



# *epidemiologisch bulletin*

*tijdschrift voor volksgezondheid en  
onderzoek in Den Haag*

*inhoud*

*volksgezondheid*

*Interview met directeur Volksgezondheid*

*Regiovisie: een nieuwe impuls*

*Suikerziekte bij Hindostanen: eindrapportage*

*Suïcidaal gedrag bij allochtone meisjes en jonge vrouwen:  
eerste stappen na een verontrustend signaal*

*epidemiologie*

*Waarom hebben Hindostanen zo vaak suikerziekte?: een overzicht van de literatuur  
'Afkicken onder narcose'*

*Sterfte bij 65-plussers: samenhang met sociaal-economische status?*

*korte berichten*

*jaargang 34, 1999  
nummer 4*

# Colofon

December 1999  
34ste 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, 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, Parnassia,  
psycho-medisch centrum Den Haag;  
prof.dr. W.J. Schudel, GGD Den Haag;  
mw. J.M. Vroom-Jongerden (korte berichten),  
GGD Den Haag.  
m.m.v. drs. H. Burger 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/Lay out

Multimedia Den Haag

## Uitgave

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, GGD Den Haag

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

De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en vormgeving van het bulletin. Overname van artikelen is in vele gevallen mogelijk in overleg met de redactie. De richtlijnen voor auteurs kunnen op het redactieadres worden opgevraagd. Bij wijziging van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het redactieadres 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

- Directeur Volksgezondheid Ton van Dijk:  
een enorme uitdaging 1  
Mw. E.M. van Dalen
- Regiovisie: een nieuwe impuls voor de regionale  
gezondheidszorg 5  
H.R. Lingen
- Suikerziekte bij Hindostanen: een interventieproject 9  
Mw. G.N. Ramsaransing, Mw. S.M. Kesarlal-  
Sadhoeram, Mw. F.L. van Leeuwen en  
B.J.C. Middelkoop
- Suïcidaal gedrag bij allochtone meisjes en  
jonge vrouwen: de eerste stappen na een  
verontrustend signaal 13  
Mw. C. van Bommel

### Epidemiologie

- Waarom hebben Hindostanen zo vaak suikerziekte?:  
een overzicht van de literatuur 15  
B.J.C. Middelkoop
- 'Afkicken onder narcose' in Parnassia:  
een studie naar de effectiviteit van twee snelle  
detoxificatiemethoden voor heroïneverslaafden 22  
V.M. Hendriks
- Sterfte bij 65-plussers: samenhang met sociaal-  
economische status? 26  
Mw. I. Burger, Mw. J.M. Vroom-Jongerden,  
B.J.C. Middelkoop en H.W.A. Struben

### Korte berichten

31

# Directeur Volksgezondheid Ton van Dijk

## *Een enorme uitdaging*

*Liesbeth M. van Dalen*

In februari heeft de Haagse gemeenteraad de Nota Volksgezondheid 1999 - 2002 aangenomen. De nota bevat uitgangspunten voor het te voeren beleid op het gebied van de volksgezondheid in Den Haag. Eén van de voorgenomen maatregelen was het aanstellen van een directeur Volksgezondheid om zowel de gemeentelijke coördinatiefunctie als de dienstverlening te versterken. Sinds 1 mei 1999 is Ton van Dijk (46 jaar) in deze functie werkzaam. Getuige zijn volle agenda, zijn energie en zijn voornemens kunnen politiek, collega's, zorginstellingen en Haagse burgers rekenen op een sterke impuls op het gebied van 'beleid en uitvoering ten behoeve van de volksgezondheid.'

