



epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

inhoud

volksgezondheid

Suikerziekte bij Hindostanen (II)
Dagboek van een jeugdarts
Sociaal Pension Den Haag
Migrantenvoorlichtster in een gezondheidscentrum
'Armoede en gezondheid'

epidemiologie

Voeding van Surinaams-Hindostaanse vrouwen met diabetes
Tandheelkundig preventief gedrag van Turkse en Marokkaanse ouders

korte berichten

jaargang 32, 1997

nummer 1

Colofon

Maart 1997
32ste jaargang nr. 1

Redactie

drs. R.B.M.R. Bakker, *Westeinde Ziekenhuis*
mw. I. Burger, *GGD Den Haag*
mw. F.L. van Leeuwen, *arts,*
Stichting Thuiszorg Den Haag
mr. H.R. Lingen, *GGD Den Haag*
mw. ir. J. Loenen, *GGD West-Holland*
B.J.C. Middelkoop, *arts, GGD Den Haag*
dr. H.G.J. Nijhuis (hoofdredacteur),
GGD Den Haag
drs. E. Pieters, *Riagg Noordhage*
prof.dr. W.J. Schudel, *GGD Den Haag*
mw. J.M. Vroom-Jongerden (korte berichten),
GGD Den Haag
m.m.v. H. Burger, mw. E.M.J. Paternotte en A. Pols

Redactieadres

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn
GGD, Postbus 12 652, 2500 DP Den Haag
Bezoekadres: Thorbeckelaan 360
mw. I. Burger, tel.: 070 - 353 71 96
fax.: 070 - 353 72 94
email: cwburgi@ocw1.denhaag.nl

Illustraties

mw. T. Boonstra, Amsterdam

Druk

Multimedia Den Haag

Uitgave

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, GGD Den Haag

Via het bulletin wil de redactie de communicatie aanmoedigen tussen hulpverleners, leidinggevenden, 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 redactiesecretariaat worden opgevraagd. Bij wijziging van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen. Voor het bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier. Het bulletin verschijnt vier maal per jaar.

Inhoud

Redactioneel	1
Volksgezondheid	
- Suikerziekte bij Hindostanen De stand van zaken II <i>B.J.C. Middelkoop</i>	2
- Dagboek van een jeugdarts Een week in het laatste kwartaal van 1996 <i>Mw. J.A.M. Reuser</i>	4
- Het Sociaal Pension Den Haag; een jaar open <i>M.B.J. Blom, S. Dorland en M. Hocqué</i>	9
- Een migrantenvoorlichtster in een gezondheidscentrum <i>A. Opschoor en M.J. Danz</i>	14
- 'Armoede en gezondheid' De Vaste Kamercommissie Volksgezondheid bezoekt de centrumwijken van Den Haag <i>Mw. T.G.M. van der Maat</i>	18
Epidemiologie	
- De voeding van Surinaams-Hindostaanse vrouwen met diabetes in Den Haag <i>Mw. S.M. Sadhoeram, Mw. G.N. Ramsaransing, Mw. W.A. van Staveren, E.G. Schouten en Mw. L. van der Heijden</i>	21
- Tandheelkundig preventief gedrag van Turkse en Marokkaanse ouders in Den Haag <i>Mw. E. Brugman, G.H. Verrips, dr. M.J. Danz en H. Kalsbeek</i>	26
Korte berichten	33

Redactioneel

Een tweetal zaken in deze editie van het Epidemiologisch Bulletin vraagt de aandacht. Het zal u ongetwijfeld zijn opgevallen dat het Bulletin in een ander jasje steekt. Op de omslag zijn een beperkt aantal wijzigingen aangebracht zodat de vormgeving van het Bulletin passend is bij de gemeentelijke richtlijnen. Verder weerspiegelt het colofon de nieuwe organisatie die in de gemeente Den Haag per 1 januari 1997 geldt. De GGD is nu onderdeel van de nieuw gevormde dienst O(nderwijs, C(ultuur) en W(elzijn). Binnen deze dienst OCW zijn onder meer vier productgroepen geformeerd, die tezamen de GGD vormen.

In deze editie treft u het gebruikelijke brede scala van kwantitatieve, kwalitatieve studies en verslagen aan. Eén daarvan, te weten het dagboek van J.A.M. Reuser, jeugdarts bij de GGD Den Haag, vraagt hier kort de aandacht. De redactie is van mening, dat naast wetenschappelijk tot stand gekomen artikelen, ook persoonlijke, professionele en politieke opvattingen en verslagen van gebeurtenissen of situaties een plaats moeten hebben in het Bulletin. Juist de combinatie van wetenschappelijke en meer subjectief gekleurde informatie leidt tot nieuwe, belangwekkende en bruikbare inzichten in de volksgezondheid in onze regio. Het dagboek is een specifieke vorm om - door de bril van een professional - inzichten te verwerven, die langs andere weg niet zouden kunnen worden verkregen. Het voornemen van de redactie is om een serie dagboeken van hulpverleners te publiceren. Bij het hier gepubliceerde relaas is de auteur de volledige vrijheid gelaten om daaraan invulling te geven. Het is echter de bedoeling in de vervolg-dagboeken iets gericht en methodischer te werk te gaan. Zo bestaat het plan om voor het verkrijgen van inzicht in sociaal-economische gezondheidsverschillen vergelijkenderwijs de weekverslagen van één hulpverlener in achterstandsgebieden en één in welgestelde gebieden tegen het licht te houden. De redactie beschouwt het als een uitdaging om op het terrein van deze kwalitatieve informatiegaring enige 'methodische ontwikkeling' tot stand te brengen.

We wensen u ook voor 1997 weer veel leesplezier toe.

De redactie

Suikerziekte bij Hindostanen

De stand van zaken II

B.J.C. Middelkoop

In 1996 heeft het Epidemiologisch Bulletin veel aandacht besteed aan het hoge voorkomen van diabetes onder Hagenaars van Hindostaanse afkomst. Ook in dit nummer wordt weer verslag gedaan van een onderzoek op dit gebied (1). De lezer zal zich herinneren dat we in het verlengde van de onderzoeksactiviteiten subsidie hebben aangevraagd voor een diabetes-preventieproject (2). Inmiddels is de gevraagde subsidie verkregen. Het leeuwendeel neemt het Praeventiefonds voor zijn rekening, terwijl ook de Gemeente Den Haag met een forse toezegging is gekomen. Het interventieproject zal in de loop van 1997 en 1998 worden uitgevoerd. De interventie bestaat uit drie onderdelen.

Het eerste onderdeel betreft de ontwikkeling van bewegings- en voedingsadviezen die zijn toegesneden op de Hindostaanse cultuur en voedingsgewoonten. De voedingsadviezen bijvoorbeeld zullen aansluiten bij etenstijden en -frequenties van de doelgroep en bij de (Hindostaans-)Surinaamse (samen gestelde) gerechten.

Het eerste projectonderdeel is de opmaat voor de projectonderdelen twee en drie, die gericht zijn op de Hindostaanse diabeten respectievelijk de algemene Hindostaanse populatie in Den Haag.

Het tweede projectonderdeel betreft de implementatie van de adviezen in de reguliere zorg voor Hindostaanse diabeten. Dit krijgt allereerst vorm via deskundigheidsbevordering bij hulpverleners: intra-

en extramuraal werkzame diëtisten en (diabetes)verpleegkundigen, internisten en huisartsen. Vervolgens worden de adviezen toegepast in de zorg voor Hindostaanse diabeten. De bijbehorende voorlichting zal uiteraard ook worden gericht op de omgeving van de patiënten, met name de familie.

Dit projectonderdeel zal stapsgewijs worden uitgevoerd: eerst kleinschalig met een beperkt aantal hulpverleners in stadsdeel Centrum, waarna zo nodig bijstelling van de adviezen volgt. Vervolgens wordt het werkterrein uitgebreid naar het hele stadsdeel Centrum alsmede Laak en het Regentesse-/Valkenboskwartier. Het doel van dit tweede projectonderdeel is tweeledig:

- het op grote schaal beproeven van de nieuwe voedings- en bewegingsadviezen, waarna deze zonnodig gedurende de twee projectjaren opnieuw worden bijgesteld;
- het zo goed mogelijk reguleren van de diabetes van de patiënten, zodat cardiovasculaire complicaties zo lang mogelijk worden uitgesteld.

Het derde projectonderdeel betreft de voorlichting aan de algemene Hindostaanse populatie. Dit deel zal in de tijd parallel worden uitgevoerd aan het tweede onderdeel. Beide onderdelen zullen elkaar versterken.

Ook bij dit derde onderdeel wordt gebruik gemaakt van het materiaal dat is ontwikkeld in het eerste projectonderdeel. De Hindostaanse bevolking zal op allerlei manieren (groepsvoorlichting, radio, televi-

Over de auteur:

B.J.C. Middelkoop, arts-epidemioloog, werkzaam bij de afdeling Epidemiologie, GGD, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Den Haag.

sie, schriftelijk) worden bereikt, waarbij de kern zal worden gevormd door vele, kleinschalige bijeenkomsten. Deze worden verzorgd door Surinaamse migrantenvoorlicht(st)ers, die voorlichting kunnen geven enerzijds vanuit hun kennis van taal en cultuur en anderzijds vanuit de kennis die ze hebben verworven tijdens hun opleiding bij de afdeling Gezondheidsvoorlichting en opvoeding van de GGD. Deze laatste kennis zal in het kader van het project nog worden aangevuld met een gerichte bijscholing op het gebied van suikerziekte.

In de loop van het project zullen voorlichtingsmaterialen worden ontwikkeld als folders, audiocassettes en video's. Hiermee en vooral met de hopelijk in de loop van het project ontwikkelde deskundigheid bij de hulpverleners zal de preventie van en zorg voor Hindostaanse diabetes(patiënten) duurzaam op een hoger niveau kunnen komen. Ook hopen we dat het 'gemiddelde' Hindostaanse leefpatroon op het gebied van met name voeding en beweging in zo gunstig mogelijke zin zal veranderen. Immers, de Hindostaanse gemeenschap is nu eenmaal behept met een ernstig verhoogd voorkomen van suikerziekte en hart- en vaatziekten, en doet er daarom goed aan om alles in het werk te stellen wat kan helpen om hier een antwoord op te geven.

Aparte aandacht wordt tijdens het project gegeven aan het thema stress. Ten eerste vormen stressvolle levensomstandigheden vaak aantoonbaar een onoverkomelijke drempel ten aanzien van de therapietrouw. Ten tweede is beschreven dat stress een rol zou kunnen spelen in de ontwikkeling van niet-insuline-afhankelijke diabetes mellitus (3). Een beter begrip van de aard en betekenis van 'life events' en stressvolle levensomstandigheden bij Hindostanen kan dus zowel van belang zijn bij de preventie als bij de behandeling van hun suikerziekte.

Tot slot zij vermeld dat -overeenkomstig de subsidievoorwaarden van het Praeventiefonds - de interventie zal worden begeleid door evaluatie-onderzoek gericht op de diverse onderdelen van het project.

Literatuur:

1. Sadhoeram SM, Ramsaransing GN, Van Staveren W.A. e.a. De voeding van Surinaams-Hindostaanse vrouwen met diabetes in Den Haag. *Epidemiol Bul Grav* 1997; 32 nr. 1: 21-5.
2. Middelkoop BJC. Suikerziekte bij Hindostanen. De stand van zaken. *Epidemiol Bul Grav* 1996; 31 nr. 3: 1-2.
3. De Vries H, Mooy JM, Grootenhuis PA e.a. Major Stressful Life Events in Relation to Prevalence of Previously Undetected Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. De Hoorn Study. In: Mooy JM. *Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus in a General Caucasian Population*. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam, september 1995.

Dagboek van een jeugdarts

Een week in het laatste kwartaal van 1996

Mw. J.A.M. Reuser

Sinds september jl. werkt Hanneke Reuser in het rayon Scheveningen/Haagse Hout in Den Haag. Dit rayon omvat vooral wijken met een in sociaal-economisch opzicht bevoorrechte populatie. Daarvóór heeft ze vele jaren in achterstandswijken in de binnenstad gewerkt. Ze is als schoolarts verbonden aan dertien basisscholen, drie scholen voor speciaal onderwijs en zes scholen voor voortgezet onderwijs. Een dagboek van een week in het laatste kwartaal van 1996.

Om cliënten voor zichzelf en hun omgeving onherkenbaar te maken betreft de beschreven casuïstiek geen werkelijke cliënten maar gefingeerde personen. De beschreven gebeurtenissen hebben zich wel in het werk voorgedaan, maar in andere combinaties.

Dit schooljaar bevindt de jeugdgezondheidszorg van de GGD in Den Haag zich in een fase van verandering. Het aantal jeugdgezondheidslocaties van waaruit zal worden gewerkt wordt teruggebracht van negen naar vier. De vier rayons zijn ingedeeld volgens de stadsdeelgrenzen: rayon Laak/Centrum; rayon Escamp; rayon Segbroek/Loosduinen en rayon Scheveningen/Haagse Hout. Behalve deze concentratie van de huisvesting wordt er dit jaar ook een start gemaakt met vergaande automatisering van de administratie en gegevensverwerking.

Vanwege deze reorganisatieperikelen kunnen dit jaar niet alle reguliere taken worden uitgevoerd. De prioriteit is nu gelegd bij: inenting; wettelijk voorgeschreven toelatingsonderzoeken voor het speciaal onderwijs; onderzoeken op verzoek van ouders, leerkrachten en leerlingen; deelname aan diverse multidisciplinaire netwerken; advisering bij infectieziekten en schoolgezondheidsbeleid. Dit heeft als consequentie dat weinig programmatische gezondheidsonderzoeken zullen worden uitgevoerd. Wel kunnen alle jonge kleuters door de assistentes worden getest op gezichtsscherpte en gehoor.

In rayon Scheveningen/Haagse Hout werken drie jeugdartsen (part-time), één jeugdverpleegkundige (part-time) en twee medisch team-assistenten (full-time).

Maandag

's Ochtends overleg op een school voor voorbereidend beroepsopleiding met mentoren (klassele-

Over de auteur:

Mw. J.A.M. Reuser, jeugdarts, werkzaam bij de hoofdafdeling Jeugdzorg, GGD, Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn Den Haag.

raren), het Consultatieteam *) en de leerplicht-ambtenaar. We bespreken een aantal leerlingen met ernstig schoolverzuim. Vermoedelijke diagnoses: schoolfobie/schoolweigerig; problemen thuis; familiair schoolverzuim.

Voor de eerste leerling heeft de leerplichtambtenaar een plekje in het schoolfobie-project van het Juliana Kinderziekenhuis en zowel ouders als kind stemmen in met plaatsing. Verzoek aan mij is om de huisarts te bellen. Doel van het gesprek is hem op de hoogte te brengen en hem te vragen de verwijzing te ondersteunen. (De leerling komt regelmatig met diverse klachten bij de huisarts.) Voor de tweede en derde casus hebben we meer informatie nodig voor we verder kunnen. Hiervoor gaan respectievelijk de leraar en de maatschappelijk werkster aan de slag. De leraar stelt zich ten doel, het desbetreffende meisje of haar ouders te motiveren voor een gesprek met mij.

Na een uur zijn we klaar. Ik blijf op school voor een gesprek met de mentor en de ouders van een jongen met gedragsproblemen. Daarna ga ik voor een kort spreekuur naar het 'centrum' (zo noemen we ons kantoor) en vervolgens naar het stadhuis op het Spui voor een vergadering van de gezamenlijke Haagse incestteams. Voor ik weer terug ben bij de betaalautomaat van de parkeergarage is net het derde parkeerticket ingegaan zodat ik acht gulden moet betalen. Pech. Maar ik gun mezelf deze luxe, dan kan ik nog even een uurtje naar huis en een hapje eten. Straks, vanavond, staat er ook nog werk op het programma: een ouderavond op een school voor voortgezet onderwijs.

Echt rust gun ik mezelf niet. Een dergelijke ouderavond heb ik nog nooit gedaan en ik wil nog even mijn tekst en overheadsheets doorkijken. Het onderwerp is genotmiddelen. De activiteit past in het programma 'de gezonde school en genotmiddelen'**), waartoe de jeugdgezondheidszorg van de GGD samenwerkt met de afdeling Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding (GVO) van de GGD en het Centrum Verslavingszorg Zeestraat. De school heeft de avond georganiseerd voor de tweede-klasleerlin-

gen en hun ouders.

Ik ben ruim op tijd aanwezig om mijn meegebrachte literatuur uit te stallen. De aula raakt volledig bezet, ongeveer negentig personen zijn aanwezig. Ik zie wat leerkrachten en mentoren die ik inmiddels heb leren kennen. De rector opent de avond en de GVO-medewerker geeft uitleg over de 'gezonde school en genotmiddelen'. Daarna ben ik aan de beurt. Met behulp van enkele sheets vertel ik wat verslaving - dat wil zeggen geestelijke en/of lichamelijke afhankelijkheid - is; hoe het van experimenteergedrag tot verslaving kan komen; wat de taak van de ouders is bij dit experimenteergedrag van hun pubers en ten slotte over het belang dat ouders over het onderwerp met hun kinderen in gesprek blijven. De pubers (op de voorste rijen) moedig ik aan, hierbij hun ouders een handje te helpen.

Dan komt een arts van het Centrum Verslavingszorg Zeestraat aan het woord. Vóór hem op een tafel staan de 'middelen'; een gigantische uitstalling van potjes, flesjes en zakjes. Hij begint, pakt het pakje sigaretten dat midden op tafel op, en zegt: 'Ik rook voor m'n rust, maar dat klopt niet want nicotine is een opwekkend middel'. Hij wijst op de sheet de drie soorten middelen aan: opwekkend, verdovend en bewustzijnsveranderend. Hij vervolgt: 'Wat een middel doet bij je, zit tussen je oren. Weet je dat je van roken uit je bek gaat stinken?. En als je dan dat leuke meisje wilt zoenen, zal dat haar helemaal niet bevallen'. Hij praat in een rap tempo door. Laat alle middelen de revue passeren en vertelt intussen over zijn ervaringen als medewerker op de EHBO van house-parties. 'Ecstasy' kan van alles zijn. Het is



*) Het Consultatieteam ondersteunt scholen voor voortgezet onderwijs in het begeleiden van leerlingen die ernstige moeilijkheden hebben op school. Het bundelt deskundigheid uit jeugdhulpverlening en voortgezet speciaal onderwijs.

