



epidemiologisch bulletin

*tijdschrift voor volksgezondheid en
onderzoek in Den Haag*

inhoud

volksgezondheid

Dagboek van een verloskundige

epidemiologie

Suïcidaal gedrag en etnisch-culturele afkomst

Vraag naar en aanbod van ouderenzorg; een regioverkenning

Cognitief en sociaal-emotioneel functioneren bij basisscholieren

Hepatitis A: een groeiend probleem

korte berichten

jaargang 33, 1998

nummer 4

Colofon

December 1998
33ste jaargang nr. 4

Redactie

mw. I. Burger, *GGD Den Haag*
R.H. Jamin, *huisarts in Den Haag*
mw. C.J. Kruijthof, *Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde ziekenhuis*
mw. F.L. van Leeuwen, *arts, Stichting Thuiszorg Den Haag*
mr. H.R. Lingen, *Dienst OCW Den Haag*
B.J.C. Middelkoop, *arts, GGD Den Haag*
dr. H.G.J. Nijhuis, *arts (hoofdredacteur), Dienst OCW 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. drs. H. Burger, mw. E.M.J. Paternotte en drs. 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, leidinggevendenden, beleidsmedewerkers en onderzoekers in de gezondheid in de regio Den Haag. De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en de samenstelling van het bulletin. Overname van artikelen is in vele gevallen mogelijk *in overleg met de redactie*. De richtlijnen voor auteurs kunnen bij het 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.

ISSN 0921-6219

Inhoud

Volksgezondheid

- 'Kijk in de wijk'
Dagboek van een verloskundige praktiserend in vier Haagse wijken
Mw. H.R. Klouwens 1

Epidemiologie

- Suïcidaal gedrag en etnisch-culturele afkomst Den Haag 1987-1993
W.J. Schudel, H.W.A. Struben en Mw. J.M. Vroom-Jongerden 7
- Een eerste regioverkenning van de vraag naar en het aanbod van ouderenzorg in Den Haag
Mw. C.M. Fokkema 14
- Kenmerken van het cognitief en sociaal-emotioneel functioneren bij basisscholieren uit groep vier in Den Haag:
Uitkomsten van het Preventief Verpleegkundig Onderzoek
Mw. F.A. Lawa-Liezenga, Mw. M. Monné-van Wirdum en Mw. M.D. Wolting-Leenstra 22
- Hepatitis A: een groeiend probleem
A.H.J.M. Cremers 28

Korte berichten

33

'Kijk in de wijk'

Dagboek van een verloskundige praktiserend in vier Haagse wijken

Hanneke Klouwens

Verloskundige is het goede woord niet, vroedvrouw is beter. Verlossen immers doet de gynaecoloog. Ze spreekt een beetje Turks, maar bij dertig andere nationaliteiten is het handen- en voetenwerk. Onrustige nachten, bezoek aan een 'los kraambed', het prikken van ijzergehalten, ontsnappings-pogingen uit de files rond de Haagse marathon en een bezoek aan een zwangere Curacaose vrouw, die met haar twee kinderen op één kamer woont. De borsten van de vroedvrouw zelf worden bevoeld en gekeurd en er dreigen problemen bij een besneden Somalische. Dagboek van een Haagse vroedvrouw met een Belgische stagiaire.

Hanneke Klouwens werkt sinds januari 1993 als vaste maat in een maatschap van drie verloskundigen. (Ze gebruikt liever de oude term van 'vroedvrouw'. Ze verlost niemand - wanneer dat aan de orde is schakelt ze de gynaecoloog in; ze coacht de vrouw bij de bevalling van haar kind.) Naar een vierde verloskundige zijn ze op zoek. Noodgedwongen doen ze nu regelmatig een beroep op een waarneemster.

Op vier plaatsen in de stad houden ze spreekuur. Een historisch gegroeide situatie in Den Haag. De (aanstaande) moeders hebben 'hun' verloskundige om de hoek. Als gevolg daarvan reist de verloskundige zelf, heel wat af. Alle spreekuren worden gehouden in gebouwen voor eerste-lijnsgezondheidszorg, zodat gemakkelijk voor interdisciplinair overleg kan worden gekozen.

Op het maandagochtend-spreekuur in het wijk- en dienstencentrum in de Scheepersstraat (Transvaalkwartier) ziet ze praktisch alleen allochtone vrouwen. Ze spreekt een beetje Turks, maar bij de ruim dertig andere nationaliteiten is het handen- en voetenwerk, of Engels, Frans en Duits. Maandagavond in het wijk- en dienstencentrum in de Weimarstraat (Regentesse-/Valkenboskwartier) ziet ze wel meer Nederlandse vrouwen, maar die blijven desondanks ver in de minderheid. Dinsdagmiddag in het gezondheidscentrum Nieuw Waldeck (Waldeck) is dat precies omgekeerd. Ze ziet daar vooral vrouwen van Nederlandse komaf,

*Over de auteur:
Mw. H.R. Klouwens werkt als verloskundige in Den Haag.*

uit uiteenlopende sociale milieus. Ten slotte is het donderdag op de Loosduinsekade (Rustenbroek/Oostbroek) weer volledig gemêleerd. Kortom, ze werkt voor vrouwen met zeer diverse etnisch-culturele achtergronden.

Zaterdag

Het is zaterdagavond 22.00 uur als ik de dienst van mijn collega overneem. Het is heel rustig geweest. Geen bevallingen in onze praktijk. Wel een bevalling bij iemand die we in de loop van de zwangerschap naar de gynaecoloog hebben verwezen. In eerste instantie omdat er bij een zwangerschapsduur van 32 weken Rhesus-antistoffen in haar bloed werden aangetroffen, hetgeen ernstige gevolgen kan hebben voor de vrucht. Later ontwikkelde ze zwangerschaps-suikerziekte en uiteindelijk beviel ze ook nog eens met langdurig (langer dan 24 uur) gebroken vliezen. Al met al een driedubbele medische indicatie. Gelukkig is alles goed verlopen en mag ze waarschijnlijk de volgende morgen naar huis. Wij nemen dan weer de verantwoordelijkheid voor de begeleiding van het kraambed op ons.

In principe bezoeken we vrouwen die van hun eerste kind bevallen op de eerste tot en met de vierde dag na de bevalling en vervolgens op de zesde en de achtste dag. Moeders die al een keer een bevalling hebben doorgemaakt bezoeken we de eerste tot en met de derde dag en de vijfde en zevende dag. Met hoop op een rustige nacht kruip ik in mijn bed.

Zondag

Om 1.30 uur gaat de telefoon. Een Hindostaanse vrouw. Vier en twintig weken zwanger en sinds middernacht last van pijn in de buik die komt en gaat. Ik vraag wat door en besluit bij haar te gaan kijken. Het giet van de regen. In de buurt van haar huis parkeren lukt niet. Bah. Behoorlijk nat stap ik binnen. Ik onderzoek de vrouw. Eerst een uitwendig onderzoek, dat valt niet tegen. De baarmoeder lijkt zich wat samen te trekken, maar of het weeën zijn betwijfel ik. Prima harttonen. Bij het inwendig onderzoek vind ik helaas toch een vingertop ontsluiting. In combinatie met de klachten en de korte zwangerschapsduur besluit ik een consult bij de gynaecoloog te vragen. Ik bereid de vrouw erop voor dat ze misschien ter observatie zal worden opgenomen. Na wat heen en weer gepraat over hoe ze naar het ziekenhuis zullen gaan, bied ik aan hen daar

af te zetten. Terwijl ik al met één been buiten sta vang ik op dat haar man zegt: 'Oh, dus jij wilt beweren dat ik je geslagen heb.' 'Ja', zegt ze, 'Dat heb je toch ook gedaan!.' 'Ook dat nog', denk ik. Zou er vanavond meer zijn gebeurd waardoor ze buikpijn heeft gekregen? Het was me op het spreekuur ook al opgevallen dat deze man zich wat vreemd gedroeg. Psychische problematiek? Morgen in elk geval even doorgeven aan de gynaecoloog en van de week de huisarts inlichten. Een half uur later lig ik weer in mijn bed.

Om zes uur gaat opnieuw de telefoon. Weer iemand met buikpijn. Een Somalische vrouw. 31 Weken zwanger van haar eerste kind. Ik ga er langs. Als ik binnen kom ruik ik het kruidige luchtje dat in alle Somalische huishoudens hangt. Er is niets aan de hand. Hoogstwaarschijnlijk last van haar darmen. Ik stel haar gerust. Mijn pieper gaat. Ik bel de dokters-telefoon. Een andere Somalische vrouw. Zwanger van haar tweede kind. Ze heeft weeën om de vijf tot zeven minuten. Ik rij direct maar even door. Een rommelige maar schone slaapkamer. Het eerste kindje van ruim een jaar staat in het ledikantje naast het ouderlijk bed met grote ogen te kijken naar wat ik doe. De weeën zijn nog niet zo sterk, maar ze heeft wel al vijf centimeter ontsluiting. Omdat ze poliklinisch wil bevallen adviseer ik het echtpaar oppas te regelen en zo langzamerhand naar het ziekenhuis te gaan. Ik licht het ziekenhuis in dat ze eraan komen. Ik ga zelf nog snel naar huis om te douchen en te eten en vertrek daarna ook naar het ziekenhuis. Uiteindelijk wordt om iets voor twaalf een mooi meisje geboren. Ze ziet er prima uit. Alles loopt gesmeerd. Vlotte geboorte van de placenta. Weinig bloedverlies. Een heel klein scheurtje waarin ik twee hechtingen doe. Ik leg het kind nog even aan de borst en verlaat een blij gezin.



Toen ik in het ziekenhuis zat te wachten ging de pieper en heb ik een vrouw daar laten komen en onderzocht. Ze is inmiddels negentien weken zwanger van haar tweede kind en heeft helderrood bloedverlies. Gisteren en twee weken geleden ook al een keer. Ik kan wanneer ik haar onderzoek niets vinden. Ook de assistent-gynaecoloog, die ik nu gemakkelijk erbij kon roepen, niet en het speculum-onderzoek en de echo leveren geen bijzonderheden op. Enigszins gerustgesteld gaat ze huiswaarts. Bloedverlies blijft altijd een alarmsignaal.

Terwijl ik met haar op de assistent-gynaecoloog zat te wachten hadden we het nog over vrienden van hen die ik onder controle had gehad. De vriend belde mij, een jaar geleden op een avond dat zijn vrouw al de hele dag wat buikpijn had en sinds een uur heel erg. Continu. Ze had een keiharde buik. Ik was direct gealarmeerd. Is er bloedverlies? Nee, dat niet. Ik dacht aan een mogelijke gehele of gedeeltelijke loslating van de placenta. Een acute levensbedreigende situatie voor het kind maar ook voor de moeder. Ik overwoog een ambulance te bellen, maar er was geen bloedverlies, één van de kenmerken van een 'klassieke' placenta-loslating. Ze woonden vlakbij en ik was er mogelijk sneller dan een ambulance. Ik sprong in de auto. Gelukkig hoorde ik nog goede harttonen. Maar de rest van wat ik zag beviel me helemaal niet. Ik belde het ziekenhuis om te zeggen dat we er aan kwamen en vroeg haar man het ponsplaatje te pakken en zei dat ik hen in mijn auto wel zou uitleggen wat het zou kunnen zijn, maar dat we geen tijd hadden te verliezen. Aangekomen in het ziekenhuis waren de harttonen slechter. De assistent-gynaecoloog constateerde met de echo een bloeding achter de moederkoek. De gynaecoloog werd gebeld, een operatie die net zou beginnen werd uitgesteld, alle voorbereidingen voor een keizersnede werden getroffen. De gynaecoloog arriveerde en na nog een echo ging men snel naar de operatiekamer. Op het nippertje werd er een klein jongetje geboren dat na reanimatie door de kinderarts mee werd genomen naar het Juliana Kinderziekenhuis (JKZ).

Als ik daar nu, een jaar later, aan terugdenk is het heerlijk om te horen dat alles goed met hem gaat. Gelukkig maak ik dit niet heel vaak mee. Ik realiseer me door zo'n gebeurtenis wel meer dat ik behalve met nieuw leven ook met dood te maken heb.

Maar genoeg teruggekeken. Ik moet nodig aan mijn kraamvisites beginnen. Het zijn er maar zes vandaag.

Meestal doe ik eerst de vrouwen die één tot drie dagen geleden zijn bevallen.

Eerst ga ik naar een 'los kraambed', in Loosduinen. Meestal is dat iemand die met een medische indicatie bij de gynaecoloog is bevallen. Of zoals in dit geval, iemand die, omdat ze particulier is verzekerd, de keuze heeft of ze bij de vroedvrouw of bij de gynaecoloog wil bevallen. Alles gaat prima, dus vlot door naar de volgende. Ze woont in Leyenburg.

Een Sri Lankaanse vrouw bij wie ik een week geleden de bevalling heb gedaan. Ze spreekt redelijk Engels, maar haar man moet er toch even bij komen om het één en ander toe te lichten. Ik kom hier voor het laatst. Ook hier verloopt alles naar wens. Ik prik het ijzergehalte van de moeder en geef de baby de hielprik, maak een afspraak voor de nacontrole, zes weken na de bevalling en ga naar het volgende gezin. Deze vrouw woont in Moerwijk en is al elf dagen geleden bevallen, maar op de achtste dag is haar kindje met beginnende uitdrogingsverschijnselen in het JKZ opgenomen. Gelukkig is de baby gisteren weer thuis gekomen. Het gaat redelijk. Omdat het kind nog steeds niet goed drinkt en de moeder pas over drie weken weer een afspraak in het JKZ heeft, adviseer ik haar de volgende ochtend contact op te nemen met het consultatiebureau. Het lucht haar zichtbaar op nu ze weet dat ze de volgende dag er niet helemaal alleen voorstaat. Ik zeg haar dat ze ons ook altijd nog kan bellen en vertrek naar de volgende kraamvrouw.

Ten minste dat dacht ik. Niets vermoedend kom ik in een file terecht: de Haagse Marathon ter gelegenheid van het 750-jarig bestaan van Den Haag. Al mijn ontsnappingspogingen ten spijt stuit ik elke keer weer op een horde rennende mensen. Ik bedenk alvast een plan voor het geval ik een spoedoproep krijg, maar gelukkig geeft mijn pieper geen enkele kik.



Na twee uur opgefokt in de auto te hebben gezeten ga ik eerst naar huis. Wat een dag! Toch mijn andere visites maar afronden.

Naar een Curacaose vrouw die met haar twee kinderen op één kamer in het centrum woont. Zo gemakkelijk als deze vrouw is! Maar misschien ook wel moet zijn. De tweede dag na haar bevalling toen mijn collega op de stoep stond was ze alweer met een vriendin de stad in! Nu, de zevende dag is het kind nog steeds niet aangegeven. Ik druk haar op het hart dit de volgende dag direct te doen en de envelop voor de hielprik 's avonds op het spreekuur langs te laten brengen, zodat ik er weer één in voorraad heb voor de volgende klant wier kind nog niet is aangegeven. Omdat ik haar ook niet zo hard naar het consultatiebureau zie gaan, zet ik in de agenda voor de maandag dat we het consultatiebureau even inseinen.

Daarna naar een jonge Turkse vrouw in Transvaal. Er zijn nog twee vrouwen aanwezig. Als ik de vrouw help om haar kind aan te leggen wordt er hard geroepen dat ze geen goede tepels heeft. Veel te vlak. Nee, dan die andere vrouw, zeven kinderen heeft ze gehad en allemaal hebben ze heel lang borstvoeding gehad. Als ik, in mijn beste Turks, antwoord dat je van zoveel gezuig wel goede tepels moet krijgen stopt ze lachend haar borst weer onder haar kleren. Of ik kinderen heb? Ja, twee meiden. En borstvoeding gegeven? Ja hoor. Voor ik het weet wordt mijn borst bevoeld en gekeurd. Ik moet verschrikkelijk lachen.

Na een kopje thee vertrek ik naar het laatste gezin voor vandaag. Somalische mensen. Ze wonen om de hoek. Tijdens de zwangerschap heb ik met de man een heftige woordenwisseling gehad over het al dan niet herstellen van de besnijdenis van zijn vrouw, na de bevalling. Ik heb gezegd dat we sowieso een knip zouden zetten en die uiteraard ook weer zouden hechten. Ik hoopte van harte dat dat voldoende ruimte zou geven om de baby erdoor te laten.

In Somalië is het traditie om meisjes/vrouwen te laten besnijden. Er zijn diverse vormen mogelijk. Bij infibulatie worden clitoris, kleine schaamlippen en ten minste twee derde deel van de grote schaamlippen verwijderd. De wondranden laat men aan elkaar groeien of worden aan elkaar gehecht. Het spreekt vanzelf dat dit verschillende gynaecologische klachten kan opleveren. De World Health Organisation pleit om vrouwenbesnijdenis niet uit te voeren.

Ik kwam bij haar bevalling nog maar net op het nippertje de verloskamer binnen rennen. De haren waren al zichtbaar. Zuchten, zuchten, zuchten. Handschoenen aan, een knip en daar was de nieuwe wereldburger. Ik was heel blij dat het me nog gelukt was om die knip te zetten. Ik had er absoluut geen behoefte aan om onze discussie in de praktijk voort te zetten. Zo was iedereen tevreden.

Verloskundig gezien zijn er in dit kraambed geen problemen. Wel heeft de vrouw erge rugklachten met een uitstralende pijn naar haar ribben en linker been. Mijn collega heeft zich hier intensief mee bezig gehouden. Na overleg met de huisarts is fysiotherapie geregeld. Na ook hier alle informatie, tips en afspraken nog eens te hebben doorgenomen ga ik naar huis. Ik werk nog een uurtje of twee aan de administratie en vertel mijn collega om tien uur 's avonds de wederwaardigheden van mijn dienst. Om half twaalf lig ik in mijn bed. Moe, maar tevreden. De volgende dag spreekuur in de Scheepersstraat in het Transvaalkwartier.

Maandag

Zeven uur, de wekker gaat. Ik stap snel met mijn twee kinderen onder de douche, kleed ze aan, maak ontbijt klaar en een lunch om mee te nemen. De oudste breng ik naar school. De jongste gaat uiteraard mee. Weer thuisgekomen is de oppas bij ons thuis gearriveerd om op haar te passen. Ik fiets direct door naar het spreekuur. Er is vandaag een 'stagiaire' die met mij meeloopt. Een Nederlandse vrouw die haar opleiding in België heeft gedaan, maar die wel heel graag in Nederland wil werken. Voordat ze zelfstandig aan de slag kan moet ze eerst nog meer ervaring opdoen, onder andere met prenatale zorg. Ik vind het motiverend, met stagiaires te werken. Het vraagt me om steeds weer kritisch naar de uitoefening van mijn vak te kijken.

Het eerste uur doe ik zelf het spreekuur. Eén vrouw belt dat ze zich totaal heeft verslapen. Of ze later op de dag nog kan komen. Gelukkig is er een plekje vrij gekomen omdat er iemand is bevallen. De hele ochtend zien we één Nederlandse vrouw en die komt alleen naar dit spreekuur, omdat het de enige dag in de week is dat haar man vrij heeft en hij mee kan komen.

De meeste controles verlopen ongecompliceerd. Goede groei. Mooie harttonen. Eén zeventien-jarige aanstaande moeder stuur ik voor extra controle naar het Westeinde Ziekenhuis omdat ze al twee weken de

baby heel weinig voelt bewegen. 's Middags word ik door de assistent-gynaecoloog gebeld dat alle controles die ze hebben gedaan goed waren.

