

# *epidemiologisch bulletin*

---

*tijdschrift voor volksgezondheid en  
onderzoek in Den Haag*

*inhoud*

*themanummer diabetes mellitus*

Een introductie

Suikerziekte onder Hindostaanse Surinamers

Hindostanen over 'hun suiker'

Hart- en vaatziekten en diabetes bij Hindostanen

Psychosociale factoren in het ontstaan van suikerziekte

Diabeteszorg

*korte berichten*

*jaargang 31, 1996*

*nummer 2*

---

# Colofon

Juni 1996  
31ste jaargang nr. 2

## Redactie

drs. R.B.M.R. Bakker, *Westeinde Ziekenhuis*

mw. I. Burger, *sector GGD/MZ*

mw. M. van Leeuwen, *arts,*

*Stichting Thuiszorg Den Haag*

mr. H.R. Lingen, *sector GGD/MZ*

mw. ir. J. Loenen, *GGD West-Holland*

B.J.C. Middelkoop, *arts, sector GGD/MZ*

dr. H.G.J. Nijhuis (hoofdredacteur),

*sector GGD/MZ*

drs. E. Pieters, *Riagg Noordhage*

prof.dr. W.J. Schudel, *sector GGD/MZ*

mw. J.M. Vroom-Jongerden (korte berichten),

*sector GGD/MZ*

m.m.v. H. Burger, mw. E.M.J. Paternotte en A. Pols

## Redactieadres

Dienst Welzijn,

sector GGD en Maatschappelijke Zorg

Thorbeckelaan 360, 2564 BZ Den Haag

mw. I. Burger, tel.: 070 - 353 7196

fax.: 070 - 353 7294

## Illustraties

mw. T. Boonstra, Amsterdam

## Druk

Helton Van Haeringen & Kon.Drukkerij De Swart, Den Haag

## Uitgave

Dienst Welzijn, sector GGD en Maatschappelijke Zorg

Via het bulletin wil de redactie de communicatie aanmoedigen tussen hulpverleners, leidinggevendenden, beleidsmedewerkers en onderzoekers in de gezondheid in de regio Den Haag.

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 redactie-secretariaat worden opgevraagd. Bij wijziging van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het redactie-secretariaat daarvan in kennis te stellen.

Voor het bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier. Het bulletin verschijnt vier maal per jaar.

ISSN 0921-6219

## Inhoud

### Themanummer diabetes mellitus

- Proloog 3
- Suikerziekte  
Een introductie 4
- Suikerziekte onder Hindostaanse Surinamers  
Verontrustende ziekte- en sterftegegevens  
*B.J.C. Middelkoop, Mw. G.N. Ramsaransing,  
Mw. S.M. Sadhoeram, Mw. I. Burger  
en H.W.A. Struben* 5
- Hindostanen en 'hun suiker' I  
Spontane reacties naar aanleiding van onderzoek  
*Mw. S.M. Sadhoeram en Mw. G.N. Ramsaransing* 12
- Hindostanen en 'hun suiker' II  
Interviews met hulpverleners en patiënten  
*Mw. M.J.C.M. de Laat* 17
- Hart- en vaatziekten en diabetes bij Hindostanen  
Verkenning van de internationale literatuur  
*Mw. J.E.A. Portielje  
en Mw. P.H.L.M. Geelhoed-Duijvestijn* 21
- Psychosociale factoren in het ontstaan  
van suikerziekte  
*B.J.C. Middelkoop* 25
- Diabetes-educatiepunten in Den Haag  
*Mw. B.L.W.M. van der Poel* 28
- Samenwerking in de diabeteszorg  
Resultaten van de Werkgroep Diabetes Den Haag  
*Mw. B.L.W.M. van der Poel en N. den Heijer* 31
- Epiloog 32
- Korte berichten 33**

# Proloog

Dit bulletin is geheel gewijd aan het thema diabetes (suikerziekte), in het bijzonder het hoge voorkomen van deze ziekte onder Hindostanen. Bij de analyses van Haagse sterftecijfers van 1985 tot en met 1989 kwam in 1992 aan het licht dat de mortaliteit aan hart- en vaatziekten en herseninfarcten het gunstige verloop in de rest van ons land niet volgde, terwijl de sterfte aan diabetes eveneens opmerkelijk hoog uitviel. Dit opvallende epidemiologische signaal werd in verband gebracht met het voor Den Haag specifieke hoge aantal Hindostaans-Surinaamse inwoners. Uit buitenlands onderzoek bleek namelijk dat diabetes en hart- en vaatziekten een groot probleem vormen bij bevolkingsgroepen die oorspronkelijk afkomstig zijn uit het Indiase continent. In deze uitgave wordt de problematiek van diabetes onder Hindostanen vanuit verschillende gezichtspunten verder belicht.

In het openingsartikel - na de introductie - wordt, met behulp van een enquêteonderzoek onder Hindostanen, bevestiging gezocht en gevonden voor het gesignaleerde opmerkelijke fenomeen van veelvuldig voorkomen van diabetes onder Hindostanen. Indien de uitkomsten valide zijn hebben we in Den Haag voor dit bevolkingsdeel te maken met een torenhoge prevalentie en een enorm probleem van volksgezondheid. Een analyse van buurtspecifieke diabetessterftecijfers lijkt het signaal te bevestigen, dat Hindostanen veelvuldig aan suikerziekte (over)lijden.

De volgende twee artikelen doen verslag van onderzoek naar de kennis en de beleving door Hindostanen zelf van de ziekte en het zorgaanbod dat in Nederland beschikbaar is. Zowel ten aanzien van het ziektebeeld, de preventiemogelijkheden (bijvoorbeeld het volgen van een dieet) als met betrekking tot de aard van geboden zorg valt op dat we met twee verschillende belevingswerelden te maken hebben. Voor het opzetten van een doeltreffende preventie, curatie en begeleiding moet - zo blijkt - aan de culturele aspecten veel aandacht worden gegeven.

Dan volgt een uitgebreide literatuurstudie naar het ontstaan en het natuurlijke verloop van hart- en vaatziekten onder Hindostanen. Het weerspiegelt het complexe, nog lang niet begrepen samenspel tussen diverse factoren. Langdurige blootstelling aan voedselschaarste, genetische aanleg ('nature') en blootstelling aan nieuwe culturen - en daarmee aan nieuwe leef- en voedingssituaties ('nurture') - blijken op complexe wijze in te spelen op het ontstaansmechanisme van diabetes en hart- en vaatziekten.

In een afzonderlijk artikel krijgen 'life events' en daarmee samengaande stress, als factoren voor het ontstaan van diabetes, aandacht. Met de uitkomsten van de onder autochtone Nederlanders uitgevoerde studie in Hoorn is ten minste de mogelijkheid gegeven, dat ook psychosociale factoren een rol kunnen spelen bij het ontstaan van diabetes onder Hindostanen.

En ten slotte komen de diabetes-educatiepunten van de Thuiszorg Den Haag en het protocol van de Werkgroep Diabetes Den Haag voor het voetlicht. Dit zijn recent gestarte bijzondere voorzieningen voor de 'behandeling' van diabetes. Het blijkt dat hierin, en ook in andere initiatieven (bijvoorbeeld het diabetesprekeuur en de diabeteszorg van de praktijkverpleegkundige), belangrijke aangrijpingspunten zitten om 'de zorg voor' de Hindostaanse diabetespatiënt te intensiveren en aan te passen.

# Suikerziekte

## *Een introductie* \*)

Diabetes mellitus (DM) ofwel suikerziekte is een chronische stofwisselingsziekte met name leidend tot stoornissen in de koolhydraat- en de vetstofwisseling. De diagnose wordt gesteld op basis van te hoge bloedglucosewaarden, waarvoor criteria zijn opgesteld door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO). De twee meest voorkomende vormen van suikerziekte worden aangeduid als diabetes mellitus type I respectievelijk type II. Diabetes mellitus type I noemt men ook wel Insuline Afhankelijke Diabetes Mellitus (IADM; in het Engels afgekort tot IDDM). Diabetes mellitus type II heet ook wel Niet-Insuline Afhankelijke Diabetes Mellitus (NIADM; in het Engels afgekort tot NIDDM). In dit themanummer is over het algemeen diabetes mellitus type II aan de orde, een vorm van suikerziekte die verreweg het meest voorkomt (80-90% van de diabetespatiënten) en gewoonlijk pas op oudere leeftijd ontstaat. Bij NIDDM zijn twee oorzaken bekend van het hoge glucosegehalte in het bloed. Ten eerste is dat een verlies van insuline-producerende cellen van de alvlesklier, waardoor een tekort aan insuline ontstaat (insuline-deficiëntie). Ten tweede is dat een niet-optimaal benutten van aanwezig insuline door weefsels (insuline-resistentie). Beide oorzaken kunnen bij één patiënt tegelijkertijd aan de orde zijn.

### *Symptomen en complicaties*

Vaak ontstaan klachten als veel drinken, veel eten, vaak urineren, vermageren, moeheid en duizeligheid. Daarnaast leidt diabetes tot allerlei complicaties. In het verloop van de ziekte kan schade ontstaan aan grote en kleine bloedvaten, alsmede aan zenuwweefsel. Hart- en vaatziekten (hartinfarct, beroerte), doorbloedingsstoornissen van de benen (waardoor soms amputaties noodzakelijk zijn), blindheid, nierziekten en gevoelloosheid en/of pijn in de ledematen zijn

hiervan het gevolg. Bij patiënten met NIDDM worden deze complicaties soms al aangetroffen op het moment van diagnose, of zijn de complicaties juist aanleiding om aan diabetes te denken.

Vooral door deze complicaties is suikerziekte een ernstige aandoening. Onder de Hindostaanse bevolking is - in binnen- en buitenland - het sterk verhoogde voorkomen van hart- en vaatziekten veelal de start geweest van onderzoek waarin tevens het verhoogde risico op diabetes mellitus naar voren is gekomen.

### *Behandeling*

Bij de behandeling van NIDDM staan centraal: evenwichtige voeding, voldoende en aangepaste lichaamsbeweging, een goed gewicht en tabletten die hetzij de aanmaak van insuline stimuleren hetzij de gevoeligheid van weefsels voor insuline verhogen. In een aantal gevallen blijkt op den duur dat de suikerziekte op deze manier onvoldoende wordt gereguleerd. Het is dan noodzakelijk om insuline toe te dienen, hetgeen uitsluitend met injecties kan. Dit is een forse belasting voor de patiënt, en bovendien niet zonder risico's.

De algemene 'Richtlijnen Goede Voeding' die de Voedingsraad in 1986 heeft opgesteld zijn ook voor diabetespatiënten van toepassing. Het gebruik van specifieke 'diabetesvoedingsmiddelen' is overbodig.

De complicaties van suikerziekte vereisen uiteraard een specifieke behandeling.

De noodzakelijke frequente controle van het bloedglucosegehalte, de soms intensieve behandeling en de vaak optredende late complicaties maken, dat door deze ziekte regelmatig een beroep op medische voorzieningen wordt gedaan.

\*) Voornaamste bron:

Ruwaard D, Feskens EJM. Diabetes mellitus. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning: de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950 - 2010. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne; Den Haag: Sdu uitgeverij, 1993: 303-4.

# Suikerziekte onder Hindostaanse Surinamers

## *Verontrustende ziekte- en sterftegegevens*

*B.J.C. Middelkoop, Mw. G.N. Ramsaransing, Mw. S.M. Sadhoeram, Mw. I. Burger  
en H.W.A. Struben*

**Om een duidelijker beeld te krijgen van het voorkomen van suikerziekte onder Hindostanen in specifieke leeftijdsgroepen hield de Haagse GGD vorig najaar een enquête onder 3.132 Haagse mannen van Surinaams-Hindostaanse afkomst. Ook vrouwen, allen ouder dan dertig jaar, in die bevolkingsgroep kregen een brief met vragen. Een verklaring voor die prevalentie lijkt niet zozeer te moeten worden gezocht in sociaal-economische verschillen. Zelfgerapporteerde suikerziekte onder Hindostanen bleek wel zes tot tien keer zo hoog als onder Nederlanders. De uitkomsten mogen zeer verontrustend heten!**

In Den Haag werd over de periode 1985-1989, in vergelijking met de sterfte vanaf 1970, een verhoogde sterfte aan suikerziekte geconstateerd (1). Deze oversterfte kon vooral worden geschreven op het conto van de mannelijke Hagenaars beneden de 65 jaar en bleek hoger dan in Amsterdam en Rotterdam, en in Nederland. Verondersteld werd dat de toename in deze sterfte zou kunnen worden verklaard uit het hoge voorkomen van ernstige vormen van diabetes mellitus onder allochtonen, met name de Hindostaanse Surinamers. Ook werd in Den Haag een gelijktijdige verhoging in de sterfte aan hart- en vaatziekten geconstateerd (2). Dit gegeven past eveneens bij een verhoogd voorkomen van diabetes mellitus onder Hindostanen, omdat hersen- en hartinfarcten als complicatie van diabetes frequent voorkomen. Bongers e.a. bevestigden nog recent dat diabetes mellitus als gevolg van insulineresistentie in belangrijke mate bijdraagt aan de vroegtijdige coronaire hartziekten onder patiënten van Hindostaanse afkomst (3).

Inmiddels beschikken we over recentere en gedetailleerdere sterftegegevens met betrekking tot diabetes mellitus, en over gegevens omtrent het voorkomen van deze ziekte onder de Hindostaanse bevolking in Den Haag. In dit artikel worden de door ons gevonden prevalentiecijfers gepresenteerd, waarna opnieuw de blik wordt gericht op de sterfte. Wat dit laatste betreft zal worden bekeken of de indertijd gesignaleerde verhoogde sterfte in Den Haag ten gevolge van diabetes mellitus zich heeft voortgezet. Aan de hand van de gegevens over de verschillen in diabetessterfte tussen Haagse buurten wordt voorts onderzocht, of het aannemelijk is dat er een verband

*Over de auteurs:*

*B.J.C. Middelkoop, arts-epidemioloog, afdeling Epidemiologie, Sector GGD/IMZ, Dienst Welzijn Den Haag, Mw. G.N. Ramsaransing, voedingskundige, Mw. S.M. Sadhoeram, student humane voeding, Vakgroep Humane Voeding, Landbouw Universiteit Wageningen, Mw. I. Burger, onderzoeker, afdeling Epidemiologie en ir. H.W.A. Struben, epidemioloog en hoofd afdeling Epidemiologie, beiden werkzaam bij de Sector GGD/IMZ, Dienst Welzijn Den Haag.*

bestaat tussen de diabetessterfte en de Hindostaanse bevolking.

### Wat zeggen de prevalentiecijfers?

#### Methode

Om een indruk te krijgen van de leeftijdspecifieke prevalentie van diabetes mellitus onder Hindostanen heeft de GGD in Den Haag in het najaar van 1995 aan 3.132 Haagse Hindostaans-Surinaamse mannen en vrouwen van dertig jaar en ouder een brief gestuurd. De belangrijkste vraag in deze brief luidde: 'Heeft u suikerziekte?' Aan de hand van de antwoorden is een schatting gemaakt van het voorkomen van suikerziekte, voorzover bij de geadresseerden zelf bekend. Daarnaast zijn in de brief ook vragen gesteld over het geslacht, de leeftijd, de duur van de diabetes, de aard van de behandeling en of men in de toekomst opnieuw wilde worden benaderd voor eventueel verder diabetes-onderzoek.

De steekproef was gestratificeerd naar geslacht en leeftijd (31 t/m 49 jaar, 50 t/m 59 jaar en 60 jaar en ouder). Binnen elk stratum was de steekproef aselekt. De respons bedroeg 1.429 (46%). Vrouwen responderden beter dan mannen (48% tegenover 43%). De deelname nam over het algemeen toe met de leeftijd, al werd de hoogste respons gevonden onder de 50 t/m 59-jarige vrouwen (53%).

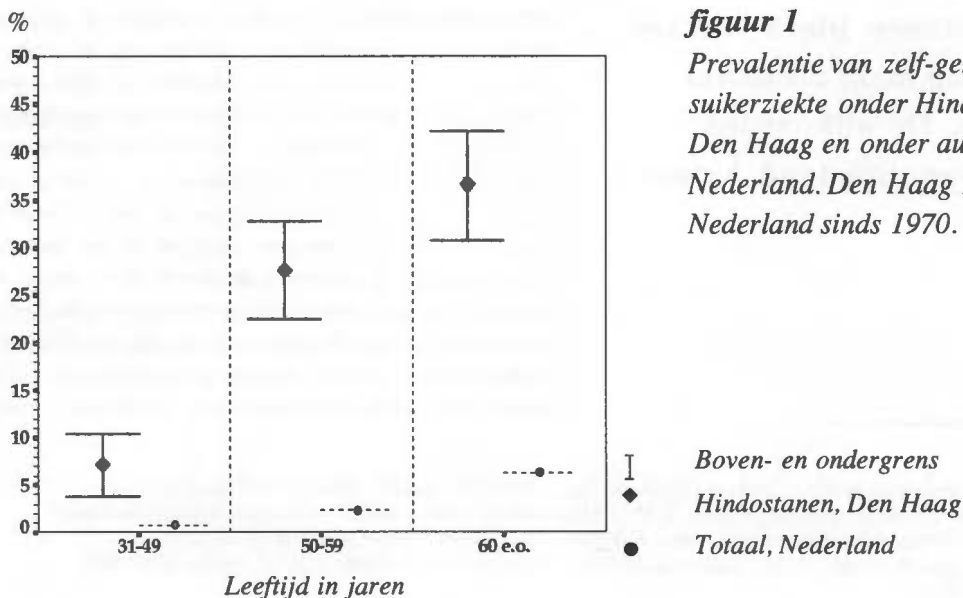
Aan de respondent was overgelaten om het vragenformulier al dan niet anoniem terug te sturen. Slechts 23 formulieren (1,5%) bleken anoniem teruggestuurd. Van 1.406 personen waren dus naam en adres bekend. Hierdoor was het mogelijk om bij twijfelachtig of onduidelijk ingevulde formulieren navraag te doen bij de respondent.

Gezien de vraagstelling van deze postenquête werd

verwacht dat mensen met diabetes meer geneigd zouden zijn de vragenlijst ingevuld terug te sturen dan mensen zonder suikerziekte. Indien deze veronderstelling juist is zou dit leiden tot een overschatting van de prevalentie wanneer uitsluitend wordt afgegaan op de informatie van de instuurders. Begin 1996 is daarom onder een steekproef van bijna 250 non-respondenten een telefonische enquête gehouden, waaraan, op één uitzondering na, alle opgebeldde personen meededen. Ook aan deze 250 non-respondenten is gevraagd of ze, voorzover bekend, aan suikerziekte lijdten.