**) Vervaardigd door het Trimbos instituut (voorheen Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs).

soms echt ecstasy en soms een vitamine-pil met een druppel LSD erop. Het merk 'dolfijntje' kan vandaag goed zijn maar is morgen wellicht van een andere samenstelling. Hij ziet veel jongeren 'trippen' (psychotisch worden) van ecstasy. Hij raadt het gebruik van ecstasy af, rustig, op een niet-repressieve manier. Eigenlijk raadt hij ook cannabisgebruik af. Als je jong bent kan het, volgens hem, kwalijke gevolgen hebben. Hij heeft jongeren gezien die er apathisch van zijn geworden, of psychotisch en langdurige behandeling nodig hadden. De nederwiet van nu bevat circa 27 maal zoveel tetra-hydro-cannabinol (de actieve stof) als het stickie uit de jaren zestig. 'Als je toch wilt experimenteren, doe het dan in een lage dosis en in een veilige omgeving', raadt hij aan. Ten slotte toont hij het allernieuwste: kleine zakjes poedervormige chocoladedrank, soep, kruidenthee met tetra-hydro-cannabinol! Te koop voor f 6,- à f 10,- per stuk. Elke school voor voortgezet onderwijs heeft wel een dealertje onder de leerlingen, weet hij. Ruim een uur boeit hij ons. Hij krijgt een hartelijk applaus.

Na afloop dromt iedereen samen rond de tafel met middelen. Een mentor van de derde klas zegt tegen me: 'Dit is ook nodig voor de derde klassen'. Het was inderdaad een succes. Via mond-tot-mond reclame zal de vraag naar een dergelijke avond zich waarschijnlijk uitbreiden.

Terwijl hij zijn spullen weer inpakt stel ik hem een paar vragen. Of we door cannabis in problemen geraakte scholieren naar het Centrum Verslavingszorg Zeestraat mogen verwijzen. 'Ja, zelfs ook heel beginnende gebruikers', zegt hij. En of de scholieren die beweren dat je de blaadjes van de cannabis niet moet roken, omdat je er een 'betonnen hoofd' van krijgt, het bij het rechte eind hebben? 'Nee, bij de tegenwoordige soorten is dat niet zo. Maar de steeltjes, die moet je niet roken'.

Thuisgekomen bel ik, zoals afgesproken, nog even met een vriendin. We delen onze ervaringen van de afgelopen week.

Dinsdag

Weer een gevulde dag. Eerst werkoverleg, daarna spreekuur. Na werktijd een stuurgroepvergadering van het Prins-project (netwerk jeugdhulpverlening Schilderswijk).

Het project is genoemd naar de huisarts Jan Prins,

die in 1988 contact zocht met mensen uit het onderwijs nadat hij had ontdekt dat leerkrachten beter op de hoogte waren van problemen bij kinderen uit zijn praktijk dan hij zelf. Huisartsen kennen de ouders weer beter, weten bijvoorbeeld hoe ze ziekte beleven en het migrant zijn ervaren. Dit initiatief van Jan Prins groeide uit tot het netwerk jeugdhulpverlening Schilderswijk (inmiddels bestaat er een gelijksoortig netwerk in het Transvaalkwartier).

De werkwijze is als volgt: een kind met problemen wordt besproken nadat de school de ouders om toestemming heeft gevraagd. Per kind is er een half uur tijd; de leerkracht, de huisarts en de jeugdarts van het kind overleggen en toetsen hypothesen over het probleem, samen met een Riagg-psycholoog en een maatschappelijk werker van het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW). Afsproken wordt wie met het gezin contact legt om uiteindelijk passende hulpverlening op gang te brengen. Voorzitter is de coördinator die ook de organisatie van de besprekingen verzorgt.

Het is de laatste vergadering: we heffen de stuurgroep op. Ik ben in 1989 lid van de stuurgroep geworden, ten tijde dat ik in het Transvaalkwartier en de Schilderswijk kwam werken. Toen stond het project nog in de kinderschoenen. We zijn indertijd gestart met een proefproject waarin Annelies en ik als jeugdartsen - Annelies kreeg het leeuwendeel omdat ze meer scholen in Schilderswijk 'in zorg' had - de rol van netwerkcoördinator op ons namen. Na evaluatie van het proefproject is er subsidie voor een coördinator gekomen. In 1997 komen er in alle stadsdelen dergelijke netwerken elk met een door de gemeente gefinancierde netwerkcoördinator.

Onze laatste stuurgroepvergadering gebruiken we om het werk te verdelen voor ons laatste product: een brochure met daarin een handleiding voor de besprekingen. De netwerkcoördinator meldt nog dat er veel aanvragen voor kindbesprekingen binnenkomen.

Na afloop eten we gezamenlijk in de stad. Ik heb de leden van dit groepje in de afgelopen jaren leren kennen en waarderen: de maatschappelijk werker; de huisarts; mijn collega Annelies; de school-directeur; de coördinator-dienstverlening van de Riagg en de netwerkcoördinator (maatschappelijk werker en heel goed op de hoogte van de hulpverleningsmogelijkheden in de geestelijke gezondheidszorg). Ik krijg positieve feed-back van de schooldirecteur. Op zijn school, waar ik twee jaar

geleden voordrachten heb gehouden over seksuele kindermishandeling en Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), merkt hij dat de leerkrachten nu anders naar kinderen kijken, met meer kennis van zaken. Hij vindt dat er meer voorlichting over dergelijke onderwerpen aan schoolteams moet worden gegeven. Fijn om te horen. Dat betekent dat we in de jeugdgezondheidszorg met onze veranderde werkwijze - accentverschuiving in de richting van collectieve preventie, in dit geval via intermediairen - op de goede weg zijn. Er zijn verschillende instanties met dit soort voorlichtingen bezig (Centrum 16/22, de Riagg's en de Rutgersstichting) maar op het gebied van gezondheid ligt hier een duidelijke vraag (en taak) voor ons. Het past in wat we schoolgezondheidsbeleid noemen.

We horen die avond veel leuke privé-verhalen. Herinneringen aan Jan Prins (overleden in 1995) passeren de revue. Toch wel een beetje weemoedig aan het eind van zoveel leerzaams en vruchtbaars gaat om half tien ieder zijns weegs.

Woensdag

Om negen uur incest-team. Hierin participeer ik sinds kort, samen met de vertrouwensarts, de zedenpolitie en de medewerkers van de Riagg en het AMW. Ik ben verantwoordelijk voor de contacten met collega's in de jeugdgezondheidszorg. Verder denk ik mee en altijd leer ik er weer veel van. Mijn huiswerk na deze bespreking: een collega verzoeken een kind aan te melden bij de Raad voor de Kinderbescherming, omdat vrijwillige hulpverlening steeds vastloopt. Zo'n aanmelding houdt voor die collega ook in: een gesprek met de ouders voeren om ze hiervan op de hoogte te brengen.

Om 10.30 uur registratie-werkgroep. Kan ik nèt halen. Met enkele jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen buigen we ons over protocollen die we nodig hebben om de registratie te automatiseren. Ik leer een nieuwe taal en denkwijze: 'deelonderzoek', 'bevinding', 'actie'. Bevindingen kunnen straks per stadsdeel of wijk worden uitgedraaid. Belangrijk is nu om goede definities en categorieën te maken. We vergelijken de verschillende in het land al gebruikte protocollen. Vanmorgen behandelen we ADHD. Volgens de nieuwe DSM-IV-criteria *** wordt nu onderscheid gemaakt tussen: kinderen die voornamelijk

aandachtstekort vertonen; kinderen die hoofdzakelijk overbeweeglijk en impulsief zijn én kinderen met alle twee de symptomenclusters. We stellen vier vragen vast die we aan de ouders kunnen stellen als eerste screening. Levert één van deze vragen een 'ja' als antwoord op, dan vragen we alle criteria na. De verpleegkundigen die alle kinderen uit groep vier zien (zeven- à achtjarigen), hebben grote inbreng. Dit is een leeftijd waarop een ADHD-beeld meestal goed kan worden opgespoord.

Rond het middaguur is dit onderwerp rond. Collega Hans, onze 'voortrekker' zal het in 'de machine' zetten en aan de automatiseringsdeskundige vragen of de ADHD-criterialijst op het scherm oproepbaar kan worden gemaakt.

Ik ga nog even terug naar het 'centrum' om wat telefoontjes te plegen en met de assistente de agenda door te nemen.

Thuis nog wat zangoefeningen gedaan, vervolgens naar zangles en 's avonds naar dansles. Ik blijf de vorige week geleerde pasjes van de rumba weer geheel kwijt te zijn. Gelukkig weet mijn danspartner ze nog wel, zodat hij 'voor kan zeggen'. Het wordt zoals altijd weer een leuke avond.

Donderdag

Vandaag een toelatingsonderzoek en -bespreking van een leerling voor het speciaal onderwijs. Een achtjarig jongetje met zijn moeder: het kind heeft autistiform gedrag en kan zich slechts zeer kort concentreren. Ik doe een aantal pogingen met onderdelen van het ontwikkelingsonderzoek. Het imponeert mij hoe angstig hij is; slechts enkele pogingen leveren respons op. Een audiogram afnemen lukt niet; bij de fluïstertest begrijpt hij het communicatieve aspect niet.

In het interdisciplinair overleg wordt hij voor deze school toelaatbaar geacht. Het gehoor zal wel meevallen; de psycholoog merkt op dat hij werd afgeleid door de geringste geluiden! Ik kom regelmatig op school en zal over een paar maanden de gehoorstest bij hem nog eens herhalen. Dan is alles minder vreemd en waarschijnlijk minder angstig voor hem.

In de rest van de tijd doe ik wat telefoontjes en administratie.

's Avonds kan ik na het bereiden van een gezonde

***) DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition 1994. Nederlandse vertaling van de beknopte handleiding 1995.

vegetarische maaltijd eens lekker achterover leunen en de krant lezen.

Vrijdag

Spreekuur: de assistente heeft jonge kleuters opgeroepen, die bij het testen op gehoor of visus als afwijkend uit de bus waren gekomen. De tests worden door de assistente op school afgenomen; de kinderen worden daarvoor uit de klas gehaald. Zijn er afwijkingen of is de uitkomst onbetrouwbaar dan worden de kinderen met de ouder(s) uitgenodigd.

De opkomst is goed. Een vier-en-een-half-jarig jongetje, met zijn moeder gevlucht uit Somalië, begrijpt ook mét moeder, de Landolt- en de E-visus-tests niet. Hij kan zich bovendien slecht concentreren en lijkt een ontwikkelingsachterstand te hebben. We maken een nieuwe afspraak, met meer tijd, zodat ik de visus met de Ffooks-test kan proberen en een beter totaalbeeld van zijn ontwikkeling kan krijgen.

Verder enkele verwijzingen wegens visusverschil (mogelijk amblyopie) en een meisje met gehoorverlies. Als ze met haar moeder bij me in de spreekkamer is merk ik al snel haar pogingen tot liplezen. Mede ter overtuiging van de moeder doe ik de fluistertest, die onvoldoende resultaat oplevert. Moeder wordt emotioneel; het meisje is als baby vaak

opgenomen geweest en ze is bang om weer met haar kind in het medische circuit terecht te komen. Ze staat er alleen voor en wil ook haar zus niet vragen om steun want die is niet gezond. Toch lijkt steun me juist wel goed en dat bespreek ik met haar. Uiteindelijk lijkt ze toch bereid om naar de huisarts te gaan en het kind zo nodig specialistisch te laten behandelen. Achteraf schat moeder dat ze al wel een half jaar slecht hoort.

Vrijdag, 15.00 uur: genoeg voor deze week, vind ik. Nog even bij collega Hanneke langs voor 'debriefing' en een kop thee. We hebben nu beiden ervaring zowel in deze buitenwijk als in de binnenstad. Ik uit mijn verbazing dat ouders in deze wijk zulke gerichte vragen stellen, bijvoorbeeld over opvoeding. En dat ze adviezen zo gemakkelijk 'oppakken'. We praten wat door over de verschillen tussen de wijken. De opvoedingsvragen van ouders uit de binnenstad zijn vaak diffuus van aard. De school heeft hun verteld dat er iets met hun kind aan de hand is en daarom zijn ze naar het spreekuur gekomen. Zijzelf zijn er op dat moment nog niet zo van doordrongen; de opvoedingsproblemen zijn vaak ondergesneeuwd door doorgemaakte trauma's en financiële problemen van de ouders. Het is belangrijk om de ouders in dit stadium hulp te bieden om te voorkomen dat de zaak escaleert.

Het Sociaal Pension Den Haag; een jaar open

M.B.J. Blom, S. Dorland en M. Hocqué

Den Haag telt naar schatting 1.250 dak- en thuislozen. Tien tot twintig procent van hen is psychiatrisch ziek, maar het zou ook de helft kunnen zijn. In dat geval bevolken permanent 625 psychiatrische patiënten de straat. Om hun enige opvang te bieden staan sinds een jaar de deuren open van het Sociaal Pension Den Haag aan het Oranjeplein. Het aantal plaatsen is gering en bovendien blijkt de opvang complexer dan was voorzien. Voor een echt goede opvang is duidelijk meer geld nodig.

Het Sociaal Pension Den Haag heeft sedert een jaar zijn deuren geopend voor de opvang van dak- en thuisloze mensen met psychiatrische problemen. Het pension is gevestigd aan het Oranjeplein in het voormalige bejaardentehuis de Suster mole. Het pand is ingrijpend gerenoveerd. In november 1995 waren twee verdiepingen gereed en konden de eerste bewoners hun kamer betrekken. Dit artikel is een verslag van onze ervaringen gedurende dit eerste jaar. Tevens wordt aandacht gevraagd voor de problemen waarmee het Sociaal Pension Den Haag te maken heeft gekregen.

Ontstaan en plaats van het pension

Het Sociaal Pension Den Haag (hierna aangeduid als 'het pension') is op initiatief van de gemeente Den Haag en het Leger des Heils tot stand gekomen (1). De financiering van het pension wordt in gelijke mate gedragen door de gemeente, het zorgvernieuwingfonds GGZ en door de eigen bijdrage van de bewoners. Het pension dient vooral plaats te bieden aan de groep dak- en thuislozen met psychiatrische problemen. Van ouds is dit de groep die de meeste zorg nodig heeft, maar deze het minste krijgt. Door verschillende oorzaken is de groep van psychiatrisch gestoorde zwervers de laatste jaren gegroeid. De oorzaken die worden genoemd zijn: de beddenreductie in psychiatrische ziekenhuizen, het beleid van psychiatrische ziekenhuizen om patiënten eerder te ontslaan, de teloorgang van het traditionele gezin waarin veel problemen konden worden opgevangen, het complexer worden van de moderne samenleving en de toename van het aantal allochtonen (2)(3)(4) (5). Naar onze mening zijn al deze oorzaken valide

Over de auteurs:

M.B.J. Blom, psychiater, S. Dorland, sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, beiden werkzaam op de afdeling Sociale Psychiatrie, Riagg Westhage en M. Hocqué, adjunct-directeur, Sociaal Pension Leger des Heils Den Haag

en kan er worden gesproken van een samenkomen van al deze factoren.

In Den Haag is het aanbod van voorzieningen voor dak- en thuislozen mager te noemen. Zeker als dit wordt vergeleken met Amsterdam. In Den Haag zijn de Kesslerstichting, het Leger des Heils en Huize Adena de belangrijkste instanties voor de opvang van dak- en thuislozen. Daarnaast bestaan er vele particuliere pensions met soms een goede, soms een marginale opvang. Voor psychiatrisch gestoorde dak- en thuislozen bestond er tot de komst van het pension geen aparte opvang.

Voordat het pension werd opgericht werken Riagg Westhage en het Leger des Heils al samen ten behoeve van dak- en thuislozen in opvangcentra (6). Medewerkers van de Riagg hielden spreekuur in het Maatschappelijk Centrum van het Leger des Heils in Den Haag. Die ervaringen hebben ertoe geleid dat beide instellingen intensiever gingen samenwerken om het pension tot een succes te maken.

Omvang en ernst van het probleem

Het aantal dak- en thuislozen in Den Haag wordt geschat op 1.250 personen (1). In deze groep is het aantal psychiatrisch zieken geschat op 10-20% (3)(7). Sommige schattingen gaan echter uit van een percentage van vijftig (8). In Den Haag zou dat neerkomen op minimaal 125 tot maximaal 625 psychiatrisch zieke dak- en thuislozen. De gemeente Den Haag gaat in de Nota Thuislozenzorg uit van een aantal van 400 (1). De grote spreiding van de schattingen vloeit voort uit het feit dat onderzoek naar de precieze aantallen erg moeilijk is.

Binnen de groep van dak- en thuislozen zijn zij met een psychiatrische stoornis in het nadeel. Zij zijn degenen die bij voorzieningen als de Soepbus achteraan staan, de slechtste slaapplekken hebben en het minst op de hoogte zijn van bestaande of nieuwe opvangmogelijkheden. Door hun stoornis vermijden ze contact en zijn ze minder sociaal vaardig (met name in de 'asociale' vaardigheden die nodig zijn om zich in het milieu staande te houden). Deze mensen (voor het overgrote deel mannen) leven geïsoleerd en hebben een grote kans om vroegtijdig te overlijden aan ondervoeding, onderkoeling of verwaarlozing van (behandelbare) medische aandoeningen. Helaas is de psychiatrisch gestoorde zwerver een bekende geworden in het straatbeeld van elke grote stad.

Hierboven is al aangegeven welke oorzaken er zijn die de toename van het aantal psychiatrisch gestoorde mensen zo moeilijk maakt is de opeenstapeling van problemen waarmee ze te maken hebben. Het is eerder regel dan uitzondering dat aangemelde dak- en thuislozen verschillende psychiatrische en sociaal-maatschappelijke problemen hebben. Ook komt verslaving aan soft- en harddrugs gecombineerd met psychotische stoornissen veel voor. De meesten voldoen ook aan criteria voor een (anti-sociale of borderline) persoonlijkheidsstoornis. Deze veelheid aan problemen leidt er toe dat deze patiënten niet of te kort gebruik maken van de standaardvoorzieningen als het algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ) en de Riagg. Vanwege drugsgebruik of gedragsproblemen (agressie!) worden deze mensen slechts kort opgenomen op opname-afdelingen van een APZ waarna vaak na overtreding van de afdelingsregels ontslag volgt. Vervolgens ontbreekt een goede nazorg waardoor deze patiënten na korte tijd hun medicatie laten staan en ze weer psychotisch worden. Ook de Riagg's is vaak verweten dat ze een te hoge drempel hebben voor deze categorie patiënten. Een deel van deze kritiek is zeker terecht geweest. Gelukkig komt hierin verandering, zoals de ervaringen met het pension ons leren.

