

epidemiologisch bulletin

*tijdschrift voor volksgezondheid en
onderzoek in Den Haag*

inhoud

volksgezondheid

Erfelijke vormen van bloedarmoede bij migranten

De Nederlandse gezondheidszorg en Marokkanen

Maatschappelijk herstel in Den Haag

epidemiologie

Oorzaakspecifieke sterfte en sociaal-economische status

korte berichten

jaargang 30, 1995

nummer 4

Erratum

Epidemiologisch Bulletin, nr 4. 1995

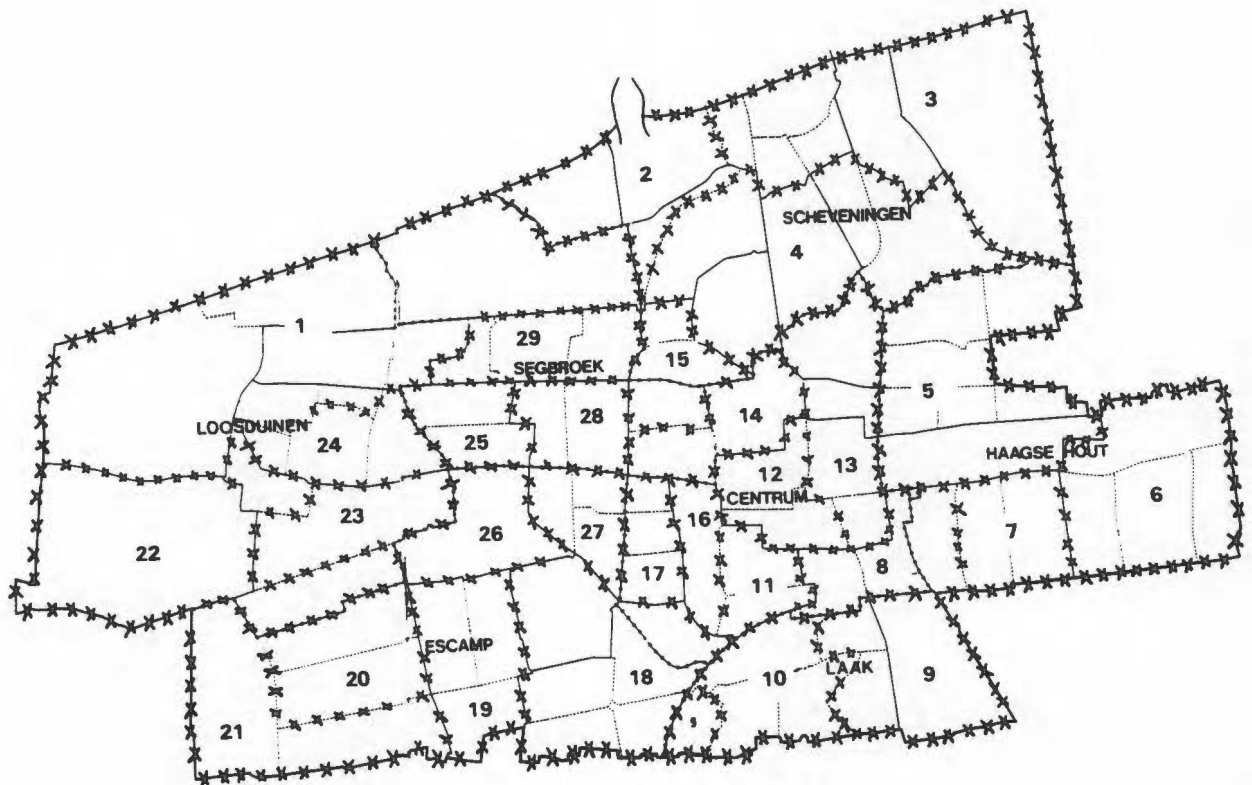
In de inhoudsopgave van het bulletin is de titel van het epidemiologische artikel onvolledig weergegeven (per abuis is xdcv afgedrukt).

De titel moet zijn:

'Oorzaakspecifieke sterfte en sociaal-economische status
Een introductie'

Bovendien zijn de lijnen op de plattegrond van de woongebieden op pagina 23 weggefallen.

Om deze ommissie enigszins te verhelpen is een (verkleinde) versie van een juiste kaart hieronder afgedrukt. De woongebiedgrenzen zijn met XXXX aangegeven.



epidemiologisch bulletin

i n h o u d

Volksgezondheid

- Erfelijke vormen van bloedarmoede bij migranten* 3
Is een preventief protocol gewenst?
- B.J.C. Middelkoop, H.L. Haak en W. Huisman
- De Nederlandse gezondheidszorg en Marokkanen* 9
Impressies van hulpverleners
- Mw. A. van Rijn
- Maatschappelijk herstel in Den Haag* 15
(of de puzzel van vijfduizend stukjes)
- L.M.J. Staal

Epidemiologie

- xdcv 'Oorzaakspecifieke sterfte en sociaal-economische status* 19
Een introductie
- Mw. I. Burger, Mw. J.M. Vroom-Jongerden,
B.J.C. Middelkoop en H.W.A. Struben

Korte berichten

30

December 1995
30ste jaargang nr. 4

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

Dr. H.G.J. Nijhuis (hoofdredacteur); R.B.M.R. Bakker; Mw. I. Burger; Dr. M.F. Cox;
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; Sector GGD en Maatschappelijke Zorg
W.J.O. Beaumont, hoofdafdeling Infectieziektenbestrijding en Hygiëne
J.W.C. Rouw, hoofdafdeling Ouderen
H.W.A. Struben, afdeling Epidemiologie
B.A. Teng, afdeling Jeugdgezondheidszorg
W.J. Vroege, hoofdafdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg
H. Westerhof, hoofdafdeling Jeugd tandzorg
W.A. Zwart Voorspuij, afdeling (milieu)hygiëne

M.M. Malschaert, bestuursadviseur, Den Haag
D.C. Kaasjager, ministerie van WVC
Mw. M.J.Th. Lutjenhuis, huisarts te Den Haag
C.T. Benningshof, 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, Rijksuniversiteit Leiden
S.J.H. Belleman, GGD Amsterdam
Dr. L.J.G. van der Maesen, SISWO Amsterdam
J. van der Kamp, BaGD Zuidwest Friesland
Dr. T. de Vries, Prov. Raad voor de Volksgezondheid Zuid-Holland
Mw. F.L. van Leeuwen, Stichting Thuiszorg Den Haag

ISSN 0921-6219

Redactieadres

Dienst Welzijn
Sector GGD en Maatschappelijke Zorg
Thorbeckelaan 360
2564 BZ Den Haag
Postbus 65 783
2506 EB Den Haag
Mw. I. Burger
Tel.: 070 - 353 71 96
Fax: 070 - 353 72 94

Vormgeving en opmaak

T&IC, Delft

Illustraties

Mw. T. Boonstra, Amsterdam

Druk

Koninklijke drukkerij
de Swart BV, Den Haag

Uitgave

Dienst Welzijn
Sector GGD en Maatschappelijke Zorg
Den Haag

Oplage

1.500 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.

Erfelijke vormen van bloedarmoede bij migranten

Is een preventief protocol gewenst?

B.J.C. Middelkoop, H.L. Haak en W. Huisman

Bij migranten die lijden aan een lichte vorm van bloedarmoede en niet reageren op ijzertherapie bestaat kans op een erfelijke vorm van deze aandoening. Omdat die tegenwoordig verhoudingsgewijs veel wordt gezien is er éénmaal per twee maanden een speciaal spreekuur in Ziekenhuis Leyenburg, maar dat wordt nauwelijks bezocht. Toch moet worden gekomen tot verbetering van zorg aan deze patiënten en de eventuele ontwikkeling van een preventief protocol. Een beschouwing over de achtergronden, diagnostiek, klinische aspecten, epidemiologie en preventie.

In de Haagse ziekenhuislaboratoria wordt regelmatig bloed onderzocht van personen die een (lichte) bloedarmoede hebben en bij wie ijzertherapie niet het gewenste resultaat heeft. In het bijzonder bij sommige migrantengroepen is de kans groot dat er dan sprake is van een erfelijke vorm van anemie (bloedarmoede), ten gevolge van een stoornis in de aanmaak van de rode bloedkleurstof, hemoglobine¹). We spreken dan van een hemoglobinopathie. Hiervan bestaan verschillende vormen, waarvan de bekendste zijn: sikkelcelanemie en thalassemie.

De laboratoriumbevinding 'hemoglobinopathie' dient in een aantal gevallen te leiden tot een verwijzing naar een Klinisch Genetisch Centrum. Hier vindt zonodig genetische advisering ('genetic counselling') plaats. Gezien de tegenwoordig

¹ Hemoglobine is een eiwit dat het bloed zijn karakteristieke rode kleur geeft. Dit eiwit bevindt zich in de rode bloedcellen. Door haar bijzondere chemische eigenschappen is hemoglobine in staat, in de longen snel en veel zuurstof aan zich te binden en in de rest van het lichaam diezelfde zuurstof weer snel en gemakkelijk af te staan. Hemoglobine verzorgt dus één van de belangrijkste functies van het bloed, namelijk het transport van zuurstof van de longen naar de weefsels. Stoornissen in de aanmaak van hemoglobine kunnen leiden tot bloedarmoede.

De twee bekendste van deze stoornissen zijn sikkelcelanemie en thalassemie. Sikkelcelanemie dankt haar naam aan het feit dat onder de microscoop de rode bloedcellen, als gevolg van de structuurafwijking een sikkelvorm blijken te hebben aangenomen. Thalassemie is genoemd naar het gebied waar deze ziekte vanouds veel voorkomt: de Middellandse Zee ("Thalassa" in het Grieks).

Over de auteurs:

B.J.C. Middelkoop, arts-epidemioloog, werkzaam bij de afdeling Epidemiologie, Sector GGD/MZ Den Haag, dr. H.L. Haak, hematoloog, Ziekenhuis Leyenburg en dr. W. Huisman, klinisch chemicus, Westeinde Ziekenhuis

vrij hoge frequentie van hemoglobinopathieën waarmee de Haagse laboratoria worden geconfronteerd, heeft het Klinisch Genetisch Centrum te Leiden besloten één maal per twee maanden een spreekuur te houden in Ziekenhuis Leyenburg. Dit spreekuur wordt echter nauwelijks bezocht, althans niet door mensen die vragen hebben over hemoglobinopathieën.

Deze situatie heeft ertoe geleid dat vanuit Ziekenhuis Leyenburg, het Westeinde Ziekenhuis en de GGD in Den Haag een initiatief is ontstaan om te komen tot verbetering van de zorg aan deze patiënten (1).

Dit artikel is een eerste resultaat hiervan. Het geeft een globale beschrijving van de ziektebeelden en gaat in op de vraag hoe vaak we de komende tien jaar in Den Haag met hemoglobinopathieën zullen worden geconfronteerd. Voorts wordt ingegaan op enkele aspecten die van belang zijn bij de eventuele ontwikkeling van een preventief protocol.

Enkele biologische en medische achtergronden

Hemoglobinopathieën zijn erfelijke aandoeningen die voorkomen in de landen rond de Middellandse Zee, Centraal Afrika, het Arabisch schiereiland, India, Pakistan, China en Indonesië. Door vroegere migratie doen deze aandoeningen zich ook wel voor in Noord- en Zuid-Amerika en het Caraïbische gebied.

De ziekte wordt, net als alle erfelijke aandoeningen, overgeërfd via de dragers van onze erfelijke informatie, de genen. Genen bevinden zich op de chromosomen, waarvan we er - afgezien van de geslachtschromosomen - in elke lichaamscel telkens twee (totaal: 23 paar) hebben; één geërfd van de moeder, en één geërfd van de vader. Evenals bij veel andere erfelijke aandoeningen komt de ziekte eigenlijk alleen tot uiting wanneer zieke genen worden geërfd van zowel de vader als de moeder. We spreken dan van een homozygote patiënt. Indien slechts één gen is aangedaan, is men in het algemeen niet ziek. We spreken dan van een drager *, ook wel een *heterozygoot* genoemd.

Een bijzonderheid van hemoglobinopathieën is dat dragers van deze erfelijke eigenschap (de hete-

rozygoten) een zekere bescherming hebben tegen malaria. In die gebieden op aarde waar malaria veel voorkomt, is dit een gunstige eigenschap. En, geheel volgens de wetten van de evolutie, heeft deze situatie ertoe geleid dat in die gebieden de prevalentie van het dragerschap in de loop der eeuwen sterk is toegenomen, zelfs tot in de orde van tientallen procenten.

Gegeven de toename van de Haagse inwoners van wie de (voor)ouders uit genoemde gebieden komen, valt te verwachten dat we steeds vaker met hemoglobinopathieën zullen worden geconfronteerd.

Hemoglobine is opgebouwd uit vier eiwitketens die twee aan twee aan elkaar gelijk zijn: de zogeheten α - en β -ketens.

In de structuur van de β -ketens kan, als gevolg van een genetische afwijking, een foutje zijn geslopen. De bekendste van deze structurele afwijkingen wordt *sikkelcelanemie* genoemd.

Bij *thalassemie* is de structuur van de eiwitketens wel in orde, maar is het evenwicht verstoord in de produktie van α - en β -ketens. Bij α -thalassemie zijn er te weinig α -ketens en bij β -thalassemie te weinig β -ketens. Een beschrijving van de genetische grondslag van beide vormen van thalassemie gaat het kader van dit artikel te buiten. Volstaan zij met de opmerking dat bij het optreden van een α -thalassemie niet één, maar twee paar genen zijn betrokken. Een foetus is alleen dan volledig homozygoot indien deze genen alle vier zijn aangedaan, een situatie die in Nederland vrijwel niet voorkomt. De foetus is in zo'n geval overigens niet levensvatbaar.

Zoals opgemerkt zijn dragers van hemoglobinopathieën over het algemeen gezond. Toch hebben ze veelal gedeeltelijk afwijkend (en voor de rest normaal) hemoglobine in hun rode bloedcellen. Dit kan ertoe leiden dat hun hemoglobinegehalte toch niet optimaal is: ze hebben net niet of net wel een bloedarmoede. Bij een extra belasting van het lichaam (zwangerschap bijvoorbeeld) kan dit soms aan het licht komen.

Diagnostiek

Pasgeborenen met een homozygote hemoglobinopathie ontwikkelen geleidelijk een ernstige bloedarmoede. En de diagnose wordt vrijwel zonder uitzondering gesteld door de behandelend arts.

* In verband met de leesbaarheid worden in dit artikel draagsters en dragers beiden aangeduid met 'draggers'.

Iets anders ligt dat bij de heterozygoten. Soms worden ze, vanwege een geconstateerde lichte anemie, ten onrechte eindeloos behandeld met ijzerpreparaten. Er is zelfs een verhaal bekend (overigens niet in Den Haag) van een patiënt die is overleden doordat de overmaat aan ijzer in de lever werd gestapeld, waardoor dit orgaan onherstelbaar werd beschadigd.

Het is inmiddels bekend dat de volkswijsheid 'moehaid wijst vaak op bloedarmoede' in de regel niet opgaat, behalve dan in geval van echt ernstige anemie. Mensen met een lichte vorm van bloedarmoede hebben niet vaker last van moehaid dan mensen met een normaal hemoglobinegehalte (2). Doordat heterozygoten als regel geen ernstige bloedarmoede hebben wordt hun anemie dan ook veelal pas ontdekt indien om de een of andere reden bloedonderzoek plaatsvindt, en/of er bijzondere eisen worden gesteld aan het lichaam.

Voor sikkelcelanemie geldt, dat eenvoudig bloedonderzoek in het geheel geen aanknopingspunten biedt voor de diagnose. Het hemoglobinegehalte is gewoonlijk volkomen normaal, de rode bloedcellen zijn niet te klein en/of 'ondervuld' met hemoglobine en de bovengenoemde sikkelcellen worden in een normaal bloeduitstrijkje van een drager van de ziekte evenmin aangetroffen. Om deze aandoening op te sporen dient gericht onderzoek plaats te vinden, waarbij met een speciale laboratoriumtechniek (bijvoorbeeld elektroforese) wordt gekeken of er kan worden gesproken van abnormaal gestructureerd hemoglobine.

