

epidemiologisch bulletin

*tijdschrift voor volksgezondheid en
onderzoek in Den Haag*

inhoud

volksgezondheid

Diabetesspreekuur in 'De Rubenshoek'

Diabetes Vereniging Nederland

epidemiologie

Somatisatie in de huisartspraktijk

Tandbederf bij schoolkinderen

en verder o.a.

Projecten

Korte berichten

jaargang 28, 1993

nummer 1

epidemiologisch bulletin

i n h o u d

Redactioneel 3

Volksgezondheid

Diabetesspreekuur in het gezondheidscentrum 'De Rubenshoek' 5
- J.J.M. Avezaat

De Diabetes Vereniging Nederland 9
Een onmisbaar verlengstuk van de gezondheidszorg
- Mw. J.C. Postema

Epidemiologie

De vroegtijdige herkenning van somatisatie in de huisartspraktijk 12
- M.F. Cox

Tandbederf bij schoolkinderen 17
Verslag van een onderzoek onder vijf-, acht- en elfjarigen in Den Haag
- Mw. M.J.M.L. van der Zijden

Projecten

Twijfels over het gebruik van de eerste hulp van het Westeinde ziekenhuis 25
- H.G.J. Nijhuis

De eerste hulp van het Westeinde ziekenhuis in de binnenstad van 32
maatschappelijke betekenis
- R.B.M.R. Bakker

Het project 'Gezond Scheveningen' 35

Korte berichten 37

Maart 1993
28ste jaargang nr. 1

Epidemiologisch Bulletin
Tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

Als publicatiemedium wil het de communicatie aanmoedigen tussen beleidsmedewerkers en onderzoekers en degenen die op enigerlei wijze betrokken zijn bij de zorg voor gezondheid in de nulde en de eerste lijn. Het bulletin verschijnt vier maal per jaar en richt zich primair tot deze hulpverleners en bestuurders in de gezondheidsregio Den Haag.

Redactie

H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog (hoofdredacteur); Mw. I. Burger; M.F. Cox, arts; Mr. H.R. Lingen; Prof.dr. W.J. Schudel; Mw. J.M. Vroom-Jongerden (korte berichten).
m.m.v. A. Pols en H. Burger

Correspondenten

Dienst Welzijn:

W.J.O. Beaumont, arts, afdeling Infectieziektenbestrijding en Hygiëne
H.W. Hack, arts, afdeling Gezondheidszorg
J.W.C. Rouw, sector Maatschappelijk Welzijn
Ir. H.W.A. Struben, vakgroep Epidemiologie
B.A. Teng, arts, afdeling Jeugdgezondheidszorg
W.J. Vroege, vakgroep Omgevingsgezondheid
H. Westerhof, afdeling Jeugd tandzorg
W.A. Zwart Voorspuij, medisch milieudeskundige

M.M. Malschaert, bestuursadviseur, Den Haag
D.C. Kaasjager, arts, ministerie van WVC
Mw. M.J.Th. Lutjenhuis, huisarts te Den Haag
C.T. Benningshof, arts, DHV Den Haag e.o.
Dr. H.B. van Wijk, Rode Kruis ziekenhuis, Den Haag
G.M. de Jong, kinderarts te Den Haag
Prof. dr. J.P. Vandenbroucke, universiteit Leiden
S.J.H. Belleman, GGD Amsterdam
Dr. L.J.G. van der Maesen, SISWO
Mw. H.M. Sachse-Bonhof, arts, GGD Rijswijk
J. van der Kamp, BaGD Zuidwest Friesland
Dr. Ir. T. de Vries, Prov. Raad voor de Volksgezondheid Zuid-Holland
Mw. F.L. van Leeuwen, Haags Kruiswerk

ISSN 0921-6219

Redactieadres

Dienst Welzijn
Sector GGD
Thorbeckelaan 360
2564 BZ Den Haag
Postbus 65 783
2506 EB Den Haag
Mw. I. Burger
Tel.: 070 - 361 94 47
Fax: 070 - 361 94 19

Vormgeving

bureau T&IC, Delft

Illustraties

Mw. T. Boonstra, Amsterdam

Druk

Koninklijke drukkerij
de Swart BV, Den Haag

Uitgave

Dienst Welzijn
Sector GGD Den Haag

Oplage

1.750 ex.

De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en de samenstelling van het bulletin.

Overname van artikelen is in vele gevallen mogelijk in overleg met de redactie.

De richtlijnen voor auteurs kunnen bij het redactiesecretariaat worden opgevraagd.

Bij wijziging van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen.

Voor het bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier.

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

Op 18 november jl. is M.F. Cox, redactielid van het Epidemiologisch Bulletin, gepromoveerd aan de Rijksuniversiteit te Leiden. In zijn proefschrift 'De vroegtijdige herkenning van somatisatie in de huisartspraktijk' doet hij verslag van het onderzoek naar de objectiveerbaarheid van 'somatisatie'.

F.M.G. Brandts heeft, wegens drukke werkzaamheden, zijn functie van redacteur van het bulletin neergelegd.

Het is de redactie een genoegen om haar lezers bericht te geven van het verkrijgen van de dokterstitel van één van haar leden. Een schitterende prestatie. Ze is daarnaast bijzonder ingenomen met het feit dat de verhouding gepromoveerd/niet-gepromoveerd in het redactionele gezelschap met deze gebeurtenis is gestegen naar 40%.

Cox zelf geeft in deze uitgave een verslag van de essenties van zijn studie en enkele praktische aanbevelingen voor huisartsen. Het onderwerp is, gezien het karakter van eigentijdse sociaal-medische problematiek in de grootstedelijke huisartspraktijk, uiterst actueel. Met name ook de cultuurgebonden specifieke vorm waarin allochtone patiënten hun problemen vaak uiten, maakt het onderwerp voor de toekomst belangwekkend. Het wetenschappelijke en professionele debat over de afzonderlijke betekenis van ziekte als objectiveerbaar gegeven ('disease') en subjectieve beleving ('illness') vormt van deze actualiteit een weerspiegeling. Het is te hopen dat er voor Cox, die zich intussen tot één van de schaars gezaaide deskundigen op het gebied van somatisatie kan rekenen, mogelijkheden zullen ontstaan om zijn belangstelling terzake verder uit te diepen.

Tegenover het welkom aan Cox's proefschrift staat dat de redactie afscheid moest nemen van F.M.G. Brandts als redactielid. Met steeds toenemende werkzaamheden in en rondom zijn huisartspraktijk viel het redacteurschap niet langer te verenigen. We danken collega Brandts voor zijn waardevolle bijdrage die hij de afgelopen jaren aan het Epidemiologisch Bulletin heeft geleverd. Op een adequate invulling van de ontstane vacature beraadt de redactie zich intussen intern.

Al met al is het aandeel van de Haagse huisarts in de produktie van het bulletin van meet af aan aanzienlijk geweest, zowel in redactionele zin als in copy-toeleverende zin. Ook in dit nummer komen weer een aantal studies aan de orde, die voor de gezondheidszorg van Den Haag van grote betekenis kunnen zijn.

In het vorige bulletin zette Engelenburg, huisarts in ruste, zijn onderzoek en aanbevelingen inzake de 24-uursbereikbaarheid voor spoedeisende hulp uiteen. Deze uitgave doet verslag van een hiermee samenhangende studie over 'twijfelachtig gebruik' van de eerste hulp van het Westeinde ziekenhuis. Avezaat beschrijft de ervaringen van het initiatief om in het gezondheidscentrum 'De Rubenshoek'

tot een structurele intensieve begeleiding van allochtone diabetespatiënten te komen. De eerste evaluatie na één jaar is veelbelovend. Voorwaarde voor een dergelijke aanpak van gezondheidsproblematiek is evenwel de aanwezigheid van een permanente infrastructuur van samenwerking tussen extramurale hulpverleners. Dit sluit aan bij hetgeen uit het voortgangsartikel over het project 'Gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in het stadsdeel Centrum' in het vorige bulletin naar voren komt. Ook daarin spreekt het belang van een gestructureerde samenspraak en een facilitair bedrijf van en met hulpverleners, maar dan op stadsdeelniveau.

De redactie prijst zich gelukkig met de toenemende actieve deelname van de Haagse huisarts aan onderzoek en beleid van volksgezondheid. Ze hoopt dat de gunstige trend zich voortzet.

Diabetesspreekuur in het gezondheidscentrum 'De Rubenshoek'

J.J.M. Avezaat

Het gezondheidscentrum 'De Rubenshoek' in de Haagse Schilderswijk kent sinds een jaar een multidisciplinair diabetesspreekuur voor merendeels jonge, niet uit Nederland afkomstige patiënten. De therapietrouw en de faciliteiten binnen de praktijk zijn te gering gebleken voor goede behandeling. Elke vierde dinsdag van de maand kunnen de patiënten terecht bij de assistente, de huisarts, de wijkverpleegkundige en de diëtist. Voor een echte evaluatie is het nog te vroeg. De patiënten zijn in elk geval enthousiast en voor de samenwerkende disciplines is het spreekuur stimulerend en motiverend.

Sinds januari 1992 heeft het gezondheidscentrum 'De Rubenshoek', gelegen in de Schilderswijk van Den Haag, een multidisciplinair diabetesspreekuur. In dit artikel wordt hiervan verslag gedaan.

De kenmerken van de patiëntenpopulatie van dit gezondheidscentrum zijn dat ze voor een zeer groot deel bestaat uit mensen van niet-Nederlandse afkomst; dat haar gemiddelde leeftijd aanzienlijk lager is dan die van de Haagse bevolking en dat ze over het algemeen tot de laagste sociaal-economische klasse behoort. Uit onderzoek, verricht in 1983 in één van de praktijken, kwam naar voren dat het aandeel patiënten van niet-Nederlandse afkomst ruim 85% was en dat het aandeel 65-plussers nog geen 5% bedroeg (1). In 1989 was de gemiddelde leeftijd van deze patiëntenpopulatie, voor zover ze verzekerd waren bij het Algemeen Ziekenfonds Haaglanden, 25 jaar en 2% was ouder dan 65 jaar. (In dat jaar was de gemiddelde leeftijd van de Haagse bevolking 39 jaar en 19% was ouder dan 64 jaar.)

Het zal duidelijk zijn dat een dergelijke samenstelling van de patiëntenpopulatie een andere morbiditeit laat zien dan een 'doorsnee' Nederlandse huisartsenpraktijk. Zo worden ziekten die over het algemeen bij ouderen voorkomen, zoals hart- en vaatziekten, hypertensie en ook diabetes mellitus type II, minder vaak waargenomen.

Over de auteur

J.J.M. Avezaat, huisarts in Den Haag, namens de projectgroep diabetesspreekuur 'De Rubenshoek' (E. van Alphen, regiomanager Haags Kruiswerk, I.E.M. van der Hondel, diëtist, M.J.Th. Luitjenhuis, huisarts, J.D. Wuister, huisarts, M.M. Woudenberg, wijkverpleegkundige).

Desondanks zagen de huisartsen van het gezondheidscentrum regelmatig diabetespatiënten van niet-Nederlandse afkomst, die jonger waren dan hun Nederlandse lotgenoten. De therapietrouw van deze groep patiënten en de praktijkfaciliteiten bleken te gering of te beperkt om een goede behandeling van diabetes mogelijk te maken. Hiervoor kunnen zowel ten aanzien van de patiënt als ten aanzien van de praktijkvoering een aantal factoren worden aangewezen.

Ten aanzien van de patiënt

- Kennis van diabetes in het bijzonder en kennis van de anatomie en de fysiologie van het eigen lichaam zijn vaak afwezig of zeer gebrekkig. Er bestaat regelmatig onduidelijkheid over het doel en de zin van de behandeling.
- De voorlichting, die van groot belang is, vraagt erg veel tijd door taal- en cultuurverschillen.
- Er bestaat onbekendheid met de functie van de diëtist en het aanbod van de wijkverpleegkundige. Bovendien wordt het belang van goede voeding bij de behandeling van diabetes dikwijls onderschat, zodat verwijzing naar de diëtist regelmatig mislukt of na één of twee consulten wordt gestaakt.
- Onder andere door de onder het eerste en derde streepje genoemde oorzaken is de allochtone patiënt over het algemeen niet zo gewend om medeverantwoordelijkheid te dragen voor de behandeling van chronische ziekten zoals diabetes (dit geldt overigens ook voor veel autochtone Schilderswijkers).
- Het is voor veel allochtonen moeilijk op alle controles te komen, zeker wanneer de afspraken lang van te voren zijn gemaakt.

Ten aanzien van de praktijkvoering

- Er bestond nog geen systematische benadering van het probleem. Er werd nog niet volledig volgens de standaardprocedure van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) gewerkt; evenmin werd de NHG-diabetespatiëntenkaart altijd gebruikt (2).
- Voor een oproep voor controle konden de diabetespatiënten niet gemakkelijk uit het kaartstelsel worden gelicht.
- Doordat de behandeling van diabetespatiënten zo vaak mislukte was de motivatie van de huisartsen om tot een goede instelling te komen in de loop van de jaren enigszins afgenomen.

- Er bleek geen goed voorlichtingsmateriaal te zijn voor Turkse en Marokkaanse diabetespatiënten.

Om deze problemen in de behandeling van diabetespatiënten het hoofd te bieden werd besloten tot het instellen van een multidisciplinair diabetes-spreekuur. Hiervoor waren beschikbaar drie huisartsen (uit twee praktijken), een diëtist, een wijkverpleegkundige en incidenteel een pedicure. Het spreekuur richtte zich vooralsnog op patiënten met diabetes mellitus, type II, die (nog) niet insuline-afhankelijk zijn. Voor deze groep werd gekozen omdat zij zonder insuline kunnen worden behandeld en omdat de NHG-standaard zich tot hen richt.

Het multidisciplinaire diabetes-spreekuur

Elke vierde dinsdag van de maand vindt het gezamenlijke spreekuur plaats van 13.00-17.00 uur. De taakverdeling over de verschillende disciplines staat in schema 1 (3). De patiënt heeft altijd eerst een afspraak met de eigen huisarts. Voordat de patiënt de eigen huisarts spreekt heeft de doktersassistente het gewicht en het bloedsuikergehalte bepaald. Van de huisarts gaat de patiënt, mét de patiëntenkaart waarop de nieuwe gegevens ver-

_____ *schema 1*

Diabetesprotocol multidisciplinair diabetes-spreekuur. Den Haag, 'De Rubensboek' 1992.

Doktersassistente

bepaling bloedsuiker en gewicht

Huisarts

voorlichting en behandeling volgens de desbetreffende NHG-standaard

Diëtist

individueel voedingsadvies en persoonlijke voorlichting

Wijkverpleegkundige

uitgebreide voorlichting (bijvoorbeeld over de Diabetes Vereniging Nederland), sociale anamnese, controle voeten, hygiënische adviezen, zo nodig verwijzing naar pedicure (of tandarts!)

tabel 1

Diabetespatiënten naar etniciteit.
Den Haag, 'De Rubenshoek' 1992.

Etniciteit	Abs.	%	Gemiddelde leeftijd in jaren
Nederlanders	18	21	64
Turken	25	30	49
Surinamers (vnl. Hindoestanen)	23	27	51
Marokkanen	14	16	52
Overige buitenlanders	5	6	52
Totaal	85	100	

meld staan, naar de wijkverpleegkundige óf naar de diëtist. Op indicatie verwijst de wijkverpleegkundige naar de pedicure.

De spreekuurruimten bevinden zich allemaal op dezelfde etage van het gezondheidscentrum zodat bij problemen of vragen de hulpverleners elkaar gemakkelijk, nog tijdens het spreekuur, kunnen raadplegen.

Een goed gereguleerde patiënt bezoekt in principe de huisarts vier maal per jaar, de wijkverpleegkundige en de diëtist ieder één maal. Dat betekent dat de patiënt ten minste twee maal per jaar het multidisciplinaire spreekuur bezoekt. Zonodig komen patiënten vaker, bijvoorbeeld bij een slechte regulatie, wanneer nog onvoldoende kennis aanwezig is over diabetes of wanneer er problemen zijn met het dieet.

Eén maal per twee maanden hebben de hulpverleners overleg over de medische en de organisatorische aspecten van het multidisciplinaire spreekuur en één à twee maal per jaar bespreken ze alle diabetespatiënten.

