



epidemiologisch bulletin

*tijdschrift voor volksgezondheid en
onderzoek in Den Haag*

inhoud

volksgezondheid

*Dagboek van twee wijkverpleegkundigen
Mantelzorg: een stille tak van zorg
Stamppot of roti met kip*

epidemiologie

*Suïcidaal gedrag in Den Haag
Tandcariës bij 6- en 12-jarige Haagse schoolkinderen*

korte berichten

*jaargang 32, 1997
nummer 3*

Colofon

Juni 1997

32ste jaargang nr. 3

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 92

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

Volksgezondheid

- 'Kijk in de wijk'
Dagboek van twee wijkverpleegkundigen voor
zuigelingen en peuters
Mw. I. Korfage en Mw. P. Dillingh 1

- Overwegingen bij een 'stille' tak van zorg
Mantelzorg in beeld
H.T.A. Lucas 9

- Stampot of roti met kip
Mw. I. Boedjarath en H. Tenwolde 14

Epidemiologie

- Suïcidaal gedrag in Den Haag
W.J. Schudel en H.W.A. Struben 18

- Tandcariës bij 6- en 12-jarige Haagse schoolkinderen
*G.J. Truin, K.G. König, J. Mulder en
M.A. van 't Hof* 26

Korte berichten

31

'Kijk in de wijk'

Dagboek van twee wijkverpleegkundigen voor zuigelingen en peuters

Mw. I.J. Korfage en mw. P. Dillingh

De acht Haagse Centra voor Thuiszorg staan elk op drie poten: thuiszorg, thuishulp en ouder- en kindzorg. In het vorige bulletin het dagboek van twee consultatie bureau-artsen, die dagelijks laveren tussen blijdschap en verdriet. Deze keer de wederwaardigheden van twee wijkverpleegkundigen in verschillende Haagse stadsdelen. Ze staan ouders bij in het oplossen van hun opvoedingsproblemen, veelal rond het eten, slapen of huilen van de koter. Of soms tevergeefs: 'Waited for me? Ah, an appointment! I forgot.'

Ida Korfage werkt vijf jaar als wijkverpleegkundige op het consultatiebureau voor zuigelingen en peuters in het Regentesse/Valkenboskwartier in Den Haag. De bevolking is een mix van sociale strata. Er wonen autochtonen en allochtonen. Het land van herkomst is bij de niet-Nederlanders zeer divers. In 1993 werden er wel vijftig verschillende bevolkingsgroepen geteld: vooral Surinaams-Hindostaanse, Turkse en Marokkaanse families maar ook Pakistaanse en een vrij grote groep - meestal alleenstaande - Antilliaanse moeders. Omdat de bevolking zo divers is, is er geen grond voor een tolkenbureau. Meestal spreekt wel minstens één van beide ouders redelijk Nederlands, of komt een familielid mee om te vertalen. Blijft de taal een probleem en is er voldoende tijd dan kan de tolkentelefoon worden gebruikt.

Petra Dillingh werkt sinds 1995 als wijkverpleegkundige op het consultatiebureau voor zuigelingen en peuters voor de Haagse wijken 'Leyenburg' en 'Zuiderpark'.

Leyenburg is grotendeels na de Tweede Wereldoorlog gebouwd. De bewoners van deze wijk en van 'Zuiderpark' hebben voornamelijk een midden tot hoog sociaal niveau. In het Zuiderpark vestigen zich steeds meer allochtonen. Ze beheersen de Nederlandse taal in het algemeen redelijk. Wanneer er een taalbarrière ontstaat die ook niet met een meekomend familielid of buur kan worden opgevangen, dan worden de ouders naar het nabij gelegen consultatiebureau in de Van der Neerstraat (Schilderswijk) ver-

Over de auteurs:

Mw. I.J. Korfage en Mw. P. Dillingh werken als wijkverpleegkundige op een consultatiebureau voor zuigelingen en peuters van de Stichting Thuiszorg Den Haag. Eerstgenoemde is eveneens werkzaam op het Instituut voor Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

De Stichting Thuiszorg Den Haag beschikt over acht Centra voor Thuiszorg. Een centrum omvat drie taakeenheden: 'Thuiszorg' (wijkverpleging), 'Thuishulp' en 'Ouder- en Kindzorg'. De consultatiebureaus voor zuigelingen en peuters tot vier jaar vallen onder de Ouder- en Kindzorg.

Op het consultatiebureau werkt men zoveel mogelijk in dezelfde teams: een vaste consultatiebureau-artsen wijkverpleegkundige ondersteund door een assistente; dit om een zo goed mogelijke continuïteit in zorg te waarborgen. Het consultatiebureau is een 'nuldelijks'-voorziening.

De wijkverpleegkundige houdt (telefonisch) spreekuur op het consultatiebureau voor zuigelingen en peuters. Daarnaast bezoekt ze ouder en kind thuis. Ze roept een zuigeling minimaal vier en een peuter minimaal vijf keer op voor consult op het bureau en ze bezoekt een pasgeborene in ieder geval één keer thuis. De

ontwikkeling van het kind wordt daarmee ook in de 'eigen' leefomgeving gevolgd. Dit blijkt in de praktijk een waardevolle aanvulling te zijn op de waarnemingen van de consultatiebureau-arts(en de wijkverpleegkundige) die worden gedaan in de voor het kind vreemde omgeving van het bureau.

Zuigelingen worden in hun eerste levensjaar ook nog vijf keer opgeroepen voor een consult door de arts op het bureau. Voor de peuters zijn vijf gecombineerde consulten gepland: eerst bij de verpleegkundige en daarna bij de arts.

Verder geeft de wijkverpleegkundige opvoedingscursussen aan ouders die recent vader/moeder zijn geworden en participeert ze in samenwerkingsprojecten opgezet voor ouder en kind.

De arts richt de aandacht vooral op de medische aspecten van het kind, de wijkverpleegkundige op de aspecten aangaande de opvoeding.

wezen, waar voorzieningen voor 'tolken' aanwezig zijn.

Petra is hoofdzakelijk werkzaam in de wijk Leyenburg.

*Dinsdag: Ida Korfage,
Regentesse/Valkenboskwartier*

Mijn werkdag begint om half negen met het telefonisch spreekuur, dat in principe tot half tien duurt. We waren op maandag gesloten, dus er wordt veel gebeld vandaag. Mensen willen weten waarom hun baby zoveel huilt, of ze extra prikken moeten komen halen in verband met hun vakantie, hoe ze het afbouwen van de borstvoeding moeten aanpakken en waarom hun peuter ineens geen trek in eten heeft. Eten, slapen en huilen zijn de onderwerpen waar ouders het meeste over bellen. Soms is het ineens een onderwerp in de media dat ouders en masse in de telefoon doet klimmen, zoals indertijd de aandacht voor het loodgehalte in het drinkwater. Voor kinderen tot één jaar die flesvoeding krijgen en in een oud huis wonen kan dit schadelijk zijn.

Een mevrouw belde mij toen op: 'Wat moet ik nu?'

Ik zeg: 'Spa Blauw gebruiken voor de flesvoeding.' 'Mag het ook Bar-le-Duc zijn?'

'Ja, als het maar bronwater is zonder belletjes.'

'Oh ja', zegt de moeder vlak voor ze op wil hangen, 'Wat kan hij eigenlijk krijgen van dat lood?' 'Verminderde intelligentie ...', zeg ik.

'Oh, is dat alles? Dat geeft niet, hij is toch al te bijdehand.'

'... en gedragproblemen', vul ik aan.

'Dat is minder, dan ga ik toch maar bronwater halen.'

Na het telefonische spreekuur stap ik op mijn fiets voor mijn eerste huisbezoek van die dag, op weg naar een pasgeborene.

Zodra een baby is aangegeven op het stadhuis krijgen we daarvan bericht. Wanneer de baby ongeveer twee weken oud is nemen we contact op met de ouders en vragen we of ze gebruik willen maken van de diensten van het consultatiebureau. Zo ja, dan bezoeken we ze de eerste keer thuis. Ze hebben de baby dan ongeveer een weekje zonder kraamhulp verzorgd en dat levert meestal de nodige vragen op. Ik stel vragen over het verloop van de zwangerschap en de bevalling en regel de noodzakelijke administratieve zaken. Bij dat laatste moet ik ook vragen of ze lid zijn van Thuiszorg. Het lidmaatschap kost f 55,- per gezin. Wanneer je nog geen drie maanden lid bent en je wilt toch gebruik maken van de diensten van Thuiszorg dan komt daar sinds kort nog een boete bovenop van f 82,50! Die ouders krijgen dus een rekening van f 137,50!

Ouders die hierover niet goed geïnformeerd zijn - en dat geldt behalve voor allochtonen ook voor steeds meer autochtone ouders - zijn hiervan de dupe. Een bedrag van f 137,50 is niet gering, vooral wanneer een gezin van een klein inkomen moet rondkomen. De tijd dat iedereen van zijn of haar moeder hoorde dat het lidmaatschap van de kruis zorg erbij hoorde is definitief voorbij. Een boete krijgen voor iets waar je

je niet schuldig aan voelt schrikt erg af. Het hoge bereik dat het consultatiebureau nu heeft kan hierdoor ernstig in gevaar komen. Het consultatiebureau is een preventieve voorziening. Het is in ieders belang dat veel mensen daarvan gebruik maken. Dat is nu nog wel het geval, maar zal dit ook zo blijven bij zo'n hoge boeteheffing? Ik vind het des te wranger dat het beleid in Den Haag rondom de boete juist nu wordt aangescherpt terwijl er landelijk plannen bestaan om het verplichte lidmaatschap voor de ouder- en kindzorg af te schaffen.

Ik heb een afspraak met een jonge Antilliaanse moeder. Ze heeft twee weken geleden haar eerste baby gekregen. Als ik bij het afgesproken adres aankom, denk ik, dat ik me vergist moet hebben: een groot oud pand, dat compleet in de steigers staat en waar werkluï in en uit lopen. Ik stap naar binnen en loop 'joehoe' roepend de trap op. Daar komt moeder tevoorschijn. Ze lijkt niets bijzonders te vinden aan deze woonomgeving, die op mij afschuwelijk overkomt. Een heel leeg huis, alles onder het stof, veel herrie en daar zit je met je kleine baby op een klein kamertje. Ik zie nog een kakkerlak ook.

De baby ziet er gelukkig stralend uit, alles loopt lekker.

Mijn volgende bezoek betreft een kennismaking. Zo'n huisbezoek brengen we alleen als we bijzonderheden verwachten. Een jonge Angolese vrouw, als vluchteling naar Nederland gekomen, is met haar dochtertje van twee jaar in Den Haag komen wonen. Net als veel andere naar Nederland gekomen vluchtelingen woonde ze eerst buiten de grote stad, waar taalles en een woning werden geregeld en net als veel andere vluchtelingen vond ze het contact met haar vrienden en het leven in de grote stad toch aantrekkelijker. De consequentie van zo'n verhuizing



is dat de woonruimte veel minder tot vaak zeer slecht wordt en de huur onevenredig hoog. De vele huisjesmelkers, die daar in Den Haag een dikke boterham aan verdienen, varen er wel bij. Het is werkelijk ongelooflijk wat mensen moeten betalen voor een piepklein kamertje met muizen, kakkerlakken en een pislucht op de gang. De huur gaat uiteraard handje contantje.

Ook deze vrouw woont met haar dochtertje op één kamer. Getuige de vele soorten muziek die ik hoor wonen er heel wat meer mensen in het pand. Het dochtertje steekt meteen een heel verhaal tegen me af in een taal, die ik niet versta. Het is vast interessant, want het gezicht van het meisje glanst onder het vertellen van plezier. Benieuwd vraag ik moeder, wat haar dochter vertelt. 'Ik versta het ook niet', zegt moeder, het is haar eigen taal! Moeder zelf spreekt Angolees, Portugees, wat Frans en gelukkig ook aardig Nederlands. Als we al een kwartiertje over Denise praten, over de vaccinaties die ze heeft gehad en over haar woordenschat, vraagt moeder voorzichtig wie ik eigenlijk ben. Ik reageer verbaasd, ze heeft zelf onze brief positief beantwoord en ik heb vervolgens deze afspraak met haar gemaakt. Waarop ze antwoordt dat ze dat gedaan heeft omdat haar buurman zei dat ze het moest doen, maar ze wist eigenlijk niet waarvoor het was...

Terug in het wijkgebouw moet ik wat telefoontjes plegen. 's Middags heb ik zuigelingenconsultatiebureau. Er staan tien afspraken van een kwartier gepland. Er komen acht ouder(s) met kind. Met deze baby's gaat het uitstekend. Maar de twee die niet zijn verschenen zijn juist degenen die ik graag had willen zien. Eén van hen is een heel kleine twee maanden oude baby van net drie kilo. Haar moeder bleek haar maar drie flessen van 100 cc te geven. Dit is minder dan de helft van de normale hoeveelheid op deze leeftijd. Afgelopen vrijdag heb ik er bij moeder op aangedrongen, dat ze echt zes keer per dag een fles moet geven. Vandaag wilde ik de baby op het consultatiebureau opnieuw wegen. Ik bel op en vraag waarom ze niet is gekomen. Het antwoord luidt: 'It is raining, weet je wel'. Ik maak een afspraak met moeder en kind op het consultatiebureau, morgenochtend. Vervolgens bel ik mijn andere zorgkindje. 'Hello', klinkt het nors.

'Met Ida van het consultatiebureau.'

'Heeeellooooo', klinkt het nu enthousiast, 'it's me! How are you?'

'I'm fine, but I waited for you this afternoon.'

'Waited for me? (vertwijfeld) Aaaaah, an appointment! (verheugd) I forgot.'

Ook met deze moeder maak ik een nieuwe afspraak. Natuurlijk kunnen we niet iedereen opbellen die niet op het bureau komt, maar soms vinden we het absoluut noodzakelijk.

*Dinsdag: Petra Dillingh
Leyenburg/Zuiderpark*

Gelijk om 8.30 uur wanneer het telefonische spreekuur begint belt een moeder met een vraag over het afbouwen van borstvoeding. Na nog vijf à zes telefoontjes, toevallig allemaal over de voeding, is het rustig.

De rest van de ochtend bezoek ik een moeder met een dochtertje van ongeveer elf maanden oud met slaapproblemen. Ze meldt zich wel acht keer in een nacht, waardoor de pa en ma geen oog meer dicht doen. Moeder, oververmoeid, loopt overdag op alles scheldend door het huis. Ik vraag haar wat ze al allemaal heeft geprobeerd om de kleine te troosten en in slaap te krijgen. Ze antwoordt dat ze hun dochtertje meestal opnemen en tussen hen in leggen in het 'grote-mensen-bed'. Na ongeveer anderhalf uur praten is moeder een stuk rustiger, ze kon haar verhaal nu eindelijk kwijt. Ik reik haar nog wat nieuwe ideetjes aan, als een klein logeerbedje in de ouderslaapkamer en de baby leggen bij (één van) de andere kinderen en spreek met haar af dat ik contact houd en wijs haar op de mogelijkheid van nog een extra huisbezoek, als het haar allemaal te veel wordt.

's Middags heb ik zitting op het zuigelingenbureau. Het spreekuur neem ik waar voor een collega. Het verloopt allemaal lekker vlot. Bij een baby van twee maanden valt me op dat de hummel z'n linker armpje minder meebeweegt. Wanneer ik moeder erop attendeer, reageert moeder verbaasd: ze had het nog niet opgemerkt. Ik zeg: 'Wanneer het zo blijft laat de dokter er in ieder geval de volgende keer even naar kijken of maak eerder een afspraak wanneer u zich zorgen maakt'. Na het spreekuur, wanneer ik de kinderen van die middag met de arts nabespreek, stel ik de arts hiervan alvast op de hoogte.

*Woensdag: Ida Korfage
Regentesse/Valkenboskwartier*

Om tien over half negen heb ik een afspraak met de moeder die gister niet kwam in verband met de

regen. Het regent nog steeds en dat is ook het eerste waar ze over begint wanneer ze binnenkomt. Het ukkie is gelukkig aangekomen: 350 gram in vijf dagen tegenover 150 gram in de maand daarvoor. Ik druk moeder nogmaals op het hart door te gaan met zes voedingen per dag. Moeder wil pas over een maand weer komen. Dat vind ik wat lang en ik maak een afspraak voor over een week.

Later in de ochtend heb ik overleg met het team van het veiligheidproject. We willen in de wijk Regentesse/Valkenboskwartier voor kinderen onveilige situaties (in- en om het huis) onder de aandacht brengen van ouders en leidsters van peuterspeelzalen en kinderdagverblijven. In eerste instantie zijn leidsters bijgeschoold op het gebied van veiligheid en EHBO. Vervolgens zijn bijeenkomsten voor ouders georganiseerd. Er bestond volop enthousiasme, veel ouders gaven zich op maar de feitelijke opkomst viel tegen.

Vervolgens een zuigelingenhuisbezoek in een straat net buiten onze wijk. Vroeger moesten we ons heel strikt houden aan onze wijkgrenzen. Tegenwoordig hebben de ouders de mogelijkheid om te kiezen. Soms hebben ze al ervaring met een consultatiebureau en willen ze daar blijven, ook na een verhuizing. Soms hebben ze speciale wensen omtrent afspraaktijden. Nu hebben kort na elkaar drie gezinnen uit dezelfde straat zich bij ons consultatiebureau gemeld. Zou het afgesproken werk zijn?