Voor thalassemie geldt dat het bloedbeeld soms sterk kan lijken op een lichte ijzergebrecsanemie. Soms zal eerst worden gekeken of het voorschrijven van ijzer helpt. Zo niet, dan vindt nadere diagnostiek plaats.

Klinisch beeld en behandeling

Allereerst in het kort iets over de echt zieke kinderen, de *homozygoten*.

Bij sikkelcelanemie worden de rode bloedcellen misvormd (sikkelvormig) en star, waardoor de kleinste bloedvaatjes verstopt raken. Hierdoor worden onder andere milt en nieren beschadigd, en ontstaat een verhoogde kans op hart- en herseninfarcten.

Bij de thalassemie probeert het lichaam tevergeefs het tekort aan goed functionerende rode bloedcel-

len te compenseren. Dit leidt, naast de bloedarmoede, tot weer andere problemen, zoals botmisvormingen, groeistoornissen en orgaanbeschadigingen ten gevolge van ijzerstapeling. De meest gebruikte therapie bestaat uit regelmatige bloedtransfusies waardoor rode bloedcellen met gezond hemoglobine in de bloedbaan worden gebracht. Hiermee komt echter onvermijdelijk ook een overmaat aan ijzer het lichaam binnen, wat dan weer met chelatie-therapie moet worden uitgespoeld.

Dit brengt een ernstige aantasting van de kwaliteit van het leven met zich mee, met onder andere frequente ziekenhuisopnamen. Over het algemeen sterven deze patiënten in de adolescentie of vroege volwassenheid. Zowel voor sikkelcelanemie als voor thalassemie geldt dat met zeer intensieve behandeling de levensduur in het gunstigste geval kan worden verlengd tot plusminus vijftig jaar (1)(3).

Voor *dragers* van hemoglobinopathieën is therapie niet nodig. Weliswaar kan dragerschap tot een lichte bloedarmoede leiden, maar zoals gezegd zal - ook indien de aanleiding voor het bloedonderzoek werd gevormd door de klacht 'moehaid' - de klacht van de patiënt niet worden verklaard door deze lichte bloedarmoede. Het belang van het vaststellen van dragerschap is dan ook bovenal gelegen in de voorkoming van overbodige medische diagnostiek. Zolang immers wordt gedacht aan ijzergebrecsanemie, zal men de oorzaak hiervan trachten op te sporen. Men gaat dan bijvoorbeeld vergeefs op zoek naar chronische aandoeningen, verborgen bloedingen in het maagdarmlkanaal, of een 'nog niet ontdekte' kanker.

Overigens trachten de Haagse ziekenhuizen dit soort overbodige diagnostiek te voorkómen. Eén van de ideeën daarbij is om te komen tot een centrale Haagse 'gegevensbank' waarin het eventuele dragerschap van een hemoglobinopathie wordt vermeld. Door raadpleging van deze gegevensbank wordt dan voorkómen dat opnieuw diagnostiek van hemoglobinopathieën plaatsvindt, indien dit reeds in een ander (Haags) ziekenhuis is verricht. Het zal duidelijk zijn dat zaken als privacybescherming en dergelijke goed moeten zijn geregeld alvorens een dergelijke gegevensbank kan worden opgericht (1).

Het belang van het vaststellen van het dragerschap ligt voorts uiteraard in de voorkoming van homozygote nakomelingen. Ook kan aan naaste familieleden worden geadviseerd zich eveneens te

laten onderzoeken: hun kans om eveneens drager te zijn bedraagt 50%.

Epidemiologische gegevens

Al met al is duidelijk dat het zowel voor de dragers zelf als voor hun naaste familieleden en voor eventuele nakomelingen van belang is dat adequate diagnostiek plaatsvindt. Vormen hemoglobinopathieën in Den Haag een belangrijk volksgezondheidsprobleem? Dat hangt behalve van de ernst van de ziekte, uiteraard tevens af van de vraag hoe vaak ze voorkomen. Exacte Haagse getallen zijn hierover niet bekend. Er kunnen voor sikkelcelanemie en β -thalassemie wel schattingen worden gegeven, zij het met de nodige kanttekeningen. Schattingen zijn altijd gebaseerd op de bevolkingsaantallen per etnische groep in combinatie met de prevalentiecijfers voor de desbetreffende groep. Nu kan de prevalentie binnen het land van herkomst zeer sterk verschillen, zodat de cijfers voor dat land als geheel niet geldig zijn voor de groep Hagenaars die uit dat land afkomstig is.

Een voorbeeld vinden we bij de Turkse bevolkingsgroep. Voor de schatting maakten we gebruik van prevalentiecijfers die voor de totale Turkse bevolking gelden. Sikkelcelanemie komt binnen Turkije echter voornamelijk voor in het zuidoosten (5). Aangezien de Turkse ingezetenen van Den Haag vooral afkomstig zijn uit Oost-Turkije, is het mogelijk dat de door ons gemaakte schattingen voor sikkelcelanemie te laag zijn.

Overigens vinden we in de literatuur geen nauwkeurige schattingen van prevalenties in Nederland, maar telkens schattingen met een beneden- en een bovengrens, die soms fors uit elkaar liggen (3).

In tabel 1 geven we daarom telkens twee getallen: één uitgaande van de benedengrens, en één uitgaande van de bovengrens.

Voor de Haagse bevolkingsaantallen per etnische groep (in 1995 en 2005) baseerden we ons op de cijfers van de gemeentelijke dienst Ruimtelijke en Economische Ontwikkeling (6).

Het grootste aantal dragers bevindt zich naar verwachting onder de Hindostanen (β -thalassemieën) en de Creolen en Antillianen (sikkelcelanemieën). Mede doordat het aandeel van deze bevolkingsgroepen in de totale Haagse populatie naar verwachting tamelijk stabiel is, nemen de aantallen dragers in deze schattingen niet explosief toe.

Hetzelfde kan worden gezegd van de geschatte aantallen homozygoten. Gezien de geringe aantallen is uitsplitsing naar etnische achtergrond weinig zinvol. In totaal zal er op dit moment eens in de één à twee jaar een kindje in Den Haag met een homozygote thalassemie worden geboren, en eveneens eens in de één à twee jaar een kindje met een homozygote sikkelcelanemie. In 2005 zullen deze aantallen volgens onze schattingen slechts iets hoger liggen.

Op deze plaats dient nog één opmerking te worden gemaakt over de thalassemieën. Het vaststellen van dragerschap voor α -thalassemie is op dit moment nog vrij duur. Bovendien is het voor de

tabel 1

Geschatte aantallen dragers van hemoglobinopathieën.
Den Haag 1995 en 2005.

	1995		2005	
	β -thalassemie	sikkelcelanemie	β -thalassemie	sikkelcelanemie
Hindostanen	750 - 1.700	250 - 500	900 - 2.000	300 - 600
Creolen	100 - 200	650 - 1.000	125 - 250	750 - 1.300
Turken	600 - 1.000	200 - 400	1.000 - 1.500	300 - 600
Marokkanen	375 - 750	0 - 200	700 - 1.400	0 - 350
Antillianen	75 - 150	600 - 750	125 - 250	1.000 - 1.200
Totaal	2.000 - 4.000	1.700 - 3.000	3.000 - 5.500	2.500 - 4.000

Opmerking: Voor de bevolkingsprognoses is gebruik gemaakt van gegevens van de gemeentelijke Dienst Economische en Ruimtelijke Ontwikkeling.

praktijk minder belangrijk omdat, zoals gezegd, de kans op een volledige homozygoot vrijwel nihil is. Om deze redenen is de prevalentie van α -thalassemie-dragerschap (dat wil zeggen één, twee of drie van de vier betrokken genen zijn aangedaan) niet nauwkeurig bekend. Er zijn echter redenen om aan te nemen dat deze prevalentie wel eens hoger zou kunnen liggen dan de prevalentie van β -thalassemie-dragerschap (7). Voor de omvang van het probleem van de 'onverklaarde ijzergebreksanemieën' (en de daarmee gepaard gaande dreiging van verkeerde interpretatie van laboratoriumgegevens en van overbodige diagnostiek) moet men dan ook uitgaan van een hoger aantal dragers van thalassemie dan de in de tabel genoemde aantallen, die zich beperken tot de β -thalassemie.

Preventie

Rengelink-van der Lee e.a. heeft, in het kader van een landelijk onderzoek, de mogelijkheden van screening van de gehele doelpopulatie systematisch bekeken en beoordeeld. Hiertoe heeft ze de voor- en nadelen geïnventariseerd van alle denkbare screeningsprogramma's, waarbij ze deze programma's indeelde naar de levensfase waarop ze zich richten: onmiddellijk na de geboorte (de screening zou dan kunnen worden meegenomen met de bekende hielprik), op de middelbare-schoolleeftijd, rond de huwelijksluiting en tijdens de zwangerschap. Voor al deze mogelijkheden komt ze tot de conclusie dat een systematisch screeningsprogramma niet tot het beoogde resultaat zal leiden en/of dat de voordelen niet opwegen tegen de nadelen (4).

Bij het sluiten van een huwelijk tussen bloedverwanten (een consanguïen huwelijk) ontstaat een verhoogde kans op homozygote nakomelingen. Indien immers één van beide huwelijkspartners drager is, is de kans groot dat de ander dat ook is. De kans op het ontstaan van erfelijke aandoeningen is dan ook voor medici een reden om consanguïene huwelijken te ontraden.

De belangrijkste mogelijkheid van preventie doet zich voornamelijk eigenlijk alleen voor nadat een drager is gediagnostiseerd. In dat geval moeten twee wegen worden bewandeld. Zoals duidelijk zal zijn is de rol van de huisarts hierin essentieel. Ten eerste moet worden nagegaan of er een kindwens is of dat die nog kan komen.

Zo nee, dan is het de vraag of het zinvol is om iemand te belasten met de wetenschap dat hij/zij drager is. (Indien er echter broers of zusters zijn met een kindwens, kan het wel zinvol zijn, de drager op de hoogte te brengen van het dragerschap; zie verder in deze alinea).

Zo ja, dan moet worden geadviseerd dat een eventuele partner zich eveneens op dragerschap laat onderzoeken. Hier lijkt in de praktijk overigens vaak de belangrijkste belemmering te liggen, omdat de (niet-zieke) partner nadrukkelijk van het nut van een dergelijk bloedonderzoek moet worden overtuigd. Indien de partner eveneens drager blijkt te zijn, kan verwijzing volgen naar de klinische genetica voor een genetisch advies, waarna zonodig vroegtijdige prenatale diagnostiek kan worden verricht bij elke optredende zwangerschap.

Ten tweede zou men moeten adviseren om broers en zussen te informeren over het feit dat in de familie dragerschap is vastgesteld. Broers en zussen hebben immers 50% kans eveneens drager te zijn. Indien bij een van hen dragerschap wordt vastgesteld, en er sprake is van mogelijke kindwens, dient ook bij hen de zoëven genoemde weg te worden gegaan.

Voor beide wegen geldt dat de huisarts als geen ander in staat zal zijn om de drager en zijn/haar familie te adviseren en terzijde te staan.

Een voor deze uiteenzetting zeer belangrijke bevinding van Rengelink-van der Lee is, dat voor de betrokken bevolkingsgroepen zwangerschaps-onderbreking zeker niet onder alle omstandigheden ondenkbaar is (4). Het moet dan natuurlijk wel een zeer ernstige aandoening - zoals een homozygote hemoglobinopathie - betreffen. De mogelijkheid om de zwangerschap af te breken dient daarbij uiteraard op een adequate wijze aan de orde te worden gesteld, waarbij met name duidelijk moet zijn dat elke beslissing van de aanstaande ouders wordt gerespecteerd.

Bij dit alles moet men zich voorts goed realiseren dat we hier te maken hebben met aandoeningen waarover de kennis onder de bevolking zeer gering is. 'Mogelijk is de kennis over deze ziektes bij de Turkse migranten momenteel zelfs minder dan in het land van herkomst, waar langzaam maar zeker voorlichtingscampagnes over deze aandoeningen van de grond komen', zo lezen we bijvoorbeeld bij Rengelink-van der Lee (4).

Voor (mogelijke) patiënten/dragers is foldermateriaal beschikbaar (zie kader). Er is een gratis folder

met als titel: 'Erfelijke bloedarmoede; is onderzoek bij u zinvol?', die is gesteld in het Nederlands, Turks, Arabisch en Engels. Voorts is er de brochure 'Informatie voor mensen betrokken bij sikkelcelziekte en/of thalassemie'.

Conclusie

Er zijn aanwijzingen dat de (preventieve) zorg voor dragers van hemoglobinopathieën in Den Haag tekort schiet. Er worden regelmatig dragers gediagnostiseerd, en dat is ook niet verwonderlijk gezien de geschatte aantallen dragers onder de Haagse bevolking. Het speciaal ingestelde spreekuur van het Leids Klinisch Genetisch Centrum wordt echter nauwelijks door deze dragers bezocht.

Hoewel het geschatte aantal geborenen met een homozygote hemoglobinopathie in Den Haag niet groot is en de komende tien jaar ook niet sterk zal toenemen, is het toch van belang om dragers van deze aandoeningen goed te adviseren en te begeleiden. Overbodige, soms belastende en/of dure, diagnostiek kan hen worden bespaard wanneer tijdig aan een hemoglobinopathie wordt gedacht. In geval van kinderwens kan via onderzoek van de partner worden nagegaan of prenatale diagnostiek wenselijk is, en kan de mogelijkheid van zwangerschapsonderbreking aan de orde worden gesteld. Voorts kan worden gevraagd eventuele naaste verwanten met (toekomstige) kinderwens te informeren over het feit dat deze 50% kans hebben eveneens drager te zijn.

Literatuur:

1. Haak HL. Thalassemie en hemoglobinopathie in Den Haag. Interne notitie 1995.
2. Knottnerus JA, Knipschild PG, Wersch JWJ van, e.a. Onverklaarde moeheid en hemoglobinegehalte; een onderzoek vanuit de huisartsenpraktijk. Ned Tijdschr Geneesk 1986; 130: 402-5.
3. Spit AWM, Schulpen TWJ. Hemoglobinopathieën in Nederland: is screening bij buitenlandse vrouwen wenselijk? Ned Tijdschr Geneesk 1992; 136 nr. 18: 869-71.
4. Rengelink-van der Lee JH, Most van der Spijk van MW, Schulpen TWJ. Landelijk onderzoek sikkelcelanemie en thalassemie. Eindrapport. Stichting Gezondheid Derde Wereld Kind. Utrecht 1994.
5. Rengelink-van der Lee JH, Schulpen TWJ, Bemer FA. Incidentie en prevalentie van hemoglobinopathieën bij kinderen in Nederland. Ned Tijdschr Geneesk 1995; 139 nr. 29: 1498-1501.
6. Migranten in Den Haag - Nu en straks. Dienst Ruimtelijke en Economische Ontwikkeling. Gemeente Den Haag 1992.
7. Bernini LF. Hemoglobin Research and Diagnostics in the Netherlands. In: Hemoglobinopathies and Today Genetics. Cursusboek Boerhaavecursus 21 april 1994. Bureau Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde. Leiden 1994: 77-97.

Folders.

Erfelijke bloedarmoede

Is onderzoek bij u zinvol? (gratis)

Uitgave van:

- O.S.C.A.R. patiëntenvereniging voor sikkelcelanemie en thalassemie. Adres: S.C. Beaber, F. Bolstraat 267, 1072 LH Amsterdam
- VSOP, Vereniging van Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties.
- Klinisch Genetisch Centrum Leiden, telefoon 071 - 5 26 80 33

Informatie voor mensen betrokken bij sikkelcelziekte en/of thalassemie (f 2,50)

Uitgave van:

- VSOP, Vereniging van Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties. Erfolijn: 035 - 60 28 555

Bij de VSOP zijn voorts verschillende artikelen verkrijgbaar voor erfelijkheidsvoorlichting aan migranten: een boekje in het Turks en in het Arabisch een audiocassette in het Marokkaans/Berber en video's in het Turks, Marokkaans en Berber. Verder een gids voor hulpverlening en voorlichting en een map voor groepsvoorlichting.