Bij de introductie van het spreekuur bleek al snel dat een groot aantal patiënten nog niet bij de diëtist bekend was en dat zelfs nog nooit iemand bij de wijkverpleegkundige was geweest. Voor haar was het dan ook onmogelijk om gedurende het multidisciplinaire spreekuur alle patiënten - ieder consult vraagt toch zo'n tien à vijftien minuten - te helpen. Vandaar dat voor de wijkverpleegkundige extra spreekuren werden ingelast. De Stichting Thuiszorg heeft hiervoor extra uren ter beschikking gesteld.

Er is, in samenwerking met de afdeling Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding van de Stichting Thuiszorg, een patiëntenfolder ontwikkeld waarin in het kort de gang van zaken tijdens het spreekuur wordt uitgelegd en wordt gewezen op het belang van een goede behandeling. In deze folder worden ook de afspraken genoteerd.

Enkele cijfers

Op dit moment zijn 85 patiënten bekend met een niet insuline-afhankelijke diabetes (48% mannen en 52% vrouwen). De etnische samenstelling van de huisartspraktijken is weergegeven in tabel 1. Hoewel de exacte samenstelling van de praktijken niet bekend is, bestaat de indruk dat Surinamers oververtegenwoordigd zijn.

Sinds de introductie van het spreekuur in januari

1992 werden twee patiënten naar de internist verwezen, vier patiënten terugverwezen door de internist naar de huisarts (waarvan één patiënt met insuline) en bij zeven patiënten werd diabetes ontdekt.

Om het effect van het spreekuur enigszins te kunnen beoordelen werd op twee tijdstippen (vóór de introductie van het spreekuur en negen maanden daarna) naar een drietal parameters gekeken, te weten de mate van instelling van diabetes, de Quetelet-index (een maat voor overgewicht) en de mate waarin de patiënt met een zekere regelmaat door de huisarts in verband met diabetes werd gecontroleerd (zie tabel 2). Bovendien werd de opkomst bij de diëtist in 1991 en 1992 vergeleken. Negen maanden na de aanvang van het diabetes spreekuur zijn meer diabetespatiënten goed ingesteld en komen ze vooral hun afspraken voor controle beter na.

Enthousiasme

Het diabetes spreekuur in deze vorm draait slechts kort, zodat nog niet van een echte evaluatie kan worden gesproken. Bij een aantal patiënten was de tijd nog te kort om een goede instelling te bereiken en bij diegenen bij wie dat wel gelukt is moet nog blijken of deze instelling wordt vastgehouden.

In ieder geval is duidelijk dat zowel de patiënten als de hulpverleners over het project erg enthousiast zijn.

tabel 2

De onderzochte parameters ter beoordeling van het diabetesprekeuur, gemeten vóór de introductie van het spreekuur en negen maanden daarna.
Den Haag, 'De Rubensboek' 1992.

	Vóór	Na 9 mnd.
Instelling van diabetes¹⁾ (N=54)		
Goed	70%	76%
Slecht	26%	15%
Matig	4%	9%
Regelmaat van controle (N=54)		
Regelmatig	37%	69%
Onregelmatig	63%	31%
Quetelex-index²⁾ (N=51)		
Gemiddeld	30 kg/m ²	30 kg/m ²
	1991	1992
Opkomst bij de diëtist		
Geplande		
consulten	276 ³⁾	216 ⁴⁾
Waarvan gekomen	70%	80%

- 1) Criteria: goed: HbA1c lager dan 8.0%; slecht: HbA1c hoger dan 8.4%
- 2) Gewicht/Lengte² kg/m²
- 3) Reguliere spreekuren (niet huisarts gebonden, alle categorieën patiënten)
- 4) Diabetesprekeuur (inclusief de extra spreekuren, waarop vele nieuwe diabetespatiënten werden gezien)

siast zijn. De patiënten stellen erg veel prijs op de extra inspanningen die worden geleverd en lijken meer gemotiveerd om iets aan hun ziekte te (laten) doen. Het feit dat dit spreekuur hen ook veel tijd kost (ze zijn vaak wel zo'n 45-60 minuten bezig) lijkt geen enkel probleem te zijn. Voor de hulpverleners is het systematisch werken, in samenwerking met de andere disciplines, erg stimulerend en motiverend.

De gevonden getallen, hoe voorzichtig ze ook moeten worden geïnterpreteerd, geven ons inziens wel reden tot optimisme. Door onze systematische aanpak komen meer patiënten voor controle. Dit is op zichzelf al een goed resultaat omdat, zoals gezegd, het regelmatig onder controle houden van

allochtonen, zeker wanneer afspraken op langere termijn worden gemaakt, een uiterst moeizame zaak was. Ook het aantal patiënten bij wie de diabetes goed is gereguleerd neemt toe.

De Quetelet-index is onder invloed van de nieuwe aanpak tot op heden niet veranderd. Hoewel dit niet geheel onverwacht is, is het niet duidelijk welke factoren hierbij een rol spelen. Zo is bijvoorbeeld niet bekend of en in welke mate de patiënten hun voeding hebben aangepast conform de adviezen van de diëtist. Spelen culturele invloeden een rol? Ontbreekt het nog aan goed voedingsvoorlichtingsmateriaal? Het is interessant dit nader te onderzoeken om tot een gerichtere aanpak van het overgewichtprobleem te komen. Onbekend is ook in hoeverre de kennis van de patiënten over diabetes is toegenomen en in hoeverre het tot gedragsverandering heeft geleid. De hulpverleners hebben de indruk dat de betrokkenheid van de patiënt en de familie bij diabetes groter wordt.

We richten ons in de naaste toekomst vooral op verdere intensivering van onze voorlichtingsactiviteiten. Concreet zijn hiervoor al de volgende plannen gemaakt:

- het tentoonstellen van voorlichtingsmateriaal en het tonen van een voorlichtingsvideo in de (gezamenlijke) wachtruimte;
- het organiseren van groepsbijeenkomsten van diabetespatiënten, waarbij de nadruk komt te liggen op het onderling uitwisselen van ervaringen;
- het gebruiken van een meertalige voorlichtingsfolder met eventueel een audiocassette.

Literatuur:

1. Avezaat JJM, Lutjenhuis MJTh, Nijhuis HGJ, Struben HWA. Migranten en hun huisarts. Epidemiol Bul Grav. 1983; 18 nr. 4: 5-14.
2. Anoniem. NHG-standaard diabetes mellitus, 1992.
3. Ripken ThMJ. Een model voor behandeling van en voorlichting aan type II diabetespatiënten in de eerstelijnsgezondheidszorg. Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie, Faculteit der Geneeskunde. Rijksuniversiteit Utrecht, 1991.

De Diabetes Vereniging Nederland

*Een onmisbaar verlengstuk
van de gezondheidszorg*

Mw. J.C. Postema

Suikerziekte wordt door patiënten die het treft vaak niet goed begrepen. Wie de diagnose juist te horen kreeg heeft tijd nodig om het tot zich door te laten dringen. Wie 'een beetje suiker' heeft, denkt veelal dat het zo'n vaart niet loopt. De patiënten hebben steun, voorlichting en educatie nodig waar de huisarts of de specialist vaak geen tijd voor heeft. De Diabetes Vereniging Nederland wel.

De Diabetes Vereniging Nederland (DVN) heeft als taak 'het bevorderen van de bestrijding van diabetes mellitus en het behartigen van het welzijn van mensen met diabetes (zowel in groepsverband als individueel, ongeacht of ze wel of niet lid zijn van de vereniging)'. Wat houdt dit in de praktijk in?

Mensen die net te horen hebben gekregen dat ze diabetes hebben, moeten dit uiteraard eerst verwerken. Daardoor begrijpen ze de adviezen die ze op dat moment van de arts, diëtist, verpleegkundige of andere hulpverlener krijgen vaak niet goed, of het dringt niet goed tot hen door. Pas geleidelijk wordt duidelijk dat ze vanaf nu bepaalde dingen moeten veranderen om met diabetes weer gewoon verder te kunnen leven. Voor mensen die insuline moeten injecteren komt dat besef vaak pas als ze thuiskomen na ziekenhuisopname. Dan komen de vragen los en kunnen er problemen ontstaan. Het besef van een ander leefpatroon geldt natuurlijk ook voor mensen die 'alleen' een voedingsvoorschrift of tabletten voorgeschreven krijgen en uitsluitend onder behandeling van de huisarts staan. Nog steeds bestaat de misvatting dat laatstgenoemden 'maar een beetje suiker' zouden hebben en dat daar dus niet zoveel aandacht aan hoeft te worden besteed. Dit is niet juist. Het gaat om verschillende vormen van diabetes die op verschillende manieren kunnen worden behandeld. Maar om welke vorm het ook

Over de auteur

J.C. Postema, diabetespatiënte, voorzitter Diabetes Vereniging Nederland, afdeling 's-Gravenhage en omstreken

gaat: diabetes is een ziekte, waar heel goed mee te leven valt, maar die nooit mag worden onderschat.

Voorlichting en educatie

De DVN kan antwoorden geven op vragen van mensen met diabetes en hen helpen hun problemen op te lossen. De vereniging wil er alles aan doen om het welzijn van de diabeten te bevorderen en dat kan het beste door hen mogelijkheden te bieden waardoor ze zo zelfstandig mogelijk kunnen leven en zo weinig mogelijk afhankelijk zijn van de gezondheidszorg. Vroeger gebeurde dit voornamelijk met voorlichting, zowel mondeling als schriftelijk. Tegenwoordig ligt het accent meer op educatie. De vereniging organiseert onder andere cursussen en zogenaamde leer-doe-weken waar samen met lotgenoten wordt geleerd hoe het beste met de ziekte kan worden omgegaan. Daarvoor is veel kennis nodig en inzicht in de eigen situatie en in de reacties en waarschuwingen van het eigen lichaam. 'Diabetes is een vak' zegt men bij de DVN. En bijscholing blijft levenslang noodzakelijk, omdat de ontwikkelingen op medisch en technisch gebied snel gaan en de opvattingen over de beste behandeling voortdurend veranderen en verbeteren.

Organisatie

De DVN werd opgericht in 1945 en is thans de grootste patiëntenbelangenvereniging in Nederland met bijna 42.000 leden. Dat lijkt misschien veel, toch is het slechts een tiende deel van het aantal mensen met diabetes in ons land. Men verwacht dat het aantal diabetespatiënten in de komende jaren aanzienlijk zal toenemen en daarmee ook het ledental van de vereniging.

In Amersfoort zetelt het centraal bureau van de vereniging. Daarnaast beschikt de vereniging over een telefonische hulpdienst, die door vrijwilligers wordt bemand en dag en nacht bereikbaar is.

De afdeling 's-Gravenhage en omstreken (inclusief de gemeenten Leidschendam, Rijswijk, Voorburg, Wassenaar en Zoetermeer) heeft ongeveer tweeduizend leden.

Naast het afdelingsbestuur is een grote groep kaderleden actief betrokken bij het organiseren van informatiemarkten, voorlichtingsbijeenkomsten, bustochten en kerstreizen voor vijftig-plus-

sers, cursussen, de verkoop van boeken en brochures enz. De afdeling kent al enige jaren de zeer actieve Werkgroep Senioren. Onlangs is een aantal nieuwe werkgroepen opgericht, onder andere voor het regelen van vervoer van mensen met diabetes die niet op eigen gelegenheid naar de voorlichtingsbijeenkomsten kunnen komen, voor het thuis bezoeken van mensen, voor het opzetten en organiseren van nieuwe cursussen.

Externe contacten

Ook buiten de vereniging probeert het bestuur de positie van mensen met diabetes te verbeteren. Landelijk worden contacten gelegd met de overheid, de Ziekenfondsraad, de verzekeraars en alle andere instanties die op de een of andere manier voor mensen met diabetes van belang kunnen zijn. Binnen de afdeling 's-Gravenhage en omstreken heeft bijvoorbeeld de voorzitter zitting in de Werkgroep Diabetes Thuiszorg en een ander bestuurslid neemt deel aan het Regionaal Patiënten/Consumenten Platform. De relatie met de ziekenhuizen in Den Haag en de regio is uitstekend en de samenwerking met de specialisten die de mensen met diabetes behandelen wordt steeds beter. Bestuursleden of andere kaderleden geven voorlichting aan verpleegkundigen in opleiding en werken regelmatig mee aan diverse bijscholingsprojecten. Er staat hen daarvoor ook materiaal ter beschikking, zoals diaries en videofilms. De DVN heeft contact gezocht met de GGD naar aanleiding van persberichten eind 1991 over een relatief hoog sterftcijfer ten gevolge van diabetes en/of daaruit voortvloeiende hart- en vaatafwijkingen, met name onder de Surinaamse bevolking van Hindoestaanse afkomst in Den Haag. De DVN heeft in het recente verleden ondervonden dat het heel moeilijk is met deze groep contacten te leggen. Gebrek aan ervaring zal hierbij ongetwijfeld een rol hebben gespeeld. Derhalve wil de vereniging graag betrokken worden bij het vervolgonderzoek geïnitieerd door de GGD naar de risicofactoren voor diabetes mellitus onder Surinamers in Den Haag. Wellicht zal samenwerking meer resultaat geven.

Maandblad en afdelingsbulletin

Leden van de DVN ontvangen maandelijks Diabc, het blad dat hen op de hoogte houdt van de

nieuwste ontwikkelingen op wetenschappelijk gebied, de activiteiten in de vereniging en recepten van de diëtist.

Sommige afdelingen, waaronder 's-Gravenhage en omstreken hebben een eigen bulletin. Het Haagse bulletin verschijnt eens per jaar in januari of februari. Het is bij velen bekend als 'het gele boekje' en bevat veel nuttige informatie, zoals adressen, telefoonnummers, tips, aankondigingen van diverse activiteiten en een redactioneel gedeelte.

Dit bulletin is voor leden van de afdeling onmisbaar gebleken en zou eigenlijk het hele jaar naast de telefoon moeten liggen.

Diabetes Vereniging Nederland
Postbus 933
3800 AX Amersfoort
Telefoon: 033-63 05 66 (tijdens kantooruren)

Afdeling 's-Gravenhage en omstreken
Mw. J.C. Postema
Louis Bouwmeesterstraat 85
2284 XP Rijswijk ZH
Telefoon: 070-393 43 44

De vroegtijdige herkenning van somatisatie in de huisartspraktijk

M.F. Cox

Vroeger sprak de huisdokter van 'zeurkousen' als hij patiënten op het spreekuur kreeg die evident niets mankeerden. Tegenwoordig wordt het fenomeen serieuzer genomen en wordt gesproken van somatiseren. Oorzaken kunnen zijn een als kind aangeleerde interpretatie van lichamelijke gewaarwordingen en een verhoogde gevoeligheid voor deze percepties. Wat kan bijdragen zijn 'life events' en psychiatrische stoornissen. De Haagse huisarts M.F. Cox promoveerde onlangs op een onderzoek daarnaar. De Beoordelingslijst Somatische Fixatie kan de huisarts in twijfel ten dienste staan bij zulke gevallen.

De huisarts wordt vaak geconfronteerd met patiënten die lichamelijke klachten presenteren waarvoor geen lichamelijke oorzaak wordt gevonden (1)(2). We spreken dan van somatisatie. Een gangbare definitie van somatisatie is: 'de neiging om lichamelijke ongemakken en klachten te ervaren en te rapporteren die niet door pathologische bevindingen kunnen worden verklaard; ze aan een lichamelijke aandoening toe te schrijven en er medische hulp voor te zoeken' (2). Somatisatie vormt een probleem in de medische hulpverlening omdat de gezondheidszorg voornamelijk biomedisch is georiënteerd, dat wil zeggen dat lichamelijke klachten worden gezien als uiting van een lichamelijke aandoening. Deze zienswijze kan ertoe leiden dat patiënten die bovengenoemde klachten presenteren worden onderworpen aan vruchteloos diagnostisch onderzoek, inclusief ziekenhuisopnamen en operaties. Als gevolg daarvan kan iatrogene schade ontstaan evenals chronisch klaaggedrag, omdat de klachten door middel van deze benadering niet doeltreffend tegemoet worden getreden (3). Deze inadequaatte hulpverlening leidt tot een grote belasting voor de gezondheidszorg door de aanzienlijke hoeveelheid tijd, energie en kosten die de zorg voor deze patiënten vergt. Langzaam groeit dan ook het besef dat de overheersende biomedische aanpak in de gezondheidszorg aangevuld dient te worden met een meer psychosociale en gedragsmatige oriëntatie (4). In het hier te bespreken onderzoek

Over de auteur

Dr. M.F. Cox, huisarts in Den Haag

heeft de auteur van dit artikel de mogelijkheid verkend de vroegtijdige herkenning van somatisatie in de huisartspraktijk te operationaliseren (5).

