en wenselijk om patiënten negen maanden klinisch te behandelen. En als het al wenselijk zou zijn, zoals bijvoorbeeld bij zeer slechte therapietrouw en/of alcoholabusus , dan is het niet meer mogelijk omdat het laatste sanatorium in de randstad (Scheveningen) gesloten is. Het valt dan ook te verwachten dat de arbeidsintensieve taak met betrekking tot therapietrouw en begeleiding nog zal toenemen met de verspreiding van het HIV onder verslaafden.

De belangrijkste taak van het consultatiebureau blijft echter het contactonderzoek rondom besmettelijke tuberculosebronnen. Zoals bekend berust het contactonderzoek bij jongere contacten, zonder BCG-vaccinatie, voornamelijk op de tuberculinereactie, waarbij mantouxomslagen bewijzend zijn voor een recente infectie. De interpretatie van mantouxreacties bij HIV-positieve contacten levert echter problemen op gezien de hoge frequentie van foutnegatieve mantouxreacties bij HIV-geïnfecteerden (zie schema 1). Als er dus aanwijzingen zijn dat (een deel van) de contactgroep ook HIV-risicogroep is (bijvoorbeeld verslaafden), dan zal de tuberculinetest vergezeld moeten gaan van (herhaald) röntgenonderzoek.

Ons consultatiebureau in Den Haag voor tuberculose diagnostiseert per jaar rond de 50 nieuwe gevallen van tuberculose. (In 1988 34 bacteriologisch bewezen en 15 a-bacteriële gevallen zoals primotuberculose). Ook de artsen en verpleegkundigen van het consultatiebureau zullen in de toekomst alert moeten zijn op klinische en/of anamnestische gegevens die kunnen wijzen op een HIV-infectie. In dat geval moet in overleg met betrokkene zelf en de tweedelijn voor de juiste strategie gekozen worden.

In de literatuur wordt zeer nadrukkelijk gewezen op het belang van INH-profylaxe bij HIV-geïnfecteerden met een positieve tuberculinereactie (16). Immers de

5. *CDC. Tuberculosis and Acquired Immuno Deficiency Syndrome - Florida. MMWR 1986; 35: 587-90.*
6. *CDC. Tuberculosis and Acquired Immuno Deficiency Syndrome - New York City. MMWR 1987; 36: 785-90, 795.*
7. *Deutekom van H. GG en GD Amsterdam (ongepubliceerde gegevens)*
8. *Reichman LB. HIV Infection - A New Face of Tuberculosis. Bul IUATLD 1988; 63 nr 3: 19-26.*
9. *Mondelinge mededeling tijdens het internationale tuberculose symposium van de IUATLD. Dubrovnik, oktober 1988.*

kans op ontwikkeling van een actieve tuberculose bij een (recent of vroeger) besmette HIV-geïnfecteerde is groot en moet in het belang van betrokkene en zijn omgeving voorkómen worden. Het spreekt overigens vanzelf dat alvorens een profylactische therapie te starten bij een HIV-geïnfecteerde eerst een actieve tuberculose uitgesloten dient te worden.
In de Verenigde Staten wordt een INH-profylaxe van 12 maanden geadviseerd, ongeacht de leeftijd, bij alle HIV-geïnfecteerden met een mantouxreactie $\geq$ 5 mm induratie (1)(16). Bovendien wordt geadviseerd alle HIV-geïnfecteerde contacten van een besmettelijke bron (ongeacht de mantouxuitslag) te behandelen met een INH-profylaxe. Er zijn nog geen prospectieve gecontroleerde studies over de effectiviteit van een dergelijke profylactische behandeling bij HIV-geïnfecteerden. Deze Amerikaanse profylaxe-strategie stuit echter op verschillende praktische problemen. Op de eerste plaats is de HIV-status van contactpersonen en andere cliënten van het consultatiebureau zelden bekend. Bovendien is het moeilijk om 'gezonde' personen te motiveren voor 12 maanden dagelijkse medicijninname, waarbij bovendien het gebruik van alcohol uit den boze is. Het is dan ook aan het consultatiebureau om in overleg met zowel de tweedelijn als de districtsverpleegkundige tuberculosebestrijding een strategie te ontwikkelen die wenselijk en haalbaar is in de Nederlandse situatie.