De Nederlandse gezondheidszorg en Marokkanen

Impressies van hulpverleners

Mw. A. van Rijn

Dit jaar wordt in de vier grote steden en Gouda een enquête gehouden onder Marokkanen, opdat er meer inzicht ontstaat in de gezondheidssituatie van deze groep migranten. Daaraan is een pilotstudie voorafgegaan, waarbij aanbieders van de zorg werden geïnterviewd. De meesten - ongeacht het echelon - hebben een gevoel van onmacht en frustratie jegens deze groep. Een studie naar de zienswijze van de Marokkanen zelf zal, naar wordt verwacht, een groot aantal geconstateerde manco's uit de weg ruimen.

In 1995 wordt een landelijke gezondheidsenquête uitgevoerd onder Marokkanen¹⁾ om meer inzicht te krijgen in de gezondheidssituatie van Marokkaanse mannen en vrouwen. Om praktische redenen is de enquête beperkt tot de steden Amsterdam, Rotterdam, Utrecht, Gouda en Den Haag. Naast de landelijk uniforme vragen in de enquête is er voor elke deelnemende stad ruimte om in de vragenlijst een aantal specifieke vragen op te nemen. Om het Haagse gedeelte van de vragenlijst goed inhoudelijk vorm te kunnen geven is in het voorjaar van 1995 in Den Haag een pilotstudie uitgevoerd²⁾.

In deze studie is nagegaan of er specifieke thema's kunnen worden geïdentificeerd met betrekking tot de gezondheidssituatie van de Marokkaanse gemeenschap in Den Haag.

De pilotstudie moest in korte tijd worden uitgevoerd met beperkte middelen. Deze randvoorwaarden hebben ten grondslag gelegen aan de keuze om alleen vertegenwoordigers van de Haagse gezondheidszorg te interviewen. In totaal hebben 27 gezondheidswerkers afkomstig uit de eerste, tweede en derde lijn gefungeerd als informanten. Ze

¹⁾ Door het Centraal Bureau voor de Statistiek is in de periode 1989-1990 een gezondheidsenquête uitgevoerd onder Turken in Nederland.

²⁾ Voor zowel de landelijke gezondheidsenquête onder Marokkanen als voor de pilotstudie is subsidie verkregen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Over de auteur:

Mw. A. van Rijn, cultureel-antropoloog, werkzaam bij het Instituut voor Sociologisch-Economisch Onderzoek, Erasmus Universiteit Rotterdam

betreffen onder meer - één of meer - artsen (huisartsen/bedrijfsartsen); fysiotherapeuten; maatschappelijk werkers; verpleegkundigen in de wijk, sociaal-psychiatrische verpleegkundigen en transmuraal verpleegkundigen; afdelingscoördinatoren (migranten/verslavingszorg); specialisten (gynaecologen/psychiaters) en studenten medicijnen³.) De wervingsmethode zag er als volgt uit: er is begonnen met medewerkers van de GGD die contact hebben met Marokkanen; vervolgens zijn op hun suggestie gezondheidswerkers benaderd (verder) uit het veld. Daarbij is ervoor gewaakt dat er voldoende breedheid kwam qua disciplines en qua werklocatie in de stad (bijvoorbeeld, niet allemaal uit één gezondheidscentrum). Vijf geïnterviewden zijn van Marokkaanse afkomst. Dit betekent dat het Marokkaanse culturele perspectief op gezondheid is ondervertegenwoordigd.

Omdat alleen de aanbieders van gezondheidszorg aan het woord zijn gelaten, en niet de gebruikers ervan, geeft de pilotstudie geen volledig beeld van de gezondheidssituatie van Marokkanen. Het geschetste beeld is dan ook noodzakelijk eenzijdig: slechts één kant van de medaille komt naar voren. In de schriftelijke enquête zullen de Marokkanen zelf aan het woord komen.

Van de pilotstudie wordt in dit artikel verslag gedaan.

Barrières

Iedereen die is benaderd voor een interview was, ondanks drukke banen, onmiddellijk bereid, mee te werken aan het onderzoek. Voor de meesten was een belangrijke motivatie het feit dat ze, bij de uitoefening van hun beroep, barrières ervaren in het contact met Marokkanen.

Eén van die barrières is dat men over het algemeen wel beschikt over globale kennis van de Marokkaanse cultuur, de leefstijl en de gewoonten, maar dat men onvoldoende gedetailleerde of specifieke kennis heeft. Zo is er weinig zicht op de beleving van ziekte en gezondheid evenals op de verwachtingen die men heeft van de gezondheidszorg.

Arts: 'Bij Marokkanen heb je eigenlijk geen idee wat er zich allemaal afspeelt. Je kunt niet echt je vinger op de zere plek leggen, zeker niet bij Marokkaanse vrouwen.'

Een ander voorbeeld is dat men weinig zicht heeft op de betekenis en de werking van bovenna-

tuurlijke oorzaken bij ziekte. Naast het medische circuit is er een circuit met specifieke kennis en vaardigheden, waar amuletten, geesten, magie en de Koran een centrale rol spelen. Uit de praktijk blijkt dat Marokkanen tegelijkertijd gebruikmaken van het reguliere medische circuit en van traditionele genezers uit de eigen gemeenschap. Het komt ook voor dat het ene circuit wordt verwisseld voor het andere. Voor Marokkanen kan ziekte zowel een natuurlijke als een bovennatuurlijke oorzaak hebben. Als het gaat om een ziekte met bovennatuurlijke oorzaak dan kan dit zijn veroorzaakt door tovenarij, magie, het boze oog of door geesten. Marokkanen dragen vaak amuletten om zichzelf te beschermen voor het boze oog. Als men denkt dat de ziekte wordt veroorzaakt door een bovennatuurlijke kracht gaat men naar een traditionele genezer. Marokkaanse vrouwen en mannen zullen niet snel met vertegenwoordigers uit de gezondheidszorg praten over bijvoorbeeld geesten en bezetenheid.

Sociaal-verpleegkundige: 'Men gaat ervan uit dat een Nederlander dat niet begrijpt. Het wordt verzwegen. Als je er iets over wilt weten dan moet je ernaar vragen.'

Een tweede barrière die naar voren werd gebracht, is dat men het niet eenvoudig vindt een vertrouwensrelatie op te bouwen. Er moet relatief veel in contacten worden geïnvesteerd.

Beleidsmedewerker: 'Als je Marokkanen vergelijkt met andere groepen dan is de Marokkaanse gemeenschap qua benadering altijd minder gemakkelijk geweest. Ze creëren veel moeilijker een vertrouwensrelatie. Maar als je eenmaal binnen bent dan is het goed.'

Eén en ander wordt nog versterkt door de taalbarrière. Veel Marokkanen beheersen de Nederlandse taal niet of in beperkte mate. Het is geen zeldzaamheid dat een kind van nog geen tien jaar moet tolken voor een moeder of vader. Dit kan een arts of verpleegkundige voor grote dilemma's plaatsen. Bovendien komt uit de interviews het beeld naar voren dat Marokkanen niet gewend zijn aan de zakelijke benadering die de Nederlandse gezondheidszorg kenmerkt. Gezien de beperkte tijd die huisartsen, specialisten en andere beroepskrachten in de gezondheidszorg voor patiënten ter beschikking hebben, wordt (impliciet) van patiënten verwacht dat ze kort, helder en

³) De citaten in dit artikel zijn afkomstig uit de interviews.

zakelijk bespreken wat hun klachten zijn. Marokkanen komen daarentegen vaak met de hele familie op het spreekuur en 'nemen alle tijd' voor kennismaking en uitwisseling van beleefdheden.

Artsen, verpleegkundigen en andere beroepskrachten geven aan dat deze omstandigheden soms tot (grote) frustraties leidt.

Tegelijkertijd brengen de geïnterviewden naar voren dat de manier waarop Marokkaanse mannen en vrouwen met hun klachten omgaan, sterk verschilt van de Nederlandse gewoonten op dit gebied. Vanuit de Nederlandse cultuur komt het 'overdreven' en 'theatraal' over.

Verpleegkundige: "Men ligt soms in de wachtkamer op de grond of op de bank. Je moet door je lichaam laten zien dat je ziek bent: 'Kijk mij hier lijden!'. Als Marokkanen ziek zijn dan voelen ze zich ook echt ziek. De presentatie van klachten is kleurrijker, men gaat hard klagen en jammeren."

Verschillen in ziektebeleving en de manier waarop deze worden geuit, leiden volgens respondenten niet zelden tot irritaties. Eén informant gaf aan dat sommige verpleegkundigen in de wijk zich dermate ergeren aan 'het theatrale en overdreven gedrag' dat ze niet meer in Marokkaanse gezinnen willen werken.

Een derde barrière die wordt ervaren is de gebrekkige medische kennis. Volgens de geïnterviewden hebben Marokkanen weinig kennis van het functioneren van het eigen lichaam. Tevens is in dit verband genoemd, dat in het Berbers een aantal woorden, zoals gezwel, cellen en hormonen niet voorkomen. Op zichzelf goede uitleg van een arts kan daardoor soms toch zijn doel missen.

Kadervrouw: 'Vrouwen en mannen weten niet hoe hun lichaam in elkaar zit en wat er mee gebeurt.'

Geconcludeerd kan worden dat er nogal wat barrières zijn in de communicatie tussen de aanbieders en de gebruikers van de gezondheidszorg in deze.

Factoren die gezondheid beïnvloeden

Tijdens de interviews is de lichamelijke en de geestelijke gezondheidstoestand van Marokkaanse vrouwen en mannen aan de orde gesteld. In veel interviews is een relatie gelegd tussen de gezond-

heid en de specifieke problematiek van Marokkanen in Den Haag dan wel in Nederland. Er is ingegaan op de fysieke leefomgeving, de migratieproblematiek, de gezinsverhoudingen en de sociale netwerken van Marokkanen.

Wat de fysieke leefomgeving betreft: veel Marokkanen wonen in de zogenaamde 'achterstandsbuurten', in slechte - vochtige en tochtige - huizen. Veelal wonen grote gezinnen in (te) kleine huizen.

Marokkaanse vrouwen die werken worden zwaar belast. Het werk is lichamelijk zwaar. Voor vrouwen die bijvoorbeeld in visfileerbedrijven werken, zijn kou en stank kenmerkend voor de werkomstandigheden. Als ze thuishouden moeten ze vervolgens voor het huishouden en de kinderen zorgen, zonder de hulp van hun man.

Als gevolg van de migratie zou er sprake zijn van teleurstellingen en spanningen. Voor veel Marokkaanse mannen heeft de migratie niet opgeleverd wat ze ervan hadden verwacht. Men hoopte in het rijke Nederland een goed leven te kunnen leiden en welgesteld terug te keren naar Marokko. Niets is minder waar. Velen zijn na jaren van hard werken werkloos geworden of in de WAO beland. Men wordt geconfronteerd met ethnocentrisme, discriminatie en soms zelfs met regelrechte vijandigheid.

Ook de gezinsverhoudingen zijn door de migratie dikwijls veranderd. Vaak lukt het Marokkaanse mannen niet de rol te vervullen die ze traditioneel in Marokko hadden. Regelmatig heeft een zoon in Marokko lange tijd de rol van de vader overgenomen. Bij hereniging kunnen dan grote spanningen ontstaan tussen vaders en zonen. Maar ook werkloosheid en de invloed van een minder autoritaire samenleving op kinderen hebben invloed op de rol en de positie van Marokkaanse mannen. Veelal boeten ze in aan respect en gezag. De informanten hebben de indruk dat Marokkaanse vrouwen minder onder druk staan, omdat de veranderingen in hun rol en positie minder ingrijpend zijn. Daarentegen zijn er ook voor Marokkaanse vrouwen specifieke spanningen.

Maatschappelijk werkster: 'In Marokko ontmoeten vrouwen elkaar bij wasplaatsen. In Nederland leven vrouwen vaak zeer geïsoleerd omdat mannen hun vrouwen willen beschermen. Ze mogen dan niet naar buiten en hebben maar mondjesmaat contact met andere Marokkaanse vrouwen. Sommige vrouwen denken dat dit zo hoort terwijl andere vrouwen boos en teleurgesteld zijn.'

Het leven van veel Marokkaanse vrouwen in Nederland wordt gekenmerkt door isolement en eenzaamheid. De indruk bestaat dat Marokkaanse mannen veel tijd doorbrengen in de koffiehuisen. Verschillende informanten brachten naar voren dat ze weinig zicht hadden op de vraag of de koffiehuisen een positieve invloed hebben op het welbevinden - en in het verlengde daarvan op de gezondheid - of dat er juist een minder gunstige invloed vanuit gaat. Algemeen wordt de behoefte naar voren gebracht om meer kennis en inzicht te hebben in het functioneren van het sociale netwerk van mannen: hoe brengen mannen hun tijd door; hoe ziet hun netwerk eruit en welke steun ontvangen ze daarvan; wat doen mannen in de moskee en hoe beleven ze de moskee; welke onderwerpen worden in de moskee besproken; welke invloed heeft de imam op mannen.

Het is opvallend dat informanten sterk de nadruk leggen op de gevolgen van de hier beschreven factoren voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid. Marokkaanse patiënten zelf zouden daarentegen zelden een verband leggen tussen deze factoren en hun klachten. Algemeen wordt het beeld naar voren gebracht dat Marokkanen niet snel praten over psychische problemen maar deze vertalen in somatische klachten.

De eerste lijn

Bijna alle sleutelinformanten brengen naar voren dat Marokkanen vaak huisartsen bezoeken. Ook voor zaken die voor Nederlandse begrippen kleinigheden zijn, zoals verkoudheid. Bij de eerste lijnsvoorzieningen komen Marokkanen vrijwel uitsluitend met lichamelijke klachten. Er wordt niet of nauwelijks gesproken over problematieken als stress of depressiviteit.

Volgens de informanten zijn Marokkanen 'weinig geneigd' naar oorzaken te kijken. Men (h)erkent geen psychische oorzaken maar legt evenmin een relatie met de eigen leefstijl, eet- en drinkgewoonten, mate van beweging en dergelijke.

Verpleegkundige: 'Men is niet geneigd naar oorzaken te kijken. Het gebeurt, het is je lot. Men reageert erg gelaten op een ziekte. De dingen gebeuren. Men neemt weinig verantwoordelijkheid. Het ziekte-inzicht en de consequenties daarvan ontbreken. De verantwoordelijkheid voor een ziekte wordt buiten zichzelf gezocht.'

In de Nederlandse gezondheidszorg is de eigen

verantwoordelijkheid van de patiënt steeds centraler komen te staan. Huisartsen anticiperen op de bereidheid van hun patiënten om zelf een bijdrage te leveren aan het genezingsproces door bijvoorbeeld andere voedingsgewoonten, meer beweging of reduceren van spanning en stress. Uitgangspunt daarbij is dat men het gebruik van medicijnen zoveel mogelijk wil beperken of voorkomen. Veel (huis)artsen voelen zich uitermate gefrustreerd dat ze hierover moeilijk contact kunnen maken met hun Marokkaanse patiënten. Het ontbreekt hen aan tijd en er speelt een communicatieproblematiek.

Huisarts: "Ik heb geprobeerd Marokkaanse patiënten uit te leggen dat buikpijn te maken kan hebben met spanning. Bijvoorbeeld spanningen in het gezin omdat kinderen niet meer naar hun ouders luisteren of doordat vrouwen erg geïsoleerd leven. Dit werkte niet. Marokkaanse vrouwen zeiden: 'Ik word er niet beter van door er over te praten.' Ze gaan ervan uit dat er iets moet zijn, ze blijven aanhouden. Ik ben nu niet meer bezig met uitleggen. Als er strijd ontstaat met patiënten over de manier waarop klachten worden geïnterpreteerd, verlies je als arts helemaal het contact met je patiënt. Ik erken de klacht en zoek het medicijn dat het dragelijk kan maken."

Om het wat zwart-wit te zeggen: uiteindelijk hebben veel huisartsen het gevoel dat ze maar voor twee remedies kunnen kiezen: òf pillen mee naar huis geven òf verwijzen naar een specialist.



Dit laatste vaak op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt.

Daarnaast geven artsen en specialisten aan dat Marokkanen snel om medicijnen vragen. De indruk bestaat dat het medicijngebruik omvangrijk is, terwijl er tegelijkertijd weinig inzicht is in de werking, het effect en het doel van de medicatie. Bovendien zouden Marokkanen weinig therapietrouw zijn. Medicatie wordt gestopt als het weer goed gaat, als er een alternatieve genezer wordt geraadpleegd, bij een bezoek aan Marokko of als men bijvoorbeeld een ander advies krijgt van familie of vrienden.