Werkwijze

Een indicatiecommissie moet garanderen dat alleen dak- en thuislozen met een psychiatrische stoornis voor plaatsing in het pension in aanmerking komen. Ze bestaat uit medewerkers van Riagg Westhage, de GGD en het Leger des Heils.

Binnen het pension zijn de functies wonen en psychiatrische behandeling zoveel mogelijk van elkaar gescheiden gehouden. Dit model wordt ook door de meeste andere Sociale Pensions in Nederland gehanteerd (9). De woonfunctie ('bed, brood en bad') gaat voor alles. Psychiatrische behandeling is facultatief en aanvullend. De reden hiervoor is dat het pension een woonvoorziening is en geen psychiatrisch inrichtinkje. Men loopt het gevaar potentiële bewoners af te schrikken als de psychiatrische behandeling te veel op de voorgrond komt te staan. Veel bewoners willen juist liever niet aan hun psychiatrisch verleden denken of zijn er juist van weg gelopen.

Dat neemt niet weg dat de aanwezigheid van de

Riagg in het pension vrij aanzienlijk is. Twee uur per dag bezoekt een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige het pension en daarnaast houdt een psychiater van de Riagg elke week spreekuur. Bestaande contacten met Riagg of polikliniek worden zoveel mogelijk gecontinueerd. Soms kan een reguliere behandeling door de Riagg Westhage worden gestart, in andere gevallen zijn bewoners zo afwerend dat het laagdrempelige contact van de sociaal verpleegkundige het enige contact is dat met de geestelijke gezondheidszorg kan worden gelegd.

Indien bewoners psychische problemen hebben wordt hulp wel aangeboden maar niet opgedwongen. Als een bewoner bijvoorbeeld zijn medicatie weigert in te nemen en hierdoor weer psychotisch wordt, zal dit in eerste instantie tot meer zorg van de medewerkers en de Riagg leiden. Indien een bewoner deze interventies afwijst en hinderlijk gedrag gaat vertonen, kan dit leiden tot sancties, waaronder beëindiging van het verblijf. Niet op grond van het weigeren van behandeling maar ten gevolge van de gedragsstoornis wordt ingegrepen. Bewoners moesten in een aantal gevallen, vanwege dealen, stelen of agressie naar medebewoners of medewerkers, het pension verlaten; soms door middel van (gedwongen) opname in een APZ, soms door weer op straat te worden gezet.

Bewoners van het pension hebben vrijwel zonder uitzondering op tal van gebieden problemen. De typische aspirant-bewoner heeft schulden, geen uitkering, uitstaande boetes (zwartrijden!), lichamelijke problemen door ondervoeding of verwaarloosde ziektes en vrijwel geen contact meer met familie of vrienden. Dat betekent dat er op veel terreinen hulp nodig is. Zo werkt het pension samen met huisartsen in de buurt die eveneens spreekuur houden in het pension. Het contact met de Sociale Dienst liep in het

begin moeizaam (men eiste bijvoorbeeld dat bewoners op het spreekuur kwamen, iets wat voor veel bewoners onmogelijk is) maar is nu belangrijk verbeterd. Een medewerker van de Sociale Dienst houdt nu spreekuur in het pension zelf.

Tevens houdt ook het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs sinds kort spreekuur in het pension; dit is een zeer gelukkige ontwikkeling gezien de vele (bijkomende) verslavingsproblemen van sommige bewoners.

Gegevens over de bewoners

In het eerste jaar dat het pension zijn deuren heeft geopend zijn er 88 personen voor kortere of langere tijd opgenomen (geweest). De bezetting is in de loop van het jaar naar de 100% gegroeid. Er is gekozen voor een geleidelijke instroom om begeleiders en bewoners de gelegenheid te geven te wennen aan het wonen in een pension.

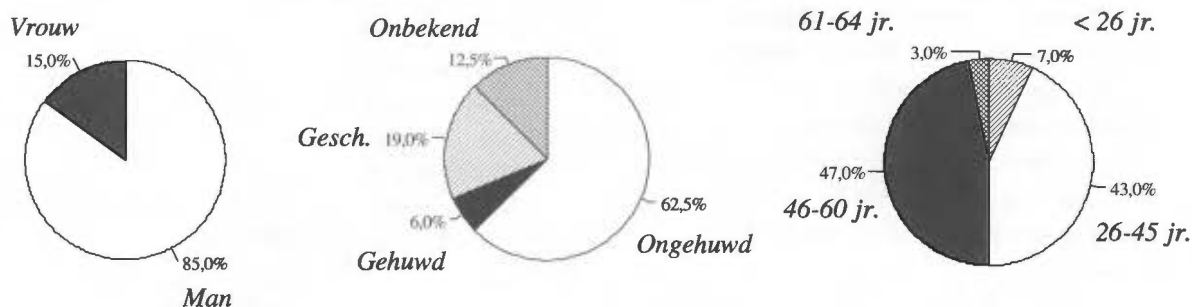
Op het moment van schrijven woonden er 48 bewoners in het pension. Het overgrote deel van deze groep is, zoals verwacht, man (slechts één op de zeven is vrouw) en ongehuwd (ten minste twee op de drie) (figuur 1). Alle bewoners zijn jonger dan 65 jaar. Enkele bewoners zijn zelfs jonger dan 26 jaar.

In het begin verwezen vooral organisaties van dak- en thuislozen (met name het Goodwill Centrum van het Leger des Heils) mensen naar het pension (41%). De laatste tijd lijken met name instellingen in de geestelijke gezondheidszorg het pension te hebben gevonden (23% van de Haagse Riagg's en 14% van de psychiatrische ziekenhuizen) (tabel 1).

In een aantal gevallen waren de aangemelde personen letterlijk dakloos. Soms werden mensen in sterk vervuilde toestand opgenomen. In het pension kregen

figuur 1

Demografische gegevens van de huidige bewoners van het Sociaal Pension Den Haag. Van links naar recht geslacht, burgerlijke staat en leeftijd. Den Haag 1996.



tabel 1

Verwijzende instanties van de bewoners van het Sociaal Pension Den Haag, 1995-1996.

Verwijzende instantie	Aant.	%
Instanties voor dak- en thuislozen	36	41
Haagse Riaggs	20	23
Psychiatrische ziekenhuizen	12	14
Reclassering	6	7
Algemeen Maatschappelijk Werk	4	4
Overige verwijzers	10	11
Totaal	88	100

ze dan weer te eten, ze werden gewassen en hadden voor het eerst in maanden weer een dak boven hun hoofd. Soms werd tot plaatsing overgegaan als mensen in een ander pension woonden maar daar duidelijk niet op hun plaats waren en als moest worden gevreesd dat ze binnen afzienbare tijd of op straat zouden worden gezet of zelf weer zouden gaan zwerven. In toenemende mate worden nu bewoners aangemeld door de APZ-en in en rond Den Haag. In al deze gevallen waren het mensen die door hun psychiatrische ziekte hun woning waren kwijtgeraakt of die voor opname een zwervend bestaan leidden. Zeven bewoners werden direct 'van de straat' opgenomen.

Achttien keer werd door de indicatiecommissie of door de aangemelde personen zelf besloten om niet tot plaatsing over te gaan. In de zeven gevallen waarin de indicatiecommissie plaatsing afwees betrof het vrijwel altijd personen zonder duidelijke psychiatrische stoornis (tabel 2). In zes van de zeven gevallen leden deze bewoners primair aan een verslavingsstoornis.

Onder de huidige bewoners komt een veelheid van psychiatrische diagnoses voor. Dit mag als een aanwijzing worden gezien dat het pension zich inderdaad opentstelt voor dak- en thuislozen met een psychiatrische stoornis. Zoals beschreven hebben de meeste bewoners verschillende diagnoses (zie tabel 3). Een groot deel heeft als diagnose schizofrenie. Hiermee wijkt de populatie van het pension af van wat men aantreft in vergelijkbare opvangcentra (10) (11). De duur van het verblijf van de bewoners van het pension varieerde sterk, van enkele uren tot vele maanden.

Over het algemeen kan worden gezegd dat (ex-)

bewoners met bijkomende verslavingsproblematiek de moeilijkst hanteerbare groep was en onder deze groep werden ook verreweg de meeste mensen verwijderd.

Dagelijks leven

Een van de grote problemen binnen het pension is het gemis aan (zinvolle) dagactiviteiten. Enkele bewoners gaan naar een Dag-activiteitencentrum (DAC) of naar de dagbehandeling van een psychiatrisch ziekenhuis. De meeste hangen echter maar wat rond in het gebouw en brengen de tijd door met roken en televisie kijken. Deze verveling leidt er ook weer toe dat men snel naar drugs grijpt. Vanuit de groepsleiding wordt geprobeerd om bewoners tot meer activiteiten te stimuleren door bijvoorbeeld de weg te wijzen naar centra voor vrijwilligerswerk of een DAC. Slechts enkelen maken daar gebruik van.

tabel 2

Reden van afwijzing van de bewoners van het Sociaal Pension Den Haag, 1995-1996.

Reden van afwijzing	Aant	%
Geen psychiatrische stoornis	7	39
Te ernstige stoornis	2	11
Niet komen opdagen	4	22
Te vroeg aangemeld (nog opgenomen)	2	11
Zelf geweigerd	3	17
Totaal	18	100

tabel 3

Diagnoses van de huidige bewoners van het Sociaal Pension Den Haag 1996 (verschillende diagnoses per bewoner mogelijk: N=48).

Diagnose	Aant	%
Psychotische stoornis (waaronder schizofrenie)	23	49
Stemmingstoornis	6	13
Angststoornis	3	6
Afhankelijkheid van middelen ¹⁾	16	33
Persoonlijkheidsstoornis (als primaire diagnose)	15	31
Overige stoornissen (waaronder zwakbegaafdheid)	3	6

¹⁾ Waaronder drie plaatsingen op sociale gronden waarbij de persoon primair aan een verslaving leed

Ook hier zal gelden dat een lange adem en veel geduld noodzakelijk is. Ook wordt geprobeerd om meer activiteiten te organiseren maar gezien de geringe personele bezetting is dit nog niet haalbaar gebleken.

Toekomst

Zoals uit tabel 3 blijkt, voldoet het pension aan de verwachtingen. Er wonen nu, een jaar na de opening, al een kleine vijftig psychiatrisch gestoorde dak- en thuislozen. De moeilijkst behandelbare en benaderbare groep doet een beroep op het pension. Niet alleen hebben ze psychiatrische moeilijkheden, maar vrijwel zonder uitzondering bestaan er multiple en ernstige sociaal-maatschappelijke en lichamelijke problemen. Voor deze mensen in Den Haag was tot voor kort geen speciale voorziening. Het pension voorziet in een belangrijke behoefte, aangezien het zeer laag-drempelig voor opvang zorgt zonder veel eisen aan de bewoner te stellen. Daarmee neemt het een plaats in tussen het dak- en thuislozen-circuit en de geestelijke gezondheidszorg. Ze biedt opvang voor die mensen die niet terecht kunnen bij de 'reguliere' dak- en thuislozenopvang en niet kunnen of willen worden opgenomen in een APZ.

De opvang van deze groep is dermate complex en veeleisend dat de medewerkers van het pension niet meer dan de meest basale zorg kunnen bieden. Er is nauwelijks ruimte en tijd om met de bewoners een praatje te maken, een spelletje te doen of ze te begeleiden in het vinden van een daginvulling. Bij bewoners die gebaat zijn bij meer structuur leidt dit ertoe dat deze zich steeds meer op hun kamer terugtrekken en de tijd geïsoleerd doorbrengen. De verveling maakt dat men naar alcohol of drugs grijpt of elkaar in de haren vliegt. Deze ontwikkelingen hebben geleid tot een toenemend aantal geweldsincidenten en uit-huiszettingen.

Het gevaar bestaat dat in de toekomst het pension vanwege deze beheersproblemen zich niet meer zal kunnen richten op de groep die onze hulp het meest nodig heeft en waarvoor het pension is opgericht.

Op dit moment trachten partijen de zaak zo goed en zo kwaad mogelijk in banen te leiden. Er wordt gezocht naar meer structurele vormen van dagbesteding om de verveling in huis tegen te gaan. Tevens is het pension kritischer geworden in het aannamebeleid. Deze maatregelen bieden echter beperkt soelaas.

Conclusies

Het Sociaal Pension Den Haag biedt onderdak aan een bijzonder moeilijk te benaderen en te huisvesten groep. Tot nu toe heeft een strenge indicatiestelling geresulteerd in het plaatsen van die dak- en thuislozen waarvoor het pension is gestart. Dit heeft een aantal problemen met zich mee gebracht die, voordat we begonnen, niet waren voorzien. Gezien de ernst van de problemen is er eigenlijk meer hulp noodzakelijk. Daarbij dient niet in eerste instantie te worden gedacht aan meer psychiatrisch geschoolde hulp maar vooral aan een grotere bezetting van groeps werkers overdag, meer maatschappelijk werk in huis en meer mogelijkheden tot dagbesteding in het pension zelf.

Hiervoor is natuurlijk een groter budget nodig dan nu voorhanden is. Dat is geen vreemde eis gezien het zeer krappe budget waarmee het pension nu werkt. Het huidige budget is naar nu is gebleken onvoldoende om deze zeer veel hulp behoevende groep adequaat te kunnen opvangen. In goed overleg met de verschillende partners zal een oplossing moeten worden gezocht.

Literatuur:

1. Nota Thuislozenzorg. Dienst Welzijn. Gemeente Den Haag, 1993.
2. ff J. All the Homeless People: Where do they all come from? *Br Med J* 1993; 306: 669-70.
3. Brook OH. Vanuit de psychiatrie naar het zwerversbestaan? *Passage* 1993; 3: 7-11.
4. Loonstra A. Thuisloosheid en psychische stoornissen. *Passage* 1993; 3: 16-9.
5. Heyendaal PHJM en Deben L. Thuisloosheid en achtergronden van thuislozen. In: Wennink J en Weeghel J van (red.): Thuisloosheid en psychische stoornissen. NCGV-reeks 93-18. Utrecht, 1993.
6. Blom MBJ. Consultatie door de Riagg bij dak- en thuislozen. *Epidemiol Bul Grav* 1994; 29: 18-9.
7. Schene AH en Jonkers JFJ: Thuisloosheid en psychiatrische stoornissen. In: Wennink J en Weeghel J van (red.): Thuisloosheid en psychische stoornissen. NCGV-reeks 93-18. Utrecht, 1993.
8. Heyendaal PHJM, Brouwers HG en Nuy MHR: Thuisloosheid in Oostelijk Zuid-Limburg. ISG, PLOTT Stedenonderzoek. Nijmegen 1990.
9. Ruyter P de: Het krachtenveld van de thuislozenzorg en de GGZ. *Passage* 1995; 4: 95-7.
10. Scott J. Homelessness and Mental Illness. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 314-24.
11. Spijker J, Alem V van, Limbeek J van, et al. Psychopathologie onder bewoners van internaten voor thuislozen in Amsterdam. *Tijdschr Soc Geneesk* 1992; 11: 654-60.

Een migrantenvoorlichtster in een gezondheidscentrum

A. Opschoor en M.J. Danz

Migranten maken veelal geen adequaat gebruik van gezondheidsvoorzieningen, door een combinatie van een slechte sociaal-economische positie, een gebrekkig inzicht in de eigen gezondheid en in de Nederlandse gezondheidszorg. Hulpverleners op hun beurt staan onder tijdsdruk, gaan gebukt onder overbelasting en hebben geen kennis van de culturele achtergrond van de migrant. Mogelijke oplossing voor dat probleem is de migrantenvoorlichtster, zoals die in een gezondheidscentrum in het stadsdeel Centrum werkt. Naar haar functioneren is onderzoek gedaan. Te vroeg voor harde conclusies, maar voorzichtig mag worden gesteld 'dat de hulpverlening er belangrijk door verbetert'.

In het gezondheidscentrum Nieuw Schilderswijk in Den Haag ervaren zowel migranten als hulpverleners knelpunten in de hulpverlening. Voor de migranten gaat het vooral om hun meestal slechte sociaal-economische positie in combinatie met een gebrekkig inzicht in de eigen gezondheid en in de gezondheidszorg in Nederland. Ze maken daardoor vaak geen adequaat gebruik van de bestaande voorzieningen. De hulpverleners ervaren tijdsdruk en overbelasting, terwijl dikwijls hun kennis van de culturele achtergrond van de migrant tekortschiet. Een gezamenlijk knelpunt is het communicatieprobleem. Niet alleen spreekt men elkaars taal niet, maar ook hebben hulpverleners en migranten andere visies op gezondheid en ziekte, op behandeling van klachten en op de werking van de gezondheidszorg.

In 1994 is het project 'Migrantenvoorlichtster Nieuw Schilderswijk' gestart met de aanstelling van een Turkse migrantenvoorlichtster voor aanvankelijk vier, en sedert februari 1995 dertien uur per week (1)(2).

Ook elders wordt ervaring opgedaan met migrantenvoorlichting in de eerste lijn: in Enschede, Nijmegen, Almere en Rotterdam (3). Uit een eerste procesevaluatie van het Rotterdamse project komt naar voren dat daar het project goed van start is gegaan, dat de doelgroep wordt bereikt en dat de voorlicht(st)ers met allerlei gezondheidsproblemen worden geconfronteerd (4).

In dit artikel wordt een indruk gegeven van de

Over de auteurs:

A. Opschoor, stafmedewerker en dr. M.J. Danz, psycholoog, indertijd werkzaam bij respectievelijk directeur van de Stichting Haagse Gezondheidscentra.

ervaringen met migrantenvoorlichting in Nieuw Schilderswijk. Een drietal onderzoeken vormt de basis van dit artikel (2)(5)(6).

Een migrantenvoorlichtster in Nieuw Schilderswijk

Een groot aantal organisaties werkt samen in het project 'Migrant en gezondheid in Centrum'^{*)}. Met dit project wordt binnen drie gezondheidscentra in het stadsdeel Centrum in Den Haag op diverse manieren getracht te komen tot verbetering in de hulpverlening aan migranten. Met het creëren van de functie van migrantenvoorlichtster stonden de volgende doelen voor ogen:

- gezondheidsbevordering allochtone vrouwen;
- inzicht vergroten in psychosomatiek;
- communicatieverbetering;
- zelfredzaamheid vergroten van allochtone vrouwen;
- verminderen van medische consumptie;
- deskundigheidsbevordering van hulpverleners inzake migrantenproblematiek.