#### Uitkomsten

We presenteren hier de leeftijdspecifieke prevalentiecijfers van diabetes mellitus voor mannen en vrouwen samen. Tussen beide geslachten werden namelijk geen belangrijke verschillen gevonden in de zelf-gerapporteerde suikerziekte, zij het dat in de leeftijdsgroepen jonger dan 60 jaar de cijfers voor de mannen wat hoger lagen dan voor de vrouwen. Onder de respondenten was de prevalentie als volgt: 31 t/m 49 jaar: 10%; 50 t/m 59 jaar: 30% en 60 jaar en ouder: 40%. Onder de non-respondenten bedroegen deze percentages achtereenvolgens: 5%, 26% en 34%. Per leeftijdsgroep is het gewogen gemiddelde van de prevalenties van de respondenten en van de non-respondenten berekend. Het resultaat hiervan, met de bijbehorende 95%-betrouwbaarheidsintervallen, is gepresenteerd in figuur 1. Ter vergelijking staan daarin ook de cijfers van Nederland. Deze referentiecijfers zijn gebaseerd op een analyse van alle sinds 1970 in Nederland uitgevoerde prevalentiestudies van zelf-gerapporteerde suikerziekte en geven bij benadering de prevalentie onder autochtone Nederlanders weer (6). Uit de figuur kan worden afgeleid dat de prevalentie onder de Haagse Hindostanen,



**figuur 1**

Prevalentie van zelf-gerapporteerde suikerziekte onder Hindostanen in Den Haag en onder autochtonen in Nederland. Den Haag 1995 en Nederland sinds 1970.

afhankelijk van de leeftijd, varieert in een orde van zes tot tien maal de prevalentie van zelf-gerapporteerde diabetes mellitus onder autochtone Nederlanders!

Overigens blijkt uit recent onderzoek onder autochtonen dat de prevalentie zoals die volgt uit bloedonderzoek, twee maal zo hoog als de prevalentie van zelfgerapporteerde suikerziekte (7). Hoe dit onder de Hindostaanse populatie ligt is niet bekend. Omdat suikerziekte zo frequent voorkomt onder Hindostanen is de kans vrij groot dat iemand een familielid heeft met diabetes. Men denkt daardoor eerder aan suikerziekte en dat zou ertoe kunnen leiden dat een huisarts bij Hindostanen relatief sneller besluit om de bloedsuiker te controleren. Om deze reden zouden er dus in de Hindostaanse gemeenschap relatief minder onontdekte diabeten zijn, vergeleken met de autochtone bevolking. Anderzijds is bekend dat de zorgverlening over het algemeen minder adequaat is voor allochtone bevolkingsgroepen, hetgeen ertoe zou kunnen leiden dat er relatief juist méér onontdekte Hindostaanse diabeten zijn.

Voor een juiste interpretatie van de hier gepresenteerde prevalentiecijfers is het volgende nog van belang. De prevalentie van een aandoening binnen een populatie wordt bepaald door enerzijds het aantal nieuwe gevallen dat zich per jaar voordoet, en anderzijds het aantal patiënten dat hetzij geneest hetzij overlijdt. Omdat verreweg de meeste patiënten nooit meer genezen van hun suikerziekte en - wat betreft de jongere leeftijdsgroepen - de sterfte ten gevolge van suikerziekte gering is in verhouding tot het totale aantal diabeten, geeft - althans op de jongere leeftijd - de prevalentie een redelijk beeld van een al dan niet verhoogd risico om de ziekte te krijgen.

De zoëven geplaatste kanttekening bij het gebruik van prevalentiecijfers voor risicoschattingen is vooral van belang bij de interpretatie van de gegevens met betrekking tot de leeftijdsgroep van 60 jaar en ouder. Hoewel enige voorzichtigheid is geboden in verband met de aantallen, vonden we zowel bij de mannen als bij de vrouwen ongeveer hetzelfde patroon: de prevalentie bleek tamelijk constant te blijven tot een leeftijd van circa 75 jaar, om daarna nog licht toe te nemen. Aangezien, voor zover bekend, in alle bevolkingsgroepen het aantal nieuwe gevallen van diabetes toeneemt met de leeftijd, is de bevinding van dit plateau in de prevalentie-curve enigszins onverwacht. Mogelijk speelt hier een grote uitval ten gevolge van sterfte een rol. Er zouden dan in de leeftijdsgroep van 60 tot 75 jaar ongeveer evenveel diabeten overlijden als dat er nieuwe patiënten bijkomen. Dit betreft dan uiteraard niet alleen sterfte ten gevolge van diabetes, maar ook sterfte aan de complicaties (hart- en vaatziekten). Dit alles samenvattend

krijgt méér dan 40% van de Hindostanen uiteindelijk suikerziekte!

In het proefschrift van Mooy wordt een overzicht gegeven van de prevalentie van suikerziekte onder Hindostanen zoals gevonden in een tiental studies die waren uitgevoerd in Engeland, Fiji, India, Mauritius, Suriname, Tanzania en Zuid-Afrika (7). Net als in het door ons verrichte onderzoek was de prevalentie onder de mannen in het algemeen iets hoger dan onder de vrouwen. Bij de meeste studies was bloedonderzoek uitgevoerd, zodat de criteria van de Wereld Gezondheidsorganisatie voor de diagnose diabetes mellitus konden worden aangehouden. Ook in deze studies werden zeer hoge prevalentiecijfers onder Hindostanen gevonden, maar over het algemeen wel lager dan de door ons gevonden zelfgerapporteerde prevalenties.

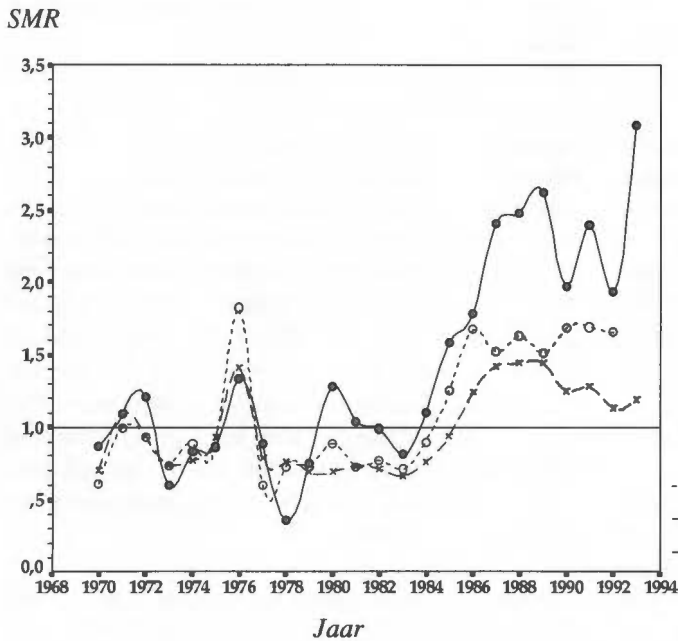
Dat het voorkomen van suikerziekte samenhangt met sociale achterstand is inmiddels verschillende malen geconstateerd (5)(8). Doordat de adressen van bijna alle respondenten bekend waren kon ook in deze prevalentiestudie worden nagegaan of er een verband bestaat tussen het voorkomen van suikerziekte onder de Hindostanen in Den Haag en de sociale achterstand van het woongebied. Hiertoe zijn de 1.406 respondenten op basis van de deprivatie-index <sup>1)</sup> ingedeeld in twee groepen: 'sociaal hoog' (deprivatie-index < 0; 16 woongebieden) en 'sociaal laag' (deprivatie-index > 0; 13 woongebieden). De prevalentie bleek het hoogste in de woongebieden met als kenmerk 'sociaal laag'. De respondenten die in deze laatstgenoemde gebieden woonachtig zijn bleken echter wel significant ouder, hetgeen een verklaring voor deze verhoogde prevalentie zou kunnen zijn. Echter, ook indien voor dit verschil in leeftijdsopbouw wordt gecorrigeerd is het prevalentiecijfer voor 'sociaal laag' significant hoger (circa anderhalf maal zo hoog) in vergelijking met het cijfer voor 'sociaal hoog'.

Uit deze studie komt dus een sterk verhoogde prevalentie van diabetes mellitus naar voren wanneer de Hindostaanse populatie in Den Haag wordt vergeleken met cijfers uit onderzoek onder autochtone Nederlanders. Voorts vinden we bij de Hindostaanse Surinamers een relatie tussen het voorkomen van suikerziekte en de sociale achterstand van het woongebied. Het onderzoek geeft een duidelijk signaal af van ernstige problematiek, waarvoor de studie zelf geen verklaringen aanreikt.

### *Wat zeggen de sterftecijfers?*

#### *Den Haag versus andere grote steden en Nederland*

In 1991 werden in dit tijdschrift gegevens gepubliceerd waaruit bleek dat in de periode 1985-1989 de



**figuur 2**

De trend in de SMR's van suikerziekte onder 25-64-jarigen voor Den Haag, de steden Amsterdam en Rotterdam en Nederland, vergeleken met de SMR voor Nederland over de gehele periode 1968-1994.

← Nederland (1968-1994) als referentie

--- Amsterdam en Rotterdam  
 - - - Nederland  
 — Den Haag

sterfte ten gevolge van suikerziekte in Den Haag hoger was vergeleken met Nederland, maar ook vergeleken met Amsterdam en Rotterdam (1). In hoeverre heeft deze verhoogde sterfte zich na 1989 voortgezet? Aan de hand van trendanalyses van de SMR's <sup>2)</sup> van 25-64-jarigen kan worden vastgesteld dat de Haagse diabetessterfte ook in de periode 1990-1993 aanzienlijk hoger ligt dan in de steden Amsterdam en Rotterdam en in Nederland (figuur 2). De sterfte aan suikerziekte in Den Haag is in deze periode voor deze leeftijdsgroep bijna een factor twee hoger in vergelijking met heel Nederland. Dat is een blijvend hoger niveau ten opzichte van hetwelk eind jaren tachtig was bereikt. We zien trouwens dat de geregistreerde sterfte aan suikerziekte vanaf 1985 in heel Nederland toenam. Dit is deels een kunstmatige verhoging, voorzover het berust op veranderingen in het codeergedrag van artsen en/of het Centraal Bureau voor de Statistiek, waardoor suikerziekte sindsdien vaker als (primaire) doodsoorzaak wordt aangemerkt (9).

Welke leeftijdsgroepen zijn voor de oversterfte aan diabetes in Den Haag vooral verantwoordelijk? Voor het antwoord op deze vraag maken we gebruik van

<sup>1)</sup> De deprivatie-index van een woongebied is gebaseerd op het percentage werklozen onder 15-64-jarigen (1990) en op het gemiddelde inkomensniveau per inkomensstreker (1984).

<sup>2)</sup> De SMR's (Standardized Mortality Ratio's) geven de voor leeftijd gecorrigeerde verhouding aan tussen de diabetessterfte in een jaar met die in de standaardpopulatie. De standaardis in dit geval de gemiddelde sterfte aan diabetes in Nederland over de hele onderzoeksperiode 1970-1993.

tabel 1 waarin de absolute en relatieve sterfte in Den Haag en in Nederland naar leeftijd en geslacht zijn uitgesplitst.

Vergelijken we de relatieve diabetessterfte onder mannen beneden de 70 jaar in Den Haag met die in Nederland dan is deze sterfte in Den Haag bij de mannen anderhalf (55-69-jarigen) tot zo'n tweeëneenhalf keer (45-54-jarigen) zo hoog. Bij de vrouwen zien we ongeveer dezelfde verhoudingen, maar dan tot 65 jaar. In de oudste leeftijdsgroepen blijkt hiertussen zowel bij de mannen (boven de 69 jaar) als bij de vrouwen (boven de 64 jaar) weinig verschil. Onder de vrouwen zijn de cijfers in Den Haag zelfs iets gunstiger. Op dit opmerkelijke verschijnsel komen we in de beschouwing nog terug.

#### Haagse woongebieden

Tot dusverre zijn in dit artikel de Haagse cijfers vergeleken met Nederlandse cijfers en/of met die van de twee andere grote steden. In de laatste twee bulletins werd verslag gedaan van een onderzoek in Den Haag naar oorzakspecifieke sterfteverschillen tussen woonbuurten over de periode 1982-1991 (4) (5). Onder andere voor de sterfte aan diabetes mellitus werden hierin belangrijke verschillen gevonden.

De sterfte aan diabetes mellitus onder Hagenaars beneden de 65 jaar bleek duidelijk toe te nemen met de sociale achterstand van het woongebied (mannen:  $\beta = 0.33$ ; vrouwen  $\beta = 0.48$  <sup>3)</sup>) (5). Daarbij werd de algemene kanttekening geplaatst dat veel Hagenaars van allochtone afkomst wonen in de sociaal-economisch meer achtergestelde woongebieden. Het zou dus kunnen zijn dat de (op het niveau van woongebieden gemeten) sociaal-economische sterfteverschillen op zijn minst gedeeltelijk kunnen worden ver-



tabel 1

Absolute en relatieve sterfte (per 100.000) aan diabetes mellitus per leeftijdsgroep voor mannen en vrouwen. Den Haag en Nederland 1986-1993.

Leeftijd in jaren	Den Haag				Nederland			
	Man Absoluut	Relatief	Vrouw Absoluut	Relatief	Man Absoluut	Relatief	Vrouw Absoluut	Relatief
0 - 24 jr.	1	0,2	0	0	22	0,1	22	0,1
25 - 44 jr.	21	3,5	12	2,3	333	1,7	179	1,0
45 - 54 jr.	44	23,8	19	10,7	639	9,3	328	5,0
55 - 64 jr.	79	49,7	67	35,3	1.599	29,4	1.380	23,9
65 - 69 jr.	67	87,1	61	56,0	1.256	57,5	1.522	57,6
70 - 74 jr.	60	90,6	89	85,6	1.405	85,6	2.098	93,8
75 - 79 jr.	75	149,1	119	128,6	1.629	142,4	3.063	164,6
80 - 84 jr.	68	235,9	158	230,7	1.590	243,1	3.855	292,5
85 jr. e.o.	63	384,1	190	345,4	1.636	413,6	5.164	517,8

klaard als verschillen in sterfte tussen onderscheiden etnische groepen. Navolgend worden de buurtspecifieke sterftcijfers van diabetes nader geanalyseerd met het oogmerk om de hypothese te toetsen dat de hoogte van de diabetessterfte kan worden verklaard door de etnische samenstelling van het woongebied, in het bijzonder het aandeel Hindostanen.

Tussen de diabetessterfte en de deprivatie-index <sup>1)</sup> van een woongebied vinden we voor mannen en vrouwen samen ook nu weer de te verwachten positieve samenhang ( $r = 0.66$  <sup>4)</sup>). Een iets sterker verband vinden we tussen deze sterfte en het totale percentage etnische minderheden <sup>5)</sup> per woongebied en eveneens tussen de diabetessterfte en het percentage Hindostanen (respectievelijk:  $r = 0.73$  en  $r = 0.72$ ). Uit de analyses komt niet duidelijk naar voren of de verklaring vooral moet worden gezocht in de sfeer van sociaal-economische verschillen tussen buurten dan wel in de sfeer van de percentages allochtonen (of eventueel de Hindostanen) in Den Haag. De samenhang tussen de kenmerken van het woongebied, in kwestie de sociale achterstand en het percentage allochtonen (evenals tussen de afzonderlijke etnische groeperingen Turken, Marokkanen en

Hindostanen) is zo sterk ( $r > 0.85$ ) dat invloed van de afzonderlijke kenmerken op de diabetessterfte aan de hand van deze uitkomsten niet goed kan worden ontrafeld.

Het verband tussen sociaal-economische status en diabetessterfte (SMR <sup>6)</sup>) onder de 65 jaar en anderszijds het verband tussen het percentage Hindostanen in het woongebied en diabetessterfte wordt geïllustreerd in de plotterdiagrammen (figuur 3 en 4). De nummering bij de waarnemingen verwijst naar de woongebieden, zie plattegrond 1.

De hoogste diabetessterfte treffen we aan in het Transvaalkwartier (woongebiednummer 17) en in het woongebied met de buurten Laakkwartier-oost, Spoorwijk, Noordpolderbuurt en de Binckhorst (nummer 9) waar deze sterfte respectievelijk drie en tweeënehalf keer hoger uitvalt dan in de rest van

<sup>3)</sup>  $\beta$  = de regressie-coëfficiënt ofwel de hellingshoek van de regressielijn als maat voor de sterkte waarmee, in ons geval, de sterfte aan diabetes toeneemt gerelateerd aan de toename in de achterstand.

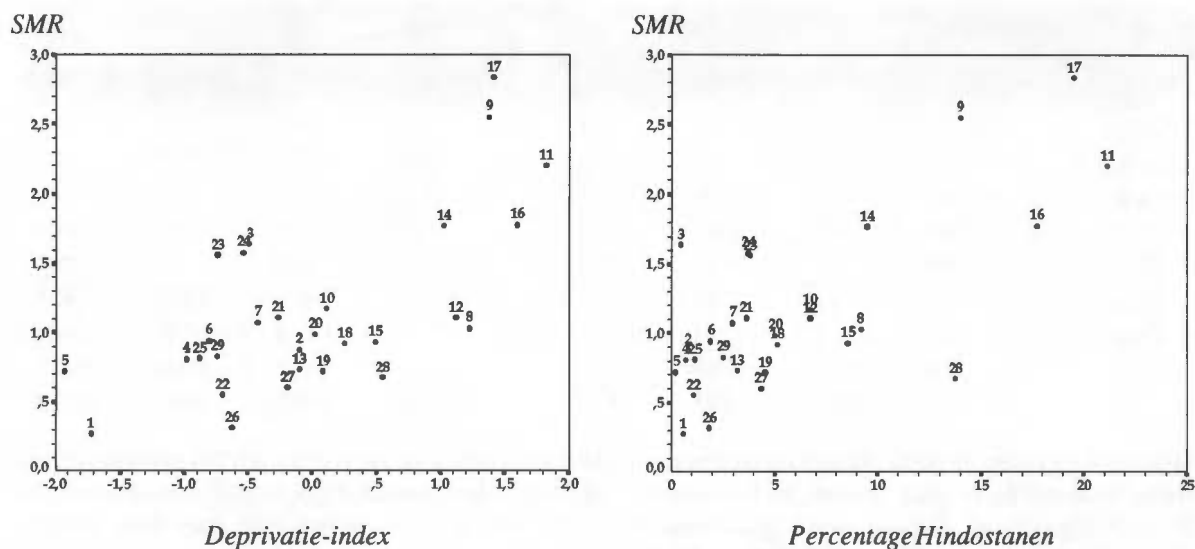
<sup>4)</sup> De Pearson-correlatiecoëfficiënt ( $r$ ) is een getal dat de mate van lineaire samenhang uitdrukt tussen de waarden van twee variabelen. De uitkomst kan variëren van  $-1$  tot  $+1$ . De waarde nul duidt op het ontbreken van een samenhang, terwijl  $-1$  en  $+1$  respectievelijk wijzen op een perfect rechtlijnig negatief dan wel positief verband. De associatie is dus sterker naarmate de correlatiecoëfficiënt dichter bij  $-1$  en  $+1$  ligt.