De moeder van de baby zit al klaar met een pot koffie, alle papieren die ik nodig heb en een lijstje met vragen voor mij. Zo georganiseerd maak ik het zelden mee.

Terug in het wijkgebouw, terwijl ik wat 'regel-dingetjes' doe, lopen er twee moeders spontaan binnen met hun baby's. De één is een couveusebaby, net drie dagen thuis. De baby is goed gegroeid, een hele geruststelling voor de ouders.

De andere moeder komt voor het eerst op het bureau, ze vindt het mogen wegen zo'n service, dat ze een pak koekjes voor ons heeft meegenomen. Haar baby is sinds vier weken maar liefst twee kilo aangekomen!

's Middags leg ik twee zuigelingenhuisbezoeken af. Voorheen werkte ik in een wijk met ouders, die over het algemeen redelijk tot hoog opgeleid waren, die goed Nederlands spraken, die goed gehuisvest waren en waar bijna elke baby zo niet gepland dan toch wel zeer gewenst was. Ik dacht in die dagen nooit na over

de eventuele noodzaak van het geven van voorlichting over anti-conceptie. Tegenwoordig begin ik bij elk zuigelingenhuisbezoek over het gebruik van anti-conceptie. Er worden hier veel vrouwen zwanger tijdens pilgebruik, omdat ze de regels voor het gebruik ervan niet goed genoeg kennen. Aan de voorlichting zelf ontbreekt ook nogal eens wat, als ik de verhalen van de moeders mag geloven. Er zijn - zo lijkt het - nog huisartsen die zeggen dat zwanger worden tijdens het geven van borstvoeding niet kan. Soms zijn de instructies ook lastig op te volgen: een vrouw slikte de driefasenpil niet in de goede volgorde, want ze bleek analfabeet te zijn. Daarom vind ik het belangrijk dat vrouwen weten dat ze vragen over anticonceptie altijd kunnen stellen op het consultatiebureau.

*Woensdag: Petra Dillingh
Leyenburg/Zuiderpark*

Na het telefonische spreekuur verricht ik twee 'eerste' huisbezoeken. Ik bel aan en een vrolijk kijkende moeder doet de deur open. Ze is moeder geworden van een jongetje van zeven pond. De bevalling was zwaar, maar is gelukkig zonder problemen verlopen. De borstvoeding is goed op gang gekomen. Ik geef moeder advies over vitaminegebruik (vitamine K en vitamine D) belangrijk nu de baby alleen borstvoeding krijgt. Daarna bekijk ik de baby om te zien of hij niet geel is en controleer ik het naveltje of het mooi is hersteld. De afspraak voor het eerste bezoek aan het consultatiebureau schrijf ik in het 'groeiboekje' samen met de namen van de consultatiebureau-arts en de wijkverpleegkundigen.

Snel fiets ik naar het bureau om de nodige spullen voor het tweede huisbezoek te pakken.

Onderweg kom ik een moeder tegen die ik een week tevoren naar de huisarts had verwezen, omdat haar acht weken oude zontje een oranjekeurige substantie spuugde.

Het mannetje bleek een schimmelinfectie in de slokdarm te hebben. Moeder was blij dat het nu allemaal weer beter gaat, hij drinkt weer goed en huilt ook een stuk minder.

Nu dus iets te laat op het adres van mijn tweede huisbezoek. Een vrouw in ochtendjas doet open, ze lacht, maar haar ogen zien er moe uit. Ik laat haar rustig het verhaal van de zwangerschap en bevalling

vertellen. Haar man komt erbij zitten. Ze vertelt dat de borstvoeding voor haar een worsteling is. Ze heeft tepelkloven die verschrikkelijk veel pijn doen. Haar baby huult 's avonds en 's nachts veel. Om de moeder wat te ontlasten, besluiten we om de baby ook een flesje met volledige zuigelingenvoeding (kunstvoeding) te geven. Ik leg uit hoe ze melk kan afkolven. Verder adviseer ik haar koude kompressen te gebruiken vanwege harde pijnlijke plekken in de borsten.

's Middags heb ik zuigelingenbureau. Er staan zes kinderen van vier maanden op het programma, dus zijn er behoorlijk wat vaccinaties uit te delen. Bij het vier-maanden-consult verandert er veel voor de ouders in het voedingsschema. Dit is het moment dat de baby in de regel overstapt van vloeibaar naar wat vast voedsel. Veel ouders kunnen bijna niet wachten met het geven van het eerste fruit- en groente-hapje.

Als laatste komt een moeder met een dochtertje van tien maanden binnen. Voor het Van Wiechen-onderzoek *) zet ik het meisje midden op tafel en laat het los zitten (moeder had namelijk enthousiast verteld dat haar dochtertje al kon zitten). Ik bekijk de rug eens goed en twijfel of het meisje niet te veel op de onderrug zit. Ik haal de arts er even bij. Ze bevestigt mijn vermoeden en geeft de moeder wat aanwijzingen. Moeder zal met haar dochtertje wat spelletjes doen om de rugspieren te 'trainen'.

Verder die middag vindt er eigenlijk weinig bijzonders plaats. Ik verricht wat administratieve werkzaamheden en moet nog wat moeders terugbellen. Ook zijn er weer nieuwe geboortebereichten binnengekomen. Ik vraag de telefoonnummers bij ptt-inlichtingen op en bel moeders voor een bezoek aan huis. Sommige moeders hebben direct al wat vragen. Een moeder wil heel graag de baby even komen laten wegen, omdat ze onzeker is over het gewicht van de baby. Ouders stellen zich in deze wijk meestal zeer actief op en hebben veel vragen.

*Donderdag: Ida Korfage
Regentesse/Valkenboskwartier*

Vanmorgen neem ik deel aan een workshop over de sociaal-emotionele ontwikkeling van peuters en kleuters. Een interessant onderwerp, waarvoor tegenwoordig veel belangstelling bestaat. Er worden verschillende projecten met dit thema gedemonstreerd,

*) Het Van Wiechen-schema is een leidraad voor psychomotorische en sociale ontwikkeling van het kind. Sinds kort is er een nieuw Van Wiechen-schema, waarbij een aantal testen vaker wordt herhaald en beter de kwaliteit van het uitvoeren door het kind wordt meegenomen.

maar helaas is er weinig bij dat praktisch goed toepasbaar is op het consultatiebureau.

Sommige gezinnen, waarvan we van de gemeente hebben doorgekregen dat ze onlangs een baby hebben gekregen, reageren niet op onze brieven. Na twee onbeantwoorde brieven gaan we dan op eigen initiatief op huisbezoek. Soms is het gezin inmiddels (tijdelijk) verhuisd. Soms begrijpen ze de brief niet of maken ze geen officieel ogende brief meer open, bang voor de zoveelste rekening.

Vanmiddag fiets ik een rondje langs deze adressen. Ik heb ook nog een adres op mijn lijstje staan waar volgens het Bureau Vertrouwensartsen een baby moet wonen, die we nog nooit hebben gezien. En verder staat een moeder met peuter op mijn lijstje die uit een asielzoekerscentrum komt en in onze wijk is komen wonen. Ze heeft niet op onze brief gereageerd en ik besluit te gaan kijken.

Bij mijn eerste adres doet een jong stel enthousiast de deur open. Nee, ze hebben geen baby, roepen ze in koor.

'Nog niet', voegt de jongen er aan toe.

Verbaasd kijkt z'n vriendin hem aan. 'Maar ik ben nog helemaal niet ...'

'Maar over een jaar wel', zegt hij vol vertrouwen.

Ze wonen pas drie weken op dit adres, de baby hoorde vast bij de vorige bewoners.

Terwijl ik mijn fiets op slot zet bij mijn volgende adres, zie ik net iemand het pand verlaten. 'Meneer, meneer', roep ik snel. Hij kijkt verbaasd. Ik leg uit waarvoor ik kom. Ja, hij kent die baby wel, die is van zijn vriend. Die vriend woont tegenwoordig op de 'De la Reywegstraat'. Welk nummer? Dat weet hij niet. Hij kijkt peinzend naar mijn fiets en zegt dan: 'Ik rijd er wel heel langzaam naar toe, fiets er maar achteraan. Een leuk aanbod, maar ik neem het niet aan. De De la Reyweg is nogal lang en ligt niet in mijn wijk. Ik geef de man een boodschap mee voor zijn vriend.

De volgende deur heeft geen bel. Ik klop op de deur en roep 'joehoe' door het gat waar vroeger de brievenbus zat. Geen reactie. De volgende deur heeft wel drie bellen, maar ook hier geen reactie. Helaas. Zes adressen later geen concrete oogst vandaag.

Om half vier heb ik overleg met de voorbereidingsgroep van de Speel-doe-dag. Met medewerkers van

het opbouwwerk, welzijnswerk, bibliotheek en consultatiebureau willen we een dagprogramma samenstellen waarop ouders met hun kinderen in de leeftijd van nul tot en met zes jaar kunnen spelen. Het thema is zintuigen. De bedoeling is dat ouders zien en ervaren hoe leuk het is met hun kinderen iets te doen. De rol van mij bestaat uit meedenken en (mee) organiseren.

*Donderdag: Petra Dillingh
Leyenburg/Zuiderpark*

Vanmorgen organiseren mijn collega en ik een groepsbijeenkomst 'Omgaan met je baby' voor moeders met een eerste kindje tot vijf maanden oud. Tijdens het eerste huisbezoek krijgen de ouders informatie over deze facultatieve 'ouder-, en kindbijeenkomsten'. Er komen zeven vrouwen met hun eerste baby die elkaar vertellen wat ze zo al leuk en minder leuk vinden aan het moederschap. Het wordt een gezellige ochtend terwijl de voeding, het troosten en het wel of niet plaatsvinden van een kraamfeest volop aandacht krijgen. De meeste moeders geven zich op voor de volgende bijeenkomst. Ze willen graag dat dan aandacht wordt besteed aan babymassage en hoe je je baby het beste kunt dragen.

's Middags heb ik peuterbureau. Een moeder komt met een meisje van vijftien maanden oud. Ze heeft net de BMR-prik bij de arts gekregen. Moeder moet er nog even van bijkomen, want haar dochtertje was zo sterk dat het haar flink wat inspanning heeft gekost haar in bedwang te houden.

Na wat gepraat over het veranderende gedrag van haar dochtertje (ze is behoorlijk haar wereldje aan het ontdekken en heeft ook een heel eigen wil ontwikkeld), bied ik moeder een peuterhuisbezoek aan. De moeder vindt dit een uitstekend idee. De eigen huiselijke omgeving is ontspannender dan de spreekkamer waar je weet dat er nog andere ouders in de wachtkamer zitten te wachten.

De mogelijkheid van een peuterhuisbezoek door de wijkverpleegkundige bij eerstelingen van ongeveer achttien maanden bestaat bij ons sinds een jaar. We noemen de mogelijkheid in de regel wanneer de peuter vijftien maanden is. Dit kan op indicatie zijn maar in de meeste gevallen is dit niet het geval.

Na het peutersprekuren praat ik nog even met de arts na. Ze maakt zich zorgen over een moeder met een jongetje van 2½ jaar. Het jongetje is in z'n gedrag moeilijker en moeilijker geworden. Ik had van de

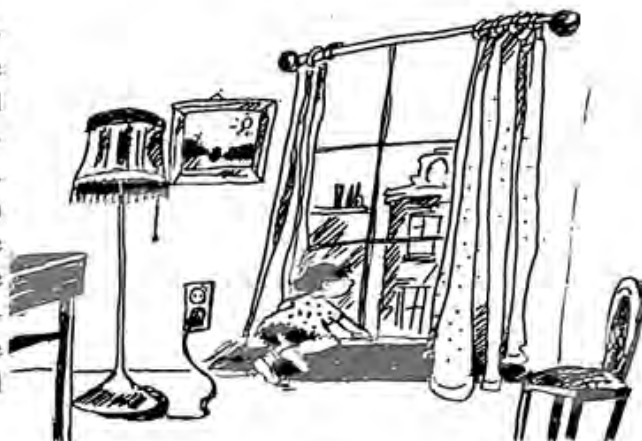
moeder gehoord dat ze in scheiding ligt. We besluiten dat ik haar over een week eens opbel om te vragen hoe het gaat en opper ook de mogelijkheid van videohometraining voor haar. Dit is een (kosteloze) voorziening die Stichting Jeugdzorg aanbiedt. Hulpverleners kunnen bij opvoedingsproblemen in een gezin thuis videobeelden laten opnemen die naderhand met de ouders worden besproken. Bij de analyse van de videobeelden krijgen juist de momenten dat ouders 'het goed doen' aandacht, de geslaagde contactmomenten tussen ouder en kind worden zo bekrachtigd.

*Vrijdag: Ida Korfage
Regentesse/Valkenboskwartier*

Eerst spreekuur, ook voor de aangrenzende wijk. Een gezellig druk spreekuur met weinig bijzonderheden. Als ouder van een baby heb je het vooral druk met verzorgen: voeding klaarmaken, badderen en luiers wisselen. Maar wordt een baby peuter dan wordt er een heel ander beroep op de ouder(s) gedaan: omgaan met driftbuien, met 'sellef' doen, met niet willen eten, niet willen slapen. Dat is soms even wennen. Ouders kunnen als hun oudste kind anderhalf jaar is, een afspraak maken voor een peuterhuisbezoek. We bespreken dan de ontwikkeling van het kind op deze leeftijd en over de mogelijkheden voor ouders om daar op in te spelen.

Vandaag heb ik een afspraak voor een huisbezoek bij de ouders van Claudia, een echte peuter. De vorige keer dat ik hen sprak op het consultatiebureau, merkte vader langs zijn neus weg op, dat hij het zo vreemd vond, dat Claudia steeds misselijk werd, als ze op haar hoofd viel. Vooral dat steeds vond ik alarmerend. Moeder spreekt geen Nederlands en ik geen Spaans, bovendien is ze gedurende het huisbezoek continu aan het kokkerellen. Ik richt mij dan ook verder tot vader, die zich wel zeer betrokken toont. We bespreken de veiligheid in huis. In de huiskamer - op de vierde etage! - bevindt zich een heel laag raam.

Verder hebben we het over de verminderde eetlust van Claudia. Dit is heel normaal op deze leeftijd: peuters groeien niet meer zo hard en hebben daardoor minder behoefte aan eten. Dat is voor de ouders even wennen. Het 'goed eten' kan een ware machtsstrijd worden tussen ouder en kind en de relatie tussen de ouders onderling kan er ook flink onder lijden. Goede voorlichting op het juiste mo-



ment kan veel ellende besparen.

Daarna ga ik op de gok op bezoek bij een moeder van een couveusekindje, dat gisteren thuis is gekomen. Vijf deurbellen, de tweede is raak. Moeder en kind zitten er tevreden bij in de huiskamer die tegelijk ook slaap- en babykamer is. Alles gaat naar wens en moeder heeft weinig vragen. Na een half uurtje vertrek ik weer.

's Middags is het peuterbureau. We hebben hiervoor zo'n dertien peuters opgeroepen.

De eerste peuter is een jongetje met een waterhoofd. Als kleine baby heeft hij een drain gekregen, waardoor zijn hoofdje iets geslonken is. Hij kan zijn hoofdje nu een beetje optillen. Hij maakt contact door te lachen en hij maakt geluidjes. Moeder is zielsblij met deze vooruitgang.

Hierna komt een moeder met een baby voor een uitgestelde vaccinatie, een ander komt voor een baby met eczeem en de volgende komt helemaal niet.

Dan een Turkse tweeling met stralende blauwe ogen. Hun moeder woont van kleins af in Nederland. De ogentest, die vanaf twee jaar en negen maanden wordt afgenomen, lukt nog niet. De meisjes kunnen nog te weinig plaatjes benoemen. Een tweeling leert vaak wat later praten, ze begrijpen elkaar meestal toch wel. Bovendien moet deze tweeling twee talen leren: thuis Turks en op de crèche Nederlands.

Vervolgens komt een echtpaar tussendoor. Twee weken geleden ging ik bij hen op zuigelingenhuisbezoek. De baby had een laag geboortegewicht en vanuit het ziekenhuis had men ons om een vervroegd huisbezoek gevraagd. De baby was toen ik kwam net een dag thuis en de ouders hadden veel vragen, ze wilden alles zo goed mogelijk doen. Zo waren ze op de hoogte van de risico's van het dekbedje en hadden hun baby daarom in een slaapzak te slapen gelegd.

Maar hoe! De ouders hadden een dekenmodel slaapzak in een dekbedhoes gestopt en hun baby daartussen geschoven. Hieruit bleek mij maar weer eens dat je met voorlichting niet duidelijk genoeg kunt zijn. Voorzichtig vertelde ik de ouders toen, dat dit niet wordt bedoeld met 'een slaapzakje'. Een babyslaapzakje heeft namelijk armsgaten. Als de baby draait, draait de slaapzak mee. Een kind kan er dus niet verstrikt in geraken. Toen ik dat vertelde ware ze volledig uit het veld geslagen.

Nu, vanmiddag, komen ze de baby wegen, die goed gegroeid blijkt te zijn.