Tussen de middag praat ik met de stagiaire wat na over de ochtend en pleeg ik allerlei telefoontjes, terwijl ik ondertussen mijn boterhammen opeet.

's Middags nog een aantal gewone controles en daarna twee nieuwe inschrijvingen.

Eén betreft een illegale, niet-verzekerde vrouw. Haar zus is ooit onder onze begeleiding bevallen en zo is ze aan ons adres gekomen. Nadat ik de controle net als bij ieder ander heb uitgevoerd, bespreek ik met hen de financiële kant van de situatie. Gelukkig is die voor hen niet rampzalig. Haar partner heeft werk en ze hebben al een tijdje gespaard. Ik vertel haar wat ons totale honorarium is voor de zwangerschap, de bevalling, het kraambed en de nacontrole. Ik stel voor dat ze elke controle een deel van het geld contant meenemen. Dit tekenen we steeds aan op de kaart. Mocht ze tijdens de zwangerschap of de bevalling worden overgedragen aan de gynaecoloog, dan geven we hen een deel terug. Het lukt echter lang niet altijd om zo het hele bedrag, of zelfs maar een deel ervan, opgehoest te krijgen. Laat staan ook nog eens vijftig gulden per uur voor kraamzorg!

Ik hoop van harte dat er op korte termijn een protocol beschikbaar komt, dat ons vertelt hoe we een beroep kunnen doen op de gelden uit het landelijke fonds dat voor deze gevallen is gevormd. Het zijn vaak juist deze vrouwen die ons handenvol tijd en energie kosten. Bijvoorbeeld omdat ze geen telefoon hebben en we langs moeten gaan als er iets is. Om kosten te sparen willen ze vaak thuis bevallen, nemen ze geen kraamzorg en/of ontbreekt de assistentie bij de bevalling. Ook allemaal situaties waarom we vaker langs moeten. Ik heb de indruk dat deze groep in onze praktijk groeit. Een gevolg van het invoeren van de Koppelingswet? Ik zal op de eerstvolgende vergadering van de Haagse Kring van Verloskundigen bij mijn collega's uit andere praktijken informeren wat hun ervaring is. Deze informatie kan ik dan weer melden bij het Netwerk Illegalen en Gezondheidszorg, waarin ik als afgevaardigde van mijn beroepsgroep twee maal per jaar participeer.

Terug in de dagelijkse praktijk: deze aanstaande ouders verlaten mijn spreekuur. Ik hoop echt op een goede en gezonde zwangerschap en bevalling. Want het lijkt alsof de duvel ermee speelt als je ziet hoeveel illegale vrouwen met een keizersnee bevallen. We

ruimen onze spullen op en evalueren kort de dag. Op mijn fiets snel de spreekuur-spullen even droppen bij Mária die het avond-spreekuur zal doen. Dan mijn oudste dochter ophalen bij een vriendinnetje en naar huis om de oppas af te lossen en te koken. Hè, hè, om acht uur is de rust eindelijk weergekeerd en kan ik onderuit.

Dinsdag

Dinsdagmorgen heb ik vrij. Na het gebruikelijke ochtendritueel met de kinderen fiets ik naar de kopieerwinkel om een aantal dingen voor de praktijk te kopiëren. Thuisgekomen bestel ik een doos onderzoeksbankpapier voor één van de spreekuren. De rest van de ochtend wordt gevuld met huishouden. Om half één komt de oppas en vertrek ik naar het spreekuur op de Strauslaan in Nieuw Waldeck.

Ik ben lekker op tijd en kan alvast even wat kaarten doorkijken. Er komen die middag erg veel telefoontjes. Een vrouw die zich aanmeldt voor begeleiding van haar kraambed als ze bevallen is van haar tweeling; iemand die een eerste afspraak wil maken; iemand met vruchtwaterverlies; iemand die een zwangerschapsverklaring wil hebben voor haar werk; een assistent-gynaecoloog die meldt dat mevrouw X in de tweede lijn onder controle blijft omdat de uitwendige versie van de stuitligging niet gelukt is, enzovoort. Zeer storend zo vaak telefoon! Mijn ideaal zou zijn een assistente bij al onze spreekuren, zowel voor de telefoon als voor een deel van de administratie. Voorlopig is dat echter toekomstmuziek.

Ik zie op dit spreekuur alleen Nederlandse vrouwen. Veel vrouwen willen thuis bevallen en hebben vragen over of we een baarkruk meenemen; wat ze in huis moeten hebben; wanneer ze moeten bellen. Regelmatig komen oudere kinderen mee om naar het hartje te luisteren. Het is leuk zoveel verschillende mensen te zien. Ook tussen de Hollandse vrouwen zijn heel veel verschillen. Academisch geschoold of een rasechte Hagenees uit Loosduinen, spontaan zwanger na de eerste keer proberen of met moeite na twee maal een miskraam, achttien jaar of veertig, eerste kind of zesde. Het grote voordeel van zo'n spreekuur als vanmiddag is dat de communicatie zoveel beter is dan op het maandagspreekuur. Anderzijds krijg ik hier ook wel eens een punthoofd van al die vragen. Alles zo weloverwogen en bewust heeft ook zijn keerzijde. Sommige van deze vrouwen willen alles onder controle hebben. Alles tot in de

puntjes regelen. En als er één moment is wanneer je zaken los moet kunnen laten is het wel tijdens de bevalling van je kind. Marokkaanse vrouwen zijn wat dat betreft fantastische bevalsters. Ze zijn dicht bij hun lijf. Ze kunnen zich heel goed in het oergevoel van de pijn laten meenemen. Zij kunnen loslaten.

Om vijf uur is er in het Leyenburg Ziekenhuis een overleg tussen gynaecologen en verloskundigen. Omdat mijn spreekuur later is afgelopen gaat een van mijn collega's. Dit overleg vindt ongeveer zes keer per jaar plaats.

Woensdag

Woensdag overdag vrij. Ik wil vandaag ook echt even niks voor de praktijk doen. 's Avonds om tien uur ga ik weer de dienst in. Dat is vroeg genoeg.

Donderdag

Die nacht ga ik er één keer uit om bij een Hindostaanse vrouw te kijken. Ze bevalt bij de gynaecoloog omdat ze een ernstig gestoorde bloedsuikercurve heeft. Dit weten we nog maar kort. Omdat ze ons inmiddels goed kent, heeft ze ons als eerste gebeld.

Als ik net weer in bed lig gaat de telefoon weer. Een ongeruste aanstaande vader. Zijn vrouw heeft weeën om de vijf à zeven minuten. Ik vraag wat door en adviseer terug te bellen als de weeën echt een uur lang om de vijf minuten zijn. Om half acht belt hij terug. Ik ga er heen. Als ik arriveer en de vrouw onderzoek heeft ze al negen centimeter! Ik voel me gelijk een beetje schuldig dat ik vannacht toch niet ben gaan kijken. Maar ze hebben het prima samen gedaan. Net als ik alles klaar heb gezet voor de thuisbevalling breken de vliezen en is er groen (door meegekomen ontlasting van de ongeboren vrucht) vruchtwater. Het lijkt wel erwtensoep. Dit duidt erop dat de baby het benauwd kan hebben (gehad). Inmiddels heeft ze ook persdrang. We moeten zo snel mogelijk naar het ziekenhuis. Per ambulance gaat het snelst nu. Het is ochtendspits. We zijn er vlot en na een moeizame uitdrijving wordt per vacuüm een heel groen jongetje geboren. Hij heeft het wel even moeilijk gehad maar na wat hulp neemt hij het mooi zelf over. De ouders zijn erg blij dat ik erbij gebleven ben. Ten minste één vertrouwd gezicht in zo'n chaotische situatie.

Ik doe mijn kraamvisites en administratie. Om 18.00 uur ga ik naar de praktijk. Al mijn collega's zijn daar ook. Elke donderdagavond na het spreekuur hebben we praktijkoverleg over bijzonderheden van die week, over zaken die moeten worden geregeld, over beleid enzovoort. Het duurt maar kort deze keer. Om tien uur komt mijn collega de dienst overnemen. Ik duik direct mijn bed in en geniet van een ongestoorde nacht.

Vrijdag

Vandaag vrij. Vrijdag is altijd mijn boodschappendag. Inkopen doen voor de hele week. Daarna gezellig samen met mijn jongste dochter bij mijn tante koffiedrinken. 's Avonds om tien uur ga ik de dienst weer in. Alweer een thuisbevalling die eindigt met groen vruchtwater en een vacuümextractie in het ziekenhuis. Ik heb er een beetje de pest over in. Alhoewel ik er niks aan kan doen en de ouders ondanks alles een goed gevoel aan de bevalling hebben overgehouden. En dát is heel belangrijk. Het blijft voor mij de kunst om elke vrouw op zo'n manier te begeleiden dat haar zwangerschap, bevalling en kraamtijd voor haar een goede ervaring zijn. Een verrijking van haar leven, die vruchten kan afwerpen in haar band met haar kind. Dat te mogen doen, in zo'n gevarieerde praktijk als de onze, blijft een grote uitdaging. Soms heel zwaar, meestal inspirerend en bevredigend.

Suïcidaal gedrag en etnisch-culturele afkomst Den Haag 1987-1993

W.J. Schudel, H.W.A. Struben en Mw. J.M. Vroom-Jongerden

Van januari 1987 tot 30 juni 1994 is er een Haags Suïcidaal Gedrag Register bijgehouden, waardoor de overgrote meerderheid van de gevallen van (pogingen tot) zelfdoding zijn vastgelegd. Onder niet-Nederlanders was in de verslagperiode het aantal zelfdodingen zeldzaam. Uit recente analyses blijkt echter dat het voorkomen van pogingen tot zelfdoding een in menig opzicht geheel ander patroon laat zien. Meisjes en (jonge) vrouwen van Surinaamse, Turkse of Marokkaanse afkomst gaan vaker dan Nederlandse vrouwen over tot uiteenlopende vormen van zelfverwonding. De persoonlijke nood moet groot zijn.

1) Suïcidaal gedrag is een vrijwillige handeling waaruit kan worden opgemaakt dat de desbetreffende persoon hetzij:

- een duidelijke intentie had zichzelf te willen doden of ernstig lichamelijke schade toe te brengen, hetzij
- een dergelijk 'suïcidaal gedrag' vertoonde met een andere intentie dan om zichzelf te willen doden of ernstige lichamelijke schade toe te brengen.

Parasuicide onderscheidt zich van suicide uitsluitend in de niet-letale afloop van de handeling.

In 1985 werd vanuit de GGD het initiatief genomen om met ambulante en klinische instellingen in Den Haag die geregeld worden geconfronteerd met suïcidaal gedrag ¹⁾, een gezamenlijk registratiesysteem op te zetten. Immers suïcidaal gedrag kan als een graadmeter worden gezien voor de mate van geestelijke gezondheid van een bevolking (1). De registratie, ook wel genoemd het Haags Suïcidaal Gedrag Register (HSGR), ving aan op 1 januari 1987 en werd beëindigd op 30 juni 1994. De GGD trad op als houder en bewerker van de gegevens. Vijftien participerende instellingen *) leverden gegevens aan: voor elk contact waarbij kon worden gesproken van suïcidaal gedrag op Haags grondgebied werd een anonieme, gestructureerde vragenlijst ingevuld.

Hoewel enkele Haagse instellingen (zoals het Rode Kruis Ziekenhuis en het Psychiatrisch Centrum Rosenberg) op principiële gronden dan wel om 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 geregistreerd. Dit aandeel is het hoogst voor de ernstiger vormen van parasuicide, aangezien bij dergelijke gevallen vrijwel steeds meer dan één hulpverlenende instantie (ambulancedienst, algemeen ziekenhuis, RIAGG) is betrokken. Hierdoor wordt de kans op onderrapportage van deze

*) Ambulancediensten van de GGD en Witte Kruis; Spoedeisende hulp en afdelingen Psychiatrie van het Westeinde Ziekenhuis en het Leyenburg Ziekenhuis; Crisiscentrum (Schroeder van der Kolk); Bronovo Ziekenhuis; Psychiatrisch Centrum Bloemendaal en Psychiatrisch Centrum Ursula; 24-uursdienst; RIAGG Noordhage, Zuidhage en Westhage; de Gemeentelijk lijkschouwer.

Over de auteurs:

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

gevallen aanzienlijk verkleind.

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

In 1997 werden in dit tijdschrift de eerste gegevens gepresenteerd (1). Dit artikel zal vooral ingaan op de etnisch-culturele verschillen in suïcidaal gedrag **).

Suicide

In de periode 1987-1993 vonden in Den Haag in totaal 424 suïcides plaats (259 mannen en 165 vrouwen overleden door suïcide). De absolute aantallen onderverdeeld naar leeftijd en etnisch-culturele afkomst voor beide geslachten worden gepresenteerd in tabel 1. Onder niet-Nederlanders in Den Haag kwam in de verslagperiode suïcide in absolute zin niet bijzonder vaak voor. In 1987-1993 suïcideerden zich in totaal twee Antillianen, drie Turken (allen mannen), vijf Marokkanen (drie mannen en twee vrouwen), negentien Surinaamse mannen en tien Surinaamse vrouwen. (Eén van hen was bij overlijden 65 jaar of ouder.) De groep 'overigen' omvat vele verschillende, zij het overwegend Europese nationaliteiten.

tabel 1

Aantal suïcides naar etniciteit en leeftijd (15 jaar en ouder) voor mannen en vrouwen.
Den Haag 1987-1993.

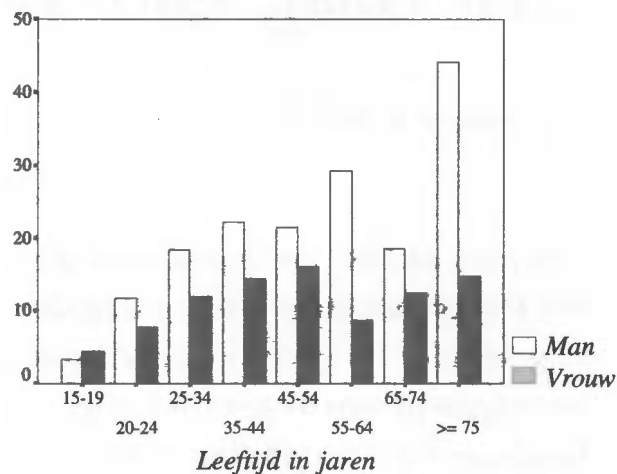
Leeftijd in jaren	Ned.		Sur.		Ant.		Turks		Mar.		Overig		Onb.		Totaal	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
15-19	2	2	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3	4
20-24	10	6	3	2	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	15	10
25-34	39	24	4	4	1	0	0	0	1	0	9	2	0	1	54	31
35-44	45	27	2	1	0	0	2	0	2	1	1	1	0	0	52	30
45-54	27	23	5	2	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	35	25
55-64	34	12	5	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	40	14
65-74	21	21	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	23	23
>= 75	36	24	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	37	28
Totaal	214	139	19	10	2	0	3	0	3	2	18	13	0	1	259	165

***) De etnische herkomst van de inwoners van Den Haag is bepaald volgens de huidige classificatie van de gemeentelijke bevolkingsadministratie (in volgorde van belang: het geboorteland van betrokkene, het geboorteland van de moeder en het geboorteland van de vader).

figuur 1

Aantal suïcides per 100.000 Hagenaars (15 jaar en ouder) per jaar naar leeftijd en geslacht. Den Haag 1987-1993.

Aantal per 100.000



Per 100.000 personen van vijftien jaar en ouder betrof het 20,6 mannen en 11,9 vrouwen per jaar. Aangezien het absolute aantal van de door suïcide omgekomen personen van niet-Nederlandse etnische herkomst klein is (jaarlijks circa tien) is het - met

uitzondering van de Surinaamse bevolking - weinig zinvol om incidenties voor de diverse etnisch-culturele groeperingen te berekenen. De toevalsfluctuaties zouden te groot zijn.

De incidentie van suïcide onder Surinamers in Den Haag is iets lager dan onder de 'Nederlanders' (respectievelijk 23,5 en 24,9 per 100.000 Surinaamse en Nederlandse mannen per jaar en 11,7 en 14 voor dezelfde groepen vrouwen). Het verschil is echter bijzonder klein. Vanwege het geringe aantal absolute gevallen van suïcide onder de Surinamers (19 mannen en 10 vrouwen) kunnen toevalsfluctuaties een rol hebben gespeeld. In figuur 1 zien we dat onder de *totale* bevolking suïcide zich meer op hogere leeftijd voordoet, vooral boven de 75 jaar. In Den Haag wonen verhoudingsgewijs nog weinig oudere niet-Nederlanders. Het is mogelijk dat hierdoor het incidentiecijfer van suïcide onder Surinamers wordt gemaskeerd. In de loop van de tijd zal moeten blijken of veranderingen in de demografie van niet-Nederlanders in de suïcidecijfers tot uitdrukking komen.

Parasuïcide

Over de verslagperiode 1987-1993 werden 4.458 afzonderlijke parasuïcides (gebeurtenissen) geregistreerd. In dertig gevallen betrof het een jeugdige

jonger dan vijftien jaar (zie paragraaf jonge adolescenten) en in 27 gevallen was de leeftijd van de betrokkene onbekend.

Voor het resterende aantal van 4.401 parasuïcides worden de aantallen naar leeftijd, geslacht en etnisch-culturele afkomst gepresenteerd in tabel 2.

De aantallen parasuïcides per 100.000 personen per jaar, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht, zijn weergegeven in figuur 2.

In alle leeftijdsgroepen tot 75 jaar zijn de incidenties voor vrouwen hoger dan die voor mannen. Dit verschil is het grootst in de jongste leeftijdscategorieën. Voor de gehele bevolking van vijftien jaar en ouder bedroeg de parasuïcide-incidentie voor mannen 138 per 100.000 per jaar en voor vrouwen 193 per 100.000 per jaar.

In de figuren 3a en 3b worden de analoge gegevens voor parasuïcides door personen met respectievelijk een Nederlandse, Surinaamse, Turkse en Marokkaanse etnisch-culturele afkomst gepresenteerd.

De *Surinaamse* bevolkingsgroep valt het meest op. In de leeftijdsklassen tot 45 jaar is het voorkomen van parasuïcide bij (meisjes en) vrouwen met een Surinaamse afkomst veel hoger dan onder Nederlanders, Turken en Marokkanen. Ook bij de jonge mannelijke Surinamers (tot 25 jaar) worden relatief hoge

tabel 2

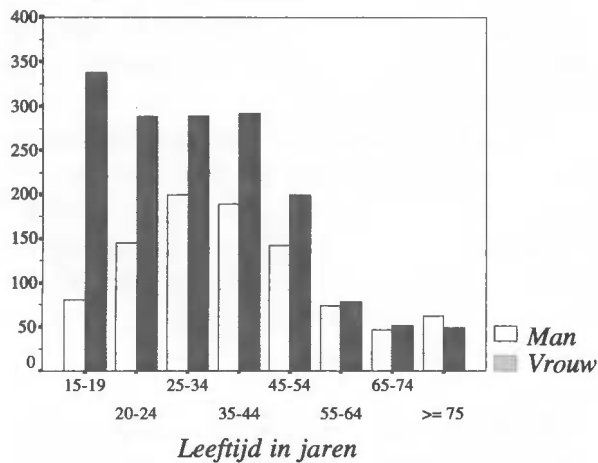
Aantal parasuïcides naar etniciteit en leeftijd (15 jaar en ouder) voor mannen en vrouwen. Den Haag 1987-1993.