Hoewel de HIV-epidemie waarschijnlijk geringe invloed zal hebben op het vóórkomen van tuberculose in de gehele Nederlandse populatie, zal de incidentie van tuberculose onder HIV-geïnfecteerden, en met name verslaafden, toenemen. Daardoor zal de samenstelling van de tuberculose-patiëntenpopulatie, en dus ook van ons cliëntenbestand, wijzigen. Het consultatiebureau voor tuberculosebestrijding zal in toenemende mate geconfronteerd worden met HIV-positieve tuberculosepatiënten uit 'moeilijke' groepen (verslaafden, onverzekerden) met alle problemen vandien. Daar voor de begeleiding en behandeling van deze patiënten vaak een beroep moet worden gedaan op de afdeling tuberculosebestrijding van de GG en GD, betekent dit een verzwaring van de taken van deze afdeling. Het consultatiebureau zal dan ook mee moeten evolueren met nieuwe door de HIV-epidemie veroorzaakte kenmerken van de tuberculoseproblematiek. Extra aandacht voor HIV-preventie is van groot belang in bevolkingsgroepen met een relatief hoge tuberculose-besmettingsprevalentie die door andere preventie-maatregelen minder goed bereikt worden (bijvoorbeeld etnische minderheden afkomstig uit landen met hoge tuberculoseprevalentie zoals bijvoorbeeld Turkije en Marokko).

SAMENVATTING

Gezien de lage besmettingsprevalentie van tuberculose onder de sexueel actieve leeftijdsgroepen in Nederland, wordt geen grote invloed verwacht van de

10. *Mann J, Snider DE, Francis H et al. Association between HTLV-III/LAV Infection and Tuberculosis in Zaire. JAMA 1986; 356: 346.*
11. *Pitchenik et al. Tuberculosis, Atypical Mycobacteriosis, and the Acquired Immuno Deficiency Syndrome among Haitian and non-Haitian Patients in South Florida. Ann Intern med 1984; 101: 541-5.*
12. *Manos GE, Santen van GW, Leentvaar-Kuypers A et al. Lancet 1987: 567-8.*
13. *GHI-bulletin longtuberculose. Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Volksgezondheid 1987; 1-26.*
14. *Styblo K. The Potential Impact of AIDS on the Tuberculosis Situation in Developed and Developing Countries. Bul IUATLD 1988; 63 nr 2: 25-8.*
15. *CDC. Revision of the CDC Surveillance Definition for Acquired Immuno Deficiency Syndrome. MMWR 1987; 36: 1s-15s.*
16. *American Thoracic Society. Mycobacteriosis and the Acquired Immuno Deficiency Syndrome. Am Rev Respir Dis 1987; 136: 492-6.*

HIV-epidemie op de Nederlandse tuberculose-situatie. Wel moet rekening worden gehouden met een verhoogde incidentie- en infectiedruk onder HIV-geïnfecteerden en hun contacten, en met name onder HIV-geïnfecteerde verslaafden bij wie immers een verhoogde besmettingsprevalentie voor tuberculose werd vastgesteld. Het vroegtijdig diagnostiseren van tuberculose bij HIV-geïnfecteerden is van belang zowel voor de patiënt zelf als zijn omgeving. Het is belangrijk dat het vaak zeer afwijkende klinische beeld van tuberculose bij HIV-geïnfecteerden herkend wordt door de medici en dat de juiste diagnostische en therapeutische maatregelen worden getroffen. Een a-typische presentatie van tuberculose is een indicatie voor een bepaling van HIV-serologie. HIV-geïnfecteerden reageren gelukkig goed op de gebruikelijke tuberculostatica, hoewel lange-termijnstudies met betrekking tot het percentage recidieven ontbreken. Ook het consultatiebureau voor tuberculosebestrijding zal zijn werkwijze aan moeten passen aan de gevolgen van de HIV-epidemie: bij (mogelijk) HIV-geïnfecteerden moet rekening worden gehouden met een fout-negatieve mantoux-reactie. Een soepel samenspel tussen het consultatiebureau en de tweedelijn is gewenst om een optimale begeleiding van de HIV-patiënt met tuberculose te kunnen waarborgen. ■