Het ontwikkelen van netwerken en het versterken van de samenwerking tussen alle betrokkenen binnen en buiten de gemeentelijke dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn (dienst OCW) is voor Van Dijk een enorme uitdaging. Daarbij staat de combinatie van beleidsontwikkeling, het zelf uitvoeren van een deel van de taken en de medeaansturing van de uitvoering door zorginstellingen en organisaties centraal. Dat in Den Haag de GGD is ondergebracht bij de dienst OCW is volgens Van Dijk een groot winstpunt. 'Die situatie brengt twee belangrijke voordelen met zich mee. De GGD-medewerkers hebben in de dagelijkse uitvoering direct zicht op de problematiek die aan de orde is. Hiermee ontstaat een signaleringsfunctie ten behoeve van de beleidsontwikkeling. Aan de andere kant kan, als er nieuw beleid wordt ontwikkeld, de eigen organisatie (een deel van) dat beleid in praktijk brengen. Dit is de kern van mijn functie, namelijk de verbinding leggen tussen uitvoering en beleid.'



fotopersbureau Hendriksen-Valk, Den Haag

Dat geldt ook voor de andere activiteiten van de GGD, zoals gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, controle op hygiëne, jeugdgezondheidszorg, ambulancehulpverlening en de indicatiestelling voor zorg en voorzieningen. 'Bij mijn aanstelling als directeur Volksgezondheid en als directeur van de GGD is ervoor gekozen de eenheid rondom GGD-zaken te versterken. Zowel in het belang van de burger als op grond van de gemeentelijke verantwoordelijkheid.' Naast het voordeel van de combinatie uitvoering en beleid, zijn er binnen de dienst OCW tal van samenwerkingsmogelijkheden. De afdeling Epidemiologie heeft een belangrijke lijn met de productgroep Onderzoek en Integrale Vraagstukken, de afdeling Infectieziekten met de Jeugdgezondheidszorg, de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg met Maatschappelijke Herstel, Bureau Public Health met

*Over de auteur:*

*Mw. E.M. van Dalen, tekstschrijver, Koopmans & Van Dalen bv. Rijswijk.*

Welzijn en Verslavingszorg en noem maar op. 'Het is vooral in het belang van de burger dat deze activiteiten worden geïntegreerd. Neem bijvoorbeeld de regiegroep verslavingsproblematiek, waar ik voorzitter van ben. Daar is de GGD aanwezig wat betreft de signalering en de productgroep Beleid, Subsidies en Projecten waar het gaat om beleidsontwikkeling en subsidie. Men mag van mij verwachten dat ik voortdurend kijk naar die lijnen en dwarsverbanden.'

### ***Eigen ambulancedienst***

Het is volgens Ton van Dijk heel lastig om gesprekspartner te zijn in het veld van zorginstellingen als je er zelf geen rol in speelt. Als voorbeeld noemt hij de ambulancedienst. "De gemeente heeft een duidelijke taak op het gebied van geneeskundige hulpverlening bij rampen en calamiteiten. Ik ben er voorstander van dat er naast de private ambulancediensten ook een publieke ambulancedienst is. Het lijkt mij niet verantwoord om geheel terug te moeten vallen op de inzet vanuit de particuliere sector. Zeker niet in een stad als Den Haag, dat een regeringscentrum is en waar veel manifestaties en activiteiten plaatsvinden. Daarbij moet de gemeente onvoorwaardelijk politie, brandweer en ambulance kunnen inzetten. Door zelf een ambulancedienst te hebben geeft de gemeente invulling aan de directe lokale bestuurlijke verantwoordelijkheid.

Nee, ik zie dat niet als 'terug naar vroeger'. Na de privatiseringsgolf zien we dat het evenwicht ergens in het midden ligt. Gebleken is dat er gaten kunnen vallen als zaken geheel aan de marktpartijen worden overgelaten. Simpel gezegd: als er een tekort is aan ambulancezorg heeft de burgemeester een probleem, want hij moet zorgen dat er ambulancezorg is. Dat kan door met verschillende partijen afspraken te maken, maar tevens door een eigen dienst in te zetten. Het hebben van een ambulancedienst betekent bovendien dat je de praktijk van alle dag kent en een serieuze gesprekspartner bent." Dat blijkt ook in de contacten met ziekenhuizen en huisartsen in het kader van het millennium. De GGD is verantwoordelijk voor de geneeskundige hulpverlening bij rampen en calamiteiten. 'Het millennium wordt benaderd als een te voorziene calamiteit en vanuit dat perspectief werken we als drie GGD-en in de (Hulpverlenings)regio Haaglanden samen met zorginstellingen, zodat er bij eventuele stroom- of telefoonuitval een adequate zorgvoorziening is.'