Verpleegkundige: 'Als bijvoorbeeld een kind suikerziekte heeft en het gaat weer goed dan stopt men vaak met het spuiten van insuline.'

Ten slotte vermoedt men dat er veel aan zelfmedicatie wordt gedaan. Daarbij gebruikt de één bijvoorbeeld de medicatie van de ander, omdat de medicijnen goede resultaten hebben gehad.

Wat de klachten betreft waarmee Marokkaanse vrouwen en mannen bij artsen en specialisten aankloppen, hebben informanten de indruk dat sommige klachten meer voorkomen dan bij andere allochtone en/of autochtone bevolkingsgroepen. Het gaat hierbij om overgewicht en buikpijnklachten bij vrouwen; suikerziekte op latere leeftijd bij mannen en vrouwen en eveneens bij mannen en vrouwen klachten van het bewegingsapparaat en maag-, darm- en rugklachten bij mannen.

De tweede lijn

Er wordt een vast verwijspatroon onder Marokkanen geconstateerd: huisarts, fysiotherapeut, ziekenhuis (neuroloog, internist of orthopeed). Evenals huisartsen worden ook specialisten relatief vaak bezocht.

Huisarts: 'Marokkanen denken ik ben ziek en er moet wat gebeuren. Als er niets wordt gevonden gaat men naar een andere huisarts of specialist. Nederlanders denken eerder er wordt niets gevonden dus het zal wel goed zijn.'

Deze zwerftocht beperkt zich niet tot Nederland. Ook artsen, specialisten en traditionele genezers in Marokko worden voor een second opinion bezocht.

Specialist: 'Er kwam een vrouw op mijn spreekuur; ze was door de huisarts verwezen. Het bleek dat deze vrouw kanker had. De familie stond op het punt om op vakantie te gaan naar Marokko. Nadat ze de uitslag hadden gehoord zijn ze op vakantie gegaan. Achteraf hoorde ik dat ze in Marokko naar allerlei specialisten zijn geweest. Dit kostte hen erg veel geld. Ook in Marokko had de vrouw te horen gekregen dat ze kanker had. Na de vakantie kwam de familie terug om de vrouw te laten behandelen.'

Specialisten verwoorden globaal dezelfde dilemma's als de huisartsen en andere eerstelijnsverwerkers.

Bij tweedelijnsvoorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg, zoals de RIAGG, komen Marokkanen over het algemeen pas terecht als ze in andere trajecten zijn vastgelopen. Specialist bezoeken en uitgebreide onderzoeken hebben niets opgeleverd en uiteindelijk wordt men verwezen naar de RIAGG. Ook hier weer hetzelfde beeld: Marokkaanse vrouwen en mannen zouden vrij 'fatalistisch' omgaan met hun problemen.

Er zijn geen signalen dat Marokkanen oververtegenwoordigd zijn in de psychiatrie. Wel worden er meer Marokkaanse mannen dan vrouwen opgenomen met een psychiatrisch ziektebeeld. Psychiaters wijten dit aan de grote druk waaraan Marokkaanse mannen in de Nederlandse samenleving bloot staan. Psychiaters zien geen andere ziektebeelden bij Marokkanen dan bij andere patiënten. De manier waarop het ziektebeeld wordt ingekleurd verschilt echter wel. Hierdoor vraagt de behandeling van Marokkanen met een psychiatrisch ziektebeeld een andere benadering. Eén van de informanten bracht naar voren dat een individuele aanpak bij Marokkanen minder effectief zou zijn. Hij pleitte voor een systeemgerichte behandeling, waarbij het hele familiesysteem wordt betrokken bij de behandeling.

Psychiater: 'Bij Marokkanen is het belangrijk om te bezien: hoe verhoudt de ziekte zich binnen de familie? Hoe zit het met de educatie van de familie? En hoe wordt de stoornis beleefd: hoe is de maatschappelijke integratie?'

Veel hulpverleners geven, ongeacht het echelon waarin ze werkzaam zijn, uiting aan een gevoel van onmacht en frustratie. Ze hebben de indruk dat de hulpverlening, en ook die door henzelf, schromelijk tekort schiet.

Tot besluit

In het begin van dit artikel is al aangegeven dat het pilotonderzoek uitsluitend de ervaringen en beelden van de aanbieders van de gezondheidszorg weergeeft. Bovendien overheerst het Nederlandse culturele referentiekader van de gezondheidszorg. De aangekondigde schriftelijke enquête onder Marokkanen zal deze manco's voor een gedeelte kunnen opvangen. Er zijn namelijk aanwijzingen - en dat ligt ook voor de hand - dat het verhaal van de gebruikers van zorg er heel anders uitziet. Een voorbeeld is het kenmerk dat Marokkanen snel medicijnen zouden willen als ze een klacht hebben. In verschillende onderzoeken geven Marokkanen juist aan, het gevoel te hebben door huisartsen en anderen in de gezondheidszorg te worden afgescheept (1)(2). Er wordt niet of nauwelijks met hen gepraat, of de huisarts begint al meteen met het uitschrijven van medicijnen. Ook het kenmerk dat Marokkanen geen inzicht zouden hebben in het feit dat men somatische klachten kan krijgen als gevolg van psychische oorzaken, zoals verdriet, stress en sociale problemen, lijkt onterecht aan hen te worden toegekend.

Een probleem in de gezondheidszorg voor Marokkanen is het door gezondheidswerkers hanteren van culturele stereotypen. Stereotypen sporen niet altijd met de realiteit en kunnen daardoor het zicht op de mogelijkheden van de hulpverlening verduisteren. Toetsing van deze beeldvorming aan de praktijk vindt vaak onvoldoende plaats. Een arts werkzaam bij een Rutgersstichting beschrijft aan de hand van een aantal ervaringen dat ze het beeld heeft moeten bijstellen dat binnen de islamitische cultuur seksualiteit niet bespreekbaar is (3).

Ook het dynamische karakter en het ontstaan van een specifieke migrantencultuur maakt dat verwachtingen over het ziektegedrag van Marokkanen, gebaseerd op kennis van hun 'cultuur', niet met de realiteit sporen. Taboes en culturele regels lijken meer flexibiliteit te kennen dan de literatuur ze toestaat. Er kan zeker worden gesproken van een complexe situatie: als je als (huis)arts geen tijd hebt voor je patiënt - bomvolle wachtkamers - raak je ook sneller geïrriteerd. En als je als Marokkaan niet gewend bent om je zakelijk en rationeel - to the point - uit te drukken, dan belemmeren taalverschillen ook om aan deze verwachtingen over het ziektegedrag te voldoen.

De hulpverleners gaven in de interviews blijk van een intensieve betrokkenheid bij de genoemde problemen. Daarbij kwamen, wanneer hen gericht werd gevraagd naar door hen ervaren problemen in de zorg voor Marokkanen, sterke gevoelens van onmacht en frustratie naar boven. De gezondheidszorg in Nederland is nog niet voldoende afgestemd op de zorgbehoeften van de Marokkanen.

Literatuur:

1. Wit W de, Wolff B de. Alloctonen en gezondheidszorg in Noord-Brabant: een onderzoek naar de relatie tussen alloctonen en de gezondheidszorg in Noord-Brabant. Tilburg 1991.
2. Wersch SFM van, Uniken Venema HP. Gezondheid van Marokkaanse vrouwen: gezondheidsbeleving, ziektegedrag en sociale netwerken van Marokkaanse en Nederlandse vrouwen in Rotterdam. Rotterdam 1992.
3. Obdeijn-van Welij W. Primair vaginistische reactie bij Marokkaanse vrouwen in Nederland: een les uit de praktijk. In: Medische Antropologie 'Migranten en Gezondheidszorg'. Tijdschr Gezondh en cultuur 1992; 4 nr. 2: 210-4.

Maatschappelijk herstel in Den Haag

(of de puzzel van vijfduizend stukjes)

L.M.J. Staal

'Maatschappelijk herstel' is de aanduiding van een samenhangende aanpak door verschillende hulpverlenende instanties om de rehabilitatie van de meest kwetsbare en gemarginaliseerde mensen in de maatschappij mogelijk te maken. Het gaat om ex-psychiatrische patiënten, voormalige drugsverslaafden en delinquenten die hun straf er op hebben zitten. Twaalf projecten konden van start gaan. Die zijn inmiddels geëvalueerd en hebben zoveel inzichten verschaft dat nu kan worden begonnen met 'het bijschuiven van ontbrekende puzzelstukken'.

Bij de begrotingsbehandelingen 1993 is door de Haagse gemeenteraad een motie aangenomen, waarin aan burgemeester en wethouders werd gevraagd om een samenhangende aanpak te realiseren gericht op maatschappelijk herstel van de meest kwetsbare mensen in de marge van de samenleving. Het college werd verzocht, na te gaan hoe deze aanpak in een samenleving tussen bedrijfsleven, woningcorporaties en zorginstellingen tot stand zou kunnen komen.

Dit verzoek aan het college was het startpunt voor het proces maatschappelijk herstel. De inzet van dit proces is het (weer) maatschappelijk activeren van de meest kwetsbare groepen in de stedelijke samenleving. Het gaat hierbij om ex-psychiatrische patiënten, ex-gedetineerden, (ex-) drugs- en alcoholverslaafden, zwervjongeren en dak- en thuislozen.

Medio oktober boog de gemeenteraadcommissie voor Welzijn, Gezondheidszorg, Sport en Recreatie (WGSR) zich over de eerste resultaten van 'maatschappelijk herstel'.

De eerste fase

Om het proces met vele betrokkenen in de stad op gang te krijgen is, in samenwerking tussen gemeente en de instellingen voor activeringswerk, gestart met het organiseren van een tweetal publieke debatten. Een grote groep werkgevers,

Over de auteur:

L.M.J. Staal, beleidsadviseur volksgezondheid, Sector GGD/MZ Den Haag en gemeentelijk projectleider maatschappelijk herstel

ambtenaren, volkshuisvesters, hulpverleners, vertegenwoordigers van de doelgroepen en leden uit de doelgroepen zelf bespraken in september 1993 en juni 1994 met elkaar een scala aan onderwerpen, die op een of andere manier een plaats moesten krijgen in een integrale aanpak. De deelnemers van de publieke debatten hadden het over de moeilijkheden voor de arbeidsbemiddeling om leden uit de doelgroepen bij werkgevers geplaatst te krijgen, de onbekendheid van woningcorporaties en werkgevers met de specifieke situatie en de wensen van de doelgroepen, de onoverzichtelijkheid van de zorg- en hulpverlening, de grote diversiteit aan arbeidsmarktgerichte trajecten en voor alles de verkokering en de moeilijke samenwerking tussen 'wonen, werken en welzijn'.

In de debatten werden ook concrete voorstellen op tafel gelegd. Woningcorporaties wilden woningen beschikbaar stellen. Een werkgever wilde wel een aantal jongeren in dienst nemen, mits hij kon terugvallen op ondersteuning uit de zorginstellingen indien dat aan de orde zou zijn.

Belangrijke winstpunten van de debatten waren de erkenning van het probleem en het feit dat mensen elkaar ontmoetten, waarmee een eerste aanzet was gegeven voor een structurele samenwerking.

Ten behoeve van de publieke debatten had de gemeentelijke dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheidsprojecten onderzoek gedaan naar de omvang van de doelgroepen en de problemen waarmee deze doelgroepen werden geconfronteerd in de huisvestingssfeer, bij het zoeken van werk en bij de pogingen om weer orde te brengen in het sociale bestaan.

In het onderzoek van september 1993 werd duidelijk dat de doelgroep voor het maatschappelijk herstel zeker 4.300 ex-psychiatrische patiënten, 1.000 ex-gedetineerden, 2.000 verslaafden, 1.300 dak- en thuislozen en 300 zwerfjongeren telde.

Na het tweede publieke debat was 'het probleem' in kaart gebracht en was er in de lokale samenleving een breed draagvlak om gezamenlijk de schouders te zetten onder mogelijke oplossingen. Met de grote verscheidenheid aan onderwerpen die in de debatten over tafel waren gegaan, met het grote aantal deelnemers dat bij de oplossingen betrokken zou zijn, met wensen tot samenwerking en ontkokering, maar ook met belangen en met financiële (on)mogelijkheden werd één ding duidelijk: er lagen duizenden stukjes van een puz-

zel waarvan de omvang nog niet bekend was en eigenlijk ook niet de exacte voorstelling.

De tweede fase

Behalve in het publieke debat was de discussie ook in het gemeentebestuur verder gegaan. Het college erkende de noodzaak van maatschappelijk herstel als een vernieuwingsproces voor de komende jaren. Maatschappelijk herstel werd na de gemeenteraadsverkiezingen als één van de speerpunten opgenomen in het Beleidsprogramma 1994-1998 van Den Haag.

Met de ondertekening van een convenant tussen het rijk en de gemeente Den Haag over maatschappelijk herstel ging in september 1994 een tweede fase van het proces in. Verrijkt met een financiële impuls van het rijk van twee miljoen gedurende vier jaar, ontstond een financiële ruimte om naast het reguliere gemeentelijke beleid initiatieven maatschappelijk herstel te stimuleren. Tegelijkertijd zouden de extra initiatieven moeten leiden tot vernieuwing en verandering in het gemeentelijke beleid op onder andere de terreinen thuislozenzorg, verslavingszorg, geestelijke gezondheidszorg, werkgelegenheidsbevordering en huisvesting voor achtergestelde groepen. De wethouder voor Welzijnszaken kreeg de verantwoordelijkheid voor het proces.

In het werkplan 'Maatschappelijk Herstel 1994' is het begrip maatschappelijk herstel in operationele termen gegoten. Maatschappelijk activeren kan worden bereikt door de mensen uit de doelgroepen te betrekken bij betaalde of onbetaalde arbeid, maatschappelijk nuttige activiteiten, vorming en opleiding en zinvolle dagbesteding.

In de voorwaardelijke sfeer is bij het maatschappelijk activeren van de groepen aandacht nodig voor de huisvestingssituatie, het inkomen, het eventueel saneren van schulden, ondersteuning, begeleiding en hulpverlening.

In oktober 1994 ging de gemeenteraadscommissie WGSR op basis van het werkplan akkoord met de start van twaalf experimenten in de vorm van projecten. Het gaat om initiatieven die zorg dragen voor een aanbod aan maatschappelijk nuttige activiteiten, het verbeteren van de toeleiding van de doelgroepen naar op werk gerichte voorzieningen, specifieke werkgelegenheid projecten, begeleiding en ondersteuning door vrijwilligers, vroegsignale-

ring en preventie, het vergroten van het aanbod van goedkope en veilige huisvesting en het leren van zelfstandig wonen.

De projecten zijn een aanvulling op het reguliere beleid van de gemeente en moeten de motor zijn voor de voorgestane vernieuwing van het beleid ten gunste van de meest kwetsbare Hagenaars met meervoudige problemen.

Het totale aantal in uitvoering zijnde projecten is inmiddels - nu op basis van het werkplan 'Maatschappelijk Herstel 1995' - opgelopen tot zeventien. In overzicht 1 (op bladzijde 18) zijn de projecten weergegeven.

De randen van de puzzel zijn in deze tweede fase van het proces gelegd en de projecten zijn de eerste herkenbare delen van de puzzel.

Van de twaalf op 1 november 1994 gestarte projecten is in september jl. een uitgebreide evaluatie afgerond. De resultaten van maatschappelijk herstel worden zichtbaar.

De resultaten

Het enthousiasme uit de publieke debatten is in de periode juni 1994 - oktober 1995 omgezet in daden, onder andere in de vernieuwende projecten. Het enthousiasme over een nieuwe aanpak heeft zich op de uitvoering gericht, waar het vaak danig op de proef is gesteld door de toch weerbarstige praktijk.

Via een apart bulletin Maatschappelijk Herstel is getracht een brede kring van belangstellenden op de hoogte te houden van de activiteiten in de projecten en daarbuiten.

Welke resultaten kunnen worden genoemd?