Op basis hiervan werden de volgende taken van de voorlichtster geformuleerd (1):

- verzorgen van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) in groepsverband;
- verzorgen van individuele voorlichting aan cliënten (het spreekuur);
- contacten leggen met hulpverleners in de wijk;
- signaleren van gezondheidsproblematiek;
- deelname aan sportactiviteiten stimuleren;
- bijhouden van een eenvoudig registratiesysteem.

De nu ruim twee jaar bestaande functie in Nieuw Schilderswijk wordt vervuld door een kadervrouw¹⁾, in dit geval met een verpleegkundige achtergrond. Ze vervult een brugfunctie tussen de migranten en de hulpverleners van het gezondheidscentrum. Voor cliënten betekent deze aanstelling een toegankelijker vorm van voorlichting en voor de hulpverleners heeft de migrantenvoorlichtster een vraagbaakfunctie doordat ze goed op de hoogte is van het gedrag, de

attitudes en de sociaal-culturele aspecten van de Turkse gemeenschap.

In de praktijk wordt prioriteit gegeven aan de individuele voorlichting, met name aan Turkse vrouwen. Cliënten komen op dit spreekuur via een verwijzing door een hulpverlener. Voor hen die spontaan binnenlopen met vragen of klachten geldt de afspraak dat de voorlichtster eerst contact opneemt met een hulpverlener. Blijkens de verwijsformulieren worden vooral de volgende hulpvragen aan de voorlichtster voorgelegd:

- inzicht in relatie leefstijl en klachten;
- gesprekken over het leven in Nederland;
- biografische anamnese;
- activeren tot sporten;
- voorlichting over onder andere opvoeding, medicatie, diabetes, dieetbegeleiding;
- verbeteren vertrouwensrelatie (2).

Naast dit spreekuur organiseert de migrantenvoorlichtster groepsbijeenkomsten waarin ze voorlichting geeft over bepaalde thema's (bijvoorbeeld opvoeden van kinderen, verantwoord afvallen).

Evaluatie-onderzoek

Het project is begeleid met een drietal bescheiden evaluatie-onderzoeken, uitgevoerd in de periode medio 1994 - medio 1996 (2)(5)(6). Respondenten waren respectievelijk tien hulpverleners (5), negen cliënten en de voorlichtster zelf (6) en zes hulpverleners (2). Aan zowel cliënten als voorlichtster werd gevraagd welke veranderingen merkbaar zijn bij de cliënten op het gebied van kennis, houding en gedrag. De voorlichtster kreeg daarnaast de vraag voorgelegd welke veranderingen ze ziet in de deskundigheid van de hulpverleners. Aan de

¹⁾ Kadervrouwen zijn Turkse, Marokkaanse, Antilliaanse of Surinaamse vrouwen die zijn opgeleid door de GGD in het geven van GVO aan mensen uit de eigen bevolkingsgroep. Onderwerpen die tijdens de kaderopleiding aan bod komen zijn onder andere: psychosomatiek, seksualiteit, anticonceptie, AIDS, vrouwen- en mannenziekten, opvoeden, tandverzorging, gezonde voeding, medicijngebruik, veiligheid en gezondheidszorg in Nederland. De migrantenvoorlichtster beschikt over voorlichtingsmaterialen: folders, posters, video- en cassettebanden, maar ook een skelet, een torso (een plastic lichaam met lichaamsdelen die eruit gehaald en getoond kunnen worden) en een demonstratiekoffertje.

^{*)} Dit is een samenwerkingsproject van de Stichting Haagse Gezondheidscentra (SHG), gezondheidscentrum De Rubenshoek, de Stichting ter ondersteuning van de Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening in stadsdeel centrum (STIOM), de Stichting Bewonersondersteuning (SBO), de Stichting Welzijnsorganisatie Schilderswijk (SWOS) en de GGD Den Haag, afdeling Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding.

hulpverleners werd gevraagd naar ervaren knelpunten in de hulpverlening aan migranten, naar hun opvattingen over de (gewenste) taken van de voorlichtster en ten slotte naar hun oordeel over het werken met de migrantenvoorlichtster.

In de volgende twee paragrafen worden de resultaten gepresenteerd die in de onderzoeken worden vermeld aan de kant van de cliënten respectievelijk van de hulpverleners.

Cliëntenzijde

Met behulp van een tolk zijn interviews gehouden met Turkse cliënten (acht vrouwen en één man) die in 1995 het individuele spreekuur hebben bezocht. Gestreefd is naar een spreiding wat betreft leeftijd en geslacht en aard van de klachten (lichamelijk versus psychisch/ psychosomatisch). Bij voorkeur zijn cliënten benaderd die de Nederlandse taal niet of nauwelijks beheersen, omdat werd verondersteld dat vooral bij hen de mogelijke betekenis van de migrantenvoorlichtster duidelijk naar voren zou kunnen komen. Omdat het niet lukte om zonder assistentie van de migrantenvoorlichtster voldoende respondenten te werven, is hiervoor uiteindelijk van haar bemiddeling gebruik gemaakt. Zoals gezegd is voorts de migrantenvoorlichtster geïnterviewd.

De belangrijkste bevindingen luiden als volgt. De cliënten geven aan dat dankzij de migrantenvoorlichtster hun kennis is vermeerderd over hun gezondheidsprobleem en de mogelijkheden voor preventie. Ze vertellen anders om te gaan met gezondheidsklachten, dit geldt ook voor opvoedingsproblemen. Ook lijkt de zelfredzaamheid toegenomen. Dit uit zich bijvoorbeeld in het doorgaan met sociale activiteiten, ook als men lusteloos is.

Met name indien klachten zijn gerelateerd aan aanpassingsproblemen, blijkt het contact met de migrantenvoorlichtster een positieve invloed te hebben. Als voorbeelden van klachten die in gunstige zin zijn veranderd worden genoemd slapeloosheid en gebrek aan eetlust.

Ten slotte geven de cliënten aan dat in sommige gevallen, dankzij de bemoeienis van de voorlichtster, de communicatie met de hulpverleners verbeterde, bijvoorbeeld doordat ze een beter begrip ervaren bij de hulpverlener voor hun situatie.

Aan de andere kant heeft de migrantenvoorlichtster de indruk dat sommige cliënten nog altijd een

onvoldoende duidelijk beeld hebben van de functie van de huisarts en daar vaak te veel van verwachten; datzelfde speelt bij de functie van de specialist.

Hulpverlenerszijde

In het kader van dit artikel zijn vooral de uitkomsten interessant van het onderzoek dat in 1996 is gedaan (2) onder zes hulpverleners: twee fysiotherapeuten, twee huisartsen, een maatschappelijk werkster en een wijkverpleegkundige.

De hulpverleners benoemen verschillende winstpunten van het werken met de migrantenvoorlichtster. Zo blijkt ze door een grotere 'culturele nabijheid' een duidelijker beeld te kunnen krijgen van de problematiek en de hulpvraag van de migrant. Dit komt zowel door haar kennis van taal en cultuur als door het feit dat ze meer tijd kan vrijmaken. Een en ander leidt ertoe dat ook onderwerpen als mishandeling en incest bespreekbaar worden. In het verlengde hiervan noemen hulpverleners de vertrouwensrelatie die, dankzij de intermediaire rol van de migrantenvoorlichtster, beter mogelijk wordt. Dit resulteert in een betere en doeltreffender behandeling in de ogen van de hulpverleners.

De door de migrantenvoorlichtster gegeven voorlichting heeft merkbare effecten bij onderwerpen zoals voeding en opvoeding. In de vorige paragraaf werd vermeld dat volgens de migrantenvoorlichtster veel cliënten nog altijd te veel van de huisartsen verwachten. Toch zeggen de huisartsen zelf dat, dankzij haar, hun werkwijze nu vaak beter door de cliënten wordt begrepen. Ook hebben ze de indruk dat de voorlichting leidt tot een vermindering van onterechte medische consumptie, tot duidelijker geformuleerde hulpvragen en tot een beter inzicht bij de cliënten in het ontstaan van psychosomatische klachten. Tijdwinst en lastenverlichting worden door de hulpverleners als resultaat genoemd.

Voorts geven de hulpverleners aan dat ze van de migrantenvoorlichtster nuttige informatie krijgen over culturele achtergronden (bijvoorbeeld over de gezondheidszorg in Turkije), maar ook bijvoorbeeld over de vraag waarom een bepaalde behandeling niet aanslaat.

In de interviews met de hulpverleners komen ook knelpunten naar voren. Voor een deel hebben deze te maken met de intermediaire positie van de voorlichtster. Zo zien Turkse cliënten haar vaak primair als hulpverleenster en minder als voorlichtster, terwijl

hulpverleners vinden dat dit eigenlijk omgekeerd zou moeten zijn. Kortom, ondanks de hierop gerichte werkbegeleiding, kost het de migrantenvoorlichtster moeite om de grenzen van haar taak te bewaken. Dit wordt nog versterkt door het feit dat, omdat ze deel uitmaakt van de Turkse gemeenschap, er soms zware druk op haar wordt uitgeoefend om in te gaan op de gepresenteerde hulpvraag. Ook is het voor haar niet mogelijk om (bijvoorbeeld over een veeleisende cliënt) te overleggen met een collega-voorlichtster. Door hulpverleners wordt voorts als knelpunt genoemd dat er soms met de voorlichtster verschillen in opvatting bestaan over oorzaak en gevolg van ziekte. Een laatste opmerking van de hulpverleners is dat de terugkoppeling soms te ongestructureerd verloopt.

Bespreking

Gegeven de betrekkelijk geringe aantallen deelnemers aan het onderzoek en de rol van de voorlichtster bij de werving van cliënt-respondenten, is voorzichtigheid geboden bij het interpreteren van de bevindingen. Niettemin bieden de resultaten van evaluatieonderzoeken voldoende argumenten aan de Stichting Haagse Gezondheidscentra om de noodzaak van continuering van de aanstelling van de migrantenvoorlicht(st)ers te onderstrepen. Zoals één van de hulpverleners tijdens het interview terecht opmerkte is het nog te vroeg om harde conclusies te trekken, maar het uitgevoerde onderzoek geeft steun aan de gedachte dat de hulpverlening aan migranten belangrijk verbetert door de aanstelling van migrantenvoorlicht(st)ers. Ervaringen in Rotterdam wijzen in dezelfde richting. De belangrijkste positieve effecten die zijn genoemd betreffen veranderingen in kennis, houding en gedrag bij de cliënten, deskundigheidsbevordering bij de hulpverleners en een verbetering in de vertrouwensrelatie en de communicatie tussen cliënten en hulpverleners.

Het verrichte onderzoek geeft ook aanleiding tot enkele bijstellingen. Wat betreft het bewaken van de grenzen van het taakgebied van de voorlichtster kunnen, in navolging van een suggestie van één van de onderzoeksters, aan haar vaardigheidstrainingen worden aangeboden, zodat ze claimend gedrag beter leert opvangen. Ook kan worden gezorgd voor betere informatie voor de Turkse cliënten waardoor hun verwachtingen ten aanzien van de voorlichtster worden bijgesteld.

Het is duidelijk dat inhoudelijke verschillen van

opvatting tussen hulpverleners en de voorlichtster belemmerend werken bij de inschakeling van haar. Ook bemoeilijken ze de onderlinge communicatie over individuele cliënten.

De gepresenteerde onderzoeksbevindingen pleiten ervoor de onderliggende inhoudelijke verschillen onderwerp van gesprek te maken tussen hulpverleners en voorlichtster. Uitgangspunt moet dan zijn het uitwisselen van kennis en opvattingen over culturele achtergronden, waarden en normen, waar opvattingen over (ontstaanswijze van) ziekte(n) en gezondheid deel van uitmaken. Alleen door elkaars handelen beter te begrijpen kunnen hulpverleners en migrantenvoorlichtster komen tot een gecoördineerde taakuitoefening en daarmee tot een adequate migrantenhulpverlening.

Het is verheugend te kunnen vermelden dat het project voorlopig kan worden gecontinueerd dankzij financiële bijdragen van de Gemeente Den Haag, de Stichting Haagse Gezondheidscentra, gezondheidscentrum De Rubenshoek, het Groene Kruis, de Stichting Thuiszorg Den Haag, Schiefbaan Hovius en de GGD. Het ligt in de bedoeling hiermee het aantal in de eerste lijn werkzame (Turkse en Marokkaanse) voorlichtsters uit te breiden. Ze zullen binnen en buiten de gezondheidscentra spreekuren houden voor cliënten die door eerstelijns hulpverleners worden verwezen.

Literatuur:

1. Danz M, Brezet D, Rentema M. Structurele inzet Turkse kadervrouw voor gezondheidsvoorlichting aan allochtone vrouwen. Projectvoorstel van het gezondheidscentrum Nieuw Schilderswijk Den Haag. 1993.
2. Van Rijn A. Het project migrantenvoorlichtster geëvalueerd vanuit het perspectief van de hulpverleners. Stichting Haagse Gezondheidscentra. Den Haag 1996.
3. Landelijk Steunpunt Voorlichting in eigen taal en cultuur. Voorlichtsters eigen taal en cultuur (Vetc) werkzaam bij gezondheidsinstellingen in de eerste lijn. Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie. Woerden 1996.
4. Bruijnzeels MA, Voorham T, De Hoop T, Uniken Venema HP. Migrantenvoorlichting in de huisartspraktijk in Rotterdam-Zuid. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1997; 75 nr. 1: katern p. IX.
5. Peterse J. Migrantenvoorlichtster in Nieuw Schilderswijk. Afstudeeropdracht Universiteit Utrecht. Dienst Welzijn, Sector GGD/MZ. Den Haag 1995.
6. Ouweland W. Migrant en Gezondheid in Centrum. Deel-rapport 1: de migrantenvoorlichtster. Afstudeeropdracht Universiteit Utrecht. Dienst Welzijn, Sector GGD/MZ. Den Haag 1996.

'Armoede en Gezondheid'

De Vaste Kamercommissie Volksgezondheid bezoekt de centrumwijken van Den Haag

Mw. T.G.M. van der Maat

Het principe van gelijk recht op gezondheidszorg voor iedereen lijkt langzamerhand niet meer te gelden, vooral niet voor bewoners van achterstandwijken. Hulpverleners aldaar zien veelvuldige problematiek van armoede en gezondheid. Ze hebben samen met het STIOM een werkbezoek georganiseerd voor leden van de Tweede Kamer met dit thema. Een verslag van de eerste stappen in de richting van de landelijke politiek.

Op 11 oktober 1996 brachten tien leden van de Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, op uitnodiging van de Stichting ter ondersteuning van de Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening in Den Haag-centrum (STIOM), een werkbezoek aan het stadsdeel Centrum in Den Haag. Het doel van dit werkbezoek was hen ter plekke te laten zien en te vertellen welke cumulatieve effecten de landelijke regelgeving inzake de gezondheidszorg, maatschappelijke dienstverlening en sociale voorzieningen heeft voor arme mensen. Het betreft hier maatregelen als de aanvullende premie voor de tandarts én de nieuwe criteria voor paramedische hulp én de uitdunning van het farmaciepakket én de huurverhogingen én de energiekosten én de gemeentelijke heffingen enzovoort. Uit gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek blijkt dat juist de bewoners in de achterstandwijken door deze cumulatie van maatregelen worden getroffen.

Daling patiëntenaantal

De maatregelen waarmee de Tweede Kamer de afgelopen jaren heeft ingestemd belemmeren langzamerhand - zo blijkt uit de praktijk - het principe van het gelijke recht op voldoende gezondheidszorg voor iedereen. Het basispakket is dusdanig versmald, dat voor 'armen' elementaire voorzieningen niet meer in dat pakket zitten. En wie arm is kan het zich meestal niet permitteren zich bij te verzekeren. Steeds meer mensen in de centrumwijken van Den

Over de auteur:

Mw. T.G.M. van der Maat, projectleider van de Stichting ter ondersteuning van de Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening in Den Haag-Centrum.



Haag zijn zelfs, door toenemende armoede en/of schuldenproblematiek, voor kortere of langere tijd onverzekerd. Bij een keuze tussen 'vlees op tafel' of de maandelijks nominale premie betalen is dat niet verwonderlijk. Voor langdurige fysiotherapie of goede tandheelkundige zorg moet men zich bijverzekeren. De praktijk wijst uit dat dit maar weinig wordt gedaan door mensen met een krappe beurs. In de centrumwijken van Den Haag hebben de bezuinigingen op de tandheelkundige zorg en op de fysiotherapie de afgelopen jaren geleid tot een enorme daling van het aantal patiënten bij de betrokken hulpverleners. Soms gaat het om een reductie tot 25% van het oorspronkelijke gebruik.

Het verbeteren van de gezondheidssituatie in centrumwijken als het Transvaalkwartier, de Stationsbuurt en de Schilderswijk vereist dan ook minimaal een herstel van gelijke toegang tot de gezondheidszorgvoorzieningen voor iedereen. Het recht daarop lijken bewoners van achterstandswijken op dit moment niet langer te hebben. Dat is een ernstige constatering voor een zichzelf respecterende samenleving als de Nederlandse. De laatste jaren komen bij hulpverleners steeds meer signalen binnen van schrijnende, voor hen onoplosbare, persoonlijke problematiek van armoede en ongezondheid. Met name huisartsen en maatschappelijk werkers krijgen dagelijks te maken met patiënten die hun medicijnen niet kunnen betalen, geen geld hebben voor noodzakelijke tandartskosten, of zich in de schulden steken om de voortdurend toenemende eigen bijdragen te kunnen opbrengen (bijvoorbeeld fysiotherapie, orthopedisch schoeisel, brillen, enzovoort).

Deze stroom van signalen heeft er toe geleid, dat hulpverleners in de centrumwijken medio vorig jaar samen met STIOM het initiatief hebben genomen tot de organisatie van een werkbezoek voor leden van de Tweede Kamer met als centraal thema 'armoede en gezondheid'. Deze uitnodiging werd door de Vaste

Kamercommissie Volksgezondheid aangenomen. Op 11 oktober jl. kwam een delegatie van deze commissie naar het Wijk- en Dienstencentrum de Rubenshoek.

Een paar honderd meter naar het Binnenhof

Bewoners, patiënten én hulpverleners schetsten de Kamerleden tijdens het bezoek een beeld van de dagelijkse realiteit in achterstandswijken, waar een deel van de bevolking moet leven van vierhonderd gulden per maand!