Belangrijke rol voor huisarts

De oorzaken van somatisatie zijn uiteenlopend. Genoemd worden onder andere: als kind aangeleerde verkeerde interpretaties van lichamelijke gewaarwordingen en een verhoogde gevoeligheid van personen voor deze percepties. Factoren die bijdragen aan het ontstaan van een somatisatie-episode zijn: 'life events' en psychiatrische aandoeningen, vooral angst- en paniekstoornis en depressie. Het instandhouden van een somatisatie-episode wordt in de hand gewerkt door de medische hulpverlening zelf die zich eenzijdig richt op de somatische aspecten van de lichamelijke klachten.

Schattingen over de omvang van somatisatie lopen uiteen, doordat bij onderzoeken verschillende werkdefinities van somatisatie dan wel verschillende meetinstrumenten werden gehanteerd, of doordat deze onderzoeken betrekking hadden op verschillende populaties. Uit een negental Engelse en Nederlandse publikaties kan worden afgeleid dat in gemiddeld 20% van alle nieuw aan de huisarts aangeboden lichamelijke klachten geen lichamelijke oorzaak wordt gevonden (6).

De huisarts kan tengevolge van zijn positie in de gezondheidszorg een belangrijke taak vervullen in de herkenning en behandeling van somatisatie. Doordat hij onder andere een zeeffunctie vervult in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem verkeert hij in feite in een sleutelpositie waar het voornoemde taken betreft. Uit hoofde van deze functie moet de huisarts verantwoorde beslissingen nemen over het al dan niet verwijzen van een patiënt en over de aard van een eventuele verwijzing. Huisartsen dienen daarbij enerzijds geen belangrijke aandoeningen te missen, anderzijds moeten ze onnodig medisch onderzoek vermijden. Helaas zijn de signalen waaraan somatisatie is te herkennen vooral onderzocht in de psychiatrische setting. Deze signalen kunnen echter niet zonder meer worden vertaald naar praktisch gebruik door de huisarts. Daarvoor zijn ze te vaag geformuleerd en sluiten ze te weinig aan bij het begrippenkader van de huisarts.

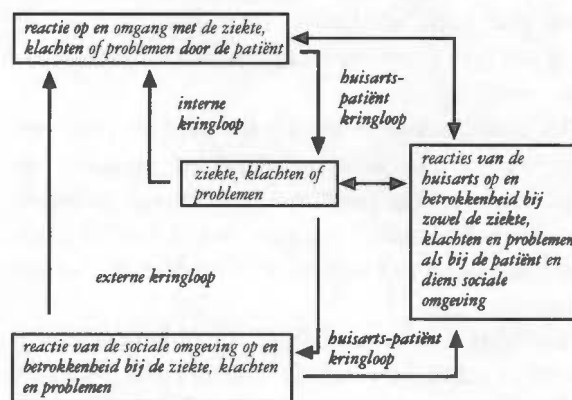
Concept somatische fixatie

Het in 1978 door de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Nijmeegse Universiteit ontwikkelde concept somatische fixatie biedt voor de vroegtijdige signalering van somatisatie meer perspectief (7). Het concept is gebaseerd op een theoretisch model over het ontstaan van ziekte en ziektegedrag. In dit model neemt de cyclus, ofwel kringloop, 'gebeurtenis-inadequate reactie-ziekte/onlustgevoelens-gebeurtenis' een centrale plaats in. Het proces van somatische fixatie kenmerkt zich door het telkens opnieuw doorlopen van deze cyclus. Met betrekking tot de cyclus of kringloop die tot somatische fixatie leidt kunnen drie oorzaken worden onderscheiden die een rol spelen in het (herhaald) doorlopen van zo'n kringloop (schema 1).

De interne kringloop is gebaseerd op de wijze van omgang met de klachten of problemen door de patiënt zelf. De externe kringloop ontstaat door een wisselwerking tussen de wijze van reageren door de patiënt zelf en de reactie daarop van personen uit de omgeving. De derde kringloop, de huisarts-patiëntkringloop, is gebaseerd op de wisselwerking tussen de wijze van reageren door de patiënt en de reactie daarop van de huisarts. Het proces van somatische fixatie kan zich afspeelen rondom vage klachten maar evenzeer rondom reële lichamelijke aandoeningen.

schema 1

Kringloopmodel. Het ontstaan van somatische fixatie via de interne kringloop, externe kringloop en huisarts-patiënt-kringloop (7).



Als leidraad voor het waarnemen van processen van somatische fixatie door de huisarts in de dagelijkse praktijk is in het boek 'Huisarts en somatische fixatie' een overzicht van signalen samengesteld - aanwijzingen die zich in de interne, externe, of huisarts-patiëntkringloopprocessen van somatische fixatie afspelen (7). Deze signalen zijn dóór en vóór de huisarts ontwikkeld en sluiten daarom aan bij zijn begrippenkader en de setting waarbinnen hij werkt.

Onderzoek

Vraagstelling

De centrale vraagstelling van mijn onderzoek luidde of het mogelijk is, op basis van het concept somatische fixatie, een meetinstrument te ontwikkelen dat een indicator is van de neiging van de patiënt lichamelijke klachten te presenteren die niet op een somatische aandoening berusten.

Methode

Van de in totaal 22 signalen van processen van somatische fixatie, genoemd in het boek 'Huisarts en somatische fixatie', worden er 15 geoperationaaliseerd en via een vijfpuntsschaal uitgedrukt in een score. De signalen hebben betrekking op het consultgedrag van de patiënt en de gevoelens die dit gedrag bij de huisarts teweegbrengt. De operationalisaties bestaan uit vragen aan de patiënt, observaties van het gedrag van de patiënt door de huisarts en het nagaan van eigen gevoelens van de huisarts in het consult. Het meetinstrument wordt Beoordelingslijst Somatische Fixatie (BSF) genoemd. Na een pilotstudy in de praktijk van ondergetekende bleven alleen de elf signalen uit de interne en huisarts-patiëntkringloop over (tabel 1). De vier signalen uit de externe kringloop bleken niet goed bruikbaar. (De handleiding bij de vragenlijst is op aanvraag verkrijgbaar bij de auteur.)

Het onderzoek beperkt zich tot patiënten met een episode van nieuwe lichamelijke klachten. Op het moment dat deze patiënten werden opgenomen in het onderzoek stond nog niet vast of deze klachten wel of niet op een lichamelijke aandoening berusten.

De andere meetinstrumenten die in het onderzoek werden gebruikt waren de SCL-90 en de BFU. De SCL-90 is een multidimensionele klachtenlijst die een groot deel van de bij de patiënt aanwezige psychopathologie meetbaar maakt. De BFU staat

tabel 1

Overzicht van de elf signalen van de definitieve 'Beoordelingslijst Somatische Fixatie' (BSF) en de korte omschrijving waarmee ze worden aangeduid.

Interne kringloop

- Signaal 1 De aanwezigheid van spanningen of problemen in het leven van patiënt (Stress)
- Signaal 2 De huidige klachten zijn vaag (Vage klachten)
- Signaal 3 Er is een overmatige medische consumptie geweest in de twee jaren die vooraf gingen aan de huidige klachten (Medische voorgeschiedenis)
- Signaal 4 De patiënt is overmatig ongerust met betrekking tot de huidige klachten (Etikettering)
- Signaal 5 Er wordt weerstand geproefd bij de patiënt bij het ter sprake brengen van problemen (Weerstand)
- Signaal 6 De patiënt vertoont de neiging overmatig de ziekenrol op zich te nemen (Ziekenrol)

Huisarts-patiëntkringloop

- Signaal 7 Alarmering van de huisarts door de wijze van presentatie van de klachten door de patiënt (Presentatie hulpvraag)
- Signaal 8 Aandringen door de patiënt op een exclusief somatische aanpak (Aandringen op somatische aanpak)
- Signaal 9 Ontlopen van de verantwoordelijkheid van de klachten door de patiënt (Ontlopen verantwoordelijkheid)
- Signaal 10 De hulpverlening beweegt zich teveel op een somatisch spoor (Somatisch spoor)
- Signaal 11 Alarmgevoelens van de huisarts in het contact (Alarmgevoelens huisarts)

voor (B)eoordeling van de lichamelijke klachten bij (F)ollow-(U)p. Hierin werd het uiteindelijke oordeel van de huisarts over de klachten uitgedrukt in een driepuntsschaal (geen lichamelijke aandoening, twijfel, zeker een lichamelijke aandoening).

Het onderzoek omvatte 198 patiënten uit vijf huisartspraktijken in Den Haag.

Resultaten

Er werd een zeer aanvaardbare betrouwbaarheid van de BSF gevonden. Tevens bestond er een sterke samenhang tussen de score op de BSF en de BFU ($r = -.35$, $p < 0.001$). Dit betekent dat hoe hoger de BSF-score is des te geringer de kans dat een lichamelijke aandoening verantwoordelijk is voor de klachten en omgekeerd. De sterkst voorspellende signalen bleken 'vage klachten' en 'medische voorgeschiedenis' te zijn. Wanneer de kans op het vinden van een lichamelijke aandoening wordt beschouwd als een functie van de BSF-score, dan zien we, in figuur 1, dat bij de laagste score een kans van 0.45 bestaat dat er zeker een lichamelijke aandoening wordt gevonden. Bij een BSF-score van 20 zakt deze kans tot 0.21 en bij een BSF-score van 30 daalt deze kans van 0.07 naar 0.03. Er werd eveneens een statistisch significante relatie gevonden tussen de SCL-90 score en de BFU. De resultaten bleken ook voor alle vijf de praktijken apart op te gaan.

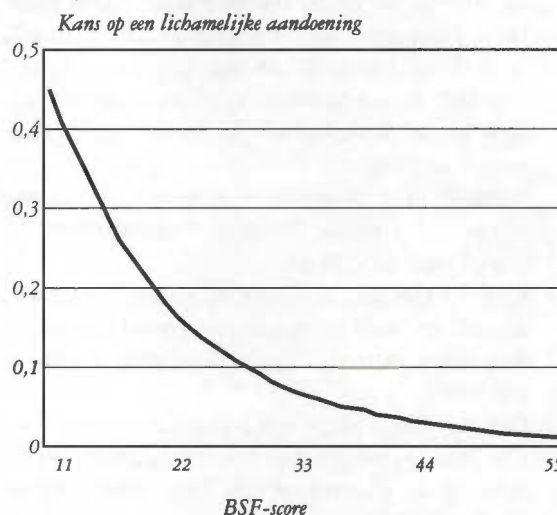
Beschouwing

Het onderzoek was een verkenning van de mogelijkheid de vroegtijdige herkenning van somatisatie te operationaliseren. Dit onderzoek is van praktische betekenis omdat de huisarts in zijn werk vaak met de vraag wordt geconfronteerd of bij de gepresenteerde lichamelijke klachten van de patiënt somatisatie in het spel is of niet. De aanpak die de huisarts dan volgt is van invloed op de soort hulpverlening die aan de patiënt wordt gegeven en op de gezondheidsbeleving door de patiënt.

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat de score op de BSF van invloed is op de kans dat een lichamelijke aandoening wordt gevonden die verantwoordelijk is voor de klachten van de patiënt. Hiermee zijn een aantal risicofactoren voor somatisatie geïdentificeerd, die de huisarts kan gebruiken in de zeeffunctie die hij in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem heeft.

figuur 1

De kans dat bij follow-up een lichamelijke aandoening wordt gevonden als functie van de BSF-score.



Het concept somatische fixatie verdient echter een betere theoretische uitwerking en empirische onderbouwing. Hiertoe is samenwerking met psychologen en psychiaters nodig, omdat deze ook met somatiserende patiënten te maken hebben. Deze onderbouwing kan bijdragen aan een betere operationalisatie van de vroegtijdige herkenning van somatisatie. Daarnaast kan zo'n samenwerking leiden tot een betere benadering van de patiënt die somatiseert. Het onderzoek heeft ook implicaties voor de huisartsgeneeskunde.

Uit de literatuurstudie ten behoeve van dit onderzoek bleek dat somatisatie een belangrijk medisch en sociaal-maatschappelijk probleem is dat om een meer gedragsmatige en psychosociale oriëntatie van artsen vraagt (8). In de opleiding tot huisarts zou daarom mijns inziens meer plaats dienen te worden ingeruimd voor de psychosociale aspecten van klachten en ziekten, omdat patiënten hun psychosociale problemen nu eenmaal vaak in lichamelijke klachten vertalen en als zodanig aan de arts presenteren.

Literatuur:

1. Katon W, Ries RK, Kleinman A. The Prevalence of Somatization in Primary Care. *Compr Psychiatr* 1984; 25: 208-15.
2. Lipowski ZJ. Somatization: the Concept and its Clinical Application. *Am J Psychiatr* 1988; 145: 1358-68.

3. White KL. *The Task of Medicine: Dialogue at Wickenburg*. Menlo Park, California; The Henry J Kaiser Foundation, 1988.
 4. Diekstra RFW, et al. De prijs van adequate zorg. In: Breteler M. *Behavioral Medicine*. Leiden Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde. 27 januari 1989.
 5. Cox MF. *De vroegtijdige herkenning van somatisatie in de huisartspraktijk*. Dissertatie. Leiden, november 1992.
 6. Verhaak PFM. Functionele klachten: de nieuwe kleren van de keizer? *Huisarts Wetensch* 1988; 31 (suppl H&P 12): 25-31.
 7. Grol RPTM, red. *Huisarts en somatische fixatie. Theorie en praktijk van de preventie van somatische fixatie*. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1983.
 8. Cox MF. *Somatisatie: een literatuuronderzoek*. In: Cox MF. *De vroegtijdige herkenning van somatisatie in de huisartspraktijk*. Dissertatie. Leiden, november 1992.
-

Tandbederf bij schoolkinderen

*Verslag van een onderzoek
onder vijf-, acht- en elfjarigen in Den Haag*

Mw. M.J.M.L. van der Zijden

Tandbederf bij schoolkinderen is sinds eind jaren zestig gestaag afgenomen, maar sinds 1984 is er weer een verslechtering te zien, die voornamelijk wordt waargenomen bij migrantenkinderen. Is dat verschil te verklaren uit suikerconsumptie, fluoridegebruik, mondhygiëne of tandartsbezoek? Anders dan zou worden verwacht lijken fluoridegebruik en mondhygiëne doorslaggevender te zijn dan suikerconsumptie. Van groot belang is ook de aandacht die de ouders besteden aan de poetscultuur.

Sinds 1969 vindt periodiek tandheelkundig onderzoek plaats naar de gebitstoestand van de Haagse schooljeugd. De teruggang van tandcariës zoals, deze tot 1984 bij Haagse schoolkinderen was waargenomen, bleek zich in 1989 bij vijfjarige Nederlandse kinderen afkomstig uit het lagere sociale milieu niet te hebben voortgezet (1). Bij deze groep kinderen werd vergeleken met 1984 een verdubbeling van de cariësprevalentie geconstateerd. Bij de Nederlandse kinderen afkomstig uit het hogere sociale milieu deed zich geen verslechtering voor, maar ook geen verbetering meer. De verschillen tussen het hogere en het lagere milieu waren daarmee wat de cariësprevalentie betreft flink toegenomen. Nog slechter bleek in 1989 de cariësprevalentie bij Turkse en Marokkaanse kinderen te zijn. Behalve dit onderzoek zijn er recent nog meer aanwijzingen te vinden voor een slechtere mondgezondheid van migrantenkinderen (2)(3). Cariësprevalentie blijkt dus nauw samen te hangen met etnische afkomst en sociaal-economische status. Het was echter onbekend welke factoren verantwoordelijk zijn voor deze verslechterde gebitsgezondheid bij kleuters.

Gegevens met betrekking tot de figuren.

<i>Ned</i>	=	<i>Nederlandse kinderen</i>
<i>NH</i>	=	<i>Nederlandse kinderen met een hoge SES</i>
<i>NL</i>	=	<i>Nederlandse kinderen met een lage SES</i>
<i>Tur</i>	=	<i>Turkse kinderen</i>
<i>Mar</i>	=	<i>Marokkaanse kinderen</i>
<i>Sur</i>	=	<i>Surinaamse kinderen</i>

Over de auteur

Mw. M.J.M.L. van der Zijden, projectleider onderzoek/ tandheelkundig preventief medewerker, afdeling Jeugd tandzorg, GGD Den Haag

Deze bevindingen hebben geleid tot een uitgebreid onderzoek naar vier mogelijke gedragsfactoren waardoor cariës kan worden veroorzaakt, te weten:

- de suikerconsumptie (frequentie en hoeveelheid);
- het fluoridegebruik (hoeveelheid en op welke leeftijd begonnen);
- de mondhygiëne (frequentie tandenpoetsen en op welke leeftijd begonnen);
- het tandartsbezoek.