Leeftijd in jaren	Ned.		Sur.		Ant.		Turks		Mar.		Overig		Onb.		Totaal	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
15-19	39	108	21	82	0	0	3	32	0	19	0	10	11	51	74	302
20-24	122	206	32	89	0	0	10	25	2	6	6	9	14	37	186	372
25-34	451	513	54	115	2	1	12	29	8	6	20	45	40	46	587	755
35-44	363	473	33	79	1	3	9	10	3	1	13	16	21	28	443	610
45-54	203	270	6	10	0	1	1	2	4	0	7	10	9	19	230	312
55-64	89	115	0	4	0	0	0	0	2	0	7	6	4	3	102	128
65-74	57	87	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3	1	3	58	95
>= 75	49	84	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4	3	5	53	94
Totaal	1.373	1.856	146	380	3	7	35	98	19	32	54	103	103	192	1.733	2.668

figuur 2

Aantal parasuicides (gebeurtenissen) per 100.000 Hage-naars (15 jaar en ouder) per jaar naar leeftijd en geslacht. Den Haag 1987-1993.

Aantal per 100.000



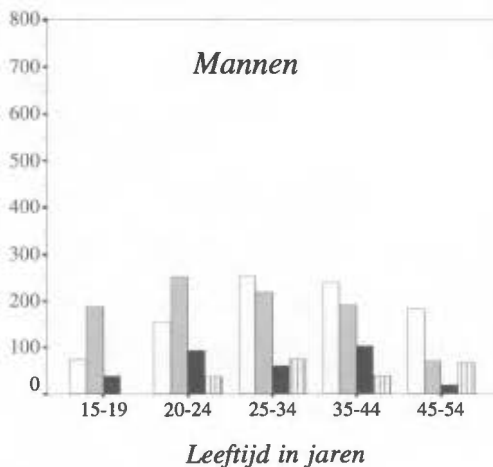
parasuicidecijfers gevonden, zij het minder uitgesproken dan bij de vrouwen.

Ook bij personen met een *Turkse* afkomst komt parasuicide onder jonge vrouwen relatief vaak voor, zij het in vergelijking met de Surinaamse iets minder uitgesproken. Parasuicide onder Turkse mannen daarentegen werd relatief weinig geregistreerd.

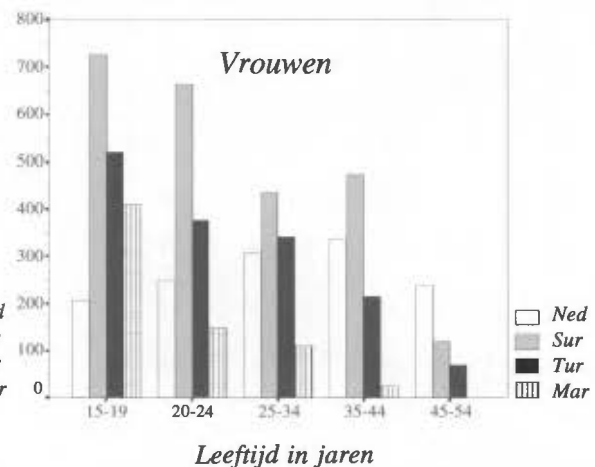
Figuren 3a en 3b

Parasuicides (gebeurtenissen) per 100.000 Hage-naars in de desbetreffende bevolkingsgroep per jaar naar leeftijd (15-54-jarigen) en etniciteit voor mannen (links) en vrouwen (rechts). Den Haag 1987-1993 ^{a)}

Aantal per 100.000



Aantal per 100.000



^{a)} Door verschillen in leeftijdsspecifiek patroon van parasuicide en verschillen in bevolkingsopbouw van diverse etnisch-culturele groepen in Den Haag (weinig ouderen onder niet-Nederlanders) is het niet zinvol het brutosterftecijfer voor de vier etnische groepen samen weer te geven.

Parasuicide komt onder Turkse vrouwen vijf maal zo frequent voor als onder Turkse mannen.

Bij de *Marokkaanse* bevolkingsgroep wordt eveneens een relatief hoge incidentie van parasuicide gevonden in de jongste vrouwelijke leeftijdsklasse (15 t/m 19 jaar). In alle andere categorieën, zowel bij mannen als bij vrouwen, komt parasuicide relatief weinig voor.

De overige niet autochtone bevolkingsgroepen (waaronder de Antillianen de grootste afzonderlijke categorie vormen) zijn niet afzonderlijk in kaart gebracht.

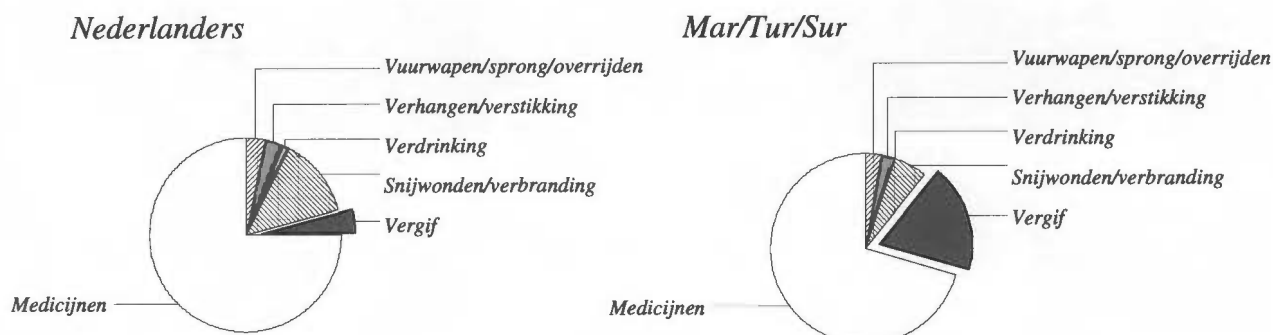
Uit tabel 2 blijkt dat het aantal *gebeurtenissen*, waarbij de etniciteit van de betrokkenen onbekend is gebleven, aanzienlijk is (7%). Dit maakt bovenstaande vergelijkingen uiteraard minder zuiver. Maar gesteld dat alle onbekenden Nederlanders zouden zijn geweest, dan nog blijven aanzienlijke verschillen met de bovenstaande niet-Nederlandse etnische groepen bestaan.

Instelling en etniciteit

Alle instellingen die in het HSGR participeerden registreerden dus op het meldingsformulier de etniciteit van degene die in verband met parasuicide met hen in contact kwamen (op 5% van alle *meldingen*

Figuur 4a en 4b

Procentuele verdeling parasuïcides (gebeurtenissen) naar zwaarste middel/methode voor de Nederlanders (links) versus Marokkanen/Turken/Surinamers (rechts). Den Haag 1987-1993.



ontbrak de aanduiding van de etniciteit).

Van alle meldingen (in totaal 6.954 over 4.458 gebeurtenissen van parasuïcide) betrof het in 11,4% van de gevallen Surinamers. Personen van Surinaamse afkomst werden relatief vaak gezien door het Westeinde Ziekenhuis, zowel op de afdeling Spoedeisende Hulp (18%) als op de afdeling Psychiatrie (26%). Relatief weinig meldingen kwamen uit de algemeen psychiatrische ziekenhuizen (4%). Bij de overige instellingen werd de Surinaamse bevolkinggroep min of meer naar rato gezien.

Voor de andere bevolkingsgroepen kan, mede gezien de kleine absolute aantallen, geen indicatie worden gegeven over relatief méér of minder contact met deze of gene instelling. Met name de ambulancediensten en de 24-uursdienst van de Haagse RIAGG'en, die met het Westeinde Ziekenhuis het merendeel van de meldingen voor hun rekening namen, hadden wat betreft de etnisch-culturele afkomst van hun cliënteel een verdeling overeenkomstig de Haagse bevolkingssamenstelling.

Middelen en methoden

De instellingen rapporteerden bij iedere melding eveneens de gebruikte middelen en methoden. Het totaal aantal 'gebruikte' middelen en methoden bedroeg 7.395, waarvan veruit het grootste aandeel (68%) medicijnen betrof (1) en wel 44% psychofarmaca en 24% overige geneesmiddelen. Bij één op de zes gebeurtenissen was er (ook) alcohol in het spel, bij 7% werden snijwonden aangebracht en bij 4% werd vergif gebruikt.

In figuur 4a en 4b wordt van alle parasuïcides (gebeurtenissen) het middel dan wel de methode aangegeven, dat als het 'zwaarste' (gevaarlijkste) kan worden beschouwd. In deze hiërarchie, die in

suicide-onderzoek veelal wordt gehanteerd, staat het gebruik van een (over)dosis medicijnen vrijwel onderaan, ongeacht de aard van het middel of de dosering. Waar in de figuren 'medicijnen' is weergegeven was dit (eventueel in combinatie met alcohol) het enige gehanteerde middel.

Bij parasuïcides door personen van Surinaamse, Turkse of Marokkaanse afkomst werd (aanmerkelijk) vaker dan door Nederlanders vergif gebruikt; bij Surinamers zelfs in ruim 20% van de gevallen. Daarbij vonden we geen duidelijk verschil tussen mannen en vrouwen. In de categorie medicijnen werden in twee van de drie gevallen psychofarmaca (onder andere antidepressiva) gebruikt. Alleen Turkse bewoners namen bij parasuïcide in meerderheid andere geneesmiddelen in. Mogelijkerwijs worden psychofarmaca naar verhouding minder frequent voorgeschreven aan deze bevolkingsgroep, waardoor dergelijke middelen niet 'in huis' zijn wanneer tot parasuïcide wordt overgegaan. Het gebruik van alcohol werd relatief minder vaak gezien bij elk van de drie genoemde niet-Nederlandse bevolkingsgroepen, en bij de vrouwen slechts bij uitzondering.

Herhaald suïcidaal gedrag**Meer dan één parasuïcide**

De 3.333 afzonderlijke personen die in het HSGR voorkomen waren gezamenlijk verantwoordelijk voor 4.458 parasuïcides (gebeurtenissen). Ongeveer één op de vijf van hen (18,2%) herhaalde tijdens de verslagperiode zijn of haar parasuïcidaal gedrag (zie tabel 3). Bij de meesten bleef het bij één herhaling. Surinaamse en Turkse inwoners deden naar verhouding minder vaak een volgende parasuïcide (respec-

tabel 3

Parasuicide-plegende personen per aantal geregistreerde parasuicides en etniciteit. Den Haag, 1987-1993.

Aantal keer parasuicide	Nederlands	Surinaams	Antilliaans	Turks	Marokkaans	Overig	Onbekend	Totaal
	Abs. (%)	Abs. (%)	Abs. (%)	Abs. (%)	Abs. (%)	Abs. (%)	Abs. (%)	Abs. (%)
Een	1.810 (78,8)	377 (85,7)	4 (57,1)	109 (89,3)	29 (74,4)	105 (84,0)	293 (96,7)	2.727 (81,8)
Twee	294 (12,8)	50 (11,4)	3 (42,9)	11 (9,0)	7 (17,9)	11 (8,8)	10 (3,3)	386 (11,6)
Drie of meer	193 (8,4)	13 (3,0)	0	2 (1,6)	3 (7,7)	9 (7,2)		220 (6,6)
Totaal	2.297 (100,0)	440 (100,0)	7 (100,0)	122 (100,0)	39 (100,0)	125 (100,0)	303 (100,0)	3.333 (100,0)

tievelijk 14,4% en 10,6%). Van de andere niet-Nederlandse bevolkingsgroepen zijn de aantallen te klein voor een zinvol vergelijking. Overigens waren de 'habituële' parasuicideplegers (vier tot tien herhalingen) vrijwel géén van allen afkomstig uit de etnische minderheids-groeperingen. We vonden vrijwel geen verschil in recidive tussen mannen en vrouwen, noch naar leeftijd.

Suicide na parasuicide

Van de Hagenaars die in de verslagperiode parasuicide pleegden, kon de registratie van eventuele suïcides worden voortgezet tot eind 1997. Tussen 1 januari 1987 en 1 januari 1998 suïcideerden ten minste 83 van de 3.333 geregistreerden zich (2,5%). Van hen had twee derde tussen 1987-1993 éénmaal parasuicide gepleegd en een derde tweemaal of vaker. Onder de 83 gevallen van suïcide bevonden zich drie Surinamers, een Turk en twee Marokkanen.

Jonge adolescenten

Epidemiologisch onderzoek van suïcidaal gedrag betreft vrijwel altijd de bevolking van vijftien jaar en ouder. Gegevens over suïcidaal gedrag bij jongere kinderen zijn zeldzaam en waarschijnlijk ook minder betrouwbaar. In de verslagperiode kwam in deze leeftijdsgroep geen suïcide voor.

We registreerden in totaal dertig parasuicides bij 10-t/m 14-jarigen (23 meisjes en 7 jongens). Het betrof tienmaal een Surinaams meisje, viermaal een Neder-

landse, driemaal een Turkse en éénmaal een Marokkaanse. Vier van de jongens waren van Nederlandse afkomst, één van Turkse en één behoorde tot de groep 'overige' afkomst. Van zes jongeren (een jongen, vijf meisjes) was de herkomst onbekend.

Hoewel de aantallen klein zijn, kan er ook in deze jongste leeftijdscategorie worden gesproken van een oververtegenwoordiging van vooral Surinaamse jonge meisjes.

Discussie

De hier gepresenteerde bevindingen zijn gebaseerd op een omvangrijk registratieproject over een periode van zeven jaar. Over de opzet en de eerste resultaten van dit project rapporteerden we in 1997 in dit tijdschrift. Ook werd reeds eerder aandacht besteed aan het vóórkomen van suïcide onder diverse etnische bevolkingsgroepen in Den Haag over langere perioden (2). Voltooide suïcides (suïcidaal gedrag met dodelijke afloop) van niet-autochtone inwoners vinden in Den Haag relatief *minder* frequent plaats dan suïcides door Hagenaars van Nederlandse afkomst. Uit de thans gepresenteerde gegevens blijkt dat het vóórkomen van parasuicide een in menig opzicht geheel ander patroon laat zien. Meisjes en (jonge) vrouwen met een Surinaamse, Turkse en Marokkaanse afkomst gaan nog vaker dan 'Nederlandse' vrouwen over tot (vooral) zelfvergiftiging en zelfverwonding. We achten dit een zorgwekkende bevinding, die de aandacht vereist van de profes-

sionele hulpverlening, maatschappelijke organisaties binnen maar ook buiten de etnische gemeenschappen zelve, alsmede de lokale overheidsinstanties. Al blijft iedere daad van suïcidaal gedrag primair een persoonlijke beslissing van betrokkene, de mate van voorkomen geeft een aanwijzing voor de mate van sociale stress in (delen van) de samenleving.

De resultaten van dit onderzoek zijn niet geruststellend. Weliswaar is een dodelijke afloop nog steeds zeer ongebruikelijk bij suïcidaal gedrag onder jongeren, maar al eerder toonden we aan dat herhaald suïcidaal gedrag na eerdere pogingen in de loop van de tijd met kortere tussenpozen plaatsvindt en dat de kans op uiteindelijke suïcide toeneemt (1). In hoeverre dit ook geldt voor jongeren uit de diverse etnisch-culturele groeperingen kan mede gezien de geringe absolute aantallen thans niet worden vastgesteld. De persoonlijke en/of psychosociale nood zal evenwel in veel gevallen groot zijn. Dit geldt wellicht in het bijzonder voor de jonge meisjes van niet-Nederlandse afkomst, die naar verhouding vaak tot parasuïcide overgaan. Het grijpen naar medicijnen en

in het bijzonder vergif is gevaarlijk en het risico kan door de jonge gebruiker nauwelijks worden ingeschat. Een multidisciplinaire aanpak met nadrukkelijke transculturele inbreng, bijvoorbeeld door het inschakelen van het 'project GGZ voor allochtonen' van de Haagse geestelijke gezondheidszorg, lijkt aangewezen. Maar eerst dient op korte termijn, met medewerking van de eerder genoemde instanties, een aanvullend meer sociaal-psychologisch onderzoek naar de achtergronden van de bovengeschetste verschijnselen te worden ingesteld. Op grond daarvan kunnen wellicht de juiste preventieve en curatieve maatregelen worden genomen. Daarnaast dient ten minste in de grote steden epidemiologisch onderzoek naar suïcidaal gedrag te worden verricht, teneinde de ontwikkelingen op langere termijn mede in het kader van de demografische veranderingen te kunnen blijven volgen.

Literatuur:

1. Schudel WJ en HWA Struben. Suïcidaal gedrag in Den Haag. *Epidemiol Bul Grav* 1997; 32 nr. 3: 18-25.
2. Schudel WJ. Suïcide in Den Haag - de laatste cijfers. *Epidemiol Bul Grav* 1995; 30 nr. 3: 24-9.

Een eerste regioverkenning van de vraag naar en het aanbod van ouderenzorg in Den Haag

Tineke Fokkema

Ouderen willen steeds langer thuis blijven wonen, hun leven naar eigen inzicht blijven inrichten en vragen dus 'zorg op maat'. Daar zitten echter problemen rond de financiering aan vast. En dan is er nog het verschil in vraag naar zorg tussen bijvoorbeeld allochtone en autochtone ouderen.

Een project om inzichten hieromtrent in beeld te brengen kreeg snel te maken met hindernissen. Het heeft in ieder geval wel informatie opgeleverd die van groot belang kan zijn voor de verdere ontwikkeling van een regiovisie.

Belangrijk is dat er een coördinerend orgaan komt dat de data van de verschillende instellingen bij elkaar brengt. Op deze manier kan men tot een samenhangende regionale zorginfrastructuur komen.

Steeds meer ouderen wensen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te blijven wonen en hun leven naar eigen voorkeur in te richten. Om hieraan tegemoet te komen dient het aanbod aan te sluiten op hetgeen een oudere behoeft respectievelijk wenst. Met andere woorden, 'zorg op maat' dient te worden geleverd. Deze maatschappelijke ontwikkelingen hebben grote veranderingen bij de zorginstellingen teweeggebracht. Immers, jarenlang hadden zorginstellingen totaalpakketten geleverd. Nu werden ze ineens geacht, veelal in samenwerking met andere zorginstellingen, bepaalde zorgfuncties te vervullen, zowel binnen als buiten hun muren. De zogenoemde 'schotten' tussen de zorginstellingen dienen te verdwijnen, waardoor zogenoemde 'zorgketens' kunnen ontstaan. Op tal van plaatsen zijn reeds vele initiatieven genomen om de ouderenzorg in de gewenste richting te vernieuwen. Enkele voorbeelden hiervan zijn: verpleegunits in verzorgingshuizen, aan- en inleunwoningen, dagverzorging en -verpleging, extramuralisering van de verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg en het aanbieden van individuele zorgpakketten.

De initiatieven waarbij zorginstellingen nauw met elkaar proberen samen te werken, worden echter bemoeilijkt door het bestaan van verschillende wettelijke kaders en dientengevolge van verschillende wijzen van financiering (1). In het jaar 2001 zal voor de drie belangrijkste zorgvoorzieningen voor ouderen - verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg - één financieringskader gelden. Ook de verzorgingshuizen

Over de auteur:

Mw. dr. C.M. Fokkema, senior-onderzoeker, werkzaam bij het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut in Den Haag.

zullen dan namelijk onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vallen.

Tot 1997 verliep financiering van de verzorgingshuizen via de Wet op de Bejaardenoorden (WBO). Als WBO-budgethouder was de gemeente Den Haag verplicht elke vier jaar een Plan Bejaardenoorden op te stellen waarin richting werd gegeven aan omvang, inhoud en kwaliteit van de zorg in direct verband met bejaardenoorden (lees: verzorgingshuizen). Dit plan werd in samenwerking met de andere betrokken partijen opgesteld. Vanaf 1 januari 1997 is de Overgangswet verzorgingshuizen van kracht. In deze overgangsfase liggen de bevoegdheden bij de Ziekenfondsraad. De verzorgingshuizen worden op grond van een subsidieregeling door de Ziekenfondsraad gesubsidieerd.