Er werd gekeken en geluisterd naar beelden en verhalen van bewoners die in armoede worstelen met hun invaliditeit en/of hun chronisch ziek zijn. Hulpverleners (een huisarts, een fysiotherapeut, een apotheker, een tandarts en een sociaal raadsman) legden uit waarom ze door de bestaande regelgeving steeds meer worden tegengewerkt in een goede uitoefening van hun vak en steeds vaker moeten 'rommelen' om voor mensen 'in de marge van de samenleving' nog iets gedaan te krijgen.

Ook het paarse kabinet heeft nauwelijks een positieve bijdrage geleverd aan het armoedevraagstuk; in de achterstandswijken van Den Haag wordt de situatie er niet beter op, aldus één van hen. 'Ik zie alleen maar minder patiënten' constateerde de tandarts, 'en de rekening hiervan wordt ons over tien jaar gepresenteerd'. De apotheker vatte het aldus samen: 'de afstand tot het Binnenhof is hemelsbreed een paar honderd meter, maar in de praktijk lijkt het regeeringscentrum lichtjaren van ons verwijderd!'

De wethouder van Welzijn, Gezondheidszorg, Sport en Recreatie van de gemeente Den Haag, drs. J.J. Luyten, vroeg in zijn inleidend betoog in dit verband van de kamerleden aandacht voor de rol die de gemeentelijke overheid moet spelen bij het lenigen van de problematiek van armoede en gezondheid. De gemeente - zo stelde hij - houdt indien de deregulering doorzet nauwelijks nog instrumentarium over om haar beleidsprioriteiten, waarvan gelijke toegang tot zorg er één is, te verwezenlijken.

In zijn afsluitende rede plaatste prof.dr.W. de Gooijer *) de getoonde casuïstiek in het teken van de toenemende tweedeling in de samenleving. Het kapita-

*) Prof.dr. W.J. de Gooijer, hoogleraar gezondheidszorgsystemen in internationaal perspectief, directeur van de Stichting Hervormde Diaconale Huizen in Haarlem.

lisme verheven tot absolute ideologie - zo stelde hij - zal ook in Nederland op den duur leiden tot een ondermijning van onze beschaving en onze economie. De vraag is of een samenleving, die de solidariteit niet weet op te brengen om de zwaksten erbij te houden, nog wel een beschaafde samenleving te noemen is. Daarnaast is een gezonde bevolking van enorme betekenis voor de productiviteit in een samenleving. Ongezondheid staat gelijk aan beperkte economische inzet en dreigende sociale stress en spanningen.

De gezondheidszorg is daarnaast een belangrijke werkgelegenheidssector. Door de vermindering van het pakket aan verstrekkingen, door de eigen risico's en de eigen bijdragen die de toegankelijkheid in de gezondheidszorg verminderen hangt ons een tweedeling in de gezondheidszorg boven het hoofd. Centrumwijken als hier beschreven zijn in deze de 'toonzetters'.

Onder de indruk

De aanwezige Kamerleden betoonden zich onder de indruk van wat ze te zien en te horen kregen. Ze spraken unaniem de wens uit te werken aan verbetering van de gegroeide situatie. De Kamercommissie wilde nog vóór de begrotingsbehandeling in december van het STIOM en van de hulpverleners uit de centrumwijken een overzicht ontvangen van maatregelen die nodig zijn om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor bewoners in achterstandswijken te garanderen. Daarnaast zegden ze toe contact te willen houden met het STIOM, om in 1997 opnieuw overleg te kunnen voeren met de groep hulpverleners uit het 'Centrum' teneinde genomen landelijke maatregelen op hun praktisch effect te toetsen.

Het belang van deze toezegging werd door één van de Kamerleden als volgt gemotiveerd: 'Dit mag niet, deze situatie, want de kwaliteit van een beschaving toets je aan de zorg voor mensen aan de onderkant van de samenleving'.

Daarmee kon dit werkbezoek, dat door bijna honderd mensen werd bezocht, succesvol worden afgesloten. Vertegenwoordigers van alle beroepsgroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening hebben gezamenlijk zorg gedragen voor de invulling van het programma. Hiermee hebben ze - eensgezind - een prachtige uiting van samenwerking laten zien.

Hoe verder?

In STIOM-verband is vervolgens een lijst van knelpunten opgesteld met betrekking tot de gezondheidszorg in de achterstandswijken van Den Haag en zijn maatregelen geformuleerd die de toegankelijkheid van de zorg moeten vergroten en de regelgeving moeten verbeteren.

Deze 'knelpunten' zijn door een delegatie van hulpverleners op 3 december 1996 - voorafgaand aan het begrotingsdebat - in de vorm van een petitie op het Binnenhof aan de leden van de Vaste Kamercommissie Volksgezondheid aangeboden.

Tijdens de begrotingsbehandeling heeft onder meer dit initiatief geleid tot de bespreking van een aantal van deze knelpunten, waaronder het probleem van het niet-betalen van de nominale premie, het cumulatieve effect van eigen bijdragen voor mensen met een laag inkomen, het probleem van de aanvullende verzekering voor tandzorg en het uitschrijven van patiënten door zorgverzekeraars indien ze de nominale premie niet betalen. Met name voor het laatste geldt dat het initiatief van het STIOM aanleiding is geweest voor een motie, waarin Minister Borst werd gevraagd met Zorgverzekeraars Nederland in overleg te treden om aan deze praktijk een einde te maken. De Minister zegde dit direct toe.

Vanuit STIOM zal de komende maanden worden gewerkt aan de voorbereiding van een nieuw gesprek tussen Kamerleden en hulpverleners. Of dit wederom zoveel gaat opleveren moeten we afwachten. Met dit werkbezoek zijn in ieder geval vanuit de praktijk in Den Haag lijnen gelegd naar de landelijke politiek. De problematiek van de patiënten en de hulpverleners in de armere wijken van de grote steden is vanuit het Haagse duidelijker op de landelijke politieke agenda gekomen.

De voeding van Surinaams-Hindostaanse vrouwen met diabetes in Den Haag

Mw. S.M. Sadhoeram, Mw. G.N. Ramsaransing, Mw. W.A. van Staveren, E.G. Schouten, Mw. L. van der Heijden

Het omvangrijke probleem van diabetes mellitus bij Surinaamse Hindostanen in Nederland is vaker aan de orde geweest in dit Bulletin. Daarbij is het belang genoemd van onderzoek naar de voedingsgewoonten van deze bevolkingsgroep. Een voedingsonderzoek onder vijftig diabetische vrouwen uit deze bevolkingsgroep en een controlegroep van vijftig Hindostaanse vrouwen zonder suikerziekte laat zien dat de voeding van de diabetici niet risicoverhogend werkt op de cardiovasculaire complicaties van suikerziekte. Wel kan in beide groepen worden gesproken van 'centrale obesitas', zij het in de diabetesgroep sterker dan in de controlegroep.

In een eerdere uitgave van dit bulletin is een artikel gepubliceerd waarin melding werd gemaakt van het verschijnsel dat diabetes mellitus opvallend vaak voorkomt onder de Surinaamse Hindostanen in Den Haag. Verwacht werd dat uiteindelijk meer dan 40% van de Hindostanen diabetes zal ontwikkelen (1). In hetzelfde bulletin werd aangekondigd dat er een voedingsonderzoek zou worden uitgevoerd onder Surinaams-Hindostaanse vrouwelijke diabetici. In dit artikel worden de opzet en de uitkomsten van dit voedingsonderzoek gepresenteerd (2).

De voeding speelt een belangrijke rol bij zowel het terugdringen als het uitstellen van de cardiovasculaire complicaties van diabetes mellitus. Voor de behandeling van diabetes is inzicht in de voeding dan ook noodzakelijk. Tot nog toe was er nauwelijks informatie over de voeding van Surinaamse Hindostanen met diabetes. Daarom is er een voedingsonderzoek uitgevoerd onder vijftig diabetische vrouwen uit deze bevolkingsgroep in Den Haag. Doel was een goede karakterisering te krijgen van hun voeding. Ter vergelijking is ook de voeding onderzocht van vijftig Surinaams-Hindostaanse vrouwen zonder diabetes. Bij de bestudering van de voeding van beide groepen vrouwen werd aandacht besteed aan de inneming van energie en die nutriënten die invloed kunnen hebben op de cardiovasculaire complicaties van diabetes. Centraal hierbij stond de consumptie van verzadigd vet. Het is algemeen bekend dat verzadigd vet het risico op hart- en vaatziekten verhoogt.

Over de auteurs:

Mw. ir. S.M. Sadhoeram en Mw. ir. G.N. Ramsaransing, beiden voedingskundige werkzaam bij de Stichting Thuiszorg Den Haag, Mw. prof.dr. W.A. van Staveren, Vakgroep Humane Voeding, dr. E.G. Schouten, Vakgroep Epidemiologie en Gezondheidsleer, Mw. L. van der Heijden, diëtist, de laatste drie auteurs zijn werkzaam aan de Landbouwwuniversiteit Wageningen.

Behalve voor de voeding was er in dit onderzoek ook aandacht voor de Quetelet Index (= gewicht/lengte x lengte), de middel/heupomtrekverhouding, de bloeddruk, leefstijlkenmerken en een aantal sociaal-demografische kenmerken van de onderzoeksgroep.

Op grond van bovengenoemde aandachtspunten zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- Wat is de consumptie van energie, eiwitten, (verzadigde) vetten, koolhydraten en cholesterol van Surinaams-Hindostaanse vrouwen mét en zonder diabetes mellitus, woonachtig in Den Haag en ouder dan dertig jaar?
- Wat is de gemiddelde Quetelet Index, middel/heupomtrekverhouding en de bloeddruk van deze twee groepen vrouwen?

Opzet van het onderzoek

De honderd voor het voedingsonderzoek benaderde vrouwen hadden ook meegedaan aan het prevalentie-onderzoek (1). Uit de groep vrouwelijke deelnemers aan het prevalentie-onderzoek die diabetes hadden, zijn vijftig personen gekozen. Om hierbij verzekerd te zijn van voldoende jonge vrouwen zijn 25 vrouwen in de leeftijdscategorie 30-54 jaar (aselect) gekozen en eenzelfde aantal (eveneens aselect) boven de 55 jaar. De groep zonder diabetes is samengesteld door voor iedere vrouw mét diabetes een leeftijdsgenote zonder diabetes te kiezen.

Tijdens een huisbezoek is bij deze vrouwen een semi-kwantitatieve voedselfrequentievragenlijst *) afgenomen. Deze lijst is afgeleid van een gevalideerde Nederlandse voedselfrequentievragenlijst naar de vetconsumptie en aangepast aan Surinaams-Hindostaanse voedingsgewoonten (3). De voeding is nagevraagd over de maand voorafgaand aan het interview. Omdat dit een 'doorsnee' maand moest zijn, is er voor gezorgd dat de periode waarop het onderzoek betrekking had, niet de maand Ramadan (vastenmaand voor de moslims) betrof. De voedselconsumptiegegevens zijn per deelnemer omgerekend naar grammen per dag. (Deze berekening heeft plaatsgevonden met het voedingsberekeningsprogramma Komeet 2.0. De statistische analyses zijn gedaan met het statistische programma SAS)

Bij de vergelijking van de vrouwen mét respectievelijk zonder diabetes moet rekening worden ge-

houden met het feit dat eventuele verschillen geen antwoord geven op de vraag of deze een rol spelen bij het ontstaan van diabetes dan wel veeleer het gevolg daarvan zijn. Want verschillen in de voeding kunnen ofwel wijzen op een voedingspatroon bij diabetici dat (mede) verantwoordelijk is voor het ontstaan van hun suikerziekte ofwel ze kunnen zijn ontstaan doordat diabetici een gericht voedingsadvies hebben ontvangen en daar (deels) naar leven. Ondanks dit interpretatieprobleem is het toch interessant om de (verschillen in de) voeding in kaart te brengen teneinde een beeld te krijgen van het cardiovasculair risicoprofiel op dit moment van de vrouwen mét respectievelijk zonder diabetes.

Naast de voedselfrequentievragenlijst is bij de vrouwen een algemene vragenlijst afgenomen met vragen over onder andere rookgedrag, alcoholgebruik, medicatie, lichaamsbeweging en opleiding. Omdat tijdens de interviews de deelnemers rapporteerden (bijna) niet te roken en/of geen alcohol te gebruiken en nauwelijks aan lichaamsbeweging te doen, zijn deze gegevens bij het verwerken van de resultaten niet meegenomen.

Verder zijn er lichaamsmetingen verricht, namelijk: lengte, gewicht, bloeddruk (systolische en diastolische) en middel- en heupomtrek. Uit de lengte en het gewicht is de Quetelet Index berekend. Met de middel- en de heupomtrek is de middel/heupomtrekverhouding bepaald. Een systolische bloeddruk hoger dan 160 mmHg of een diastolische bloeddruk van meer dan 95 mmHg is gedefinieerd als hypertensie. Ten slotte is gevraagd naar het gebruik van bloeddrukverlagende medicamenten (4).

De resultaten van het onderzoek

Achtergrondgegevens

Uit de resultaten van het onderzoek bleek dat er geen noemenswaardige verschillen bestonden tussen de diabeten en de niet-diabeten wat betreft de demografische en sociaal-economische kenmerken. Nagegaan zijn de burgerlijke staat, het opleidingsniveau van zowel de vrouw zelf als dat van haar partner, de inkomensbron en het geloof van de vrouwen mét en zonder diabetes.

Voedselconsumptiegegevens

In tabel 1 wordt de gemiddelde dagelijkse inneming van energie en van de (macro)nutriënten (eiwitten,

*) Dit is een vragenlijst waarmee de frequenties en de hoeveelheden van geconsumeerde voedingsmiddelen worden nagevraagd met behulp van standaardporties.

tabel 1

De dagelijkse inneming (gemiddelde en standaardafwijking) van energie en (macro)nutriënten van de Surinaams-Hindostaanse vrouwen met en zonder diabetes.

Voedselcomponent	Diabeten (n = 50)	.	Niet-diabeten (n = 49) ¹⁾	.	Sign. ²⁾
	x (s) ³⁾	x (s) ³⁾	x (s) ³⁾	x (s) ³⁾	
Energie (MJ)	7.8 (2.1)		7.6 (2.3)		
	Gram	Energie%	Gram	Energie%	
<i>Eiwit:</i>					
Totaal	86.4 (28.6)	18.7 (2.9)	74.1 (31.4)	16.5 (4.2)	*
Plantaardig	27.9 (8.7)	6.1 (1.4)	25.9 (8.4)	5.8 (1.3)	
Dierlijk	58.2 (24.8)	12.5 (3.6)	48.0 (28.4)	10.6 (4.6)	*
<i>Vet:</i>					
Totaal ⁴⁾	78.0 (24.8)	37.8 (5.2)	74.2 (28.0)	36.4 (5.7)	
Verzadigd vet	20.2 (6.5)	9.9 (1.9)	22.0 (8.9)	10.8 (2.2)	*
Enkelvoudig onverzadigd	21.8 (7.6)	10.5 (1.9)	22.1 (9.1)	10.8 (2.4)	
Meervoudig onverzadigd	30.7 (11.0)	14.8 (3.2)	25.5 (12.3)	12.5 (3.9)	*
<i>Koolhydraten:</i>					
Totaal	203.9 (54.0)	44.7 (5.6)	213.2 (64.0)	48.0 (7.6)	*
Polysachariden	131.3 (37.2)	28.9 (5.2)	121.9 (38.4)	27.6 (6.1)	
Mono- en disachariden	73.0 (27.8)	16.0 (4.3)	91.5 (37.3)	20.5 (6.2)	*
	mg/MJ		mg/MJ		
Cholesterol	26.3 (12.9)		25.0 (14.8)		

1) De voedselconsumptiegegevens van één respondent onder de niet-diabeten, bleek veel af te wijken van de anderen. De gegevens van deze persoon zijn in de analyses niet meegenomen. Dit heeft echter geen gevolg voor de resultaten voor de voedselcomponenten in energie%.

2) De p-waarde heeft betrekking op voedselcomponenten in energie%. De verschillen tussen beide groepen zijn getoetst met behulp van de Student's t-toets en zijn als significant beschouwd bij $p < 0.05$. Bij significantie is een * geplaatst.

3) Het gemiddelde met de standaarddeviatie tussen haakjes.

4) De uitsplitsing van het totale vetgebruik naar enkel- en meervoudig (on)verzadigd vet was niet voor alle gebruikte producten mogelijk.

vetten, koolhydraten en cholesterol) weergegeven van de Surinaams Hindostaanse vrouwen mét respectievelijk zonder diabetes. Uit deze tabel blijkt dat de energie-inneming niet belangrijk verschilde tussen de vrouwen mét en de vrouwen zonder diabetes. De totale vetinneming lag hoger onder de diabetici maar dit betrof vooral de meervoudig onverzadigde vetzuren. Ook consumeerden deze vrouwen meer eiwitten van voornamelijk dierlijke afkomst. Ze aten echter minder koolhydraten en met name minder mono- en disachariden dan de vrouwen zonder diabetes.

Antropometrische en bloeddrukgegevens

Tabel 2 toont dat de Quetelet Index opvallend gelijk

was, en voor beide groepen duidde op overgewicht. De middel/heupomtrekverhouding wees in beide groepen op centrale obesitas (te veel vet op de buik) maar bleek onder de diabeten belangrijk hoger. Hypertensie kwam frequenter voor bij de diabeten evenals het gebruik van bloeddrukverlagende middelen.

Bespreking

De resultaten van dit onderzoek kennen een aantal beperkingen.

- De Quetelet Index van de vrouwen duidde op overgewicht. Volgens de literatuur neigen mensen met overgewicht tot een onderrapportage van hun

tabel 2

Anthropometrische en bloeddrukgegevens van de Surinaams-Hindostaanse vrouwen met en zonder diabetes.

Kenmerk	Diabeten (n=50) x (s) ¹⁾	Niet-diabeten (n=50) x (s) ¹⁾	Sign. ²⁾
Leeftijd (jaren)	56.5 (9.3)	56.5 (9.5)	
Lengte (cm)	154.6 (4.5)	154.1 (5.7)	
Gewicht (kg)	67.7 (8.4)	67.3 (10.2)	
Quetelet Index (kg/m ²)	28.3 (3.5)	28.3 (4.0)	
Diastolische bloeddruk (mmHg) ³⁾	88.8 (12.4)	89.4 (21.9)	
Systolische bloeddruk (mmHg) ³⁾	153.5 (28.2)	144.6 (34.1)	
Hypertensie ³⁾	44% (n=22)	32% (n=16)	
Gebruik van bloeddrukverlagende middelen	20% (n=10)	14% (n=7)	
Middelomtrek (cm)	94.6 (9.0)	91.1 (10.5)	
Heupomtrek ⁴⁾ (cm)	99.9 (9.9)	103.3 (11.7)	
Middel/heupomtrekverhouding ⁴⁾	0.94 (0.1)	0.89 (0.1)	*

¹⁾ Het gemiddelde met de standaarddeviatie tussen haakjes of % met de absolute aantallen.