17. *National Heart, Lung and Blood Institute. Pulmonary Complications of the Acquired Immuno Deficiency Syndrome. New Eng J Med 1984; 310: 1682-8.*
18. *National Institutes of Health. Acquired Immuno Deficiency Syndrome: Epidemiologic, Clinical Immunologic and Therapeutic Considerations. Ann Intern Med 1984; 100: 92-106.*
19. *Papillon F et al. Non-tuberculous Mycobacterial Diseases of the Lung in a Pulmonology Department, same Pathogen, Different Expression of the Disease (HIV-negative Patients versus AIDS) Bul IUATLD 1988; 63 nr 4: 17-9.*
20. *Louie E, Rice LB, Holzman RS. Tuberculosis in non-Haitian patients with Acquired Immuno Deficiency Syndrome, Chest 1986; 90: 542-5.*
21. *Chaisson RE et al. Tuberculosis in Patients with the Acquired Immuno Deficiency Syndrome: Clinical Features, Response to Therapy, and Survival. Am Rev Respir Dis 1987; 136: 570-4.*
22. *Tuberculosis Statistics: States and Cities 1984, US Department of Health and Human Services Publication (CDC) 85-8249. Atlanta Centers for Disease Control 1986: 6-24.*

AIDS onder minderjarige prostitué(e)s

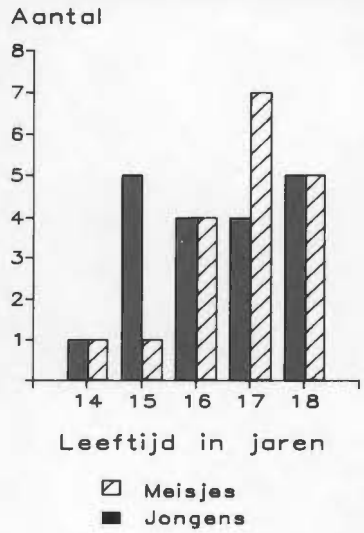
Mw. F.E. de Jongh-Wieth, orthopedagoog, beleidscoördinator AIDS voor Den Haag en omstreken.

De HIV-problematiek is niet meer weg te denken uit onze samenleving en dwingt ons tot bezinning. Er wordt veel gesproken en geschreven over risicogroepen. In feite gaat het natuurlijk om risicovol gedrag. Hiermee wordt in dit verband vooral bedoeld onveilig intiem sexueel contact en intraveneus drugsgebruik waarbij gebruik wordt gemaakt van een nietsteriele naald van een ander. Ook het gezamenlijk gebruik van watjes en lepels voor het bereiden van een 'shot' is niet zonder risico.

Jeugdprostitutie

De prostitutiewereld is vanwege haar pluriforme karakter, waar prostituanten, exploitanten, prostitué(e)s en hun partners deel van uitmaken, voor de hulpverlening nauwelijks toegankelijk. Wanneer minderjarige prostitué(e)s benaderd worden voor voorlichting, hulpverlening of wetenschappelijk onderzoek, sluiten zij zich nog meer af in verband met het verbod op prostitutie door minderjarigen. Door 'outreaching' te werken, dat wil zeggen door de doelgroep aktief op te zoeken, op plaatsen waar prostitutiecontacten plaatsvinden, wordt getracht deze wereld beter te leren kennen. Repressieve maatregelen, zoals het verbieden van prostitutiecontacten, bieden geen oplossing. Men gaat ondergronds verder, waardoor de jongeren helemaal onbereikbaar worden voor voorlichting en hulpverlening. De minderjarige prostitué(e)s zijn dan ook moeilijker bereikbaar voor de prostituant, waardoor de prijs omhoog gaat. Verboden hebben alleen zin wanneer controle op naleving en sancties bij overtreding ook uitvoerbaar zijn. Intieme sexuele contacten zijn uiteraard niet te controleren.