Een moeder komt met haar zoontje van drie jaar. De moeder is doof, ze spreekt gebarentaal en Nederlands. De vader van het ventje spreekt Spaans. Tarik zelf spreekt helemaal niet. In overleg met het kinderdagverblijf, waar Tarik vijf dagen per week is, hebben we logopedie voor hem geregeld, maar tot dusverre levert dit nog niet zoveel resultaat op.

Ten slotte komen nog drie klantjes keurig op tijd en komt een moeder die we eigenlijk twee uur eerder hadden verwacht. Om half zes schakelen we de telefoon uit en het alarm in. Weekend.

*Vrijdag Petra Dillingh
Leyenburg/Zuiderpark*

Na het telefonische spreekuur heb ik een peuterhuisbezoek afgesproken. Ik ben altijd benieuwd hoe zo'n gesprek zonder vaste agenda zal verlopen.

De deur wordt opengedaan en ik word door de moeder enthousiast begroet met: 'Hoi, hoe gaat het? Het is alweer ruim anderhalf jaar geleden dat ik bij dit gezin op zuigelingenhuisbezoek ben geweest.

We gaan zitten op de bank en haar man komt er gezellig bij zitten. Ik leg ze uit wat de bedoeling van het peuterhuisbezoek is. Ze komen gelijk met wat vragen, zoals 'hoe moet je reageren als het zoontje een driftbui krijgt'. Ik vraag de ouders of ze zelf al wat hebben geprobeerd. Natuurlijk weten ze wel wat het beste bij hun zoontje past, maar ze willen ook graag van mij horen of ze het goed doen. Ik bevestig dat ze het prima doen. Ik leg ze uit wat het gedrag van hun kind betekent en waarom peuters zo in hun gedrag veranderen.

Verder geef ik wat anticiperende voorlichting over het speelgedrag van kinderen tussen de twee en vier jaar. Ook geef ik wat adviezen over zindelijkheidstraining.

Bij het huisbezoek zie je direct de woonomstandig-

heden en de beperkingen die er zijn voor de peuter bij het spelen en het ontdekken.

Na een uur en een kwartier stap ik tevreden op, de ouders lachend en zwaaiend samen met zoonlief achterlatend.

Zo nu snel wat eten en beginnen aan de 'vakantie-themahoek'.

Ieder seizoen hebben we op het consultatiebureau een thema waar we aandacht aan besteden. Dit seizoen is dat 'veilig op reis met kleine kinderen'. Het foldermateriaal dat we gebruiken is afkomstig van verschillende instanties, zoals de Stichting Consument en Veiligheid, de GGD en Thuiszorg Den Haag.

De themahoek heb ik vorig jaar samen met een collega gemaakt, dus het enige wat ik nu hoeft te doen is de oude themahoek opruimen. Alle folders van de vakantiehoek selecteren en mooi uitstellen in onze grote wachtkamer.

En zo zit deze korte week er weer op.

Overwegingen bij een 'stille' tak van zorg

Mantelzorg in beeld

H.T.A. Lucas

De term 'mantelzorg' werd precies twintig jaar geleden geïntroduceerd door professor Hattinga Verschure en geeft plastisch weer wat ermee wordt bedoeld: zorg die wordt gegeven door familie, buren of vrienden. Die stille verzorgers verzetten ongekend veel werk, maar staan in de discussie over 'de zorg' nogal eens in de schaduw. "Een maatschappelijke opwaardering zou tot gevolg kunnen hebben dat er interesse komt voor hun 'werkomsandigheden', waaruit mogelijk een discussie kan volgen over hun rechten."

'Nog niet zo lang geleden verzorgde ik mijn man helemaal in mijn eentje. Hij is al jaren ziek en kan niet meer zo veel zelfstandig. Nadat ik zelf met een hartinfarct in het ziekenhuis ben opgenomen, heb ik de zorg voor mijn man moeten overdragen. Ik heb het daar nog steeds moeilijk mee; jaren heb ik voor hem gezorgd en nu kan ik het niet meer. Ik zou het nog steeds liever zelf doen maar lichamelijk kan ik het niet meer opbrengen. Mijn man is een rolstoelpatiënt. Hij kan zonder hulp van twee personen niet rechtop in zijn stoel worden geholpen. Doordat hij zelf niet uit de voeten kan en daarom veel thuis is, ben ik ook aan huis gebonden, want ik kan hem toch niet alleen laten. De kinderen zijn wel lief en komen veel, maar die weten niet echt hoe het hier is. Voor hen is het een bezoekje en ze gaan daarna weer naar huis ...'

Deze introductie schetst een leefsituatie van een mantelverzorgster. Mantelverzorg(st)ers zijn mensen die dagelijks de vaak intensieve zorg op zich nemen voor een hulpbehoevende partner, (schoon)ouder, vriend of goede buur. Dit artikel besteedt aandacht aan deze grote groep 'stille' verzorgers. De 'zorg' is bijna dagelijks onderwerp van (politieke) discussie, maar deze groep staat daarbij dikwijls in de schaduw. Allereerst wordt het begrip 'mantelzorg' nader uitgewerkt: de kenmerken worden beschreven evenals de aard en de omvang. Vervolgens wordt gekeken naar de problemen waarmee mantelzorgers te maken

Over de auteur:

H.T.A. Lucas, GVO-functionaris, werkzaam bij de GGD, afdeling Gezondheidsvoortlichting en -Opvoeding, Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn Den Haag.

hebben; de behoeften van mantelzorgers krijgen aandacht en ten slotte wordt gekeken naar de (Haagse) ondersteuningsmogelijkheden die er op dit moment zijn of eventueel nog kunnen worden ontwikkeld.

Wat is mantelzorg?

Zorg gegeven door familieleden, buren of vrienden van betrokkene heet mantelzorg. Een term die in 1977 door Prof. Hattinga Verschure werd geïntroduceerd. De naam verwees naar de 'liefdevolle mantel van zorg die de patiënt omgeeft'. Want dat is meestal de basis van deze hulpverlening.

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid heeft in 1991 een 'Advies ondersteuning mantelzorg' uitgebracht. Daarin werd mantelzorg als volgt gedefinieerd:

'Zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven aan een hulpbehoevende door één of meer leden uit diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie'.

Deze omschrijving, hoe formeel ze ook mag klinken, is er één met een vlag die de lading behoorlijk dekt. Het maakt duidelijk dat het gaat om het verlenen van zorg, niet professioneel van karakter, en waarbij in strikte zin niet kan worden gesproken van 'vrijwilligheid' (2). De sociale relatie tussen mantelzorger en verzorgde betekent in veel gevallen dat er een - onuitgesproken - morele plicht bestaat om voor de ander te zorgen. Het zijn emotionele verplichtingen die hun oorsprong vinden in het gevoel voor die ander. De ander kan een familielid zijn of een huisgenoot, maar ook een goede buur of vriend.

Het Burgerlijk Wetboek geeft aan dat echtgenoten elkaar getrouwheid, hulp en bijstand zijn verschuldigd, al wordt dit niet nader geëxpliciteerd. Het wordt in Nederland in het algemeen als normaal beschouwd dat partners voor elkaar (blijven) zorgen, ook in moeilijke omstandigheden. Mantelzorg ziet men als iets vanzelfsprekend, waardoor er in strikte zin lang niet altijd kan worden gesproken van een keuzevrijheid om te zorgen (2). Deze vanzelfsprekendheid maakt dat deze zorg dikwijls onopgemerkt blijft.

Zorgen voor een ander kan een heel positieve ervaring zijn. Het is voor veel mensen heel bevredigend om veel voor de ander te kunnen betekenen,

juist op het moment dat hij of zij dat nodig heeft. Maar aan de andere kant kunnen daarbij ook schuldgevoelens en gevoelens van onmacht naar boven komen; denk maar aan een naderende dood van een geliefd persoon.

Vrijwel elke vorm van zorg vindt tegenwoordig plaats na een indicatiestelling: voordat er daadwerkelijk hulp wordt geboden is de aanvraag al over veel schijven gegaan. Mantelzorg onderscheidt zich daarvan. Dit wordt gegeven zonder tussenkomst van anderen en is dus ongeorganiseerd. Het begint dikwijls met kleine dingen: een boodschapje doen, de afwas of de was. Daarna volgt helpen met douchen, met toiletgebruik en ga zo maar door. Dit sluipende karakter naar steeds meer zorg leidt veelvuldig tot overbelasting van de mantelzorger. Het moment dat de mantelzorger professionele zorg inroept is meestal ook het moment dat de mantelzorger aan het eind van zijn of haar latijn is.

Zorg gezien vanuit een organisatorisch referentiekader onderscheidt formele (professionele) zorg van informele zorg (vrijwilligershulp én mantelzorg) en zelfzorg. Informele zorg is dus een breder begrip dan mantelzorg. Vrijwilligershulp en mantelzorg dragen duidelijk een verschillend karakter. Zo zijn de motieven voor het verlenen van vrijwilligershulp van geheel andere aard dan die van mantelzorgers. Willems stelt dat de motieven van vrijwilligers kunnen worden herleid tot maatschappelijke en humanitaire betrokkenheid, tot sociale waardering, tot het leren van nieuwe vaardigheden en tot compensatie voor wat men elders mist (3). Daarnaast onderscheidt vrijwilligershulp zich van mantelzorg door de organisatie van de hulp, de begeleiding, de regelingen, de betaling van kosten, cursussen en het afdekken van risico's (wettelijke aansprakelijkheidsverzekering). De motieven voor het verlenen van mantelzorg kunnen zoals gezegd eerder worden gevonden in de wortels van de emotionele relatie en in de wederkerige - maar vaak onuitgesproken - verwachtingen die hieraan ten grondslag kunnen liggen.

Mantelzorgers nemen in de 'zorg thuis' een fors deel van de zorg op zich. De werkzaamheden van de mantelzorgers zijn nogal divers, ook in vorm, duur en omvang. De zorg die ze verlenen kan worden onderverdeeld in:

- huishoudelijke taken: schoonmaken, boodschappen doen, maaltijden verzorgen, reparatie- en kluswerkzaamheden;

- lichamelijke verzorging (ADL-hulp): wassen, helpen opstaan, toiletgang, e.d.;
- verpleegkundige handelingen: medicijnen laten innemen, verbinden, elastieken kousen aandoen, e.d.;
- emotionele ondersteuning en begeleiding, bevorderen en instandhouden van sociale contacten;
- coördinerende en controlerende taken, wie regelt de zorg;
- administratieve taken, invullen van formulieren, betalingen regelen, bij een persoonsgebonden budget de administratie voeren, e.d.

Er wordt dus nogal wat van de mantelzorgers verwacht. Ze moeten een beetje medische en verpleegkundige kennis hebben, maar ook juridisch, financieel, bouwtechnisch en ergonomisch inzicht naast doorzettingsvermogen en liefdevol voor de ander kunnen zorgen.

Enkele cijfers

Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) stelde in 1994 vast dat er 1,3 miljoen mantelzorgers in Nederland zijn: 15% van alle vrouwen en 7% van alle mannen boven 16 jaar (1). Meer dan de helft (60%) van de vrouwelijke mantelzorgers is ouder dan 45 jaar. Veel vrouwelijke mantelzorgers hebben naast hun mantelzorgtaken tevens de zorg voor het eigen gezin met opgroeiende kinderen. Ze worden wel de 'Sandwich-generatie' genoemd: zorg voor zowel de oudere als de jongere generatie. Verder is de groep (oudere) partners van hulpbehoevende vrouwen relatief groot. 9% van de mannen tussen 65 en 74 jaar is zorgverlener, 4% van de mannen van 75 jaar en ouder zorgen voor hun partner.

Laten we de SCP-schatting van 1,3 miljoen mantelzorgers eens vergelijken met de formele zorg. In de gezinsverzorging werken 116.000 mensen (inclusief de alfa-hulpen) en in de wijkverpleging 33.000. De economische waarde van de verleende mantelzorg, omgerekend naar de uurkosten van een gezinsverzorgende, was in dat jaar al meer dan tien miljard gulden.

De mantelzorg(er) in de knel

Er kan een aantal sociaal-demografische ontwikkelingen worden aangewezen die de mantelzorg onder druk zetten. We hebben zowel met een ver-

grijzing als met een 'ontgroening' van de samenleving te maken. De gezinnen worden kleiner en er komen steeds meer eenpersoonshuishoudens, ook door het toenemend aantal alleenstaanden zonder kinderen. Hierdoor zijn er minder kinderen die voor hun ouders kunnen zorgen. Dit effect wordt nog versterkt door de toenemende geografische mobiliteit (4). Dit betekent dat het tegenwoordig een normale zaak is om voor een opleiding of een baan te verhuizen, met als gevolg dat kinderen (te) ver van hun ouders of andere familieleden wonen om nog voor ze te kunnen zorgen.

De arbeidsparticipatie van vrouwen brengt een deel van de vrouwen in de problemen. Natuurlijk lijdt het geen twijfel dat elke vrouw recht heeft op een betaalde baan, maar het hebben van een baan naast het zorgen voor je ouders én je gezin, kan de sterkste vrouw te veel worden. Je ziet dan ook regelmatig dat vrouwen hun (betaalde) baan opgeven om voor hun echtgenoot of één van hun ouders te kunnen zorgen.

De mantelzorger zelf komt vaak in de problemen door overbelasting. Dit uit zich meestal vooral op de volgende terreinen:

- Fysieke belasting: zwaar tillen, ondersteunen en 's nachts uit bed moeten.
- Praktische belasting: het moeten regelen van allerlei uiteenlopende zaken, gebrek aan tijd (hoe moet het met het eigen gezin), hoe kan de verzorging het best worden aangepakt, wat moet ik allemaal nog regelen, enzovoort.
- Psychische belasting, te verdelen in:
 - emotionele belasting: het verwerken van ziekte van de verzorgde en de gevolgen daarvan, een naderende dood, geldproblemen, het verantwoordelijkheidsgevoel, de gevoelens van schuld en tekortkoming, een onzekere toekomst, enzovoort;
 - relationele problemen, zowel tussen de verzorgde en verzorger (24 uur op elkaars lip zitten) als binnen het eigen gezin.
 - Sociale belasting. Het oordeel van de omgeving (familie en burens tot en met instellingen, dokters en overheden) over wat hoort en moet, telt vaak zwaar voor mantelzorgers.

Aanknopingspunten voor lastenverlichting

Waar hebben mantelzorgers zoal behoefte aan? Waar liggen mogelijkheden hun zorgtaak te ontlasten? We zetten een aantal zaken op een rijtje.

Mantelzorgers hebben vooral behoefte aan informatie. Informatie over onder andere waar hulp te krijgen is, over waar ze terecht kunnen om met iemand over hun situatie te praten, over wie ze een middagje willen aflossen (veel mantelzorgers hebben behoefte aan wat tijd voor zichzelf) en over de regelingen/voorzieningen waar ze gebruik van zouden kunnen maken.

Het verzorgen brengt dikwijls een uitgebreide administratie met zich mee, een hele berg papieren. Mantelzorgers regelen vaak allerlei praktische zaken, zij zijn degenen die bellen, schrijven, loketten aflopen en dan te horen krijgen dat ze lastig zijn.

Mantelzorgers en verzorgden krijgen te maken met teveel instanties en mensen, te lange procedures, te lange wachttijden en -lijsten. Er bestaat behoefte aan overzicht en efficiëntie.

Een veel gehoorde klacht is dat er met name in de professionele hulpverlening steeds weer andere gezichten komen. Mensen kunnen soms in enkele weken tijd tientallen hulpverleners over de vloer krijgen. Te vaak wekken professionele en vrijwillige zorgverleners de indruk onvoldoende te beseffen dat ze met het overstappen van een drempel van een huis tevens het leven van anderen binnenstappen.

Als zorgverleners zijn mantelzorgers veelal ervaringsdeskundige. Ze verrichten het leeuwendeel van de zorg; vervullen een centrale rol. Als mens verdwijnen ze te vaak in de schaduw van de zorgsituatie, ze worden vergeten, 'men' ziet hen niet meer staan. Vooral voor de erkenning als zorgverlener maakt de Landelijke Organisatie Thuisverzorgers (LOT) zich sterk. De LOT is een landelijke belangenorganisatie van mantelzorgers.

De praktijk in Den Haag

Van oudsher wordt in Den Haag op verschillende terreinen ondersteuning gegeven aan mantelzorgers, zoals:

- ouderenoppas-service in diverse stadsdelen;
- tijdelijke verzorging (kortdurende opname op indicatie);
- respijtzorg (overname van zorg) bij ziekenfonds Azivo;
- dagverzorging (flankerend ouderenbeleid);
- vrijwillige terminale zorg (VTZ);
- ziekenhuis gerelateerde thuiszorg, enzovoort;
- cursus 'Ziekenverzorging thuis' van Thuiszorg Den Haag.

Maar sinds de brainstormsessie 'versterking van de zorg thuis' die de gemeente in mei 1996 organiseerde gebeurt er meer in Den Haag. Er zijn bijvoorbeeld afspraken gemaakt die hebben geleid tot een werkconferentie met mantelzorg als onderwerp.