Het proces maatschappelijk herstel heeft in de stad geleid tot een versterking van de aandacht vanuit allerlei instellingen en gemeentelijke diensten voor de grote groep sociaal zwakkeren en sociaal kwetsbaren in de Haagse samenleving.

De projecten hebben de doelgroepen van het maatschappelijk herstel bereikt. Eind september hebben door een intensieve samenwerking tussen verschillende instellingen en gemeentelijke diensten circa zeventig personen via het project 'activerend welzijnsbeleid' in de Schilderswijk en Escamp nuttig vrijwilligerswerk gevonden. Ongeveer veertig personen met een gevangenisstraf achter de rug of met een verslavingsverleden hebben via een reguliere baan of vrijwilligerswerk

weer aansluiting gevonden bij de maatschappij. Rond twintig ex-psychiatrische patiënten vinden via een kringloopbedrijf of een wijk- en diensten-centrum weer een zinvolle dagbesteding. Maatschappelijke kosten zijn bespaard doordat het aantal recidivisten afneemt. Hoge schoonmaak- en herhuisvestingskosten worden gespaard doordat een groep vrijwilligers een twintigtal potentiële vervuilingssituaties weet te voorkomen. Moeilijk te kwantificeren besparingen treden op door een afname van het beroep op de gezondheidszorg.

Naast de behaalde resultaten in aantallen en besparingen in maatschappelijke kosten is met name de verbetering van de samenwerking tussen verschillende instellingen en organisaties op de terreinen welzijn, wonen, werken en onderwijs van essentieel belang.

De derde fase

Maatschappelijk herstel moet meer zijn dan een verzameling goedlopende projecten. De kernbegrippen uit het proces zijn: integrale aanpak van het probleem, vernieuwing in het beleid ten gunste van de genoemde doelgroepen, versterken van de samenhang en het doorbreken van verkokering. Vanaf het begin is door de raadscommissie aangedrongen op het inbedden van de resultaten uit de experimenten in het reguliere beleid van de gemeente. De praktijk in de projecten en de lering die kan worden getrokken uit de evaluatie bieden de handvatten om de integrale aanpak in te bedden in het bestaande gemeentelijke beleid.

Met het aanstaande werkplan 'Maatschappelijk Herstel 1996' breekt een derde fase aan. Het proces zal moeten zijn gericht op de witte vlekken in het totaal van het integrale aanbod voor de doelgroepen, anders gezegd we moeten de ontbrekende puzzelstukken bijschuiven. Maar voor alles zal de vernieuwing van het beleid ten gunste van de sociaal zwakkere groepen keuzen vereisen binnen de beperkte financiële middelen van het bestaande beleid. Dan krijgen we zicht op de hele puzzel. Een puzzel van vijfduizend stukjes is groot!

De volledige beschrijvingen van de projecten in overzicht 1 (blz. 18) kunnen worden opgevraagd bij het projectbureau Maatschappelijk Herstel, telefoon 070 - 353 55 20.

Maatschappelijk Herstel

Projecten maatschappelijk herstel met hun doelstellingen.

Intensieve trajectbemiddeling doelgroepen maatschappelijk herstel

Op jaarbasis honderd mensen uit de doelgroepen maatschappelijk herstel toeleiden, plaatsen en begeleiden op de meest passende op werk gerichte voorzieningen.

Kringloopproject 'de parade'

Een op termijn rendabele bedrijfsexploitatie waardoor betaalde en permanente arbeidsplaatsen ontstaan voor de bij het project betrokken doelgroep.

Dak- en thuisloze jongeren Morgenstond

Integratie van dak- en thuisloze jongeren binnen de maatschappij en uiteindelijk de toeleiding naar vast werk.

Uitstroombegeleiding 'De Bol'

Kwaliteitsverhoging van de uitstroom van 'De Bol'

Stagebeleid VSO-ZMOK J.C. Pleysierschool

- Via stageplaatsen leerlingen om pedagogische redenen confronteren met hun mogelijke positie op de arbeidsmarkt om hun motivatie te verhogen en/of meer geëigende leerwegen te ontwikkelen;
- Via stageplaatsen doorstroming naar de arbeidsmarkt bevorderen, eventueel in samenhang met het behalen van een startkwalificatie.

Platform huisvesting maatschappelijk herstel

Het structureel betrekken van corporaties en andere specifiek op het huisvestingsterrein werkzame instanties bij het maatschappelijke herstel met het oogmerk het aanbod van woonruimte voor de doelgroep te vergroten.

Ontwikkeling keurmerk

- Het structureel vergroten via de commerciële markt van betrouwbare pensions/kamerverhuurbedrijven voor de doelgroepen;
- Het hierdoor creëren van een brancheorganisatie waardoor het zelfregulerend vermogen van de markt voor commerciële pensions wordt vergroot;
- Het bieden van betrouwbare doorstroombuizen voor stichtingen werkzaam voor de doelgroepen.

Traject

- Het verbeteren van de positie van jongeren met meervoudige problematiek, door hun hulp te bieden bij problemen op school, thuis, politie, vrije tijd en werk;
- Het overdragen van de werkwijze na afloop van het experiment aan een daartoe geëigende organisatie.

Bemiddelingsbureau (ex-)verslaafden, de BV

Het aanbrenge van meer coördinatie en structuur in het huidige maatschappelijke herstelaanbod rond toeleiding en herintreding op de arbeidsmarkt.

Begeleiding ex-gedetineerden

Het begeleiden van ex-gedetineerden bij het vinden van huisvesting, schuldsanering en het vinden van werk en het creëren van een contactpunt voor betrokken externe orga-

nisaties, instellingen en instanties.

Psychiatrische thuiszorg 'over de drempel'

Het meer ontvankelijk maken van de cliëntèle voor de hulpverlening, het bewerkstelligen van maatschappelijk herstel en het terugbrengen van het aantal dat recidiveert.

Signaleringsoverleg

- Overleg over en registratie van individuele achtergrond en problematiek van zorgverwekkende zorgmijders in elk Haags politiebureau;
- Uitvoering van individuele begeleidings- en reïntegratieplannen voor deze cliënten.

Nazorg (ex) verslaafden

- Zo snel mogelijk verslavingsproblematiek signaleren en de hulpverlening inschakelen;
- Gedurende de behandeling bij het Centrum Verslavingszorg Zeestraat zal de decentrale welzijnsorganisatie Escamp de natuurlijke en sociale netwerken van de desbetreffende cliënten herstellen en de nazorg voorbereiden;
- Via nazorg ex-verslaafden helpen met reïntegratie.

Integratie en vriendendienst

- Integratieproject: Aan een groep ex-psychiatrische patiënten en ex-verslaafden vrijwilligerswerk aanbieden in één van de accommodaties van de decentrale welzijnsorganisatie Centrum. Intentie is uitbreiden naar andere organisaties in de stad. Deze doelgroep-vrijwilligers worden deskundig begeleid;
- Vriendendienst: De individuele leden van de groep ondersteunen en helpen bij het opbouwen en het onderhouden van een sociaal netwerk door er een 'vriend' aan te koppelen, die ook activiteiten met de cliënt doorneemt;
- Voor beide projecten geldt: via produktontwikkeling helder krijgen onder welke condities de doelgroep binnen de welzijnsorganisatie kunnen worden bereikt en geholpen.

Casemanager drugverslaafden

Het door middel van casemanagement begeleiden van individuele verslaafden en het verminderen van verloederen en marginalisering. Het leveren van een bijdrage aan de reductie van overlast(-gevoelens). Het toeleiden naar maatschappelijk-herstelprogramma's en trajecten.

Activerend welzijnsbeleid

Het verbeteren van uitzicht op opnieuw deelname aan de samenleving voor sociaal kwetsbare Hagenaars, door het creëren van een stelsel van maatschappelijk zinvolle activiteiten.

Begeleid wonen 'de toekomst'

Bewoners van Adena leren zelfstandig te wonen om ze enerzijds te stimuleren de stap buiten de residentiële te zetten en anderzijds de condities te scheppen om zich te kunnen handhaven buiten de voorziening.

Oorzaakspecifieke sterfte en sociaal-economische status

Een introductie

*Mw. I. Burger, Mw. J.M. Vroom-Jongerden,
B.J.C. Middelkoop en H.W.A. Struben*

Het leven in een welgestelde wijk is aangenaamer en duurt bovendien langer. Steeds meer buiten- en binnenlandse studies tonen aan, dat kansarmen zodoende 'dubbel worden gepakt'. In Den Haag is een groots opgezet onderzoek begonnen naar oorzaakspecifieke sterfte per woongebied. Daaraan wordt in komende bulletins veel aandacht geschonken. Basismateriaal vormt de variabiliteit in sterfte over de periode tussen 1982 en 1991, zoals die bij 53.816 personen is vastgesteld. Deze eerste aflevering handelt vooral over de opzet van de studie.

Bewoners in welgestelde wijken leven langer dan die in minder bedeelde wijken. Van Kooten en De Bie maakten er een karikatuur over. Ze gaven aan bewoners van een achterstandswijk het advies regelmatig te wandelen in een rijke groene wijk om zo hun leven te verlengen. Een ludieke simplificatie van de werkelijkheid, maar van de verschillen zelf kijkt vrijwel niemand meer op. Toch is dit inzicht van zeer recente datum. Tot de jaren tachtig hadden onderzoekers en beleidsmakers nog maar weinig belangstelling voor de mogelijke samenhang tussen iemands sociaal-economische positie en zijn sterftekans. De algemene opvatting was dat in onze naoorlogse welvaartsstaat dergelijke sociaal-economische gezondheidsverschillen zich nauwelijks meer voordeden. Het tegendeel is waar. Uit steeds meer internationaal en ook nationaal onderzoek komt naar voren dat de sterftecijfers hoger zijn naarmate de sociaal-economische positie van mensen lager is. Dit blijkt zowel uit onderzoek waarin sterfteverschillen tussen geografische gebieden zijn vergeleken als uit longitudinaal onderzoek bij individuen. Grote sterfteverschillen treft men aan in de Verenigde Staten, Italië en Frankrijk. Nederland neemt samen met de meeste Scandinavische landen een relatief gunstige positie in (1).

Over de auteurs:

Mw. I. Burger, onderzoeker, Mw. J.M. Vroom-Jongerden, onderzoekmedewerker, B.J.C. Middelkoop, arts-epidemioloog en H.W.A. Struben, epidemioloog en hoofd afdeling, allen werkzaam op de afdeling Epidemiologie Sector GGD/MZ, Dienst Welzijn Den Haag

De Haagse situatie

Struben constateert eind jaren tachtig in zijn uitgebreide Haagse mortaliteitstudie (1977-1987) dat tussen wijken met het sterkst uiteenlopende sociaal-economische status (SES) een groot verschil bestaat in levensverwachting bij de geboorte. Haagse mannen in wijken met het hoogste SES-niveau hebben bij de geboorte een levensverwachting die bijna vijf jaar meer bedraagt (74,4 en 69,8 jaar) en bij Haagse vrouwen is dit iets meer dan twee jaar (80,7 en 78,6 jaar) (2). Over de hele leeftijdslijn ligt het gemiddelde sterfteniveau in de wijken met relatief veel sociaal-economische achterstand circa 35% hoger dan in de betere wijken. Uit een vrij recente vergelijking tussen Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Den Haag komt naar voren dat de mate van samenhang tussen totale sterfte en SES-niveau in de vier grote steden vergelijkbaar is (3).

Uit een andere studie van Struben (4) - waarin de oorzaakspecifieke sterfte van Den Haag werd vergeleken met de andere grote steden en de rest van Nederland (exclusief de grote steden) - zien we een verhoogd voorkomen van sommige doodsoorzaken die wellicht verband houden met een specifieke leefwijze en/of leefomstandigheid in een grote stad als Den Haag (bijvoorbeeld roken, alcoholmisbruik, bestaansonzekerheid en woontechnische aspecten).

Nieuwe studie nodig

De samenhang tussen sterfte en SES-niveau is duidelijk. Nog niet helder is, welke doodsoorzaken in welke mate verantwoordelijk zijn voor die samenhang. In een grote stad als Den Haag zijn de verschillen in SES-niveau groot (2). Deze tegenstellingen openbaren zich in Den Haag zelfs scherper dan in Amsterdam, Rotterdam of Utrecht (3). De wortels van de kloof tussen 'hoog' en 'laag' in Den Haag dateren van de vorige eeuw. Toen woonden de rijken op de hoge zandgrond en de armen op de lage veengrond (5). Nu is Den Haag (nog steeds) de stad met zeer welgestelde, ruim opgezette wijken met diplomaten en zakenlieden aan de ene kant en krap bemeten wijken met een hoog percentage werklozen en allochtonen aan de andere kant. De hofstad leent zich, vanwege dit verschil en ook qua inwonersaantal, goed voor een binnenstedelijke oorzaakspecifieke sterfteanalyse. In de Haagse gemeenteraad is, mede naar aanlei-

ding van de geconstateerde sterfteverschillen tussen wijken van uiteenlopend SES-niveau, uitgebreid discussie gevoerd over gezondheidsverschillen tussen wijken. Ook in de raad ontstaat behoefte aan specifiekere sterftegegevens op wijk-niveau. Derhalve is besloten een nieuwe, maar nu binnenstedelijke, oorzaakspecifieke mortaliteitsstudie in Den Haag te starten. Van dit onderzoek wordt in dit bulletin (en in volgende nummers) verslag gedaan.

Dit artikel is de eerste uit een reeks en draagt in hoofdzaak een algemeen, en soms een enigszins technisch karakter. Het bevat basisinformatie waarnaar in de vervolgartikelen steeds zal worden verwezen.

Allereerst krijgen het doel van het onderzoek, de wijze van de gegevensverzameling en de methode van het onderzoek aandacht. In algemene zin wordt vervolgens ingegaan op hoe verschillen in oorzaakspecifieke sterfte tussen woongebieden kunnen ontstaan. Als eerste resultaat worden de bijdragen van groepen doodsoorzaken aan de totale sterfte besproken. En ten slotte worden ter completering de bevindingen uit deze studie gepresenteerd over de mate van samenhang tussen de totale sterfte en het SES-niveau van de woongebieden.

*Het onderzoek**Doel*

Doel van het onderzoek is de oorzaakspecifieke sterfte per woongebied vast te leggen, waarmee opmerkelijke patronen in sterfte tussen (en eventueel binnen) woongebieden aan het licht komen. Bijzondere aandacht krijgen die vormen van oorzaakspecifieke sterfte in Den Haag waarbij een samenhang met het SES-niveau van het woongebied wordt geconstateerd.

De volgende vraagstellingen zijn (onder andere) geformuleerd:

- hoe is de sterfte van omvangrijke/belangrijke (groepen) doodsoorzaken verspreid over de stad (voor leeftijdsgroep en geslacht gecorrigeerd);
- hoe is de sterfte van omvangrijke/belangrijke (groepen) doodsoorzaken gerelateerd aan de deprivatie-index van de woongebieden;
- welke (significant) verhoogde oorzaakspecifieke sterfte - ten opzichte van de rest van de stad - doet zich in een woongebied(groep) voor.

Met deze vooral beschrijvende studie kan meer zicht worden verkregen in mogelijkheden tot reductie van een relatief hoge sterfte in een woongebied. Hierbij zal het noodzakelijk zijn gebruik te maken van aanvullende informatie over prevalentie van factoren, waarvan op grond van *ander* onderzoek al bekend is dat ze een belangrijke rol kunnen spelen bij een bepaalde sterfte (bijvoorbeeld roken en longkanker) (6).

We zoeken met deze studie dus niet primair naar causale relaties; deze zijn vaak zeer complex (zie verder). De verkregen informatie reikt veel meer een handvat aan om aangrijpingspunten te krijgen voor oorzaken van een bepaalde sterfte in een bepaald woongebied. De informatie kan worden beschouwd als een 'wijkfoto van sterfte' die steeds weer opnieuw kan worden bestudeerd.

Gegevensverzameling

Het onderzoek is gebaseerd op de sterfte - in de periode 1982-1991 - onder ingezetenen van de gemeente Den Haag. Ook wanneer ze buiten Den Haag waren overleden zijn ze meegenomen. In totaal betreft het 53.820 sterftegevallen.