Met deze overdracht van bevoegdheden is de bemoeienis van de gemeente Den Haag echter niet beëindigd. In geval de Ziekenfondsraad wenst af te wijken van het door de gemeente laatst opgestelde Plan Bejaardenoorden 1997-2000, zal de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het oordeel van de gemeente Den Haag in haar besluitvorming meenemen. Dat oordeel zal zijn gebaseerd op de regiovisie die de gemeente in overleg met betrokken partijen - de financiers, de relevante zorginstellingen en de gebruikers van de zorg - dient te ontwikkelen. Door de gemeente Den Haag wordt de regiovisie gezien als instrument om partijen rond de tafel te krijgen met als doel te komen tot een samenhangende regionale zorginfrastructuur, dat wil zeggen een juiste afstemming van vraag en aanbod op het terrein van verpleeghuis-, verzorgingshuis- en thuiszorg (2).

Regioverkenning vormt de bouwsteen voor regiovisie. Dit is het in kaart brengen van de vraag naar en het aanbod van ouderenzorg, alsmede van het feitelijke gebruik ervan in een bepaalde regio, in dit geval Den Haag. Het dient antwoord te geven op vragen als: Hoe groot is de huidige en de toekomstige zorgvraag van de ouderen in Den Haag? Is de zorgvraag gelijkmatig over de stad verspreid of zijn er juist ruimtelijke concentraties waar te nemen? Hoe is het aanbod van ouderenzorg over de stad verdeeld? Welke ouderen doen een beroep op thuiszorg, krijgt men overal direct hulp aan huis wanneer dat nodig is, en is deze hulp voldoende? Wie wonen er nu in welke huizen, hoe kwam men erin terecht, hoe lang heeft men moeten wachten, hoe lang woont men daar en waar gaat men eventueel naar toe?

Om tot een eerste regioverkenning te komen is begin dit jaar het onderzoek 'Ruimtelijke variaties in de vraag naar en het aanbod van ouderenzorg' van start gegaan. De opdrachtgever was de gemeente Den Haag. Het project is uitgevoerd door het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI) te Den Haag, in samenwerking met de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Dit artikel doet verslag van de belangrijkste uitkomsten van het project.

Oog voor verschillen tussen wijken

Het zo goed mogelijk laten aansluiten van het aanbod van ouderenzorg op de vraag vereist een ouderenbeleid waarbij de vraag van de ouderen centraal staat. De verdeling van de middelen dient zodanig te zijn dat ze zoveel mogelijk terecht komen bij diegenen die daaraan de meeste behoefte hebben. Met andere woorden, de beschikbare middelen moeten zo rechtvaardig en effectief mogelijk worden besteed.

Niet alle ouderen hebben een zorgvraag. Integendeel: een grote meerderheid van de ouderen heeft geen enkele zorg nodig. Ze staan volop in het leven en genieten van hun oude dag. Pas wanneer er gezondheidsproblemen optreden, kan er behoefte aan zorg ontstaan. De vraag naar ouderenzorg wordt echter niet uitsluitend bepaald door iemands gezondheid. Los van de ernst van eventuele gezondheidsproblemen blijken bepaalde mensen eerder geneigd te zijn van zorgvoorzieningen gebruik te maken dan anderen. Uit verscheidene studies komt naar voren dat ook leeftijd, burgerlijke staat, etniciteit, sociaal-economische status en de geschiktheid van de woon-situatie de mate van zorgbehoefte bepalen.

Wat de *burgerlijke staat* bijvoorbeeld betreft, blijkt de vraag naar zorgvoorzieningen groter te zijn onder de niet-gehuwde dan onder de gehuwde ouderen (3) (4). De verklaring hiervoor dient te worden gezocht in de mogelijkheid tot het verkrijgen van informele zorg. De niet-gehuwden, tenzij samenwonend of inwonend, kunnen in geval van zorgbehoefte geen beroep doen op de steun van een partner. Voor de nimmergehuwden is bovendien het krijgen van hulp door de kinderen, op een enkele uitzondering na, uitgesloten.

Verschillen in de vraag naar ouderenzorg tussen *allochtone en autochtone* ouderen ligt ingewikkelder (5)(6). Aangezien allochtone ouderen gemiddeld genomen over een minder goede gezondheid beschikken, lijken ze meer zorg te behoeven. Op basis

hiervan zou men een hoger zorggebruik onder hen mogen verwachten. Niets is minder waar. Ofschoon de allochtone ouderen wel vaker de huisarts bezoeken, blijken ze aanzienlijk minder gebruik te maken van allerlei andere zorgvoorzieningen zoals verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg, maaltijdvoorziening, wijkposten voor ouderen en de Riagg. Verschillende oorzaken kunnen hiervoor worden aangewezen, waaronder een sterker informeel zorgcircuit, geringe bekendheid met het aanbod van zorgvoorzieningen en het niet goed toegerust zijn van het aanbod van zorgvoorzieningen op de specifieke wensen van allochtonen.

Wat de *sociaal-economische status* betreft, blijkt de vraag naar ouderenzorg toe te nemen naarmate men tot de lagere sociaal-economische klassen behoort (7). De verklaring die dan meestal wordt gegeven betreft de ruimere keuzemogelijkheden van de ouderen die in een betere financiële positie verkeren om eigen oplossingen te kiezen en te betalen.

Ten aanzien van de *geschiktheid van de woon-situatie*, tot slot, is bijvoorbeeld bekend dat fysieke aanpassingen aan en in de woning alsmede de nabijheid van verscheidene dagelijkse voorzieningen de zelfredzaamheid van ouderen vergroot. Hierdoor hoeft men minder snel een beroep te doen op thuiszorg of kan opname in een verzorgings- dan wel verpleeghuis worden uitgesteld (8).

Verwacht mag worden dat de ouderen in het algemeen en de ouderen met de zojuist genoemde kenmerken in het bijzonder, niet gelijkmatig over de stad Den Haag zijn verdeeld. Variaties zullen bestaan tussen de stadsdelen maar ook tussen de wijken binnen elk stadsdeel. Wil men een vraaggestuurd ouderenbeleid voeren - de middelen waarover de stad beschikt zo rechtvaardig mogelijk verdelen over allen die om ouderenzorg vragen - dan zal rekening moeten worden gehouden met deze geografische verschillen.

Voor de regioverkenning betekent dit dat niet alleen de totale vraag naar ouderenzorg in Den Haag in kaart moet worden gebracht, maar juist ook de geografische variaties hierin. Zichtbaar moet worden welke wijken worden gekenmerkt door een ouderenpopulatie met een verhoogd risico op zorgbehoefte, nu en in de nabije toekomst. De regioverkenning dient daarnaast een beeld te geven van de geografische spreiding van de ouderenzorgvoorzieningen (lees: verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg). Hierdoor ontstaat

immers een eerste indruk van de mate waarin het aanbod op de vraag aansluit.

De gegevensverzameling

Welke wijkgegevens dienden nu concreet te worden verzameld? Tabel 1 geeft hiervan een overzicht van. Onder fase 1 staan de gegevens over vraag naar en aanbod van ouderenzorg, onderwerp van dit artikel. Onder fase 2 staan die gegevens die in een volgend stadium op wijkniveau moeten worden verzameld wil men tot een volledige regioverkenning kunnen komen.

Het is van belang op te merken dat bij alle gegevens, met uitzondering van de aanbod-gegevens, de primaire oriëntatie is gericht op de ouderen woonachtig in respectievelijk afkomstig uit een bepaalde wijk. De hoeveelheid geleverde verzorgingshuiszorg per wijk, bijvoorbeeld, betekent dan ook de totale hoeveelheid verzorgingshuiszorg verleend aan die verzorgingshuisbewoners die vóór hun plaatsing in dezelfde wijk woonden.

De meeste gegevens ten aanzien van de vraag naar zorg door ouderen kon de GGD, afdeling Epidemiologie leveren. De aanbod-gegevens werden ontleend aan verschillende jaarverslagen alsmede aan publicaties van het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI). Voor de gegevens ten aanzien van fase 2 werd reeds contact gelegd met respectievelijk Stichting Thuiszorg, de vereniging van instellingen voor huisvesting en verzorging van ouderen in 's-Gravenhage (HVO), het Indicatiebureau van de Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, en het bemiddelingsbureau voor verpleeghuizen in 's-Gravenhage en omgeving (BVGO).

In tegenstelling tot de aanbod-gegevens konden niet alle gegevens ten aanzien van de vraag naar ouderenzorg worden verzameld. Er is weinig tot niets bekend over de gezondheidssituatie van de zelfstandig wonende, Haagse ouderen en de mate waarin deze ouderen in een geschikte woning en woonomgeving leven. Niettemin kan met de verkregen gegevens een eerste schets worden gegeven van de ruimtelijke spreiding van de vraag naar en het aanbod van ouderenzorg.

Resultaten

Op 1 januari 1996 woonden 442.514 personen in Den Haag. Van hen had 26% - 114.457 mensen - de leeftijd van 55 jaar of ouder bereikt. Een derde deel

Tabel 1

Benodigde gegevens voor een regioverkenning.

Fase 1

Vraag naar ouderenzorg:

Gezondheid

Bevolkingssamenstelling

- leeftijd
- burgerlijke staat
- etniciteit
- sociaal-economische status

Geschiktheid woonsituaties

Bevolkingsprognoses

Aanbod van ouderenzorg:

Capaciteit thuiszorg

Aantal verzorgingshuizen

Aantal verpleeghuizen

Aantal verzorgingshuisplaatsen

Aantal verpleeghuisbedden

Aantal dagbehandelingsplaatsen

Fase 2

Gebruik van ouderenzorg:

Aantal ouderen geplaatst in verzorgingshuizen

Aantal ouderen geplaatst in verpleeghuizen

Hoeveelheid geleverde thuiszorg

Hoeveelheid zorg geleverd aan verzorgingshuisbewoners

Hoeveelheid zorg geleverd aan verpleeghuisbewoners

Gem. hulpindex gebruikers thuiszorg

Gem. hulpindex verzorgingshuisbewoners

Gem. hulpindex verpleeghuisbewoners

Wachlijsten:

Aantal wachtenden thuiszorg

Aantal wachtenden plaatsing verzorgingshuis

Aantal wachtenden plaatsing verpleeghuis

Gem. wachttijd thuiszorg

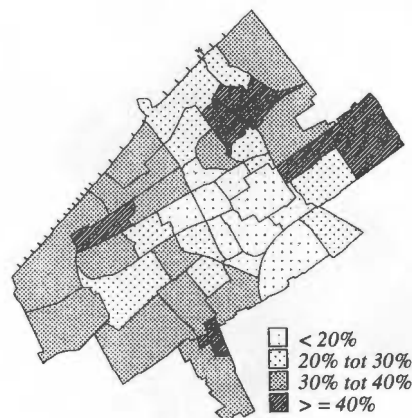
Gem. wachttijd plaatsing verzorgingshuis

Gem. wachttijd plaatsing verpleeghuis

*) De figuren in dit artikel zijn vervaardigd door Corina Huisman, waarvoor hartelijk dank.

Figuur 1.

Percentage ouderen (55-plussers) per wijk.
Den Haag, 1 januari 1996.

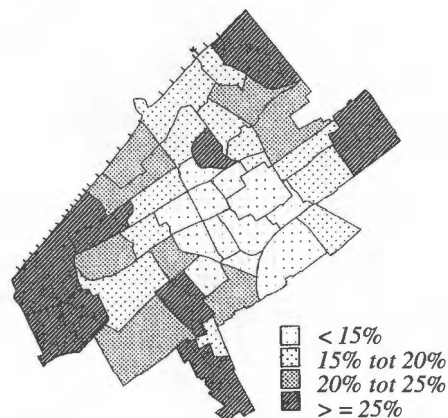


van de ouderen - 38.586 mensen - was 75 jaar of ouder. De Haagse ouderen zijn niet evenredig over de wijken verdeeld. Enkele wijken waar verhoudingsgewijs veel ouderen wonen, zijn Bouwlust en Vredrust, Morgenstond, Moerwijk, Mariahoeve en Marlot, en Waldeck. In deze wijken zijn meer dan 6.500 55-plussers woonachtig. Grote wijkverschillen doen zich eveneens voor wat betreft het aantal ouderen ten opzichte van de totale bevolking. In 1996 varieert het percentage ouderen van 11,7 in de Schildersbuurt tot ruim 55,3 in de (kleine) wijk Haagse Bos. Figuur 1 *) laat zien dat vooral wijken in het stadsdeel Centrum worden gekenmerkt door een relatief laag percentage ouderen. In de wijken Zeeheldenkwartier, Schildersbuurt en Transvaalkwartier behoort minder dan 20% van de bevolking tot de ouderen. Dit geldt overigens ook voor de wijk Regentessekwartier in het stadsdeel Segbroek. Een aantal randwijken (waaronder Haagse Bos, Mariahoeve en Marlot, en - de vinexlocatie - Wateringse Veld) worden juist gekenmerkt door een sterk vergrijsde bevolking. Hier ligt het percentage ouderen boven de veertig.

Maar hoe vergrijsd is de bevolking? Figuren 2 en 3 laten zien dat bepaalde wijken een relatief hoog percentage 'jonge ouderen' (55-74 jarigen) kennen, terwijl voor andere wijken juist een relatief hoog percentage van 'oude ouderen' (75-plussers) geldt. Wijken met een relatief sterke oververtegenwoordiging van jonge ouderen ($\geq 25\%$) zijn: Morgenstond, Mariahoeve en Marlot, Bohemen, Meer en Bos, Kijkduin en Ockenburgh, Kraaijenstein, Oostduinen en Zorgvliet. Wijken met een relatief sterke oververtegenwoordiging van 75-plussers ($\geq 15\%$) zijn: Wa-

Figuur 2.

Percentage 55-74-jarigen per wijk.
Den Haag, 1 januari 1996.



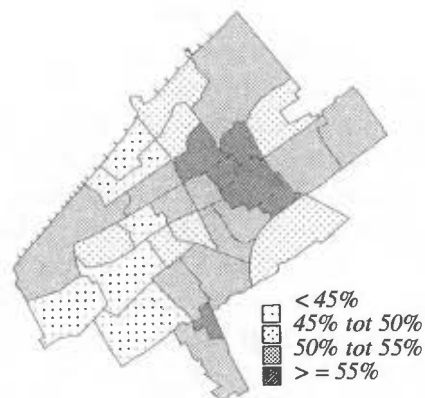
teringse Veld, Haagse Bos, Bohemen, Meer en Bos, Westbroek en Duttendel, Van Stolkpark en Scheveningse Bosjes, en Benoordenhout.

In geheel Den Haag bedroeg het percentage alleenstaande ouderen (ongehuwd, verweduwd of gescheiden) per 1 januari 1996 50,8. Relatief weinig ouderen (< 45%) zijn alleenstaand in de wijken Bouwlust en Vrederust, Kraaijenstein, Loosduinen, Duindorp, Vogelwijk, en Vruchtenbuurt, en relatief veel ($\geq 55\%$) in de wijken Archipelbuurt en Willems-park, Zeeheldenkwartier, Stationsbuurt, Centrum, Wateringse Veld, en Duinoord en Zorgvliet (zie figuur 4). De meeste wijken met een hoog percentage alleenstaande ouderen blijken dus in het stadsdeel Centrum te liggen.

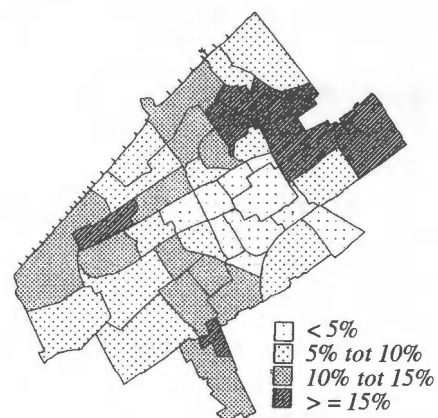
Op 1 januari 1995 behoorde 2,3% van de 65-plussers

Figuur 4.

Percentage alleenstaande ouderen (55-plussers) per wijk. Den Haag, 1 januari 1996.

**Figuur 3.**

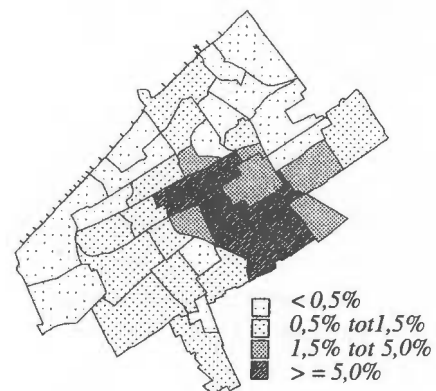
Percentage 75-plussers per wijk.
Den Haag, 1 januari 1996.



tot een etnische minderheidsgroep (herkomstlanden: Suriname en Nederlandse Antillen, Turkije, Marokko, en de Noord-Mediterrane landen waaronder Griekenland, Italië, Portugal en Spanje). Dit zijn bijna 1.808 personen. De allochtone ouderen bestaan voornamelijk uit Surinamers en Antillianen: meer dan driekwart (77%) van alle allochtone ouderen behoort tot deze groep. Daarna volgen ouderen uit de Noord-Mediterrane landen. Het aantal ouderen van allochtone afkomst is nu nog gering, maar zal sterk toenemen. Naar verwachting zullen allochtonen niet massaal remigreren. Wanneer wordt gekeken naar het geografische spreidingspatroon van de allochtone ouderen, dan valt een sterke concentratie op. Het overgrote deel van de allochtone ouderen woont dicht bij elkaar in en rond het stadsdeel Centrum (zie figuur 5). Zeer hoge percentages treft men aan in de

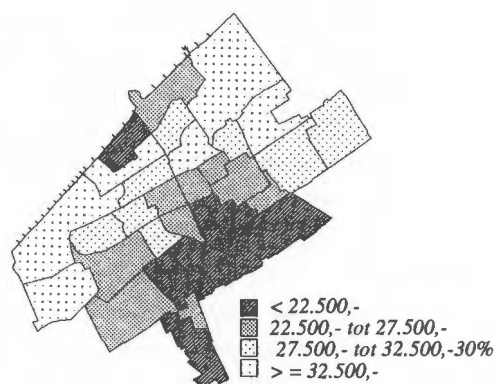
Figuur 5.

Percentage allochtone ouderen (65-plussers) per wijk. Den Haag, 1 januari 1996.



Figuur 6.

Gemiddeld besteedbare inkomen van ouderenhuishoudens per wijk. Den Haag, 1994.



wijken Schildersbuurt (18,8%), Transvaalkwartier (14,4%) en Regentessekwartier (10,7%).

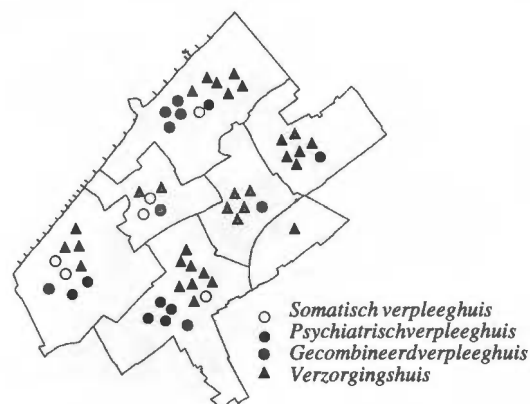
Het gemiddeld besteedbare inkomen van alle Haagse ouderenhuishoudens bedroeg in 1994 zo'n 28.000 gulden per jaar. De verschillen tussen de wijken zijn groot (zie figuur 6). Het gemiddelde inkomen is bijvoorbeeld in de wijken Benoordenhout en Vogelwijk ruim twee maal zo hoog als in de wijken Schildersbuurt, Transvaalkwartier en Groente- en Fruitmarkt, Morgenstond, Moerwijk en Zuiderpark, Laakkwartier, Spoorwijk en Binckhorst, en Duindorp. Een aanzienlijk boven-gemiddeld inkomensniveau (≥ 32.500 gulden per jaar) wordt tevens aangetroffen in de wijken Kraaijenstein, Duinoord en Zorgvliet, Bohemen, Meer en Bos en Kijkduin en Ockenburgh, en Belgisch Park en omliggende wijken.