Deze vond op 17 februari j.l. plaats. Er waren niet minder dan 23 organisaties en instellingen vertegenwoordigd. Het wederzijds leren kennen van zowel professionals als vrijwilligersorganisaties was één van de doelstellingen, om zo een betere afstemming en samenwerking tot stand te brengen. De belangrijkste uitkomst van de conferentie was de afspraak om een Platform voor mantelzorg te vormen.

In dit platform zijn vier partijen vertegenwoordigd:

- de professionele zorgaanbieders;
- de vrijwilligersorganisaties bestaande uit het Rode Kruis, de Burenhulp, de Zonnebloem, Humanitas en de Unie van Vrouwelijke Vrijwilligers;
- het Meldpunt voor Mantelzorgers (op te richten door het Centraal Informatie Punt Ouderen);
- de zelforganisatie voor mantelzorgers.

Deze vier bouwstenen zullen het platform dragen. Het platform richt zich op de realisering van de volgende speerpunten:

- verbeteren van de zorg zelf, gericht op de mantelzorg;
- versterken van de eigen kracht van de mantelzorg;
- verbeteren van de informatie aan mantelzorgers;
- verbeteren van de voorwaarden voor het verlenen van mantelzorg.

Daarnaast kunnen via het platform knelpunten en problemen in de zorg worden gesignaleerd en 'witte vlekken' zichtbaar worden gemaakt. De zelforganisatie van mantelzorgers kan zo ook haar stem laten horen.

Maar behalve de ontwikkelingen rond het platform komen ook andere initiatieven naar buiten. Zo bracht de GGD dit jaar haar tweede versie van de Haagse Gids voor mantelzorgers uit; een specifiek voor deze doelgroep geschreven wegwijzer. In november 1996 is in stadsdeel Escamp een respijtzorg-project uitgevoerd door een samenwerkingsverband van de Stichting Thuiszorg, de decentrale welzijnsorganisatie Escamp, de Burenhulp, de Zonnebloem en de GGD. In het stadsdeel de Haagse Hout is op 1 januari 1997 een registratieproject voor mantelzorgers gestart met als doel de bereikbaarheid van de mantelzorgers te vergroten. Er zijn plannen voor een nieuwsbrief, voor

lotgenotengroepen, enzovoort. Al met al is er volop input vanuit een veelheid van instellingen en is niet iedereen op eigen houtje bezig. Er ontstaat enige verbondenheid met het onderwerp.

Aanbevelingen

Het verhogen van sociaal aanzien voor de rol van mantelzorgers in onze maatschappij zou verscheidene positieve effecten tot gevolg kunnen hebben. Persoonsgebonden ervaringen als schuldgevoelens, gevoelens van machteloosheid, het oordeel van de sociale omgeving kunnen door statusverhogende maatregelen van hun belastende lading worden ontdaan waardoor het 'zorgen' ook plezierig kan en vooral mag zijn. Mantelzorgers worden nu meestal in de 'zielige' hoek geplaatst. Een maatschappelijke opwaardering zou tot gevolg kunnen hebben dat er interesse komt voor de 'werkomsandigheden' van mantelzorgers waaruit mogelijk een discussie kan volgen over hun rechten.

Ook zou een statusverhoging nieuwe vormen van ondersteuning kunnen opleveren. Onze buurlanden lijken ons hierin een flinke stap voor te zijn; ze houden zich intensief met mantelzorgers bezig. Engeland heeft een belangenvereniging, de 'Carers' genaamd, die miljoenen betalende leden heeft. Deze vereniging heeft zelfs een soort vakbondsfunctie met de daarbij behorende macht. In Zweden komen mantelzorgers met een intensieve zorgtaak in dienst van de thuiszorg, met de daarbij horende rechten en plichten. In België heeft 'Familiezorg' zoals het daar wordt genoemd, een hoger sociaal aanzien en wordt op vele fronten ondersteuning aan mantelzorgers gegeven. Het gras van de burens lijkt altijd groener, doch de recente Haagse ontwikkelingen mogen er ook zeker zijn. De grote winst is het actief streven naar samenhang: samen verantwoordelijkheid durven nemen en samen zoeken naar oplossingen. Hierbij mogen we uiteraard de mantelzorgers zelf niet uit het oog verliezen; ze weten vaak niet eens dat ze door professionals zo worden genoemd.

Literatuur:

1. Advies Ondersteuning Mantelzorg. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Rijswijk 1991.
2. Duijnste M. Thuiszorg door en voor familieleden. Handboek thuiszorg. Tjdstroom. Utrecht 1993.
3. Willems LFM. Burgerzin en vrijwillige zorg. Sociaal Cultureel Planbureau. Rijswijk 1995.
4. Informele zorg: een verkenning van huidige en toekomstige ontwikkelingen. Sociaal Cultureel Planbureau. Rijswijk 1994.
5. Kwekkeboom MH. Het licht onder de korenmaat: informele zorgverlening in Nederland. VUGA. 's Gravenhage 1990.

Overig geraadpleegde literatuur:

- Steenberg M. Samenhang in de zorg als 'paradigma'. SWP Utrecht 1994.
- Boot JM, Knapen MHJM. De Nederlandse gezondheidszorg. Het Spectrum 1996.
- Van vrouwenmantel en mannetrouw. Emancipatieraad. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Emancipatieraad 1993.
- Janssen T en Woldringh C. Centrale verzorg(st)ers van ouderen. Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen. Nijmegen 1993.

Stamppot of roti met kip

Mw. I. Boedjarath en H. Tenwolde

Van keukens in instellingen binnen een multiculturele samenleving wordt van alles verwacht. Van stampot en roti tot couscous en tavuk. Een internationale menukaart is al lastig te hanteren, moeilijker wordt het nog als individuele patiënten of bewoners dieetbeperkingen hebben. Verpleeghuis De Schildershoek beschikt over een interculinaire keuken. Dit artikel verscheen eerder in het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek. 'Het is leuk als je al die gerechten kunt maken. En niet leuk als ondanks alles het eten terug komt en de familie zelf iets brengt.'

De dagelijkse maaltijden zijn ineens dubbel belangrijk wanneer je bent opgenomen in een zorginstelling. Daar wordt naar uitgekeken - althans, wanneer het instellingseten naar je smaak is. Maar hoe regelen de keukens van zorginstellingen een goed menu voor hun allochtone patiënten of bewoners? Een gesprek met twee pioniers van de interculinarisering. Onze rondleiding door verpleeghuis De Schildershoek eindigt in de keuken. We ruiken dat er vis gefrituurd is vandaag. Ferry Nieuwland, de kok, wijst ons op de vele pannetjes, spatels, lepels en kommen. Veel verschillende gerechten, vandaar.

Zijn er nou speciale eisen aan de apparatuur te stellen?

Ferry: 'Nee, behalve misschien dat we niet zo veel afzetruimte hebben voor de verschillende gerechten.' Het kan aan hem liggen, maar de opzienbarende conclusie van ons interview schijnt te worden, dat intercultureel koken zo gewoon kan zijn. Er wordt nuchter over gepraat. Het lijkt niets bijzonders. 'Alle begin is moeilijk maar later krijg je er handigheid in.'

Eerder hebben we gesproken over het beleidskader.

Voor instellingskeukens in een grote stad anno 1997 heeft het multiculturele karakter van de bevolking nogal wat consequenties. Men heeft rekening te houden met heel andere voedingsgewoonten en voorkeuren. Nog ingewikkelder wordt het wanneer men, bijvoorbeeld in het geval van ziekenhuizen en verpleeghuizen, te maken heeft met patiënten, die soms nog specifiekere eisen stellen aan het eten. Diabetespatiënten zijn hier een goed voorbeeld van; zij moeten zich meestal aan duidelijke leefregels en aan een dieet houden.

In het Epidemiologisch Bulletin is de laatste tijd veel aandacht geweest voor de problematiek van suikerziekte onder Hindostanen. Tegen deze achtergrond nam de redactie van het Epidemiologisch Bulletin met bijzondere belangstelling kennis van een artikel in het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek (TGP) over de 'interculinaire' praktijk van de keukens van het in de Haagse Schilderswijk gelegen verpleeghuis 'De Schildershoek'. In dit verpleeghuis zijn betrekkelijk veel Hindostaanse patiënten opgenomen.

Met toestemming van de redactie van TGP drukken wij dit artikel hierbij integraal af.

Over de auteurs:

Mw. I. Boedjarath is lid van de themaredactie interculturele zorg en H. Tenwolde is redacteur van Tijdschrift Gezondheid en Politiek.

'Als bij ons meer dan vijf mensen van een bepaalde culturele achtergrond wonen, maken we er speciaal beleid op,' zegt Vincent van Puffelen, hoofd van de huishouding. 'Toen we hier in 1988 begonnen was dit nog een honderd procent autochtoon verpleeghuis. Na 1990 zijn er steeds meer allochtone bewoners gekomen, nu is dat vijftientig procent. Het overgrote deel is van Hindostaanse origine, maar er zijn ook een paar Turkse en Chinese bewoners. In heel Den Haag zie je veel Hindostaanse Surinamers, en die zijn gecentreerd rond de markt en het centrum.'

Muziek

Geeft dat nu speciale problemen?

'We hebben hier afdelingen van dertig bewoners, met twee huiskamers per afdeling. Je kunt je voorstellen hoe dat gaat met één TV en één radio. De een hoort graag Baithak Gana (traditioneel Hindostaans), de ander Corrie en De Rekels. Er zijn taalproblemen en cultuurproblemen. Bijvoorbeeld bij stervensbegeleiding loop je tegen verschillen op. Om een typisch verschil te noemen: als de familie afscheid neemt van een stervende, blijft het personeel uit respect een beetje op afstand. Sommige Hindostaanse bewoners en familieleden waren verbaasd dat de verzorgenden geen afscheid kwamen nemen. Dat werd koud gevonden. Bij hen is het juist gewoon om er het personeel bij te betrekken.

Ook op andere terreinen krijg je de indruk dat er verschillen zijn. Bij revalidatie lijkt het alsof de autochtone revalidant er meer tegenaan gaat, terwijl de Hindostaan meer overgave toont.

En een ander probleem was er natuurlijk met het eten, dat de mensen hun maaltijden lieten staan, maar dan wel 's avonds door de familie werden voorzien. Dat zie je natuurlijk niet graag als je zorgkwaliteit wilt bieden.'

Wat zijn de verschillen in eetgewoonten tussen zeg maar een autochtone en een Hindostaanse Schilderswijk?

Dat kunnen ze moeiteloos aangeven: 'De Hindostaanse bewoners eten liever met de hand. Ze eten meer rijst en het liefst plakrijst, dat is makkelijker vast te pakken. Hollanders willen liever droge rijst. Hindostanen geven minder om een voorafje en toetje. Ook eten ze liever de hele dag door kleine beetjes en hebben ze liever cake dan een koekje bij de koffie. En wat het snoepen betreft: beneden verkopen we bijzon-

Verpleeghuis de schildershoek

'Ook als u uit een ander land komt of een andere culturele achtergrond heeft, houden wij rekening met uw wensen, gewoonten en behoeften. Het kan dan gaan om eetgewoonten, religieuze gebruiken, feestdagen en dergelijke.' De folder van Verpleeghuis De Schildershoek spreekt duidelijke taal. De zorg is niet alleen afgestemd op de autochtone Nederlander.

Verder is De Schildershoek een gewoon verpleeghuis. Er wonen 180 meestal bejaarde mensen op somatische en psychogeriatrische afdelingen, en er is een afdeling voor dagbehandeling. Het gebouw is nog geen tien jaar oud en staat midden in een echte volksbuurt, die al heel lang multicultureel is.

Interculturele zorg is voor Verpleeghuis De Schildershoek een hoeksteen van het beleid. Al enige jaren wordt hier stelselmatig aan gewerkt door intercultureel management van de kwaliteit en management van de diversiteit. Bij het kwaliteitsmanagement horen bijvoorbeeld de ontwikkeling van een interculturele zorgvisie, een cursus elementair Hindi en een Surinaamse menu-cyclus. Bij diversiteitsmanagement behoren bijvoorbeeld streefcijfers van allochtoon personeel, arbeidsmarktcommunicatie en de ontwikkeling van een gedragscode.

dere tussendoortjes, zoals bananenchips, cassavechips, gommakoekjes, fernandesdrinks. Iemand uit de linnenkamer heeft ook weleens schaaftijs gemaakt.'

Khari

Net als de origine van de bewoners van De Schildershoek divers is, zijn dat ook de eetgewoonten. Zo wenst de ene bewoner stampot met zuurkool of hachee, de ander roti met kip of bruine bonen met rijst. Het verpleeghuis tracht aan ieders behoeften te voldoen. Ferry draait zijn hand niet om voor het bereiden van de meest ingewikkelde gerechten. 'Khari? ... gewoon, eerst de pap van gele erwten door een zeef heen halen en in de olie bakken. Het bereiden van pom, daar deed ik eerst meer dan drie uur over, nu ben ik met bakken en al in twee uur klaar.' Hij is een van de vier koks in de Schildershoek. We denken dat achter zijn bescheiden presentatie een gedreven vakman schuilgaat, een self-made interculturele kok. Ferry: 'Je hebt in de opleiding twee richtingen: instellingskeuken en horeca. In de horeca leer je vooral de Franse keuken, maar de instellingskeuken gaat helemaal van standaardbereidingen uit. Er is totaal geen aandacht voor buitenlandse gerechten.'

Hoe heb je het dan geleerd?

'Uit het Groot Surinaams Kookboek en van Hindostaanse dames die hier werken. Bijvoorbeeld roti, als je dat nog nooit gedaan hebt kun je het beter eerst eens zien. Ik kan het trouwens nog steeds niet zo goed als zij. Dat uitrollen was lastig onder de knie te krijgen. Het was vooral veel kijken hoe zij het doen. Verder ben ik geholpen door Hindostaanse kennissen. Dan maakte ik gerechten en liet hen proeven en beoordelen.'

Omdat de opleiding niet op dit specialisme is toegesneden, is persoonlijke interesse en investering een vereiste. Vincent: 'Het bereiden van Surinaams-Hindoestaanse gerechten vraagt ook meer tijd en andere technieken vergeleken met de Hollandse keuken. Er zijn ook meer potten en pannen tegelijk nodig, en daarmee kookpitten bij een gerecht. Je moet ook het eetgedrag kennen. Toen de Hindostaanse doelgroep zich uitbreidde, is er een klankbordgroep samengesteld.'

Menucyclus

Die klankbordgroep is in het leven geroepen voor het ontwikkelen van een menucyclus. 'Daar zitten familieleden in van Hindostaanse medewerkers, en Hindostaanse koks uit het Willem Drees zorghuis en verzorgingshuis Transvaal (daar zijn we mee gelieerd), en verder de diëtist, de directeur, en wij tweeën. Die groep bestaat nog steeds. We hebben die ook ingeschakeld bij de ontwikkeling van een hele menucyclus. Een menucyclus beslaat zes weken en bevat wel zestig componenten. Zo'n cyclus moet voldoen aan richtlijnen voor de voeding en is helemaal doorgerekend op de voedingswaarde. Maar hij moet ook voldoen aan cultuureisen. De Suri-



naamse cyclus is beoordeeld door de klankbordgroep.'

De menucyclus moet ook worden afgestemd op de twee Nederlandse menu's. 'Wanneer die bijvoorbeeld heel bewerkelijk zijn kan er die dag een eenvoudig Hindostaans menu bereid worden, en omgekeerd natuurlijk ook. En als er in een van de Nederlandse menu's een gerecht met aardappels zit is het verstandig om in het Hindostaanse menu ook aardappelen op te nemen - natuurlijk anders klaargemaakt.'

Hoe zijn jullie aan recepten gekomen?

Ferry: 'Een stagiaire heeft receptuur gezocht en aan de groep gevraagd wat ze thuis eten. Toen hebben we ze gevraagd naar de verschillende versies van gerechten. We kiezen hier voor de meest gewaardeerde versie. Die hebben we weer twee maal op proef gekookt voor onze bewoners. Het commentaar hebben we verwerkt. Sommigen wilden wel peper door hun eten, anderen weer niet en weer anderen niet in alle gerechten. Ik heb nu de peper uit de gerechten gelaten en geef chutney erbij.' 'Chutneys of chokha's zijn scherpe bijgerechten van vruchten, groenten of vis, met vooral veel peper erin verwerkt.' Hij geeft eerlijk toe dat hij soms commentaar krijgt van de Hindostaanse bewoners, bijvoorbeeld 'er zit teveel knoflook in'. Dit soort kritiek is in de loop der jaren wel flink gedaald. Ook brengen familieleden minder vaak eten van huis mee voor de bewoners. Dat is een compliment voor de kok.

Gevoel

Zo leren koken is een proces van creativiteit, inventiviteit, maar vooral nieuwsgierigheid en geduld. Want de Hindostaanse keuken laat zich kenmerken door koken op gevoel. Een Surinaams kookboek kan weliswaar richtsnoeren bieden, de diverse benodigdheden laten zich echter moeilijk bedwingen tot afgestreeken eetlepels. De massala bijvoorbeeld wordt in veel gerechten gebruikt. Dit mengsel van specerijen (onder andere kurkuma, zwarte peper, mosterdzaad, kruidnagel en kaneel), wordt door de hand van de samensteller afgestemd op de voorkeur van zijn smaakpapillen. Zo'n individuele samenstelling wordt geprefereerd. De kant en klaar in de handel verkrijgbare massala is vaak aan kritiek onderhevig, want de massala gemaakt door moeder is het lekkerst.