²⁾ De verschillen tussen beide groepen zijn getoetst met behulp van de Student's t-toets dan wel (bij de percentages) met de Fisher's exact-toets en zijn als significant beschouwd bij $p < 0.05$. Bij significantie is een '*' geplaatst.

³⁾ Zij die bloeddrukverlagende middelen gebruiken zijn bij de berekening buiten beschouwing gelaten.

⁴⁾ n = 49 bij diabeten.

energie-inneming (5)(6)(7). De geschatte energiebehoefte van de honderd vrouwen varieert tussen 8.8-10.3 MJ (8). Op grond hiervan lijkt een onderrapportage van de energie-inneming niet onwaarschijnlijk gezien de gerapporteerde energie-inneming van gemiddeld 7.6-7.8 MJ (tabel 1).

- Daar de validiteit en reproduceerbaarheid van de gebruikte voedselfrequentievragenlijst niet zijn getoetst, kunnen daarover geen uitspraken worden gedaan, ook al omdat er geen vergelijkbare voedingsonderzoeken onder Hindostanen (in Nederland) bekend zijn.
- Het is onduidelijk in hoeverre sociaal wenselijke antwoorden van invloed zijn geweest op de verschillen tussen beide groepen, vooral in de rapportage van de voeding. Het is mogelijk dat de diabetici meer sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven omdat ze meer bekend zijn met hoe het 'hoort'.

Voedselconsumptiegegevens

Uit dit onderzoek komt naar voren dat de diabetici meer meervoudig onverzadigde vetzuren consumeer-

den. Met het oog op de cardiovasculaire complicaties van diabetes is de consumptie van dit type vet een gunstige bevinding. Uit literatuurstudie elders blijkt dat onderzoek onder diabeten en niet-diabeten enigszins vergelijkbare uitkomsten vertoonden: de diabeten elders consumeerden minder koolhydraten en dan vooral minder mono- en disachariden en meer eiwitten en vet (9)(10). In de literatuur wordt echter niet gerapporteerd dat diabeten meer meervoudige onverzadigde vetzuren consumeren dan niet-diabeten.

Vergelijking van de uitkomsten van dit onderzoek met die van de Voedselconsumptiepeiling van 1992 (gehouden onder autochtone Nederlanders) leert dat de voeding van deze honderd vrouwen over het algemeen meer conform de Richtlijnen voor Goede Voeding is dan die van de gemiddelde Nederlandse bevolking (11). Deze bevinding wordt ondersteund door een voedingsonderzoek onder oudere Surinaams-Hindostaanse vrouwen in Utrecht (12). Soortgelijke conclusies zijn ook getrokken voor de voeding van Britse Hindostanen ten opzichte van die van de Engelsen (13).

Uit een studie onder Hindostaanse diabeten in Engeland bleek echter dat deze een vetinneming hadden die hoger was dan die van de diabeten uit het onderhavige onderzoek (14). Dit bestond voornamelijk uit verzadigde vetzuren, onder andere afkomstig uit ghee (geklearde boter).

Eerder in dit artikel werd gesteld dat met de resultaten uit het onderhavige onderzoek niet helder wordt of het voedingspatroon een oorzaak is van diabetes of een gevolg is van de voedingsadviezen die diabetici hebben gekregen. In de Hoorn-studie is de glucose-tolerantie *) bepaald van Caucasiërs (mannen en vrouwen) waarbij diegenen van wie reeds bekend was dat ze diabetes hadden, buiten beschouwing zijn gelaten. Daar speelt het voedingsadvies aan diabetici dus geen rol. Opvallende uitkomst was dat bij de mannen met een verslechterde glucose-tolerantie de inneming van eiwit, van dierlijk eiwit en van meervoudig onverzadigde vetzuren significant was verhoogd in vergelijking tot de mannen die geen afwijkende glucose-tolerantie hadden. Mogelijk wijst dit op een oorzakelijke rol van deze nutriënten in de ontwikkeling van glucose-intolerantie. De onderzoekers van de Hoorn-studie stellen dat de meervoudig onverzadigde vetzuren een zeer heterogene groep is en dat het effect op de glucose-tolerantie mogelijk verschilt per subklasse van deze vetzuren (15)

Antropometrische gegevens

De antropometrische resultaten uit het onderhavige onderzoek vertonen overeenkomst met die van een onderzoek onder Indiase (niet-) diabeten (16). Volgens dit Indiase onderzoek duidde de middel/heup-omtrekverhouding ook in beide groepen op centrale obesitas en was deze ook ongunstiger onder de diabeten. Uit epidemiologische studies blijkt dat centrale obesitas gepaard gaat met een verhoogd risico op insulineresistentie, op hart- en vaatziekten en op diabetes. Deze associatie is onafhankelijk van de Quetelet Index. Bevindingen uit een Brits onderzoek suggereren dat Hindostanen een opmerkelijke neiging vertonen tot het ontwikkelen van centrale obesitas (16)(17)(18).

Conclusie

Gelet op vooral de inneming van onverzadigd vet lijkt het niet waarschijnlijk dat de voeding van de

vrouwen met diabetes risicoverhogend werkt op de cardiovasculaire complicaties. Een reductie van totaal vet is wel gewenst in verband met overgewicht. Behalve van overgewicht kon bij zowel de vrouwen mét als de vrouwen zonder diabetes worden gesproken van centrale obesitas. Dit laatste was in de groep mét diabetes sterker aanwezig. Overgewicht en centrale obesitas worden in de literatuur geassocieerd met diabetes mellitus en hart- en vaatziekten, aandoeningen die bij Hindostanen, waar ook ter wereld, frequent voorkomen.

Tevens is uit de literatuur bekend dat dit vaak samengaat met insulineresistentie. Regelmatige lichaamsbeweging en gewichtsreductie zijn dan mogelijkheden om de insulinegevoeligheid te bevorderen (19)(20).

Literatuur:

1. Middelkoop BJC, Ramsaransing GN, Sadhoeram SM e.a. Suikerziekte onder Hindostaanse Surinamers: verontrustende ziekte- en sterftegegevens. *Epidemiol Bul Grav* 1996; 31 nr.2: 5-11.
2. Sadhoeram SM. Hindostanen en 'hun' suiker: een onderzoek naar de prevalentie van diabetes mellitus en de voeding van Surinaamse Hindostanen in Den Haag. *Afstudeerscriptie*. Landbouwwuniversiteit Wageningen, november 1996.
3. Feunekes GIJ, Staveren WA van, Vries JHM de. Relative and Biomarker-based Validity of a Food-frequency Questionnaire Estimating Intake of Fats and Cholesterol. *Am J Clin Nutr* 1993; 58: 489-96.
4. College ter beoordeling van geneesmiddelen geregistreerde informatieteksten van farmaceutische specialités. *Repertorium* 94/95. Uitgeverij Koninginnegracht FDU.
5. Schoeller DA. How Accurate is Self-Reported Dietary Energy Intake?. *Nutrition Reviews* 1990. 48 nr. 10; 373-9.
6. Staveren WA van, et al. Validity of Dietary Questionnaires in Studies on Nutrition and Heart Disease. In: *Nutrition and Cardiovascular Risk*. Somogyi JC, Biró G, Hötzel D (red). *Biol Nutr Dieta* 1992; 49: 47-58. Uitg: Karger, Basel.
7. Kromhout D, Bloemberg BMP. Methods in Nutritional Epidemiology. In: *Coronary Heart Disease Epidemiology, from Aetiology to Public Health*. Marmot M, Elliot P (red). Uitg: Oxford University Press 1992.
8. McNeill G. Energy. In: *Human Nutrition and Dietetics*. Garrow JS, James WPT (red.) Uitg: Churchill Livingstone 1993.
9. Tsunehara CH, Leonetti DL, Fujimoto WY. Diet of Second-generation Japanese-American Men with and without Non-insulin-dependent Diabetes. *Am J Clin Nutr* 1990; 52: 731-8.
10. Shimakawa T, Herrera-Acena MG, Colditz GA. Comparison of Diets of Diabetic and Nondiabetic Women. *Diabetes Care* 1993; 16 nr. 10: 1356-62.
11. Voorlichtingsbureau voor de voeding. *Zo eet Nederland, resultaten van de Voedselconsumptiepeiling 1992*. Den Haag 1993.
12. Ramsaransing GN, Heyden L van der, Staveren WA van. De voeding van oudere Hindoestaanse vrouwen: een onderzoek in en rond Utrecht. *Voeding* 1993; 54 nr. 11-12: 28-31.
13. Mc Keigue PM, Marmot MG, Adelstein AM. Diet and Risk Factors for Coronary Heart Disease in Asians in Men of Asian, West-Indian and European descent in London. *Atherosclerosis* 1988; 70: 63-9.
14. Peterson. Dietary Practices of Asian Diabetics. *Br Med J* 1986. 282: 170-1

*) diabetes is een ernstige vorm van glucose-intolerantie

Voor vervolg literatuur zie pagina 32

Tandheelkundig preventief gedrag van Turkse en Marokkaanse ouders in Den Haag

Mw. E. Brugman, G.H. Verrips, dr. M.J. Danz en H. Kalsbeek

Tandcariës bij kinderen van Turkse of Marokkaanse afkomst doet zich veel vaker voor dan bij Nederlandse of Surinaamse kinderen. Het gaat echter om tal van redenen niet aan de Turkse en Marokkaanse groep als één geheel te beschouwen. Daarom is onderzoek verricht naar een mogelijk verschil in tandheelkundig preventief gedrag tussen ouders in beide groepen. En dat verschil is er. Marokkaanse moeders ontlenen hun kennis omtrent gebitsverzorging aan de tandarts, Turkse moeders aan hun ouders. Bij laatstgenoemden valt de 'meeste winst te halen': slechts een derde poetst twee keer per dag de tanden van hun kind.

1) Dit onderzoek werd uitgevoerd door TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG) en de Stichting Haagse Gezondheidscentra in Den Haag, met financiële ondersteuning van Ziekenfonds AZIVO, Gemeente Den Haag (project Sociale Integratie Stationsbuurt en fonds Sociale Vernieuwing) en Stichting Schiefbaan Hovius.

Uit diverse onderzoeken is naar voren gekomen dat de prevalentie van tandcariës bij kinderen van Turkse en Marokkaanse ouders veel hoger is dan bij kinderen van Nederlandse of Surinaamse ouders (1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9). Zo stelden Frencken e.a. in 1992 vast dat Turkse en Marokkaanse 5-jarige kleuters gemiddeld meer dan tweemaal zoveel cariëslaesies hadden dan hun Nederlandse en Surinaamse/Antilliaanse leeftijdsgenoten (3). Van de Turkse en Marokkaanse kleuters was gemiddeld 26% cariësvrij, tegenover 55% van de Nederlandse en Surinaamse/Antilliaanse kinderen. De oorzaken voor deze verschillen in mondgezondheid zijn bekend: Turkse en Marokkaanse kinderen poetsen minder vaak en minder adequaat hun tanden, ze beginnen pas op latere leeftijd met tandenpoetsen en gaan minder vaak naar de tandarts (2)(4)(6). Bovendien gebruiken ze minder vaak fluoridetabletjes en frequenter een zuigfles met zoete inhoud dan kinderen van Nederlandse ouders.

Uit de geciteerde literatuur wordt niet geheel duidelijk in hoeverre Turkse en Marokkaanse groepen van elkaar verschillen uit een oogpunt van *tandheelkundig preventief gedrag*. Er is vaak op gewezen dat een visie op etnische groepen als geïsoleerd, statisch en homogeen geen recht doet aan de sociale werkelijkheid: Turken en Marokkanen mogen daarom niet als één groep worden bekeken (10)(11)(12)(13).

Het doel van het onderhavige onderzoek ¹⁾ was na te gaan in hoeverre het tandheelkundig preventieve

Over de auteurs:

Mw. E. Brugman, psycholoog, dr. G.H. Verrips, psycholoog/epidemioloog, beiden werkzaam bij TNO, Preventie en Gezondheid, divisie Collectieve Preventie in Leiden, dr. M.J. Danz, psycholoog, werkzaam bij de Stichting Haagse Gezondheidscentra en dr. H. Kalsbeek, tandarts/epidemioloog, eveneens werkzaam bij TNO, Preventie en Gezondheid, divisie Collectieve Preventie in Leiden.

gedrag van Turkse ouders verschilt van dat van Marokkaanse ouders in Den Haag. Het onderzoek vormde de beginmeting van een Tandzorgproject in Den Haag. Dit project was erop gericht te achterhalen welke vorm van tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (tgvo) het meest aanslaat bij Turkse en Marokkaanse ouders.

Methodie

Doelgroep van het project waren Haagse ouders die uit Turkije of Marokko afkomstig zijn en een baby hadden die circa zes maanden oud was. Het onderzoek vond plaats bij vier consultatiebureaus in de Haagse Schilderswijk. Er werd naar gestreefd om tenminste 160 Turkse en 160 Marokkaanse ouders aan het onderzoek te laten deelnemen. Zodra een kind zes maanden oud was en het consultatiebureau bezocht, heeft de wijkverpleegkundige de moeder gevraagd of ze aan het onderzoek wilde meewerken. Van oktober 1994 t/m september 1995 is bij de Turkse en Marokkaanse moeders op het consultatiebureau of thuis een vragenlijst afgenomen door een vrouw die de moedertaal van de respondent beheerste. De twee interviewsters zijn vooraf goed ge-

instrueerd door de onderzoekers met betrekking tot het gestandaardiseerd afnemen van de vragenlijst.

De vragenlijst bevatte vragen over tandheelkundig preventief gedrag en relevante achtergrondkenmerken. De volgende variabelen werden gemeten:

- het gebruik van fluoridetabletten door de baby;
- het gebruik van een zuigflesje in bed door de baby, de inhoud van het zuigflesje en de reden om het zuigflesje te geven;
- de frequentie van tandartsbezoek moeder;
- de frequentie van tandenpoetsen moeder;
- bronnen van informatie over mondzorg.

Indien de moeder nog een tweede (ouder) kind had naast de baby, zijn de volgende variabelen eveneens gemeten:

- de frequentie van tandenpoetsen door de moeder bij het oudere kind;
- de leeftijd van het oudere kind waarop de moeder is gestart met poetsen.

De volgende achtergrondkenmerken zijn gevraagd: land van geboorte van de moeder en haar partner, plaats waar de moeder is opgegroeid (platteland,

tabel 1

Achtergrondkenmerken van de moeders naar land van herkomst. Den Haag, 1994 - 1995.

Achtergrondkenmerk	Turks (N=170) %	Marokkaans (N=153) %
<i>Urbanisatiegraad geboorteplaats ***)</i>		
Platteland	52	3
Kleine stad	19	76
Grote stad	29	21
<i>Aantal jaren in Nederland **)</i>		
0 - 3 jaar	18	10
3 - 5 jaar	28	18
5 - 10 jaar	24	37
10 jaar of langer	30	35
<i>Beheersing van de Nederlandse taal</i>		
Niet of slecht	54	53
Redelijk of goed	46	47
<i>Genoten opleiding</i>		
Geen opleiding/lagere school	83	81
Voortgezet onderwijs	17	19

***) Significant verschil $p < 0.01$; **) Significant verschil $p < 0.001$ (Chi-kwadraat toets)

tabel 2

Tandheelkundig preventief gedrag van de moeders naar land van herkomst. Den Haag 1994-1995.

Preventief gedrag	Sign.	Turks (N=170) %	Marokkaans (N=153) %
<i>Gebruik fluoridetabletten door baby</i>			
Nee		51	53
Ja		49	47
<i>Gebruik zuigflesje door baby</i>			
Nooit	****)	47	71
Soms		8	9
Vaak of altijd		45	20
<i>Tandartsbezoek moeder</i>			
< 2 keer per jaar	*)	31	20
2 keer per jaar		69	80
<i>Frequentie poetsen moeder</i>			
< 2 keer per dag	****)	55	18
2 keer per dag of vaker		45	82
<i>Frequentie poetsen moeder bij ouder kind ¹⁾</i>			
< 2 keer per dag	****)	67	37
2 keer per dag of vaker		33	63
<i>Leeftijd ouder kind bij start poetsen door moeder ²⁾</i>			
1 jaar	***)	17	37
2 jaar		45	35
3 jaar		29	16
4 jaar en ouder		9	12

*) $p < 0,05$; ***) $p < 0,001$; *****) $p < 0,0001$ (Chi-kwadraat toets)

1) Alleen moeders met ten minste 1 ouder kind (Turkse moeders: N=107; Marokkaanse moeders: N=102)

2) Alleen moeders die wel eens tanden poetsen van het oudere kind (Turkse moeders: N=102; Marokkaanse moeders: N=89)

kleine stad, grote stad), het aantal jaren dat de moeder in Nederland woont, de mate van spreken, lezen en verstaan van de Nederlandse taal (niet, slecht, redelijk, goed) en de genoten opleiding in het geboorteland en in Nederland (geen opleiding, lagere school, voortgezet onderwijs).

Bij het analyseren van de gegevens zijn p-waarden kleiner dan 0,05 als statistisch significant beschouwd. Door ontbrekende antwoorden kunnen de aantallen respondenten per variabele verschillen.

Resultaten

Respondenten

De vragenlijst over tandheelkundig preventief gedrag is in totaal bij 323 moeders afgenomen. Van hen

waren 170 vrouwen van Turkse en 153 van Marokkaanse herkomst. Twee moeders waren in Nederland geboren en hun partner in Turkije of Marokko.

Er zijn een aantal verschillen in demografische kenmerken tussen de Turkse en Marokkaanse moeders uit de onderzoeksgroep (tabel 1). Van de Turkse moeders was 52% op het platteland opgegroeid en van de Marokkaanse moeders slechts 3%. Meer Turkse moeders woonden korter dan vijf jaar in Nederland (46%) dan Marokkaanse moeders (28%). Er was geen verschil tussen de Turkse en Marokkaanse moeders in de beheersing van de Nederlandse taal. Bijna de helft van de Turkse en Marokkaanse moeders beheerste de Nederlandse taal redelijk tot goed. Evenveel Turkse als Marokkaanse

moeders hadden voortgezet onderwijs genoten.