Het karakter van het circuit waarbinnen zich de jeugdprostitutie afspeelt illustreer ik als volgt. Prostituanten kunnen als het ware kiezen uit jongens en meisjes die werken in clubs, escortservices, sexbedrijven, massagehuizen of zij kunnen langs de ramen lopen om zo een keuze te maken. Hoe oud een meisje is dat achter een raam zit, is vaak moeilijk in te schatten. Er is niet zoveel voor nodig om er ouder uit te zien dan je bent. Na een kort verblijf achter een raam verdwijnen meisjes meestal naar meer verborgen plaatsen binnen de prostitutie. Ook op straat of bij stations kun je een jongen of een meisje oppikken of je kent een minderjarige, al of niet via een tussenpersoon, die thuis of aan huis werkt. Homo-ontmoetingsplaatsen zijn andere mogelijkheden waar contacten gelegd worden. Ongetwijfeld zijn er meer vormen te noemen. Overal is sex met minderjarigen te koop. Eigenlijk is het heel simpel: waar vraag is, is aanbod. Mensen die hard geld nodig hebben zijn daar te vinden. Met prostitutie is geld te verdienen, soms grof geld, zeker voor jongeren. Veel prostitué(e)s zijn verslaafd, wij noemen de alcoholverslaving, het poly- en harddrugsgebruik, gokverslaving (gokautomatenhallen worden hierdoor



Figuur 1. Schatting minderjarige zwerfjongeren werkzaam in de prostitutie naar leeftijd. Den Haag 1988 (1).

ontmoetingsplaatsen voor prostitutie). Ook het hebben van schulden kan reden zijn in de prostitutie te gaan. Kleding, schoenen, laarzen, vooral als het om merkartikelen gaat, kunnen behoorlijk in de papieren lopen en heel wat jongeren raken hierdoor diep in de schuld. Wellicht kunnen wij in dit verband zelfs wel van 'kledingverslaving' spreken. Het gaat niet om het verslaafd zijn aan het één of aan het ander; meestal is er sprake van een verslaving aan diverse zaken. Stimulerende, kalmerende en slaapmiddelen worden frequent ingenomen. Een deel van de jongeren neemt alcohol, drugs of andere middelen om de prostitutie vol te kunnen houden. Omstandigheden waar hulpverleners (in de ruimste zin van het woord) mee te maken kunnen krijgen.

Omvang

Om hoeveel minderjarigen gaat het nu eigenlijk? Jeugdprostitutie wordt onderschat, met name ook omdat er een taboe op rust, ook bij hulpverleners. Het is een probleem waarvan wij niet willen dat het waar is. Toen de Werkgroep Aids en Prostitutie van de Nationale Commissie Aidsbestrijding, waarin ik zitting had, haar notitie opstelde, achtten de meeste deelnemers de jeugdprostitutie gering van omvang. Naarmate wij in Den Haag meer 'outreaching' werken zien wij de omvang van de jeugdprostitutie langzaam zichtbaar worden.
De jeugdpolitie van de gemeente Den Haag heeft onlangs een onderzoek gedaan onder zwerfjongeren. Dit onderzoek geeft een ondergrens aan van het aantal minderjarigen, dat zich prostitueert.
Enkele resultaten van het onderzoek: van de 91 geregistreerde zwerfjongeren bleken 37 zich te prostitueren, waaronder 19 jongens en 18 meisjes. 15 jongens en 2 meisjes waren in Marokko geboren, 3 jongens en 16 meisjes in Nederland en 1 jongen was van Surinaamse afkomst.
De leeftijds- en geslachtsverdeling zien wij in figuur 1. Alle meisjes gebruikten softdrugs. Acht meisjes waren verslaafd aan harddrugs (heroïne/cocaïne). Van deze acht meisjes waren er zes harddrugs gaan gebruiken nadat zij in de prostitutie terecht waren gekomen. Het drugsgebruik onder de jongens is niet onderzocht.
Zes meisjes combineerden verschillende prostitutievormen; vijf werkten in clubs en vier 'tippelden'. De overigen waren in clubs werkzaam of verbonden aan een escort-service. De jongens werkten veelal in het Haagsche Bos.