### ***Ziekte en gezondheid in relatie tot de omgeving***

Bekend is dat de GGD-en in Amsterdam en Rotterdam aanzienlijk groter zijn. Een verklaring hiervoor is dat de GGD Rotterdam deels ook voor de regio werkzaam is en met name op het gebied van epidemiologie een zeer uitgebreid takenpakket heeft. Het verschil met Amsterdam is dat daar een GG & GD bestaat, hetgeen betekent dat er ook geneeskundige activiteiten door de dienst worden uitgevoerd. De meeste GGD-en in Nederland hebben echter van de geneeskundige (be-)handelingen afgezien en deze in handen gegeven van de zorgsector. Dat geldt ook voor Den Haag. Slechts een klein aantal geneeskundige (be)handelingen gebeurt door de gezondheidsdienst zelf. 'We doen het in feite alleen nog bij de tuberculose, omdat het essentieel is dat deze mensen laagdrempelig worden behandeld. Doet de GGD dat niet, dan bestaat de kans dat de mensen onvoldoende worden behandeld en er uiteindelijk resistentie optreedt. Tevens zorgt een onbehandelde tbc-patiënt voor risico's in zijn omgeving: volksgezondheidsrisico's dus.'

Essentieel is dat de aandacht voortdurend moet zijn gericht op de oorzaken die tot ziekte leiden en de risico's van de verspreiding ervan. 'Kijk, het gaat om sociale gezondheidszorg die zich vooral bezighoudt met ziekte en gezondheid in relatie tot de omgeving. Als iemand bijvoorbeeld tuberculose heeft, moet er op drie niveaus iets gebeuren. Om te beginnen is het zaak na te gaan van wie of waar hij of zij het heeft opgelopen, vervolgens te zorgen dat er een goede behandeling plaatsvindt en in de derde plaats na te gaan met wie de patiënt contact heeft gehad gezien het risico van besmetting. De behandeling doet de longarts of de huisarts. Wij kijken naar de rest. Die werkwijze is ook te vinden bij de baarmoederhals- en borstkankeronderzoeken. De GGD zorgt voor de onderzoeksopzet, het oproepsysteem komt uit de Gemeentelijke Bevolkings Administratie, de huisartsen maken het uitstrijkje en het laboratorium zorgt voor het onderzoek. Wij zorgen dat het geheel op elkaar is afgestemd en verzorgen (mede) de voorlichting.'

### ***Investeren in netwerken***

Dat betekent dat de GGD sterk moet zijn in het ontwikkelen van netwerken. Ook dat is één van de zaken die bij Van Dijk hoog op het lijstje staat. 'Ik heb geconstateerd dat dit nog beter moet worden

ontwikkeld. Dat gaan we sterk initiëren, want als GGD moet je op alle terreinen een intermediaire functie vervullen tussen het lokale openbare bestuur en de zorgsector. We kennen de problemen van beide kanten en spreken ook de taal van beide kanten. Wij kunnen zorgen dat zij, die elkaar nodig hebben elkaar ook ontmoeten. Daar zullen we veel meer invulling aan geven. Het is niet eenvoudig, want er is een uitgebreid bestand van zorginstellingen. Maar het is een forse uitdaging.'

De netwerken en samenwerkingsverbanden zijn uiteraard in het belang van de burger. Als mensen eerder uit een ziekenhuis worden ontslagen en naar huis gaan, dan heeft dat consequenties voor de gemeentelijke voorzieningen. Gehandicapten die thuis kunnen blijven doen mogelijk een beroep op het budget van de Wet Voorzieningen Gehandicapten. Het is van belang dat de gemeente daarmee op het terrein van de woningbouw rekening houdt. 'Als we daar aanpassend bouwen met bijvoorbeeld brede deuren, dan is een verbouwing met WVG-gelden bij een rolstoel veel minder nodig. Zo ontmoeten de beleidsterreinen elkaar. Dat betekent dat je in het kader van volksgezondheid soms op andere terreinen iets moet ondernemen. Ook dat is één van de dingen die ik me heb voorgenomen.'