De vraagstelling van dit onderzoek is als volgt geformuleerd: 'Is er een samenhang tussen de mondgezondheid en één of meer van de genoemde gedragsfactoren bij kinderen van vijf tot twaalf jaar van Nederlandse, Turkse of Marokkaanse afkomst?' Het onderzoek, mede mogelijk gemaakt door een subsidie van het Praeventiefonds, is uitgevoerd in de periode oktober-november 1991 en bestond uit een enquête en een tandheelkundig onderzoek.

Steekproef

In navolging van de cariës-onderzoeken van Truin en König is de steekproef gestratificeerd op de risico-indicatoren, sociaal milieu, leeftijd en etniciteit (1). Stratificatie naar sociaal milieu heeft evenals in bovengenoemde onderzoeken plaatsgevonden door basisscholen (twaalf in getal) te kiezen in stadswijken die representatief worden geacht voor de strata sociaal milieu 'laag' en 'hoog'. Dit zijn respectievelijk de wijken Transvaal/Schilderswijk en Benoordenhout/Vogelwijk. Hierdoor is de onderzoekspopulatie niet representatief voor de gemeente Den Haag. In de steekproef zijn vijf-, acht- en elfjarige kinderen opgenomen van Nederlandse, Surinaamse, Turkse of Marokkaanse afkomst. Kinderen die nog geen twee jaar in Nederland wonen zijn niet in het onderzoek betrokken.

Methode

De kinderen zijn mondeling geënquêteerd. Met gestructureerde gesloten vragen is geïnformeerd naar de voedingsgewoonten (in het bijzonder het suikergebruik), het fluoridegebruik, de mondhygiëne en het tandartsbezoek. Het fluoridegebruik is onderverdeeld in fluoridetabletjes (vroeger en nu) en fluoride-applicatie (alleen bij acht- en elfja-

rigen). Voor de vragen omtrent de inname van fluoridetabletjes is gebruik gemaakt van de zogenaamde aanwijsmethode. Daarbij laat de enquêteur aan het kind vier verschillende tabletjes zien, te weten een fluoride-, een aspirine-, een vitamine C- en een vitamine A/D-tabletje. Het desbetreffende kind moet dan aanwijzen welk(e) tabletje(s) hij/zij vroeger gebruikt heeft en welk(e) hij/zij op dit moment nog gebruikt. Deze methode is nieuw. Meestal wordt expliciet gevraagd naar het fluoridegebruik (2)(4). Omdat deze vraagmethode onbetrouwbaar is gebleken, is gekozen voor de aanwijsmethode (2).

De mondhygiëne is gemeten aan de hand van drie vragen: over de frequentie van het tandenpoetsen, het gebruik van tandpasta en wie de tanden poetst. Daarnaast is het tandartsbezoek vastgelegd met vragen: over de frequentie en welke tandarts bezocht is (de jeugd tandarts of de huistandarts).

Via de 24-uursnavraagmethode (vanaf het ontbijt tot het moment van naar bed gaan) is de voeding van de vorige dag geïnventariseerd op basis van beweerd voedingsgedrag. Speciale aandacht kregen de hoeveelheid en de frequentie van het suikergebruik. Het onderzoek heeft plaatsgevonden op de dagen dinsdag tot en met vrijdag.

De mondhygiëne en de gebitstoestand zijn onderzocht om te kijken of ook in dit onderzoek verschillen in mondgezondheid bestaan tussen de sociaal-etnische groepen. Met de plakscore volgens de criteria van Green en Vermillion is de mondhygiëne bepaald*.

De gebitstoestand is bepaald door het vaststellen van het 'DMFT-' dan wel het 'dmft-getal'**.

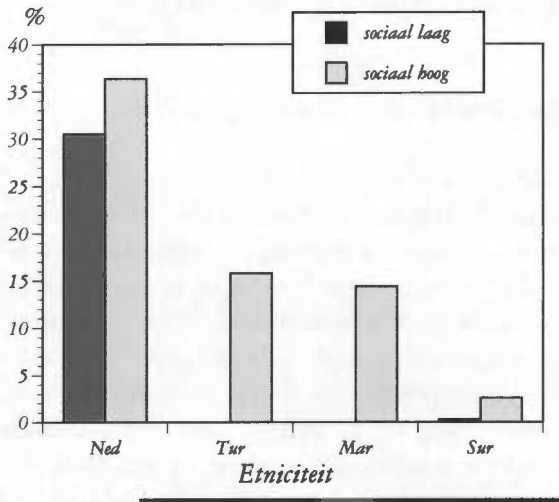
Om de vijf-, acht- en elfjarige Nederlandse, Surinaamse, Turkse en Marokkaanse kinderen op doeltreffende wijze te bereiken heeft het onderzoek plaatsgevonden op de scholen, respectievelijk in de basisgroepen twee, vijf en acht.

* Op zes geselecteerde gebitsvlakken wordt met behulp van een sonde nagegaan welk deel met tandplak bedekt is. De score per vlak loopt van nul (geheel schoon) tot drie (meer dan twee derde deel van het vlak is met plak bedekt).

** Deze variabelen worden geconstrueerd door alle tanden en kiezen (Teeth: 'T' of 't') die ooit door cariës aangetast zijn bij elkaar op te tellen. Het betreft tanden en kiezen die door cariës aangetast zijn, maar nog niet behandeld (Decayed: 'D' of 'd'), wegens cariës getrokken zijn (Missing: 'M' of 'm') of gevuld zijn (Filled: 'F' of 'f'). Bij de vijfjarigen is de toestand van het melkgebit bepaald (dmft), bij de acht- en elfjarigen uitsluitend het blijvend gebit (DMFT).

figuur 1

Procentuele verdeling van de onderzoekspopulatie naar 'sociaal-laag' en 'sociaal-hoog' over de etnische groepen. Haagse basisscholen, oktober-november 1991.



Onderzoekspopulatie

Van de 720 oorspronkelijk geselecteerde kinderen kreeg 6,7% geen toestemming van de ouders deel te nemen aan het onderzoek. 4,3% was absent. In totaal zijn voedings- en gebitsgegevens geanalyseerd van 640 leerlingen (89%): 428 Nederlandse (67%); 101 Turkse (16%), 92 Marokkaanse (14%) en 19 Surinaamse kinderen (3%). De leerlingen zijn gelijkmatig in aantal verdeeld over de drie klassegroepen.

Zoals mocht worden verwacht zijn de etnische groepen niet evenredig vertegenwoordigd in de twee gekozen sociale strata (figuur 1). Turkse en Marokkaanse kinderen zien we niet in het hoge sociale milieu. De meeste van het geringe aantal Surinaamse kinderen vinden we in de categorie sociaal 'laag'. Ze blijken 'tandheekundig' vrijwel overeen te komen met de Nederlandse kinderen uit dit milieu (1)(2). Indien in de tekst gesproken wordt over Nederlandse kinderen uit de categorie

sociaal 'laag', dan zijn hierbij de Surinaamse kinderen betrokken.

Ook de Turkse en Marokkaanse kinderen blijken onderling 'tandheekundig' overeen te komen. Bij de bespeking van de resultaten zijn de Turkse en Marokkaanse kinderen derhalve als één groep aangeduid: 'Mediterraan'.

Tandheelkundig onderzoek

Dmft/DMFT-score

Allereerst bekijken we de dmft/DMFT-scores. Figuur 2 geeft een verdeling van deze score naar sociaal- etnische status (wordt in de tekst voortaan met SES aangeduid) in de verschillende leeftijdsgroepen.

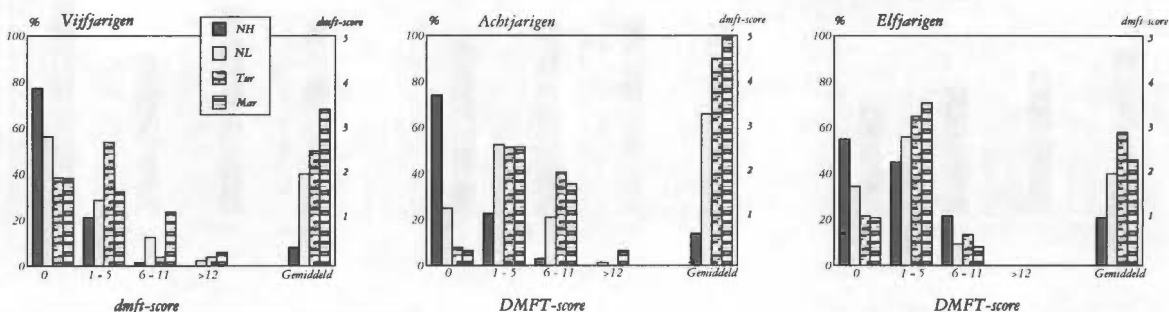
Turkse en Marokkaanse kinderen blijken ten opzichte van hun Nederlandse leeftijdsgenoten een slechte gebitsstoestand te hebben. Dit komt zowel tot uiting in de verschillen in het percentage cariësvrije gebitten als in de gemiddelde dmft/DMFT-score. Zo is de prevalentie van cariës bij de Mediterrane vijf-, acht- en elfjarige kinderen het hoogst: respectievelijk 61%, 92% en 79%. De gemiddelde dmft/DMFT-score is bij de Mediterrane vijf- en achtjarigen zeven maal zo hoog als die van hun Nederlandse leeftijdsgenootjes met een hoge SES. Naarmate de kinderen ouder zijn, wordt dit verschil kleiner: de gemiddelde DMFT-score voor de Mediterrane elfjarigen blijkt nog maar drie maal zo hoog te zijn.

Tandplakscore

Per kind vond plak-registratie plaats bij maxi-

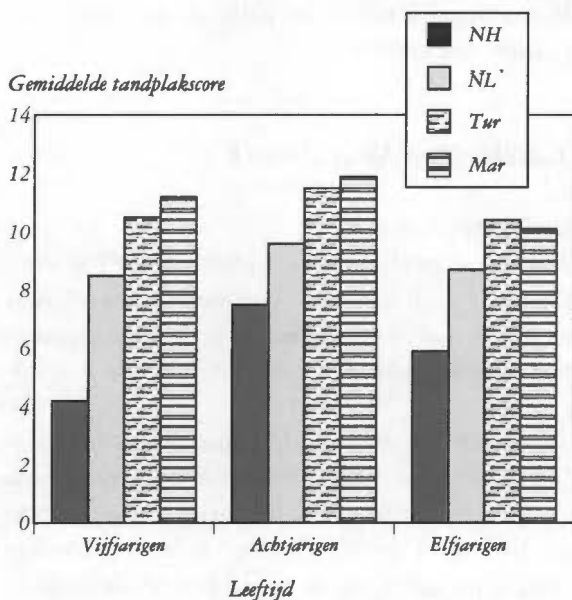
figuur 2

Procentuele verdeling van de dmft/DMFT-score (Y1-as) en de gemiddelde dmft/DMFT-score (Y2-as) per sociaal-etnische status bij de vijf-, acht- en elfjarigen. Haagse basisscholen, oktober-november 1991.



figuur 3

Gemiddelde tandplakscore bij de vijf-, acht- en elfjarigen naar sociaal-etnische status.
Haagse basisscholen, oktober-november 1991.



maal zes elementen. Gemiddeld 94% van de onderzochte groepen heeft op ten minste één van de zes beoordeelde gebitsvlakken plak. In figuur 3 wordt de gemiddelde tandplakscore aangegeven naar SES en leeftijdsgroep. Wat voor cariës geldt, kan ook worden gezegd over tandplak. Bij Mediterrane kinderen is vaker en meer tandplak gevonden dan bij de Nederlandse kinderen. Verder blijken de verschillen in tandplakcores tussen de SES-partities met de leeftijd kleiner te worden.

Duidelijk is dat er aanzienlijke verschillen bestaan in mondgezondheid tussen de SES-groepen. Dit is in overeenstemming met de uitkomsten van eerdergenoemde onderzoeken. Derhalve kunnen we concluderen dat voor het beantwoorden van de

vraagstelling de steekproef goed getrokken is. Wat is nu de verklaring voor deze grote verschillen in mondgezondheid? We bekijken achtereenvolgens de vier genoemde gedragsfactoren, te weten: de suikerconsumptie, het fluoridegebruik, de mondhygiëne en het tandartsbezoek.

Onderzoek naar de gedragsfactoren

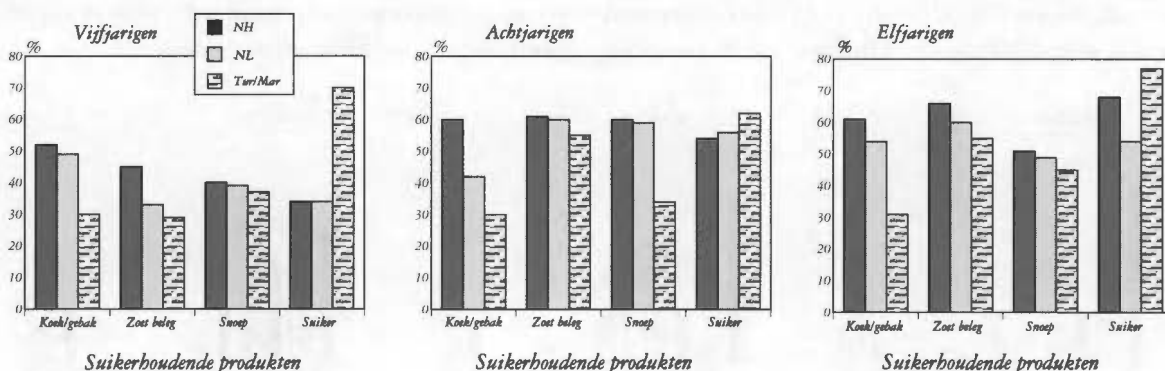
Suikerconsumptie

Voor de gebitsgezondheid is niet alleen de hoeveelheid, maar vooral ook de frequentie van het suikergebruik van belang. Met uitzondering van het gebruik van kristalsuiker is het percentage kinderen dat suikerhoudende producten, zoals koek(jes)/gebak, zoet beleg en snoep (zuurtjes, toffees, drop enz.), gebruikt bij de Nederlandse kinderen aanzienlijk hoger dan bij hun Mediterrane leeftijdsgenootjes (zie figuur 4). Dit geldt ook voor frisdranken, vruchtensappen, fruit, drink-yoghurt en chocolademelk. Zo heeft bijvoorbeeld gemiddeld 70% van de Nederlandse kinderen op de dag voorafgaand aan het onderzoek frisdrank gebruikt. Voor de Mediterrane groepen is dit percentage gemiddeld 57%.

Daarnaast blijkt ook dat Nederlandse kinderen vaker op een dag bovengenoemde suikerhoudende producten gebruiken. Dit geldt hoofdzakelijk voor de acht- en elfjarigen. Nederlandse achtjarigen blijken gemiddeld 6,7 keer per dag cariogene producten te eten of te drinken. Dit aantal ligt voor de Mediterrane achtjarigen op 4,9 keer. Bij de elfjarigen liggen deze cijfers iets hoger, respectievelijk op 7,0 en 5,0 keer.

figuur 4

Gebruik van suikerhoudende producten door de vijf-, acht- en elfjarigen naar sociaal-etnische status.
Haagse basisscholen, oktober-november 1991.





Produkten met 'verborgen' suikers

Ook als men de totale inneming aan mono- en disacchariden bekijkt, blijken Mediterrane acht- en elfjarige kinderen significant minder te hebben binnengekregen dan hun Nederlandse leeftijdsgenootjes. Deze consumptie bedraagt voor de Mediterrane achtjarigen gemiddeld 83 gram, voor de achtjarige Nederlandse kinderen met een lage SES 117 gram en voor de Nederlandse kinderen met een hoge SES 127 gram. Bij de elfjarigen bedragen deze consumptiecijfers respectievelijk gemiddeld 80, 122 en 112 gram. De waarden liggen over het algemeen echter lager dan de aanbevolen hoeveelheden en de cijfers die het gemiddelde Nederlandse kind consumeert (6)(7). Volgens de Voedingsraad kunnen deze cijfers oplopen tot gemiddeld 147 gram bij de meisjes en tot 175 gram bij de jongens per dag (8).