<sup>5)</sup> Voor de vaststelling van het aandeel allochtonen per woongebied is als peildatum 31 december 1991 gekozen. Weliswaar aan het einde van de onderzoeksperiode doch alleen van die recente datum was uitsplitsing naar subgroepen van etnische minderheden op woongebiedniveau mogelijk. Om een indruk te krijgen van mogelijke verschuivingen gedurende de onderzoeksperiode in de rangorde van de woongebieden bij ordening op aandeel allochtonen zijn de percentages van de totale groep etnische minderheden eind 1991 vergeleken met deze percentages eind 1983. In de tussenliggende periode is dit aandeel in vrijwel alle woongebieden toegenomen, echter de rangorde van de woongebieden is hierin vrijwel onveranderd gebleven. De beide reeksen laten een vrijwel perfect lineaire positieve associatie zien ( $r = 0.95$  <sup>6)</sup>). Het enige woongebied dat een andere positie heeft ingenomen gedurende het achttjaarsinterval is woongebied 20 waar in de venen, oorden en de raden het percentage etnische minderheden van 5 naar 17% is toegenomen.

**figuur 3 en 4**

Per woongebied de samenhang tussen de SMR's van suikerziekte en de deprivatie-index (links) en het percentage Hindostanen (rechts) voor mannen en vrouwen beneden de 65 jaar. Den Haag 1982-1991.

themanummer



Den Haag. In z'n algemeenheid is uit figuur 4 op te maken dat in de centrumgebieden waar veel Hindostanen wonen (meer dan 10%) zich ook een hogere sterfte aan diabetes voordoet in vergelijking met de rest van de stad. Een uitzondering hierop vormt woongebied 28 (Heesterbuurt, Valkenboskwartier). Mogelijk speelt hierbij een rol dat de Hindostanen zich hier pas recent hebben gevestigd.

Gezien de kennis waarover we op grond van literatuur en eigen onderzoek momenteel beschikken is het plausibel, dat de aanwezigheid van Hindostanen aan de diabetessterfte een forse bijdrage levert. Echter gezien de eerder vermelde verwevenheid met andere mogelijke beïnvloedende kenmerken van het woongebied, mag dit niet alleen op basis van de hier gepresenteerde sterftegegevens worden geconcludeerd.

Tot slot nog enige opmerkingen over de diabetessterfte onder mannen en vrouwen ouder dan 64 jaar. Deze blijkt nauwelijks verband te houden met de deprivatie-index van de woongebieden c.q. het percentage bewoners afkomstig uit de etnische minderheidsgroepen. Dit geldt voor de gehele groep, voor enige etnische groepering afzonderlijk, en dus ook voor de Hindostanen. Deze waarnemingen stemmen overeen met de verwachting dat de sterfte op oudere leeftijd minder met deze kenmerken zal samen-

hangen (5). Struben opperde de mogelijkheid van een 'survival of the fittest'-effect en vertekening als gevolg van de aanwezigheid van verpleeghuizen. De diabetessterfte onder de 65-plussers is weliswaar verhoogd in enkele woongebieden met een hoge sociale achterstand (waar dus ook veel etnische minderheden wonen), maar daarnaast is dit ook gevonden in gebieden waarvoor dit niet geldt. Deze laatste bleken echter wel de woongebieden te zijn met relatief de meeste verpleeghuisplaatsen (meer dan drie per 1.000 inwoners).

**Beschouwing en conclusies**

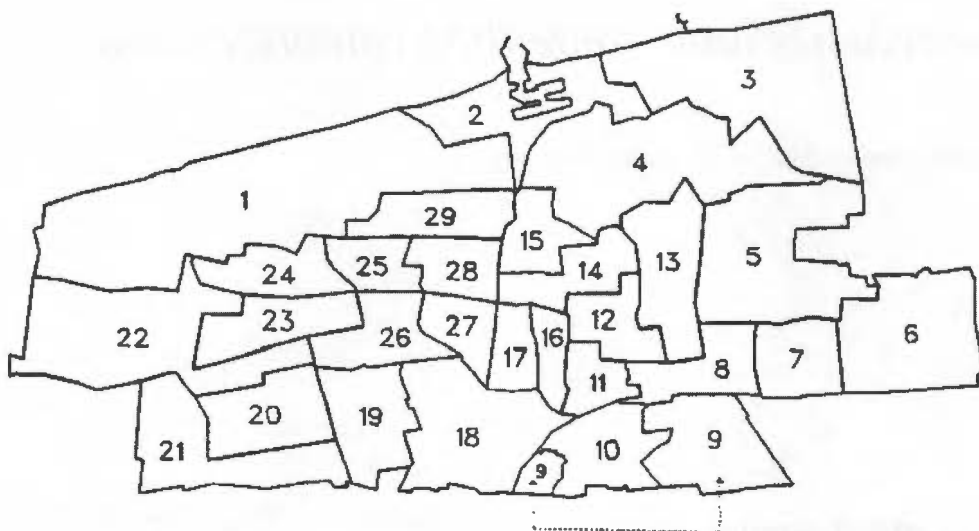
Uit de resultaten van de postenquête blijkt dat de prevalentie van zelfgerapporteerde suikerziekte onder Hindostanen zes tot tien keer zo hoog is als onder Nederlanders. Daarnaast is in deze studie voor de Hindostaanse populatie een samenhang gevonden tussen het hebben van diabetes en de sociale achterstand van het woongebied waar men woont.

Uit het voorgaande blijkt verder dat in de periode 1990-1993 de diabetessterfte onder Hagenaars in alle onderzochte leeftijdsgroepen beneden de 65 jaar, zowel bij mannen als bij vrouwen, anderhalf tot tweeëneenhalf keer zo hoog is als in Nederland. Dit is hoger dan in de daarvoor liggende jaren. Ook is deze sterfte hoger in vergelijking tot de andere twee grootste steden Amsterdam en Rotterdam. Bij het ontbreken van een verhoogde diabetessterfte onder ouderen in Den Haag ten opzichte van Nederland speelt waarschijnlijk een rol dat het aantal Haagse Hindostanen van 60 jaar en ouder vrij klein is. Voorts speelt hier, net als bij het verdwijnen van de binnengemeentelijke sterfteverschillen in de hogere leeftijds-

De SMR's (Standardized Mortality Ratio's) geven de voor leeftijd gecorrigeerde verhouding aan tussen de diabetessterfte in de onderzoeksperiode (1982-1991) met die in de standaardpopulatie. De standaard is in dit geval de sterfte aan suikerziekte in de rest van Den Haag.

**plattegrond 1**

*De 29 woongebieden in Den Haag. Mortaliteitsstudie Den Haag, 1982-1991.*



groepen, vermoedelijk een 'survival of the fittest'-effect, waardoor in het algemeen het verschil in sterfte tussen de grote steden en overig Nederland op hogere leeftijd vermindert of verdwijnt.

Binnen Den Haag zelf zien we een verhoogde diabetessterfte beneden de 65 jaar in de centrumwijken die in sociaal-economisch opzicht meer achtergesteld zijn en waar veel etnische minderheden wonen, waaronder Hindostanen. Op basis van de beschikbare sterftegegevens kon niet worden vastgesteld of de hoge diabetessterfte zich vooral onder Hindostanen had voorgedaan, al werd dit wel aannemelijk geacht. Onder de 65-plussers is geen geconcentreerde diabetessterfte in de centrumwijken gevonden. Een verhoogde sterfte deed zich wel voor in woongebieden waar relatief veel verpleeghuisplaatsen zijn.

Het prevalentie-onderzoek levert zeer verontrustende uitkomsten. Aan de hand van de resultaten van bovengenoemde onderzoeken mag worden verwacht dat één op de twee Hindostanen in Den Haag tijdens zijn leven suikerziekte ontwikkelt. Diabetes mellitus is een ernstige chronische ziekte die het dagelijkse leven van patiënten sterk beïnvloedt. De complicaties zijn frequent en ernstig: hart- en vaatziekten waaronder hart- en herseninfarcten, nierziekten, aandoeningen van het zenuwstelsel, oogziekten en afsterven van gedeelten van de benen. Voor diabetici is aangepaste voeding nodig, evenals veelvuldige medische controles en zorg. Vanwege dit laatste en vanwege het te verwachten toenemende aantal oudere Hindostanen, zullen de noodzakelijke medische en maatschappelijke kosten voor diabetespatiënten in de toekomst sterk stijgen. Preventie is

dus ook hierom van groot belang zodat deze hoge kosten nog enigszins kunnen worden beperkt.

**Literatuur:**

1. Nijhuis HGJ, Struben HWA. Suikerziekte in Den Haag een nieuw probleem? Beschouwingen over een opmerkelijk epidemiologisch signaal. *Epidemiol Bul Grav* 1991; 26 nr. 4: 13-8.
2. Struben HWA. Sterfte in Den Haag. Sterfte aan hart- en vaatziekte opmerkelijk, vooral in relatie tot die aan suikerziekte. *Epidemiol Bul Grav* 1992; 27 nr. 1: 12-9.
3. Bongers I, Westendorp RGJ, Stolk B e.a. Vroegtijdige coronaire hartziekten samengaan met diabetes mellitus type II bij personen van hindoestaanse afkomst. *Ned Tijdschr Geneesk* 1995; nr. 1 139 (I): 16-8.
4. Burger I, Vroom-Jongerden JM, Middelkoop BJC, Struben HWA. Oorzaakspecifieke sterfte en sociaal-economische status: een introductie. *Epidemiol Bul Grav* 1995; 30 nr. 4: 19-29.
5. Struben HWA, Burger I, Middelkoop BJC. Welke doodsoorzaken dragen bij aan de sociaal-economische sterfteverschillen? Onderzoek onder Hagenaars jonger dan 65 jaar. *Epidemiol Bul Grav* 1996; 31 nr. 1: 19-33.
6. Baan CA, Bonneux L, Ruwaard D, Feskens EJM. De prevalentie van Diabetes Mellitus in Nederland sinds 1970. Voordracht 13e Gezondheidszorgonderzoekdag. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1996; 74 nr. 1: katern pag. 9.
7. Mooy JM. Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus in a General Caucasian Population. The Hoorn Study. Proefschrift. Vrije Universiteit Amsterdam, september 1995.
8. Mackenbach JP. Ongezonde verschillen: over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland. Assen: Van Gocum, 1994.
9. Mackenbach JP, Snels IAK, Friden-Kill LM. Diabetes mellitus als doodsoorzaak. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991; 135 nr. 33: 1492-6.

*De auteurs bedanken de begeleiders van mw. Sadhoeram van de Landbouw Universiteit Wageningen: prof. dr. W.A. van Staveren, dr. E.G. Schouten en drs. J. Burema.*

# Hindostanen en 'hun suiker' I

## *Spontane reacties naar aanleiding van onderzoek*

Mw. S.M. Sadhoeram en Mw. G.N. Ramsaransing

**In het vorige artikel werden de wijze van enquêteren en de uitkomsten van het onderzoek naar het voorkomen van suikerziekte besproken. Om de betrokken bevolkingsgroep goed te kunnen bereiken bleek echter meer inspanning vereist. Een beschouwing over die verbrede opzet en een aantal impressies uit de praktijk. Over de hoge prevalentie en eventuele groepsvoorlichting. 'Waarom hebben wij vaker last van suikerziekte en hoe kunnen we dat voorkomen?'**

In het onderzoek (zie vorig artikel) naar het voorkomen van diabetes mellitus onder Hindostanen in Den Haag zijn verschillende wegen bewandeld om de deelname zo hoog mogelijk te krijgen. Zo is de brief vertaald in het Hindi en het Urdu, omdat niet alle Hindostanen - vooral de oudere - het Nederlands goed beheersen. Ook zijn er aanbevelende tekstjes met logo's van twee belangrijk geachte (Hindo-staans-) Surinaamse organisaties in de brief opgenomen. Daarnaast zijn de Hindostanen in Den Haag via de Haagsche Courant, de Surinaamse weekkrant en via lokale Hindostaanse radio's op de hoogte gebracht van het onderzoek. Daarin werd, evenals in de brief, aangegeven dat men de twee Hindostaanse onderzoekers zowel overdag als s'avonds telefonisch kon benaderen voor nadere informatie. Beide onderzoekers spreken het Sarnami Hindi (de Surinaams-Hindostaanse taal), zodat de beller in het Hindostaans te woord kon worden gestaan indien hij of zij het Nederlands niet (goed) beheerste.

Van deze gelegenheid is door zowel aangeschrevenen als niet-aangeschrevenen (waaronder Hindostanen buiten Den Haag), diabeten en niet-diabeten, gretig gebruik gemaakt. Met ruim dertig Hindostanen zijn uitgebreide gesprekken gevoerd. Iets meer vrouwen dan mannen belden en van zeer verschillende leeftijden. In deze gesprekken uitten de bellers hun visie en stelden vragen over het ontstaan, de behandeling en de hulpverlening van diabetes mellitus. Wanneer het diabeten betrof lieten deze zich ook uit over de ziektebeleving.

---

*Over de auteurs:*

Mw. S.M. Sadhoeram, student humane voeding, Vakgroep Humane Voeding, Landbouw Universiteit Wageningen en  
Mw. G.N. Ramsaransing, voedingskundige.

Opvallend was dat wanneer men merkte dat het gesprek ook in het Sarnami Hindi kon worden gevoerd men *spontaan* uitvoerig over suikerziekte begon te praten. Dit heeft volgens ons te maken met het gevoel dat de beller weet dat hij of zij zich dan goed kan uitdrukken en daarbij ook wordt verstaan en begrepen en er geen barrière bestaat om vragen, gevoelens en meningen te verwoorden. Dit creëert zelfvertrouwen en betrouwbaarheid bij de beller die dan een boekje open doet over de ziekte.

Omdat de informatie die op deze wijze naar voren kwam belangrijk kan zijn voor de zorgverlening en voorlichting aan Hindostaanse diabeten volgen hier enkele samenvattende impressies van deze gesprekken.

### Over de oorzaken van diabetes

De *voeding* wordt door de bellers vaak gezien als een belangrijke oorzaak van diabetes mellitus. Het merendeel schrijft het ontstaan van suikerziekte toe aan overmatige consumptie van suiker en zoetigheden. Daarnaast worden als belangrijke boosdoeners gezien: rijst (vooral wanneer het verschillende malen op een dag wordt geconsumeerd); vet voedsel; gekruid en pittig eten (voedsel gekruid met masala, een Hindostaanse kerrie); eenzijdige voeding en een onregelmatig voedingspatroon.

*Stress* speelt, volgens de bellers, eveneens een belangrijke rol. Er wordt vaak aangegeven dat suikerziekte is vastgesteld gedurende of vlak na een ingrijpende gebeurtenis, zoals een echtscheiding, een (klein)kind dat ernstig ziek wordt, het overlijden van geliefde personen en sociaal-economische problemen waaronder problemen met kinderen. Ook migratieproblemen worden genoemd, zoals het moeten achterlaten van geliefde familieleden en waardevolle bezittingen en je als allochtoon extra moeten bewijzen in de werksfeer.

Over de rol van *erfelijkheid* lopen de meningen nogal uiteen. Sommigen vinden dat erfelijkheid niet speelt aangezien niemand in de familie suikerziekte heeft maar de desbetreffende bellers wel. Anderen zijn juist bang om last van deze aandoening te krijgen omdat het in de familie veel voorkomt. En degenen die diabetes hebben, leggen een link tussen 'hun' diabetes en 'die' van familieleden.

Veranderingen in *activiteitenpatroon* ten opzichte van Suriname worden ook als mogelijke oorzaken genoemd. In Suriname is men lichamelijk actiever dan hier. Dit heeft mede met het koudere klimaat in Nederland te maken. Volgens deze bellers 'zweet je in een warm land de ziekten uit'.

### Over de behandeling van diabetes

#### Voedingstherapie

Zij die diabetes hebben, geven aan dat de voeding een bijzonder lastig aspect van de behandeling kan zijn, vooral tijdens sociale gelegenheden. Zo wil men niet steeds aan de 'buitenwereld' vertellen dat men suikerziekte heeft. Men wil niet zielig of overdreven overkomen en worden bestempeld als een zieke man of vrouw. Ook wil men, zoals men dat zelf uitdrukt, 'de vuile was niet buiten hangen'. Wanneer ze dan ergens op bezoek gaan, nuttigen ze voedingsmiddelen met suiker terwijl men zelf het idee heeft dat dat niet goed is. Sommigen slaan wel voedsel af onder het mom dat ze al hebben gegeten, maar voelen zich daardoor ook een uitzondering omdat anderen iets eten wat zij niet mogen hebben. Andere diabeten zeggen rond etenstijd niet op bezoek te gaan.

Volgens een groot aantal van de diabeten is het voedingsadvies vaak niet aangepast aan de Hindostaanse eetgewoonten. Ze merken op dat ze maar twee à drie eetlepels rijst op een dag mogen eten terwijl rijst een hoofdbestanddeel is van de warme maaltijd van Hindostanen. Ook mogen ze geen daal meer nuttigen (daal = soort peulvruchtensoep die niet weg te denken is uit het Hindostaanse menu). Hierbij gaat het lang niet altijd om obese patiënten. Men krijgt ook weleens dieetlijsten met Nederlandse voedingsmiddelen terwijl men niet gewend is deze te eten. Hierbij gaat het vooral om de groenten- en vleessoorten.

Ook geeft een aantal diabeten aan dat op de dieetlijsten tijden zijn aangegeven waarop men zou moeten eten terwijl men dat niet gewend is. Men eet wanneer men honger heeft. Op vaste tijden moeten eten is lastig, vooral als men ergens op bezoek is.

Het voorgaande wordt geïllustreerd door de volgende uitspraak van een 38-jarige man die tabletten krijgt:

*'Van de diëtist heb ik een dieet gekregen maar het is op een Nederlandse manier uitgelegd. Ze heeft mij ook gezegd dat ik regelmatig moet eten; om de twee uur moet ik wat eten. Maar wanneer ik bij mijn familie op bezoek ben dan eet ik gewoon mee. Dan let ik niet op de tijden. Ja, ik ga toch geen nee zeggen als ik daarop bezoek ben en als er iets lekkers is. Ik let wel op mijn suikergebruik: in mijn koffie en thee doe ik meestal geen suiker. Een enkele keer doe ik het wel. Want ik vertel niet aan iedereen dat ik suikerziekte heb. En als ik bij die mensen koffie of thee met suiker krijg, dan drink ik het gewoon op.'*

Sommige diabeten zijn ook weleens bang om te eten. Bang, dat de voeding de bloedsuiker ontregelt. Dit leidt er soms toe dat men eenzijdig of te weinig eet. Een aantal diabeten heeft nog nooit de diëtist geraad-



pleegd. Anderen beweren dat de huisarts nooit iets over de voeding heeft gezegd, hooguit dat ze geen suiker mogen consumeren. Ook zijn er diabeten die geen aandacht aan de voeding besteden.

Hun redenatie is:

*'Of het vandaag of morgen is, eens ga ik toch dood, waarom zou ik dan niet van het leven genieten en eten en drinken wat ik wil?'*

#### Medicinale therapie

Het gebruik van insuline leidt dikwijls tot emotionele problemen bij een insuline-afhankelijke patiënt.