Opvang

De medewerkers van het spuitomruilproject van de GG en GD Den Haag, komen drie keer per week, 's avonds tussen 19.00 - 21.00 uur in het Haagsche Bos. Zij verstrekken steriele spuiten aan intraveneus drugsgebruikers en verzamelen de gebruikte spuiten. Tevens verstrekken zij speciale condooms, geschikt voor anaal sexueel contact, aan een ieder (prostitué

1. *Gerrits R. Zwerfjongeren en jeugdprostitutie, in Den Haag een probleem? Gemeentepolitie, bureau jeugdzaken. Den Haag, maart 1989.*

en prostituant) die kenbaar maakt dergelijke contacten te hebben.
In de periode december 1988 - juni 1989 ontmoetten de medewerkers van de spuitomruil ongeveer 150 jongens. De meesten waren van niet-Nederlandse afkomst in de leeftijd van 14 tot 25 jaar. Zorgwekkend was dat uit gesprekken met prostitués en prostituanten naar voren kwam dat bijna iedereen incidenteel onveilig anaal sexueel contact had.
Het is naar mijn mening noodzakelijk zo snel mogelijk te zoeken naar een opvangmogelijkheid voor jongens die zich prostitueren, al dan niet verslaafd aan harddrugs. In Den Haag zou dit gekoppeld kunnen worden aan het prostitutieproject van het algemeen maatschappelijk werk. Een probleem blijft de onbereikbaarheid van velen onder hen.
Verder moeten wij bedacht zijn op vrouwenhandel, waar ook minderjarigen slachtoffer van kunnen worden. Geruchten over jongenshandel doen de ronde.
De ervaring heeft geleerd dat heel jonge kinderen met meer succes geholpen kunnen worden om uit de prostitutie te komen en te blijven dan oudere jongens en meisjes. Het succes wordt in belangrijke mate bepaald door de persoonlijkheid van betrokkene en de leefsituatie.

Allochtone minderjarigen

Hindoestanen, Creolen, Chinezen en mensen van mediterrane culturen (bijvoorbeeld de Islam) leven meestal in grootfamilieverband. De groep staat centraal, niet het individu. Er bestaat een 'schandecultuur' waar schaamte een belangrijke rol speelt. Sexualiteit is binnen een 'schandecultuur' nauwelijks bespreekbaar en homo- en bisexualiteit absoluut niet. Komt homo- of bisexualiteit aan het licht dan betekent dit schande voor de familie en gezichtsverlies voor de vader. Dit kan grote consequenties hebben voor de familie, ook voor de familie in het land van herkomst. De sociale controle tot over de grenzen heen, tot in het land van herkomst, is groot. Echter, wanneer prostitutiecontacten (ook anale sexuele contacten) goed geld opleveren, worden deze soms oogluikend toegestaan.
Binnen een schandecultuur worden sexuele contacten tussen jongens, voordat zij een meisje hebben, niet als homosexueel beschouwd. Dit kan mogelijk drempelverlagend werken voor de prostitutiecontacten door jonge jongens. Deze prostitutiecontacten moeten echter onzichtbaar blijven, worden formeel ontkend en zijn niet bespreekbaar.
Meisjes binnen een schandecultuur moeten als maagd het huwelijk ingaan. Het woord 'condoom' mogen zij niet kennen, laat staan dat zij om condoomgebruik kunnen vragen. Een meisje is een hoer wanneer zij voor het huwelijk sexueel contact heeft gehad. Het betekent schande voor de familie. Meisjes die van huis weglopen hebben vaak al heel veel meegemaakt (mishandeling, sexueel misbruik door een familielid, uitgehuwelijkt worden of anderszins). Sommige van