Wanneer het voorgaande in ogenschouw wordt genomen, dan valt met name de situatie van de wijken in het stadsdeel Centrum op. In deze wijken wonen relatief weinig ouderen. De ouderen die daar wonen hebben echter een verhoogde kans op zorgbehoefte: ze zijn verhoudingsgewijs vaak alleenstaand, van allochtone afkomst en beschikken gemiddeld over relatief weinig inkomen.

Den Haag telde in 1996 22 verpleeghuizen en 35 verzorgingshuizen. Uit figuur 7 valt af te lezen dat deze intramurale zorgvoorzieningen ongelijkmatig over de stad zijn verdeeld. Vele verpleeg- en verzorgingshuizen zijn gelegen in de stadsdelen Escamp, Loosduinen en Scheveningen. Aangezien de verpleeg- en verzorgingshuizen een (boven-)stedelijke functie hebben, is het weinig zinvol om het aantal

Figuur 7.

Spreiding verzorgings- en verpleeghuizen per stadsdeel. Den Haag 1996.



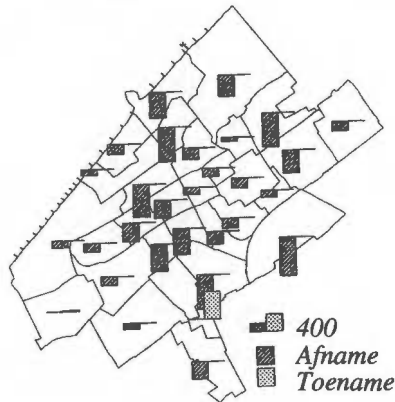
verpleeghuisbedden en verzorgingshuisplaatsen per stadsdeel te relateren aan het aantal 75-plussers aldaar. Door planologische omstandigheden zijn veel verpleeg- en verzorgingshuizen in na-oorlogse nieuwbouwwijken gebouwd. Ondanks hun (boven-)stedelijke functie zou het echter zeer gewenst zijn indien deze huizen daar zouden zijn gelokaliseerd waar veel zorgbehoevende ouderen wonen. Immers, verpleeg- en verzorgingshuizen bieden steeds meer vormen van zorg aan ten behoeve van zelfstandig wonende ouderen.

Tot het jaar 2010 zal het aantal ouderen verder afnemen: van 114.457 naar 109.140 personen (9). Ook het percentage ouderen laat een daling zien: van 26 naar 24. Deze afname komt geheel voor rekening van de 75-plussers. Terwijl het aantal 55-74 jarigen met zo'n 5.000 zal toenemen, daalt het aantal 75-plussers met ruim 10.000 personen. Deze situatie wijkt af van de landelijke en die van de omliggende gemeenten waar sprake is van een verdergaande (dubbele) vergrijzing (10). Sterke afname van het aantal 75-plussers wordt tot 2010 voorzien in de wijken Benoordenhout, Geuzen- en Statenkwartier, Bomen- en Bloemenbuurt, Laakkwartier en Spoorwijk en Binckhorst, en Moerwijk en Zuiderpark (zie figuur 8).

De vermindering van het aantal 75-plussers zal leiden tot een lager budget voor verpleeg- en verzorgingshuiszorg. Immers, de verdeling van het landelijke budget zal naar alle waarschijnlijkheid op basis van het aantal 75-plussers geschieden. Dat het budget voor Den Haag verlaagd zal worden, lijkt logisch: een vermindering van het aantal 75-plussers leidt normaal gesproken tot een min of meer gelijke

Figuur 8.

*Toe-/afname van het aantal 75-plussers.
Den Haag, 1996-2010.*



vermindering van het beroep dat op intramurale zorgvoorzieningen wordt gedaan. Tenzij er door andere factoren, waaronder gezondheid en draagkracht, een grote groep zal blijven die niet zelfstandig zal kunnen wonen.

Hoe nu verder?

De zojuist gepresenteerde resultaten vormen een eerste regioverkenning van de vraag naar en het aanbod van ouderenzorg in Den Haag. Het beeld van de huidige ruimtelijke spreiding van de vraag naar ouderenzorg dat hieruit naar voren is gekomen, is echter niet compleet. Immers, naast leeftijd, burgerlijke staat, etniciteit en sociaal-economische status wordt de vraag naar ouderenzorg bepaald door iemands gezondheid en de mate van geschiktheid van de woning en de woonomgeving. Tot nu toe zijn hierover nog geen voldoende gegevens op wijkniveau beschikbaar.

De bij de gemeente aanwezige gezondheidsgegevens betreffen CBS-sterftecijfers per woongebied naar leeftijd, geslacht en doodsoorzaak van de Hagenaars die in de periode 1982-1991 zijn overleden (11). Wijkgegevens over de (ervaren) gezondheid van ouderen in de thuissituatie zijn er niet. Tot dusverre is geen grootschalige gezondheidsenquête uitgevoerd onder de zelfstandig wonende Haagse ouderen, dit in tegenstelling tot de twee andere grote steden Amsterdam en Rotterdam (12)(13). Een uitzondering hierop betreft een lokale studie uit 1992 in het stadsdeel Scheveningen (14).

Ten aanzien van de geschiktheid van de woning zijn wel gemeentelijke gegevens voorhanden over het aantal ouderen dat in een specifieke ouderenwoning

woont dan wel in een woning toegankelijk zonder traplopen; gegevens ontbreken nochtans over het aantal ouderen dat in hun woning kleine en/of grote aanpassingen heeft aangebracht. Wat de geschiktheid van de woonomgeving betreft kan uit de bewonersenquête van 1993 enig inzicht worden verkregen in hoeverre ouderen destijds over bepaalde aspecten van hun woonomgeving tevreden waren. Een uitgebreidere woonbelevingsonderzoek is in 1992/1993 alleen in Transvaal en Schilderswijk-Centrum gehouden. Of een buurt bijdraagt tot het zelfstandig kunnen blijven functioneren van ouderen, wordt echter vooral bepaald door de afstand van belangrijke, dagelijkse voorzieningen ten opzichte van de woning. Deze informatie is niet bij de gemeente Den Haag aanwezig. Onderzoek zoals bijvoorbeeld enige tijd geleden in Amsterdam is uitgevoerd (15), ontbreekt in Den Haag. Op grond van objectieve criteria zijn voor Amsterdam woonvriendelijke zones bepaald. Dat zijn gebieden waar vijf voorzieningencusters - vijf soorten winkels voor eerste levensbehoeften of supermarkt of markt, halte openbaar vervoer, financiële diensten, park of (ruime) groenvoorziening, en welzijns- en zorgvoorzieningen - binnen een straal van 500 respectievelijk 250 meter loopafstand zijn gesitueerd.

Kortom, wil men een zo compleet mogelijk beeld krijgen van de vraag naar zorg door de ouderen in Den Haag, dan is nieuw onderzoek naar de gezondheid van de Haagse ouderen in de thuissituatie en naar de mate waarin hun woning en buurt geschikt zijn in geval van gezondheidsproblemen, broodnodig.

Uit tabel 1 viel op te maken dat voor een volledige regioverkenning nog veel meer gegevens nodig zijn (zie fase 2). Behalve van de geografische spreiding van vraag en aanbod dient een beeld te worden verkregen van de verschillen tussen wijken wat betreft het daadwerkelijk gebruik van ouderenzorgvoorzieningen, de hulpbehoefte van de ouderen die van deze voorzieningen gebruik maken en de wachtlijsten van de verschillende zorginstellingen. Met deze gegevens worden eventuele afstemmingsproblemen tussen vraag en aanbod verduidelijkt. Een wijk waar bijvoorbeeld de ouderenpopulatie wordt gekenmerkt door een hoog risico op zorgbehoefte maar waar het gebruik van ouderenzorgvoorzieningen relatief laag is, doet vermoeden dat het aanbod ontoereikend is. Dit kan het gevolg zijn van een te beperkt aanbod van zorgvoorzieningen in het algemeen. Wanneer echter uit de aanbodgegevens naar

voren komt dat de capaciteit aan zorgvoorzieningen relatief hoog is in deze wijk, dan zal de verklaring voor het relatief lage gebruik eerder moeten worden gezocht in het niet aansluiten van het aangeboden op de specifieke vraag.

Het zal enige tijd en energie vergen om aan al deze gegevens te kunnen komen. Uit de reeds gelegde contacten met HVO, het Indicatiebureau, BVGO en Thuiszorg is namelijk gebleken dat lang niet alle gegevens voor een volledige regioverkenning makkelijk beschikbaar zijn. Zo blijken ten eerste HVO, het Indicatiebureau en BVGO geen gegevens bij te houden van verpleeghuis- respectievelijk verzorgingshuisbewoners, waaronder de gemiddelde hulpindex, zorggebruik en verblijfsduur. De informatie wordt bij hen stopgezet wanneer een persoon eenmaal in een verpleeg- respectievelijk verzorgingshuis is geplaatst. Hoe het verder met zo'n persoon in het tehuis vergaat, wordt door hen niet bijgehouden. Deze gegevens zijn alleen bij de verpleeg- en verzorgingshuizen zelf aanwezig; er is tot op heden geen overkoepelend orgaan in Den Haag die deze gegevens bij elkaar brengt.

Ten tweede is uit de contacten gebleken dat het voor de meeste zorginstellingen nogal wat moeite zal kosten om de gegevens waarover ze (wel) beschikken, te leveren. Dit hoeft niet te verbazen. Lange tijd is de aandacht uitsluitend gericht geweest op het verlenen van zorg. Door de veranderende wijze waarop de ouderenzorg dient te worden verleend - 'zorg op maat' in plaats van 'zorg door instelling' - worden thans andere eisen aan de zorginstellingen gesteld. De zorginstellingen worden geacht adequaat op (veranderingen in) de vraag naar zorg door ouderen te reageren. Dit vergt aanpassing in de wijze van bedrijfsvoering en verbetering van informatievoorziening.

Om uiteindelijk tot een samenhangende regionale zorginfrastructuur te kunnen komen, een juiste samenhang tussen vraag en aanbod op het terrein van verpleeghuis-, verzorgingshuis-, en thuiszorg, is één gezamenlijke visie onontbeerlijk. De betrokken partijen, elk met hun eigen verantwoordelijkheden en bevoegdheden, zullen dan ook de handen ineen moeten slaan. Gezamenlijk zullen afspraken moeten worden gemaakt waaraan iedereen zich committeert. De informatie en inzichten waarover de partijen afzonderlijk beschikken, zullen moeten worden gedeeld. Per zorginstelling zal moeten worden bekeken hoe deze gegevens kunnen worden verstrekt. Alleen

op deze wijze kan het opstellen van een regiovisie succesvol worden.

Literatuur:

- Fokkema CM, Solinge H van. Eerlijk zullen we alles delen: Regionale verdeling van verpleeg- en verzorgingshuiscapaciteit binnen de grootstedelijke gebieden. Openbare Uitgaven 1998; 30 nr. 1: 41-49.
- 1. Regiovisie zorg Den Haag: Meer dan optische invloed. Gemeente Den Haag, 1998.
- 2. Fokkema T. Beweegredenen van bejaarden met betrekking tot hun keuze voor een type woonfaciliteit. Vrije Universiteit, Faculteit der Economische Wetenschappen en Econometrie. Amsterdam, 1989.
- 3. Fokkema T, Nijkamp P. The use of care services by the elderly: A study on determinants and costs of extramural services in the Netherlands. Journal of Business and Society 1997; 10 nr. 2: 245-246.
- 4. Beljaarts MAMM, Verweij AO. Getint grijs: Allochtone ouderen in Amsterdam. Rotterdam: ISEO, 1995.
- 5. Toorn M van. Allochtone ouderen: Een zorg(e)loze toekomst? Onderzoek naar ervaringen in Rotterdamse zorg-, hulp- en dienstverlenende instellingen. Rotterdam: SBWR, 1994.
- 6. Vollerling JMC. Care services for the elderly in the Netherlands: The PACKAGE model. Vrije Universiteit, Faculteit der Economische Wetenschappen en Econometrie (proefschrift), Tinbergen Institute research series, nr. 13, Amsterdam: Thesis Publishers, 1991.
- 7. Ministerie van WVC. Thuiszorg in de jaren 90: Notitie over de ontwikkeling en stimulering van de thuiszorg. Rijswijk, 1991.
- 8. Bevolkingsprognose Den Haag per stadsdeel en wijk 1995-2010 Gemeentelijke dienst Ruimtelijke en Economische Ontwikkeling, Afdeling Planologie. Den Haag, 1995.
- 9. Fokkema CM, Solinge H van. Grote steden minder grijs: Strijd om zorgvoorzieningen tussen stad en rand. DEMOS 1998, 14 nr. 5: 38-40.
- 10. Struben HWA, Burger I en Middelkoop BJC. Welke doodsoorzaken dragen bij aan de sociaal-economische sterfteverschillen?. Epidemiologisch Bulletin 1996; 31 nr. 1: 19-33.
- 11. Reijneveld SA. De gezondheid van de Amsterdammers: Eindrapport van het project Gezondheidsprofiel Amsterdam. GG&GD, Stafbureau Epidemiologie en Documentatie. Amsterdam, 1994.
- 12. Minderhoud M, Nijs HGT. Gezond ouder worden in Rotterdam: Een onderzoek naar de toekomstige aantallen ouderen in Rotterdam en de consequenties daarvan voor de gezondheid(szorg). GGD, Afdeling Epidemiologie & Beleid. Rotterdam 1993.
- 13. Burger I, Struben HWA, Toorn SLM van der e.a. Gezondheidsenquête: Een onderzoek naar de gezondheidstoestand van de bevolking van het stadsdeel Scheveningen 1992. Dienst Welzijn Den Haag, Sector GGD en Maatschappelijke Zorg, Afdeling Epidemiologie. Den Haag 1994.
- 14. O+S, het Amsterdamse Bureau voor Onderzoek en Statistiek. Ouderen in Amsterdam 1995. Amsterdam 1995.

Kenmerken van het cognitief en sociaal-emotioneel functioneren bij basisscholieren uit groep vier in Den Haag

Uitkomsten van het Preventief Verpleegkundig Onderzoek

Mw. F. A. Lawa-Liezenga, Mw. M. Monné-van Wirdum, en Mw. M. D. Wolting-Leenstra

Jaarlijks wordt door de Jeugdgezondheidszorg van de GGD een preventief verpleegkundig onderzoek verricht onder leerlingen in groep vier van de basisschool. Problemen met leren, gedragsproblemen en eet-, slaap- en bedplasproblemen passeren de revue. Voorzichtigheid is geboden bij het interpreteren van de uitkomsten. Maar het in gesprek komen met ouders - vooral in de centrum-wijken - naar aanleiding van ongunstige uitkomsten van het onderzoek zou een eerste belangrijke stap kunnen zijn op weg naar het voorkomen van verergering van beginnende problemen.

De Jeugdgezondheidszorg van de GGD voert jaarlijks een preventief verpleegkundig onderzoek (PVO) uit onder leerlingen in groep vier van de basisschool (1). Dit onderzoek omvat naast vaststelling van biologische parameters, zoals lengte en gewicht, gezichtsscherpte, gehoor en neuromotorische ontwikkeling ook een interview over de zorg en opvoedingssituaties (eerste milieu), het functioneren op school (tweede milieu) en in het derde milieu (de omgeving naast gezin en school).

Het PVO maakt deel uit van een programma van Preventieve Gezondheids Onderzoeken (PGO), dat artsen en verpleegkundigen van de Jeugdgezondheidszorg uitvoeren onder drie leeftijdsgroepen scholieren: kleuters, leerlingen uit groep vier van het basisonderwijs en leerlingen uit de tweede klas van het voortgezet onderwijs.

Het programma is in tweeërlei opzicht van belang. Enerzijds leidt het waar nodig tot *individuele* begeleiding met advisering op maat. Het heeft een preventief karakter door het tijdig opsporen van situaties die een risico kunnen vormen voor individuele kinderen. Dit wordt ook wel vroeg-onderkend genoemd.

Anderzijds kunnen via het onderzoek gegevens worden verzameld over *groepen* jeugdigen. De op

Over de auteurs:

Mw. F.A. Lawa-Liezenga, jeugdverpleegkundige, Mw. M. Monné-van Wirdum, jeugdarts en Mw. M.D. Wolting-Leenstra, jeugdverpleegkundige, allen werkzaam bij de productgroep Jeugdgezondheidszorg, GGD, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Den Haag.

uniforme wijze verzamelde en vervolgens geanonimiseerde gegevens geven een beeld van de gezondheidssituatie van de Haagse schoolgaande jeugd.

Door bij verschillende leeftijdsgroepen gegevens te verzamelen en periodiek te analyseren, wordt op termijn inzicht verkregen in de ontwikkeling van de gezondheid van de Haagse jeugd. Het PGO biedt zo de mogelijkheid bedreigingen van de gezondheid van de Haagse jeugd in kaart te brengen ten behoeve van de zogenaamde 'jeugdmonitor'. De uitkomsten van het onderzoek kunnen aldus bijdragen aan programma's voor gezondheidsbevordering en gezondheidsbeleid.

Een exploratieve analyse

De gegevens van het PVO bij 744 leerlingen in groep vier van enkele basisscholen in Den Haag over het schooljaar 1995-1996 zijn nader geanalyseerd^{*)}. De onderzochte kinderen waren afkomstig uit negentien basisscholen in JGZ-rayon Centrum en vijftien in JGZ-rayon Haagse Hout. In Centrum (voornamelijk Transvaal en in mindere mate Schilderswijk) zijn 429 kinderen en in Haagse Hout zijn 315 kinderen in de analyse betrokken. De scholen zijn geselecteerd op leerlingen die ook in de wijk zelf wonen. Verhoudingsgewijs is Haagse Hout in het onderzoek beter vertegenwoordigd dan Centrum: drie kwart van de leerlingen in Haagse Hout nemen deel aan het onderzoek en ruim de helft van de Centrum-kinderen. De kinderen zijn door de 'eigen' jeugdverpleegkundige van de school onderzocht. Het lagere deelnemerspercentage in Centrum wordt veroorzaakt door een capaciteitstekort van de jeugdverpleegkundige.

Deze twee rayons zelf worden gekarakteriseerd door respectievelijk een laag en hoog sociaal niveau van de daar woonachtige bevolking. Bovendien verschillen de bewoners van deze gebieden ook sterk in etnisch-culturele achtergrond. Dit houdt in, dat gevonden verschillen in uitkomsten tussen de gebieden zowel een sociaal-economische, een culturele als ook een etnische achtergrond kunnen hebben.

In dit bestek worden alleen enkele in het oog springende verschillen op verkennende wijze besproken. De aard van de gegevensverzameling en de onbekendheid met een veelheid van relevante (verstorende) variabelen laten geen uitvoerige analyses, laat staan vergaande conclusies toe in de zin van

oorzakelijke achtergronden. Het zijn waarnemingen uit de dagelijkse praktijkvoering.