Mediterrane kinderen blijken dus niet meer te snoepen dan Nederlandse kinderen. Maar wat is dan wel de oorzaak van de slechtere gebitsgezondheid?

ren met een hoge SES veel vaker te worden ingenomen dan Nederlandse kinderen met een lage SES en Mediterrane kinderen (zie figuur 5). Verder beginnen eerstgenoemde kinderen op veel jongere leeftijd met het gebruik ervan. Slechts 41% van alle Mediterrane kinderen en 36% van alle Nederlandse kinderen met een lage SES gebruikte vroeger fluoridetabletten, terwijl dit percentage voor de Nederlandse kinderen met een hoge SES 64% bedraagt. Een dergelijk patroon is gevonden voor alle drie de leeftijdsgroepen.

Daarentegen blijken Mediterrane acht- en elfjarige kinderen vaker een fluoride-applicatie bij hun tandarts te krijgen. Slechts 2,4% van deze kinderen krijgt geen fluoride-applicatie. Dit is mogelijk te verklaren doordat kinderen met een slecht gebit eerder een fluoride-applicatie bij de tandarts krijgen dan kinderen met een goed gebit.

Mondhygiëne

Uit de gegevens over het poetsgedrag komt een zorgwekkend beeld naar voren voor de groep Mediterrane kinderen. Vergeleken met de Nederlandse kinderen worden de tanden van deze kinderen veel minder regelmatig gepoetst. Bijna 50% van de Mediterrane kinderen poetst de tanden niet elke dag.

Dit percentage ligt voor de Nederlandse leeftijdsgroepen gemiddeld onder de 5%.

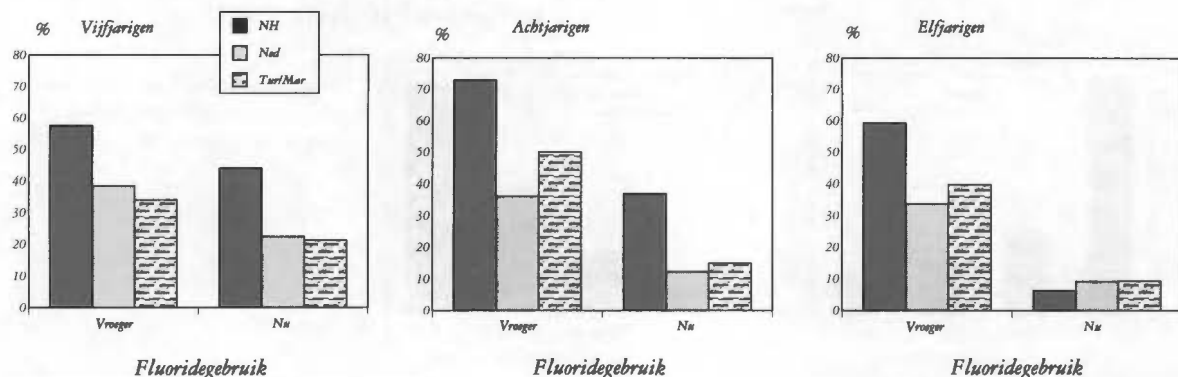
Nederlandse kinderen met een hoge SES poetsen hun tanden het meest frequent. Gemiddeld 83% van hen poetst zijn/haar tanden twee maal per dag of meer. Dit percentage is voor de Nederlandse kinderen met een lage SES 55% en voor de

figuur 5

Fluoridegebruik

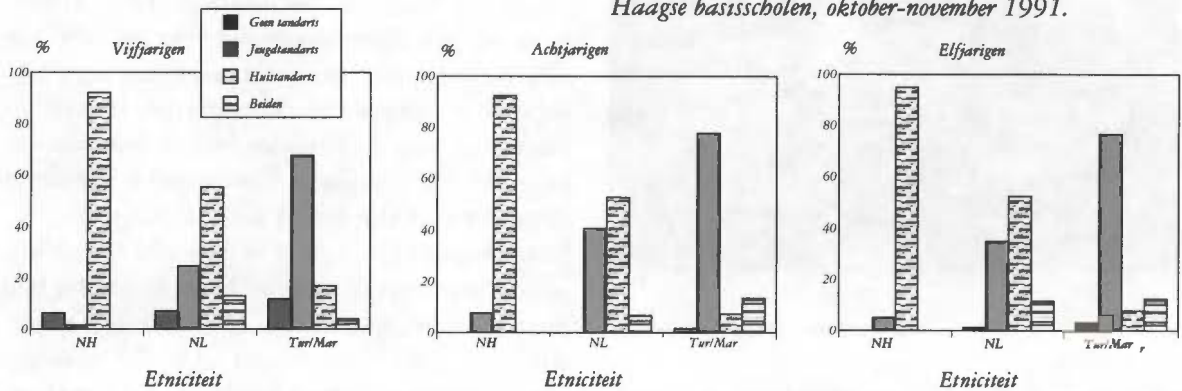
Fluoridetabletjes blijken door Nederlandse kinde-

Gebruik van fluoridetabletjes, vroeger en nu, door de vijf-, acht- en elfjarigen naar sociaal-etnische status. Haagse basisscholen, oktober-november 1991.



figuur 6

Procentuele verdeling van het tandartsbezoek per sociaal-etnische status bij de vijf-, acht- en elfjarigen. Haagse basisscholen, oktober-november 1991.



Mediterrane kinderen 37%. Verder is bij de vijfjarigen gebleken dat de Mediterrane kleuters over het algemeen hun tanden zelf poetsen, terwijl bij de Nederlandse kleuters de tanden voornamelijk door de ouders worden gepeetst.

Tandartsbezoek

De vierde mogelijke gedragsfactor die met mondgezondheid kan samenhangen is het tandartsbezoek. De procentuele verdeling van het tandartsbezoek wordt getoond in figuur 6.

Nagenoeg alle oudere kinderen gaan naar de tandarts. Bij de vijfjarigen Mediterrane kinderen gaat ongeveer 10% nog niet naar de tandarts. Tevens valt op dat kinderen van Mediterrane afkomst meestal de jeugdstandarts bezoeken en dat Nederlandse kinderen met een hoge SES voornamelijk naar de huistandarts gaan.

zondheid enerzijds en het fluoridegebruik en de mondhygiëne anderzijds. Suikergebruik blijkt in tegenstelling tot de verwachting van minder belang te zijn. Kinderen met een goed gebit lijken het frequentere gebruik van suiker te compenseren door vaker fluoride te gebruiken en vaker en op jongere leeftijd te beginnen met poetsen dan kinderen met een slecht gebit. Maar niet alleen het gedrag van het kind is bepalend voor het ontstaan van cariës, ook de hulp van de ouder, bijvoorbeeld bij het poetsen, is van belang.

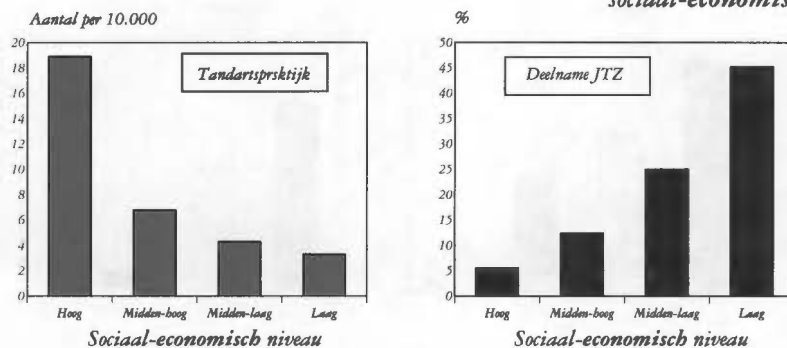
De verschillen in mondgezondheid zien we met de leeftijd afnemen. Mogelijk komt dit doordat oudere kinderen al langer in het tandzorgcircuit zitten, waardoor ze vaker poetsinstructies, fluoride-applicaties en fluoridespoelingen kunnen hebben gehad. De twee zorgsystemen, te weten de huistandarts en de jeugdstandarts, blijken elkaar goed aan te vullen. De huistandarts wordt voornamelijk door Nederlandse kinderen met een hoge

Conclusie

Uit het onderzoek komt naar voren dat er een duidelijke samenhang bestaat tussen de mondge-

figuur 7

Aanwezigheid van tandartspraktijken en percentage deelname jeugd tandzorg in wijken gegroepeerd naar sociaal-economisch niveau. Den Haag 1992.



Bron: Segregatie en bouwbeleid. Ruimtelijke en economische ontwikkeling. Den Haag september 1992: 56.



Snoep

SES bezocht. De jeugd tandarts wordt voornamelijk door Mediterrane kinderen bezocht. Ook uit andere gegevens blijkt dat de deelname aan de jeugd tandzorg in wijken met een lage sociaal-economische status hoger is dan in wijken met een hoge sociaal-economische status (figuur 7).

Bij de resultaten van het onderzoek kunnen wel een aantal kanttekeningen worden geplaatst. Ten eerste moet rekening gehouden worden met het feit dat beweerd (voedings)gedrag is gemeten. Ten tweede is de gebruikte 24-uurs navraagmethode discutabel gebleken. De cijfers van de totale energie-innemings en van de mono- en disacchariden blijken aanzienlijk lager te zijn dan de aanbevolen hoeveelheden en de landelijke consumptie cijfers (6)(7). Ook de frequentie van suikergebruik komt laag voor.

Naar alle waarschijnlijkheid konden de kinderen de producten die tussen de hoofdmaaltijden door gegeten zijn zich slechter herinneren dan de producten tijdens de hoofdmaaltijden. Om deze reden zullen de gegevens omtrent het suikergebruik met enige voorzichtigheid moeten worden beschouwd.

Nieuw beleid GGD

Bij de GGD houden met name de afdeling Jeugd tandzorg (JTZ) en de vakgroep Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) zich bezig met tandheelkundige preventie. Ze hebben onder andere tot taak beleid te ontwikkelen om gezondheidsverschillen te verkleinen. Zoals reeds in het vorige Epidemiologisch Bulletin is geschreven, is het nodig dat het tandheelkundige GVO-beleid (TGVO) wordt herzien (5). De collectieve voorlichtingsactiviteiten bij de genoemde afdelingen zijn namelijk tot nu toe gericht op de gehele bevolking, met voor iedereen dezelfde boodschap.

Dit onderzoek toont echter aan, dat deze benadering bij kinderen uit de sociaal lagere milieus en met name bij de Mediterrane kinderen onvoldoende werkt. De voorlichting over fluoride en mondhygiëne blijkt op dit moment nog onvoldoende te zijn. Bevolkingsgroepen verschillen in poets- en fluoridegedrag, zodat het beter is de TGVO-activiteiten veel meer doelgroepgericht op te zetten. Zo zouden door de GGD bijvoorbeeld programma's voor mondhygiëne en fluoridegebruik kunnen worden ontwikkeld, die specifiek zijn gericht op de Mediterrane kinderen. Hierbij zullen ook de ouders van deze kinderen moeten worden betrokken.

Het feit dat suikergebruik van minder belang is bij de verschillen in mondgezondheid tussen de sociaal-etnische groepen, wil nog niet zeggen dat de GGD geen voorlichting meer hoeft te geven over voeding of suikergebruik. Cariës kan immers alleen ontstaan door het eten van suiker. Wie nooit suiker eet, krijgt geen gaatjes. In dit onderzoek is gevraagd wat kinderen als 'snoep' beschouwen. Bijna alle kinderen blijken te weten dat er suiker in zuurtjes, koekjes en toffees zit. De meeste kinderen weten echter niet dat in bijvoorbeeld vruchtensappen, frisdranken, drinkyoghurts of chocolademelk ook suiker aanwezig is, de zogenaamde 'verborgen' suikers. Deze laatstgenoemde producten worden door veel kinderen daarom ook niet als 'snoep' beschouwd. Met dit feit zal daarom in het vervolg in de TGVO-activiteiten ook rekening moeten worden gehouden.

Maar niet alleen de afdeling JTZ en de vakgroep GVO van de GGD zullen in bovengenoemde aspecten meer energie moeten steken. Ook andere instellingen, zoals consultatiebureaus en de basisscholen zelf, zullen er aandacht aan moeten besteden.

Nieuw beleid

- extra aandacht voor poetsgedrag en fluoridegebruik bij Mediterrane kinderen (hierbij rol ouders betrekken)
- voorlichting over suikerbevattende voedingsmiddelen (vooral de zogenaamde 'verborgen' suikers)

Literatuur:

1. Truin GJ, König KG. Neemt cariës onder vijf- en zevenjarigen in Den Haag weer toe? *Epidemiol Bul Grav* 1991; 26 nr. 1: 19-23.
2. Verrips GH, Filedt Kok-Weimar TL, Frencken JE, Klasbeek H. Mondgezondheid van Amsterdammertjes. Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg-TNO Leiden, 1990.
3. Kalsbeek H. Tandcariës bij kinderen van migranten uit Turkije en Marokko. *Voeding* 1988; 49 nr. 3: 54-8.
4. Bergink AH, Reuser JAM. Cariës bij Nederlandse, Hindoestaanse, Marokkaanse en Turkse kleuters: verslag van een onderzoek in een Haags schoolartsrayon 1984-1989. *Epidemiol Bul Grav* 1990, 25 nr. 1: 20-5.
5. Westerhof H. Toename van cariës bij de jeugd. *Epidemiol Bul Grav* 1992; 27 nr. 1: 9-11.
6. Voedingsraad. Voedingsbericht 1990: 94.
7. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en het ministerie van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij. Wat eet Nederland: resultaten van de voedselconsumptiepeiling 1987/1988, 1988.

Twijfels over het gebruik van de eerste hulp van het Westeinde ziekenhuis

H.G.J. Nijhuis

Publikaties in dit Bulletin hebben in het jongste verleden geregeld de eerste-hulpfunctie van de ziekenhuizen aangehaald, waar veel patiënten op 'Godless hours' eerder hulp zouden zoeken dan bij hun eigen huisarts. Ook in Van der Maesens verhandeling over het project 'Centrum' speelde dit medisch shoppen een rol.

H.G.J. Nijhuis, epidemioloog en hoofd van de afdeling Gezondheidsbevordering van de Haagse GGD maakte een inventarisatie. Van één op de vier hulpvragen is niet duidelijk of ze in het ziekenhuis thuishoren. Maar eensgezindheid onder huisartsen is er niet, als ze zich al bewust zijn van deze realiteit. De gezondheidsconsument zou beter dienen te worden opgevoed, dat wel. Maar een overlegstructuur ontbreekt. Uit de beschouwing valt af te leiden dat het project 'Centrum' op verscheidene vragen een antwoord zou kunnen geven. R.B.M.R. Bakker, directeur van het Westeinde ziekenhuis neemt alvast het voortouw in deze uitgave van het bulletin.

Inleiding

In dit artikel wordt een aantal indrukken gepresenteerd over het gebruik van de eerste hulp van het Westeinde ziekenhuis (EH-WE).

Over de bereikbaarheid van de Haagse gezondheidszorg voor spoedeisende hulp tijdens en buiten kantooruren is in het verleden reeds veel te doen geweest. Discussies en onderzoeken hebben tot nogal uiteenlopende conclusies geleid (1)(2)(3)(4)(5). Onlangs is als laatste analyse hierover het proefschrift verschenen van Engelenburg, rustend huisarts te Den Haag (6). Als stedelijk thema van gezondheidszorg heeft het op dit moment geen prioriteit, noch is het een actueel onderwerp van discussie. Wel kwam het onderwerp opnieuw naar voren in besprekingen over het functioneren van het zorgsysteem in de centrumwijken van Den Haag. In de stedelijke projectgroep, die zich heeft voorgenomen de gezondheidszorg en de maat-

Over de auteur

H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog, hoofd van de afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Den Haag

schappelijke dienstverlening in dit stadsdeel te verbeteren, kwam de eerste hulp vanuit diverse betrokkenen als 'knelpunt' naar voren. Niet in de laatste plaats werd het als thema aan de orde gesteld door het Westeinde ziekenhuis, dat melding maakte van een omvangrijke, geleidelijk groeiende 'poortfunctie' van haar eerste-hulpafdeling.

Op verzoek van de voornoemde projectgroep heeft de GGD een onderzoek verricht om over het (toenemende) gebruik van deze voorziening meer helderheid te verschaffen. Het Westeinde ziekenhuis heeft hieraan alle medewerking verleend, onder meer door de benodigde gegevens ter beschikking te stellen. De verkregen indrukken zullen voor een deel de reeds aanwezige onderzoeksbevindingen overlappen. We zullen bij onze interpretatie ervan het functioneren van het zorgsysteem in zijn totaliteit aan de orde stellen. Voor een juist begrip van het waargenomen is enig zicht op bestaande patronen in de spoedeisende medische zorg in Den Haag onontbeerlijk.