deze meisjes komen in de prostitutie terecht en kunnen zich er niet gemakkelijk meer uit losmaken. Vaak worden zij uitgestoten door de familie of worden slachtoffer van wraakacties. Het wrange is eigenlijk dat mannen, bijvoorbeeld binnen de Islam-cultuur, polygaam zijn en ook wel naar prostitué(e)s gaan. Formeel wordt prostitutiebezoek altijd ontkend in vertrouwen, onder mannen, wordt er met trots over gesproken.

HIV-problematiek

Wanneer het HIV in de beschreven prostitutiewereld gaat circuleren, kan de verspreiding ervan wel eens heel snel verlopen. Prostitué(e)s beleven sexualiteit in werk en privéleven verschillend. Met partners wordt de liefde meestal zonder condoom bedreven. Dus de verspreiding naar mensen buiten de prostitutiewereld is een reële mogelijkheid. Europese 'package-deal' prostituanten met bijvoorbeeld Thailand of de Philippijnen als reisbestemming, willen steeds jongere prostitué(e)s omdat gedacht wordt dat zij niet besmet zullen zijn. In het eigen land kan zich dit patroon voortzetten.
De HIV-problematiek maakt duidelijk dat bescherming van minderjarige prostitué(e)s van levensbelang is. Repressieve maatregelen zijn niet effectief en kunnen zelfs averechts werken. Voorlichting en andere preventieve activiteiten (spuitomruil en beschikbaarheid van condooms) zijn tot nu toe de voornaamste wapens in de strijd. Om voorlichting te kunnen geven is het noodzakelijk toegang te krijgen tot deze jongeren. Het winnen van vertrouwen is hierbij een conditio sine qua non. De HIV-problematiek is een medisch en een psycho-sociaal probleem. In het geval van minderjarigen is het ook een pedagogisch probleem. Multidisciplinaire samenwerking is dan ook noodzakelijk.

In Den Haag bestaat een goede samenwerking tussen de instellingen. Zo werken mensen van het prostitutieproject nauw samen met het algemeen maatschappelijk werk, de zeden- en kinderpolitie en het huiskamerproject van de GG en GD (een opvang voor heroïneverslaafde prostituées, geopend van 21.30 - 7.30 uur, zeven dagen per week). De drugshulpverlening zal actiever bij deze samenwerking worden betrokken.

Tenslotte

Het aantal Aids-patiënten onder intraveneuze drugsgebruik(st)ers neemt verontrustend toe.
Ook het aantal patiënten in Nederland, besmet geraakt door risicovol heterosexueel contact, is sterk gestegen (In 1987 lag dit aantal op 8, in 1988 steeg het naar 34*). Redenen om alles in het werk te stellen minderjarigen in de prostitutie te bereiken teneinde besmetting en, als dit eenmaal is gebeurd, herbesmetting te voorkómen.
De instellingen, die reeds werkzaam zijn op dit gebied moeten meer middelen ter beschikking krijgen. Te

* *Bron: Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Volksgezondheid.*

denken valt aan menskracht en geld. Dit is voorwaarde om in een vertrouwensrelatie voorlichting en adequate zorg te kunnen geven. Echter, het is niet voldoende om extra middelen te vragen en dan niets te doen totdat deze middelen, een aantal begrotingsjaren later, ter beschikking komen. Wanneer een snelle financiering uitblijft is een substitutie van activiteiten noodzakelijk door op basis van prioriteit accenten in bestaande werkzaamheden te verschuiven.
Het is ook belangrijk dat de voorlichting aan prostituanten geïntensiveerd wordt. Zij moeten ervan overtuigd raken dat veilig vrijen van levensbelang is. Hieraan dient de hoogste prioriteit te worden gegeven. Ook de exploitanten moeten de noodzaak van veilig vrijen inzien.
Mensen die met minderjarigen in contact komen moeten open staan en gevoelig zijn voor signalen die deze jongeren wel degelijk uitzenden. Huisartsen, schoolartsen, leerkrachten, buurt- en clubhuiswerkers, politiemensen, mensen van de kindertelefoon en directe opvoeders thuis of in een residentiële setting verkeren in een positie om de problemen van kinderen of adolescenten op te merken. ■