In dit artikel komen de uitkomsten over het cognitief en sociaal-emotioneel functioneren van de kinderen aan de orde. Respectievelijk komen problemen met leren, gedragsproblemen en eet-, slaap- en bedplasproblemen voor enkele kenmerken in beeld.

De informatie is door twee (één in jgz-rayon Haagse Hout en één in Centrum) jeugdverpleegkundigen verzameld via interviews met de ouder(s), verzorger(s), leerkrachten en kinderen.

Kenmerken onderzoekspopulatie

Onder de 744 kinderen bevinden zich ongeveer evenveel jongens als meisjes: 376 en 367. Deze gelijke verdeling gaat zowel voor Centrum als voor Haagse Hout op.

De onderzoeksgroep bestaat logischerwijs hoofdzakelijk uit zeven- en acht-jarigen. In totaal zijn er 39 kinderen van negen jaar of ouder in de populatie. Het iets hogere percentage negen-jarigen in Centrum moet waarschijnlijk worden toegeschreven aan het feit dat kinderen in Centrum vaker extra 'gekleuterd' of gedoubleerd hebben, of dat sommige kinderen later aan hun schoolcarrière zijn begonnen.

Over de gehele onderzoekspopulatie is 37% van de kinderen van oorsprong autochtoon. In Haagse Hout is ruim 71% van de kinderen van Nederlandse afkomst; in Centrum is dit 11% van de kinderen.

Onder de alloctonen zijn de Turkse kinderen het sterkst vertegenwoordigd (21%; 34% van de Centrum-kinderen, 2,5% van de Haagse Hout-kinderen). Qua aantal worden de Turkse kinderen gevolgd door de Surinaamse en Antilliaanse kinderen (samen 18%; 24% van de Centrum-kinderen, 10% van de Haagse Hout-kinderen). De Marokkaanse kinderen volgen met 13% (21% in Centrum en 2% in Haagse Hout). 11% Kon niet bij de genoemde bevolkingsgroepen worden ingedeeld.

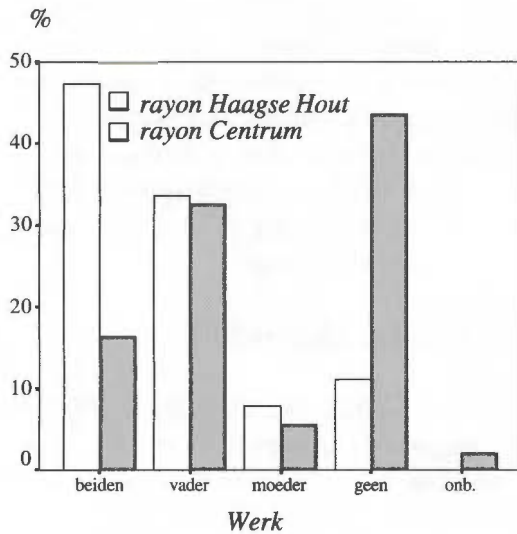
Rond de 80% van de kinderen komt uit een tweoudergezin. Dit geldt zowel voor Centrum als voor Haagse Hout. Kinderen van Surinaamse of Antilliaanse afkomst of uit de groep 'overigen' komen relatief het meest uit een één-oudergezin.

De werksituatie van de ouders geeft een groter

^{*)} Bevindingen over kinderen die korter dan een jaar in Nederland verbleven zijn niet meegenomen in de onderzoeksresultaten.

figuur 1

Werksituatie ouders van de scholieren in rayon Haagse Hout en Centrum. GGD Den Haag 1995-1996.



verschil tussen de beide rayons te zien (figuur 1). In Haagse Hout heeft van 11% van de kinderen geen van beide ouders werk, in Centrum ligt dat percentage op 43.

In Haagse Hout hebben in 47% van de gevallen beide ouders een baan, in Centrum geldt dat voor 16%. In beide wijken komt het ongeveer even vaak voor dat alleen de vader werkt (34% in Haagse Hout en 33% in Centrum) of dat alleen de moeder werkt (8% in Haagse Hout en 6% in Centrum).

Wanneer kinderen vanwege absentie niet konden worden onderzocht zijn ze opnieuw opgeroepen (in JGZ-rayon Centrum maximaal twee maal en in Haagse Hout één maal). In een aantal gevallen is hierbij in rayon Centrum extra bemiddeling van de school gevraagd. Ook zijn daar, om de opkomst gunstig te beïnvloeden, kinderen op school onderzocht, wanneer de afstand tussen de school en het centrum van de jeugdgezondheidszorg groot was. In Haagse Hout zijn alle kinderen op het centrum onderzocht.

In de uitnodiging voor het PVO wordt in ieder geval die ouder/verzorger verzocht het kind te vergezellen die voornamelijk de opvoeding op zich heeft genomen. Immers, de primaire verzorger is de beste bron van informatie over het functioneren in het eerste milieu. Tevens is voor de verpleegkundige de primaire verzorger de meest aangewezen persoon om individuele uitleg en advies aan te geven.

In Haagse Hout zijn alle kinderen begeleid, hetzij door één of beide ouders (98%), hetzij door een ander familielid (2%). In Centrum ligt het percentage begeleidde kinderen aanmerkelijk lager: de kinderen zijn in slechts 77% van de gevallen begeleid door één of beide ouders en in 8% door een ander familielid. Het aantal niet-begeleide kinderen bij de autochtonen in Centrum is verhoudingsgewijs groter dan bij de allochtonen.

In het algemeen geldt dat allochtone kinderen relatief vaker door hun vader worden begeleid dan autochtone kinderen (20% in Haagse Hout en 25% in Centrum).

Wellicht is de locatie van het onderzoek (Haagse Hout uitsluitend op het JGZ-bureau en Centrum gedeeltelijk op school) van invloed geweest op de mate van begeleiding. Ook het feit dat niet-begeleide kinderen niet van onderzoek zijn uitgesloten, speelt hierbij mee (Centrum: N=68). Dit laatste kan bij de ouders de indruk hebben gewekt dat begeleiding wel gewenst maar niet noodzakelijk was. Dat is uiteraard te betreuren, omdat zonder een gesprek met de verzorger(s) een aanzienlijk deel van de gegevens niet kan worden verzameld of als onbetrouwbaar moet worden beschouwd.

Enkele uitkomsten vergeleken

Over de gehele linie gezien heeft in Haagse Hout 12% van de kinderen problemen op twee of meer gebieden en 5% van de kinderen op drie of meer. Voor kinderen uit Centrum liggen deze percentages aanmerkelijk hoger, achtereenvolgens op 37% en 12%.

Leerproblemen

Leerproblemen zijn aan de orde wanneer volgens de beoordeling van de leerkracht het kind een achterstand heeft van een half jaar of meer ten opzichte van het normale lees- en/of rekenniveau.

Nagenoeg alle kinderen die afwijkend scores ontvangen remedial teaching voor deze vakken.

In Centrum scoort 25% van de kinderen afwijkend, tegenover 12% in Haagse Hout (figuur 2).

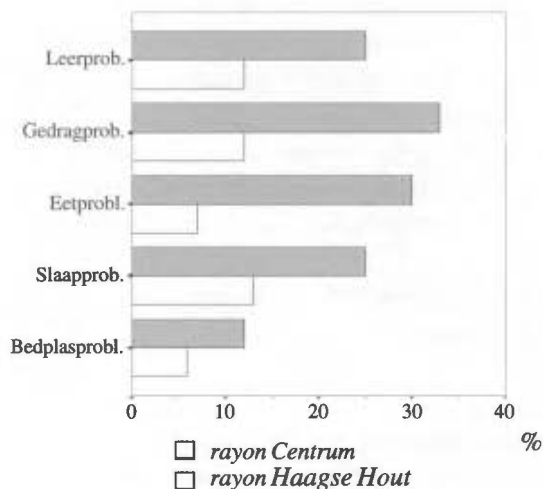
Bij oudere kinderen worden meer leerproblemen geconstateerd.

In Centrum kempt 22% van de zeven-jarigen, 28% van de acht-jarigen met leerproblemen, en een derde van de 39 negen-jarigen of ouder.

figuur 2

Percentagescholieren met respectievelijk leer-, gedrag, eet-, slaap- en bedplasproblemen in rayon Centrum en Haagse Hout.

GGD Den Haag 1995-1996.



Er is nagenoeg geen verschil in leerproblemen gevonden tussen jongens en meisjes, in Centrum noch in Haagse Hout.

Marokkaanse en Turkse kinderen scoren het hoogst met leerproblemen: 32% en 30%. Het laagst scoren Nederlandse en Surinaamse/Antilliaanse kinderen (14%). In de groep overigen heeft 20% leerproblemen. In Centrum hebben Nederlandse kinderen vaker leerproblemen (24%) dan Surinaams/Antilliaanse kinderen (15%) en de groep overigen (18%). De scores voor Marokkaanse en Turkse kinderen zijn nog ongunstiger: resp. 35% en 31% (figuur 3).

Voor zover het niet gaat om kinderen die pas op latere leeftijd in het Nederlandse onderwijs zijn ingestroomd, zullen de oudere kinderen 'extra gekleuterd' of gedoubleerd hebben. Kennelijk heeft doubleren niet geleid tot betere leerresultaten.

In de onderzoekspopulatie komen ook kinderen voor van Marokkaanse en Turkse afkomst die op latere leeftijd naar Nederland zijn gekomen in het kader van gezinshereniging. Ze zijn bijvoorbeeld pas in groep twee op de basisschool ingestroomd ('neven-instromers'). Dat een mogelijke achterstand in de Nederlandse taal de leerresultaten beïnvloedt, is evident. Bij deze kinderen kan beter worden gesproken van een leerachterstand dan van een leerprobleem. Evenals de kinderen met leerproblemen ontvangt deze groep leerlingen extra aandacht in de vorm van remedial teaching en andere hulpprogramma's.

Gedragsproblemen

Het gedrag wordt beoordeeld als afwijkend, wanneer het - gerelateerd aan de leeftijd en de etnisch-culturele achtergrond - door de ouder, de leerkracht, of de jeugdverpleegkundige als ongewenst of ongepast is beoordeeld. Bij twijfel wordt antwoord gezocht op de volgende vragen: is het huidige gedrag van het kind van negatieve invloed op een optimale ontwikkeling? Leidt het gedrag van het kind dagelijks tot conflicten met de ouder (verzorger) of leerkracht? Of maakt deze zich er regelmatig zorgen over? Een tijdelijke verdrietige of sombere stemming gekoppeld aan een feitelijk verlies wordt niet als afwijkend gescoord.

Van de onderzochte kinderen vertonen drie van de vier geen probleemgedrag.

In Centrum worden bijna drie keer zoveel kinderen met gedragsproblemen waargenomen als in Haagse Hout: 33% en 12% (figuur 2).

Een op de drie van de 39 negen-jarigen of ouder vertoont de meeste gedragsproblemen (33%).

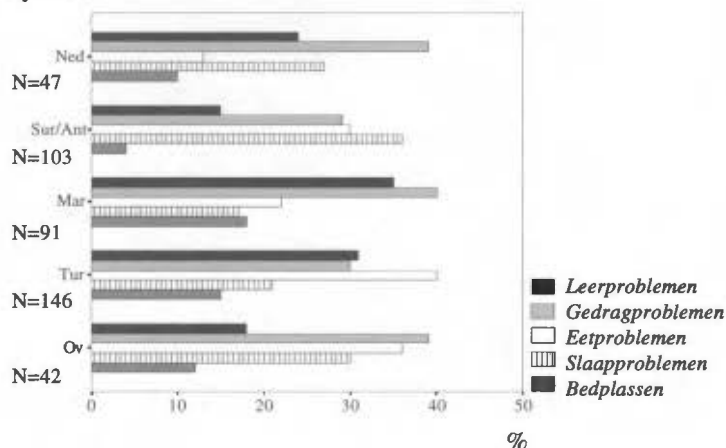
In Haagse Hout zijn nauwelijks verschillen tussen jongens en meisjes in gedragsproblemen vast te stellen. In Centrum is dit wel het geval. Daar laten meer jongens gedragsproblemen zien dan meisjes, 37% en 29%.

De verdeling van gedragsproblemen naar etnisch-culturele achtergrond laat het volgende beeld zien: Marokkanen 38%, Turken 28%, Surinamers en Antillianen 27%, overigen 24% en Nederlanders 16%.

figuur 3

Percentagescholieren in rayon Centrum met respectievelijk leer-, gedrag, eet- en slaapproblemen en bedplassen naar afkomst.

GGD Den Haag 1995-1996.

Afkomst

In Centrum hebben de Nederlandse (39%) en Marokkaanse kinderen meer gedragsproblemen (40%) dan Surinaamse/ Antilliaanse en Turkse kinderen (30%) (figuur 3). In Haagse Hout zijn de aantallen niet-Nederlandse kinderen te klein om er uitspraken over te kunnen doen.

Eetproblemen

Als de ouder/verzorger van het kind diens eetgewoonten als een probleem beschouwt, wordt gesproken van een eetprobleem. Nagenoeg alle kinderen die op dit onderdeel afwijkend scoren, hebben problemen met de warme maaltijd. De knelpunten die het meest worden genoemd zijn: dagelijks weigeren van vlees en/of groente; treuzelen; moeten voeren of dwingen tot eten; ongezellige sfeer tijdens het eten door boosheid van de ouder over het eetgedrag van het kind; te weinig of te veel eten; eenzijdige voeding of overmatig snoepen.

In de totale groep ervaart 21% van de ouder/verzorgers de eetgewoonten van hun kind als een probleem.

In Centrum wordt door de ouder/verzorger de eetgewoonten van hun kind in 30% als probleem ervaren, tegenover 7% in Haagse Hout (figuur 2). Het lage aantal scholieren met eetproblemen in Haagse Hout laat geen verdere analyse toe.

In Centrum komen eetproblemen iets vaker voor bij de acht- en negen-jarigen in vergelijking tot de jongere leeftijdsgroep. Zijn de kinderen ouder dan negen jaar dan wordt belangrijk minder vaak eetproblemen genoteerd.

Er zijn geen verschillen geconstateerd tussen jongens en meisjes in Centrum.

In dit rayon hebben de Turkse kinderen de meeste eetproblemen (40%). De Nederlandse kinderen scoren aldaar het laagst (13%). Voor Surinamers/Antillianen ligt het percentage op 30%, voor Marokkanen op 22% en voor overigen op 36% (figuur 3).

Slaapproblemen

Er wordt gesproken van een slaapprobleem wanneer volgens de informant het kind de week voorafgaand aan het PVO moeilijk in- of doorsliep, of wanneer het op eigen verzoek de nacht doorbracht in het bed van één van de gezinsleden.

Het laatste bleek een algemeen gedragspatroon te zijn. Het bij de ouder(s) in bed slapen werd zeer frequent als probleem aangedragen. Niet ongewoon

was dat één van de ouders zijn/haar bed verruilde voor dat van het kind. Door het kind werd voor het slaapprobleem als reden opgegeven: het bang zijn en/of alleen zijn in het donker.

Volgens genoemde definitie heeft 20% van de onderzochte scholieren slaapproblemen.

13% Van de kinderen in Haagse Hout en 25% van de kinderen in Centrum heeft slaapproblemen (figuur 2). Opmerkelijke verschillen in geslacht en leeftijd zijn niet gevonden.

In de totale groep vertonen vooral Surinaamse en Antilliaanse kinderen slaapproblemen (bijna één op de drie). De Nederlandse kinderen scoren hierin het laagst (11%).

In Centrum hebben 25% van de autochtone kinderen slaapproblemen.

Bedplassen

Bedplassen wordt bij het PVO geregistreerd als het kind in de maand voorafgaand aan het PVO één of meer keren in bed heeft geplast. In de totale groep is 9% van de kinderen gedurende de nacht nog niet geheel zindelijk (de meeste van die kinderen plasten doorgaans ten minste eenmaal per week in bed).

In Centrum hebben twee keer zoveel kinderen last van bedplassen (Centrum 12% en Haagse Hout 6%) (figuur 2).

Enuresis nocturna komt, geheel volgens de verwachting, het meest voor bij de groep jonger dan zeven jaar. Jongens plassen iets meer in bed, in vergelijking tot meisjes.

In de totale groep hebben vooral de Marokkaanse en Turkse kinderen last van bedplassen (12%).

Nederlandse, Surinaamse en Antilliaanse kinderen scoren laag. Maar in Centrum is het percentage Nederlandse kinderen dat last heeft van bedplassen 11%. Bij Turkse en Marokkaanse kinderen aldaar vinden we respectievelijk 15% en 18%. Opvallend is ook in Centrum het verwaarloosbaar lage aantal Surinaamse/Antilliaanse kinderen dat in bed plast (figuur 3).

Afhankelijk van de frequentie van het bedplassen, de leeftijd, de motivatie van het kind voor het 'droog worden' en de motivatie van de ouder om hierin ondersteunend en begeleidend op te treden, werd informatie en advies gegeven, dan wel verwezen naar de enuresispoli van het Juliana Kinderziekenhuis. Ondanks dat minder kinderen in Haagse Hout last hadden van bedplassen zijn in dat rayon verhou-

dingsgewijs meer kinderen naar de plaspoli verwezen dan in Centrum.

Bespreking

Het PVO is een instrument om symptomen bij individuen zo vroeg mogelijk op te sporen. Aan de uitkomsten, die betrekking hebben op het sociaal-emotioneel en cognitief functioneren van het kind, mogen dan ook geen diagnostische uitspraken worden verbonden.

In het algemeen is voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van de gepresenteerde informatie, en wel om de volgende redenen.

Ten eerste is de informatie verkregen via interviews met de ouder/verzorger of andere begeleider**), het kind en de leerkracht. De beoordeling van deze informanten over het gedrag van het kind is per definitie subjectief. Met de gegevens is een score per kind opgebouwd. Deze kan zowel *onderrapportage* als *overrapportage* van de onderzochte problemen te zien geven.

Een belangrijke omstandigheid hierbij is, dat de beoordeling van de gedragskenmerken van de kinderen wordt beïnvloed door de draaglast en de draagkracht van de informant zelf.

De draaglast is het totaal aan beleefde zorgen en problemen van de ouder/ verzorger of leerkracht. Problemen kunnen bijvoorbeeld liggen op sociaal-economisch en/of relationeel gebied en op het gebied van de werkdruk.

De draagkracht is de mate waarin en de wijze waarop de informant zich kan inzetten om met deze zorgen en problemen om te gaan, het vermogen oplossingen te zoeken/ te vinden, en/of sociale steun te krijgen.

Wanneer de draaglast van de informant groter is dan de draagkracht, wordt het gedrag van het kind eerder als probleem ervaren; dit kan dus leiden tot overrapportage van problemen. Anderzijds kan een informant zoveel ernstige problemen ervaren dat het moeilijke gedrag van een kind daarbij in het niet zinkt, met onderrapportage als gevolg. Daarnaast kan, met name in het Centrum, adaptatie aan de binnenstadsproblematiek ook leiden tot onderrapportage van problemen.

Overigens werden op de vragen naar 'gezinsproblemen' geen opmerkelijke verschillen gevonden tussen

de twee onderzochte rayons, Dit zou onder deze 'stress-hypothese' wel mogen worden verwacht.

In Centrum kon wel worden gesproken van cumulatieve van gedragsproblemen: 12% ervaart drie of meer problemen, terwijl dat in Haagse Hout 5% is.

In het algemeen kan men stellen dat er door een veelheid van mechanismen - waaronder selectieve migratie ook voor gezondheidskwesties kan worden gesproken van kansarmoede in sociaal achtergestelde gebieden als het Centrum. Daarom zien we waarschijnlijk meer problematiek (leer- en gedragsproblemen) in dit rayon.