Fluoridegebruik en zuigflesgebruik

Bijna de helft van de Turkse en van de Marokkaanse moeders gaf hun baby één fluoridetablaet per dag (tabel 2). Slechts één moeder zei haar baby twee fluoridetabletten per dag te geven. Meer Turkse moeders gaven hun baby een zuigflesje mee naar bed (53%) dan Marokkaanse moeders (29%). De inhoud van het zuigflesje betrof bijna altijd een melkproduct (bijvoorbeeld Nutrilon of Almiron). De belangrijkste redenen die werden genoemd om de baby een zuigflesje te geven zijn 'om in te slapen' (29%), 'tegen honger of dorst' (24%) en 'tegen huilen' (22%).

Tandartsbezoek en tanden poetsen

Uit tabel 2 blijkt dat meer Marokkaanse dan Turkse moeders rapporteerden twee keer per jaar de tandarts te bezoeken. Ook poetsten meer Marokkaanse moeders tweemaal daags hun tanden. Bij 209 moeders was er naast de baby nog een ouder kind in het gezin aanwezig. Net als bij het eigen poetsgedrag poetsten meer Marokkaanse dan Turkse moeders de tanden van hun kind tweemaal daags of vaker. Vergeleken met Turkse moeders waren Marokkaanse moeders ook eerder begonnen met het tandenpoetsen van hun kind.

tabel 3

'Optimaal gedrag' (frequentie, gemiddelde en de standaardafwijking) bij moeders ingedeeld naar diverse achtergrondkenmerken. Den Haag, 1994 - 1995.

Achtergrondkenmerken	Aantal	Gemiddelde	Standaardafwijking
<i>Etniciteit</i>			
Turks	170	1,93	1,01
Marokkaans	153	2,59	1,00
<i>Aantal jaren in Nederland</i>			
0 - 3 jaar	46	1,85	0,92
3 - 5 jaar	76	2,13	1,19
5 - 10 jaar	96	2,23	1,04
10 jaar of langer	105	2,51	0,96
<i>Beheersing van de Nederlandse taal</i>			
Niet of slecht	173	2,05	1,08
Redelijk of goed	150	2,46	0,99
<i>Genoten opleiding</i>			
Geen opleiding/lagere school	265	2,17	1,08
Voortgezet onderwijs	58	2,57	0,88

Informatie over mondzorg

Informatie over mondzorg verkregen de meeste Turkse moeders van hun ouders (42%), of op school (35%). Sommigen wisten het niet meer (28%). Zeven procent van de Turkse moeders had de informatie van de televisie en 1% van de tandarts. Marokkaanse moeders hadden de informatie meestal van de tandarts (42%), van school (18%), van de televisie (14%) of van hun ouders (11%).

Optimaal gedrag

Uit het bovenstaande blijkt dat Turkse en Marokkaanse moeders op een aantal punten verschillen in tandheelkundig preventief gedrag. Dit kan echter samenhangen met andere achtergrondkenmerken, zoals het aantal jaren dat men in Nederland woont. Daarom is gekeken welke achtergrondkenmerken er significant zijn gerelateerd aan tandheelkundig preventief gedrag van de moeder, nadat gecorrigeerd is voor de overige achtergrondkenmerken.

Hiertoe is een variabele 'optimaal gedrag' gemaakt, als indicatie van tandheelkundig preventief gedrag. De variabele bestaat uit een optelling van een viertal preventieve gedragingen, namelijk dagelijks fluoridetabletten geven aan de baby, geen zuigflesje gebruiken bij het naar bed gaan van de baby, tweemaal jaarlijks de tandarts bezoeken en tweemaal daags de

tabel 4

Samenhang van de diverse achtergrondkenmerken met het zogenoemde 'optimale gedrag' (uitkomsten gebaseerd op een multiple regressie-analyse^{a)}. Den Haag, 1994 - 1995.

Achtergrondkenmerk	Ongestandaardiseerde regressie-coëfficiënt β ^{b)}	Betrouwbaarheidsinterval (95%)	p-waarde
Etniciteit	0,62	0,43 - 0,67	0,00
Opleiding	0,29	0,99 - 1,79	0,06
Taalbeheersing	0,23	0,98 - 1,63	0,08
Aantal jaren in Nederland	0,11	0,99 - 1,25	0,08

a) Multiple R 0.39; R Square 0.14; Standard Error 0.98.

b) De regressiecoëfficiënt (β) ofwel de hellingshoek (gradiënt) van de regressielijn is een maat voor de sterkte waarmee, in dit geval, het 'optimale gedrag' toeneemt (β heeft een positieve waarde) of afneemt (β heeft een negatieve waarde) gerelateerd aan de verandering in één van de achtergrondkenmerken. Ze geeft de verandering van het 'optimale gedrag' weer wanneer het desbetreffende achtergrondkenmerk met één eenheid toeneemt, terwijl de invloed van de overige achtergrondkenmerken constant worden gehouden.

tanden poetsen (minimale waarde 0, maximale waarde 4; voor de totale groep was het gemiddelde 2,24 en de standaardafwijking 1,06). Een hoge score op deze variabele geeft aan dat men meer tandheelkundig preventief gedrag vertoont.

In tabel 3 staan eerst de achtergrondkenmerken weergegeven die (ongecorrigeerd) een significante relatie hebben met 'optimaal gedrag'. De urbanisatiegraad van de geboorteplaats hing niet samen met 'optimaal gedrag' en is daarom uit de tabel weggelaten. Er bestond een redelijk sterke samenhang tussen het aantal jaren dat de moeder in Nederland woonde en de mate van beheersing van de Nederlandse taal van de moeder ($r=0,50$ *).

In tabel 4 staan vervolgens de gecorrigeerde resultaten weergegeven. Hieruit blijkt dat alleen etniciteit significant was gerelateerd aan 'optimaal gedrag'. Marokkaanse moeders scoorden gemiddeld 0,62 hoger op deze variabele dan Turkse moeders, ongeacht opleiding, taalbeheersing of het aantal jaren dat men in Nederland woont. Daarnaast was een trend zichtbaar dat moeders die voortgezet onderwijs gevolgd hadden, moeders die de Nederlandse taal beter beheersten en moeders die langer in Nederland woonden, hoger scoorden op de variabele 'optimaal gedrag'.

Discussie

De resultaten van deze studie laten zien dat de Marokkaanse moeders in de Schilderswijk van Den

Haag beter tandheelkundig preventief gedrag vertoonden dan Turkse moeders, ook als wordt gecontroleerd voor andere achtergrondkenmerken zoals opleiding, taalbeheersing en het aantal jaren dat men in Nederland woont. Het is niet waarschijnlijk dat de gevonden verschillen in tandheelkundig preventief gedrag het gevolg zijn van (andere) verschillen in de samenstelling van de onderzoeksgroep. Hoewel de Turkse en Marokkaanse moeders die meededen aan het Tandzorgproject mogelijk een verhoogde belangstelling hadden voor gebitsverzorging, is er geen reden om te veronderstellen dat deze selectieve deelname voor de Marokkaanse of Turkse groep verschillend is. Indien er wel sprake zou zijn van een respons-bias voor de gehele groep, dan zijn de hier gepresenteerde resultaten een overschatting van het werkelijke tandheelkundig preventieve gedrag van Turkse en Marokkaanse ouders in de Schilderswijk in Den Haag.

De kans dat de vragen over tandheelkundig preventief gedrag verkeerd zijn begrepen is heel klein, aangezien de vragenlijst is afgenomen in de eigen taal en de vragenlijst weinig verschil in interpretatie toeliet. Niettemin zou een systematische vertekening in de resultaten mogelijk kunnen zijn, doordat er slechts twee interviewsters de vragenlijst afnamen. De persoonlijkheid van de interviewster en/of de wijze van vragen kan invloed hebben gehad op wat de moeder van zich liet zien. Er is echter alles aan gedaan om dit te voorkomen. De twee interviewsters zijn vooraf goed getraind in het gestandaardiseerd

*) r = correlatiecoëfficiënt en drukt de mate van lineaire samenhang uit tussen de waarden van twee kenmerken. 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.

afnemen van de vragenlijst.

Onderzoek van Truin e.a. in 1993 toonde aan dat de gemiddelde dmfs-score *) van Marokkaanse 5-jarigen hoger was dan die van Turkse kinderen (14)(15). De meeste andere onderzoeken naar verschillen in mondgezondheid bij Turkse en Marokkaanse kinderen laten echter het omgekeerde zien: meer Marokkaanse kinderen hebben een gaver gebit dan hun Turkse leeftijdsgenoten (1)(3)(16)(17). Deze verschillen in cariësexperience werden wel eens verklaard door een frequenter gebruik van suiker en tussendoortjes van Turkse kinderen (1). De hier gepresenteerde resultaten laten zien dat de verschillen ook kunnen worden verklaard door minder aandacht voor mondhygiëne van de Turkse moeders.

Hoewel verschillen tussen Turkse en Marokkaanse groeperingen in tandheelkundig preventief gedrag nooit eerder expliciet zijn onderzocht - meestal zet men deze twee groepen gezamenlijk af tegen Nederlandse en Surinaamse/Antilliaanse groeperingen - blijkt uit twee andere studies in Amsterdam evenzeer dat Turkse kinderen de meest ongunstige positie innemen (2)(18). Uit het onderzoek van Verrips e.a. in 1990 bleek dat van de Turkse ouders 30% nog nooit de tanden van hun kind had gepoetst, tegenover 16% van de Marokkaanse ouders (2). Ook waren Turkse ouders gemiddeld later begonnen met het tandenpoetsen van hun kind en werden de tanden van Turkse kinderen het minst regelmatig gepoetst. Uit een recente studie naar de samenhang tussen tandheelkundig preventief gedrag en etnische afkomst bij 1- en 3-4-jarigen in Amsterdam, worden vergelijkbare verschillen in tandheelkundig preventief gedrag gevonden (18). Beide studies vonden ook geen verschillen in het gebruik van fluoridetabletten tussen Turkse en Marokkaanse kinderen. Hoewel de hier vermelde resultaten niet eenvoudigweg kunnen worden gegeneraliseerd naar de gehele populatie Turkse en Marokkaanse ouders in Nederland, is het aannemelijk dat vergelijkbare verschillen in tandheelkundig preventief gedrag worden gevonden in andere steden.

Opmerkelijk was dat de meeste Marokkaanse moeders aangaven hun informatie over gebitsverzorging van de tandarts te hebben ontvangen, terwijl de meeste Turkse moeders deze informatie van hun eigen ouders hadden gekregen. Dit verschil kan

onvoldoende worden verklaard door het relatief kleine verschil in tandartsbezoek tussen Turkse en Marokkaanse moeders. Wellicht komt dit verschil doordat - in vergelijking tot de Marokkanen - veel meer Turkse moeders van het platteland afkomstig waren en meer Turkse moeders korter dan vijf jaar in Nederland woonden (tabel 1) en daardoor minder in de gelegenheid zijn geweest tot tandartsbezoek. In Turkije is de ratio tandarts : inwoners zeer laag, namelijk 1 : 5.000 (19). Vooral in het arme oosten van Turkije zijn amper tandartsen te vinden. Er vindt nauwelijks preventieve gebitscontrole plaats en men bezoekt vaak pas de tandarts wanneer er gebitsproblemen zijn. Dit laatste hangt waarschijnlijk samen met de slechte financiële vergoeding voor tandzorg in Turkije.

De resultaten van dit onderzoek wijzen erop dat preventie-activiteiten vooral voor Turkse ouders noodzakelijk zijn. Bij hen valt de meeste preventiewinst te behalen: een derde gaat minder dan twee keer per jaar naar de tandarts, meer dan de helft van de moeder poetst minder dan twee keer per dag haar tanden, twee derde poetst minder dan tweemaal daags de tanden van hun kind, ruim een derde is pas gestart met tanden poetsen van hun oudere kind op 3-jarige leeftijd of ouder en bijna de helft van de ouders geeft hun baby regelmatig een zuigflesje mee naar bed. Dit wil niet zeggen dat er bij de Marokkaanse ouders geen voorlichting meer hoeft te worden gegeven. Het tandheelkundig preventief gedrag van Marokkaanse ouders kan immers ook nog sterk worden verbeterd.

Naar aanleiding van de resultaten van deze studie wordt aanbevolen met name Turkse ouders te stimuleren jaarlijks tweemaal de tandarts te bezoeken, te adviseren vroegtijdig met het regelmatig tandenpoetsen van hun kind te beginnen en het gebruik van een zuigflesje af te wennen.

Literatuur:

1. Bergink AH. Cariës bij Nederlandse, Hindoestaanse, Marokkaanse en Turkse kleuters: verslag van een onderzoek in een Haags Schoolartsrayon 1984-1989. *Epidemiol Bul Grav* 1990; 25 nr. 1: 20-5.
2. Verrips GH, Filedt Kok-Weimar TL, Frencken JE, Kalsbeek H. Mondgezondheid van Amsterdammertjes. NIPG/TNO, Leiden 1990.
3. Frencken JE, Verrips GH, Kalsbeek H, Filedt Kok-Weimar TL. Mondgezondheid en etniciteit: een epidemiologisch onderzoek bij 5- en 11-jarigen in Amsterdam. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1992; 99: 404-7.
4. Nierop P van, Mandouraris K, Maas I. Hoe gezond is de

*) dmfs-score: het gemiddelde aantal carieuze, geëxtraheerde en gevulde vlakken van de melkelementen.

- peutermond? Een onderzoek naar de gebitsstoestand van Eindhovense peuters en het preventief gedrag van de ouders met betrekking tot het gebit van hun kinderen. GGD Eindhoven en Kruisvereniging Eindhoven, Eindhoven 1992.
5. Verrips GH, Kalsbeek H, Eijkman MAJ. Ethnicity and Maternal Education as Risk Indicators for Dental Caries, and the Role of Dental Behaviour. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993a; 21: 209-14.
 6. Verrips GH, Kalsbeek H, Eijkman MAJ. Etniciteit en het besluit 'TJZ'. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1993b; 100: 445-9.
 7. Verrips GH, Kalsbeek H. Tandcariës bij kinderen uit etnische groepen in Nederland: een overzicht van de literatuur. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1993c; 100: 407-11.
 8. Zijden van der MJML. Tandbederf bij schoolkinderen: verslag van een onderzoek onder vijf-, acht- en elfjarigen in Den Haag. *Epidemiol Bul Grav* 1993; 28 nr.1: 17-24.
 9. Westerhof H, Baan-van der Zijden MJML. Gebitsgezondheid van de jeugd: een onderzoek bij 5-, 12- en 18-jarige deelnemers van de Jeugd tandzorg in Den Haag. *Epidemiol Bul Grav* 1995; 30 nr. 1: 20-5.
 10. Cruickshank JK, Beevers DG. Migration, Ethnicity, Health and Disease. In: Cruickshank JK, Beevers DG (editors). *Ethnic Factors in Health and Disease*. London: Butterworth & Co Ltd, 1989.
 11. Donaldson L, Parsons L. Asians in Britain: the Population and its Characteristics. In: McAvoy BR, Donaldson LJ (editors). *Health Care for Asians*. Oxford University Press, 1990.
 12. Helman C. Cultural Factors in Health and Illness. In: McAvoy BR, Donaldson LJ (editors). *Health Care for Asians*. Oxford University Press, 1990.
 13. Taylor C. Asians in Britain - Origins and Lifestyles. In: McAvoy BR, Donaldson LJ (editors). *Health Care for Asians*. Oxford University Press, 1990.
 14. Truin GJ, König KG, Bronkhorst EM, Mulder J. Tandcariës bij Haagse schoolkinderen: een vergelijking van de onderzoeksresultaten van 1993 met die van 1989. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1993; 100: 427-31.
 15. Truin GJ, König KG, Bronkhorst EM e.a. Trends in cariësprevalentie bij de Haagse jeugd: een vergelijking van de onderzoeksresultaten van 1996 met die van voorafgaande jaren. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1997; 104: 7-11.
 16. Meulmeester JF. Voedingsonderzoek bij Turkse en Marokkaanse kinderen in Nederland. *Academisch Proefschrift*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1988.
 17. Westerhof H. Gebitsgezondheid van 12-16-jarigen: onderzoek bij deelnemers van de Haagse jeugd tandzorg. *Epidemiol Bul Grav* 1990; 25: 26-32.
 18. Wal van der MF, Wensel MP, Meulmeester JF, Pauw-Plomp H. Tandheelkundig preventief gedrag bij Nederlandse, Surinaamse, Marokkaanse en Turkse kinderen van 1 en 3-4 jaar. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1996; 74: 199-203.
 19. Schuurs AHB, Verrips GH. Tandheelkunde in Turkije en Marokko. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1993; 100: 318-9.

Vervolg van pagina 25

15. Mooy JM, Grootenhuis PA, de Vries H e.a. Prevalence and Determinants of Glucose Intolerance in a Dutch Caucasian Population. *Diabetes Care* 1995; 18 nr. 9: 1270-3.
16. Shelgikar KM, Hockaday TDR, Yajnik CS. Central rather than Generalized Obesity is Related to Hyperglycaemia in Asian Indian Subjects. *Diabetic Med* 1991; 8: 712-7.
17. McKeigue PM, Pierpoint T, Ferrie JE. Relationship of Glucose Intolerance and Hyperinsulinaemia to Body Fat Pattern in South Asians and Europeans. *Diabetologia* 1992; 35: 785-91.
18. McKeigue PM, Shah B, Marmot MG. Relation of Central Obesity and Insulin Resistance with High Diabetes Prevalence and Cardiovascular Risk in South Asians. *The Lancet* 1991; 337: 382-6.
19. Anonymous. Coronary Heart Disease in Indians, Pakistanis, and Bangladeshis: Aetiology and Possibilities for Prevention. *Br Heart J* 1992; 67: 341-2.
20. Anonymous. Avoiding Premature Coronary Deaths in Asians in Britain: spend now on Prevention or pay later for Treatment. *Br Med J* 1995; 311: 1035-6.

korte berichten

onder redactie van
J.M. Vroom-Jongerden

Onderzoek in het kort

Onderzoek naar incidentie van schizofrenie bij autochtonen en allochtonen in Den Haag

Op 1 april 1997 start de afdeling psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Utrecht, in samenwerking met de Psychiatrische Centra Rosenberg en Bloemendaal en de Haagse RIAGG'en, een onderzoek naar de incidentie van schizofrenie in Den Haag. Het is uitdrukkelijk het streven om iedere Hagenaar in de leeftijd van 15-54 jaar die voor het eerst wegens een psychose contact maakt met de gezondheidszorg in het onderzoek te betrekken. Het onderzoek duurt een jaar en in deze periode zullen dan 100-200 Hagenaars moeten worden onderzocht. De twee voornaamste onderzoeksvragen luiden:

1. Hoe hoog is de incidentie van schizofrenie in de voornaamste etnische groepen in Den Haag (autochtonen, Surinamers, Antillianen, Turken en Marokkanen)?
2. Hoe vaak gaat druggebruik vooraf aan het ontstaan van de eerste psychose?