Bestaande patronen

Overdag (van 7.00-19.00 uur) zijn huisartsen direct dan wel via de dokterstelefoon bereikbaar voor spoedeisende medische hulp. Buiten kantooruren (van 19.00-7.00 uur) kan de hulpvrager zich direct wenden tot de huisarts en, als deze niet bereikbaar is, tot de doktersnachtsdienst. Er zijn naast deze dienst ook nog groepen huisartsen die een eigen avond- en nachtdienst hebben georganiseerd. Het ziekenhuis functioneert offi-

cieel als tweedelijns-voorziening. Een folder van de Haagse ziektekostenverzekeraars en ziekenhuizen stelt onder andere dat 'de eerste hulp bedoeld is voor:

- patiënten met een ernstig letsel of vergiftiging, waarbij directe behandeling in een ziekenhuis nodig is;
- patiënten die door hun huisarts of diens vervanger worden doorverwezen voor een spoedeisende behandeling'.

De folder adviseert verder: 'Ga eerst naar uw huisarts of diens waarnemer. Deze kan beslissen of een verwijzing naar een ziekenhuis nodig is. Dit geldt ook voor: lang bestaand letsel; aandoeningen waarvoor u al onder behandeling van uw huisarts bent; plotseling optredende ziekte; psychische problemen en andere gezondheidsproblemen.'

In Den Haag lijkt echter een (onuitgesproken) afspraak te bestaan, dat men voor wondbehandelingen (hechten) niet naar de huisarts gaat. Iemand met een wond gaat als regel meteen naar de eerste hulp van een ziekenhuis. De norm is als het ware geworden dat men daarvoor niet de eerstelijns consulteert. Voor de traumatologische hulpvraag heeft dit geleid tot routines met verregaande consequenties. De patiënt stapt met nagevoel alle trauma's, ook de stompe, regelrecht naar het ziekenhuis. De EH-WE wijst om allerlei redenen, waarover later meer, traumatologische patiënten nimmer de deur. De zogenaamde spontane aanloop op de eerste hulp is aldus ruim baan gegeven.

Voor een goed begrip van de onderzoeksresultaten is het ook van belang om een beeld te hebben van alle hulpvragen en be-

handelingen op de EH-WE. Immers het overgrote deel van de werkzaamheden staat ver van de categorie vragen die hier aan de orde is.

Er worden traumatologische en niet-traumatologische hulpvragen behandeld. De eerste zijn letsels veroorzaakt door extern geweld of fysische/chemische prikkels (bijv. verbranding). Niet-traumatologische aandoeningen of behandelingen zijn onder andere:

- borst- en buikklachten (bijvoorbeeld angineuze pijn, acute buik);
- neurologische problemen (bijvoorbeeld onwel, coma);
- psychologische problemen (bijvoorbeeld tentamen suicide, alcoholisme);
- gynaecologische/obstetrische problemen (bijvoorbeeld bloeding, abortus);
- infecties (bijvoorbeeld wond- of nagelrieminfecties);
- behandelingen (bijvoorbeeld catheterisaties, puncties, incisies, injecties);
- diagnostische procedures (bijvoorbeeld ECG, specialistisch onderzoek).

Niet alle hulpvragen op de eerste hulp zijn goed beschouwd spoedeisend. Vele behandelingen vinden plaats op afspraak rechtstreeks met patiënten, via specialisten of onder verwijzing van specialist of huisarts. En er vinden ook heel wat spoedeisende, niet-traumatologische behandelingen plaats, al dan niet onder verwijzing.

Al met al bestaat er een grote variëteit aan behandelingen op de EH-WE. Het gros van de eerste-hulpwerkzaamheden staat niet in het teken van de 'toegenomen poortfunctie' en is derhalve niet twijfelachtig.

Twijfelachtige hulpvragen

Om over de aard van de toegenomen 'poortfunctie' van de EH-WE enige helderheid te verschaffen introduceren we het begrip 'twijfelachtige hulpvraag'. Het is niet bedoeld in de betekenis van 'oneigenlijk' omdat dat suggereert dat er eenduidige afspraken bestaan over wat wel en niet thuishoort op de eerste hulp. Dat is in Den Haag niet het geval. De eerdergenoemde folder geeft weliswaar criteria aan voor oneigenlijkheid, maar het gegroeide, normaal geworden patroon is dat men voor hechtungen terecht kan in het ziekenhuis. Voor gebruikers is een op de eerste hulp gepresenteerde hulpvraag als het ware qualitate qua 'eigenlijk'. Zij menen het recht te hebben en zolang ze niet tot de orde worden geroepen wordt het 'eigenlijke' van hun gedrag bevestigd.

Het 'twijfelachtige' van een hulpvraag verwijst in onze definitie naar de onduidelijkheid over het eigenlijke, dan wel oneigenlijke karakter. Een definitief oordeel over het 'oneigenlijke' is, omdat de normen en criteria niet hel-

der geëxpliciteerd zijn, derhalve niet te geven.

Voor de beoordeling van het 'twijfelachtige' van de hulpvraag werden niet alleen aanlopers, maar alle behandelingen op de eerste hulp betrokken. Een externe deskundige (een GGD-arts) beoordeelde het geschrevene op de eerste-hulpkaarten. Het aanbod bestreek het gehele palet van hulpvragen en liet een rubricering naar diverse groepen hulpvragers toe. Echter de toekenning van 'twijfelachtig' was afhankelijk van wat over de aard en de ernst van de aandoening was opgetekend inclusief de genoteerde conclusies over de noodzaak van het bezoek aan de eerste hulp. De uitkomsten zijn dus gebaseerd op een 'papieren' beoordeling en derhalve niet op een directe medische diagnostisering door medewerkers op de eerste hulp of een externe deskundige. Het levert waarschijnlijk een onderschatting op van de categorie 'twijfelachtig'.

De volgende criteria zijn gehanteerd.

Traumatologische vragen
'Niet twijfelachtig':

- een 'serieus' en 'vers' (minder dan twaalf uur oud) trauma;
 - alle verwezen trauma's of controles 'op afspraak';
 - ieder trauma van iemand buiten de regio Haaglanden.
- 'Twijfelachtig':
- een 'minimaal' of 'oud' (meer dan twaalf uur oud) trauma dat niet verwezen werd.

Overige aandoeningen/ behandelingen

'Niet twijfelachtig':

- verwijzingen van huisartsen (bijvoorbeeld acute buik, infecties, angineuse klachten);
- verwijzingen van specialisten (bijvoorbeeld catheterisaties, incisies);
- afspraken met patiënten (bijvoorbeeld toxoid-vaccinaties, pregnyl-injecties, gipscomplicaties);
- aanloop van buiten de regio Haaglanden (geen huisarts bereikbaar);
- alarmerende, spoedeisende toestanden (bijvoorbeeld bloedingen, benauwdheid, comateuze toestand, tentamen suïcide);
- door ambulance gebrachte patiënten;
- 'sociale' casuïstiek (bijvoorbeeld addictiegedrag, eenzaamheid).

'Twijfelachtig':

- niet alarmerende, niet spoedeisende, niet verwezen gevallen (inclusief serieuze toestanden als handontstekingen, buik- of borstpijnen).

Cijfermatige indrukken

Er volgen enkele cijfermatige indrukken over omvang en aard van de hulpvraag op de EH-WE. Ze zijn afkomstig uit verschillende bronnen. Het onder-

Aantal hulpvragen per jaar eerste hulp Westeinde ziekenhuis. Den Haag, 1982 en 1990-1992.

Jaar	Aantal
1982	27.182
1990	29.109
1991	30.304
1992	30.000 (geëxtrapoleerd)

Gemiddeld aantal per maand over 1990-1992: 2.484

Gemiddeld aantal per week over 1990-1992: 573

Bron: Westeinde ziekenhuis

tabel 1

Twijfels eerste hulp Westeinde

zoek verricht door de GGD in december 1992 vormt de bron voor de informatie over het 'twijfelachtige' gebruik.

Tabel 1 laat de ruwe aantallen hulpvragen zien en de daaruit berekende maand- en weekgemiddelden over 1990-1992. Per jaar vinden nu zo'n 30.000 behandelingen op de eerste hulp plaats, per maand is dat iets minder dan 2.500 en per week zo'n 570.

Tabel 2 toont ons de maandaantallen verdeeld naar medische diagnose voor de maanden mei 1991 en mei 1992. Evenals de overige voorjaars- en zomermaanden zijn de meimaanden topmaanden. De verdeling naar

Aantal hulpvragen per dag eerste hulp Westeinde ziekenhuis. Den Haag, 20-26 mei 1992.

20 mei (woensdag)	93
21 mei (donderdag)	119
22 mei (vrijdag)	92
23 mei (zaterdag)	114
24 mei (zondag)	116
25 mei (maandag)	93
26 mei (dinsdag)	93
Totaal	720

diagnose geeft een beeld over de aard van de totale hulpvraag. Voor ons doel, de beoordeling van 'twijfelachtig' gebruik, biedt

het niet direct aanknopingspunten.

De navolgende cijfers zijn afkomstig uit het onderzoek van de GGD. Alle hulpvragen en behandelingen in de week van 20-26 mei 1992 werden beoordeeld (N=720). Deze week was in geen enkel opzicht uitzonderlijk te noemen (geen vakantie, evenementen, feestdagen enz.).

Tabel 3 laat een tamelijk gelijkmatig patroon van rond de honderd behandelingen per dag zien. In tabel 4 staan de resultaten weergegeven van de beoordeling naar 'twijfelachtig' gebruik. De cijfers betreffen alle hulpvragen, dus niet alleen de 'spontane aanloop'. Er is onderscheid gemaakt naar autochtone en allochtone hulpvragen op basis van de namen van de patiënten. Ook is onderscheid gemaakt tussen 'trauma's' en 'overige aandoeningen'.

Van de hulpvragen voor overige aandoeningen blijkt volgens de gegeven beoordelingssystematiek 35% 'twijfelachtig', van de trauma's 20%. In totaal zouden in de onderzoekswEEK 190 van de 720 hulpvragen (26%) 'twijfelachtig' zijn geweest.

Opmerkelijk is dat, in absolute

tabel 2

Aantal hulpvragen per maand eerste hulp Westeinde ziekenhuis naar medische diagnose. Den Haag, mei 1991 en 1992.

Diagnose	1991	1992
Contusie/luxatie	580	570
Fracturen	175	213
Poly traumatisees	5	2
Steek- en schotwond	8	20
Andere verwondingen	474	653
Brandwonden	37	64
Schedeltrauma's	39	50
Oogklachten	11	4
Hyperventilatie	19	22
Psychiatrie	15	14
Tentamen suïcide	36	25
Drugs overdosis	7	2
Alcohol	19	26
Cardiale klachten	174	170
Acute buik	144	105
Urologie	53	46
Onwel	66	53
Diversen	810	1.068
Totaal	2.672	3.107

Bron: Westeinde ziekenhuis

tabel 4

'Twijfelachtige' en 'niet twijfelachtige' hulpvragen eerste hulp Westeinde ziekenhuis, verdeeld naar aard hulpvraag en allochtone en autochtone status. Den Haag 20-26 mei 1992.

	'Twijfelachtig'	'Niet twijfelachtig'	Totaal
Trauma			
Autochtoon	42	176	218
Allochtoon	44	118	162
Buiten regio		42	42
Subtotaal	86 (20%)	336 (80%)	422 (100%)
Overige aandoeningen			
Autochtoon	57		
Allochtoon	47		
Subtotaal	104 (35%)	194 (65%)	298 (100%)
Totaal	190 (26%)	530 (74%)	720 (100%)

aantallen gemeten, het aandeel in 'twijfelachtige' hulpvragen voor autochtone en allochtone mensen ongeveer gelijk is. Of allochtonen in relatieve zin, dat wil zeggen gerekend naar hun aandeel in de doelbevolking van het Westeinde ziekenhuis, meer of minder gebruik maken van de eerste hulp valt op basis van deze aantallen niet te zeggen. Maar bekeken naar 'workload' voor het ziekenhuis leveren ze geen opmerkelijk groter aandeel. Dit is zeker niet in overeenstemming met de indruk van velen dat juist de allochtonen de eerste-hulppolieklinieken overspoelen met daar niet thuis-horende hulpvragen.

Tabel 5 laat het verloop zien van aantallen 'twijfelachtige' vragen over achtereenvolgende etmaalperiodes. Voor de zaterdag en zondag werden alleen de totalen doorgegeven.

De perioden van 17.00-20.00 uur geven een naar verhouding grote 'twijfelachtige' hulpvraag te zien in deze drie uurtjes tussen de werkbeëindiging en het begin van de avond (waargenomen 32, verwacht 17). Hiermee zijn de stellige indrukken van medewerkers bevestigd dat deze periode ('man/vrouw thuisgekomen van werk en dan snel naar een dokter') een piek te zien geeft. In hoeverre de bereikbaarheid van de huisarts in deze periode een rol speelt is niet duidelijk.

Ook in deze tijdspanne is geen sprake van een opmerkelijke hulpvraag door allochtonen. Dit 'twijfelachtige' gedragspatroon wordt evenzeer aangetroffen bij mensen die al sinds jaar en dag met ons inheemse zorgsysteem omgaan. Het verwijst niet zozeer naar transculturele knelpunten, maar naar een algehele

tabel 5

'Twijfelachtige' hulpvragen eerste hulp Westeinde ziekenhuis verdeeld naar etmaalperiode, naar aard hulpvraag en allochtoon/autochtone status. Den Haag 20-26 mei 1992.

	7-17 u.	17-20 u.	20-7 u.	Za/zo etmaal	Week-totaal
Trauma					
Autochtoon	10	10	12	10	42
Allochtoon	10	8	15	11	44
Subtotaal	20	18	27	21	86
Overige aandoeningen					
Autochtoon	14	4	18	21	57
Allochtoon	12	10	13	12	47
Subtotaal	26	14	31	33	104
Totaal	46	32	58	54	190

normverschuiving, die als uitkomst een 'twijfelachtig' gebruik van de eerste hulp heeft.

Knelpunt of vraagstuk

Volgens onze benaderingswijze (onafhankelijke beoordeling aan de hand van eerste-hulpkaarten) is 20% van de trauma's en 35% van de overige aandoeningen 'twijfelachtig'. Via extrapolatie komen we hiermee uit op een jaaraantal van iets minder dan tienduizend gevallen.

Voor de geleverde consulten worden bij de ziektekostenverzekeraars onkosten gedeclareerd op basis van specialistische tarieven, verrichte onderzoeken, gebruikte materialen en gebruik van ziekenhuisfaciliteiten. De gegevens om een berekening of zelfs een schatting te maken van de hierbij gemaakte kosten zijn niet beschikbaar. Deze eerste-hulpuitgaven zijn echter ook niet voor honderd procent verspild. Een deel had echter volledig kunnen worden bespaard door meer zelfhulp van goed geïnformeerde hulpvragers. Een ander deel had kunnen worden voorkomen door de hulpvraag op een ander moment op een ander adres, dat wil zeggen aan de huisarts, aan te bieden. Dit zou een verzwarende van de werklust van de huisarts in de centrumwijken betekenen, hetgeen weer problemen zou opleveren, gezien de reeds bestaande hoge werkdruk. Bovendien zou het gevolgen kunnen hebben voor de tariefstelling voor huisartsen. In de huidige tariefstelling zijn namelijk de in de grote stad gegroeide patronen geaccepteerd. Hoeveel gulden er omgaan in het 'twijfelachtige' gebruik van de EH-WE is niet gemakkelijk na te gaan.

De kostenvergoeding en de consultonoraria zijn gedifferentieerd naar aard van behandeling en specialisme.

Het feit dat het 'twijfelachtige' gebruik zowel voor autochtone als allochtone cliënten geldt wijst op algemene verschuivingen in norm- en gedragspatronen ten aanzien van de zorg voor de gezondheid. Normatief gedrag wordt niet veroorzaakt door één sociale factor die mensen causaal beïnvloedt. Het is veel ingewikkelder. Er bestaat met betrekking tot gezondheidsgedrag een complexe, niet in causale factoren ontleedbare omgeving, die inwerkt op gedrag van mensen. Maar deze wordt op haar beurt evenzeer beïnvloed door dit gedrag zelf. De beïnvloeding is wederkerig en leidt steeds tot nieuwe patronen.

Het gebruik van de eerste hulp vormt hiervan een goed voorbeeld. Het zou onjuist zijn één van de omstandigheden of gedragsaspecten als oorzakelijk schuldige aan te wijzen; vele condities spelen waarschijnlijk een rol in de etiologie.