De uitkomsten gaan trouwens ook niet altijd in dezelfde 'richting': Surinaams-Antilliaanse kinderen hebben weinig problemen met bedplassen, maar ervaren wel slaapproblemen. De slaapproblemen van de Surinaams-Antilliaanse groep zouden weleens de andere kant kunnen zijn van de opvoedkundige medaille voor het goed zindelijk zijn.

Ook de gedragsproblemen onder *Nederlandse* kinderen in Centrum zijn mogelijk gerelateerd aan sociaal-economische kansarmoede. De hiermee mogelijk verbonden sociale spanningen, tekorten aan aandacht en sociale marginalisatie vormen wellicht de achtergrond van het veelvuldig voorkomen van gedrags- en slaapproblemen onder deze kinderen, terwijl eetproblemen juist weinig worden gezien.

De algemene conclusie op basis van de gevonden uitkomsten zou kunnen zijn, dat er meer aandacht zal moeten worden besteed aan de oorzaken van verschillen in leermogelijkheden en gedrag van kinderen: sociale, etnische of culturele verschillen vragen elk om een eigen benadering. Met name de cultureel bepaalde verschillen bieden voor de jeugdgezondheidszorg een mogelijkheid tot beïnvloeding via advies en voorlichting. Meer betrokkenheid verkrijgen van ouders en/of verzorgers - vooral in Centrum - bij het verpleegkundig onderzoek van hun kind is al een interessante eerste stap op weg naar het voorkomen van verergering van beginnende problemen.

Literatuur:

1. Reuser JAM, Leizenga FA en Zwartendijk-Schats MATW. Protocol voor een preventief verpleegkundig onderzoek bij leerlingen in groep vier van de basisschool; Verantwoording van de inhoud en toelichting bij de uitvoering. Sector GGD van de Dienst Welzijn, afdeling Jeugdgezondheidszorg. Den Haag, februari 1991.

**) Wanneer het kind niet door de ouder/verzorger werd begeleid, is de score gedestilleerd uit de informatie van de 'vervangende' begeleider.

Hepatitis A: een groeiend probleem

A.H.J.M. Cremers

De toename van geelzucht, of hepatitis A, is een probleem dat zich vooral in de grote steden manifesteert. Het is een ziekte van de kinderleeftijd, die meestal niet ernstig verloopt. Echter, oudere en kwetsbare personen kunnen eveneens worden besmet. En dan kan de ziekte wel gevaarlijk zijn. Het voorkomen van de ziekte is niet over de hele wereld hetzelfde. Meestal kan het krijgen van de ziekte worden gerelateerd aan een recente reis.

Om hepatitis A goed te kunnen bestrijden zou eigenlijk op grotere schaal gebruik moeten worden gemaakt van vaccinatie.

In het voorjaar van 1998 signaleerde de GGD Den Haag een toename van het aantal aangegeven gevallen van hepatitis A. Hiermee zette een reeds langer bestaande trend zich voort. Door een publicatie in het Infectieziektenbulletin, een periodiek van het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg, werd duidelijk dat het hier een landelijk probleem betrof dat zich met name in de grote steden manifesteerde (1). Het RIVM wijdde er tevens een persbericht aan (2). Niet alleen de landelijke media besteedden vervolgens aandacht aan deze zaak, maar ook radio, televisie en kranten in Den Haag alsmede de lokale politiek.

In dit artikel wordt ingegaan op de stijging van hepatitis A-aangiftes. Ook wordt aandacht besteed aan de mogelijkheden van bestrijding van hepatitis A.

De ziekte

Hepatitis A wordt in de volksmond besmettelijke geelzucht genoemd. Het is een ontsteking van de lever, die wordt veroorzaakt door een virus.

De ziekte wordt gekenmerkt door een gele verkleuring van de huid en het oogwit van patiënten. Andere symptomen zijn: koorts, misselijkheid, braken, ontcleurde ontlasting en donkere urine.

De ernst van de ziekte neemt toe met de leeftijd. Bij kleine kinderen en zuigelingen verloopt de ziekte veelal mild, met een ziekte duur van hooguit enkele

Over de auteur: A.H.J.M. Cremers, arts, werkzaam bij de afdeling Algemene Infectieziektenbestrijding van de GGD, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Den Haag.

weken; vaak blijft de ziekte zelfs onopgemerkt. Bij oudere en kwetsbare personen verloopt de ziekte ernstiger; de ziekteduur kan dan oplopen tot enkele maanden. In uitzonderlijke gevallen kan hepatitis A dan zelfs zeer ernstig verlopen met grote schade aan de lever. Er is geen specifieke behandeling voor deze virusziekte.

Een patiënt is besmettelijk één week voor tot één week na het begin van de gele huidverkleuring (3).

Het virus wordt verspreid via de ontlasting van geïnfecteerde personen. Hiermee kunnen voorwerpen, handen of voedsel worden verontreinigd. Het toilet is vaak de plaats waar de overdracht plaatsvindt.

Het vóórkomen van de ziekte is niet over de hele wereld hetzelfde. Zo circuleert het virus in de landen rond de Middellandse Zee, maar zeker ook in Afrika, Azië en Zuid-Amerika, op grotere schaal dan in Nederland. In de praktijk gebeurt het dan ook regelmatig dat een geval (of een cluster van gevallen) van hepatitis A kan worden gerelateerd aan een recente reis. Zo komen in de maanden na de zomervakantie veel aangiften binnen van personen die de ziekte in het buitenland hebben opgelopen. Veel importgevallen komen uit Turkije en Marokko. Een op zichzelf beperkt aantal importgevallen kan leiden tot verdere verspreiding naar de omgeving (4)(5).

Men kan zich beschermen tegen hepatitis A door een vaccinatie, waarbij men na twee, binnen één jaar gegeven injecties gedurende lange tijd beschermd is (actieve immunisatie; bescherming meer dan tien jaar). Een injectie met gammaglobuline beschermt voor korte duur (passieve immunisatie; bescherming één tot drie maanden).

Haagse trend 1992 - 1998

Sinds 1992 stijgt in Den Haag het aantal aangiften van hepatitis A. In tabel 1 worden de kwartaalcijfers weergegeven over de periode 1992 tot en met de eerste helft van 1998 *).

In 1997 was er een verdubbeling ten opzichte van het aantal in 1996. Over de eerste helft van 1998 werden negentig nieuwe aangiften gerapporteerd, een stij-

*) De gepresenteerde cijfers wijken enigszins af van de cijfers van de kwartaaloverzichten die in elke aflevering van het Epidemiologisch Bulletin worden opgenomen. De oorzaak hiervan ligt in een enigszins afwijkende administratieve afsluiting van het kwartaal.

tabel 1

Aangegeven gevallen van hepatitis A per kwartaal. GGD Den Haag, 1992 t/m eerste halfjaar van 1998.

Jaar	1e Kw.	2e Kw.	3e Kw.	4e Kw.	Totaal
1992	8	4	3	4	19
1993	7	1	6	24	38
1994	10	5	1	35	51
1995	18	14	11	17	60
1996	18	12	5	21	56
1997	43	24	18	32	117
1998	62	28			(90)

ging van 35% ten opzichte van de eerste helft van 1997.

Al met al is het aantal aangiften in de periode 1992 tot en met 1997 ongeveer verzesvoudigd en zet de stijgende trend zich in de eerste helft van 1998 voort.

De eerste helft van 1998 nader geanalyseerd

Van de negentig aangiften die werden gedaan in de eerste zes maanden van 1998 zijn in 74 gevallen (82%) de huisartsen de *melders*. De andere aangiften zijn voornamelijk afkomstig van kinderartsen.

De verdeling over de *nationaliteiten* van de aangegeven personen met hepatitis A in de eerste helft van 1997 respectievelijk 1998 wordt gepresenteerd in tabel 2. Hieruit blijkt dat er een relatieve en absolute toename is van de hepatitis A-gevallen van Nederlandse nationaliteit in vergelijking met het eerste

tabel 2

Aangegeven gevallen van hepatitis A naar nationaliteit (tussen haakjes het percentage van het totale aantal aangiften in die periode). GGD Den Haag, eerste helft 1997 en eerste helft 1998).

Afkomst	1e helft 1997		1e helft 1998	
	Abs.	(%)	Abs.	(%)
Nederlands	11	(16)	35	(39)
Marokkaans	33	(49)	20	(22)
Turks	14	(21)	26	(29)
Overig	9	(13)	9	(10)
Totaal	67	(100)	90	(100)

tabel 3

Aangegeven gevallen van hepatitis A naar leeftijd (tussen haakjes het percentage van het totale aantal aangiften in die periode).
GGD Den Haag, eerste halfjaar van 1998.

Leeftijd	Abs.	(%)
< 10 jr.	42	(47)
10 t/m 19 jr.	25	(28)
20 t/m 29 jr.	5	(6)
30 t/m 39 jr.	9	(10)
40 t/m 49 jr.	4	(4)
50 t/m 59 jr.	3	(3)
60 jr. e.o.	2	(2)
Totaal	90	(100)

halfjaar van 1997.

In totaal zijn drie personen in het *buitenland* besmet. In de tweede helft van een jaar ligt dit aantal overigens meestal veel hoger.

Tabel 3 geeft de *leeftijdverdeling* van de aangegeven gevallen in de eerste helft van 1998. De tabel laat zien dat hepatitis A vooral een ziekte van de kinderleeftijd is: bijna de helft van het aantal aangiften betreft een kind onder de leeftijd van tien jaar.

Van een aantal aangegeven gevallen van hepatitis A is het waarschijnlijk dat deze direct of indirect zijn gerelateerd aan *school*. Een directe relatie wil zeggen dat het zieke kind zelf op de school zit. Indirect aan school gerelateerd wil zeggen dat de patiënten ziek zijn geworden door contact met deze schoolkinderen (veelal betreft dit de ouders). Men dient zich hierbij te realiseren dat het bepalen of een infectie wel of niet is gerelateerd aan een school, veelal berust op waarschijnlijkheden. Voorts wil het feit dat een hepatitis A-infectie aan een school is gerelateerd helemaal niet zeggen dat de feitelijke kiemoverdracht op school heeft plaatsgevonden. Immers, veel schoolvriendjes en -vriendinnetjes gaan bij elkaar thuis spelen.

Het totale aantal direct of indirect aan een school gerelateerde aangegeven gevallen van hepatitis A in de eerste helft van 1998 bedraagt dertig. Het betreft vier scholen met in totaal 21 direct en negen indirect gerelateerd gevallen. Dit is een derde van het totale aantal aangiften.

Ook op andere wijze kunnen aangiften een clustering vertonen. Zo heeft de GGD in het eerste halfjaar van

1998 19 clusters gevonden die binnen een *gezinsverband* met elkaar samenhangen (twaalf clusters van twee patiënten, vier van drie patiënten, twee van vier patiënten en één cluster van vijf patiënten). Deze gezinsbesmettingen lijken in zeven gevallen te zijn geïnitieerd door een aan school gerelateerd geval van hepatitis A. Bij de andere gezinsclusters was het onduidelijk hoe het virus in het gezin was terechtgekomen.

Van drie aangegeven gevallen van hepatitis A verliep de besmetting waarschijnlijk via *seksueel contact*.

Bespreking van de gesignaleerde trend

De vraag die wordt opgeroepen door de stijging van het aantal aangegeven gevallen van hepatitis A luidt natuurlijk: in hoeverre weerspiegelt deze een werkelijke toename in het vóórkomen van hepatitis A onder de bevolking?

Om deze vraag te beantwoorden dient men allereerst onderscheid te maken tussen twee mogelijke situaties die zich kunnen voordoen indien iemand wordt besmet met het virus.

Ten eerste is het mogelijk dat de besmetting niet leidt tot een manifeste ziekte, maar ten hoogste beperkt blijft tot in het bloed aantoonbare veranderingen van bepaalde laboratoriumwaarden en/of tot (lichte) ziekteverschijnselen (moeheid, 'buikgriep') die niet worden herkend als uitingen van een hepatitis A-infectie. In zulke gevallen spreken we van subklinische infecties. Uiteraard geeft een dergelijke situatie geen aanleiding om aangifte te doen.

De tweede mogelijke situatie is dat iemand die is besmet daadwerkelijk wordt gediagnosticeerd als hepatitis A-patiënt. In dat geval hangt het van de behandelend arts af of vervolgens een aangifte volgt. Het is bekend dat er in dit opzicht sprake is van een aanzienlijke onderrapportage.

Gegeven zowel de subklinische infecties als de onderrapportage, vormen de aantallen aangegeven gevallen van hepatitis A derhalve een onderschatting van de feitelijke incidentie van hepatitis A-besmettingen (6).

Gegeven de niet-verwaarloosbare onderrapportage kan vrij gemakkelijk een verstrend effect ontstaan indien een aangifteplichtige ziekte plots *in de belangstelling* komt te staan. Artsen zijn dan veelal geneigd eerder aangifte te doen. Dit kan leiden tot een extra stijging van het geregistreerde aantal.

In dit geval zagen we echter al een toename van het

aantal aangiften *voordat* de vakpers en de media aandacht schonken aan het probleem.

Er zijn nog andere versturende factoren in het spel. Om de onderrapportage te verminderen vinden sinds midden 1997 geanonimiseerde meldingen van aangifteplichtige ziekten plaats door de medisch microbiologen van een aantal Haagse ziekenhuizen **). Hierbij wordt wel de naam van de behandelend arts vermeld, maar niet die van de patiënt.

Met behulp van deze geanonimiseerde laboratoriummeldingen wordt, indien niet binnen twee weken een aangifte volgt van de behandelend arts, een brief geschreven met de vraag deze aangifte alsnog in te sturen. Indien hierop geen reactie volgt van de behandelend arts dan wordt deze na weer ongeveer twee weken telefonisch benaderd. Deze activiteiten worden in de map van een in behandeling genomen aangifte genoteerd.

Door deze werkwijze is dus een aantal meldingen binnengekomen door *actieve benadering* vanuit de GGD.

De aldus verkregen bijkomende informatie is zeer nuttig en kan een goed hulpmiddel zijn om tot een objectivering te komen van het werkelijke aantal hepatitis A- en andere ziektegevallen. Ook wordt hierdoor meer inzicht verkregen in de grootte van de onderrapportage en in de factoren die hierbij een rol spelen. In deze overgangsfase is het echter een storende factor in het volgen van epidemieën die over een langere periode verlopen zoals de hepatitis A-epidemie. De aldus verkregen aangiften zouden vóór 1997 immers niet hebben plaatsgevonden. Om een goede vergelijking te maken met de voorgaande jaren moet dit deel van de aangiften dan ook niet worden meegeteld.

Als we nu de door actieve benadering van de GGD verkregen aangiften plus de daarbij behorende gevallen die vervolgens door bron- en contactopsporing zijn verkregen, niet meerekenen bij het totale aantal aangiften hepatitis A in het eerste halfjaar van 1998, dan krijgen we een gecorrigeerde waarde.

Het totaal aantal aangiften voor in het eerste halfjaar van 1998 is negentig. Hiervan zijn er negen verkregen via actieve benadering: acht door middel van schriftelijk en telefonisch navragen bij de behandelend arts en één als secundair geval bij bron- en contact-onderzoek. Indien we deze negen aangiften niet meetellen, houden we een gecorrigeerd aantal

over van 81 nieuwe aangiften voor hepatitis A in de eerste zes maanden van 1998. In dezelfde periode van 1997 werden 67 aangiften ontvangen. De stijging bedraagt na deze correctie dus nog altijd 21%.

De oorzaak van deze stijging is niet bekend. Mogelijk kan de toename van het aantal mensen die in verre landen op vakantie gaan, een rol hebben gespeeld. Veelal komt men dan in een omgeving met een hogere prevalentie van hepatitis A. Ook laten hygiënische omstandigheden tijdens de vakantie nogal eens te wensen over. Deze factoren leiden tot een verhoogde kans om te worden besmet met het hepatitis A-virus. Als deze personen voor vertrek uit Nederland geen beschermende injecties hebben gekregen, kunnen ze de ziekte uit het buitenland meenemen.

Huidige praktijk van bestrijding

De aangiften worden, alvorens ze worden geregistreerd, behandeld door een sociaal-verpleegkundige, in overleg met de arts infectieziekten-bestrijding. Gekeken wordt of door de behandelend arts van een hepatitis A-patiënt al een zogenaamde *ringimmunisatie* is uitgevoerd. Een ringimmunisatie wil zeggen dat alle nauwe contacten rondom een patiënt gammaglobuline krijgen voor een tijdelijke bescherming. Dit is vooral van belang om verspreiding van het virus naar kwetsbare personen te voorkomen.

Door bron- en contactopsporing wordt gepoogd 'vergeten' contacten alsnog te immuniseren. Tevens wordt op deze manier een beeld verkregen van de wijze waarop de epidemietjes verlopen, zodat in de toekomst hiermee bij het nemen van preventieve maatregelen rekening kan worden gehouden.

Naast deze ringimmunisatie is het nemen van *extra hygiënische maatregelen* in het gezin en op het werk of de school van een patiënt noodzakelijk om verspreiding te voorkomen. De GGD heeft hierbij een adviserende en coördinerende rol.

Op het *reizigersspreekuur* van de GGD wordt immunisatie tegen hepatitis A aangeboden. Hierbij wordt de keuze tussen gammaglobuline en vaccin meestal overgelaten aan de reiziger.

Sinds 1994 wordt in Den Haag door de GGD ieder

***) De laboratoria Medische microbiologie van de volgende ziekenhuizen: Leyenburg, Bronovo, Rode Kruis- en Juliana Kinderziekenhuis.

jaar een vakantie-vaccinatiecampagne gehouden. Deze campagne, *zomercampagne* genaamd, is gericht op kinderen van twee tot zestien jaar van allochtone ouders, die in de vakantie teruggaan naar hun thuisland.

Hiervoor worden door de GGD op een aantal middagen voor de zomervakantie enkele gezondheidscentra bezocht in de centrumwijken van de stad. Hier worden vaccinaties tegen buiktyphus en gammaglobuline tegen hepatitis A met korting aangeboden.

Andere mogelijkheden voor de bestrijding

Hoewel de GGD reeds op verschillende manieren intensief werkt aan de bestrijding van hepatitis A, zijn nog niet alle mogelijkheden benut. Met name zou met een ruimer gebruik van het vaccin winst kunnen worden geboekt. De volgende mogelijkheden kunnen daarbij worden overwogen.

- Het systematisch aanbieden van het vaccin tegen hepatitis A *op het reizigersspreekuur*. Door het geven van het vaccin aan deze groep zou langzaam maar zeker een groter deel van de Nederlandse bevolking worden beschermd tegen hepatitis A.
- Het aanbieden van het hepatitis A-vaccin aan *alle kinderen van allochtone ouders* die regelmatig teruggaan naar hun thuisland. Ditzelfde wordt nu reeds gedaan met de BCG-vaccinatie (tegen tuberculose).
- Het goedkoop aanbieden van het vaccin *tijdens de zomercampagne*, in plaats van de nu gangbare

gammaglobuline.

- Het opnemen van de hepatitis A-vaccinatie in het *Rijksvaccinatieprogramma*.

Gegeven de kostprijs van het vaccin zou deze laatste maatregel een zeer grote investering vergen voor de gemeenschap, maar ze is ongetwijfeld het meest effectief. Voor de andere drie opties geldt dat ze een financiële drempel kunnen opwerpen voor de betrokkene zelf.