Geraadpleegde literatuur:

- *Jongh de-Wieth F. Jeugd(en)politie. Arnhem: Gouda Quint, 1985.*
- *Notitie Aids en prostitutie. Nationale Commissie Aidsbestrijding. Amsterdam, juni 1988.*
- *Berg van de T, Blom M. Tippelen voor dope. Amsterdam: SUA, 1987.*
- *Prostitutie. Themanummer justitiële verkenningen. Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatie Centrum, 1987.*
- *Sofer J. Seks tussen mannen in de Arabische maatschappij: relatief onschadelijk en ongevaarlijke veiligheidsklep. Gay-krant 1988; nr 121.*
- *Marijnissen H. Jongens van plezier. Dagblad Trouw, 7 januari 1989.*
- *Wijk van IJ. Levensstijlen van heroïnegebruikers II. Samenvatting van: Swierstra K, Jansen O, Jansen JH. De reproduktie van het heroinegebruik onder nieuwe lichtingen. Ministerie van WVC, juli 1987.*

Toxocariasis

W.J.O. Beaumont, arts, hoofd afdeling infectieziektenbestrijding en hygiëne, GG en GD Den Haag.

De hinder die hondepoep de stadbewoner bezorgt komt met enige regelmaat in de publiciteit. Uit onderzoek door de Haagse politie verricht onder buurtbewoners kwam veelvuldig de wens naar voren dat aan het terugdringen van de hondenoverlast een hoge prioriteit moest worden gegeven (1). Men schatte dat circa 80% van de openbare grasveldjes, speelterreinen en gazons in Den Haag niet op hygiënisch verantwoorde wijze kon worden gebruikt door het publiek. Ook werd gewezen op de toenemende strandvervuiling door honden. Een ieder die het strand bezoekt kan zien dat het nog steeds een favoriet hondentoilet is ondanks de verbodsborden in de zomerperiode.
In hondepoep bevinden zich regelmatig de eieren van de hondespoelworm die een parisitaire infectie, toxocariasis kunnen veroorzaken. Na een rijpingsproces in de bodem kunnen deze eieren de mens besmetten. In de meeste gevallen zijn het kinderen die besmet worden. Doordat de kennis over toxocariasis onder artsen vaak nog beperkt is wordt het ziektebeeld als zodanig dikwijls niet herkend. De besmetting met de worm is in principe te voorkómen; een bespreking in het Epidemiologisch Bulletin lijkt derhalve zinvol.

In 1952 stelden Beaver e.a. in de Verenigde Staten als eersten vast dat een weinig specifiek syndroom van koorts, lever- en klierzwelling, bronchitis en eosinophilie in het bloed veroorzaakt kan worden door de larve van de honden- of kattenspoelworm (toxocara canis/cati). Deze spoelworm leeft bij het dier in de dunne darm en is 8 tot 12 cm lang. De eieren van de spoelworm worden met de faeces uitgescheiden. Na ongeveer twee weken zijn zij besmettelijk voor de mens (de mens wordt niet besmet door vers geloosde uitwerpselen!). De larven van de spoelworm verspreiden zich bij de mens via de bloedbaan naar organen zoals de lever, longen en het huid- en spierweefsel. Een deel van de besmette personen blijft vrij van ziekteverschijnselen, bij anderen kunnen griepachtige klachten optreden zoals koorts, malaise, buikpijn en prikkelhoest. In de meeste gevallen is de aandoening van korte duur en wordt zelden of nooit als toxocariasis herkend. In het bloed verschijnen specifieke antilichamen die met behulp van een Elisa-methode te bepalen zijn. In zeldzame gevallen echter zijn de gevolgen ernstig. Innestelling van een larve in het netvlies van het oog kan zelfs leiden tot blindheid en innestelling in de hersenen kan neurologische afwijkingen veroorzaken. Anders dan bij de hond leidt deze migratie van larven niet tot een secundaire vestiging in het darmkanaal met een ontwikkeling tot spoelworm.