Dat de GGD zich tot op heden minder op deze taken heeft geprofileerd heeft volgens Van Dijk niet direct te maken met bescheidenheid. 'Ik denk dat de productgroepen prima werken, maar zich misschien onvoldoende hebben kunnen verdiepen in de sterke kenmerken die verbonden zijn aan samenwerking, ook voor het eigen werk. Sommige productgroepen hebben zich na de fusie drie jaar geleden vooral op het eigen werk geconcentreerd. Nu is de tijd rijp om weer om ons heen te kijken en de voordelen van interne en externe samenwerking te benutten.'

Van Dijk, voorheen werkzaam als directeur van de GGD Midden Holland en de Ambulancedienst Midden Holland, vindt overigens het werken in een grote stad wel degelijk anders dan vanuit Gouda, waar dertien gemeenten in de GGD participeerden. 'Daar had ik vooral te maken met de gemeenten, terwijl ik in Den Haag te maken heb met één wethouder en al snel wordt geconfronteerd met het proces en de discussies in de raadscommissie. Dat betekent dat je sneller moet inspelen op de vragen die op het niveau van de raadsleden leven. Dat is beter voor de bin-

ding met het politieke proces, waarbij komt dat de problematiek van de volksgezondheid wel degelijk leeft bij de raadscommissieleden.'

### ***Risicogroepen voor de volksgezondheid***

Van Dijk aarzelt als het gaat om het direct benoemen van risicogroepen in Den Haag. Een probleem in Den Haag zijn de grote verschillen tussen welvarende en minder welvarende wijken. Dat maakt de stad apart. Er zijn burgers die ver weg staan van de problemen in andere wijken. 'Eén van de uitdagingen is dat je voor beide groepen iets blijft betekenen, maar zeker voor de prioriteitsgroepen. Er zijn groepen met specifieke problemen, ook ten aanzien van volksgezondheid en er zijn veel activiteiten die zich op deze groepen richten. Een voorbeeld is 'Maatschappelijk Herstel'. Ik heb het idee dat er in Den Haag goed contact is met onder andere dak- en thuislozen. Met de naam 'zorgwekkende zorgmijders' is een bepaalde groep heel goed gedefinieerd. Om verbetering te bereiken is er meer nodig dan contact. Het is een heel moeilijke groep, waar zelfs als je er veel energie en menskracht aan besteedt, het resultaat in cijfers soms niet aan de hooggespannen verwachtingen kan voldoen. Den Haag heeft besloten niemand af te schrijven en deze inspanningen zijn daarvan een logisch gevolg. Het zijn ook risicogroepen op het gebied van volksgezondheid. Als men buiten het zorgcircuit geraakt kan ziekte een grote impact hebben op zowel de individuele gezondheid als op de volksgezondheid. Het is dus van belang de groep te bereiken. Dat vraagt vertrouwen en investeren in tijd en gezondheid.'

Op de vraag of allochtonen tot de prioriteitsgroepen behoren wil Van Dijk er met klem voor waarschuwen de allochtonen als eenheidsgroep te beschouwen. Er zijn enkele algemene kenmerken, zoals cultuurverschillen en genetische eigenschappen, die misschien de vatbaarheid voor bepaalde ziekten in zich hebben. Daarnaast kennen velen de Nederlandse zorgcultuur niet of onvoldoende en behoort een groot deel van de groep tot de sociaal-economisch kwetsbaren. 'Met andere woorden, de problematiek is uitermate gecompliceerd en dat los je niet op door bijvoorbeeld alleen maar tolken in te schakelen. Het is van belang op de hoogte te zijn van wat er allemaal speelt voordat je oplossingen gaat aandragen. De groep kan niet als een geheel worden gezien en benaderd. Er zullen extra activiteiten nodig zijn, ook

qua benadering. Dat geldt overigens net zo voor achterstandsgroepen van autochtone afkomst. Er zijn inmiddels goede projecten ontwikkeld en gaande, waarbij we, evenals bij de maatschappelijke herstel-doelgroepen, niet alleen naar de output moeten kijken.”