Het vertrouwen in de medisch-technische voorzieningen, zo ampel beschikbaar in een ziekenhuis, is groot. Men is uit op een snelle efficiënte en technische behandeling. De anonimiteit van een ziekenhuis zal veel mensen meer aanspreken dan de vertrouwelijkheid of intensievere relatie met een huisarts. De opvatting bij velen is dat men tijdens het werk niet naar de dokter kan, dus wacht men tot na vijf uur en dan is de eerste hulp blijkbaar voor velen het gemakkelijkst.

Voor hechtwonden gaat men

gewoonlijk niet meer naar de huisarts. Dit speelt waarschijnlijk een belangrijke rol in de stroom traumatologie-hulpvragers naar de eerste hulp.

In termen van 'bereikbaarheid' van de eerste lijn spelen allerlei kwesties een rol. Hoe zichtbaar is de huisarts nog in onze tijd? Is niet op allerlei gebied (inclusief de gezondheidszorg) de imagebuilding een rol gaan spelen voor klantenbinding? Werken de huisartsen wel voldoende aan hun public relations om in het zicht van klanten te blijven? Hoe bereikbaar is de huisarts werkelijk voor mensen die ongeduldig of angstig zijn?

Evenals de 'twijfelachtigheid' van gebruik is bereikbaarheid moeilijk te definiëren en op afstand vast te leggen. Ook de toon van een telefonisch gesprek heeft met bereikbaarheid te maken.

En wat is het belang voor de huisarts om de spoedeisende hulp in de centrumwijken in de eerste lijn te houden of terug te halen? Een beloning staat er in het huidige financieringsstelsel niet tegenover. Wel meer werk.

Het Westeinde ziekenhuis ziet zich gesteld voor een sterk groeiende poortfunctie. Zij staat voor de verwerking van een stroom hulpvragers, die zich niet altijd uitgesproken meegaand gedraagt. Er wordt bijna geen drempel meer opgeworpen voor hulpvragers op de eerste-hulpafdeling. Er zijn zeer slechte ervaringen met agressieve, afgewezen hulpvragers opgedaan. De gaatjes in de glaswand van de receptioniste zijn dicht gemaakt in verband met spugende klanten. Wegsturen terwijl er toch wat aan de hand is wordt de eerste-hulpmedewerkers naderhand aangewreven door de zieken-

huisleiding, dat daarover de klachten in ontvangst moet nemen.

Een goede eerste hulp betekent echter voor het ziekenhuis ook een visitekaartje voor andere specialistische aanbiedingen. Voor de specialisten, die op de eerste hulp de behandelingen verrichten volgens het 'fee for service'-principe, bestaat waarschijnlijk weinig prikkel om de eerste-hulpdrempel te verhogen. Voor het ziekenhuis per saldo een verliespost, heeft de portaal-functie van deze afdeling zodoende ook zeker zijn positieve kanten.

Wegsturen van het ziekenhuis wordt bovendien ervaren als een solitaire daad. 'Shopper' bij een ander ziekenhuis levert vaak wel resultaat op. Met slechts enkele huisartsen in het stadsdeel Centrum heeft het Westeinde ziekenhuis een geregelde communicatie over 'oneigenlijk' gebruik. De mensen trekken zich van folders en mondelinge instructies weinig aan. Wegsturen is met andere woorden, dweilen met de kraan open.

Het Westeinde ziekenhuis vervult een poortfunctie. Ruim een kwart van de hulpvragen die hier worden gepresenteerd zijn 'twijfelachtig', in die zin dat niet duidelijk is of ze er thuis horen.

De huisartsen verschillen onderling sterk qua opvatting en conclusie. Sommigen zien het gebruik van de eerste hulp niet als probleem en lijken vrede te hebben met de gegroeide patronen. Velen hebben weinig zicht op wat zich precies afspeelt. De Huisartsgroep Haags Centrum heeft bijvoorbeeld de behoefte geuit om beter zicht te hebben op de complexe situatie in de centrumwijken.

Veel gehoord is de opvatting dat de zorggebruikers beter dienen te worden opgevoed. Minder vaak wordt de roep gehoord om aan de zijde van het zorgsysteem zelf te komen tot wezenlijke aanpassingen, die tegemoet komen aan de eisen van onze tijd.

Voor goede afspraken tussen aanbieders (ziekenhuis- en huisartsen) en verzekeraars ontbreekt voor het stadsdeel Centrum een overlegstructuur. Voor permanente educatie van gebruikers ontbreekt een 'facilitair bedrijf', een steunpunt in het Centrum, dat op adequate wijze de gezondheidsvoorlichting op dit gebied kan verzorgen. Voor een regelmatige feed back tussen ziekenhuis en huisartsen, een bewakingssysteem, ontbreekt een infrastructuur op schaal-grootte van het stadsdeel Centrum, dat het belangrijkste doelgebied voor de EH-WE is.

Engelenburg heeft in zijn proefschrift de suggestie geopperd om tussen clusters van huisartsen en een ziekenhuis voor de spoedeisende hulp een samenwerking op te bouwen (6). In zijn visie zou een eerste-hulp-post op een ziekenhuis 24 uur per dag adequaat moeten worden bemand met huisartsen.

In de Projectgroep Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening Centrum is de eerste hulp voor de mensen in dit stadsdeel als knelpunt naar voren gekomen. De vraag is of gezien de complexe verstrengeling van diverse aanbieders, gebruikers en financierende instellingen op dit terrein gesproken kan worden van een met enkele handgrepen op te lossen knelpunt of van een wezenlijk vraagstuk.

Wel een wezenlijke vraag is of wat in dit artikel als 'twijfelach-

tig' ter sprake is gebracht wel een vraagstuk is. Staat de Haagse gezondheidszorg slechts voor het achteraf regelen van financiën van en afspraken over gegroeide patronen? Of stelt zij zich op het standpunt dat het reilen en zeilen in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening dient te worden gestuurd vanuit een gemeenschappelijke, geëxpliciteerde visie?

Literatuur:

1. Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor Zuid-Holland en van de GG en GD van 's-Gravenhage. Den Haag, mei 1982.
2. Sixma H. EHBO in Zoetermeer: een onderzoek naar de EHBO-voorziening in Zoetermeer rond de opening van het Lange Land ziekenhuis. Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht, januari 1990.
3. Discussienota spoedeisende medische hulp. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Zoetermeer 1990.
4. Putten PH. Waar gaat de eerste hulp naar toe? Epidemiol Bul Grav 1991; 26 nr. 3: 15-8.
5. Smeets HM. Acut knieletsel: naar de huisarts of naar de eerste hulp? Huisarts en Wetensch 1992; 35 nr. 12: 454-7.
6. Engelenburg JL. Medische hulpverlening buiten kantooruren in Groot Den Haag. Lelystad: Meditekst, 1992 (proefschrift, Rijksuniversiteit Leiden).

De eerste hulp van het Westeinde ziekenhuis in de binnenstad van maatschappelijke betekenis

R.B.M.R. Bakker

Door de GGD wordt in het vorige artikel gerapporteerd over een onderzoek dat is uitgevoerd op de eerste hulp van het Westeinde ziekenhuis (EH-WE). De kwalitatieve analyse die daarin wordt weergegeven is naar onze mening op een aantal punten te beperkt; daarom wordt hier ingegaan op de visie die daarover binnen het Westeinde ziekenhuis 'zelf' leeft.

Nederland kent slechts enkele grootstedse binnenstadsziekenhuizen. Mede in relatie met de traumatologische functie leidt deze locatie tot een eerste hulp van grote omvang en zware pathologie. Het Westeinde ziekenhuis in Den Haag is één van deze ziekenhuizen.

Bij de vraag in de Projectgroep Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening Centrum naar specifieke aandachtspunten vanuit ons ziekenhuis hebben we de eerste-hulpfunctie dan ook naar voren gebracht. Onze constatering daaromtrent

is daarbij drieledig geweest namelijk:

- de inspanning van het Westeinde ziekenhuis is zowel in specialisatie als in capaciteit (voornamelijk menskracht) veel groter dan van andere ziekenhuizen in de regio. (De eerste hulp is 24 uur per dag en 365 dagen per jaar volledig bemand.) Dit heeft ertoe geleid dat het Westeinde ziekenhuis deze functie als speerpunt in het ziekenhuisbeleidsplan heeft aangeduid;
- de maatschappelijke vraag naar directe toegang tot de eerste hulp is in de binnenstad groter dan in andere wijken van de stad. De patiënt ¹⁾ formuleert zelf een spoedeisende hulpvraag en kan zich daarmee tot zijn huisarts wenden. Hij doet dit in een aantal gevallen niet en komt direct naar het ziekenhuis;
- de opvang van een spoedeisende hulpvraag voor de bin-

¹⁾ Daar waar in dit artikel de patiënt als mannelijk wordt aangeduid, wordt zowel de mannelijke als de vrouwelijke patiënt bedoeld.

Over de auteur

R.B.M.R. Bakker, arts, directeur Westeinde ziekenhuis in Den Haag

nenstad op één locatie, namelijk op de EH-WE, is maatschappelijk gezien, zeer efficiënt.

Huidige gang van zaken

De eerste hulp van een ziekenhuis is volgens de regels van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem een tweedelijnsfunctie. Verwijzing vindt plaats na een bezoek aan de huisarts, die overleg heeft gevoerd met de arts die de patiënt in het ziekenhuis opvangt. Enige uitzondering zijn de ongevallen die per ambulance worden aangevoerd. Hierover wordt door de Centrale Post Ambulancevervoer met het ziekenhuis contact gezocht. In de binnenstad is de situatie iets anders. Omdat de huisartsen een aantal spoedeisende behandelingen niet uitvoeren en de patiënt in een aantal gevallen zelf de afstand tot het ziekenhuis zo gering vindt dat hij ervoor kiest zich direct bij het ziekenhuis te melden, ontstaat een aanzienlijke hulpvraag.

Een verschil van dag en nacht

Natuurlijk probeert het personeel van de eerste hulp zoveel mogelijk de zorg te laten verlopen via de bestaande structuur van de gezondheidszorg. Overdag levert dit ook nauwelijks problemen op. In de avond-, nacht- en weekenduren is dit anders. In een beperkt aantal gevallen wendt de patiënt zich direct tot het ziekenhuis, zonder tussenkomst van de huisarts. Ook hierover ontstaat meestal geen probleem. Indien vervoer via de ambulance plaatsvindt of wanneer zich een ongevals-

geweldsituatie heeft voorgedaan in het nachtleven van de grote stad, begrijpt iedereen dat een direct beroep op de eerste hulp wordt gedaan. Zelfs wanneer (achteraf) blijkt dat er sprake is van een ernstige ziekte zoals een hartinfarct, een acute buik, een fractuur en dergelijke heeft iedereen er vrede mee dat de patiënt niet de koninklijke weg der gezondheidszorg heeft bewandeld.

Over blijft dan echter nog een 'grijs gebied'. Nijhuis noemt dit 'twijfelachtig' gebruik. We hebben wel wat kanttekeningen bij dit woordgebruik. Immers essentieel in de definitie die hij gebruikt is dat pas achteraf (na behandeling van de patiënt) wordt bepaald of het gebruik 'twijfelachtig' is geweest. Vaak dient eerst beoordeling van de klacht plaats te vinden alvorens te zeggen is of een patiënt wel medische hulp nodig had en als tweede vraag of de patiënt zich niet evengoed (de volgende morgen) bij de huisarts zou hebben kunnen melden.

Ook hier ontstaat weer onmiddellijk een zwakte. Immers de patiënt kiest er zelf voor (zonder raadpleging van een arts) om zijn hulpvraag als spoedeisend aan te merken. Vervolgens wendt hij zich tot een arts, of dit nu een huisarts of de eerste hulp is.

Een zelfde 'achteraf' benadering leidt bij ieder inloopspreekuur tot een percentage van 50-60% 'twijfelachtig'.

Een (beperkt) aantal huisartsen huldigt de stelling dat op de eerste hulp geen enkele patiënt gezien zou mogen worden zonder verwijskaart van de huisarts. Deze stelling is niet houdbaar om een aantal redenen.

- Wanneer een patiënt zich buiten kantooruren meldt met een spoedeisende klacht, dan dient hij gezien te worden door een arts. Niemand weet dit beter dan de huisarts, want vele uitspraken van het tuchtcollege zijn daar heel expliciet in. Dit geldt derhalve ook voor de eerste hulp. Wanneer er ook maar enige twijfel bestaat, dient in eerste instantie een beoordeling van de patiënt door een arts plaats te vinden.
- Wanneer een patiënt zich meldt bij de eerste hulp en hij wordt daar zonder behandeling terugverwezen, dan leidt dat tot agressie die op de grootstedse eerste hulp toch al zo vaak voorkomt en gevreesd is.
- Het beleid op de eerste hulp is patiënten met langer dan 24 uur bestaande klachten, die niet als spoedeisend imponeren, terug te begeleiden naar de huisarts. Dit gebeurt door de verpleegkundige medewerkende zeer zorgvuldig. Men spreekt erover met de patiënt en geeft uitleg. Er wordt gebeld met de doktersnachtdienst of de eigen of dienstdoende huisarts en alleen als dat goed verloopt wordt de patiënt terugverwezen.

Cijfermatige indrukken

In de discussie hierover wordt veelal vergeten dat we slechts spreken over een zeer beperkt aantal patiënten. Op onze eerste-hulpafdeling wordt gesproken over een enkele tot soms tien gevallen per dag. Dit komt neer op tussen de 1.500- 2.000 gevallen per jaar. Afgezet tegen

Betekenis eerste hulp Westeinde

het totaal aantal van 30.000 hebben we het dus over zo'n 6%. De personele bezetting van een eerste-hulpafdeling volgt voor een groot deel de wetmatigheid van de brandweer. Het maakt niet zoveel uit hoeveel branden er zijn. Er is gewoon een minimum bezetting nodig om de paraatheid te garanderen. En op de eerste hulp is deze paraatheid nodig voor de ernstige gevallen en (grote) ongevallen. Dit is onafhankelijk van het geringe aantal gevallen, dat in het eerdergenoemde 'grijze gebied' valt. In de grootstedse eerste hulp in de binnenstad is deze paraatheid 24 uur per dag, 365 dagen per jaar op volle sterkte.

Efficiënter zou het nog wel kunnen door te trachten het zorgaanbod meer te concentreren. Aan de andere Haagse ziekenhuizen hebben we voorgesteld de eerstehulp-functie te centraliseren in het Westeinde ziekenhuis. Engelenburg gaat in zijn proefschrift zelfs verder en stelt dat de eerste hulp 24 uur per dag bemand zou moeten worden met huisartsen. Onze suggestie aan de projectgroep 'Centrum' is om deze gedachte verder uit te werken.

Het project 'Gezond Scheveningen'

Eind 1992 is in dit bulletin voor de eerste keer verslag gedaan van de voortgang van het project 'Gezond Scheveningen' (1). Hier volgt wederom een voortgangsbericht.

Interviews met sleutelfiguren

In november 1992 verscheen het conceptrapport 'Op uw gezondheid' (2). Het is een verslag van interviews met sleutelfiguren die werkzaam zijn in het stadsdeel Scheveningen. De informatie uit de interviews met sleutelfiguren moet worden gezien als aanvulling op de gegevens die bewoners van het stadsdeel Scheveningen hebben gegeven in het kader van de in april 1992 gehouden gezondheidsenquête.

In de gesprekken met de sleutelfiguren (24 in getal) stond een drietal aandachtspunten centraal:

- de gezondheidssituatie in het stadsdeel Scheveningen;
- de prioriteitstelling in de aanpak van de geconstateerde gezondheidsproblemen;
- de ervaring met bewonersparticipatie en intersectorale samenwerking.

De sleutelfiguren noemden als voornaamste gezondheidsproblemen voor de 0-12-jarigen opvoedingsproblemen, incest,

mishandeling, slechte voedings-toestand, slaap- en concentratie-stoornissen en stoornissen in de motorieke en sociale ontwikkeling. Onder de overige leeftijdsgroepen waren alcohol- en drugsmisbruik, alarmerend medicijngebruik en spanningsklachten de belangrijkste gezondheidsproblemen. Voor de categorie ouderen kwamen daar kalkgebrek/heupklachten, vereenzaming, vervuiling en slechte voedingstoestand bij.

Als achtergronden (determinanten) van deze problemen werden factoren genoemd die konden worden gecategoriseerd onder sociaal-economische status (op-leiding, werk, inkomen), de woon- en leefomgeving en de 'hechtheid van de Scheveningse gemeenschap'.