Als risicogroep gelden vooral kleuters die in hun spel (zandbak, park, stoep) besmet worden doordat zij veel hand-grond-mondcontact hebben. In de periode september 1987 tot en met januari 1988 werd door Van Gemund e.a. serologisch onderzoek verricht bij

234 Haagse schoolgaande kleuters van drie tot en met zes jaar (2). 11% van de kinderen bleek besmet te zijn. Bij toetsing werd geen significante relatie gevonden met het bezit van een hond of kat of met de sociale welstand. Ook werd er geen verschil naar geslacht gevonden.

Door het defaecatie-gedrag van de kat (kattebak en begraven van faeces) speelt deze verspreider van wormeieren een ondergeschikte rol. De hond (met name de pup, de drachtige en zogende teef) is de grote verspreider. Bij een onderzoek in Nederland bleek bijna een kwart van de volwassen honden besmet Een dergelijk percentage wordt ook gevonden in de ons omringende landen.
Preventie is mogelijk bij de bron door stelselmatige ontworming, vooral bij pups tot de leeftijd van zes maanden en bij de drachtige teef en zogende moederhond in verband met besmetting via de placenta en de melk (2). Reductie van hondevuil op straat, in openbare groenvoorzieningen of zand en op het strand zal de kans op toxocariasis-besmetting verminderen. De hondebezitter dient de vers geloosde uitwerpselen terstond op te scheppen en bijvoorbeeld in een rioolputje te deponeren. Zo kunnen de eitjes niet in de bodem rijpen. En zeker mag de hondebezitter een speellocatie niet als hondentoilet gebruiken.

In hoeverre is de overheid bereid om maatregelen te nemen voor de in principe eenvoudige preventie van deze infectie, het (doen) opruimen van verse hondeuitwerpselen? De milieuproblematiek wordt aangepakt onder het motto 'de vervuiler betaalt' of 'de vervuiler neemt maatregelen'. Het wordt niet meer acceptabel geacht dat mensen door nalatigheid, onverschilligheid of onwil van anderen gezondheidsrisico's lopen.
En in hoeverre is de overheid aansprakelijk als kinderen door de toxocara-infectie, opgelopen op openbare terreinen, gehandicapt raken? In Engeland (Blackpool) is volgens een artikel in The Sunday Times (1988) £ 5.000,- smartegeld uitgekeerd aan een zevenjarig meisje dat blind werd door toxocariasisbesmetting; een vergelijkbaar geval is nog in behandeling.
Het is mijns inziens een politieke keuze of de door de hondebezitter te voorkomen besmetting van 11% van de 3-6-jarigen acceptabel is. Dit onderwerp past in de huidige milieudiscussie. Indien de overheid bepaalde instructies en verboden ter bestrijding van hondevuil wil uitvaardigen, dient op naleving te worden toegezien en moeten sancties bij overtreding mogelijk zijn. Er zijn voorbeelden van steden waar hoge boetes voldoende bleken om de kosten-baten-afweging van de hondebezitter in het voordeel van het opruimen te doen omslaan. ■

1. *Rapport van de werkgroep bestrijding hondevuil. Gemeente Den Haag, november 1987.*
2. *Gemund van JJ, Buijs J, Bergh van den JPAM et al. Toxocariasis: larven van de hondespoelworm bij kleuters. Tijdchr Jeugdgezondh 1989; 21 nr 2: 19-21.*