De gegevens van de overleden Hagenaars zijn betrokken van de Dienst Burgerzaken in Den Haag. Hij leverde het geslacht, de datum van geboorte en van overlijden, de plaats van overlijden, de woonbuurt en het overlijdensaktenummer. Aan de hand van het aktenummer kon het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) de primaire doodsoorzaak ¹⁾ aanvullen.

De samenstelling van het gegevensbestand verliep niet zonder slag of stoot. Zo bleken gedurende de onderzoeksperiode de buurtgrenzen gewijzigd, waardoor tijdrovende correcties moesten worden aangebracht. Waren mensen buiten Den Haag overleden dan werd door de Dienst Burgerzaken de gemeente van overlijden aangeschreven voor de aktenummers. Dit liep voorspoedig behalve bij de randgemeenten waar voor het zoekwerk - vanwege de grote aantallen - extra menskracht moest worden geleverd. Uiteindelijk kon het CBS slechts bij vier gevallen geen gegevens leveren. Een ver-

bluffend resultaat. Bij een dergelijk onderzoek is een uitval van 5% geen uitzondering.

Vanwege privacyoverwegingen mogen de overledenen niet traceerbaar zijn. Het CBS kon daarom de gevraagde uitsplitsing naar leeftijd en geslacht per doodsoorzaak alleen geven wanneer voldoende inwoners woonden in een gebied. De 93 buurten volgens de gemeentelijke indeling moesten daardoor worden geaggregeerd tot 29 nieuwe zogenaamde 'woongebieden'.

Bij de combinatie van de buurten is steeds rekening gehouden met:

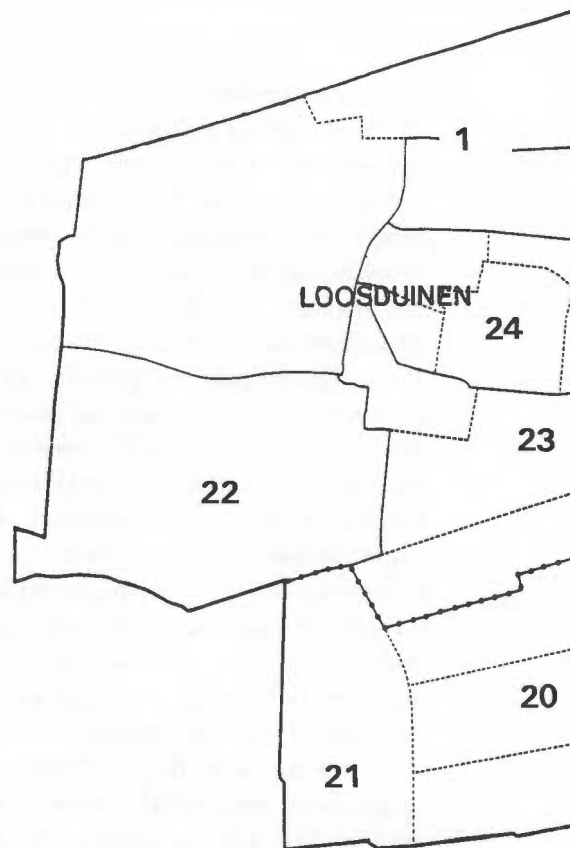
- een gemeenschappelijke grens (dus aangrenzend);
- de homogeniteit op sociaal-economisch en cultureel gebied, in bijzonder het werkloosheidsniveau (langdurig) en het inkomensniveau;
- het percentage allochtonen.

Een nadeel van deze noodzakelijke samenvoeging is dat de nieuw gevormde 29 woongebieden niet direct tot de verbeelding spreken omdat ze bijna nooit herkenbare namen hebben, zoals dat wel geldt voor de Schilderswijk of de Vogelwijk. Vandaar dat we hebben gekozen om de resultaten naar woongebied zoveel mogelijk af te beelden in geografische kaarten met daarin verwerkt de oorspronkelijke buurtgrenzen (figuur 1 op bladzijde 22 en 23). Soms zal het noodzakelijk zijn te volstaan met een tabel met uitsluitend de nummering van de woongebieden. Om aan de nummers nadere inhoud te geven staan naast figuur 1 per woongebied de namen van de buurten, zoals de gemeente deze benoemt. Van figuur 1 zal in de vervolg artikelen regelmatig gebruik worden gemaakt.

Het CBS hanteerde voor de classificatie van de doodsoorzaken de aangepaste mortaliteitslijst, bestaande uit 53 categorieën (de zogenoemde AM-53), die is gebaseerd op de 9de revisie van de International Classification of Diseases van de World Health Organization. Vanwege wederom privacyoverwegingen en toevalsfluctuaties bij zeldzame sterfte zijn enkele van de 53 categorieën nog verder geaggregeerd. Dit is gedaan op grond van aetiologische samenhang, relevantie (sociaal, besmettingsgevaar, ernst) en/of interventiemogelijkheid dan wel vermijdbaarheid. In tabel 1 (op bladzijde 27) staan alle (categorieën) doodsoorzaken die beschikbaar zijn voor het onderzoek. Van links naar rechts vindt steeds verdere uitsplitsing plaats.

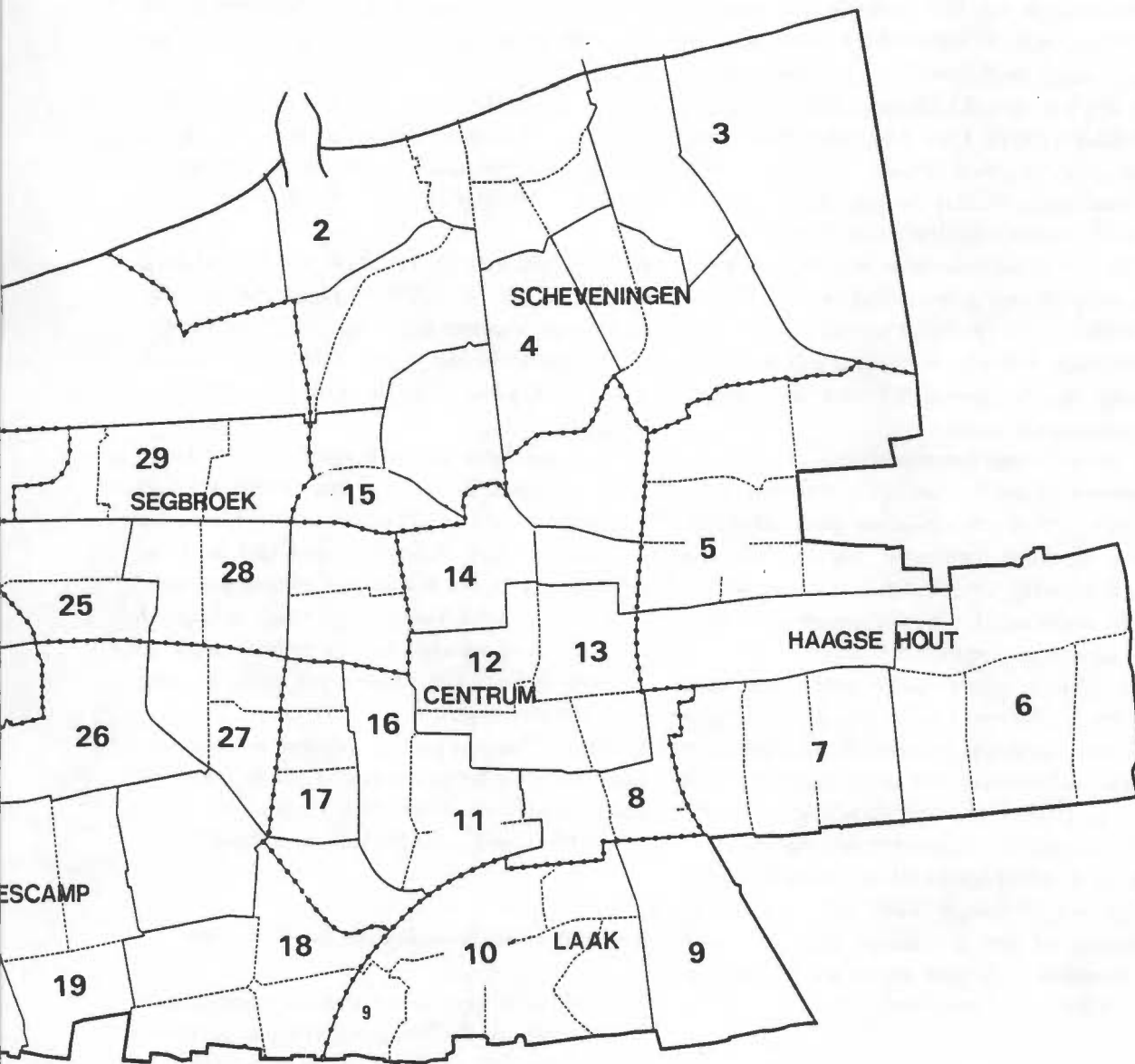
¹⁾ Primaire doodsoorzaak: de ziekte die rechtstreeks de dood ten gevolge had; bij meer dan één doodsoorzaak de ziekte die aan het overlijden ten grondslag ligt, met andere woorden de ziekte die de keten van gebeurtenissen die tot de dood heeft geleid in gang heeft gezet of de omstandigheden van het ongeval waardoor de fatale verwonding werd veroorzaakt.

Woon- gebied	Buurtnamen	Depriv. index score
1	Vogelwijk; Bosjes van Pex; Ockenburgh; Kijkduin; Bohemen en Meer en Bos; Componistenbuurt; Waldeck-noord:	- 1,72
2	Duindorp; Oud Scheveningen; Vissers- haven; Visserijbuurt; Geuzenkwartier:	- 0,10
3	Scheveningen badplaats; Oostduinen; Belgisch park; Rijslag:	- 0,48
4	Van Stolkpark/Schev. bosjes; Staten- kwartier; Zorgvliet; Westbroekpark; Duttendel:	- 0,98
5	Nassaubuurtt; Haagse bos; Uilennest; Duinzicht; Waalsdorp; Arendsduin; Van Hoytemastraat e.o.:	- 1,93
6	Landen, Kampen, Marlot; Burgen en Horsten:	- 0,80
7	Bezuidenhout-midden; Bezuidenhout-oost:	- 0,42
8	Huygenspark; Rivierenbuurt-zuid; Rivierenbuurt-noord; Bezuidenhout-west:	+ 1,23
9	Laakhaven-oost; Spoorwijk; Noordpolder- buurt; Binckhorst:	+ 1,38
10	Laakhaven-west; Laakkwartier-west; Laakkwartier-oost:	+ 0,12
11	Schildersbuurt-noord; Schildersbuurt-oost:	+ 1,83
12	Kortenbos; Zuidwal:	+ 1,22
13	Voorhout; Uilebomen; Archipelbuurt; Willemspark:	- 0,10
14	Rond de energiecentrale; Zeehelden- kwartier:	+ 1,03
15	Stadhoudersplantsoen; Sweelinckplein e.o.; Koningsplein e.o.:	+ 0,50
16	Schildersbuurt-west:	+ 1,60
17	Transvaalkwartier-noord; Transvaalkwartier-midden; Transvaalkwartier-zuid:	+ 1,42
18	Moerwijk-oost; Groente- en fruitmarkt; Zuiderpark; Moerwijk-west; Moerwijk- noord; Moerwijk-zuid:	+ 0,26
19	Morgenstond-zuid; Morgenstond-west; Morgenstond-oost:	+ 0,09
20	Venen, Oorden en Raden; Zijden, Steden en Zichten:	+ 0,03
21	Dreven en Gaarden; De Uithof:	- 0,26
22	Kerkentuinen en Zichtenburg; Kom Loos- duinen; Kraayenstein:	- 0,70
23	Hourwijk:	- 0,73
24	Waldeck-zuid; Nieuw-Waldeck; Rosenburg:	- 0,53
25	Vruchtenbuurt; Eykenduinen:	- 0,88
26	Leyenburg:	- 0,62
27	Rustenburg; Oostbroek-noord; Oostbroek-zuid:	- 0,19
28	Heesterbuurt; Valkenboskwartier:	+ 0,55
29	Bloemenbuurt-west; Bloemenbuurt-oost; Bomenbuurt:	- 0,74



figuur 1

De 29 woongebieden in Den Haag met de grenzen van de stadsdelen, wijken en buurten volgens de gemeentelijke indeling. Per woongebied staan naast de figuur de namen van de buurten en de score op de deprivatie-indexschaal. Mortaliteitsstudie, Den Haag 1982-1991.



- stadsdeelgrens
- wijkgrens
- buurtgrens
- woonbuurtgrens

We beschikten uiteindelijk bij 53.816 van de 53.820 sterftegevallen over de variabelen primaire doodsoorzaak, woongebied, leeftijd bij overlijden en geslacht.

Operationalisatie SES-niveau

De parameters voor de SES-indicator zijn gemeten op het niveau van het woongebied. Gebruikt zijn het percentage werklozen onder 15-64-jarigen (1990) en het gemiddelde inkomen per inkomstrekker (1984). Deze twee SES-indicatoren zijn, na gelijk te zijn geschaald (z-score), tot één score gemiddeld waarbij de positieve score het 'negatieve' element uitdrukt (veel achterstand), vice versa. De keuze voor deze twee SES-indicatoren is overeenkomstig het onderzoek in de vier grote steden²⁾ (3). Wanneer we het hebben over het SES-niveau van een woongebied zullen we - in navolging van dit onderzoek - voortaan spreken over de deprivatie-index.

Onder figuur 1 staan per woongebied de scores op de deprivatie-index (z-score varieert tussen -1.93 en +1.85). De deprivatie-index geeft alleen de relatieve sociaal-economische positie van een woongebied weer ten opzichte van de andere gebieden, zodat aan de absolute waarde geen betekenis mag worden toegekend.

Behalve naar de relatie tussen oorzaaksspecifieke sterfte en de deprivatie-index zal bij de analyses naar de sterfteverschillen tussen de woongebieden ook naar andere relaties worden gekeken, zoals met het percentage allochtonen of met de woonmilieutypologie. Bij de interpretatie van de sterfteverschillen zullen karakteristieken van de woongebieden worden meegenomen, zoals gemiddelde kavelgrootte of het percentage groen en, voor zover mogelijk, relevante leefwijzen en leefomstandigheden van de bewoners.

Sterftemaat

Het aantal sterftegevallen in een woongebied wordt uiteraard sterk beïnvloed door de leeftijdsopbouw aldaar. Een vergrijsde wijk zal een hoger

²⁾ De gekozen deprivatie-index, gebaseerd op het percentage werklozen en het gemiddelde inkomen, is uitgebreid vergeleken met indexeringen die - in wisselende samenstellingen en over andere perioden - gebaseerd zijn op andere gangbare SES-indicatoren, zoals opleidingsniveau, beroep, politieke participatie, percentage allochtonen en percentage één-oudergezinnen. De rangordening veranderde nauwelijks.

sterftecijfer hebben dan een wijk met veel kinderen. Omdat we niet in die demografische verschillen zelf zijn geïnteresseerd hebben we voor de vergelijking tussen woongebieden een samenvattende sterftemaat nodig die hiermee rekening houdt. Een geschikte en gangbare maat is de Standardized Mortality Ratio (SMR). De SMR geeft de verhouding aan tussen de sterfte in een woongebied en de sterfte in de rest van Den Haag.

Een voorbeeld. Woongebied 'A' heeft een SMR van 1.32. Dit betekent dat daar, vergeleken met de gemiddelde sterfte in de rest van de stad, 32% meer sterfte voorkomt.

Nu bevindt zich bij de SMR wel een addertje onder het gras. De SMR is alleen dan een adequate maat wanneer *het patroon* van de leeftijdspecifieke sterfte in een woongebied en dat van de rest van Den Haag niet te sterk van elkaar verschillen.

Een voorbeeld. De SMR van CARA-sterfte in woongebied 'B' is 1.00, met andere woorden gelijk aan die in de rest van Den Haag. Uit nadere analyse blijkt de situatie toch heel verschillend: in het woongebied vinden we vooral een hoge CARA-sterfte op jonge leeftijd en elders zien we deze sterfte vrijwel alleen op oude leeftijd. Een verschil dat zeker om aandacht zou vragen.

Uitsluitel hierover geeft de zogenaamde homogeniteitstoets. In het onderzoek is om die reden bij iedere SMR een homogeniteitstoets uitgevoerd ($p < 0.05$ = patronen significant verschillend).