Hieronder het relaas van een diabeet die aanvankelijk werd behandeld met insuline:

*'Suikerziekte is vijf jaar geleden bij mij ontdekt en ik werd toen opgenomen in het ziekenhuis. Ik moest insuline spuiten maar ik kon het niet. Ik raakte er gestressed onder en werd boos. Volgens de arts-assistent zou ik over twintig jaar blind worden als ik geen insuline zou spuiten. Maar mijn gevoel zei mij dat ik, als ik insuline zou spuiten, ik binnen één jaar in een rolstoel zou zitten. Toen ik uit het ziekenhuis was ontslagen, heb ik thuis alle spuitjes weggegooid. Aan mijn internist heb ik verteld dat ik geen insuline wilde spuiten. Hij zei toen dat ik drie keer per dag een tablet moest slikken.'*

Ook zijn er soms religieuze bezwaren tegen het gebruik van insuline omdat deze afkomstig kan zijn van het varken of rund.

Mensen die met tabletten worden behandeld, denken dat 'hun' suikerziekte minder ernstig is dan van hen die zijn ingesteld met insuline. Ze geven ook aan minder ziek te zijn dan de insuline-afhankelijke patiënten.

#### Stress en bloedglucosespiegel

Piekeren (stress) heeft volgens de diabeten grote invloed op de hoogte van de bloedsuikerspiegel: het kan leiden tot zowel hypo's als hyper's.

Een diabeet zei letterlijk:

*'Als ik pieker dan schiet mijn bloedsuiker als een pijl omhoog. Maar ja, wat doe je eraan. Je kunt letten op je voeding, je kunt je tabletten op tijd innemen en je kunt veel bewegen maar ja, je gedachten, die hou je niet onder controle, daar kun je gewoon niks aan doen.'*

Een aantal diabeten vertelt dat ze tijdens vakantieperioden in Suriname geen aandacht hebben besteed aan hun ziekte en toch nergens last van hadden. Terug in Nederland bleek na controle hun bloedglucosewaarde goed te zijn. De oorzaak hiervan moet volgens hen worden gezocht in de ontspannen vakantiesfeer.

Ter illustratie de volgende, een aantal malen geuite, uitspraak:

*'Ik ben ook niet vakantie naar Suriname geweest. Ik heb daar gegeten en gedronken wat ik wilde. Ik heb helemaal niet op mijn voeding gelet. Ook heb ik geen tabletten geslikt (of insuline gespoten). En toen ik terugkwam heb ik mijn bloedsuiker laten controleren: niks aan de hand, alles was goed.'*

#### Het ziektebeeld van diabetes

Het ziekte-inzicht is veelal gebrekkig. Men weet over het algemeen wel dat er een orgaan in het lichaam niet goed functioneert maar om welk orgaan het gaat, is vaak onbekend. De mening dat suikerziekte ontstaat door overmatige consumptie van suiker

geeft ook enig gebrek aan kennis over de ziekte weer. Er worden weleens twee vormen van suikerziekte genoemd: 'Eentje waar je dik van wordt en ééntje waarvan je afvalt'. Omdat bekend is dat alcohol een bloedglucose-verlagend effect heeft, wordt het gebruik hiervan als positief gezien voor diabetespatiënten.

Men zegt weleens:

*'Bier mag niet omdat het suiker heeft, alcohol mag wel omdat het juist de suiker verlaagt.'*

Men vergeet dan dat een matig gebruik van alcohol is toegestaan mits er iets wordt genuttigd met koolhydraten (met name van belang wanneer men wordt behandeld met tabletten en/of insuline). Ook heeft een aantal mensen de indruk dat suikerziekte kan worden genezen. Sommige diabeten zeggen namelijk dat ze het vroeger wel hadden maar dat de arts zegt dat ze nu zijn genezen en dat behandeling niet meer nodig is. Ten slotte is vaak niet bekend dat suikerziekte en diabetes mellitus hetzelfde is.

### **Visie op de hulpverlening**

Tijdens de telefonische gesprekken wordt regelmatig geklaagd over de hulpverlening. Men merkt dan op dat de zorgverleners tegenstrijdige uitspraken doen over het wel of niet hebben van suikerziekte. Een aantal bellers geeft bijvoorbeeld aan, dat de internist zegt dat hij of zij diabetes heeft, terwijl de huisarts dat ontkent, of omgekeerd. Ook wordt gezegd dat de zorgverlener vaak niet eenduidig in zijn uitleg is of onvoldoende concreet over de behandeling. Bovendien wordt er soms niet ingegaan op vragen die de diabeet heeft over zijn aandoening.

Een diabetespatiënt verhaalde het volgende:

*'Ik werd behandeld door een internist en een arts-assistent. Er werden mij allerlei vragen gesteld waarop ik antwoord gaf. Maar op de vragen die ik stelde werd geen antwoord gegeven.'*

In hoeverre de zorgverlener inderdaad niet eenduidig en volledig is in de informatie die hij of zij verstrekt, is moeilijk te zeggen. Het is goed mogelijk dat de patiënt de verkregen informatie niet juist interpreteert of dat de hoeveelheid informatie die de patiënt moet verwerken te veel is.

### **Andere opmerkelijke zaken**

Angst voor de lichamelijke complicaties van suikerziekte leidt soms tot ontkenning van de ziekte. Voor een aantal niet-diabeten zijn deze complicaties redenen om zich niet te laten onderzoeken op suikerziekte.

Opmerkelijk is dat op de vraag 'Heeft u suikerziekte?' een aantal niet-diabeten reageerde met: 'God zij dank, ik heb het *nog* niet'. Dat 'nog' geeft kennelijk aan dat het hun niet zal verbazen wanneer diabetes mellitus in de toekomst bij hen zal worden vastgesteld. Een nogal pessimistische houding, maar blijkbaar hebben deze mensen de indruk dat suikerziekte veel voorkomt onder Hindostanen.

### **Aandachtspunten voor optimalisering van de zorg**

Uit het voorgaande is gebleken dat voeding en stress worden gezien als belangrijke determinanten voor het ontstaan van diabetes mellitus. Andere mogelijke oorzaken die worden genoemd zijn erfelijkheidsfactoren en weinig lichaamsbeweging. Ook is verhaald hoe de diabeten de voeding en het gebruik van insuline als onderdelen van de behandeling ervaren. Hoewel je niet zonder meer kunt stellen dat deze ervaringen en meningen worden gedeeld door alle Hindostaanse (niet-)diabeten, zijn ze toch belangrijk genoeg om er rekening mee te houden in de zorgverlening en voorlichting over diabetes mellitus. Het zijn uitspraken die een aantal malen zijn gedaan door verschillende personen. De uitspraken weerspiegelen de kennis en ervaringen van Hindostanen met en zonder diabetes.

Dat de voeding bij diabetes ook door Nederlandse diabeten wordt ervaren als een bijzonder lastig aspect van de behandeling blijkt uit onderzoeken uitgevoerd onder Nederlandse diabeten (1)(2). Maar bij Hindostaanse diabeten kunnen de taalbarrière, sociaal-culturele factoren en andere voedingsgewoonten een hogere drempel vormen om aan het verstrekte voedingsadvies te voldoen. Daarom zijn adviezen belangrijk die aansluiten bij de eetgewoonten van de Hindostaanse diabeet, waarmee de compliance (therapie-trouw) positief wordt beïnvloed.

De taalbarrière kan een probleem vormen voor een goed begrip en zo compliance van de behandeling verstoren. Voorlichting in de eigen taal, ondersteund met visuele middelen zoals plaatjes en tekeningen, is een mogelijke oplossing. Voordeel hiervan kan zijn, dat de patiënt ook durft aan te geven welke factoren de compliance belemmeren omdat de patiënt weet dat hij/zij zich dan ook beter kan uitdrukken. Schriftelijk voorlichtingsmateriaal kan ondersteunend werken maar men moet er wel rekening mee houden dat een aantal Hindostanen analfaabeet is.

Het is wenselijk dat degenen die de taak van 'voorlichting in eigen taal' op zich nemen ook het Nederlands goed beheersen. Dit is van belang voor een goede interpretatie en begrip van de theorie en vertaling naar de praktijk toe of omgekeerd en voor

een goede overdracht van ervaringen en meningen van en naar zorgverleners en patiënten.

Individuele voorlichting over suikerziekte en informatie over het doel van de behandeling (voeding, medicatie, lichaamsbeweging) kunnen een gunstig effect hebben op de therapietrouw. Omdat te veel informatie ineens haar doel voorbij kan schieten, wordt gepleit voor gedoseerde informatie tijdens verschillende consulten.

Het is aan de ene kant begrijpelijk dat een aantal diabeten er in hun omgeving niet voor durft uit te komen dat ze suikerziekte hebben. Toch is deze ziekte onder Hindostanen zeker niet onbekend, want uit de telefoongesprekken blijkt dat elke Hindostaan op z'n minst één Hindostaan kent die suikerziekte heeft. Gezien de hoge prevalentiecijfers van deze chronische ziekte onder Hindostanen kan groepsvoorlichting mythen en vooroordelen uit de wereld helpen, zodat ook de omgeving anders tegen de ziekte gaat aankijken en de patiënt kan ondersteunen in de compliance. Hiervoor kunnen ook Hindostaanse televisie- en radioprogramma's als medium worden gebruikt.

### **Tot slot**

Gelet op de vele Hindostanen (zo'n 25.000) die in Den Haag wonen, de hoge prevalentie van diabetes mellitus onder hen en de ingrijpende gevolgen van deze aandoening op hun gezondheid kunnen gepaste zorg vanaf het moment van vaststelling en (groeps)-

voorlichting een positieve rol spelen in het uitstellen of eventueel vermijden van complicaties.

Dat de Hindostanen in Den Haag belangstelling hebben voor onderzoek naar diabetes mellitus en dat ze bereid zijn om mee te werken aan verder onderzoek blijkt uit de hoge respons (46%) op de verstuurde brieven. Daarbij geeft 87% van de respondenten aan, mee te willen werken aan een vervolgonderzoek. Ook de Hindostaanse televisie toonde belangstelling voor het onderzoek. Ze heeft een landelijk televisieprogramma uitgezonden over het prevalentie-onderzoek. Hierdoor is ook de belangstelling van Hindostanen buiten Den Haag gewekt voor de suikerziekteproblematiek.

Op de brandende vraag van veel Hindostanen: 'Waarom hebben wij vaker last van suikerziekte dan andere bevolkingsgroepen en hoe kunnen we het voorkomen?' moeten we helaas het antwoord nog schuldig blijven.

Momenteel wordt er een voedingsonderzoek uitgevoerd onder honderd Haagse Hindostaanse vrouwen waarbij ook eventuele barrières over de dieetcompliance onder de loep worden genomen. De resultaten van dit onderzoek zullen in een toekomstige uitgave van dit tijdschrift worden gepubliceerd.

### Literatuur:

1. Friele RD. Diabetes and Diet: Managing Dietary Barriers. Proefschrift Landbouwwuniversiteit. Wageningen, 1989.
2. Niewind AC. Diabetes and Diet: Food Choices. Proefschrift Landbouwwuniversiteit. Wageningen, 1989.



# Hindostanen en 'hun suiker' II

## *Interviews met hulpverleners en patiënten*

Mw. M.J.C.M. de Laat

**Al eerder werd over het begrip 'compliance' gesproken, therapietrouw. Een jaar geleden werd een verkennende studie gedaan onder achttien mannelijke Hindostanen met diabetes. Gekeken werd naar de samenhang tussen hun 'sociale context' en de eventuele moeilijkheden met hun dieet en de medicamenteuze behandeling. Bij problemen met dieetadviezen blijkt de invloed van die sociale omgeving in meer dan de helft van de gevallen een rol te spelen.**

*1) Mw. M.J.C.M. de Laat. 'Hun hebben die theorie, ik heb die praktijk'. Opvattingen van Hindostaans-Surinaamse mannelijke diabetespatiënten in Den Haag rond diabetes mellitus type II en de diabeteszorg. Dienst Welzijn, Sector GGD Den Haag en de vakgroep Algemene Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht, 1995. Belangstellenden kunnen het verslag opvragen bij Mw. E.M.J. Paternotte, tel. 070 - 353 71 87.*

In het voorjaar van 1995 is in Den Haag onder achttien mannelijke Hindostaans-Surinaamse suikerpatiënten een verkennend, kwalitatief onderzoek verricht <sup>1)</sup>. Hierin zijn opvattingen rond ziekte, gezondheid en zorg geïnventariseerd waarbij is gekeken in hoeverre deze het ziektegedrag en de therapietrouw (compliance) met betrekking tot diabetes mellitus (vooral type II) zouden kunnen beïnvloeden. Dit onderzoeksthema kent een gedeeltelijke overlap met de inhoud van de telefonische gesprekken die onderzoekers voerden met Hindostanen naar aanleiding van het prevalentie-onderzoek en waarvan in het vorige artikel verslag is gedaan. Ondanks dat de wijze van tot stand koming van de informatie sterk verschilt - aan de achttien Hindostaanse mannen zijn gerichte vragen gesteld aan de hand van vooraf opgestelde onderwerpen en de telefonische gesprekken waren ongepland en verliepen spontaan - kunnen we toch opvallende overeenkomsten ontdekken.

Hoewel het patiëntenperspectief in het verkennende onderzoek op de voorgrond stond is op dezelfde wijze ook een gesprek gevoerd met een aantal bij diabetes betrokken hulpverleners. Dit waren vier huisartsen, twee diëtisten en een diabetesverpleegkundige, allen werkzaam in de eerstelijnsgezondheidszorg. Deze hulpverleners zijn tevens sleutelfiguren geweest voor het benaderen van de Hindostaanse patiënten voor het onderzoek. In deze bijdrage worden alleen de meest saillante opvattingen van de hulpverleners en patiënten gepresenteerd.

*Over de auteur:*

Mw. M.J.C.M. de Laat, Vakgroep Algemene Sociale Wetenschappen, Faculteit der Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht. Afstudeeropdracht specialisatie minderheden en samenleving in opdracht van de afdeling Epidemiologie, Dienst Welzijn, Sector GGD/MZ Den Haag.

### Het hulpverlenersperspectief

Over de zorgverlening aan de Hindostaanse mannen met diabetes mellitus type II is door de geïnterviewde hulpverleners een aantal aspecten genoemd, waarin verbeteringen worden gewenst. Allereerst pleiten enkele hulpverleners in Den Haag voor meer afstemming van deze zorg. In een aantal gevallen gebeurt dit nu al in samenwerkingsverbanden tussen huisartsen, diëtisten en wijkverpleegkundigen, zoals het uitvoeren van speciale diabetesprekuren. Tijdens een dergelijk spreekuur werken hulpverleners samen in een huisartsenpraktijk. De patiënten komen op één middag achtereenvolgens bij de doktersassistente, de huisarts en de wijkverpleegkundige of de diëtist.

Een huisarts die werkzaam is in een gezondheidscentrum met een speciaal diabetesprekuren vindt dat deze aanpak zou moeten worden uitgebreid:

*'Ik denk dat het diabetesprekuren dat we hier hebben een aardig model is voor andere huisartsenpraktijken. Dus als daaraan wordt gewerkt, lijkt me dat een hele goede zaak (...). Ik ben heel tevreden over de samenwerking met de diëtiste en de wijkverpleegkundige. Dat is ontzettend belangrijk en voegt veel toe. En ik denk dat door die structuur, doordat je het zo organiseert, mensen doordrongen zijn van, hé, kennelijk heb ik iets wat hij van belang vindt, dus het zal wel belangrijk zijn (...). Ik verwees vroeger ook naar de diëtist door, maar dan kwamen mensen eens één keer en dan niet meer, als ze er al kwamen.'*

Naast een meer afgestemde aanpak van de zorg geven de hulpverleners aan, voorlichtingsmateriaal nodig te hebben dat specifiek op de Hindostaanse bevolkingsgroep is afgestemd.

Een diëtiste antwoordt op de vraag welke verbeteringen ze zou willen zien:

*'We missen wel foldermateriaal, denk ik, gericht op Surinaamse voedingsgewoonten, zodat je daarmee mensen beter kunt motiveren, en dat gewoon beter is afgestemd op hun voedingspatroon.'*

Alle hulpverleners voeren het alcoholgebruik van de Hindostaanse mannen op als een probleem waar je weinig grip op krijgt.

Een huisarts zegt:

*'In ieder geval is het alcoholgebruik een probleem. Dat is obscuur, daar krijg je nooit goed zicht op (...) Ja, het ontregelt de suikerziekte natuurlijk en je valt er ook niet van af.'*

Ten slotte wijzen hulpverleners op het probleem dat de invloed van de omgeving, de wens om gezellig mee te doen, de mogelijkheden van de suikerpatiënt

bepersen zich aan de behandelingsvoorschriften te houden.

### Het patiëntenperspectief

#### Opvattingen rond ziekte en gezondheid

Uit de interviews komt naar voren, dat meer dan de helft van de respondenten niet kan omschrijven wat diabetes mellitus type II inhoudt. Ze hebben vaak niet het inzicht in het ontstaan en verloop van de ziekte en in het nut van de behandeling, in de termen van de hulpverlener.

Wel wordt stress vaak als oorzaak genoemd voor het ontstaan of het verergeren van diabetes. Ook brengen sommigen naar voren dat ze tijdens een verblijf in Suriname geen medicijnen hebben genomen en in die tijd geen last hebben gehad van 'hun suiker'. Deze respondenten schrijven dit onder andere toe aan het warme klimaat en een actievere levensstijl.

Bijna alle respondenten geven aan dat gezondheid belangrijk voor ze is. Men beseft het nut van de behandeling van de ziekte. De meeste mannen zeggen dat ze weten dat het opvolgen van dieetadviezen belangrijk is. Een enkeling trekt dit belang in twijfel. Aan het nut van medicijnen wordt soms ernstig getwijfeld.

Zo zegt iemand:

*'Ja, medicijnen, maar ja, die helpen toch niet (...). Nee, die nemen de ziekte niet weg, het wordt verplaatst. Je neemt medicijnen in en je suiker gaat misschien omlaag, maar dan heb je straks last van je nieren. Dus ik denk, ja, voor geloof, ik moet mediteren en dan gaat het goed.'*

#### Opvattingen over de diabeteszorg

Uit het onderzoek komt naar voren dat de Hindostaanse mannen meestal van een arts verwachten dat hij of zij meer moet doen dan alleen medicijnen voorschrijven. Aandacht en vertrouwen blijkt men in het contact met de arts belangrijk te vinden. In de meeste gevallen hebben ze positieve ervaringen op dit gebied gehad. Men noemt het contact met de arts bevredigend en stelt dat er kan worden gesproken van een vertrouwensrelatie.

In de voorlichting, zo is gebleken, wordt soms door de hulpverleners tegenstrijdige informatie gegeven, bijvoorbeeld door de arts en de diëtist. Sommigen weten niet welke adviezen op te volgen.

Ongeveer een derde van de Hindostanen geeft aan wel behoefte te hebben aan meer informatie over wat diabetes mellitus precies inhoudt. Het blijkt dat een gedeelte van de patiënten niet weet waarom ze bepaalde adviezen moeten opvolgen.

Alle respondenten hebben een dieetlijst gehad. Men begrijpt de inhoud goed en kan goed benoemen welke adviezen op deze lijst staan.