Er zijn natuurlijk ook ingrediënten die bewoners niet mogen eten. Kook je bijvoorbeeld ook

vegetarische gerechten?

Ferry: 'Op dinsdag en vrijdag hebben veel Hindoestaanse bewoners hun vastendag en dan eten ze vegetarisch. Ze mogen dan ook geen ei, daar houden we rekening mee. We paneren dan met een bloempapje. We hebben voor die mensen ook vegetarische kaas in huis gehaald.'

Naast de grote groep Hindoes zijn er ook Moslims onder de Surinaamse Hindostanen met hun specifieke voedselwetten. 'Je moet er ook rekening mee houden dat Hindoes geen rundvlees eten, en soms ook geen varkensvlees en dat Moslims sowieso geen varken eten. Voor de Moslims hebben we halal (ritueel geslacht) vlees in huis. Er wordt ook twee keer per week vis gegeten.'

Hoe gaat dat eigenlijk met de officiële kwaliteitsnormen, zijn die niet eenzijdig afgestemd op Nederlands voedsel?

Vincent: 'De flexibele aanpassing van de keuken wordt begrensd door de wetgeving waar de instelling zich aan dient te houden. De hygiëne-eisen bijvoorbeeld maken dat er geen chokha van garnalen of gerechten met trassie geserveerd wordt. Garnalen zijn trouwens sowieso taboe in de instelling, vanwege de gezondheidsrisico's. Die normen beperken ook de vrije invoer van halal vlees van de slager om de hoek. De gemiddelde slager voldoet namelijk niet aan de strenge eisen die de instelling hanteert.' Een andere norm is die van de maaltijdschijf. 'Als er anda aloec met rijst - twee zetmeelproducten - op het menu staat, dan zorgen we dat er wat zoetzuren bij is om de componenten in evenwicht te brengen.'

Maar als wij hier dus zouden wonen, zouden we onze garnalen om de hoek moeten kopen? Is dat eigenlijk niet vreemd, als bewoner moet je toch zelf weten welke risico's je neemt?

Vincent: 'Ik geef toe, daar zit een spanningsveld. Maar als instelling ben je verplicht om veilig voedsel te verstrekken. We zouden toch niet willen dat hier zo'n voedselvergiftiging optreedt? Het geldt trouwens ook voor de rauwe tartaar en het zacht gekookte eitje. Het is niet alleen een punt bij allochtone voedingsgewoonten.'

*Zou het ook niet kunnen zijn, dat voor andere volkeren andere dingen gezond zijn? Veel Chinezen worden ziek van melk, dus de voedingsrichtlijnen zijn misschien wel etnocentrisch. Misschien is er voor Chinezen wel een schijf van twaalf nodig in**plaats van een schijf van vijf.*

'Daar is niet zo veel over bekend, en daarom blijven we maar dicht in de buurt van de Nederlandse richtlijnen. Andersom kan de eigen voeding ook ongezond zijn. Er is hier in Den Haag een onderzoek geweest van de GGD en daar bleek bijvoorbeeld suikerziekte significant meer voor te komen onder Hindostanen. Dat herkennen we hier bij onze bewoners: negen op de tien Hindoestaanse bewoners hebben diabetes. Misschien houdt dat verband met hun voedingsgewoonten.'

Zijn er nu ook gerechten die de autochtone bewoners graag kiezen?

Ferry: 'Ja, bijvoorbeeld kerrie-aardappels met kip en kouseband. En er zijn Hindoestaanse bewoners die graag stampot zuurkool lusten.'

Hoe is het eten voor jullie niet-Surinaamse allochtone bewoners?

Vincent: 'We hebben er nog geen beleid voor, want het zijn er nog niet zo veel. Maar als je de bevolkingsopbouw in de buurt ziet weet je dat er veel meer allochtone bewoners in aantocht zijn. Samenwerking met andere huizen kan een oplossing zijn. Ieder huis kan dan Nederlands eten en daarnaast eten uit een andere cultuur gaan bereiden. Het ene bijvoorbeeld Turks eten en het andere Chinees eten. De huizen kunnen dan onderling maaltijden "kopen" van elkaar.'

Zijn er eigenlijk weerstanden geweest?

Vincent: 'Nee, wat betreft de voeding niet. Veranderingen gaan altijd geleidelijk. Wat onder bewoners ook meespeelt is dat deze wijk al zo lang een multiculturele wijk is. De mensen zijn daar zo mee vertrouwd.'

Wat vinden jullie leuk en wat vind je niet leuk aan deze vernieuwing?

Ferry: 'Leuk - dat is toch om al die gerechten te maken, dat ik het kan. En het is ook leuk om ergens mee bezig te zijn vanaf de basis en er steeds beter in te worden. En niet leuk, dat is wanneer ondanks alles toch het eten terugkomt en de familie eten brengt.'

Vincent: 'Leuk is het beter leren kennen van en begrijpen van verschillende culturen. Dat het op de werkvloer ook leidt tot de nodige problemen is haast niet te vermijden. Het oplossen daarvan geeft weer erg veel voldoening.'

Suïcidaal gedrag in Den Haag

W.J. Schudel en H.W.A. Struben

Voor beschrijving en analyse van suïcidaal gedrag bestaat in de stad Den Haag al belangstelling sinds professor Speyer in 1950 hoofd van de afdeling geestelijke gezondheid bij de GG en GD werd. Sedertdien is een reeks onderzoeken gedaan. Zo werden in de periode 1987 tot en met 1993 6.954 meldingen van parasuïcidaal gedrag - zelfschading zonder dodelijk gevolg - gedaan ten behoeve van het Haags Suïcidaal Gedrag Register (HSGR). Daarvan nu de bevindingen. In een volgend artikel de risicoprofielen en mogelijke interventies van hulpverleners die de kans op herhaling reduceren.

Sedert het aantreden in 1950 van prof.dr. N. Speyer als hoofd van de afdeling Geestelijke Volksgezondheid van de Haagse, toen nog, GG & GD hebben de beschrijving en de analyse van suïcidaal gedrag in Den Haag voortdurend in de belangstelling gestaan. Speyers monografie 'Het zelfmoordvraagstuk' (1969) geldt in dit verband nog steeds als toonaangevend. In latere jaren richtte de aandacht van onderzoekers en hulpverleners zich vooral ook op die vormen van zelfschadend gedrag, die geen dodelijke afloop hadden. Een dergelijke handeling werd aanvankelijk een suïcidepoging (of tentamen suïcidii c.q. t.s.) genoemd, maar heet tegenwoordig *parasuïcide*. Deze laatste betiteling, hoewel evenmin exact, vermijdt ten minste de suggestie dat elke betrokkene zich daadwerkelijk van het leven wilde beroven. Inmiddels is voldoende bekend, dat dit laatste slechts geldt voor een kleine minderheid van alle gevallen van parasuïcide. Dit mede gezien het feit dat de meeste bij parasuïcide gebruikte methoden niet tot de dood van de betrokkene hadden kunnen leiden.

Suïcide (zelfmoord, zelfdoding) en parasuïcide worden tezamen omvat door het begrip suïcidaal gedrag. In de jaren na 1970 werd meer en meer duidelijk, dat beide vormen van suïcidaal gedrag in Nederland, evenals in veel andere landen in West-Europa, frequenter voorkwamen dan voorheen (1)(2)(3). Overigens moet worden opgemerkt dat cijfers over suïcide (in elk geval in Nederland) veel betrouwbaarder zijn dan die betreffende parasuïcide. De suïcideregistratie wordt namelijk verzorgd door instanties als het Centraal Bureau voor de Statistiek

Over de auteurs:

Prof.dr. W.J. Schudel, hoogleraarklinische en sociale psychiatrie, Erasmus Universiteit Rotterdam en
Ir. H.W.A. Struben, epidemioloog en hoofd afdeling, beiden (ook) werkzaam bij de GGD, afdeling Epidemiologie,
Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Den Haag.

(CBS) en het Ministerie van Justitie, terwijl voor parasuicide geen wettelijk geregelde registratie bestaat en men afhankelijk is van ziekenhuisstatistieken en/of ad hoc onderzoek. Parasuicide-statistieken moeten dus met de nodige voorzichtigheid worden bekeken en geïnterpreteerd.

In Den Haag leidde de eerdergenoemde constatering, dat suïcidaal gedrag onder de bevolking zou toenemen, ertoe nader onderzoek te doen. Hiertoe werd gebruik gemaakt van het Huisartspeilstationsysteem, dat van 1984 tot en met 1990 in de regio Den Haag operationeel was. De aan dit systeem deelnemende huisartsen verzamelden epidemiologische gegevens over uiteenlopende ziektebeelden en gebeurtenissen. De registratie van suïcides en parasuïcides was een vast onderdeel van het programma en leidde onder meer tot diverse publicaties in dit tijdschrift (4)(5). Daarnaast werd in 1985 vanuit de GGD het initiatief genomen om zo mogelijk met alle in Den Haag werkzame ambulante en klinische instellingen die geregeld worden geconfronteerd met suïcidaal gedrag, een gezamenlijk registratiesysteem op te zetten.

Dit grootschalige initiatief vond zijn legitimatie in het gegeven dat het voorkomen van suïcidaal gedrag als een graadmeter/parameter kan worden gezien voor de mate van geestelijke gezondheid van de bevolking. Traditioneel heeft een GGD in deze een specifieke taak.

Haags Suïcidaal Gedrag Register

Dit initiatief leidde tot een samenwerkingsovereenkomst ten behoeve van het Haags Suïcidaal Gedrag Register (HSGR), voor welk register de GGD optrad als houder en bewerker van de gegevens. De registratie in het kader van het HSGR ving aan op 1 januari 1987 en werd beëindigd op 30 juni 1994. Gedurende de jaren 1987 tot en met 1993 werd door de zestien deelnemende instellingen voor elk contact waarbij kon worden gesproken van suïcidaal gedrag op Haags grondgebied, een anonieme, gestructureerde vragenlijst ingevuld. Hoewel enkele Haagse instellingen (zoals het Rode Kruis-ziekenhuis en het Psychiatrisch Centrum Rosenberg) op principiële gronden dan wel vanwege praktische redenen afzagen van medewerking aan het register, lijkt het aannemelijk dat over de hele registerperiode de overgrote meerderheid van de gevallen van suïcidaal gedrag die in Den Haag plaatsvonden, is geregis-

treerd. Dit aandeel is het hoogst voor de ernstiger vormen van parasuicide, aangezien in dergelijke gevallen vrijwel steeds meer dan één hulpverlenende instantie (ambulancedienst, algemeen ziekenhuis, RIAGG) zijn betrokken. Hierdoor wordt de kans op onderrapportage van deze gevallen aanzienlijk verkleind.

Voor de suïcides geldt bovendien dat in de verslagperiode de gemeentepolitie én de gemeentelijke lijkschouwer als extra informatiebron dienden.

Helaas heeft de bewerking en de analyse van de registergegevens geruime tijd in beslag genomen, waardoor eerst nu over de bevindingen kan worden gerapporteerd. We zijn voornemens om naast een aantal basisgegevens, die in dit artikel worden gepresenteerd, in volgende bijdragen nader in te gaan op specifieke deelaspecten van suïcidaal gedrag.

Tot slot van deze inleiding past een woord van erkentelijkheid voor de tientallen medewerkers van de Haagse instellingen voor Gezondheidszorg. Velen van hen hebben zich jarenlang ingespannen om vaak moeilijk verkrijgbare informatie te verzamelen, te registreren en in te zenden. Hopelijk blijkt nu (eindelijk) dat hun inspanning niet tevergeefs is geweest.

Epidemiologie van parasuïcides

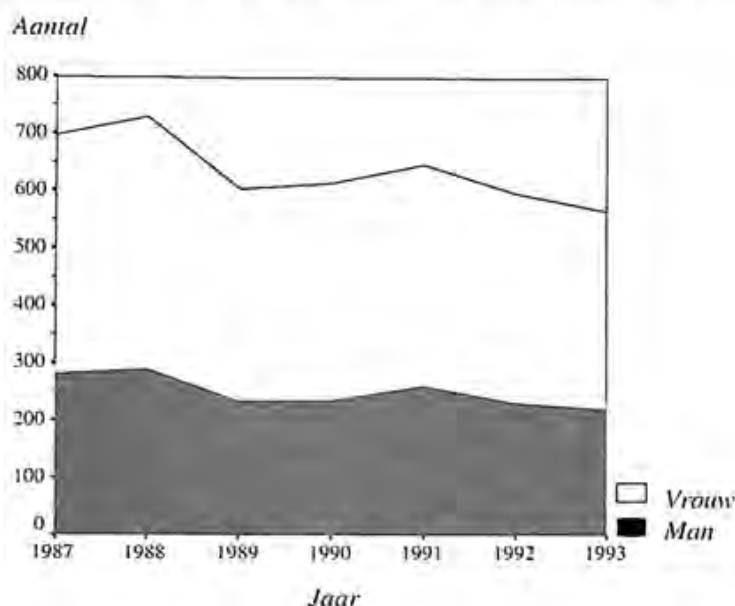
Over de verslagperiode van zeven jaar (1987 tot en met 1993) werden in totaal 6.954 meldingen van parasuicide door de verschillende aan het HSGR deelnemende instellingen gedaan. Ze betroffen 4.458 afzonderlijke gebeurtenissen van parasuicide gepleegd door 3.333 personen. In veel gevallen werd hetzelfde incident dus gemeld door verschillende instanties, die achtereenvolgens bij de desbetreffende gebeurtenis waren betrokken. Bijvoorbeeld: eerst de ambulancedienst, vervolgens de afdeling Spoedeisende Hulp van een der ziekenhuizen en ten slotte de RIAGG. Het aantal meldingen (betrokken hulpverlenende instanties) per geval van parasuicide kan variëren van één tot vijf (gemiddeld 1,6).

De validiteit van de incidenties

Het aantal parasuïcides (gebeurtenissen) per jaar is weergegeven in figuur 1. In de jaren na 1988 constateren we een (geleidelijke) afname, zowel voor mannen als voor vrouwen. Deze tendens lijkt in overeenstemming met de (niet met cijfers onderbouwde) ervaring in het veld, ook buiten Den Haag.

figuur 1

Parasuïcides door mannen en vrouwen per jaar. Haags Suïcidaal Gedrag Register, 1987-1993.



tabel 1

Parasuïcides (pogingen tot zelfdoding)^{a)} naar geslacht per 100.000 inwoners volgens opgave van verschillende registratiesystemen.

Geslacht	Den Haag HSGR 1987-1993	Den Haag Huisartspeilstationsysteem 1988-1990	Nederland CBS-SIG 1980-1994
Mannen	102-136	-	38-60
Vrouwen	151-191	-	64-97
Totaal	127-164	86-120	52-79

^{a)} Terminologie van het CBS

maar wordt weersproken door de landelijke gegevens van het CBS op basis van het ziekenhuis informatiesysteem SIG. Deze informatiebron maakt namelijk melding van een sterke stijging van pogingen tot zelfdoding in 1992, hetgeen in 1993 en 1994 zelfs oploopt tot boven het niveau van het begin van de jaren tachtig (1982 - 1984) (1). Uit de cijfers van het Nederlands Instituut voor Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) op basis van de zogenaamde Continue Morbiditeits Registratie in (huisartsen)peilstations blijkt in de periode 1986-1995 weer niets van enige toe- of afname van parasuïcide (6).

Vergelijken we het relatieve voorkomen van parasuïcide van het Haagse register met de berekeningen uit het Haagse Huisartspeilstationsysteem en de CBS/SIG-cijfers voor Nederland dan blijkt het

volgende (tabel 1). Het HSGR registreerde ruim tweemaal zoveel parasuïcides als de landelijke ziekenhuizen *) in een min of meer vergelijkbare periode en ruim een derde meer dan het Huisartspeilstationsysteem. Het eerder genoemde NIVEL-onderzoek onder huisartsen geeft voor Nederland zo'n 70 meldingen per 100.000 inwoners per jaar.

In een vrij recent gepubliceerd onderzoek naar parasuïcide in Leiden, waar ziekenhuizen en huisartsen, maar niet de RIAGG'en noch de Ambulance-dienst registreerden, bleek 28% van de parasuïcides alleen bij de huisarts bekend te zijn (7).

Deze gegevens extrapolierend naar ons onderzoek in Den Haag vermoeden we dat de incidentie van parasuïcide in werkelijkheid in de Haagse bevolking zo'n 10 à 20% uitstijgt boven de hier gepresenteerde

*) De landelijke ziekenhuizen registreerden uitsluitend patiënten die na een parasuïcide werden opgenomen.

gegevens. Voor een benadering van de incidentie van parasuicide voldoet ons inziens het HSGR echter naar verhouding goed.