Het aanpakken van de gezondheidsproblematiek van de ouderen en de 0-12-jarigen kreeg de hoogste prioriteit. Daarbij werd opgemerkt dat dit bij de jongste groep het 'meest lonend' zou zijn en bij de 'ouderen' vooral gewenst omdat er voor hen zo 'weinig op het gebied van gezondheid werd gedaan'.

Voor beide doelgroepen lopen inmiddels verschillende projecten. De auteurs van het rapport 'Op uw Gezondheid' hebben op dit moment nog geen volledig zicht op deze gezondheidsprojecten (of projecten met een gezondheidscomponent).

Wat de ervaringen met bewonersparticipatie en intersectorale samenwerking betreft, noemden bijna alle geïnterviewden dat gemeentelijke reorganisaties, bezuinigingen en wisselend beleid hun negatieve gevolgen hadden en/of waarschijnlijk zullen hebben. Ze doorkruisen bestaande relaties tussen personen en instellingen. Ook van privatisering van organisaties werden voor het uitvoeren van het facetbeleid geen goede resultaten verwacht. Voorts werd genoemd dat er als reactie op bezuinigingen en reorganisaties een 'ware overlevingsslag onder de instellingen plaatsvindt' en dat zelfs van projectconcurrentie zou kunnen worden gesproken. Dit alles zou volgens de geïnterviewden de uitvoering van de intersectorale samenwerking niet ten goede komen.

Niettemin kon wat de bewonersparticipatie en intersectorale samenwerking betreft, worden geconcludeerd dat de geïnterviewden wel de noodzaak hiervan inzagen en dat de bereidheid aanwezig was om deze twee zaken in de projectstrategie 'Gezond Scheveningen' gestalte te geven.

De gezondheidsenquête

Momenteel wordt hard gewerkt aan de analyse van de gegevens uit de circa 2.300 enquêteformulieren. Daarbij wordt enigszins op het oorspronkelijke tijdschema achtergelopen. Dit komt vooral doordat bewoners (gelukkig) in ruime mate gebruik hebben gemaakt van de mogelijkheid om behalve via voorgecodeerde antwoordcategorieën ook in eigen bewoordingen hun visie te geven. Dit

geldt in het bijzonder voor de gezondheidsbeleving van de woonbuurt. Situaties en omstandigheden die als prettig dan wel onprettig worden ervaren werden concreet en vaak met naam en toenaam vermeld. Hierdoor zal het straks bijvoorbeeld mogelijk zijn om voor iedere wijk van het stadsdeel de locaties en situaties, die men als bedreigend en onveilig ervaart of waar geluids- of stankhinder wordt ondervonden, op kaart weer te geven. Tegelijkertijd zijn talrijke zeer uiteenlopende ideeën en suggesties voor verbetering en verandering door de Scheveningers op papier gezet. Na zorgvuldige rubricering kan worden nagegaan hoe breed deze ideeën en veranderingswensen onder de stadsdeelbewoners leven.

De projectgroep 'Gezond Scheveningen' volgt een strategie om bewoners van het stadsdeel Scheveningen zoveel mogelijk te betrekken bij het analyseproces. In februari 1993 worden de eerste uitkomsten met de koepel van de Scheveningse Bewonersorganisaties (GSBO) besproken. In dezelfde maand zal het eerste overleg plaatsvinden met diensten hulpverleners om de resultaten van de 'sleutel-figuresinterviews' te bespreken. Geleidelijk willen we zo het proces in gang zetten waarbij voor gesignaleerde gezondheidsproblemen ook oplossingen zullen geformuleerd en uitgevoerd worden.

Literatuur:

1. Het project 'Gezond Scheveningen'. Epidemiol Bul 1992; 27 nr. 3: 29-31.
2. Paape M, Anken D. Op uw Gezondheid: een conceptverslag van interviews met sleutelfiguren in het kader van het project 'Gezond Scheveningen'. GGD Den Haag, december 1992.

korte berichten

onder redactie van
J.M. Vroom-Jongerden

Actuele informatie

Regiovisie krijgt steun van staatssecretaris

De afgelopen maanden heeft de gemeente Den Haag, in nauw overleg met de andere drie grote steden, plannen ontwikkeld om te komen tot de opstelling van een regiovisie. Het gaat daarbij om de formulering van een visie op de - uit een oogpunt van algemeen belang - meest wenselijke inrichting van het zorgaanbod in de desbetreffende regio.

Het ligt in het voornemen van het kabinet om de regiovisie, die een plaats moet krijgen binnen het kwaliteitsbeleid voor de zorgsector, een wettelijke basis te geven.

De vier grote gemeenten hebben de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur in augustus 1992 gevraagd om, zolang de regiovisie nog niet wettelijk is verankerd, hen te ondersteunen in hun streven om alvast met het instrument regiovisie ervaring op te doen. Als reactie op dit verzoek heeft hij de grote steden laten weten hun initiatieven bijzonder waardevol te achten. In aansluiting op de werkwijze van de steden pleit de staatssecretaris voor een praktische aanpak van de regiovisie, waarbij nauw wordt samengewerkt tussen gemeenten, verzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties.

In Den Haag is inmiddels, op initiatief van de wethouder van Maatschappelijke Dienstverlening, Welzijn en Gezondheidszorg, drs J.J. Luijten, met deze aanpak een begin gemaakt.

Bundeling van taken Dienst Welzijn

Het gemeentebestuur heeft in 1992 besloten dat de taken van een aantal gemeentelijke diensten moeten worden gebundeld binnen een kleiner aantal directies. Deze maatregel betreft ook de Dienst Welzijn, waarvan de GGD deel uitmaakt. GGD-taken worden gebundeld met een aantal andere taken, te weten het ouderenbeleid, het Bureau van de Indicatiecommissie Bejaardenoord en Verpleeghuizen, de Eigen Bijdragen Bejaardenoord, de maatschappelijke dienstverlening en de jeugdhulpverlening.

Op enkele van deze werkerreinen wordt regionaal gewerkt. Regionalisering en de ontwikkeling van een regiovisie staan momenteel in het centrum van de aandacht.

De GGD zal, naast de medische werkzaamheden, in het bijzonder ook de gezondheidsbevorderende taken verder gestalte geven. Een en ander binnen de filosofie van een breed gezondheidsbeleid.

De reorganisatie die uit de hiervoor beschreven samensmelting van taken voortvloeit, wordt benut om de ordening van het totale takenpakket te bezien en, waar mogelijk, te hergroeperen

tot een logischer geheel. De meerwaarde van de samenvoeging moet hieruit blijken.

Met ingang van 1 januari 1993 treedt Mr. F.A.F. Toet op als directeur GGD.

Voorlichting

Leren omgaan met een CVA

De film 'Leren omgaan met een CVA' schetst de problematiek waarmee mensen die een beroerte gehad hebben en hun naasten in het dagelijks leven worden geconfronteerd.

De film geeft een impressie van het leven van een CVA-gehandicapte en haar omgeving. De camera volgt haar in het ziekenhuis, in het revalidatiecentrum en vervolgens in de thuissituatie. Ook haar partner, haar kinderen en haar omgeving staan centraal in de film.

'Leren omgaan met een CVA' is ontwikkeld als hulpmiddel bij het starten van gespreksgroepen van 'Samen Verder' (de vereniging voor CVA-gehandicapten en partners).

De film is bovendien uitermate geschikt als lesmateriaal voor opleidingen in de gezondheidszorg en voor diegenen die beroepsmatig te maken hebben met de zorg voor CVA-gehandicapten en hun naasten.

De realisatie van deze film is door de Nederlandse Hartstichting mogelijk gemaakt. De film kan worden geleend via deze

stichting, tel. 070 - 351 15 11. Informatie over de film en de activiteiten van de vereniging 'Samen Verder' zijn verkrijgbaar bij het landelijk secretariaat, tel. 03405 - 9 64 01.

Symposia

Begeleiding onder druk

De ondertitel van dit symposium luidt: Nieuwe inzichten, onderzoek en projecten over terminale begeleiding, behandelkeuzen, oudere patiënten, depressies, eenzaamheid, stress bij patiënten en begeleiders.

Begeleiding van patiënten is een essentiële taak voor elke zorgverlener. Voor deze vaak zware en emotioneel belastende taak bestaat in veel gevallen weinig tijd, en onvoldoende inzicht in de behoeften van de patiënt. Met behulp van vele nieuwe onderzoeksresultaten, recente projecten, cursussen en nieuwe inzichten zal tijdens het symposium dieper worden ingegaan op het thema begeleiding.

Bovendien zullen nieuwe wegen voor de begeleiding van de patiënt worden aangegeven.

Het symposium 'Begeleiding onder druk' wordt gehouden op 23 maart 1993 in de Vrije Universiteit te Amsterdam. Kosten: f. 95,-.

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

Zorg, markt & management

De ondertitel van dit symposium luidt: Opties en dilemma's voor middenkader, personeelsbeleid, kwaliteit instellingen en verpleegafdelingen, onderne-

merschap verpleegkundigen, en alternatieve geneeswijzen.

Veel meer dan voorheen zijn zorginstellingen genoodzaakt zich te richten op de externe zorgmarkt. Dit vindt zijn oorzaak in de veranderingen van het ziektekostenstelsel, de opkomst van nieuwe zorgaanbieders en de grotere gerichtheid op de patiënt. Tijdens het symposium zullen tal van nieuwe onderzoeksresultaten, recente projecten en nieuwe inzichten worden aangegeven om de noodzakelijke veranderingen voor de organisatie, het management en de beroepsoefenaren te ondersteunen.

Het symposium 'Zorg, markt & management' wordt gehouden op 24 maart 1993 in de Vrije Universiteit te Amsterdam. Kosten: f. 125,-.

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

Huisarts en Farmacie

Wat is de huidige en toekomstige positie van de huisarts bij het voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen? En hoe kan dit zo goed mogelijk gebeuren?

Deze vragen vormen de leidraad van het symposium 'Huisarts en Farmacie' dat de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) op 13 mei 1993 organiseert in 't Spant te Bussum.

De bijeenkomst is bedoeld voor huisartsen (al dan niet apothekhoudend) en hun assistenten en voor andere geïnteresseerden in dit onderwerp.

Naast de visie van de LHV hierover, moet ook duidelijk worden hoe anderen (overheid, apothekers en verzekeraars) tegen de huisarts als voorschrijver en afleveraar aankijken.

Bijzondere gastspreker is de staatssecretaris van Welzijn,

Volksgezondheid en Cultuur, drs. H.J. Simons.

Het aantal inleidingen is beperkt gehouden. Tijdens workshops worden bepaalde onderwerpen uitgediept. Daarbij kan het zowel gaan om zaken in de huisartspraktijk van alledag als om beleidsmatige onderwerpen. Aan de orde komen onder meer: positie van de huisarts als voorschrijver/ afleveraar, medicatiebewaking, geneesmiddelenvergiftiging, overleg over farmacotherapie, dienstverlening aan de balie en de taakverdeling tussen huisarts en assistente.

Voor informatie: 030 - 82 37 23 (LHV).

Aangifte infectieziekten

Op pag. 40 geven we een overzicht van de aangifte infectieziekten in de vier regiogebieden (Den Haag, Voorburg-Leidschendam/Wassenaar, Zoetermeer en Rijswijk). In dit maantnummer wordt de opgave per regio gespecificeerd.

Draagt u zorg voor een tijdige en juiste aangifte van de infectieziekten die zich in uw praktijk voordoen?

Onderstaand volgt enige casuïstiek van de Haagse opgave over het vierde kwartaal 1992.

Beide patiënten met febris typhoidea liepen hun besmetting op tijdens een vakantie in het buitenland.

De 13 gemelde dysenteria bacillaris-patiënten deden hun besmetting op tijdens vakantie in onder andere Turkije, Ghana,

Egypte, India, Indonesië en Israël.

Van de 4 gemelde hepatitis A-patiënten werd 1 patiënt tijdens vakantie in Marokko besmet. Bij de andere patiënten bleef de bron onbekend.

De hepatitis-B-patiënt bleek via seksuele contacten besmet.

De lepra-patiënt was afkomstig uit Nieuw-Guinea.

Er werden 5 meningococcosis-patiënten gemeld. Bij snelle melding kan in de omgeving, op scholen enz. onrust worden voorkómen.

Alle 5 pertussis-patiënten hadden duidelijk typische kinkhoestklachten. Eén patiënt bleek niet gevaccineerd.

Van de 35 gemelde scabies-patiënten liepen de meesten hun besmetting op door contacten met personen uit het buitenland.

Bij 1 van de 3 voedselinfectie-patiënten was waarschijnlijk kip de bron.

hoog risico op longkanker mag dan wel geen nieuws zijn, het biedt echter nog altijd de meest bruikbare boodschap voor kankerpreventie.

(Piet van den Brandt, Rijksuniversiteit Limburg).

Gehoord en gelezen

Stellingen

Het toestaan door de overheid van tabaksreclame maakt het gehele volksgezondheidsbeleid volstrekt ongeloofwaardig.

(Gertjan van der Wilt, Vrije Universiteit Amsterdam).

De bevinding dat roken geassocieerd is met een 10 keer zo

Aan deze rubriek werkten mee:

Mw. I. Burger;

Mw. R. Groen (GGD, Zoetermeer);

Mw. J. Hoogendorp;

Mw. J.C. Leegsma (GGD,

Rijswijk);

H.R. Lingen;

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

Mw. G.J. Wijkmans;

K.B. Yap (GGD, Voorburg-Leidschendam).

Overzicht aangifte infectieziekten regio Den Haag

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

bron	besmettingsweg	ziekte	1991					1992					1992			
			Den Haag	Voorb. L'dam, Wass	Zoetermeer	Rijs-wijk	totaal regio	Den Haag	Voorb. L'dam, Wass	Zoetermeer	Rijs-wijk	totaal regio	1e kw. regio	2e kw. regio	3e kw. regio	4e kw. regio
mens	inhalatie	difterie (B)														
		lepra (B)	1				1	1			1	2			1	1
		meningococcosis (B) *	10	5	4	1	20	20	1	3	2	26	9	10	2	5
		morbilli (B)	5				5	19	1			20	1	3	16	
		(atyp.) pertussis (B) **	3	1			4	7	1	5		13	1	1	1	10
		rubella (B)	1	1			2									
		tuberculosis (B)	104	4	5	7	120	135	5	5	4	149	29	39	47	34
		parotitis epidemica (C)		1			1									
	sexueel contact	gonorrhoea (C)	306	4	3	1	314	207	2	1	2	212	53	50	42	67
		syfilis prim./sec. (C)	14				14	10			1	11	1	3	3	4
		syfilis congenita (C)														
	sexueel contact/bloed	hepatitis B (B) 1	6	1		3	10	5	2		1	8	3	1	3	1
		HIV-infectie/Aids (1) ***	39				39	41		1		42	8	5	10	19
	faecaal-orsaal	poliomyelitis (A) (2)														
hepatitis A (B) (3)		22	2	1	5	30	19		3	3	25	9	4	4	8	
dysenteria bacillaris (B) (3)		21	2	3	1	27	20	8	12		40	2	4	10	24	
huid/kleding/bed	scabies (B) (4)	19	2	1		22	105	1			106	24	18	28	36	
dier	inhalatie (faecaal meteriesal)	ornithosis/psittacosis (B)	6	1	2		9	2	1	3		6	4	1	1	
		Q-fever (B) (5)	1				1			1	1	2			1	1
	insectebeet	lassakoorts e.a.vormen van Afr. vir. haem. koorts (A)														
		febris recurrens (B)														
		gele koorts (B)														
		malaria (B)	10	5		1	16	9		1		10	4	3	3	
		typhus exanthematicus (B)								1		1			1	
	beet/speeksel	rabies (A)														
		pest (A)														
	aanraking	anthrax (B)														
tularemia (B)																
brucellosis (B) (5)		1				1	1				1			1		
omgeving	inhalatie	legionella pneumonie (B)	5			1	6									
		consumptie														
		cholera (B)														
		trichinosis (B)														
		voedselvergiftiging (B)	21	2	3	3	29	18		3	21	3	1	12	5	
		febris typhoidea (A)	4				4	4		1	5		2	1	2	
		paratyfus B (B)							1		1		1			
		botulisme (B) (6)														
contact (water/grond/dier)	leptospirosis (B)															
wondcontact (water/grond/beet)	tetanus (B)															
totaal			560	31	22	23	636	582	23	35	19	659	143	141	177	198

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