Verschillen in (oorzaaksspecifieke) sterfte

Een verhoogde (specifieke) sterftetekans hangt, zoals Van Kooten en De Bie karakteriseerden, vrijwel nooit af van het verblijven in een woongebied op zichzelf, maar van een complex aan factoren die zich bij en rondom mensen in bepaalde woongebieden meer kunnen voordoen dan in andere. Voordat we ons concentreren op mogelijke verklaringen staan we eerst stil bij de kwaliteit van het gegevensmateriaal.

Meetfouten

De basisgegevens voor oorzaaksspecifieke sterfteanalyses levert de (behandelend) arts. Het vaststellen van de doodsoorzaak is niet eenvoudig. Vooral

bij ouderen is het lastig, vanwege de bij hen veel voorkomende co-morbiditeit. Bij het vaststellen van de doodsoorzaak, bij het invullen van de overlijdensverklaring en vervolgens bij het classificeren op de ICD-lijst kunnen zaken misgaan. De arts kan gehaast zijn, onbekend zijn met de patiënt of over onvoldoende diagnostische faciliteiten beschikken waardoor classificatiefouten worden gemaakt. Ook kan de medische scholing de classificering (systematisch) beïnvloeden (7). Deze fouten vertekenen de werkelijke oorzaakspecifieke sterfteverschillen. Bij een binnenstedelijke oorzaakspecifieke mortaliteitsstudie kunnen ze storend werken, vooral als ze niet gelijk over de stad zijn verdeeld.

Een voorbeeld. Een buitenlandse huisarts genoot een niet-Nederlandse medische scholing, classificeert (systematisch) anders dan zijn Nederlandse collega's en werkt sterk rayongebonden.

Ten slotte is het nooit helemaal uit te sluiten dat vanwege allerlei oorzaken fouten in de bevolkingsadministratie sluipen. Feilloos zullen de door ons gehanteerde sterfte- en bevolkinggegevens dus niet zijn.

Verklaringen niet eenduidig

Enkelvoudige causale verklaringen van sterfteverschillen tussen woongebieden zullen niet gemakkelijk kunnen worden gegeven. In de meeste gevallen gaan (langdurige) ziekteprocessen van bewoners daaraan vooraf.

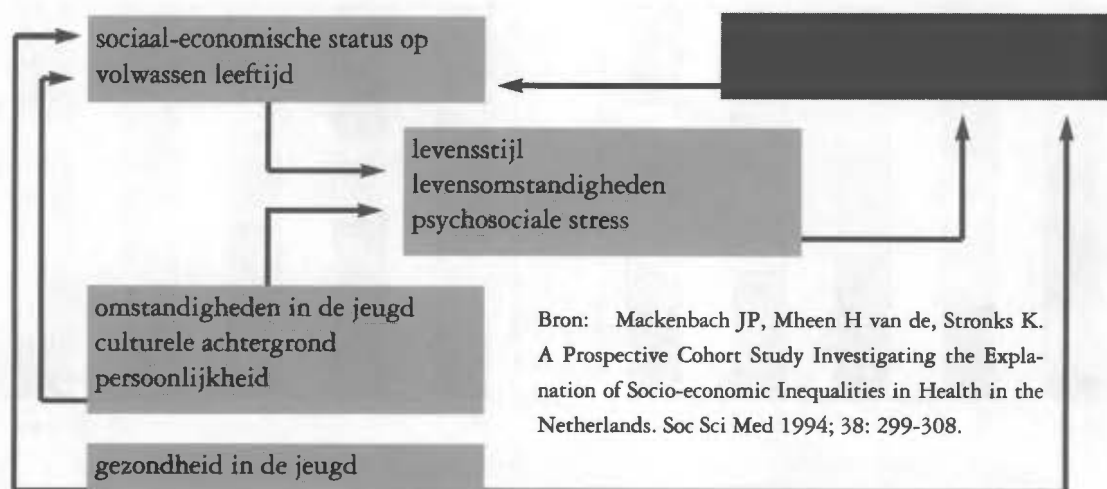
Naar aanleiding van de geconstateerde sterke samenhang tussen sterfte en SES-niveau in Den

Haag stelden Struben en Nijhuis in 1988: 'In de complexiteit van het menselijk bestaan zijn de factoren zeer lastig in hun afzonderlijk effect op de gezondheid te analyseren. Ze beïnvloeden elkaar in een ingewikkelde samenhang en de interacties hebben vaak een wederkerig karakter. Een centrale wederkerigheid zit in ongezondheid en maatschappelijke omstandigheden zelf. Bedreigende omstandigheden geven ongezondheid en zwakte, maar ziekte leidt weer tot zwakke maatschappelijke posities. Deze dynamische interactie resulteert in een neerwaartse mobiliteit van sociaal-hoog naar sociaal-laag, en van gezond naar ongezond (4).'

Zonder de pretentie te hebben volledig te zijn noemen we ter illustratie enkele mogelijke samenhangen. De positie op de maatschappelijke ladder kan samengaan met verschillen in leefstijl (eet- en drinkgewoonten, roken, vrijetijdsbesteding), of in verschillen in toegankelijkheid, gebruik of kwaliteit van (preventieve) gezondheidszorg. Slechte woon- en arbeidsomstandigheden kunnen nadelige effecten hebben op de gezondheid. Op haar beurt kan ongezondheid (invaliditeit) de stijngsmogelijkheden op de maatschappelijke ladder belemmeren. En verhoogde algemene vatbaarheid voor ziekte kan verband houden met psychosociale stress, enzovoort. Mackenbach heeft uitgebreide studies verricht naar factoren en processen die (vermoedelijk) een rol spelen bij het ontstaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Hij heeft hier schematische voorstellingen van gemaakt. Een dergelijk beeld van verschillen in morbiditeit en mortaliteit op volwassen leeftijd is weergegeven

schema 1

Een overzicht van de factoren en processen die vermoedelijk een rol spelen bij het ontstaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen (6).



Sterfte en SES-niveau

in schema 1 (6). (De eventuele invloed van de gezondheidszorg is hierin buiten beschouwing gelaten.)

Een nog bijkomende complexiteit bij het ont-fafelen van mechanismen die sterfteverschillen verklaren is de situatie dat de deprivatie-index is gemeten op het niveau van het woongebied en niet op dat van de bewoner. Hierbij kunnen zich nog extra vertekeningen voordoen bij selectieve migratiebewegingen van groepen mensen tussen woongebieden en naar buiten Den Haag. Zo hebben niet-incidentele verhuizingen van hoogbejaarden van het ene woongebied in Den Haag naar het andere invloed. Dit zien we vooral bij plaatsingen in verpleeghuizen. De sterfte in het woongebied waar het verpleeghuis staat zal hoger komen te liggen, aangezien patiënten in een verpleeghuis - in tegenstelling tot patiënten in een ziekenhuis - na enige tijd bij de burgerlijke stand worden ingeschreven op het adres van het verpleeghuis.

Ook wordt de sterfte in een woongebied beïnvloed wanneer veel allochtone ouderen aldaar in hun laatste levensfase naar hun thuisland terugkeren. In beide voorbeelden wordt de (oorzaak van) sterfte niet meer in het 'eigen' woongebied meegeteld.

Eerste resultaten

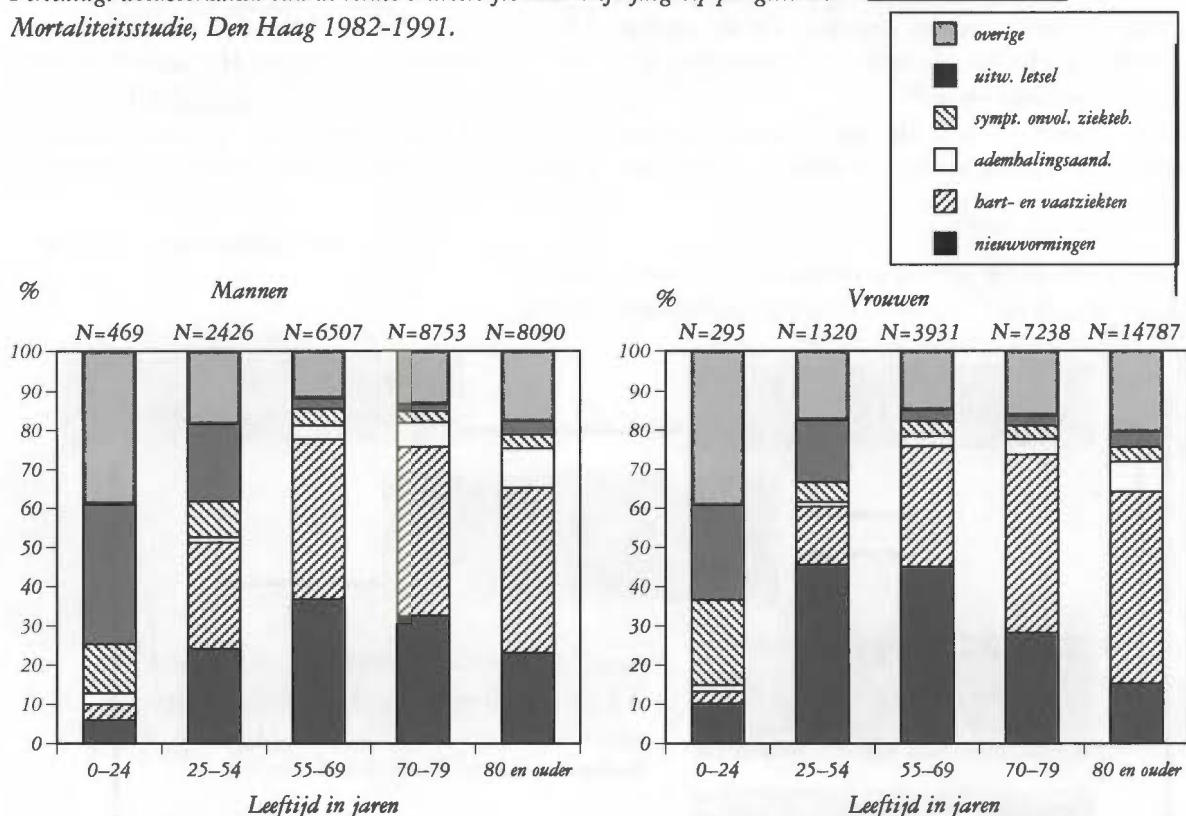
Bijdragen doodsoorzaken

In tabel 1 staan, zoals gezegd, de (groepen) doodsoorzaken die in deze studie beschikbaar zijn. De sterfte aan kanker, hart- en vaatziekten en ademhalingsaandoeningen, de sterfte vanwege uitwendige traumata en de sterfterubriek 'symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden' zijn geselecteerd en weergegeven in figuur 2. Voor de verschillende sterfteoorzaken zijn per leeftijdsgroep en voor mannen en vrouwen afzonderlijk de percentages weergegeven. Ze zijn berekend op basis van het totale aantal sterftegevallen per leeftijdsgroep. Alleen per leeftijdsgroep kan dus de onderlinge verhouding tussen de verschillende doodsoorzaakgroepen worden afgelezen. De kolommen voor de jongere leeftijdsgroepen vertegenwoordigen uiteraard aanzienlijk minder sterftegevallen. Bij de vrouwen is dit zoals bekend in nog veel sterkere mate het geval.

Vanaf 25 jaar leveren hart- en vaatziekten en nieuwvormingen de grootste bijdragen, zowel bij mannen als bij vrouwen. Het aandeel sterftegevallen veroorzaakt door nieuwvormingen in de leeftijdsgroep 25-69 jaar is bij de vrouwen groter dan

figuur 2

Percentage doodsoorzaken van de totale brutosterfte naar leeftijdsgroep per geslacht. Mortaliteitsstudie, Den Haag 1982-1991.



Categorieën doodsoorzaken, van links naar rechts van grof naar fijn *.
Mortaliteitsstudie, Den Haag 1982-1991.

Niet uitwendig (AM 1-47)	<ul style="list-style-type: none"> - Infectie- en parasitaire ziekten (AM 1-11, 24) - Nieuwvormingen (AM 12-19) - Diabetes en ondervoeding (AM 20-23) - Hart- en vaatziekten (AM 26-32) - Ademhalingsaandoeningen (AM 33-35) - Ziekten van het spijsverteringsorgaan (AM 36-38) - Ziekten van het urogenitaalstelsel (AM 39-40) - Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden (AM 46) - Overige ziekten (AM 42-45, 47) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tuberculose (AM 2-3) - Maagkanker (AM 12) - Dikke en endeldarm kanker (AM 13-14) - Kanker van de luchtwegen (AM 15) - Borstkanker (AM 16) - Baarmoederhalskanker (AM 17) - Leukemie (AM 18) - Diabetes (AM 20) - Ondervoedings-marasmus en overige proteïne malnutritie (AM 21-22) - Anemieën (AM 23) - Acuut myocardinfarct (AM 28) - Overige ischaemische hartziekten (AM 29) - Cerebrovasculaire aandoeningen (AM 30) - Arteriosclerose (AM 31) - Pneumonie en influenza (AM 33-34) - CARA, bronchitis, emfyseem en astma (AM 35) - Ulcus pepticum (AM 36) - Appendicitis (AM 37) - Levercirrose (AM 38) - Nefritis, nefrotisch syndroom, nefrose (AM 39) - Prostaathypertrofie (AM 40)
Uitwendig (AM 48-53)		<ul style="list-style-type: none"> - Motorvoertuigen ongevallen (AM 48-49) - Accidentele val (AM 50) - Zelfdoding (AM 51) - Moord (AM 52)

* Tussen haakjes de nummering van de doodsoorzaak(groepen) van de aangepaste mortaliteitslijst.

Sterfte en SES-niveau

bij de mannen. Dit zal mede te maken hebben met de geringere bijdrage die sterfte vanwege hart- en vaatziekten bij deze vrouwen veroorzaakt. In de jongste leeftijdscategorie zien we het grootste aandeel sterfte door uitwendige oorzaken. Bij mannen is dit nog sterker dan bij vrouwen. De sterfte ten gevolge van ademhalingsaandoeningen neemt weliswaar met de leeftijd toe maar claimt in het totaal slechts geringe ruimte. Ten slotte

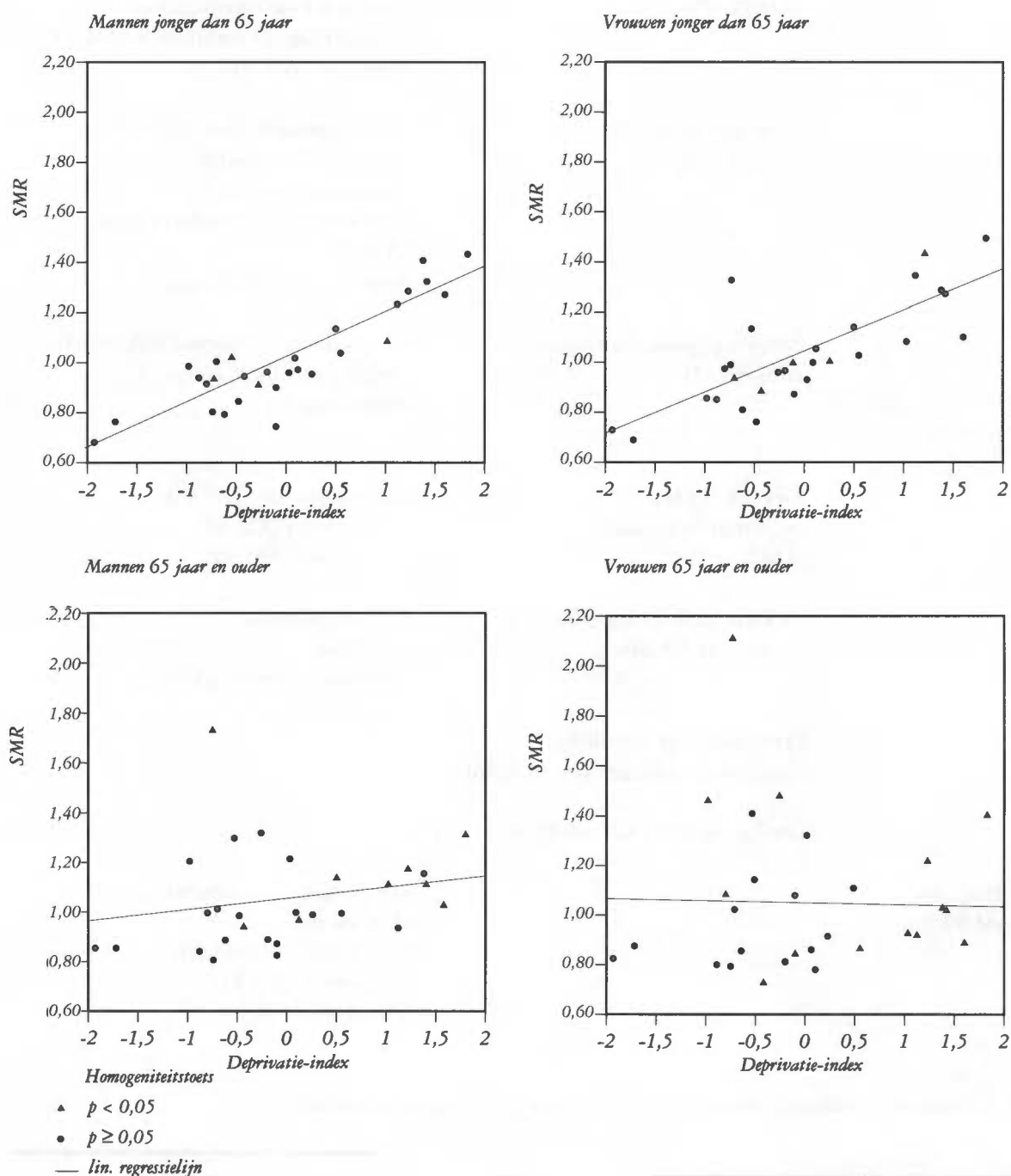
zien we sterftegevallen waarbij onvoldoende duidelijkheid bestaat over de oorzaak van overlijden meer op jongere (vooral in het eerste levensjaar) dan op oudere leeftijd.