De verontrustende berichten over een verhoogde incidentie van schizofrenie bij Surinamers en Antillianen in Nederland kunnen

in Den Haag, waar veel allochtonen wonen, goed op hun merites worden onderzocht. Ook zal er meer duidelijkheid komen over de rol van druggebruik. Het is thans niet met zekerheid bekend of druggebruik bij genetisch kwetsbare personen schizofrenie kan luxeren. De psychiatrische diagnose zal worden gesteld met behulp van een diagnostisch interview. Druggebruik zal worden aangetoond door analyse van een pluk hoofdhaar (gaschromatografie en massaspectrometrie). Het tijdstip van druggebruik kan worden vastgesteld door terug te rekenen in de tijd (haar groeit een centimeter per maand). De huisartsen in Den Haag zal worden gevraagd aan het onderzoek mee te werken door patiënten met een recent onstane psychose bij de onderzoekers aan te melden. Binnenkort zal de Haagse huisartsen een folder worden toegestuurd met alle relevante informatie, inclusief het telefoonnummer van de onderzoekers.

Voor informatie: Dr. J.P. Selten, tel. 030 - 250 74 73.

HIV-antistoffentests in Den Haag in de periode 1992-'95

Beschrijving van de gegevens

In samenwerking met alle Haagse ziekenhuizen, de Stichting Samenwerkende Delftse Ziekenhuizen (SSDZ), de Bloedbank en Meditel is een overzicht sa-

mengesteld van alle testen die in de periode 1992 tot en met 1995 op Haags grondgebied zijn aangevraagd. Het is goed mogelijk dat een aantal mensen meer dan een keer is getest.

In totaal zijn er in deze vier jaar 183.647 HIV-antistoffentests uitgevoerd (voor 1994 geen Meditelgegevens beschikbaar).

Tabel 1 laat het totaal aantal tests per instantie per jaar zien. Zoals te verwachten vindt een relatief groot aantal van deze tests plaats bij de Bloedbank.

De registratiegegevens zijn in figuur 1 uitgesplitst naar de soort inzender. Vanwege de leesbaarheid is de Bloedbank (de enige instantie die test in verband met bloeddonatie) weggelaten. Het aantal tests om verzekeringsredenen was over de jaren wisselend. Het aantal verzoeken van de huisartsen was vrijwel constant. Specialisten vroegen gaandeweg iets minder tests aan, terwijl in de 'restcategorie' het aantal steeg. In deze categorie is met name een stijging te zien van inzendingen vanuit het Penitentiair Complex Scheveningen en het Aids-spreekuur (avondspreekuur van de GGD, ingesteld voor mannen met homoseksuele contacten).

Er zijn bijna twee maal zoveel tests bij mannen als bij vrouwen uitgevoerd (1,9:1) (gegevens van

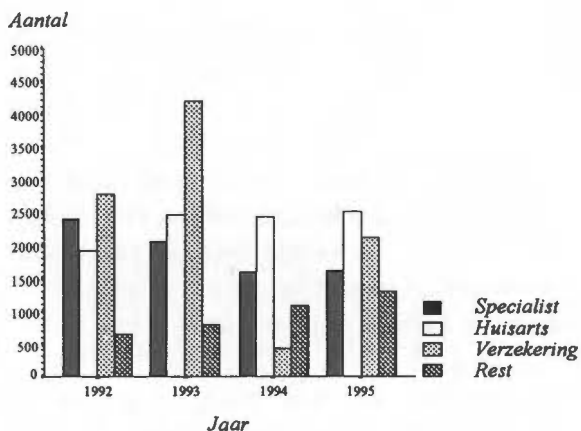
tabel 1

Aantal testen op HIV-antistoffen naar testlocatie. Den Haag 1992-1995.

Instelling	1992	1993	1994	1995
Bloedbank	34.865	37.976	39.302	41.376
Leyenburg Zkh.	2.106	2.490	2.143	1.994
Westeinde Zkh.	1.692	1.461	1.697	1.696
Bronovo Zkh.	678	736	766	902
Rode Kruis Zkh.	601	680	803	728
St.Samenw.DeiftseZkh.	184	260	148	249
Meditel	2.380	3.753	ontbreken	1.981

figuur 1

Aantal testen op HIV-antistoffen (uitgezonderd de testen bij de bloedbank) naar verwijzende instantie. Den Haag 1992-1995.



de ziekenhuizen Leyenburg en Westeinde niet meegerekend; geslacht niet geregistreerd).

De meest voorkomende leeftijd waarop getest wordt ligt in de leeftijdsklasse 20-39 jaar (48%), op de voet gevolgd door de leeftijdsklasse 40-59 jaar (43%) (gegevens van Leyenburg niet meegeteld). Kinderen en jongeren worden naar verhouding nauwelijks getest. Vrouwen worden vaker op jongere leeftijd getest dan mannen. Het hoogste percentage tests bevindt zich voor vrouwen in de categorie 20-39-jarigen (56%), voor mannen in de categorie 40-59-jarigen (49%).

Vanwege de grote invloed die de cijfers van de Bloedbank hebben

op het totale beeld is tevens gekeken naar de tests zonder de Bloedbank.

Nog steeds worden er dan meer tests afgenomen bij mannen dan bij vrouwen. De verhouding is nu 1,8:1. Ook zijn vrouwen nog steeds jonger op het moment van de testafname dan mannen, zij het dat in vergelijking met het totale aantal ook de mannen iets jonger zijn. De meeste mannen vallen in de leeftijdscategorie 20-39 jaar (62%); dit geldt ook voor de vrouwen (72%).

Van de 183.647 tests zijn er 269 met een positieve uitslag (0,15%). Ruwweg is 1:700 HIV-antistoffentests positief. Van deze 269 is van slechts ongeveer de helft (132) het

geslacht bekend. In deze groep blijken bijna tien keer zoveel mannen als vrouwen met het HIV geïnfecteerd te zijn (119:13).

Bij de seropositieven zijn dubbel-tellingen gecorrigeerd op geboortedatum.

Discussie

Tijdens de Wereld AIDS-conferentie (Vancouver '96) werd herhaaldelijk vermeld dat mensen die veel risico lopen op een HIV-infectie zich vaak niet laten testen wegens angst voor de bevestiging van een HIV-infectie. Deze mensen blijven meestal doorgaan met onveilig gedrag. Zou dit ook voor Den Haag kunnen gelden?

Verhoogd risico lopen verslaafden, mannen met homoseksuele contacten, prostitué(e)s en prostituanten. Ook jongeren lopen vanwege hun leeftijdsfase, experimenteelgedrag, wisselende seksuele contacten (onder andere seriële monogamie), moeite met het bespreekbaar maken van veilig vrijen en het kopen van condooms, nogal wat risico.

Een reden waarom meer mannen dan vrouwen zich laten testen zou kunnen zijn dat mannen zich meer bewust zijn van het risico op HIV-infectie dat zij hebben gelopen. Mannen worden ook wegens verzekering, bloeddonaatie en dergelijke vaker getest.

De GGD vraagt zich af of de drempel om zich te laten testen wellicht te hoog is. Er zijn signalen vanuit het veld dat bijvoorbeeld mensen die het Nederlands niet goed beheersen en die veel risico lopen op een HIV-infectie, gekoppeld aan culturele en religieuze dilemma's, de drempel om zich te laten testen niet over durven.

Actuele informatie

CLAS-project

Op 10 december 1996 zijn RIAGG Delft/Westland, RIAGG Westhage, Stichting Jeugdzorg Den Haag/Zuid-Holland Noord, Stichting Federatie Jeugdhulpverlening, Stichting Welzijnsorganisatie Haagse Hout en gemeente Den Haag, Dienst Welzijn/sector GGD/MZ, Regionaal Steunpunt Seksueel Geweld een samenwerkingsverband aangegaan ten behoeve van het CLAS-project Haaglanden. CLAS staat voor Contextuele Leergroepen voor Alle betrokkenen bij Seksueel geweld. Dit tweejarige project heeft tot doel een samenhangend behandelaanbod voor seksueel misbruikte jeugdigen en hun gezinsleden uit te voeren. De uitgangspunten en de werkwijze van het project zijn gebaseerd op de contextuele benadering van Boszormenyi-Nagy en de 'comprehensive approach' van Giarretto. Het betreft een uniek project waarvoor de grondslagen zijn ontwikkeld in Limburg (Jeugddorp Bethanië) en nu voor het eerst wordt uitgewerkt in een grootstedelijk gebied.

Naast de participerende instellingen leveren ook het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) en mogelijk het ministerie van Justitie een aandeel in de projectkosten.

Het Regionaal Steunpunt Seksueel Geweld (RSSG) zal de projectcoördinatie verzorgen. De uitvoering van de hulpverlening zal naar verwachting in april van start gaan. Dan vangt ook de stedelijke publiciteit aan.

Voor informatie: Marjan Groefsema, RSSG, tel. 070 - 353 55 84.

Aanwinstenlijst film en video 1995-96 van het Trimbos-instituut

De onlangs verschenen 'Aanwinstenlijst film en video 1995-96' van het Trimbos-instituut heeft betrekking op de circa zestig nieuwe producties die in de jaren 1995-96 zijn aangeschaft door de film- en videotheek van het (voormalige) NcGv. De nadruk ligt daarom op programma's op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg, met name de categorieën ouderen, psychiatrie, gehandicapten en seksualiteit. Wat nog ontbreekt is de categorie 'verslaving' die op dit moment wordt bijgewerkt en aangevuld met producties van het (voormalige) NIAD.

Wel kan al worden gewezen op twee interessante nieuwe producties op het gebied van de verslavingszorg, te weten: GOKKEN IS DOKKEN, een videoprogramma (plus handboek) over jongeren en gokverslaving, en BACCHUS DOET ZIJN WERK, een tweedelige televisiedocumentaire over alcoholverslaving. Beide programma's zijn beschikbaar via de film- en videotheek van het Trimbos-instituut.

De 'Aanwinstenlijst film en video 1995-96' kan tegen portokosten worden besteld bij de Film- en videotheek van het Trimbos-instituut, Postbus 725, 3500 AS Utrecht, tel. 030 - 297 11 13 (direct) of 297 11 00.

Master of Science in Epidemiology

Vanaf september 1997 biedt de Universiteit Maastricht het Engelstalige programma 'Master of Science Degree in Epidemiology' aan. Duur van het programma is

één jaar voltijd of twee jaar deeltijd. Het programma start 1 september 1997 en zal daarna in september van ieder academisch jaar aanvangen.

Nadere informatie: Tom Kuiper, Bureau Internationale Betrekkingen UM-FdGw, tel. 043 - 388 14 73, fax 043 - 326 03 90, E-mail tom.kuiper@facbufdgv.unimaas.nl.

Symposium

MCN-Congres: Gezondheidsproblematiek en ziektebeleving bij allochtonen

Donderdagmiddag 20 maart 1997 zal in Den Haag het MCN-Congres 'Gezondheidsproblematiek en ziektebeleving bij allochtonen' worden gehouden. Sprekers zijn J. van Rens, huisarts in de Schilderswijk in Den Haag, A.M.N. Makdoembaks, huisarts in de Bijlmer te Amsterdam, mevrouw N. Wasasi, regioconsulente Zuid-Holland bij PHAROS, het steunpunt gezondheidszorg voor vluchtelingen, en R. Offers, adjunct-directeur van Zorgverzekeraar AZIVO. Het MCN-Congres is onderdeel van het project 'Categoriale Patiëntenorganisaties en Allochtone Zorgvragers', een samenwerkingsproject van het Surinaams Regionaal Steunpunt (initiatiefnemer), het Regionaal Patiënten en Consumenten Platform Den Haag, de gemeente Den Haag, Dienst OCW/GVO en de Gezondheidsvoorlicht(st)ers Eigen Taal en Cultuur. Het geheel wordt gefinancierd door de provincie Zuid-Holland.

Inlichtingen: Paulus Drost, Suri-

naams Regionaal Steunpunt, tel. 070 - 364 48 56, fax 070 - 360 36 90.

Gelezen

Patiënten krijgen stem in behandelprotocol

In het Academisch Ziekenhuis Utrecht krijgen patiënten een stem in het behandelprotocol. Dat gebeurt in het 'Project 2-gesprek', waarbij patiënten hun wensen ten aanzien van behandeling en voorlichting voorleggen aan medisch specialisten. De onderhandeling hierover mondt uit in een behandelingsprotocol met communicatierichtlijnen voor de specialisten. Protocollering bestond al langer, maar het feit dat patiënten hier een stem in krijgen is nieuw. Patiënten worden steeds mondiger, en hebben meer in de melk te brokkelen. Deze trend komt naar voren in het januarinummer van 'Tijdschrift Gezondheidsvoorlichting' (TGV).

Aangifte infectieziekten

Op pag. 37 geven we een overzicht van de aangifte infectieziekten in de drie regiogebieden Den Haag, Delfland (locatie Rijswijk) en West-Holland (Voorburg/Leidschendam/Wassenaar/Zoetermeer). In dit maartnummer wordt de opgave per regio gespecificeerd.

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

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

- Van de 8 gemelde dysenteria bacillaris-patiënten liepen 5 patiënten hun besmetting op in het buitenland (onder andere in Turkije, India en Bosnië). Van 2 patiënten bleef de bron onbekend.

- Er werden 21 hepatitis A-patiënten gemeld. Hiervan werden een aantal in het buitenland (Turkije, Marokko en Pakistan) en een aantal via contacten met familieleden besmet. Ook werd een aantal patiënten via schoolcontacten besmet. Bij de laatste patiënten is waarschijnlijk sprake van onderrapportage omdat veel kinderen van school ziek naar huis werden gestuurd zonder dat daarna de huisarts werd bezocht of ingeschakeld.

- Van de 3 gemelde hepatitis B-patiënten liepen 2 patiënten (beiden vluchteling) hun besmetting op in respectievelijk Soedan en Pakistan. Van 1 patiënt bleef de bron onbekend.

- De aangegeven leptospirosis-patiënt werd tijdens vakantie in Thailand besmet.

- Van de 5 gemelde malaria-patiënten waren 3 patiënten besmet met Plasmodium falciparum (opgelopen in respectievelijk Gambia, Zaïre en Kameroen), 1 patiënt met P.vivax (opgedaan in India) en 1 patiënt met P.malariae (opgelopen in Pakistan). Alle patiënten hadden of geen profylaxe genomen of hun profylaxe niet volledig genomen.

- De 5 gemelde meningococcosis-patiënten waren kinderen in de leeftijd van twee tot elf jaar. In alle gevallen kregen hun familieleden profylaxe toegediend.

- De aangegeven morbilli-patiënt was gevaccineerd.

- De bron van de gemelde paratyphus-patiënt bleef onbekend.

- Voor de aangifte van pertussis hadden alle artsen via de GGD nieuwe richtlijnen toegezonden gekregen. Er werden 22 pertussis-patiënten aangegeven.

- De gemelde rubella-patiënt was niet gevaccineerd.

- Van de 64 aangegeven scabies-patiënten werden velen tijdens vakantie in het land van herkomst (onder andere Marokko en Turkije) besmet. De rest van de patiënten werd binnen de familie besmet.

- Van de gemelde voedselinfectie-patiënt bleef de bron onbekend.

Erratum

In het vorige nummer van het Epidemiologisch Bulletin is op pagina 20 verzuimd de naam van de ontwerper te vermelden. Hiervoor onze excuses. De actiepunten, gebaseerd op de uitkomsten van het leefwereldonderzoek onder 16-24-jarigen, zijn ontworpen door: Metamorfose ontwerpers, Deventer.

Aan deze rubriek werkten mee:

Mw. A.B.A. Broodbakker;

Mw. I. Burger;

Mw. F.E. de Jongh-Wieth;

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

J.P. Selden (AZU);

Mw. A. Tiemen (GGD Delfland-Rijswijk);

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	Den Haag 1996	West Hol- land 1995	Rijse- wijk 1996	Tot. regio 1996	1e kw regio 1996	2e kw regio 1996	3e kw regio 1996	4e kw regio 1996	
mens	inhalatie	difterie (B)									
		lepra (B)									
		meningococcosis (B)*	12	4		16	2	5	4	5	
		morbilli (B)	2	1		3		1	1	1	
		(atyp.) pertussis (B)**	33	26	7	66	4	3	11	48	
		rubella (B)	2			2		1		1	
		tuberculosis (B)	119	20		139	29	32	21	57	
		parotitis epidemica (C)	1	1		2	1	1			
	seksueel contact	gonorrhoea (C)	67	3	1	71	14	14	21	22	
		syfilis prim./sec. (C)	11			11			4	7	
		syfilis congenita (C)		2		2				2	
	seksueel cont./bloed	hepatitis B (B)1	12	2	1	15	3	5	2	5	
		HIV-infectie/Aids (1)***	35			35			6	29	
	faecaal/oraal	poliomyelitis (A)(2)									
		hepatitis A (B)(3)	56	2	2	60	19	13	5	23	
		dysenteria bacillaris (B)(3)	22	8	2	32	6	4	11	11	
	huid/kleding/bed	scabies (B)(4)	167	4	1	172	51	9	46	66	
	dier	inhalatie (faecaal materiaal)	ornithosis/psittacosis (B)	1			1		1		
			Q-koorts (B)(5)	1			1		1		
		insectebeet	lassakoorts (A)(6)								
febris recurrens (B)											
gele koorts (B)											
malaria (B)			18	4		22	2	5	8	7	
typhus exanthematicus (B)											
beet/speeksel		rabies (A)									
		pest (A)									
aanraking		anthrax (B)									
		tularemia (B)									
		brucellosis (B)(5)									
omgeving	inhalatie	legionella pneumonie (B)									
	consumptie	cholera (B)									
		trichinosis (B)									
		voedselvergiftiging (B)	2	37		39	31		7	1	
		febris typhoidea (A)	1	1		2		1	1		
		paratyfus B (B)	2	1		3			2	1	
		botulisme (B)(7)									
	contact (water/grond/dier)	leptospirosis (B)	1			1				1	
wondcontact (water/grond/beet)	tetanus (B)										
totaal		530	116	14	660	162	96	144	258		

(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