### Omgang met de ziekte en compliance

Uit de interviews komt naar voren dat, met uitzondering van één respondent, alle geïnterviewden problemen hebben met het opvolgen van de dieetadviezen. De Hindostaanse mannen ervaren het leven nu als niet volwaardig omdat ze 'niks meer mogen'. Het blijkt dat de richtlijnen voor het dieet vaak, tijdelijk (wanneer het bloedsuikergehalte in het bloed te hoog is), of helemaal niet worden opgevolgd. Het aanpassen van de voedingsgewoonten blijkt erg moeilijk te zijn. Praktisch gezien kost het veranderen van een voedingspatroon moeite, tijd en gewinning.

Dit wordt als volgt beeldend uitgedrukt:

*'Vroeger was het anders, heel veel rijst en tussendoor veel eten en snoepen en zo. Dat vind ik wel moeilijk, je eetpatroon helemaal veranderen (...). Ja, dat is echt moeilijk, want je moet ten slotte weer hele andere eetgewoonten aanleren voor jezelf. En je maag blijft maar van, ik wil meer, ik wil meer.'*

Bij problemen met de dieetadviezen speelt de invloed van de sociale omgeving bij meer dan de helft van de respondenten een belangrijke rol. Velen geven aan dat ze in gezelschap, om de gezelligheid te delen, graag willen blijven meedoen met eten en drinken. Het weigeren van aangeboden voeding en dranken wordt als zeer problematisch ervaren, enerzijds omdat men zelf mee wil doen met eten en drinken, anderzijds omdat men het idee heeft dat weigeren door de sociale omgeving als hautain gedrag wordt geïnterpreteerd of door de gastheer of -vrouw als beledigend wordt opgevat. Er wordt een beeld gegeven van een sterke verwevenheid met de sociale omgeving. Een eigen gedrag daarbinnen is moeilijk te realiseren.

De helft van de respondenten vergeet de medicijnen weleens in te nemen, vooral in het weekend vanwege

het andere leefritme. Bovendien blijkt dat een aantal mannen in het weekend bewust geen medicijnen inneemt. Hier is de invloed van de sociale omgeving weer in te herkennen. Men wil in het weekend mee kunnen doen met het familie-samenzijn of met feestjes, in die zin dat men ook een borrel wil kunnen drinken. De ongunstige combinatie van alcohol met medicijnen wordt uit de weg gegaan door geen medicijnen te nemen.

Een mannelijke diabetespatiënt zegt hierover:

*'Alleen in het weekend, dan doe ik vrijdag wel van, ik stop er een beetje mee (...). Want ik ben bang dat ik een andere reactie krijg in mijn lichaam als ik een borrel drink.'*

Dit het onderzoek komt verder naar voren dat de alcoholconsumptie onder de Hindostaanse mannen in de onderzoeksgroep in het verleden veelal hoog is geweest. Het verplicht minderen van alcoholconsumptie is voor velen moeilijk.

De bewegingsadviezen worden meestal niet opgevolgd. De Surinamers geven aan dat ze weten dat bewegen belangrijk is. Maar het blijkt veelal niet te gebeuren, zoals voorgeschreven is door de arts. Vaak worden praktische redenen aangevoerd, zoals 'geen tijd om te sporten'. Tevens wordt door een aantal mannen rugpijn of spierpijn genoemd als reden om niet te sporten. Anderen geven aan dat ze 'voldoende' bewegen in de vorm van wandelen.

In dit onderzoek is ook aandacht besteed aan de mogelijke invloed van religie op de houding tegenover met de ziekte en op de compliance. Uit de antwoorden is gebleken dat het merendeel van de mannen stelt dat religie los staat van de omgang met de ziekte. Een enkeling geeft echter aan dat bidden en mediteren van groter belang wordt geacht voor de gezondheid dan het opvolgen van de adviezen van hulpverleners. Het ontstaan van de ziekte wordt dan in termen van 'straf' gezien.

### *Samenvatting en aanbevelingen*

Een verdere gestructureerde aanpak van de zorg voor diabetespatiënten wordt door hulpverleners noodzakelijk geacht. Dit zowel ter voorkoming dat suikerpatiënten tussen wal en schip geraken als vanwege de meerwaarde van een dergelijke aanpak. Vanwege het hechte sociale netwerk waarin Hindostanen veelal verkeren is het aan te raden gezins- of familieleden meer bij de behandeling van Hindostaanse diabetespatiënten te betrekken, opdat ook zij wellicht gaan begrijpen dat het wijzigen van een leefpatroon van belang is voor de gezondheid van de suikerpatiënt. Huisartsen, wijkverpleegkundigen en diëtisten kunnen stimuleren dat gezins- of familieleden meekomen wanneer voorlichting wordt gegeven.

In de voorlichting voor Hindostanen bestaan nogal wat gebreken. Enerzijds blijken de respondenten tegenstrijdige informatie te ontvangen door onzorgvuldige afstemming tussen de verschillende hulpdisciplines. Anderzijds is er te beperkt (afgestemd) voorlichtingsmateriaal aanwezig. Gepleit wordt voor betere voorlichting, specifiek afgestemd op de Hindostaanse bevolkingsgroep. Waarschijnlijk veronderstelt men ten onrechte dat er bij Surinamers geen taalbarrière bestaat. Het is echter van groot belang,

vooral bij het wijzigen van het voedingspatroon, dat voorlichtingsvormen zo nauw mogelijk aansluiten bij de leefwereld van de Surinaams-Hindostaanse patiënt.

Met betrekking tot het alcoholgebruik zou meer voorlichting zijn gewenst over de schadelijke effecten van alcohol, specifiek in relatie tot diabetes mellitus. Hulpverleners signaleren regelmatig problemen met overmatig alcoholgebruik bij Hindostaanse mannen met diabetes mellitus type II, maar in de behandeling wordt het niet opgepakt.

Bij de bewegingsadviezen kan worden gedacht aan activiteiten die passen bij de leefwereld van de patiënt. In eerste instantie moet worden gekeken naar wat voor betrokkene realiseerbaar is. In overleg met de patiënt zou bijvoorbeeld kunnen worden gekeken naar welke mogelijkheden en beperkingen er voor hem zijn om meer te bewegen dan hij tot nu toe doet.

De veronderstelde relatie tussen diabetes mellitus en de klimaatomstandigheden verdient meer aandacht. Vanuit de eigen beleving of cultuur hebben respondenten spontaan aangegeven dat ze geloven dat het klimaat en meer lichaamsbeweging in Suriname hun klachten hebben doen verminderen. Ten aanzien van voedings- en bewegingsadviezen zou hierop moeten worden voortgebouwd.

# Hart- en vaatziekten en diabetes bij Hindostanen

## *Verkenning van de internationale literatuur*

Mw. J.E.A. Portielje en Mw. P.H.L.M. Geelhoed-Duijvestijn

**Is de lastig ontwarbare interferentie tussen het Hindostaande milieu en het leven met suikerziekte een specifiek Haags probleem, of wordt één en ander bevestigd door de internationale literatuur? Een verkenning leert dat het 'Haagse' geen invloed heeft.**

**Patiëntengroepen in Rotterdam en Leiden geven eenzelfde beeld. Ook Brits onderzoek laat zien dat Indiërs een grotere risicogroep vormen. Hoog tijd om ook met die buitenlandse gegevens tot een plan voor preventieve zorg te komen.**

In huisartsenpraktijken en ziekenhuizen in de Haagse binnenstad wordt al jaren opgemerkt dat relatief jonge Surinamers van Hindostaanse afkomst zich, veel vaker dan hun leeftijdgenoten van Nederlandse origine, presenteren met ernstige coronaire hartziekten en herseninfarcten (cerebrovasculaire infarcten). Bovendien bestaat de indruk dat het op jonge leeftijd overlijden aan dergelijke hart- of vaatziekten binnen de Hindostaanse gemeenschap geen zeldzaamheid is.

### *Nederlands onderzoek*

In 1995 verschenen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde twee artikelen die bovenbeschreven waarnemingen ondersteunen: Berghout beschreef een aantal ziektegeschiedenissen van patiënten van Hindostaanse afkomst met diabetes mellitus (suikerziekte) type II die in het Zuider Ziekenhuis in Rotterdam waren behandeld voor ernstige complicerende vaatziekten die al op jonge leeftijd waren ontstaan (1). In hetzelfde blad stond een artikel van Bongers, waarin hij een groep Hindostaanse patiënten vergeleek met een groep patiënten van Nederlandse herkomst (2). Alle patiënten hadden in het Academisch Ziekenhuis in Leiden een operatie aan de kransslagaders ondergaan in verband met ernstige atherosclerotische vernauwing van deze aders. Hij stelde vast dat de Hindostanen gemiddeld acht jaar jonger waren bij het ontstaan van hun ziekte, dat ze meer vernauwde kransslagaders hadden en dat van de gehele groep Hindostanen 50% tevens diabetes had tegen 13% van de Nederlanders.

Struben beschreef in 1992 in het Epidemiologisch Bulletin dat er in de periode tussen 1985 en 1989 in Den Haag slechts een afname van 10% in de sterfte aan hart- en vaatziekten was, terwijl deze afname in geheel Nederland 25% bedroeg (3). Met name was er landelijk een heel duidelijke afname in de sterfte aan herseninfarcten, terwijl de sterfte hieraan in Den Haag met 50% was toegenomen. Ook was de sterfte

*Over de auteurs:*

Mw. J.E.A. Portielje, arts-assistent interne geneeskunde, Academisch Ziekenhuis Leiden en Mw. P.H.L.M. Geelhoed-Duijvestijn, internist, Westeinde Ziekenhuis Den Haag

aan diabetes in diezelfde periode aanzienlijk hoger dan in de overige Nederlandse steden. Hij vroeg zich af in hoeverre de tienduizenden Hindostanen die zich in de achterliggende jaren in Den Haag hadden gevestigd, aan deze sterftcijfers hadden bijgedragen. In Nederland beperkt het onderzoek dat is verricht naar de prevalentie van hart- en vaatziekten bij Hindostaanse Surinamers zich tot het bovenbeschrevene. In andere landen is echter zeer uitgebreid onderzoek gedaan naar deze ziekten en de gerelateerde sterfte bij mensen van wie de voorouders afkomstig waren uit het huidige India, Pakistan of Bangladesh. Met name in Engeland werkten de laatste jaren grote onderzoeksgroepen aan dit onderwerp. Het is waarschijnlijk dat de conclusies van deze buitenlandse onderzoeken toepasbaar zijn op de Hindostaanse gemeenschap in Den Haag. Het blijkt dat de onderzoeksresultaten min of meer vergelijkbaar zijn voor Hindostaanse gemeenschappen afkomstig uit diverse landen van herkomst. In dit artikel verwijst het woord Hindostaans dan ook naar herkomst uit het huidige India, Pakistan of Bangladesh, en wordt dus niet gebruikt in de context van religie.

#### *Hindostaanse gemeenschappen*

In Nederland wonen op dit moment ruim 100.000 mensen van Surinaams-Hindostaanse afkomst, circa 30.000 daarvan wonen in Den Haag. Het merendeel vestigde zich in ons land in de periode rond de overgang naar de Surinaamse onafhankelijkheid in 1975 en de daaropvolgende staatsgreep door Bouterse. Deze Hindostanen zijn de afstammelingen van contractarbeiders die tussen 1873 en 1916 vanuit India in Suriname arriveerden om op de plantages te werken nadat de slavernij was afgeschaft. De Nederlanders kregen van de Engelsen toestemming, arbeidskrachten in India te ronselen in ruil voor een aantal forten op de kust van Suriname (4).

Door hetzelfde systeem van contractarbeid, georganiseerd door de Engelsen, ontstonden verspreid in onder andere Mauritius, Fiji, Oost-Afrika, Trinidad en de Natal vergelijkbare Hindostaanse gemeenschappen. In de loop der jaren bleef een regelmatige stroom van mensen zich vanuit India bij deze gemeenschappen voegen, lang na afschaffing van de contractarbeid. Vervolgens zag een deel van hun nazaten zich in de afgelopen vijftig jaar gedwongen door politieke veranderingen, zoals bijvoorbeeld de onafhankelijkheid van Oost-Afrika, te emigreren naar Engeland. In de zestiger jaren was er bovendien een omvangrijke directe immigratie vanuit India naar Engeland (5).

De Hindostanen die op dit moment in Engeland wonen zijn dus immigranten uit verschillende delen van het vroegere Britse koloniale rijk en immigranten

uit India, Pakistan en Bangladesh. De Hindostanen in Nederland zijn voornamelijk afkomstig uit Suriname. Met name in Engeland is veel aandacht besteed aan de vergelijking van het voorkomen van hart- en vaatziekten bij Hindostaanse immigranten die verschillen wat betreft religie, sociale laag, voedingsgewoonten en geografische herkomst. Tussen de onderscheiden subgroepen bleken geen belangrijke verschillen te bestaan (5). Daarom is het aannemelijk dat de frequentie van voorkomen onder Hindostaanse Surinamers, zoals die in Den Haag wonen, hiermee evenzo vergelijkbaar is.

#### *Frequentie van hart- en vaatziekten*

Daar waar grote groepen Hindostanen leefden naast andere etnische bevolkingsgroepen werden verschillen opgemerkt in ziekte- en sterftefrequenties.

De eerste berichten over het verhoogd voorkomen van hart- en vaatziekten bij Hindostanen kwamen in 1957 uit Singapore. In een grote serie obductieverslagen werden afwijkingen van de kransslagaders met beschadigingen van de hartspier zeven maal vaker vermeld bij Hindostanen dan bij Chinezen. In Zuid-Afrika bleek tussen 1955 en 1958 de sterfte aan hart- en vaatziekten, bij zowel mannen als vrouwen van Hindostaanse afkomst, 45% hoger dan bij mensen van Europese afkomst (5).

Bij telling in 1975 van het aantal hartinfarcten in een oostelijk stadsdeel van Londen, waar veel buitenlanders wonen, viel het op dat Hindostanen 30% vaker dan hun buurtgenoten van een andere etnische achtergrond een hartinfarct hadden doorgemaakt (6). In heel Engeland waren in dezelfde tijd de sterftcijfers voor coronaire hartziekten voor Hindostaanse mannen en vrouwen in de leeftijdscategorie van 20 tot 69 jaar duidelijk hoger dan die van hun blanke landgenoten (7).

In India bleek in 1990, bij een bevolkingsonderzoek uitgevoerd in Delhi, een hoge prevalentie van coronaire hartziekten van 96,7 per 1.000 in de leeftijdscategorie van 25 tot 64 jaar (8). Eerder was in India aangetoond dat de prevalentie van coronaire hartziekten in steden vijf tot acht maal groter is dan op het platteland (5).

#### *Risicofactoren voor hart- en vaatziekten*

Toen de hoge frequentie van hart- en vaatziekten bij Hindostanen bewezen leek concentreerde veel onderzoek zich op de oorzaak van dit verschijnsel. Allereerst werd nagegaan of de klassieke risicofactoren voor hart- en vaatziekten vaker voorkomen bij Hindostanen.

In het algemeen worden de volgende risicofactoren voor het ontstaan van (atherosclerotische-) hart- en vaatziekten erkend (9):

- roken;
- verhoogde bloeddruk;

- ernstig overgewicht;
- verhoging van het Lipoproteïne (a);
- diabetes mellitus;
- verhoging van het LDL-cholesterol (dat deel van het cholesterol dat gebonden is aan lipoproteïnen van lage dichtheid);
- verlaging van het HDL-cholesterol (dat deel van het cholesterol dat gebonden is aan lipoproteïnen van hoge dichtheid);
- verhoging van de triglyceriden (voorlopers van cholesterol);
- verhoogde insuline-bloedspiegel (een risicoparameter, die pas de laatste jaren in de belangstelling staat).

Roken en hypertensie lijken het toegenomen risico op hart- en vaatziekten niet te kunnen verklaren. In 1986 werd in een groot onderzoek naar gebruik van tabak en alcohol in Engeland vastgesteld dat Hindostanen minder roken dan andere bevolkingsgroepen. Hypertensie kwam bij Hindostanen zowel in Zuid-Afrika als in Fiji en Engeland in dezelfde frequentie voor als bij andere landgenoten (5).

Al heel lang is bekend dat *diabetes mellitus type II* bij Hindostanen vaak voorkomt. Al in 1913 verscheen hierover een publikatie uit Saigon. Vervolgens verschenen vergelijkbare berichten uit andere delen van de wereld. In 1985 werd bijvoorbeeld in Suriname een bevolkingsonderzoek gehouden, waaruit bleek dat het voorkomen van diabetes hoger was bij Hindostanen (11%) en Creolen (11%) dan bij mensen van Indonesische herkomst (3%) (10).

In 1989 vergeleek Hughes in Londen Indiërs en blanken die zojuist hun eerste hartinfarct hadden doorgemaakt (11). Daarbij viel op dat 32% van de Indiërs *diabetes mellitus* hadden tegen 15% van de blanken. In een groep gezonde controle-personen, die wat betreft leeftijd vergelijkbaar waren met de patiëntengroepen, bedroegen die percentages 28% bij de Indiërs en 6% bij de blanken. Het is opvallend, dat diabetes bij de blanken vaker voorkomt bij de patiënten dan bij de controles, hetgeen nog eens bevestigt dat diabetes bij blanken een van de risicofactoren voor het krijgen van een hartinfarct is. Bij de Indiërs is het percentage diabetes bij patiënten en controles bijna gelijk en lijkt dus het ontstaan van het hartinfarct langs deze weg niet te verklaren. De ernst van het hartinfarct en de leeftijd bij het optreden ervan waren bovendien identiek voor Indiase patiënten met en zonder diabetes. Uit het onderzoek bleek onder meer dat zowel Indiase patiënten als controles *hogere insuline-bloedspiegels* hadden dan blanken. Ditzelfde verschil in insuline-bloedspiegels was er ook wanneer uitsluitend werd gekeken naar de mensen zonder diabetes mellitus.

In grote bevolkingsonderzoeken werd het verschil in distributie van de klassieke risicofactoren voor hart-

en vaatziekten tussen Hindostanen en andere etnische groepen vergeleken. In 1991 werden 1.700 blanken en 1.700 Hindostanen onderzocht die ófwel als fabrieksarbeider werkten in West Londen, ófwel deel uitmaakten van een aantal huisartsenpraktijken in de wijk Ealing in Londen (12). Daarbij kwam naar voren dat Indiërs 4,3 maal zo vaak *diabetes* hadden (19% versus 4%) en dat ze gemiddeld een *hogere bloeddruk*, *hogere triglyceriden*, een *hogere insuline-bloedspiegel* en *lager HDL-cholesterol* hadden. Indiërs *rookten* gemiddeld minder dan blanken. Samengevat bleken Indiërs een duidelijk ongunstiger risicoprofiel voor hart- en vaatziekten te hebben dan blanken.