Samenhang totale sterfte en deprivatie-index

Zoals opgemerkt was de reden voor deze oorzaak-specifieke mortaliteitsstudie de behoefte meer

figuur 3

Scatterdiagram van de 29 woongebieden met op de Y-as de sterfte (SMR) en op de X-as de deprivatie-index per leeftijdsgroep (0-64-jarigen en de 65-plussers) en per geslacht. Mortaliteitsstudie, Den Haag 1982-1991.



zicht te krijgen op welke doodsoorzaken in welke mate verantwoordelijk zijn voor de gevonden samenhang tussen sterfte en SES-niveau, c.q. de verdeling van sterfte over de woongebieden.

Voordat we hier in de volgende artikelen uitgebreid op zullen ingaan willen we op deze plaats aan de hand van de gegevens uit onze studie de algemene samenhang laten zien tussen de totale sterfte en de deprivatie-index, en wel uitgesplitst naar de twee leeftijdsgroepen die we steeds zullen hanteren, namelijk jonger dan 65 jaar en 65 jaar en ouder. We doen dit in een viertal scatterdiagrammen (figuur 3). Voor de 29 woongebieden zijn de SMR's van de totale sterfte (Y-as) uitgezet tegen de deprivatie-index (X-as).

In de groep overledenen onder de 65 jaar zien we duidelijk de samenhang tussen de totale sterfte en de mate van sociale achterstand. Hoe meer kan worden gesproken over 'achterstand' in een woongebied hoe hoger de sterfte. Bij de mannen is de samenhang iets sterker dan bij de vrouwen (correlatie-coëfficiënten³⁾ respectievelijk 0,88 en 0,78). Bij de sterfte onder ouderen, boven de 65 jaar, zien we daarentegen geen verband van betekenis meer (correlatie-coëfficiënten respectievelijk 0,23 en -0,03).

Met deze sprekende figuren, die tevens het belang van een oorzaaksspecifiek sterfte-onderzoek op woongebiedniveau onderstrepen, sluiten we dit eerste artikel af.

Literatuur:

1. Programmacommissie sociaal-economische gezondheidsverschillen. Onderzoekprogramma sociaal-economische gezondheidsverschillen: eindverslag en aanbevelingen, nr. 16. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Den Haag, januari 1994.
2. Struben HWA. Sterfte in Den Haag (2): over leeftijd en SES-niveau. *Epidemiol Bul Grav* 1988; 23 nr. 2: 3-16.
3. Haverkate I, Reijneveld SA, Oers JAM van, Steenbergers JE van, e.a. Sterfte per buurt naar sociaal-economische status: een vergelijking tussen de vier grootste Nederlandse steden. GG en GD. Amsterdam, november 1993.
4. Struben HWA, Nijhuis HGJ. Sterfte in Den Haag (4): doodsoorzaken ná 1985. *Epidemiol Bul Grav* 1989; 24 nr. 1: 13-26.
5. Schmal H. Den Haag of 's-Gravenhage: de 19de eeuwse gordel, een zone gemodelleerd door zand en veen. Utrecht: Matrijs, 1995.
6. Mackenbach JP. Ongezonde verschillen: over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland. Van Gorcum: Assen, 1994.
7. Mackenbach JP. Sterfte en medische zorg: studies van de sterfte naar doodsoorzaak in Nederland en andere Europese landen. Proefschrift. Rotterdam 1988.

³⁾ Een correlatiecoëfficiënt is een getal dat een waarde van -1 tot +1 kan aannemen, waarbij een negatieve waarde een negatieve samenhang aanduidt en een positieve waarde correspondeert met een positieve samenhang. De waarde 0 wijst op het afwezig zijn van samenhang. De associatie is sterker naarmate de correlatiecoëfficiënt dichter bij -1 en +1 ligt; deze waarden duiden op een perfect verband.

korte berichten

onder redactie van
J.M. Vroom-Jongerden

Onderzoek in het kort

Proefproject Lijf, Sport en Middelen

Het gebruik van doping in sportscholen door bodybuilders en krachtssporters komt vrij veel voor: zeker 16% van deze sporters 'gebruikt', zo heeft een onderzoek geleerd, een percentage dat nog flink hoger kan liggen omdat het op basis van enquêtes werd verkregen en waarschijnlijk is geflatteerd door 'selectieve non-respons'. Gebleken is dat een scala van middelen, waaronder de groep androgene anabole steroïden, wordt gebruikt om de prestaties te verhogen. Voor de gebruikers kunnen ze een bedreiging van de gezondheid betekenen.

Dopinggebruik laat zich niet eenvoudig uitbannen. De vraag of en zo ja hoe de doping in deze takken van sport kan worden beperkt of zelfs een halt toegevoerd, is onderzocht in een proefproject Lijf, Sport en Middelen. Het werd uitgevoerd door de GGD Eemland met ongeveer 30 sportscholen waarin aan krachtssport en bodybuilding wordt gedaan, met steun van het Nederlands Instituut voor Sport en Gezondheid te Arnhem en het Nederlands Centrum voor Dopingvraagstukken te Rotterdam. Het project werd gefinancierd door het Praeventiefonds.

De uitslag was verrassend: een groot deel van de gebruikers

toonde zich zeer geïnteresseerd in de risico's van doping, bleek ontvankelijk voor de verstrekte voorlichting en stelde prijs op de aangeboden medische begeleiding. Na afloop van het project was het merendeel van de sporters dan ook bekend met de mogelijkheid dat ze bij het Sport Medisch Adviescentrum terecht konden voor betrouwbare informatie over de verschillende aspecten van doping; velen zeiden zich er meer van bewust te zijn dat het gebruik gepaard kan gaan met schadelijke effecten voor de gezondheid. Bijna de helft van de niet-gebruikers gaf na één voorlichtingsbijeenkomst al aan dat ze zich gesterkt voelden in het voornemen om niet met doping te beginnen, ongeveer 10% van de gebruikers zei er mee te willen stoppen, 20% wilde het gebruik matigen, 50% wilde onderzoeken of via voeding en training het gebruik van doping wellicht kon worden vermeden.

Conclusie: door goede voorlichting en het beschikbaar stellen van ter zake kundige medische begeleiding (op basis van het in het proefproject ontwikkelde protocol) kan worden bereikt dat de betrokkenen zich voorzichtiger opstellen tegenover doping dan wel het gebruik ervan willen matigen of staken.

Dit proefonderzoek is dan ook aanleiding om het project op grotere schaal voort te zetten. Dit zal dan enige honderden sportscholen omvatten en zal wederom door het Praeventie-

fonds worden gefinancierd.

De voorlichting zoals die door de GGD Eemland en het Sport Medisch Adviescentrum werd aangeboden bestond uit groepsvoorlichting voor krachtssporters en bodybuilders in sportscholen: algemene informatie over doping in relatie tot sportbeoefening en informatie over gezondheidsrisico's en bijwerkingen die verband houden met het gebruik van doping. Verder: het verstrekken van alternatieven voor het gebruik van doping (met het accent op training en voeding) en het verrichten van onderzoek naar de lichamelijke gezondheid van dopinggebruikende sporters door middel van een vragenlijst, een lichamenlijk onderzoek en bloed- en urineonderzoek. Bij de eerste 15 medisch onderzochte sporters werden inmiddels diverse gezondheidsafwijkingen vastgesteld. De sporters kregen naar aanleiding van dit onderzoek een medisch advies van de sportarts, waar het gebruik van doping op geen enkele wijze deel van uitmaakte en waarin werd gestreefd naar ontmoediging van het gebruik.

Het evaluatierapport van bovengemeld proefproject is opgesteld door drs. R. van Kleij en ir. E. van Kernebeek, verbonden aan respectievelijk het Nederlands Centrum voor Dopingvraagstukken en het Nederlands Instituut voor Sport en Gezondheid. Het rapport is verkrijgbaar bij het eerstgenoemde centrum (tel. 010 - 433 14 84).

Actuele informatie

Ontwikkeling van een effectiviteitsinstrument voor de GVO/preventiepraktijk

De vraag naar de effectiviteit van GVO/GGZ-preventie interventies wordt steeds indringender gesteld door GVO/preventiewerkers, cliënten, beleidsmakers en financiers. Het Landelijk Centrum GVO (LCG) ontwikkelde daarom, in nauwe samenwerking met GVO/preventiewerkers, een PReventie EFFectiviteits Instrument (PREFFI). De Preffi is een hulpmiddel voor GVO/preventiewerkers om de effectiviteit van hun werk te verhogen. Het is verschenen als een dubbelzijdige folder en in geplastificeerde vorm. Er wordt gewerkt aan een plan, gericht op een brede implementatie van het instrument. De bedoeling van de Preffi is dat deze door GVO/preventiewerkers wordt gebruikt om te beoordelen of er voldoende rekening is gehouden met verschillende criteria die van invloed kunnen zijn op de effectiviteit van een GVO/preventie-interventie. In de Preffi zijn elf criteria terug te vinden, waaronder randvoorwaarden, doelgroep, doel en interventie. Onder elk criterium wordt een aantal aspecten beschreven die van belang zijn voor het desbetreffende criterium. De Preffi bestaat uit een beoordeling en een verbeterplan.

Bij de beoordeling kunnen GVO/preventiewerkers aangeven hoe het criterium en de aspecten voor een bepaalde interventie zijn gerealiseerd. Vervolgens beoordeelt men op een schaal van ++ naar — de kwaliteit van de realisatie. De bedoeling van het

verbeterplan is om, al dan niet in overleg met anderen, na te gaan hoe bepaalde criteria beter kunnen worden gerealiseerd. In de praktijk zal blijken dat een aantal verbeteringen per criterium kan worden opgesomd. Echter, niet alle verbeteringen zijn haalbaar of hebben prioriteit. In het verbeterplan kan men daarom aangeven welke mogelijkheden voor verbeteringen de hoogste prioriteit hebben.

De publikatie PREFFI 1.0 kost f 17,50 en kan worden besteld bij het LCG, tel. 030 - 297 11 60.

Aangifte infectieziekten

Op pag. 32 geven we een overzicht van de aangifte infectieziekten in de drie regiogebieden Den Haag, Delfland (lokatie Rijswijk) en West-Holland (Voorburg/Leidschendam/Wassenaar/Zoetermeer). Eénmaal per jaar 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 derde kwartaal 1995.

Van de 4 gemelde febris typhoidea-patiënten werden 3 besmet in Marokko en 1 in Turkije. Geen van allen had voor de reis een typhus-vaccinatie ontvangen.

Van de 10 gemelde dysenteria baccillaris-patiënten (7 Sh. Flexneri en 3 Sh. Sonnei) vonden de meeste besmettingen plaats in het buitenland (Marokko, Tur-

kije). Er werden 11 hepatitis A-patiënten aangegeven. In een gezin vond een besmetting plaats naar 4 gezinsleden. Via seksueel contact werd 1 patiënt besmet. Van de resterende 6 bleef de bron onbekend.

Van de 2 gemelde hepatitis B-patiënten werd 1 besmet via seksueel contact. De besmettingsbron van de andere patiënt bleef onbekend.

Van de 10 aangegeven malaria-patiënten werden er 5 besmet in Afrika (P. Falciparum). De meesten hadden wel of gedeeltelijk een malaria-profylaxe genomen. De andere 5 patiënten werden besmet tijdens een reis naar India en Indonesië (P. Vivax). Deze patiënten hadden geen malaria-profylaxe genomen.

Er werden 2 ornithosis-patiënten gemeld. In beide gevallen werd de Veterinaire Inspectie op de hoogte gesteld.

De gemelde pertussis-patiënt bleek niet gevaccineerd in verband met in de familie voorkomende epilepsie.

Er werden 32 scabies-patiënten gemeld. Hiervan hadden enkele besmettingen binnen gezinnen plaats. In de meeste gevallen bleef de bron onbekend.

De 2 gemelde voedselinfectie-patiënten liepen beiden hun besmetting in het buitenland op.

Aan deze rubriek werkten mee:
Mw. M.M. Buurman (GGD Delfland-Rijswijk);
Mw. W.J.J. Ong-de Jongste;
Mw. G.J. Wijkmans;
K.B. Yap (GGD West-Holland).

Overzicht aangifte infectieziekten regio Den Haag

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

bron	besmettingsweg	ziekte	1995 1e kw	1995 2e kw	1995 3e kw	1995 4e kw	1994 t/m 3e kw	1995 t/m 3e kw	
mens	inhalatie	difterie (B)							
		lepra (B)	2					2	
		meningococcosis (B) *	4	6	4		13	14	
		morbilli (B)					99		
		(atyp.) pertussis (B) **	1		1		12	2	
		rubella (B)					1		
		tuberculosis (B)	30	20	23		75	73	
		parotitis epidemica (C)		2			4	2	
		sexueel contact	gonorrhoea (C)	35	28	26		105	89
			syfilis prim./sec. (C)	1	2			7	3
			syfilis congenita (C)						
		sexueel contact/bloed	hepatitis B (B) 1	5		2		3	7
			HIV-infectie/Aids (1) ***	3	3	11		24	17
		faecaal-oraal	poliomyelitis (A) (2)						
			hepatitis A (B) (3)	25	15	17		18	57
dysenteria bacillaris (B) (3)	1		5	15		19	21		
huid/kleding/bed	scabies (B) (4)	55	25	32		70	112		
dier	inhalatie (faecaal materiaal)	ornithosis/psittacosis (B)	3	2	2			7	
		Q-fever (B) (5)		1				1	
	insectebeet	lassakoorts e.a.vormen van Afr. vir. haem. koorts (A)							
		febris recurrens (B)							
		gele koorts (B)							
		malaria (B)	6	5	11		13	22	
		typhus exanthematicus (B)							
	beet/speeksel	rabies (A)							
		pest (A)							
	aanraking	anthrax (B)							
		tularemia (B)							
brucellosis (B) (5)									
omgeving	inhalatie	legionella pneumonie (B)	1				1	1	
	consumptie	cholera (B)							
		trichinosis (B)							
		voedselvergiftiging (B)	2	21	5		30	28	
		febris typhoidea (A)	1	1	4		3	6	
		paratyfus B (B)					1		
	contract (water/grond/dier)	leptospirosis (B)	1				2	1	
	wondcontact (water/grond/beet)	tetanus (B)							
totaal		173	135	142		476	448		

- | | | | |
|-------------|---|-----|--|
| (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 |