De aanmelders

Tabel 2 geeft een overzicht van alle bemoeienissen met parasuicide-gevallen in de verslagperiode. De afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) van het grote binnenstadziekenhuis Westeinde heeft de meeste contacten geregistreerd (jaarlijks tussen 220 en 270, dus gemiddeld vier à vijf per week), gevolgd door de ambulancedienst van de GGD en de zevenmaal 24-uursdienst van de gezamenlijke Haagse RIAGG-en, elk ruim tweehonderd keer per jaar. Ook de afdeling SEH van het Leyenburg Ziekenhuis, weliswaar het grootste ziekenhuis maar buiten het stadscentrum gelokaliseerd, heeft een aanzienlijk aantal parasuicides (twee à drie per week) gemeld. Alle andere deelnemende instellingen tezamen waren goed voor 19% van alle geregistreerde meldingen. Bij de meldingen van de gemeentelijke lijkschouwer ging het om parasuicides die kort daarna door een suïcide werden gevolgd.

Door de jaren heen hebben de deelnemende instellingen, naar het zich laat aanzien, niet even consistent geregistreerd waardoor het aandeel van elk van hen in het totaal aantal jaarlijkse meldingen enigzins

fluctueert.

Over het jaar genomen deden zich voor alle aanmeldende instanties - tegen de verwachting in - nauwelijks fluctuaties voor. De winterperiode leverde geen verhoogde registratie van parasuicides op. Ten tenslotte werden aan het begin van de week naar verhouding iets meer parasuicides gemeld: zondag 15,1% en maandag 15,7%; van dinsdag tot en met zaterdag gemiddeld (13,8%).

Hagenaarsen niet-Hagenaars

Opgemerkt zij dat het HSGR slechts een benadering geeft van de incidentie van parasuicides onder Hagenaars aangezien de parasuicides die door Hagenaars buiten Den Haag waren gepleegd niet konden worden meegenomen in de registratie. We hebben aangenomen dat dit aandeel getalsmatig waarschijnlijk grotendeels wordt gecompenseerd door parasuicides gepleegd door niet-Hagenaars op Haags grondgebied.

Deze laatste groep was 193 personen groot (5,8% van alle geregistreerden), gemiddeld iets jonger dan de Hagenaars (33,6 jaar en 36,8 jaar) en (logischerwijs) gemiddeld minder recidiverend op Haags grondgebied (1,4% van de recidief-parasuicides waren niet-Hagenaars).

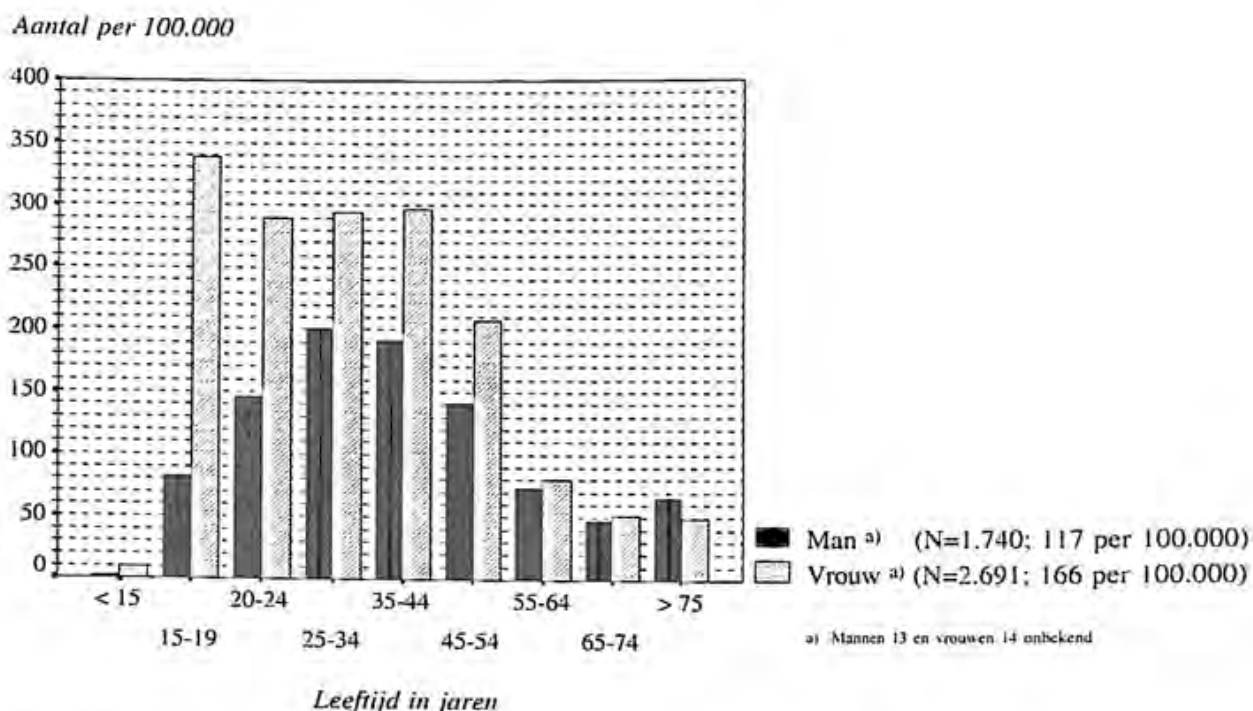
tabel 2

Meldingen van parasuicides voor mannen en vrouwen naar aanmeldende instantie. Haags Suïcidaal Gedrag Register, 1987-1993.

Aanmeldende instantie	Man Abs.	Man %	Vrouw Abs.	Vrouw w %	Totaal Abs.	Totaal %
Spoedeisende hulp, Westeinde ziekenhuis	673	24,4	1.036	24,7	1.709	24,6
Ambulance dienst, GGD	658	23,8	911	21,7	1.569	22,6
24-uursdienst, RIAGG	602	21,8	858	20,5	1.46	21,0
Spoedeisende hulp, Leyenburg ziekenhuis	321	11,6	567	13,5	888	12,8
Ambulance dienst, Witte Kruis	106	3,8	119	2,8	225	3,2
Crisiscentrum	102	3,7	114	2,7	216	3,1
Bronovo ziekenhuis	84	3,0	151	3,6	235	3,4
Afdeling Psychiatrie, Westeinde ziekenhuis	37	1,3	84	2,0	121	1,7
Afdeling Psychiatrie, Leyenburg	92	3,3	169	4,0	261	3,8
Psychiatrisch Centrum Bloemendaal	34	1,2	77	1,8	111	1,6
RIAGG Noordhage	17	0,6	29	0,7	46	0,7
RIAGG Zuidhage	14	0,5	50	1,2	64	0,9
RIAGG Westhage	11	0,4	19	0,5	30	0,4
Psychiatrisch Centrum Ursula	5	0,2	9	0,2	14	0,2
Gemeentelijke lijkschouwer	4	0,1	-	0	4	0
Totaal	2.760	100	4.194	100	6.954	100

figuur 2

Parasuïcides per 100.000 inwoners naar leeftijd en geslacht. Haags Suïcidaal Gedrag Register, 1987-1993.

**Leeftijd en geslacht**

In figuur 2 is het vaste, leeftijdsspecifieke patroon van parasuïcide te herkennen. In tegenstelling tot suïcide is parasuïcide bij uitstek een gedraging van adolescenten (vrouwen) en (jong-)volwassenen. In alle leeftijdsklassen is de incidentie onder vrouwen hoger dan die onder mannen, maar dit verschil verdwijnt vrijwel na de middelbare leeftijd. Tot de leeftijd van twintig jaar komt parasuïcide zelfs vier maal zo frequent voor onder meisjes.

Recidiviteit

Het aantal personen dat in de verslagperiode eenmaal of vaker in verband met parasuïcide werd geregistreerd, bedroeg zoals gezegd 3.333. Van hen pleegden er 2.727 (81,8%) eenmaal parasuïcide en 606 (18,2%) tweemaal of vaker. Deze categorie 'recidivisten' pleegde 1.731 maal een parasuïcide, gemiddeld 2,9 maal.

In figuur 3 is het aantal parasuïcides naar recidiviteit en leeftijd weergegeven. De lijn in de grafiek welke het aantal eerst geregistreerde parasuïcides weergeeft stelt tevens het aantal personen voor naar leeftijd waarop de eerste parasuïcide werd gepleegd. Het valt

op dat voor vrouwen in de jongere leeftijds-categorieën de meeste recidieven zijn geregistreerd.

Op basis van de registratiegegevens kan worden berekend hoe groot de kans was op herhaling van de parasuïcide.

Wanneer wordt uitgegaan van de datum van de eerste parasuïcide die een persoon pleegde tijdens de registerperiode (hetgeen uiteraard niet hoeft te betekenen dat hij of zij nooit eerder dergelijk gedrag vertoonde), kan de kans dat dezelfde persoon (persoonskans) binnen een gestelde termijn een tweede en vervolgens een derde, vierde of tiende parasuïcide onderneemt worden afgeleid. Het spreekt vanzelf dat de kans op een eerste recidief (dus een tweede parasuïcide) met de tijd toeneemt. We vonden de volgende uitkomsten: 2,0% in de eerste week, 3,9% binnen één maand, 6,1% binnen drie maanden, 12,1% binnen één jaar, 18,3% binnen drie jaar.

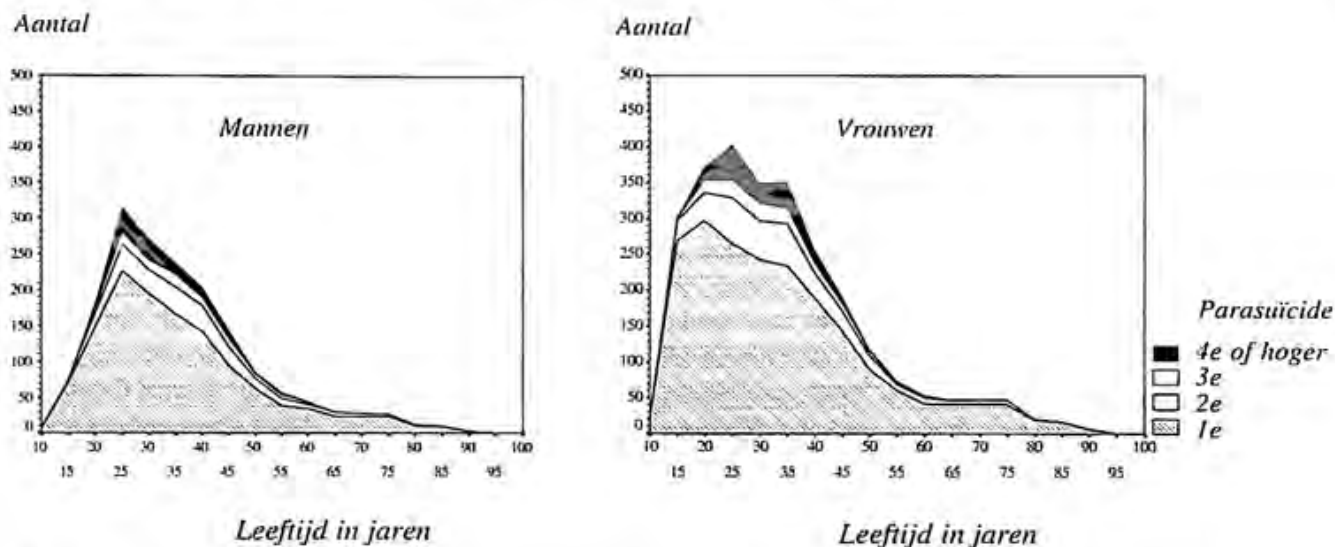
Daarnaast biedt de relatief lange looptijd van de registratie en het aantal geregistreerden de gelegenheid om ook de kans op veelvuldig herhaald parasuïcidaal gedrag te schatten. In figuur 4 worden de recidiefkansen op elke volgende parasuïcide

weergegeven. Het blijkt dat de kans op een recidief niet alleen in de tijd toeneemt, maar ook naarmate meer eerdere parasuïcides hebben plaatsgevonden. Men herhaalt parasuïcidaal gedrag dus steeds sneller, hetgeen ons inziens als een belangwekkende en voor

de hulpverlening relevante bevinding mag worden beschouwd. Zo vonden we bijvoorbeeld dat de kans op een vierde parasuïcide binnen één jaar na de derde te hebben gepleegd bijna 40% bedroeg (tegen 12,1% kans op een eerste recidief, 27,2% op een tweede

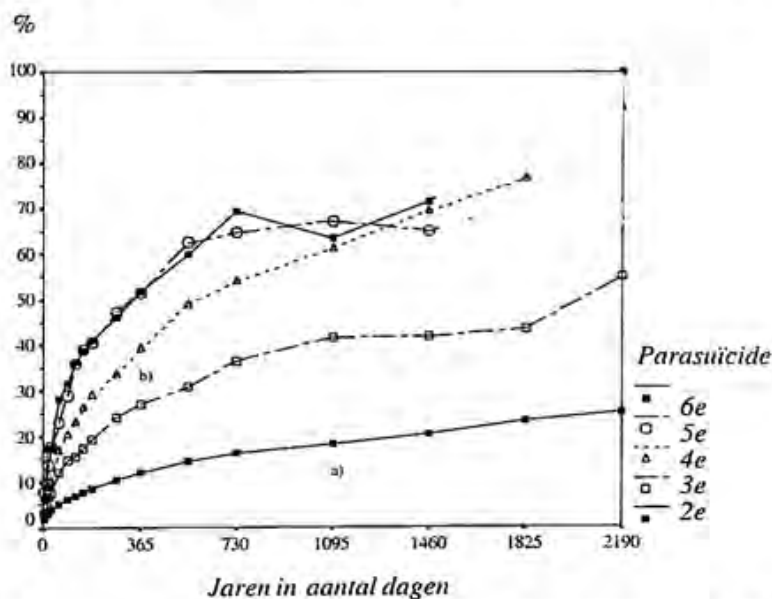
figuur 3

Recidiviteit van parasuïcides naar leeftijd voor mannen en vrouwen. Haags Suïcidaal Gedrag Register, 1987 - 1993.



figuur 4

De kans van een persoon op een recidief van parasuïcide naar tijd (in dagen) t.o.v. vorige parasuïcide (gecorrigeerd voor follow-up tijd). Haags Suïcidaal Gedrag Register, 1987 - 1993.



- a) Percentage personen (=kans) dat na de eerste (geregistreerde) parasuïcide binnen drie jaar een tweede parasuïcide pleegt; beperkt tot de personen die na hun eerste (geregistreerde) parasuïcide ten minste nog drie jaar gevolgd konden worden.
- b) Percentage personen (=kans) dat na de derde (geregistreerde) parasuïcide binnen een jaar een vierde parasuïcide pleegt; beperkt tot de personen die na hun derde (geregistreerde) parasuïcide ten minste nog een jaar gevolgd konden worden.

tabel 3a

Parasuïcides naar meest gevaarlijk(e) middel/methode. Haags Suïcidaal Gedrag Register, 1987-1993.

Methode/middel	Man Abs.	Man %	Vrouw Abs.	Vrou w %	Totaal Abs.	Totaal %
Vuurwapen	5	0,3	0	0	5	0,1
Springen/overrijden	73	4,2	62	2,3	135	3,0
Verhanging/verstikking	69	3,9	45	1,7	114	2,5
Verdrinking	26	1,5	29	1,1	55	1,2
Verbranding	8	0,5	13	0,5	21	0,5
Snijwonden	271	15,0	236	8,7	507	11,4
Vergif	121	6,7	169	6,2	290	6,5
Medicijnen	1.164	66,0	2.131	78,8	3.295	73,9
Alcohol	2	1,1	1	0	3	0,1
Anders	7	0,4	10	0,4	17	0,4
Onbekend	7	0,4	9	0,3	16	0,4
Totaal	1.753	100	2.705	100	4.458	100

tabel 3b

*Parasuïcides naar alle gebruikte middelen (combinaties mogelijk)
Haags Suïcidaal Gedrag Register, 1987-1993.*

Methode/middel	Man Abs.	Man %	Vrouw Abs.	Vrou w %	Totaal Abs.	Totaal %
Vuurwapen	5	0,2	0	0	5	0,1
Springen/overrijden	73	2,4	62	1,4	135	1,8
Verhanging/verstikking	69	2,3	46	1,1	115	1,6
Verdrinking	26	0,9	29	0,7	55	0,7
Verbranding	8	0,3	13	0,3	21	0,3
Snijwonden	277	9,1	242	5,6	519	7,0
Vergif	144	4,7	182	4,2	326	4,4
Medicijnen	1.790	58,7	3.204	73,7	4.994	67,5
Alcohol	633	20,8	541	12,4	1.174	15,9
Anders	15	0,5	20	0,5	35	0,5
Onbekend	7	0,2	9	0,2	16	0,2
Totaal	3.047	100	4.348	100	7.395	100

recidief) (figuur 4). Hieruit kan worden afgeleid dat inzicht in de voorgeschiedenis (óók ten aanzien van het suïcidaal gedrag van de betrokkene) van groot belang is voor de hulpverlening, alleen al om het risico van een (snelle) herhaling enigszins te kunnen inschatten. Dit nog afgezien van de mogelijkheid dat de betrokkene zich daadwerkelijk zal suïcideren. (Hierop zullen we in een volgende bijdrage terugkomen).