In de samenwerking tussen een Engels ziekenhuis en een ziekenhuis in Chandigarh in het noorden van India konden in 1995 de risicofactoren voor hart- en vaatziekten worden vergeleken van Indiërs die in Londen woonden met hun broers of zusters die in India waren gebleven (13). De in Londen verblijvende Indiërs (van oorsprong Punjabi's) hadden gemiddeld meer *overgewicht*, een *hogere bloeddruk*, *hoger LDL-cholesterol* en *lager HDL-cholesterol*. *Diabetes* kwam onder de Indiërs uit Londen bij 15% voor, onder hun broers of zusters in India bij 3%. Ten slotte was het *Lipoproteïne (a)* bij broers of zusters uit India en Londen gelijk, doch vele malen hoger dan bij mensen van Europese herkomst.

Met deze resultaten beargumenteerden de schrijvers dat mensen afkomstig uit India een genetische risicofactor voor het ontstaan van hart- en vaatziekten lijken te hebben (Lipoproteïne (a)), waarbij ze door immigratie en de daarmee veranderde levenswijze een ongunstig risicoprofiel (overgewicht, minder lichaamsbeweging, een hoge bloeddruk en een ongunstig lipoproteïne-profiel) verwerven. Tezamen zorgen deze factoren vervolgens voor de toename van de frequentie van hart- en vaatziekten bij de Hindostaanse immigranten.

Deze theorie, die bij Hindostanen een genetische risicofactor veronderstelt, waaraan risicofactoren worden toegevoegd door immigratie, heeft vele aanhangers (14). Er is echter nog geen eenstemmigheid over de aard van de genetische risicofactor. Naast Lipoproteïne (a) is insulineresistentie herhaaldelijk genoemd als de mogelijke genetisch bepaalde risicofactor (15)(16).

#### *Insulineresistentie*

Uit Europese epidemiologische studies (Kopenhagen, Parijs), weten we sinds enkele jaren dat hoge insuline-bloedspiegels samenhangen met een hogere frequentie van coronaire hartziekten en herseninfarcten. Kortgeleden werd aangetoond dat een hoge insulinespiegel een onafhankelijke risicofactor voor coronaire hartziekten is, ook na correctie voor de lipoproteïnespiegels en bloeddruk (17). Hoge insu-

linespiegels zouden atherosclerose direct kunnen bevorderen door veranderingen te veroorzaken in het stollingsmechanisme (onder andere veranderingen in de concentraties van fibrinogeen, stollingsfactor VIIIc en plasminogeen activator) (15).

Hoge insuline-bloedspiegels ontstaan wanneer de weefsels een relatieve resistentie voor de werking van insuline hebben: er is meer insuline nodig voor hetzelfde effect en de alveesklier houdt daarom hogere bloedspiegels in stand.

Insulineresistentie wordt vooral gezien bij mensen met een zogenaamde centrale obesitas (vetzucht). Bij centrale obesitas is er een vetverdeling in het lichaam, waarbij het vet hoofdzakelijk in de buik accumuleert. Dit wordt uitgedrukt in een hoge 'waist-hip-ratio' (het quotiënt van de circumferentie van middel en heupen). Overgewicht bij Hindostanen presenteert zich vrijwel steeds als een dergelijke centrale obesitas.

Reaven introduceerde in 1988 het concept van het insulineresistentie syndroom waarbij centrale adipositas, hoge insulinespiegels, een hoge bloeddruk en een ongunstig lipoproteïne-profiel in een individu samengaan (14). Een dergelijk patroon van risicofactoren voor hart- en vaatziekten werd in de eerder beschreven onderzoeken uit Londen steeds gevonden bij de Hindostanen (12)(13).

Ten slotte kan uit insulineresistentie diabetes mellitus type II ontstaan. Dit gebeurt wanneer de alveesklier de langdurige overproductie van insuline niet meer aan kan. Dit correspondeert met de bevinding dat diabetes mellitus type II een veel voorkomende ziekte bij Hindostanen is (5)(9)(11). Insulineresistentie neemt toe bij het ontstaan van overgewicht en bij vermindering van lichaamsbeweging, factoren die worden bevorderd door migratie vanuit gebieden waar voedselschaarste regelmatig voorkwam naar economisch welvarende landen.

### Beschouwing

Uitgaande van de hierboven aangehaalde onderzoekresultaten ligt het in de lijn van de verwachting dat zich bij het Hindostaanse volksdeel in Den Haag een verhoogd voorkomen en een oversterfte voordoet aan hart- en vaatziekten en diabetes mellitus. Hoewel er nog geen zekerheid is over de uiteindelijke oorzaak zouden hoge insuline- bloedspiegels en insulineresistentie een belangrijke rol kunnen spelen.

In Nederland is de aandacht voor dit probleem op het moment beperkt. Onduidelijk is ook in hoeverre de Hindostaanse gemeenschap zich bewust is van dit toegenomen risico op hart- en vaatziekten.

In Engeland zijn inmiddels in alle grote medische vakbladen artikelen verschenen die het onderwerp onder de aandacht brengen. Bovendien is de 'Confederation of Indian organisations and coronary prevention group' in het leven geroepen, die oproept

tot educatie en voorlichting van Hindostanen en hun gezondheidszorgers.

De kracht van preventie lijkt te liggen in de verwachting dat de risicofactoren voor hart- en vaatziekten bij Hindostanen ten minste gedeeltelijk modificeerbaar zijn: gewichtsreductie en toename van lichaamsbeweging werken gunstig op de insulineresistentie. Daarnaast zijn andere in het spel zijnde risicofactoren veelal vermijdbaar (bijvoorbeeld roken) of behandelbaar (bijvoorbeeld LDL-cholesterol verhoging).

In afwachting van Nederlands epidemiologisch en klinisch onderzoek bij Hindostanen en duidelijkheid over de uiteindelijke oorzaak van hun toegenomen hart- en vaatziekten lijkt het hoog tijd om met de buitenlandse gegevens in de hand tot een plan voor preventieve zorg te komen.

### Literatuur:

- Berghout A, Dijkstra S. Diabetes mellitus type II bij Hindoestanen: nieuwe verschijningsvormen van oude ziektebeelden. *Ned Tijdschr Geneesk* 1995; 139: 3-7.
- Bongers I, Westendorp RGJ, Stolk B e.a. Vroegtijdige coronaire hartziekten samengaan met diabetes mellitus type II bij personen van Hindoestaanse afkomst. *Ned Tijdschr Geneesk* 1995; 139: 16-8.
- Struben HWA. Sterfte in Den Haag. *Epidemiol Bul Grav* 1992; 27 (1): 12-9.
- Noordegraaf W, Grunsvan M van. Suriname. Landenreeks van het Koninklijk Instituut voor de Tropen en Novib. ISBN 90-6832-312-1.
- McKeigue PM, Miller GJ, Marmot MG. Coronary Heart Disease in South Asians Overseas: A review. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 597-609.
- Tunstall Pedoe H, Clayton D, Morris JN e.a. Coronary Heart Attacks in East-London. *Lancet* 1975; 2: 833-8.
- Marmot MG, Adelstein AM, Bulusu L. Immigrant Mortality in England and Wales 1970-1978. *OPCS Studies of Medical and Population Subjects* nr. 47. London 1984.
- Chadha SL, Radhakrishnan S, Kaul U e.a. Epidemiological Study of Coronary Heart Disease in Urban Population of Delhi. *Indian J Med Res (B)* 1990; 92: 424-30.
- Harrison's Principles of Internal Medicine. 12th edition. 1991. ISBN 0-07-070890-8.
- Schaad JDG, Terpstra, Oemrawsingh I e.a. Diabetes Prevalence in the Three Main Ethnic Groups in Surinam (South America): a Population Survey. *Neth Med* 1985; 28: 17-22.
- Hughes LO, Raval U, Raftery EB. First Myocardial Infarctions in Asian and White Men. *Br Med J* 1989; 298: 1345-50.
- McKeigue PM, Shah B, Marmot MG. Relation of Central Obesity and Insulin Resistance with High Diabetes Prevalence and Cardiovascularrisk in South Asians. *Lancet*. 1991; 337: 382-6.
- Bhatnagar e.a. Coronary Risk Factors in People from the Indian Subcontinent Living in West London and their Siblings in India. *Lancet* 1995; 345: 405-9.
- Reaven RM. Role of Insulin Resistance in Human Disease. *Diabetes* 1988; 37: 1595-607.
- Gupta S, Belder A de, Hughes LO. Avoiding Premature Coronary Deaths in Asians in Britain. *B Med J* 1995; 311: 1035-6.
- Williams B. Westernised Asians and Cardiovascular Disease: Nature or Nurture? *The Lancet* 1995; 345: 401-2.
- Despres JP, Lamarche B, Mauriege P e.a. Hyperinsulinemia as an Independent Risk Factor for Ischemic Heart Disease. *New England J Med* 1996; 334: 952-7.



# Psychosociale factoren in het ontstaan van suikerziekte

*B.J.C. Middelkoop*

**In een belangwekkend artikel in dit Bulletin in 1993, legde de Surinaamse arts Hirasing een bio-psycho-sociaal verband tussen de Hindostaande cultuur, de migratie en het ontstaan van diabetes. Tijdens een onlangs door de GGD gedaan onderzoek kwam uit de bevolkingsgroep zelf naar voren dat stress inderdaad een belangrijke factor moest zijn. Een studie in Hoorn bevestigt dat er inderdaad een verband bestaat tussen ernstige, zogeheten life events en suikerziekte.**

In 1993 stelde Hirasing in dit bulletin de mogelijkheid aan de orde dat culturele factoren een rol zouden kunnen spelen in het ontstaan van suikerziekte bij naar het westen geëmigreerde Hindostanen (1).

Kort samengevat komt zijn betoog erop neer dat de Hindoe-cultuur conflictueuze situaties kent die voor een deel kunnen worden herleid tot totemisme en taboes. Ook andere sociaal-culturele zaken spelen *echter* een rol, zoals enerverende religieuze en/of familieverbindingen. Hirasing veronderstelt dat de hieruit resulterende conflicten een (psychosomatische) invloed hebben op het lichaam. Dit zou leiden tot hormonaal-secretoire effecten en bijvoorbeeld tot stoornissen in de insulinehuishouding.

Tijdens een in het najaar van 1995 door de GGD Den Haag uitgevoerde studie naar de prevalentie van suikerziekte onder Hindostanen (zie artikelen elders in dit nummer) kregen de onderzoekers vaak te horen dat naar de mening van de respondenten stress een belangrijke oorzaak zou zijn van het ontstaan van suikerziekte bij deze bevolkingsgroep, en dat stress ook invloed had op het beloop. Zo zouden tijdens vakantie in Suriname de glucosespiegels in het bloed normaliseren, zelfs indien tijdens dat verblijf de medicatie werd gestaakt. Ook meende men dat 'piekeren' een ongunstige invloed had op de suikerziekte. Hierbij werd vaak verwezen naar ingrijpende gebeurtenissen en stressverwekkende levenssituaties: verlies van de partner (door overlijden of scheiding), gebroken gezinnen, verlies van kinderen en ten slotte generatieconflicten binnen de familie. De vraag of het mogelijk is dat psychosociale factoren een rol spelen in het ontstaan van suikerziekte kan vanuit de literatuur bevestigend worden beantwoord. Dit blijkt uit het in september 1995 verschenen proefschrift van Mooy. In dit artikel worden resultaten van deze zogenoemde Hoorn-studie besproken (2).

## *De Hoorn-studie*

De Vrije Universiteit voerde in de periode 1989-1992 in de gemeente Hoorn een groot onderzoek uit naar

---

*Over de auteur:*

*B.J.C. Middelkoop, arts-epidemioloog, afdeling Epidemiologie, Sector GGD/MZ, Dienst Welzijn Den Haag.*

suikerziekte. Bij een (autochtoon-Nederlandse) steekproef uit alle inwoners van dit stadje werd een groot aantal waarnemingen gedaan met behulp van vragenlijsten, metingen en bloedonderzoek. Hierbij werd dus óók het bloed onderzocht van personen die - voorzover bekend - geen suikerziekte hadden. Zoals in het navolgende wordt toegelicht, vormen juist deze mensen een interessante groep in het licht van het onderwerp van dit artikel. Een (onverwacht groot) aantal van hen bleek volgens de criteria van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) aan diabetes te lijden, zonder dat dit bekend was.

In de Hoorn-studie werd onder meer de vraag aan de orde gesteld of er een relatie kon worden aangetoond tussen belangrijke levensgebeurtenissen ('life events') en het optreden van suikerziekte.

#### *Stress en suikerziekte*

Er was nog vrij weinig onderzoek gedaan naar de mogelijke samenhang tussen psychosociale factoren en het optreden van diabetes mellitus.

De onderzoekers van de Hoorn-studie presenteren gegevens uit twee recente overzichtsstudies over de rol die stress zou kunnen spelen in het ontstaan van diabetes mellitus. Daaruit blijkt onder meer dat het op basis van dierexperimenteel onderzoek inderdaad aannemelijk is dat stressvolle situaties van invloed kunnen zijn. Neurale en hormonale mechanismen spelen hierin een belangrijke rol. Het gaat daarbij om stimulatie van het sympathische deel van het autonome zenuwstelsel. Dit leidt tot remming van de insuline-producerende cellen in de alvleesklier en verhoogde productie van bepaalde hormonen die een aan insuline tegengesteld effect hebben.

Een andere onderzoeker stelde de hypothese op dat door stress de productie van de bijnierschors hormonen wordt gestimuleerd, hetgeen wellicht tot verhoogde vetafzetting in de buik leidt. Een verhoogde middel/heup-omtrek-ratio zou hiervan het gevolg zijn. Dat geeft een verhoogde kans, zowel op het optreden van niet-insuline afhankelijke diabetes mellitus, als op het ontstaan van hart- en vaatziekten.

Er was voor de onderzoekers van de Vrije Universiteit dus voldoende reden om de relatie tussen stress en het optreden van diabetes mellitus te onderzoeken. Ook was men geïnteresseerd in de vraag of bij een eventueel verband inderdaad, zoals beschreven in de literatuur, de middel/heup-ratio een intermediaire rol zou kunnen spelen.

#### *Life events-onderzoek: opzet*

Het principe van het 'life events-onderdeel' van de Hoorn-studie is als volgt. Men vergeleek een groep mensen met suikerziekte met een groep mensen zonder suikerziekte en stelde vervolgens de vraag of in de groep met diabetes zich significant vaker een life event had voorgedaan in de periode voorafgaand

aan het stellen van de diagnose vergeleken met degenen zonder suikerziekte.

De onderzoekers constateerden dat wanneer de diagnose suikerziekte wordt gesteld, dit op zichzelf al een beladen levensgebeurtenis is, en ze merkten op dat dit een complicerende factor is voor het onderzoek. Onder verwijzing naar elders verricht onderzoek veronderstelden ze dat hierdoor een overschatting zou kunnen optreden van het effect van levensgebeurtenissen op het ontstaan van suikerziekte. De kans bestaat immers dat mensen met suikerziekte, als gevolg van het horen van de diagnose, zodanig uit hun evenwicht zijn gebracht dat ze louter om die reden een hoger aantal beladen levensgebeurtenissen rapporteren dan de mensen die geen suikerziekte hebben; een vorm van zogeheten recall bias.

Nu had men in de Hoorn-studie aan de respondenten gevraagd om het vragenformulier, waarop onder meer naar life events werd geïnformeerd, vooraf in te vullen, en met het ingevulde formulier naar het onderzoekcentrum te komen. Ten aanzien van de personen die op dat moment (nog) bekend stonden als niet-diabeet beschikte men dus over niet door recall bias vertekende informatie. Vervolgens werd bij de proefpersonen bloed afgenomen, en konden de onderzoekers op basis van de laboratoriumuitslagen de 'niet-diabeten' verdelen in een groep die ook volgens de WHO-criteria geen suikerziekte had en een groep die wél aan diabetes bleek te lijden.

De onderzoekers wensten voorts de invloed van persoonlijkheidsfactoren (bijvoorbeeld: hoe goed iemand stress weet op te vangen) en van sociale netwerkfactoren (bijvoorbeeld: hoe veel steun iemand krijgt vanuit de directe omgeving) zo veel mogelijk te beperken. Dit meende men het beste te kunnen doen door uitsluitend te kijken naar werkelijk *ernstige* levensgebeurtenissen die zich in de *voorafgaandevijf jaar* hadden voorgedaan.

#### *Life events-onderzoek: methoden*

Zoals opgemerkt werd het verband onderzocht tussen ernstige levensgebeurtenissen en de prevalentie van suikerziekte \*). Dit laatste werd nader gepreciseerd als: niet-insuline afhankelijke diabetes mellitus. Voorts werd gekeken naar de mogelijke intermediaire rol die de middel/heup-omtrek-ratio in dit verband zou kunnen spelen. De uitkomsten zijn gebaseerd op gegevens van 2.380 personen in de leeftijd van 50-74 jaar, die bij het begin van het onderzoek allen bekend stonden als niet-diabeet. Bij bloedonderzoek bleken 112 van hen volgens de WHO-criteria toch suikerziekte te hebben.

Voor de meting van life events werd gebruik gemaakt (in aangepaste vorm) van bestaande vragenlijsten: de vragenlijst 'Ernstige levensgebeurtenissen' uit de zogeheten Zutphen-studie en de 'Vragenlijst Recent Meegemaakte Gebeurtenissen'. De voor de

Hoorn-studie gecomponeerde vragenlijst had betrekking op factoren zoals het overlijden van een kind, partner, familielid of vriend; verhuizing; ernstige of langdurige problemen in de sfeer van relatie, financiën, werk of arbeidsongeschiktheid.

#### *Life events-onderzoek: resultaten*

Er werd inderdaad een verband gevonden tussen belangrijke beladen levensgebeurtenissen en (nog niet ontdekte) diabetes mellitus, waarbij correctie plaatsvond voor variabelen als leeftijd, geslacht en opleidingsniveau.

Voor de onderscheiden life events was het verband (statistisch significant) aanwezig bij de gebeurtenissen 'overlijden van de partner' (twee maal zo hoog risico op suikerziekte), 'verhuizing' (ruim anderhalf maal zo hoog risico) en 'dood van een familielid' (bijna anderhalf maal zo hoog risico).

De onderzoekers konden geen statistisch significante relatie aantonen met aan de werksituatie gerelateerde gebeurtenissen. Zoals de onderzoekers zelf al aangaven komt dit vermoedelijk doordat de aantallen proefpersonen die daarvoor in aanmerking kwamen hiervoor te gering waren. In tegenstelling tot de andere life events, is het voor een factor als 'problemen op het werk' noodzakelijk dat men aan het arbeidsproces deelneemt. Maar gezien de leeftijd van de populatie waren de meeste personen reeds met de VUT of met pensioen. Een beperking van de analyses tot diegenen voor wie dit niet gold, zou een afgrenzing inhouden tot het jongere gedeelte van de populatie. En onder hen was de prevalentie van suikerziekte zo laag, dat er geen zinvolle statistische bewerkingen konden worden toegepast.