De aan de diverse opties verbonden kosten (met name financieel) moeten worden afgewogen tegen mogelijke baten (zowel op menselijk, sociaal als economisch gebied: minder ziekte, minder arbeidsverzuim, minder ziekenhuisopnamen, enzovoort).

Het zou interessant zijn een kosten-baten analyse uit te (doen) voeren om een beslissing door de overheid/heden hieromtrent te ondersteunen.

Literatuur:

1. Termorshuizen F, Laar MJW van de. Verheffing van hepatitis A in het eerste kwartaal van 1998. Infectieziektenbulletin 1998; 9 nr. 4: 97-8.
2. Verdubbeling aantal besmettingen met hepatitis A. Persbericht ANP. Bilthoven, 27 april 1998.
3. Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektenbestrijding. Protocollen Infectieziekten. Rijswijk 1998.
4. Gorkom J van, Leentvaar-Kuijpers A, Kool JL, Coutinho RA. Jaarlijkse epidemie van hepatitis A in verband gebracht met reisgedrag van kinderen van immigranten in de vier grote steden. Ned. Tijdschr Geneesk 1998; 34: 1919-23.
5. Hoebe CJPA. Hepatitis A-epidemie in Heerlen, eind 1996: het belang van immunisatie van migrantenkinderen. Ned. Tijdschr Geneesk 1998; 34: 521-8.
6. Jaarverslag huisartsenpeilstation GG en GD Amsterdam 1979. Amsterdam 1980.

korte berichten

onder redactie van
J.M. Vroom-Jongerden

Onderzoek in het kort

Geestelijke gezondheid van doven

Uit een representatief onderzoek onder doven blijkt dat één op de drie van hen serieuze psychische problemen heeft. Dat is 10% meer dan onder de rest van de bevolking. Doven maken bovendien opvallend veel gebruik van zorg. Dit staat in het onderzoeksrapport 'Geestelijke gezondheid van doven. Psychische problematiek en zorggebruik van dove en ernstig slechthorende volwassenen'.

In Nederland wonen naar schatting 10.000-13.000 mensen die doof of ernstig slechthorend zijn. Er is nog weinig bekend over psychische problemen bij doven. Mensen met ernstig gehoorverlies lopen een aanzienlijk grotere kans op psychische problemen dan horenden. Het Trimbos-instituut voerde een onderzoek uit om meer inzicht te krijgen in de omvang van de problemen. Het onderzoek vond eind 1997 plaats onder 523 doven en ernstig slechthorenden vanaf 18 jaar. De vraaggesprekken werden uitgevoerd door vijftien dove en ernstig slechthorende en één horende interviewer, meestal in gebarentaal, soms in gesproken taal. Het onderzoek werd gefinancierd door het Nationaal Fonds

Geestelijke Volksgezondheid. Het onderzoek heeft aanknopingen opgeleverd voor preventieve maatregelen en voor hulpverlening aan doven en ernstig slechthorenden. De onderzoekers menen dat het onderzoek het belang van voldoende voorzieningen met specifieke deskundigheid voor deze groepen aantoonde.

Het rapport kan worden besteld bij Trimbos-instituut, Postbus 725, 3500 AS Utrecht onder vermelding van 'Trimbos-reeks 98-10'. De prijs bedraagt f. 31,50.

Voorlichting

De Gezonde School Trofee 1998

Projectgroep 'Druks, mèn nie gezien' van de dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn (OCW) van de gemeente Den Haag heeft De Gezonde School Trofee 1998 en een cheque van f. 2.000,- gewonnen. De prijs werd 15 oktober uitgereikt tijdens een studiedag van het Trimbos-instituut in Utrecht.

Sinds 1996 wordt jaarlijks in het kader van het project 'De Gezonde School en Genotmiddelen' De Gezonde School Trofee uitgereikt. Criteria om voor deze prijs in aanmerking te komen zijn: stimu-

leren van nieuwe projecten, creativiteit, originaliteit, participatie van leerlingen en het project moet aansluiten bij 'De Gezonde School en Genotmiddelen'.

De projectgroep nam in 1997 het initiatief tot een serie toneelvoorstellingen met als thema drugs en groepsdruk. De leerlingen schreven de toneelstukken zelf, geïnspireerd en begeleid door dramadocenten van Jeugdtheaterschool Rabarber. De leerlingen voerden de stukken eerst op school op en uiteindelijk gedurende twee avonden in het Theater aan het Spui. Na de toneeluitvoeringen op school werden workshops over groepsdruk gegeven door de dramadocenten, zodat de leerlingen daadwerkelijk leerden voelen wat groepsdruk is.

De prijs van f. 2.000,- wordt door de afdeling Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) van de GGD aangevuld tot f. 4.050,-. Dit bedrag zal worden verdeeld over de scholen die aan het project hebben deelgenomen. School en leerlingen mogen zelf bedenken wat ze voor f. 450,- willen aanschaffen, waarbij GVO als voorwaarde stelt dat de aanschaf met het thema groepsdruk te maken heeft.

Ambulant Transmuraal Geriatrisch Team

Artsen krijgen in hun praktijk steeds vaker te maken met com-

plexe geriatrische problematiek. Soms weten artsen met deze categorie cliënten niet altijd goed raad. Om deze hulpverleners in hun werk te ondersteunen is er in Den Haag de mogelijkheid om een multidisciplinair team in te schakelen: het Ambulant Transmuraal Geriatrisch Team (ATGT). Dit team bestaat uit een geriater, een geronto-psychiater en een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Het ATGT verricht op verzoek consultatie bij een cliënt thuis of in een verpleeghuis. De doelgroep van het ATGT wordt gevormd door de oudere inwoners van Den Haag met complexe problemen die zich bevinden op het snijvlak van psychiatrische/psycho-geriatrische- en somatische problematiek. Sociale problemen kunnen hierbij een belangrijke factor zijn. Vrijwel altijd is er sprake van geheugenstoornissen. De cliënten van het ATGT zijn niet in staat om zelfstandig óf met hulp van mantelzorgers, medisch specialisten zoals de geronto-psychiater of de geriater, te consulteren. Een opname voor het uitvoeren van aanvullende diagnostiek in een psychiatrisch- en/of algemeen ziekenhuis is, op het moment van de aanvraag van het ATGT-consult, voor deze doelgroep een minder wenselijk alternatief. Het doel van het ATGT is om bij cliënten die behoren tot de doelgroep, op verzoek van de huisarts, de verpleeghuisarts of de medisch specialist, een specialistisch geriatrisch en/of een geronto-psychiatrisch consult te laten plaatsvinden. Dit consult vindt plaats op de locatie waar de cliënt zich bevindt: de thuissituatie of in het verpleeghuis. Het ATGT zal opereren vanuit de RIAGG Westhage en is van start

gegaan op 15 september. Het project is een initiatief van het Netwerk Geriatrie Den Haag, Medisch Centrum Haaglanden, Stichting Ziekenhuis Leyenburg, Stichting RBC en de drie Haagse RIAGG'en. Het ATGT is één van de onderdelen van een groter project 'De Haagse Geheugenpoli', dat in 1998 door het Netwerk Geriatrie is ontwikkeld. De initiatiefnemers willen met dit project gezamenlijk gaan vormgeven aan een samenhangend en afgestemd zorgaanbod voor ouderen met geheugenstoornissen. Voor meer informatie: tel. 070 - 397 50 51 (tst. 644) of homepage: www.netwerkgeriatrie.nl.

Zwanger via een omweg

Dit boek, geschreven door Didi Braat en Gemma Kleijne is bedoeld voor vrouwen en mannen met een kinderwens. Als je maand na maand tevergeefs wacht op een zwangerschap, kun je op een bepaald moment het besluit nemen iets aan die onvervulde kinderwens te doen. Per jaar worden in Nederland circa 12.000 reageerbuisbevruchtingen uitgevoerd. Wat gebeurt er precies tijdens zo'n behandeling, wie komen er voor in aanmerking en wat zijn de risico's op korte, maar ook op langere termijn? Wat gaat er allemaal aan zo'n behandeling vooraf? Welke mogelijkheden zijn er verder nog om anders zwanger te worden? De samenwerking tussen de twee auteurs is ontstaan door diverse interviews over allerlei problemen rondom vruchtbaarheid. Omdat er nog steeds veel onduidelijkheid bestaat over wat de mogelijkheden zijn als je niet spontaan zwanger kunt worden, hebben zij dit boek

geschreven. Een boek met veel informatie en emoties, dat een houvast kan zijn voor iedereen die er mee te maken krijgt. Dr. Didi Braat is gynaecoloog in het Academisch Ziekenhuis Nijmegen (St. Radboud) en is daar hoofd van de afdeling vruchtbaarheidsstoornissen. Gemma Kleijne is redacteur bij het maandblad Kinderen. Het boek is te koop in de boekwinkel en kost f. 29,90.

Actuele informatie

Jubileum met lessen voor de toekomst

Marijke Lutjenhuis en Joep Avezaat werkten op 29 oktober precies twintig jaar als huisarts in de Schildersbuurt van Den Haag. Reden voor feest. In de Rubenshoek vond een inspirerend en kleurrijk mini-symposium plaats: '20 Schilderachtige jaren'. Beiden kregen de stadspanning van Den Haag. Er werd teruggeblikt en vooruitgekeken; en wijze lessen gesproken. Lessen opgedaan in de praktijk en ontstaan tussen mensen die werken en werkten in de centrumwijken van Den Haag.

Trees van der Maat, projectleider van STIOM, verwoordde enkele als volgt:

- 'Zie je werk als een wereldreis: als een voortdurende ontdekkingstocht van mensen, ideeën, werelden, culturen. Een voortdurende ontdekking van het andere en wees daarbij niet be-nauwd voor het nieuwe.' 'Geniet van de wijk, van de patiënten en zie vooral ook al het waardevolle dat zij meebrengen, naast griep, koorts en

- snotneuzen.'
- 'Zet de veelkleurigheid centraal: de werkelijkheid - zeker die in deze wijken - is immers veel kleuriger en diverser dan je denkt. Alleen door deze veelkleurigheid te accepteren doe je recht aan het leven van de mensen waar we dagelijks mee werken. Wees niet kleurenblind - zelfs als je het wel bent.'
- 'Toon daadkracht: niet eindoos praten over principes, vertrekpunten, gemeenschappelijke kaders, convenanten of protocollen. Gewoon doen, gewoon met elkaar aan de slag gaan en zorgen dat er vooruitgang in blijft zitten, al zijn het kleine stapjes. Durf praktisch te zijn.'
- 'Durf creatief te zijn, durf eens buiten je grenzen te werken, buiten je eigen wereld te kijken. Durf af te wijken van de norm.'
- 'Zoek de echt creatieve oplossingen eerder in de dagelijkse leefwereld van de bewoner. Zet de mens, de bewoner centraal. Luister naar ze, ga met ze in gesprek, neem ze serieus en doe wat met hun vragen: daar gaat het immers om. Sluit aan bij hun veelkleurige leefwereld. Dat levert antwoorden op waar je iets mee kunt.'
- 'Probeer de ontmoeting van mensen te bevorderen: zet mensen bij elkaar en gegarandeerd dat er wat gebeurt. Gegarandeerd ontstaan er weer nieuwe ideeën, nieuwe oplossingen en nieuwe betrokkenheden. Van elkaar kun je leren. Waar je *alleen* niet uitkomt, doe je dat *samen* vaak wel.'
- 'Werk wijk/buurtgericht: neem de wijk/buurt als gebied van waaruit je werkt. Dat is tegelijk

de leefwereld van de bewoners. Leer die wijk/buurt kennen: dat geeft betrokkenheid, dat geeft inzicht, dat draagt uiteindelijk bij aan je deskundigheid.'

- 'Wees bescheiden en "scoor" op kleine dingen en laat ook anderen in dit succes delen. Zet kleine stappen, waardoor succes gemakkelijk kan worden bereikt. En bovendien: eis succes nooit op: ook anderen hebben daar hun steentjes aan bijgedragen. Een gezamenlijk ervaren succes brengt je verder dan individueel scoren.'

Symposium

Sociale Structuurschets

Gemeenten nemen verantwoordelijkheid voor de sociale integratie van hun burgers en voor de bevordering van de sociale samenhang. De lokale bestuurder, beleidsambtenaar of vertegenwoordiger van een welzijnsinstelling ervaart bijna dagelijks zowel problemen als kansen van sociaal beleid op lokaal niveau.

Het ministerie van VWS heeft in 1997 het beleidskader 'Sturen op doelen, faciliteren op instrumenten' uitgebracht. In dit beleidskader wordt de sociale structuurschets genoemd om gemeenten te ondersteunen bij de vorming van sociaal beleid. Sindsdien zijn veel gemeenten daarmee aan de slag gegaan, ieder in hun eigen tempo, en de algemene lijn vertaalt naar de eigen, specifieke situatie. Inmiddels is in het hele land een schat van ervaring opgebouwd.

Om de vele denkbeelden en erva-

ringen in het land uit te wisselen en een tussenbalans op te maken van het lokale sociale beleid, organiseert Gemeente Den Haag samen met het Ministerie van VWS in januari 1999 een werkconferentie. Over de betekenis van de sociale structuurschets: doelen, effecten, rendementen. Kortom, wat heb ik er aan in mijn eigen lokale situatie? Vooral de grote steden (G25) worden uitgenodigd deel te nemen. Zij zijn bekend met de ontwikkeling van stadsvisies en investeringsprogramma's.

Wilt u ervaringen delen met collega's, wilt u leren van collega's, wilt u met hen discussiëren over het nut van de sociale structuurschets, hebt u voorbeelden van slaag- en faalfactoren uit de praktijk? Neem dan deel aan de werkconferentie. Uw bijdrage zal door wethouder drs. Jetta Klijnsma bijzonder worden gewaardeerd. Sociaal beleid kan nu eenmaal niet zonder een actieve rol van alle betrokkenen op alle niveaus: van beleidsmakers tot uitvoerders.

De werkconferentie wordt gehouden op *donderdag 21 januari 1999 van 09.30-17.00 uur*.

In de ochtend staat de strategische benadering van het instrument structuurschets centraal. Wetenschappers en bestuurders van enkele gemeenten geven inhoud aan het begrippenkader van de sociale structuurschets. Wat is bijvoorbeeld de meerwaarde van de sociale structuurschets en wat is de reikwijdte?

In het middagprogramma ligt het accent op het operationele niveau. Aan de hand van verschillende thema's wordt duidelijk hoe de vertaalslag kan worden gemaakt van strategische doelen naar concrete interventies.

De werkconferentie is een gezamenlijk initiatief van het Minis-

terie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Gemeente Den Haag/dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn (OCW), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), het onderzoek- en adviesbureau SGBO van de VNG en het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW).

Aan de deelname aan de werkconferentie zijn geen kosten verbonden.

Voor informatie en aanmelding deelname: het organisatie-team van de werkconferentie, tel. 070 - 387 74 77 (vragen naar Co van der Hoek).

Aangifte infectieziekten

Op pag. 37 geven we een overzicht van de aangifte infectieziekten in de drie regiogebieden Den Haag, Delfland (locatie Rijswijk) en West-Holland (Voorburg/Leidschendam/Wassenaar/Zoetermeer). Eénmaal per jaar wordt de opgave per regio gespecificeerd. Draagt u zorg voor een tijdige en juiste aangifte van de infectieziekten die zich in uw praktijk voordoen?

Onderstaand volgt enige casuïstiek van de Haagse opgave over het derde kwartaal 1998.

De gemelde febris typhoidea-patiënt liep de besmetting op in Pakistan.

Van de 8 aangegeven dysenteria bacillaris-patiënten liepen 5 hun besmetting op in respectievelijk Egypte, Marokko, Peru, Jemen en

Oezbekistan. De bron van de andere patiënten bleef onbekend.

Er werden 21 hepatitis A-patiënten gemeld. Hiervan werden 5 besmettingen in het buitenland (Turkije en Marokko) opgelopen. De overige besmettingen vonden plaats via huisgenoten of de bron bleef onbekend.

Om verspreiding onder huisgenoten te voorkomen is bij diverse families aan de huiscontacten gamma globuline gegeven.

Van de 2 aangegeven hepatitis B-patiënten werd 1 patiënt besmet via seksueel contact. De bron en de wijze van besmetting bleven bij de andere patiënt onbekend.

Er werden 4 malaria-patiënten gemeld (3 *Plasmodium falciparum* en 1 *P. ovale*). De besmettingen werden opgelopen in respectievelijk Ghana, Mozambique en Somalië. 2 Patiënten waren woonachtig in Afrika en hadden geen profylaxe genomen, 1 patiënt had zijn profylaxe onvolledig ingenomen en 1 patiënt had alle profylaxe genomen.

Van de 5 gemelde meningococcosis-patiënten is 1 patiënt overleden. Alle familieleden kregen profylaxe toegediend. De bron was respectievelijk een bevriend gezin(1x), de camping(1x), de werkkring(1x) en onduidelijk(2x).

Er werden 48 pertussis-patiënten gemeld. De meeste kinderen bleken volledig gevaccineerd volgens het Rijks vaccinatieprogramma. Enkele kinderen bleken om medische redenen niet gevaccineerd. De meeste besmettingen waren school- of familie-gerelateerd.

Van de gemelde Q-koorts-patiënt

bleef de bron onbekend. Patiënt was niet in het buitenland geweest.

Van de 21 aangegeven scabies-patiënten vonden de meeste besmettingen plaats binnen het gezin. Er werden verschillende personen en hun gezinsleden in een asielzoekerscentrum behandeld.

Er werden 4 voedselinfectie-patiënten gemeld. Van allen bleef de bron onbekend.

Aan deze rubriek werkten mee:

Mw. I. Burger;

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

Mw. J.C.C. Warmerdam;

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	1998 1e kw	1998 2e kw	1998 3e kw	1998 4e kw	1997 t/m 3e kw	1998 t/m 3e kw
mens	inhalatie	difterie (B)						
		lepra (B)						
		meningococcosis (B)*	9	1	7		12	17
		morbilli (B)					1	
		(atyp.) pertussis (B)**	43	24	65		193	132
		rubella (B)	7					7
		tuberculosis (B)	19	17	12		73	48
		parotitis epidemica (C)					3	
	seksueel contact	gonorrhoea (C)	10	8	14		50	32
		syfilis prim./sec. (C)	3	1	8		16	12
		syfilis congenita (C)						
	seksueel cont./bloed	hepatitis B(B)(1)	4	3	4		18	11
		HIV-infectie/Aids (1)***	1		5		8	6
	faecaal/oraal	poliomyelitis (A)(2)						
		hepatitis A(B)(3)	66	34	22		89	122
		dysenteria bacillaris (B)(3)	3	4	13		18	20
huid/kleding/bed	scabies (B)(4)	48	25	24		95	97	
dier	inhalatie (faecaal materiaal)	ornithosis/psittacosis (B)		1			3	1
		Q-koorts (B)(5)			2			2
	insectenbeet	lassakoorts (A)(6)						
		febris recurrens (B)						
		gele koorts (B)						
		malaria (B)	4	3	7		15	14
		typhus exanthematicus (B)						
	beet/speeksel	rabies (A)						
		pest (A)						
	aanraking	anthrax (B)						
tularemia (B)								
brucellosis (B)(5)								
omgeving	inhalatie	legionella pneumonie (B)						
	consumptie	cholera (B)						
		trichinosis (B)						
		voedselvergiftiging (B)	13	6	8		11	27
		febris typhoidea (A)			1			1
		paratyfus B(B)					2	
		botulisme (B)(7)						
	contact (water/grond/dier)	leptospirosis (B)						
wondcontact (water/grond/beet)	tetanus (B)							
totaal		229	127	187		599	543	

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