Middelen en methoden

Van oudsher bestaan er verschillen tussen mannen en vrouwen ten aanzien van de wijze waarop suïcidaal gedrag ten uitvoer wordt gebracht. Deze verschillen zijn aanzienlijk bij suicide (1)(5), maar worden ook in studies over parasuïcide gevonden (2). Wanneer grofweg een onderscheid wordt gemaakt in 'hardere' en 'zachtere' methoden blijken mannen ook bij parasuïcide vaker van 'harde' methoden

gebruik te maken.

In tabel 3a wordt een overzicht gegeven van de gebruikte middelen en methoden, gerangschikt naar het potentiële gevaar van de gekozen methodiek. Wanneer twee of meer middelen of methoden werden gebruikt, wordt alléén de relatief 'hardste' methode in deze tabel weergegeven. In tabel 3b daarentegen zijn alle gebruikte middelen en methoden geteld. Veruit de meeste parasuïcides vinden plaats door middel van medicijnen, bij vrouwen nog vaker dan bij mannen. In meerderheid betreft het aan de betrokkene zelf voorgeschreven medicatie, vooral kalmeringsmiddelen (anxiolytica en sedativa). Parasuïcide met behulp van psychofarmaca **) is de meest voorkomende afzonderlijke methode van zelfschadend gedrag (ruim 27% van alle parasuïcides). In ongeveer de helft van het totaal aantal parasuïcides maakte de betrokkene gebruik van de aan hem of haar zelf voorgeschreven psychofarmaca, al dan niet in combinatie met andere medicijnen. Vrouwen deden dit nog wat vaker dan mannen en bij recidieven nam dit 'mis'bruik van de eigen medicatie telkens in frequentie toe.

Alcohol alléén wordt vrijwel nooit voor parasuïcide gebruikt, maar weer wél tamelijk frequent als tweede (of derde) middel. Het verschil in de toepassing van harde methoden tussen mannen en vrouwen is duidelijk, maar toch minder uitgesproken dan uit de onlangs gepubliceerde gegevens over suïcide in Den Haag naar voren kwam (5). De categorie snijwonden is overigens moeilijk te interpreteren. Het zichzelf toebrengen van snijwonden wordt weliswaar beschouwd als een 'harde' methode, maar de praktijk leert, dat het veelal gaat om oppervlakkige verwondingen (bijvoorbeeld in de polsen). Op grond van het beschikbare onderzoeksmateriaal valt hierover helaas geen verdere informatie te geven. Een analoog probleem vormt de categorie vergif. Hoewel beschouwd als 'zachte' methode omvat deze groep ook middelen als azijn(zuur)essence en chloor, die zeer ernstige inwendige verbrandingen kunnen veroorzaken.

De toepassing van de verschillende middelen en methoden is bij mannen over alle leeftijdscategorieën min of meer gelijk verdeeld. Bij de vrouwen is er wel sprake van een zekere leeftijdsspecifieke 'voorkeur' in die zin, dat bij meisjes en jonge vrouwen (15-25 jaar) sommige vormen van vergif vaker dan gemiddeld werd gebruikt. Ook dit gegeven vereist een nadere analyse.

Bespreking

De hier gepresenteerde bevindingen zijn gebaseerd op een omvangrijk en naar onze mening zorgvuldig uitgevoerd registratieproject over een periode van zeven jaar. Ofschoon niet met zekerheid te zeggen is of de gepresenteerde cijfers het werkelijke voorkomen van parasuïcides precies weergeven mag wel worden gesteld dat ze een redelijke indruk geven van wat zich in Den Haag met betrekking tot dit probleem afspeelt. Daarnaast vormen deze gegevens een indicator voor de geestelijke volksgezondheid in de stad. Parasuïcidegetallen geven een aanwijzing voor de mate van sociale stress in (delen van) de samenleving. Ze zeggen vooral iets over het (on)vermogen van individuele personen om in onze cultuur hun problemen op te lossen. We zullen dan ook in een volgende studie nagaan welke risicoprofielen voor parasuïcide gelden. Via deze indicator valt immers meer aan de weet te komen over de geestelijke gezondheid van specifieke groepen in de Haagse samenleving. Onze analyses met betrekking tot de toename van de kans op herhaling en de snelheid van herhalen van parasuïcidaal gedrag bieden wellicht nieuwe mogelijkheden voor interventies van hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg. Preventie van hernieuwd suïcidaal gedrag is van oudsher een van de lastigste opgaven voor de hulpverlening. Overigens is een verdere verdieping en profilering van de diverse groepen bij parasuïcide betrokken personen noodzakelijk om tot conclusies (in deze) te kunnen komen. We hopen in onze vervolgstudie dit thema verder uit te diepen.

Literatuur:

1. Centraal Bureau voor de Statistiek: Vijftientig jaar zelfdoding in statistieken, 1970-1994. Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen, 1995.
2. Kerkhof AJFM, Schmidtke A, U Bille-Brake, Leo D de, Lönnquist J (editors). Attempted Suicide in Europe. DSWO Press Leiden en WHO, 1994.
3. Kerkhof AJFM. Suïcidepogers en suïcideplegers: gegevens en ervaringen. In: Broerse J. (red). Suïcidaliteit in de geestelijke gezondheidszorg. Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid. Utrecht, 1996.
4. Schudel W.J. Suïcidaal gedrag. *Epidemiol Bul Grav* 1991; 26 nr. 3: 27-31.
5. Schudel W.J. Suïcide in Den Haag - de laatste cijfers. *Epidemiol Bul Grav* 1995; 30 nr. 3: 24-9.
6. Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 1995. Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL). Utrecht, 1996.
7. Arensman E, Kerkhof AJFM e.a. The Epidemiology of Attempted Suicide in the Area of Leiden, 1990-1992. In: Kerkhof AJFM, e.a.: Attempted Suicide in Europe. DSWO Press Leiden en WHO, 1994.

**) Geneesmiddelen die de functie van de hersenen (in het bijzonder in kalmerende of stemmingsveranderende zin) beïnvloeden.

Tandcariës bij 6- en 12-jarige Haagse schoolkinderen

G.J. Truin, K.G. König, J. Mulder en M.A. van 't Hof

De zorg om het gebit van kinderen is een geregeld terugkerend onderwerp van studie. Een groep wetenschappers legde in januari vorig jaar nog eens de gebits-toestand vast bij 6- en 12-jarigen in Den Haag. Opnieuw blijkt dat kinderen uit sociaal zwakkere milieus minder profiteren van een overall verbetering, die wordt toegeschreven aan een verbeterde mondhygiëne en massaal gebruik van fluoride tandpasta's. Duidelijk is dat Turkse en Marokkaanse kinderen pas op latere leeftijd gaan poetsen en bovendien minder vaak en minder adequaat. Ook gaan ze minder vaak naar de tandarts.

In de gemeente Den Haag vindt sinds 1969 periodiek cross-sectioneel tandheelkundig onderzoek plaats bij de schooljeugd. De resultaten van deze onderzoeken zijn mede richtinggevend voor het te voeren preventiebeleid van de Jeugdtandzorg van de GGD in de gemeente Den Haag. In januari 1996 werd opnieuw de gebitsgezondheid van Haagse schoolkinderen vastgelegd. Het onderzoek had ten doel na te gaan hoe de prevalentie van tandcariës bij 6- en 12-jarigen zich de laatste jaren heeft ontwikkeld en of er veranderingen in de eerder geconstateerde verschillen in gebitsgezondheid tussen de kinderen uit verschillende sociale niveaus en tussen kinderen van Nederlandse, Turkse en Marokkaanse afkomst zijn opgetreden (1).

Opzet van het onderzoek

Het tandheelkundig onderzoek vond op school plaats in de maand januari 1996 en werd uitgevoerd door dezelfde tandarts-onderzoekers (K.G.K. en G.J.T.) als in de voorafgaande jaren van onderzoek. Aan het tandheelkundig onderzoek in 1996 namen 249 6-jarige en 226 12-jarige kinderen deel. Dit betrof een steekproef van leerlingen van basisscholen uit stadswijken die - volgens gegevens van de Haagse GGD - representatief werden geacht voor de strata van sociaal niveau 'laag', 'midden' en 'hoog'. In de steekproef konden de kinderen verder naar Nederlandse en naar niet-Nederlandse nationaliteit worden

Over de auteurs:

Prof.dr. G.J. Truin, tandarts, prof.dr. K.G. König, tandarts, beiden werkzaam bij de vakgroep Preventieve Sociale Tandheelkunde en Pedodontologie, dr. M.A. van 't Hof, statisticus en ing. J. Mulder, statisticus, beiden werkzaam bij de vakgroep Medische Informatiekunde, Epidemiologie en Statistiek van de Faculteit der Medische Wetenschappen in Nijmegen.

tabel 1

Omvang onderzoekspopulatie en de gemiddelde leeftijd in jaren voor de 6- en 12-jarigen naar sociaal niveau en nationaliteit. Den Haag 1996.

Sociaal niveau	6-jarigen Aantal	Gemiddelde leeftijd	12-jarigen Aantal	Gemiddelde leeftijd
<u>Laag</u>				
Ned. nat.	53	5,8	52	12,0
Turkse nat.	36	6,0	22	12,2
Marok. nat.	28	6,0	17	12,1
<u>Midden</u>				
Ned. nat.	71	5,6	85	11,9
<u>Hoog</u>				
Ned. nat.	61	5,7	50	11,0

onderscheiden. De nationaliteit van de kinderen was gebaseerd op de nationaliteit van de moeder. Deze gegevens werden verkregen via de aan het onderzoek participerende scholen. Het merendeel van de uitheemse kinderen was van Turkse of Marokkaanse nationaliteit en woonachtig in stadswijken uit het sociale niveau 'laag'. De uitsplitsing van de resultaten beperkt zich dan ook tot uitheemse kinderen van deze nationaliteiten en het sociale niveau 'laag'. Tabel 1 geeft het overzicht van het aantal in 1996 onderzochte kinderen naar leeftijd, sociaal niveau en nationaliteit.

Om de gebitsgezondheid van de kinderen in 1996 te kunnen vergelijken met hun leeftijdgenoten in voorafgaande jaren van onderzoek (1989 en 1993) zijn de gebitsgezondheidsgegevens ook uit die jaren meegenomen. De relatie tussen de gebitsgezondheid enerzijds en het sociale niveau en de nationaliteit anderzijds kon zo binnen de twee leeftijdsgroepen worden onderzocht voor de jaren 1996, 1993 en 1989. Ook werden de resultaten van de verschillende onderzoeksjaren vergeleken.

¹⁾ Bij het onderzoek van de kinderen wordt vastgelegd of de vlakken (*s=surfaces*) van gebitselementen aangetast (*d=decayed*), geëxtraheerd (*m=missing*) of gerestaureerd (*f=filled*) zijn. De *dmfs*- en *DMFS*-scores die hieruit zijn samengesteld, zijn een maat voor de opgetreden tandcariës in het melk- (*dmfs*-score) respectievelijk blijvende gebit (*DMFS*-score). Een *dmfs*-score van nul bij de 6-jarigen betekent een gaaf melkgebit (geen aangetaste, ontbrekende of gevulde tanden en kiezen), een *DMFS*-score van nul bij de 12-jarigen een gaaf blijvend gebit.

De veranderingen in de gebitsgezondheid werden, voor de 6- en 12-jarigen *gezamenlijk*, getoetst op statistische significantie. Dit geschiedde voor de drie afzonderlijke nationaliteiten en - binnen de groep kinderen met de Nederlandse nationaliteit - per sociaal niveau.

Resultaten

Het algemene beeld is dat gedurende de onderzoeks-jaren het percentage kinderen met een volledig *gaaf* gebit (soms significant) toeneemt (tabel 2). De *dmfs*- en *DMFS*-scores¹⁾ van de kinderen met een *niet-gave* dentitie vertonen een nogal wisselend beeld; hierbij bleken de veranderingen in de periode 1989-1996 nergens statistisch significant.

Nederlandse kinderen

De ontwikkelingen in de gebitsgezondheid bij de 6- en 12-jarige kinderen van Nederlandse nationaliteit worden geïllustreerd aan de hand van de veranderingen in de percentages kinderen met een *gave* melk-respectievelijk blijvende dentitie in de periode 1989-1996 (tabel 2). Uit de analyses komt naar voren dat in die periode het percentage kinderen met een *gave* dentitie in het lage sociale niveau niet significant is veranderd. Dit percentage is bij hun leeftijdgenoten uit het midden en hoge sociale niveau in die periode wel significant toegenomen. Circa 80 tot 90% van de kinderen uit het midden en hoge sociale niveau hadden in 1996 een melk- respectievelijk blijvend gebit zonder aantastingen, restauraties of ontbrekende tanden en kiezen. Voor de kinderen uit het lage sociale niveau bedroeg dit 50%.

tabel 2

Percentages 6- en 12-jarige kinderen met een gaaf melk- respectievelijk blijvend gebit en de gemiddelde dmfs-/DMFS-score ¹⁾ van de kinderen met een niet-gaaf gebit in 1989, 1993 en 1996; naar sociaal niveau en nationaliteit. Den Haag 1989-1996.

Sociaal niveau	6-jarigen	6-jarigen	12-jarigen	12-jarigen
	%	Gemiddelde dmfs ¹⁾	%	Gemiddelde DMFS
	Gaaf	+/- SD ^{a)}	Gaaf	+/- SD ^{a)}
		Niet-gaaf		Niet-gaaf
<u>Laag</u>				
Ned. nat.				
1989	43,3	8,2 +/- 8,5	45,5	3,6 +/- 2,2
1993	39,2	7,8 +/- 9,0	65,6	4,0 +/- 3,1
1996	49,1	9,6 +/- 9,8	50,0	3,2 +/- 2,4
Turkse nat *				
1989	20,0	13,1 +/- 7,9	15,8	7,0 +/- 4,5
1993	34,4	8,9 +/- 8,2	36,4	5,2 +/- 3,9
1996	30,6	7,8 +/- 6,6	40,9	5,7 +/- 3,6
Marok. nat				
1989	22,2	12,2 +/- 10,5	25,5	5,4 +/- 3,5
1993	23,8	12,0 +/- 12,5	31,8	4,3 +/- 3,2
1996	42,9	8,9 +/- 7,1	29,4	4,0 +/- 3,4
<u>Midden *</u>				
Ned. nat.				
1989	60,0	5,5 +/- 6,9	48,5	3,9 +/- 2,7
1993	69,4	5,8 +/- 7,5	60,6	2,8 +/- 1,9
1996	78,9	4,9 +/- 5,3	89,4	3,6 +/- 2,8
<u>Hoog *</u>				
Ned. nat.				
1989	76,6	2,1 +/- 1,3	58,7	2,9 +/- 2,0
1993	76,8	4,4 +/- 3,5	63,0	2,1 +/- 1,6
1996	83,6	4,7 +/- 5,1	86,0	2,3 +/- 2,1

^{a)} SD = Standaard deviatie

* De veranderingen tussen 1989, 1993 en 1996 in percentage kinderen (6- en 12-jarigen samen) met een gaaf gebit, zijn statistisch significant.

Bij de kinderen met een *niet-gave* dentitie is binnen ieder sociaal niveau de gebitsgezondheid, uitgedrukt in de gemiddelde dmfs- en DMFS-scores ¹⁾, niet significant verbeterd tussen 1989 en 1996.

Samenvattend hebben de kinderen uit het hoge sociale niveau meer geprofiteerd van de algemene verbetering van de gebitsgezondheid. Dit komt met name tot uiting in het percentage kinderen met een *gave* dentitie.

Turkse en Marokkaanse kinderen

Vergelijkt men de gebitsgezondheid van Turkse en Marokkaanse kinderen in 1996 met die van hun

leeftijdgenoten in 1989 en 1993, dan is per leeftijdsgroep een wisselend beeld waarneembaar (tabel 2). Bij zowel Marokkaanse als Turkse kinderen vinden we in de periode 1989-1996 als trend dat het percentage kinderen met een *gave* melk-, respectievelijk blijvende dentitie toeneemt. Alleen bij de Turkse kinderen is deze toename statistisch significant. De grootste toename is waarneembaar bij de 12-jarige Turkse kinderen: van bijna 16% in 1989 naar bijna 41% in 1996.

Over het algemeen is in de periode 1989-1996 een dalende tendens te zien in de gemiddelde dmfs- en DMFS-score bij de Turkse en Marokkaanse kinderen

met een *niet-gave* dentitie. Bij toetsing zijn deze verschillen echter nergens significant gebleken.

Vergelijkt men de gebitsgezondheid van Turkse en Marokkaanse kinderen met die van hun Nederlandse leeftijdgenoten, dan kan worden geconstateerd dat de gebitsgezondheid bij uitheemse kinderen ongunstig afwijkt van die van hun Nederlandse leeftijdgenoten uit het lage sociale niveau.