Een enigszins vergelijkbare opmerking kan worden gemaakt ten aanzien van sommige andere levensgebeurtenissen. Zo was de gebeurtenis 'overlijden van een kind' zeer zeldzaam onder de respondenten. Voorts hebben de onderzoekers gekeken of er, los van de specifieke aard van de afzonderlijke levensgebeurtenissen, een soort algemeen verband te ontdekken viel tussen levensgebeurtenissen en suikerziekte. Dit verband bleek inderdaad aanwezig. De prevalentie van suikerziekte onder de mensen die drie of meer life events hadden in de voorafgaande vijf jaar, lag ruim 60% hoger dan onder de mensen met minder dan drie life events in die periode.

In sommige subgroepen was dit effect nog veel sterker. Binnen de groep bestaande uit de 30% laagst opgeleiden bijvoorbeeld was de prevalentie onder de

personen met drie of meer life events ruim drie maal zo hoog als onder de personen met minder dan drie life events.

Om de mogelijke invloed van de genetische aanleg en van het sociale netwerk na te gaan is eenzelfde analyse uitgevoerd bij personen met een familiale belasting en bij alleenstaanden. Bij deze twee subgroepen was de prevalentie onder de personen met drie of meer life events 2,5 respectievelijk 2,3 maal zo hoog als onder de personen met minder dan drie life events. Het lijkt er dus op dat het effect van ernstige levensgebeurtenissen sterker is bij personen die al een (genetische) aanleg voor suikerziekte hebben en/of die mogelijk een minder sterk sociaal netwerk hebben dat hen steun kan bieden bij de verwerking van deze ervaringen. Dit beeld past heel goed bij de hypothese van stress als mogelijke relevante factor in het ontstaan van diabetes.

De heup/middel-omtrek-ratio lag onder personen met veel life events licht verhoogd. Toch bleek uit de statistische analyse dat dit niet de verklaring kon zijn voor het gevonden verband tussen beladen levensgebeurtenissen en de prevalentie van diabetes mellitus.

Er is voorts gekeken naar een aantal andere factoren waarvan denkbaar was dat ze een verklarende rol zouden kunnen spelen voor het gevonden verband, zoals gewicht (Quetelet index), opleidingsniveau, geslacht, aanwezigheid van suikerziekte in de familie en leefstijlfactoren als lichaamsbeweging en hoge alcoholconsumptie. Er bleek echter geen verband te bestaan tussen het aantal meegemaakte life events en de genoemde factoren. Ook zij spelen dus geen rol in de verklaring van de gevonden verschillen in prevalentie.

De Hoorn-studie biedt steun aan de hypothese dat psychosociale factoren van invloed kunnen zijn op het ontstaan van niet-insuline afhankelijke diabetes mellitus. Dit effect lijkt zich vooral voor te doen bij personen die een genetische aanleg hebben en/of anderszins al een verhoogd risico lopen.

#### Literatuur:

1. Hirasig HD. Culturele factoren bij suikerziekte. Het geval van - naar het westen geëmigreerde - Hindoestanen. *Epidemiol Bul Grav* 1993; 28 nr. 2: 9-13.
2. De Vries H, Mooy JM, Grootenhuys PA, e.a. Major Stressful Life Events in Relation to Prevalence of Previously Undetected Non-insulin-dependent Diabetes mellitus. The Hoorn Study. In: Mooy JM. *Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus in a General Caucasian Population*. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam, september 1995.

<sup>\*)</sup> Overigens kleven er bezwaren aan het gebruik van prevalentiecijfers in dit soort onderzoek. Zie artikel Middelkoop e.a., elders in dit nummer. Daarbij wordt aangegeven waarom in het geval van suikerziekte bestudering van prevalentiecijfers toch een redelijk beeld geeft van een eventueel verhoogd risico dat vertegenwoordigers van bepaalde (sub)groepen lopen op het verkrijgen van suikerziekte. Er doet zich echter wel een probleem voor indien in één of meer van de bestudeerde subgroepen een onevenredig hoge sterfte bestaat onder de personen die lijden aan diabetes. De prevalentie in de desbetreffende subgroep wordt door deze sterfte verlaagd, hetgeen leidt tot een onderschatting van het risico dat men als lid van deze subgroep loopt. (Het omgekeerde kan uiteraard ook.) Vooralsnog lijkt het onwaarschijnlijk dat deze theoretische bezwaren een belangrijke invloed kunnen hebben gehad op de uitkomsten van het Hoornse life events - onderzoek.

# Diabetes-educatiepunten in Den Haag

Mw. B.L.W.M. van der Poel

**In de vorige beschouwingen werd vooral gekeken naar het voorkomen van suikerziekte onder Hindoestanen, het leven met suikerziekte en de mogelijke oorzaken. Vraag is echter wat met die gegevens nu al kan worden gedaan. De volgende twee artikelen gaan over de hulpverlening aan diabetespatiënten. Ze vertellen in bijzonder over de diabetes-educatiepunten van Thuiszorg Den Haag en over de Werkgroep Diabetes Den Haag. Wat is de rol van bijvoorbeeld de diabetes-verpleegkundige en wat is die van de huisarts?**

Voor de grote groep mensen met diabetes type II heeft Thuiszorg Den Haag diabetes-educatiepunten opgezet. Zij die worden behandeld met een dieet en/of bloedglucoseverlagende middelen krijgen educatie, voorlichting, dieetadvisering en dieetbegeleiding gecombineerd aangeboden door een diabetes-verpleegkundige <sup>1)</sup> en een diëtist. Hiermee trachten ze het ziekte-inzicht te verbeteren evenals de participatie in de behandeling.

Als eerste kregen stadsdeel Centrum en Loosduinen bij wijze van experiment een diabetes-educatiepunt. Inmiddels zijn er acht. Ieder stadsdeel in Den Haag beschikt over een educatiepunt. Alle huisartsen in Den Haag hebben de mogelijkheid naar het educatiepunt te verwijzen.

De opzet van de diabetes-educatiepunten vindt zijn oorsprong in het in 1992 gestarte samenwerkingsproject van Thuiszorg Den Haag met het Westeinde Ziekenhuis. In dit project werd onderzocht of een transmurale diabetesverpleegkundige bijdraagt aan de verschuiving van de zorg aan mensen met diabetes type II van polikliniek naar de eerste lijn, en werd gekeken of de afstemming van het zorgbeleid tussen intra- en extramuraal verbetert. De conclusie van het samenwerkingsproject 'Transmurale diabeteszorg in Den Haag?' luidde als volgt: 'De metabole controle van ontregelde NIDDM patiënten verbetert door het

<sup>1)</sup> Bij Thuiszorg Den Haag werken momenteel vijf diabetes-experts (in diabetes gespecialiseerde wijkverpleegkundigen). Inmiddels hebben twee van hen de opleiding tot diabetesverpleegkundige gevolgd. De andere drie experts zullen in dit najaar (1996) eveneens de opleiding afronden. In dit artikel wordt voor allen de term diabetesverpleegkundige gebruikt.

---

Over de auteur:  
Mw. B.L.W.M. van der Poel, staffunctionaris Zorg, Thuiszorg Den Haag.

aanbieden van educatie en instructie. Wijzigen van medicatie kan in veel gevallen achterwege worden gelaten. In de educatie kan worden voorzien door een diabetes-expert die naast de diëtiste aan de eerste lijn van de gezondheidszorg kan worden toegevoegd. Daarmee komen we tot een uitbreiding van het diabeteszorgcircuit conform de aanbevelingen in het rapport "scenario's over diabetes mellitus 1990 - 2005".

### **De werkwijze**

#### *De huisarts*

De huisarts speelt de hoofdrol in de zorg voor mensen met diabetes type II. Zeker nu in deze zorgverlening een diversiteit aan disciplines participeert, is afstemming op het gebied van streefwaarden HbA<sub>1c</sub>, nuchtere bloedglucoses, gewicht, medicatie en begeleiding bij sociale problematiek van essentieel belang.

De huisarts verwijst met behulp van een standaard-verwijsbrief naar het diabetes-educatiepunt. Hierop wordt aangekruist welke medische problemen er spelen, welke medicatie wordt gebruikt en wat de laboratoriumwaarden zijn van de nuchtere bloedglucose en het HbA<sub>1c</sub>. Na de intake op het diabetes-educatiepunt (zie verder) wordt de huisarts op de hoogte gebracht van de bevindingen en van de afspraken die met de patiënt zijn gemaakt voor de bezoeken aan het diabetes-educatiepunt. Bij afsluiting van de zorg sturen de diabetesverpleegkundige en de diëtist een eindrapportage naar de huisarts.

#### *De diabetesverpleegkundige*

De eerste afspraak wordt gemaakt op het intake-spreekuur van de diabetesverpleegkundige. Ze inventariseert in een eerste gesprek een aantal gegevens, zoals lichamelijke en psycho-sociale problemen, hoe de basiskennis is omtrent diabetes en informeert of er een recent dieetadvies door een diëtist is gegeven. Tijdens het gesprek zal de diabetesverpleegkundige de acute problemen proberen op te lossen, zodat de patiënt in ieder geval voldoende informatie en adviezen heeft gehad om in de tijd tot de tweede afspraak uit de voeten te kunnen. Acute problemen kunnen zich voordoen op het gebied van bijvoorbeeld hypo's, wijze van medicatie innemen of niet-ontdekte wondjes aan de voeten.

Op basis van de geïnventariseerde problemen kijkt ze welk educatieaanbod kan worden gedaan. Er zijn verschillende vormen:

- kortdurende individuele voorlichting en educatie, gecombineerd met groepsvoorlichting;
- volledige individuele voorlichting en educatie.

Bij volledige individuele voorlichting en educatie besteedt de diabetesverpleegkundige in vier consul-

ten van twintig minuten aandacht aan onderwerpen als het ziektebeeld, het doel van de behandeling en factoren die een rol spelen in de diabetesregulatie. Verder komen de basisprincipes van de voetverzorging en voorzorgsmaatregelen aan de orde.

Het blijkt dat mensen die op het spreekuur komen veel behoefte hebben aan basale informatie over diabetes. Een belangrijk onderwerp als voetverzorging komt bij elke patiënt aan bod. De diabetesverpleegkundige vraagt elke patiënt de schoenen uit te trekken, bekijkt de voeten en vertelt waar op moet worden gelet. Ongeveer een kwart van de patiënten blijkt te kleine schoenen aan te hebben!

Zelfcontrole op bloedglucose kan geïndiceerd zijn bij mensen met wisselende bloedglucoses die niet goed kunnen worden verklaard of bij hen die de reacties van hun eigen lichaam niet herkennen. Ook is dit het geval bij mensen die een maximale dosering bloedglucoseverlagende medicatie hebben of die op korte termijn worden overgezet op insuline. Ten slotte wordt met zelfcontrole gestart bij mensen met een HbA<sub>1c</sub> van 9% of met een stijgend HbA<sub>1c</sub>. Het is de bedoeling dat ze een aantal weken zelf hun bloedglucose controleren om de bloedglucoseregulatie te verbeteren. Voor het aanleren van zelfcontrole worden extra afspraken gepland. De diabetesverpleegkundige adviseert over het te gebruiken zelfcontrole materiaal, leert bloedglucoses prikken en leert de bloedglucoses te beoordelen.

#### *De diëtist*

De diëtist heeft volgens het protocol per patiënt zes consulten (van tien minuten) tot haar beschikking om de relatie tussen voeding en diabetes te bespreken. Aan de orde komen onderwerpen als richtlijnen voor goede voeding, het dieet, het belang van een goed gewicht. Het overgrote deel van de mensen dat wordt verwezen heeft geen dieetadvies of een advies dat langer dan een jaar geleden is gegeven. Verder komen onder andere aan de orde de variatiemogelijkheden van voedingsmiddelen en worden mensen begeleid bij gedragsverandering en het inpassen van het dieetadvies in het dagelijks leven.

#### **Evaluatie experiment diabetes-educatiepunten**

In samenwerking met de Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie van de Rijksuniversiteit van Utrecht zijn de twee diabetes-educatiepunten, die bij wijze van experiment waren gestart in de stadsdelen Loosduinen en Centrum, geëvalueerd. Van maart tot oktober 1994 waren 180 mensen met diabetes type II door de huisarts verwezen naar het diabetes-educatiepunt. Bij zoveel mogelijk van hen is gekeken in hoeverre de nuchtere bloedglucose, het HbA<sub>1c</sub> en het gewicht verbeterden. De *gemiddelde*

nuchtere bloedglucosespiegels, HbA<sub>1c</sub> en het gewicht bleken belangrijk (ten gunste) gedaald na educatie en voorlichting door de diabetesverpleegkundige en de diëtist en bij gelijkblijvende medicatie. Dit gold zowel voor de groep mensen bij wie onlangs diabetes was gediagnostiseerd als bij de groep die langer dan één jaar diabetes had. Een belangrijk deel van de verbetering openbaarde zich reeds na drie maanden. Zo was het gemiddelde van de glucose in het bloed bij verwijzing 12,3 mmol/l, na drie maanden 7,6 mmol/l. en bij afsluiting van de zorg 7,1 mmol/l. Het gemiddelde HbA<sub>1c</sub>-gehalte in het bloed daalde reeds na drie maanden met 1,5%. En men viel gemiddeld gedurende de zorg van het diabetes-educatiepunt zo'n drie kilo af.

29 huisartsen, die twee of meer van hun patiënten hadden verwezen naar het educatiepunt, zijn schriftelijk gevraagd naar hun mening over deze vorm van zorg. De helft heeft meegedaan. Het overgrote deel van hen stelde met de nieuwe multidisciplinaire zorgvoorziening een optimalere therapie te kunnen bieden, met betere behandelingsresultaten. De helft van de deelnemende huisartsen meende bij verwijzing naar het educatiepunt dat dit de drie maandenlijkse controle op zichzelf niet efficiënter maakte en verwachtte niet minder patiënten naar de internist te verwijzen.

Op basis van de ervaringen met het experiment van deze twee diabetes-educatiepunten heeft Thuiszorg Den Haag eind 1994 besloten in alle stadsdelen een educatiepunt te openen. In mei 1995 zijn op zeven nieuwe lokaties diabetes-educatiepunten gestart. Per 1 april 1996 is het tiende diabetes-educatiepunt geopend en hebben alle huisartsen in Den Haag de mogelijkheid hun diabetespatiënten type II te verwijzen naar deze diabetes-educatiepunten.

### ***Ervaringen tot nu toe***

De diabetes-educatiepunten worden goed bezocht. Steeds meer huisartsen verwijzen ernaar. De groep patiënten die wordt verwezen is echter beperkt in aantal vergeleken met de totale groep mensen met diabetes type II in Den Haag. Huisartsen blijken, tegen de verwachting in, voornamelijk mensen te verwijzen bij wie diabetes in het afgelopen jaar is gediagnostiseerd.

Helaas gebruiken de huisartsen nog te weinig de standaardverwijsbrieven, hetgeen een snelle en gerichte educatie belemmert, omdat het achteraf verzamelen van de noodzakelijke gegevens moeilijk en daarmee tijdrovend is.

Gebleken is dat bijna de helft van de patiënten kampt met psycho-sociale problemen, bijvoorbeeld in de

sfeer van huisvesting, relatie, scheiding, dood, incest, verliezen van een baan. De patiënt kan op zo'n moment vaak moeilijk openstaan voor diabetes-educatie. Samen met de patiënt wordt gezocht naar oplossingen.

In stadsdeel Centrum bestaat de groep patiënten voor een belangrijk deel uit Hindostanen. Adequaat voorlichtingsmateriaal en aangepaste groepsvoorlichting is voor hen op dit moment (nog) niet voorhanden.

Een aantal voorlichting-items komt bij iedereen aan bod, zoals wat is diabetes, welk dieet te volgen, wat te doen bij een 'hypo'. Voetverzorging, ontspanning en complicaties is bij zo'n negentig procent aan de orde.

Bij de diabetespatiënten die langer dan één jaar de ziekte hebben is vaker zelfcontrole geïndiceerd dan bij degenen bij wie recent diabetes is geconstateerd. De vergoeding van de kosten van de zelfcontrole voor mensen die worden behandeld met tabletten is een groot probleem. Gelukkig is onlangs AZIVO-zorgverzekering ertoe overgegaan - op indicatie van het diabetes-educatiepunt - de zelfcontrole te vergoeden.

Binnen Thuiszorg Den Haag is de zorg voor mensen met diabetes type II een belangrijk onderwerp. Aandachtspunten voor de toekomst zijn het intensiveren van de samenwerking met de huisartsen en het uitbreiden van de samenwerking tussen de verschillende disciplines binnen de regio. Daarnaast dient (groeps)voorlichting aan Hindostanen in Den Haag een prioriteit van diabeteszorg te worden.

### Geraadpleegde literatuur:

- Poel BLWM van der. Rapportage en draaiboek Diabetes-educatiepunten. Thuiszorg Den Haag, 1995.
- Poel BLWM van der. Extra zorg voor niet-insuline afhankelijke diabetespatiënten: Thuiszorg Den Haag experimenteert met diabetes-educatiepunten. MGZ 1994; 22: 36-8.
- Poel BLWM van der, Arend IJM van den. Tailor Made Education for Type II Diabetes Patients; Poster Presentation for the Third European Meeting for the Implementation of the Vincent Declaration, april 1995.
- Portielje JEA, Poel BLWM van der, Meché I van der, e.a. Begeleiding van NIDDM patiënten door een in diabetes mellitus gespecialiseerde wijkverpleegkundige en diëtiste. Verbetering van metabole controle in NIDDM door educatie. EADE Nieuwsbrief, augustus 1994.
- Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Chronische ziekten in het jaar 2005. Deel 1. Scenario's over diabetes mellitus 1990-2005. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu van Loghum, 1990.

# Samenwerking in de diabeteszorg

## Resultaten van de Werkgroep Diabetes Den Haag

Mw. B.L.W.M. van der Poel en N. den Heijer

Bij de behandeling van mensen met niet-insuline afhankelijke diabetes (type II) is het tegenwoordig algemeen aanvaard dat ook bij hen een goede glucosehuishouding moet worden nagestreefd. Dit gebeurt enerzijds om klachten te bestrijden, anderzijds om het ontstaan of het toenemen van de latere complicaties te voorkomen. Om dit te bereiken worden deze patiënten steeds vaker behandeld met insuline-injecties. Voor het instellen op insuline kan de huisarts naar de internist verwijzen. Er zijn echter steeds meer huisartsen die deze groep patiënten zelf onder behandeling willen houden. Hiervoor is deskundigheidsbevordering nodig. En behalve tijd en energie betekent het ook samenwerken in multidisciplinair verband.

De Werkgroep Diabetes Den Haag en omstreken<sup>1)</sup> heeft een protocol opgesteld voor de behandeling van diabetespatiënten type II voor hulpverleners in de eerstelijnszorg<sup>1)</sup>. Het is gebaseerd op reeds bestaande protocollen, waaronder de standaard voor diabetes mellitus van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

De volgende aandachtspunten komen erin aan bod:

- de Europese streefwaarden voor de behandeling van diabetes: een belangrijk uitgangspunt voor de beoordeling van het resultaat van de behandeling. Elke discipline hanteert dezelfde uitgangspunten;
- belang en frequentie van diabetescontroles;
- de behandelingsmogelijkheden;
- een overzicht van alle bloedglucoseverlagende medicatie die er op dit moment op de markt is, met werkzame stof, firma, werkingsduur in uren, sterkte, dosering per dag en bijzonderheden in het kader van het protocol;
- informatie over de insulinebehandeling bij diabetes type II, waarbij wordt beschreven met hoeveel

eenheden insuline van welke soort op welk tijdstip van de dag moet worden gestart wanneer iemand bijvoorbeeld één maal daags insuline erbij krijgt;

- wat te doen bij bijzondere omstandigheden zoals ziekte, sport, vakantie, hypo's, uit eten gaan, enz.;
- voorlichting door verschillende disciplines;
- en last but not least het aanbod van het diabetes-educatiepunt van de centra voor thuiszorg (zie vorig artikel).

De huisarts is verantwoordelijk voor de behandeling. Hij of zij is degene die soort en hoeveelheid van de medicatie bepaalt. Wanneer een patiënt wordt ingesteld op insuline is het van belang dat huisarts en diabetesverpleegkundige nauw samenwerken. Zo kan de patiënt voordat met insuline wordt begonnen zelfcontrole worden geleerd. De diabetesverpleegkundige op het diabetes-educatiepunt (zie vorig artikel) hanteert het protocol als uitgangspunt in de begeleiding. Het systematisch uitvoeren van de diabetescontroles is bij insulinegebruik van essentieel belang en in de beginfase is het noodzakelijk dat de huisarts voor de patiënt dagelijks bereikbaar is, ook in de avonduren.

Geraadpleegde literatuur:

- Meijer PHEM de. Type II diabetes mellitus: behandeling met insuline door de huisarts (deel 1 en deel 2), Tijdschr Therapie, Geneesmiddel en Onderzoek 1994; 1994 nr. 10: 8-11 en 16-21.
- Vliet E van. Innovaties in de zorg aan patiënten met diabetes mellitus type II: verslag van een studiedag. EADE Nieuwsbrief, augustus 1995.

<sup>1)</sup> Het protocol van de Werkgroep Diabetes Den Haag kan worden besteld bij: Thuiszorg Den Haag, Mw. B. van der Poel, Postbus 404, 2501 CK. Den Haag, 070 - 34 29 542.

<sup>1)</sup> In de werkgroep hebben zitting artsen, verpleegkundigen en diëtisten uit de intra- en extramurale gezondheidszorg, een apotheker, een vertegenwoordiger van de ziektekostenverzekeraars en een van de Diabetes Vereniging Nederland.

Over de auteurs:

Mw. B.L.W.M. van der Poel, staffunctionaris Zorg, Thuiszorg Den Haag en N. den Heijer, huisarts in Den Haag.

# Epiloog

In deze aflevering van het Epidemiologisch Bulletin is het verontrustende verhoogd voorkomen van diabetes mellitus onder Haagse Hindostanen van verschillende kanten belicht. Volgens de nu beschikbare informatie lijkt het er op dat Hindostanen een zekere (genetische) aanleg hebben om suikerziekte te ontwikkelen. Of ze daadwerkelijk diabetes krijgen hangt vermoedelijk af van andere (luxerende) factoren. De volgende zouden een rol kunnen spelen, zoals voedingsgewoonten, psychosociale factoren, een minder actief leven.

Wat betreft de door Hindostanen zelf vaak genoemde psychosociale factoren vonden we aanknopingspunten in de literatuur waaruit blijkt dat deze inderdaad invloed kunnen hebben op het ontstaan van diabetes mellitus. Het gaat dan om stressverwekkende levenssituaties zoals overlijden van de partner, gebroken gezinnen, verlies van kinderen, generatieconflicten binnen de familie en verhuizing (migratie naar Nederland). Het zijn dus omstandigheden die vaak te maken hebben met de specifieke (Hindoe-)cultuur of met het migrantenbestaan in Nederland. Mogelijk vormt het optreden van dergelijke 'life events' een stukje van de puzzel van het ontstaansmechanisme van diabetes mellitus bij Hindostanen. Een puzzel die overigens nog allerminst is opgelost, zoals inmiddels duidelijk zal zijn.

Verder onderzoek naar de oorzaken van het verhoogd voorkomen van suikerziekte onder Hindostanen is alleszins aangewezen. Ook is het wenselijk dat de door ons gevonden prevalentiecijfers nader worden getoetst met behulp van meer objectiverende parameters (bloedonderzoek volgens de criteria van de Wereld Gezondheidsorganisatie). De analyses van de sterftcijfers waren noodgedwongen gebaseerd op geaggregeerde gegevens per woongebied. Onderzoek met sterftegegevens verzameld op individueel niveau zou veel meer vragen kunnen beantwoorden als: 'Wat betekenen suikerziekte en de complicaties, zoals hart- en herseninfarcten, als doodsoorzaak onder Hindostanen?'; 'Is op hogere leeftijd het aantal overleden Hindostaanse diabetespatiënten inderdaad even groot als het aantal nieuwe diabetespatiënten?' en: 'Hoe zit het nu precies met de verschillen in diabetessterfte tussen Haagse woongebieden? Hoe groot is het afzonderlijke aandeel van factoren als etniciteit, sociale achterstand en stress?'

Hoe noodzakelijk verdergaand onderzoek ook is, op dit moment mogen we de resultaten daarvan niet

zonder meer afwachten. Verschillende, elkaar aanvullende opties komen in beeld.

- Hindostanen moeten op de hoogte worden gebracht van de ernst van het probleem. Hoewel het binnen de Hindostaanse gemeenschap een publiek geheim is dat suikerziekte veel voorkomt, onderschat men veelal de ernst, met name van de mogelijke (en frequent optredende) complicaties. Ook zou er nog veel schaamte bestaan om in gezelschap te vertellen dat men suikerpatiënt is. Tegen die achtergrond kan worden verwacht dat therapietrouw bijvoorbeeld ten aanzien van voeding niet met een uitsluitend persoonsgericht advies te realiseren valt.
- Vooral in verband met de ernst van de complicaties is het dringend gewenst dat suikerziekte zo vroeg mogelijk wordt opgespoord. Om te bezien òf en hoe een systematische vorm van vroegdiagnostiek in de huisartspraktijk kan worden opgezet zijn nieuwe initiatieven noodzakelijk.
- Van de kant van zowel de Hindostaanse patiënten als hun behandelaars klinkt de roep om verbetering van de geboden zorg.

Op dit moment wordt op verschillende plaatsen in Den Haag reeds op diverse manieren getracht in interdisciplinaire samenwerking de diabeteszorg te optimaliseren. (Zie hiervoor ook het werk van de Werkgroep Diabetes Den Haag e.o.) In gezondheidscentrum 'De Rubenshoek' wordt sinds 1992 maandelijks een diabeteessprekbeurt gehouden, waarin de doktersassistente, de huisarts, de diëtiste en een wijkverpleegkundige participeren. De huisartsengroepen 'Scheveningen' en 'Centrum' hebben bij wijze van experiment één ochtend per week de beschikking over een praktijkverpleegkundige. Vanaf de start in 1995 is de diabeteszorg als belangrijkste aandachtspunt in het takenpakket opgenomen. En ten slotte heeft de Stichting Thuiszorg in de periode 1994-1996 een achttal diabetes-educatiepunten ingericht.

Alle betrokkenen zijn er desondanks van overtuigd dat de zorg juist voor Hindostaanse diabetes nog verdere verbetering behoeft. Omdat voeding en beweging in ieder geval bruikbare aangrijpingspunten vormen, wordt hieraan de eerste prioriteit gegeven. Aan de nadere invulling van een uitgebreider plan van aanpak, alsmede van de eerste twee bovengenoemde opties, wordt op dit moment gewerkt. In een volgend bulletin komen we hierop terug.



# korte berichten

onder redactie van  
J.M. Vroom-Jongerden

## Onderzoek in het kort

### Infectieziekte katalysator voor hart- en vaatziekten

In de reeks van circa 400 veroorzakers van hart- en vaatziekten is een nieuwe, nog niet algemeen bekende, risicofactor aangetoond. Het betreft de veelvoorkomende infectieziekte *Chlamydia pneumoniae* die bij mensen luchtweginfecties teweeg brengt. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft gegevens op het gebied van infectieziekten en hart- en vaatziekten uit een drietal onderzoeken (namelijk de 25 jaar durende Zutphenstudie, de Volksgezondheidsspeiling GG&GD Utrecht en diagnostische gegevens van het AZU-Utrecht) naast elkaar gelegd. Daaruit is een duidelijk aantoonbaar verband naar voren gekomen. Het betekent dat personen die de infectieziekte *Chlamydia pneumoniae* hebben (gehad) een twee tot vier keer grotere kans hebben op hart- en vaatziekten. Een publikatie over dit onderwerp zal het RIVM het British Medical Journal aanbieden.

## Actuele informatie

### Op weg naar één loket voor indicering

Op het terrein van indicatiestelling en indicatieadvisering zijn de in-

voering van de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) en het project Modernisering van de ouderenzorg (Moz) aanleiding geweest voor een in Nederland uniek gezamenlijk huisvestingsproject. Bij deze gezamenlijke huisvesting zijn momenteel vier organisaties betrokken:

- dienst SZW gemeente Den Haag, afdeling Voorzieningen Gehandicapten;
- Zorgvoorzieningen Nederland NV;
- dienst Welzijn/sector GGD/MZ gemeente Den Haag, afdeling Indicatie Advisering (IA);
- dienst Welzijn/sector GGD/MZ gemeente Den Haag, afdeling Sociaal Medische Advisering (SMA).

Wat de GGD betreft is in januari 1996 de afdeling IA (het 'bureau' van de Indicatiecommissie in Den Haag) naar de nieuwe huisvesting vertrokken. In maart 1996 zijn de activiteiten van de afdeling SMA in het kader van de Wvg (sociaal-medische indicatie-advisering voor vervoerskostenvergoedingen gehandicapten, woningaanpassingen gehandicapten, rolstoelen, scootmobielen e.d.) naar de nieuwe huisvesting overgebracht. In de loop van 1996 zullen de indicatie-advisering ten behoeve van de huisvestingsurgenties, de parkeervoorzieningen en de bijzondere bijstand volgen. Het officiële startsein voor het gezamenlijke huisvestingsproject voor de vier organisaties werd op 17 april 1996 gegeven door drs. J.J. Luijten, wethouder van Welzijn, Gezondheidszorg, Sport en Recreatie van de gemeente Den Haag.

Het adres van de nieuwe huisvesting: 1e Van der Kunstraat 292, 2521 AV Den Haag.

Inlichtingen: A. Opstelten, tel. 070 - 388 19 88.

### Signaleringsoverleg

Met de ondertekening op 1 maart 1996 van de Overeenkomst Signaleringsoverleg zijn officieel de twaalf signaleringsteams in Den Haag van start gegaan. Aan elk van deze teams nemen vertegenwoordigers deel van politie, RIAGG-en, Decentrale Welzijnorganisaties (DWO's), woningcorporaties en gemeente Den Haag.

De signaleringsteams, één voor elk Haags politiebureau, richten zich op zeer problematische hulpverleningscliënten die duidelijk zorg nodig hebben, maar deze om welke reden dan ook (nog) niet vragen of krijgen. Vaak betreft het mensen die op straat of in hun woonomgeving voor overlast zorgen. Deze probleemsituaties worden door de deelnemende organisaties, zoals politie en woningcorporaties, gesignaleerd en in het signaleringsoverleg ingebracht. Daar wordt vervolgens een gerichte aanpak ontwikkeld.

Het signaleringsoverleg vormt een onderdeel van het gemeentelijke project Maatschappelijk Herstel. Het doel van Maatschappelijk Herstel is tweeledig:

1. voorkómen dat mensen buiten de samenleving belanden en
2. mensen die om welke reden dan ook in een (sociaal) isolement zijn beland weer te activeren en bij het dagelijks leven te betrekken.

Informatie over het signalerings-

overleg: Dienst Welzijn, sector GGD/MZ, tel. 070 - 353 55 67.

### Nieuwe afdelingen voor verslavingszorg en psychiatrie onder één dak

Op 21 maart 1996 heeft Centrum Verslavingszorg Zeestraat (CVZ) op de lokatie van Stichting Rosenberg een tweetal nieuwe afdelingen voor verslaafden geopend. Elk van de afdelingen heeft een capaciteit van acht klinische plaatsen. De opgenomen patiënten zijn vooral verslaafden met gecombineerde psychiatrische en verslavingsproblematiek.

Binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt al jarenlang geconstateerd dat er een groep patiënten is die frequent tussen de wal en het schip raakt. Dit omdat zowel binnen het psychiatrisch ziekenhuis als binnen de klinische verslavingszorg de behandelmogelijkheden voor de specifieke doelgroep te beperkt zijn.

In de nieuwe afdelingen kan door het daar aangeboden geïntegreerde zorgaanbod wel een passende behandeling worden aangeboden.

In de afdeling Psychiatrische Zorg Alcohol (PZA) worden patiënten opgenomen met een lange alcoholproblematiek met ernstige gevolgen voor het dagelijkse psychisch en sociaal functioneren. Tijdens de opname wordt onderzoek gedaan naar dit functioneren en worden de mogelijkheden onderzocht de patiënten op te nemen in faciliteiten als verpleeginstellingen, beschermd wonen en psychiatrische verblijfsafdelingen.

Het zorgaanbod van de afdeling Psychiatrische Zorg Drugs (PZD) richt zich op patiënten met verslavingsproblematiek in combinatie met een psychiatrische diagnose. Ook voor deze patiënten worden tijdens de opnamen de verdere behandelmogelijkheden onderzocht.

De vestiging door Centrum Verslavingszorg Zeestraat van zijn nieuwe afdelingen op de lokatie van Stichting Rosenberg past in de

verregaande samenwerking tussen CVZ, Stichting Rosenberg en psychiatrisch centrum Bloemendaal in de regio Zuid-Holland-Noord.

Voor verdere informatie over de afdelingen: tel. 070-364 79 25.

### Gevolgen van hersenaandoeningen onvoldoende het hoofd geboden

Op 13 maart 1996 bood de voorzitter van Hersenwerk 2002 minister Borst van VWS (Volkegezondheid, Welzijn en Sport) het rapport 'Zorgelijke Gevolgen' aan. Het rapport bevat een inventarisatie van de knelpunten in de zorg bij hersenaandoeningen.

Uit dit rapport blijkt duidelijk dat mensen met hersenaandoeningen (en hun naasten) worden geconfronteerd met een enorme breuk in het leven. Ten dele komt dit direct door de gevolgen van de neurologische of psychiatrische aandoening, maar ten dele ook door de knelpunten die ze ondervinden in het zorgaanbod. De zorg zou meer moeten aansluiten op de behoeften van de cliënt en zou meer aandacht moeten hebben voor wat de cliënt nog zelf kan en wil. Bovendien spelen bij hersenaandoeningen extra belemmeringen vaak een rol.

Informatie: Secretariaat Hersenwerk 2002, tel. 070-360 48 16.

## Aangifte infectieziekten

Op pagina 35 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 tijdige en juiste aangifte van de infectieziekten die zich in uw praktijk voordoen?

Onderstaand volgt enige casuïstiek van de Haagse opgave over het eerste kwartaal 1996.

Van de 2 gemelde dysenteria bacillaris-patiënten werd 1 patiënt besmet tijdens een reis in India. Van de andere patiënt bleef de bron onbekend.

Er werden 18 hepatitis A-patiënten gemeld. Hiervan werden 5 patiënten via het gezin besmet, 1 patiënt tijdens vakantie in Turkije en 3 patiënten via schoolcontacten. Van 9 patiënten bleef de bron onbekend.

Van de 2 gemelde hepatitis B-patiënten werd bij 1 patiënt voor de bron actie ondernomen via de specialist. Van de andere patiënt bleef de bron onbekend.

De gemelde malaria-patiënt werd besmet tijdens vakantie in India (P.vivax). De patiënt had geen malariaprofylaxe genomen.

Van de gemelde meningococcosis-patiënt kregen de ouders via het ziekenhuis profylaxe.

De gemelde pertussis-patiënt bleek volledig gevaccineerd. De bron bleef onbekend.

Van de 50 gemelde scabies-patiënten werd de besmetting veelvuldig in het buitenland opgedaan (Marokko, Turkije, India, Suriname). Bij thuiskomst in Nederland vonden hierdoor veel besmettingen in gezinsverband plaats.

Aan deze rubriek werkten mee:

Mw. M.M. Buurman (GGD Delfland-Rijswijk);

H.R. Lingen;

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

W.J. Vroege;

Mw. G.J. Wijkmans;

K.B. Yap (GGD West-Holland).

Overzicht aangifte infectieziekten regio Den Haag naar meest voorkomende besmettingsbron en onderverdeeld naar *voornaamste* besmettingsweg

Bron	Besmettingsweg	Ziekte	1996 1e kw	1996 2e kw	1996 3e kw	1996 4e kw	1995 t/m 1e kw	1996 t/m 1e kw
mens	inhalatie	difterie (B)						
		lepra (B)					2	
		meningococcosis (B)*	2				4	2
		morbilli (B)						
		(atyp.) pertussis (B)**	4				1	4
		rubella (B)						
		tuberculosis (B)	29				30	29
	seksueel contact	parotitis epidemica (C)	1					1
		gonorrhoea (C)	14				35	14
		syfilis prim./sec. (C)					1	
	seksueel cont./bloed	syfilis congenita (C)						
		hepatitis B (B)1	3				5	3
	faecaal/oraal	HIV-infectie/Aids (1)***					3	
		poliomyelitis (A)(2)						
		hepatitis A (B)(3)	19				25	19
	huid/kleding/bed	dysenteria bacillaris (B)(3)	6				1	6
scabies (B)(4)		51				55	51	
dier	inhalatie (faecaal materiaal)	ornithosis/psittacosis (B)					3	
		Q-koorts (B)(5)						
	insectebeet	lassakoorts (A)(6)						
		febris recurrens (B)						
		gele koorts (B)						
		malaria (B)	2				6	2
		typhus exanthematicus (B)						
	beet/speeksel	rabies (A)						
		pest (A)						
	aanraking	anthrax (B)						
		tularemia (B)						
		brucellosis (B)(5)						
omgeving	inhalatie	legionella pneumonie (B)					1	
		consumptie						
	contact (water/grond/dier)	cholera (B)						
		trichinosis (B)						
		voedselvergiftiging (B)	31				2	31
		febris typhoidea (A)					1	
		paratyfus B (B)						
botulisme (B)(7)								
wondcontact (water/grond/beet)	leptospirosis (B)					1		
tetanus (B)								
totaal						173	162	

(A)(B)(C) traditionele categorie-aanduiding

\* samenvoeging meningitis cer. epid. en men. sepsis

\*\* samenvoeging pertussis en atypische pertussis

\*\*\* niet aangifteplichtig, bekend bij GGD

(1) ook besmetting door medisch handelen/prikaccidenten

(2) ook aerogene besmetting

(3) ook besmetting via water/voedsel

(4) soms besmetting via beddegoed

(5) ook besmetting door consumptie rauwe melkproducten

(6) ook andere vormen van Afr. vir. haem. koorts

(7) ook wondbesmetting

korte berichten