Discussie

Op basis van een analyse van gepubliceerde epidemiologische cariësstudies die werden verricht bij 6- en 12-jarigen in de periode 1980-1993, werd geconcludeerd dat in Nederland sinds het begin van de jaren tachtig bij 6-jarigen de daling in de cariësprevalentie van het melkgebit tot stilstand is gekomen. Bij de 12-jarigen werd in die periode een dalende cariësprevalentie in het blijvende gebit waargenomen (2). De uitkomsten van het onderzoek in Den Haag wijzen er op dat de stabilisering van de gebitsgezondheid bij de 6-jarige Nederlandse kinderen niet geldt voor alle sociale niveaus. De toename van het percentage kinderen met een *gaaf* melkgebit heeft zich na 1993 bij kinderen uit het midden en hoge sociale niveau verder doorgezet. Deze waarneming geldt ook voor de toename van het percentage 12-jarigen met een *gaaf* blijvend gebit in het midden- en hoge sociale niveau. Bij 12-jarigen uit het lage sociale niveau lijkt nu ook sprake van een stabilisering van dit percentage, een ontwikkeling die reeds eerder wat betreft de cariësprevalentie in het melkgebit bij 6-jarigen uit het lage sociale niveau werd waargenomen. Opvallend is dat in de periode 1989-1996 de verschillen in mondgezondheid tussen enerzijds de Nederlandse kinderen uit het lage sociale niveau en anderzijds die uit het midden en hoge sociale niveau verder zijn toegenomen. Met andere woorden: de kinderen uit het lage sociale niveau hebben naar verhouding minder geprofiteerd van de over-all verbetering van de gebitsgezondheid bij de Haagse schooljeugd.

De meest geaccepteerde verklaring voor de geconstateerde verbetering van de gebitsgezondheid bij de Nederlandse jeugd is de toegenomen aandacht voor mondhygiëne in combinatie met het massale gebruik van fluoride tandpasta's (2). Verschillen in gebitsgezondheid tussen de Nederlandse kinderen uit de verschillende sociale niveaus moeten dan ook hoofdzakelijk worden toegeschreven aan verschillen in

mondhygiëne. Als we er van uitgaan dat momenteel 98% van de in Nederland verkochte tandpasta's fluoride bevatten, is een beperkte mondhygiëne waarschijnlijk de voornaamste verklaring voor de minder gunstige gebitsgezondheid bij de kinderen uit de lagere sociale niveaus. Er zijn aanwijzingen dat kinderen in het lage sociale niveau hun tanden en kiezen minder frequent poetsen dan kinderen uit de hogere sociale niveaus (3).

Een probleem bij de interpretatie van de cariësgegevens bij Turkse en Marokkaanse kinderen vormt de vergelijkbaarheid van de steekproeven naar nationaliteit in de verschillende onderzoeksjaren. De nationaliteit van de kinderen is in alle onderzoeken gebaseerd op de nationaliteit van de moeder. Deze gegevens werden, zoals gezegd, verkregen via de aan het onderzoek participerende scholen. Het is geenszins uitgesloten dat dit criterium niet in alle onderzoeksjaren tot een volledig vergelijkbare indeling heeft geleid. Door voortgaande naturalisaties zullen naar verhouding steeds meer kinderen met een niet-Nederlandse afkomst als Nederlands zijn geregistreerd. Onder de aanname dat de gebitsgezondheid van deze kinderen niet beter is dan die van de kinderen van wie de moeder niet is genaturaliseerd, wordt de in het onderzoek gemeten gemiddelde gebitsgezondheid van de Nederlandse kinderen in feite te ongunstig voorgesteld. Het verschil tussen Nederlandse en niet-Nederlandse kinderen zou in werkelijkheid dus wellicht groter zijn dan uit onze resultaten naar voren komt.

Vergelijkt men de gebitsgezondheid van Turkse en Marokkaanse kinderen met die van hun Nederlandse leeftijdgenoten, dan kan worden geconstateerd dat de gebitsgezondheid bij uitheemse kinderen nog steeds ongunstig afwijkt van die van hun Nederlandse leeftijdgenoten. Uit diverse onderzoeken is dit reeds eerder naar voren gekomen (1)(4)(5). De oorzaken voor deze verschillen zijn bekend. Turkse en Marokkaanse kinderen poetsen minder vaak en minder adequaat hun tanden, beginnen op latere leeftijd met tandenpoetsen en gaan minder vaak naar de tandarts (6)(7).

De meeste onderzoeken naar verschillen in mondgezondheid bij Turkse en Marokkaanse kinderen laten zien dat meer Marokkaanse kinderen een gaver gebit hebben dan hun Turkse leeftijdgenoten (8). Een frequenter gebruik van suiker en tussendoortjes van Turkse kinderen zouden de verschillen in cariësprevalentie tussen de Marokkaanse en Turkse kin-

deren verklaren (4). Recent onderzoek van Brugman et al. toonde aan dat deze verschillen ook kunnen worden verklaard door minder aandacht voor mondhygiëne van de Turkse moeders (9). De resultaten van de onderzoeken in Den Haag in de periode 1989-1996 bevestigen het beeld niet dat meer Marokkaanse dan Turkse kinderen een *gaaf* gebit hebben. Per onderzoeksjaar en per leeftijdsgroep is een wisselend beeld waarneembaar. Wel moet worden bedacht dat de aantallen kinderen per leeftijdsgroep en per nationaliteit vrij klein zijn. Voorts is het mogelijk dat verschillen in de steekproefrekening en de definiëring van de nationaliteit in de verschillende onderzoeken mede oorzaak zijn van het waargenomen wisselende beeld.

Ondanks de achterstand in de gebitsgezondheid, die de Turkse en Marokkaanse kinderen nog steeds hebben ten opzichte van hun Nederlandse leeftijdgenoten, is het verheugend te constateren dat in de periode 1989-1996 een toename van het percentage Turkse kinderen met een *gaaf* melk- of blijvend gebit heeft plaatsgevonden.

Literatuur:

1. 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.
2. Truin GJ, König KG, Kalsbeek H, Rossum GMHM van, Hof MA van 't. Trends in de prevalentie van tandcariës bij de jeugd. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1994; 72: 67-71.
3. Reelick NF, Guldenmundt ME, Filedt Kok-Weimar TL, Overdijk AWAP. Mondgezondheid van risicogroepen in Rotterdam en Amsterdam. Ned Tijdschr Tandheelkd 1996; 103: 135-37.
4. Bergink AH. Cariës bij Nederlandse, Hindostaanse, Marokkaanse en Turkse kleuters, verslag van een onderzoek in een Haags Schoolartsrayon 1984-1989. Epidemiol Bul Grav 1990; 25 nr. 1: 20-5.
5. 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.
6. Verrips GH, Filedt Kok-Weimar TL, Frencken JE, Kalsbeek H. Mondgezondheid bij Amsterdammertjes. NIPG/TNO, Leiden 1990.
7. Verrips GH, Kalsbeek H, Eijkman MAJ. Ethnicity and maternal education as risk factors for dental caries, and the role of dental behaviour. Community Dent Oral Epidemiol 1993; 21: 209-14.
8. Verrips GH, Kalsbeek H. Tandcariës bij kinderen uit etnische groepen in Nederland: een overzicht van de literatuur. Ned Tijdschr Tandheelkd 1993; 100: 407-11.
9. Brugman E, Verrips GH, Danz MJ, Kalsbeek H. Tandheelkundig preventief gedrag van Turkse en Marokkaanse ouders in Den Haag. Epidemiol Bul Grav 1997; 32 nr. 1: 26-32.

De studie is mogelijk gemaakt door subsidies van het Praeventiefonds, Kortman Intradal B.V. en de Suikerstichting Nederland.

Onze dank gaat verder uit naar Mw. A. Brouwer, Mw. A. Kootwijk, Mw. D. Teuben en H. Westerhof van de afdeling Jeugd tandzorg van de GGD te Den Haag voor hun bijdrage bij de voorbereiding en uitvoering van het veldonderzoek.

korte berichten

onder redactie van
J.M. Vroom-Jongerden

Onderzoek in het kort

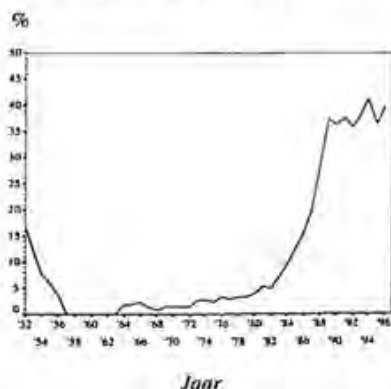
Uit de archieven van de Jeugdtandzorg

Sinds het einde van de jaren zeventig publiceerde de toenmalige schooltandverzorging in Den Haag het percentage deelnemende kinderen dat de basisschool verliet met een gaaf gebit; een traditie die door de huidige Jeugdtandzorg is voortgezet.

Onlangs kwamen bij het opruimen van oude archieven cijfers boven water van veel oudere datum. Met slechts een onderbreking van zeven jaar blijkt er over bijna een halve eeuw een reeks van gegevens over de gebitsgezondheid van de Haagse jeugd te kunnen worden samengesteld.

figuur 1

Percentage 12-jarigen met een gaaf gebit. Den Haag 1952-1996



In figuur 1 is nog net te zien hoe in het eerste decennium na de Tweede Wereldoorlog de gebitsgezondheid snel verslechterde. Sommigen meenden in die tijd dat de hongerwinter en het gebrek aan voedingsstoffen, zoals calcium, de oorzaak was van de toename van cariës. Later bleek dat de oorzaak lag bij de na de oorlog toegenomen welvaart en suikerconsumptie, en dat de hongerwinter - althans op de gebitsgezondheid - eerder een positieve dan een negatieve invloed had uitgeoefend.

De daaropvolgende 25 jaar komt het bijna niet voor dat 12-jarige kinderen de school verlaten met een gaaf blijvend gebit. Maar op het eind van de jaren zeventig neemt de gebitsgezondheid plots snel toe, dankzij het gebruik van fluoriden, om in 1990 abrupt te stabiliseren op bijna 40%.

De consumptie van suikers is in al die jaren toegenomen (vooral door toename van industrieel voedsel met zijn 'verborgen suikers'). Het nadelige effect ervan is vermindert door preventie, vooral door fluoride en sealants, maar omstreeks 1990 bereikt de preventie haar optimale werking. Voor een verdere toename van het percentage kinderen met een gaaf gebit zijn nieuwe vormen van preventie nodig, of een drastische vervanging van suikers in ons voedsel. Het percentage kinderen met een gaaf gebit verschilt per sociaal-economische en etnische samen-

stelling van de groep, maar de trend die deze grafiek toont is in de hele westerse wereld dezelfde.

Voorlichting

Leergang Palliatieve Zorg

Palliatieve zorg is de totale zorg - lichamenlijk, emotioneel, sociaal en spiritueel - voor patiënten die ongeneeslijk ziek zijn en degenen die hen direct omringen. Het doel van de zorg is het bereiken van de best mogelijke kwaliteit van leven voor zowel de patiënt als zijn naaste(n), waarbij de patiënt wordt benaderd als een gelijkwaardige en medeverantwoordelijke partner.

Om de kwaliteit van de palliatieve zorg te verbeteren, heeft het Landelijke Steunpunt Vrijwilligers Terminale Zorg (VTZ) in samenwerking met onderwijsorganisaties een leergang ontwikkeld voor zowel professionals als vrijwilligers in de gezondheidszorg. Deze leergang behandelt onder andere de psychische aspecten van het sterven, pijn- en symptoombestrijding, culturele en godsdienstige verschillen in de beleving van ziekte en dood, ethische vraagstukken en rouwverwerking.

Voor meer informatie: Landelijk Steunpunt VTZ, tel. 030 - 659 62 66; fax 030 - 659 62 99.

Symposia

HIV/AIDS bij vrouwen een (on)verwachte diagnose...?

Ziekenhuizen in Den Haag en omgeving (ook Leiden) constateren sinds begin jaren '90 een toename van het aantal HIV-infecties bij vrouwen. HIV/AIDS-infectie stelt vrouwen voor specifieke problemen en dilemma's, zoals gynaecologische problemen, antiretrovirale therapie, zwangerschap, eventueel de zorg voor een gezin, problemen als er meer gezinsleden zijn met HIV/AIDS.

Veelbelovende nieuwe behandelingsmogelijkheden vragen om een actief testbeleid, gerichte voorlichting, specifieke en psychosociale zorg.

De werkgroep Vrouwen en HIV/AIDS van het Platform HIV/AIDS Den Haag en omgeving organiseert daarom op 2 oktober 1997, in samenwerking met het Leyenburg Ziekenhuis, het symposium 'HIV/AIDS bij vrouwen, een (on)verwachte diagnose...?', waarin de thema's medische aspecten, psychosociale aspecten en preventie zullen worden behandeld.

Het symposium wordt gehouden in het Leyenburg Ziekenhuis van 17.00-20.30 uur. Aanmelding is gewenst, want het aantal plaatsen is beperkt. Kosten: f. 25,-.

Informatie over aanmelding en programma: mw. Anneke Maat (tel. 070 - 359 24 14) of mw. Ferida de Jongh-Wieth (tel. 070 - 353 71 73).

Palliatieve Zorg

Het Landelijk Steunpunt Vrijwilligers Terminale Zorg (VTZ) or-

ganiseert op 24 september 1997 in Hilversum de middagconferentie voor professionals in de gezondheidszorg. Tijdens deze middagconferentie neemt minister dr. E. Borst-Eilers het eerste exemplaar van de leergang 'Palliatieve Zorg' in ontvangst (zie ook pag. 31: Leergang Palliatieve Zorg).

Voor informatie: Landelijk Steunpunt VTZ, tel. 030 - 659 62 66; fax 030 - 659 62 99.

Aangifte infectieziekten

Op pag. 33 geven we een overzicht van de aangifte infectieziekten in de drie regiogebieden Den Haag, Delfland (locatie Rijswijk) en West-Holland (Voorburg/Leidschendam/Wassenaar/Zoetermeer). Eénmaal per jaar wordt de opgave per regio gespecificeerd. Draagt u zorg voor een tijdige en juiste aangifte van de infectieziekten die zich in uw praktijk voordoen?

Onderstaand volgt enige casuïstiek van de Haagse opgave over het eerste en het tweede kwartaal 1997.

Van de 6 (1+5) aangegeven dysenteria bacillaris-patiënten liepen 4 patiënten hun besmetting op tijdens vakantie in het buitenland, 1 patiënt liep zijn besmetting op tijdens een barbecue en van 2 patiënten bleef de bron onbekend. Gevonden werden: Sh.sonnei, Sh.flexneri en Sh.boydii.

Er werden 66 (38+28) hepatitis A-patiënten gemeld. De meeste besmettingen vonden plaats binnen het gezin of via de school. Met zowel de scholen als de schoolartsen werden nauwe con-

tacten onderhouden. In overleg met de huisartsen kregen veel gezinsleden gamma-globuline.

Van de 15 (10+5) aangegeven hepatitis B-patiënten bleef bij 9 patiënten de bron onbekend, 4 patiënten werden besmet via seksueel contact en 1 patiënt werd waarschijnlijk via bloedcontact besmet.

Er werden 5 (0+5) malaria-patiënten (*P.falciparum*) gemeld. Van dezen hebben 2 patiënten tijdens hun vakantie in Afrika geen profylaxe gebruikt, 2 patiënten uit Afrika hebben nooit profylaxe genomen en bij 1 patiënt bleef onbekend of deze zijn malaria-profylaxe had genomen.

Bij de 10 (5+5) aangegeven meningococcosis-patiënten werd in de meeste gevallen profylaxe aan de familie gegeven.

Bij de 2 (1+1) gemelde ornithosis-patiënten werd in beide gevallen de Veterinaire Inspectie geïnformeerd.

Over de 59 (18+41) aangegeven pertussis-patiënten werden de schoolartsen en de scholen geïnformeerd.

Van de 52 (42+10) gemelde scabies-patiënten liepen velen de besmetting op in het buitenland of via gezinscontact.

Van de 5 (5+0) gemelde voedselinfectie-patiënten werden 2 patiënten besmet op de Canarische Eilanden en 3 patiënten werden bij familieleden besmet.

Aan deze rubriek werkten mee:

Mw. F.E. de Jongh-Wieth;

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

H. Westerhof;

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	1997 1e kw	1997 2e kw	1997 3e kw	1997 4e kw	1996 t/m 2e kw	1997 t/m 2e kw
mens	inhalatie	difterie (B)						
		lepra (B)						
		meningococcosis (B)*	5	6			7	11
		morbilli (B)					1	
		(atyp.) pertussis (B)**	40	66			7	106
		rubella (B)					1	
		tuberculosis (B)	29	28			61	57
		parotitis epidemica (C)					2	
	seksueel contact	gonorrhoea (C)	19	6			28	25
		syfilis prim./sec. (C)	10	1				11
		syfilis congenita (C)						
	seksueel cont./bloed	hepatitis B (B)1	10	5			8	15
		HIV-infectie/Aids (1)***	3	1				4
	faecaal/oraal	poliomyelitis (A)(2)						
		hepatitis A (B)(3)	40	30			32	70
		dysenteria bacillaris (B)(3)	3	8			10	11
	huid/kleding/bed	scabies (B)(4)	42	10			60	52
dier	inhalatie (faecaal materiaal)	ornithosis/psittacosis (B)	1	1			1	2
		Q-koorts (B)(5)					1	
	insectebeet	lassakoorts (A)(6)						
		febris recurrens (B)						
		gele koorts (B)						
		malaria (B)		5			7	5
	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)	7	1			31	8
		febris typhoidea (A)					1	
		paratyfus B (B)						
	botulisme (B)(7)							
contact (water/grond/dier)	leptospirosis (B)							
wondcontact (water/grond/beet)	tetanus (B)							
totaal								
			206	167			258	373

korte berichten

(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