### **Gezondheidsmonitor**

De Nota Volksgezondheid geeft het al aan: er moet zicht komen op de gezondheidstoestand van de Hagenaars. Van Dijk: ‘Dat zicht is er op dit moment onvoldoende. Niet voor niets kent de nota ruim veertig actiepunten. Het zijn goed onderbouwde activiteiten, gericht op het bevorderen en beschermen van de volksgezondheid. Om daar goed op in te spelen is een gezondheidsmonitor nodig. Er zijn fragmentarisch tal van gegevens beschikbaar, maar deze geven nog geen samenhangend beeld dat geschikt is voor beleid. Daarom worden eerst alle gegevens verzameld en vertaald tot informatie die als basis kan dienen voor beleidsvoorstellen.

In december zullen we de eerste proeve van de monitor neerleggen. Deze dient als basis voor aanpassing en uitbreiding om in de loop van het volgende jaar een volwaardige monitor te presenteren. Kortom, het gaat ons niet om wetenschappelijk onderzoek maar om een goede onderbouwing voor beleidsinitiatieven op het gebied van de volksgezondheid.’

### **Faciliteren en coördineren**

De GGD moet een belangrijke rol spelen in een aantal coördinerende functies op het gebied van de

gezondheidszorg. ‘Dat is ons vak. We beschikken over expertise en daar mag men op rekenen. We zullen met betrekking tot activiteiten steeds kijken naar relevantie voor beleid. Zo ligt de reizigersvaccinatie in het verlengde van infectieziektenbestrijding. Daarnaast vervult de GGD een belangrijke consultatiefunctie voor de behandelende sector. Wordt een huisarts geconfronteerd met een patiënt met hepatitis-B, dan kan hij of zij de GGD inschakelen voor een counselinggesprek met de patiënt om te kijken waar hij het heeft opgelopen. De huisarts kan ook bij de GGD terecht voor advies.’

Het is voor Van Dijk duidelijk dat de taken op het gebied van de volksgezondheid slechts in geringe mate hoeven worden uitgevoerd door de GGD-productgroepen. Wel is de dienst OCW en de GGD als onderdeel daarvan ervoor verantwoordelijk dat de uitvoering in de stad op kwalitatief goed niveau gebeurt. ‘De GGD is er om innovatieve activiteiten te ontwikkelen. Als die taken zijn geregeld, kan de uitvoering overgaan naar de reguliere sector. Kijk naar de eerdergenoemde bevolkingsonderzoeken baarmoederhals- en borstkanker. Sommige GGD-en hebben besloten een groot gedeelte van de uitvoering zelf te doen. Den Haag heeft er voor gekozen de onderzoeken goed te organiseren. Als het oproepsysteem bij de huisartsen werkt, dan moeten wij hen faciliteren en ons op andere zaken richten. Belangrijk blijft uiteraard het contact binnen het zorgnetwerk. Als GGD moeten we kijken naar de gezondheidswinst, naar gewonnen levensjaren, of de ziekte is teruggebracht en of dat op de juiste wijze gebeurt. Die kwaliteitsbewaking is bij uitstek een taak van de GGD.’

# Regiovisie: een nieuwe impuls voor de regionale gezondheidszorg

*H.R. Linggen*

**Van het tien jaar geleden gelanceerde Plan Simons is weinig meer over, maar het idee om tot zogeheten regiovisies te komen heeft alle politieke stormen doorstaan. Daarbij wordt de primaire verantwoordelijkheid voor de zorg in handen gelegd van drie partijen: zorgvragers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Twee jaar geleden werd de regiovisie in de wet verankerd. Den Haag heeft inmiddels gekozen voor een concrete, probleemgerichte aanpak op een aantal terreinen van zorg. Beleidsmakers staan aan het begin van een lange, misschien moeilijk begaanbare weg, die naar een tamelijk onzekere bestemming leidt. Als de 'regiovisie' niettemin zou bijdragen aan een werkelijk inzicht in de zorgvraag, zou er veel zijn gewonnen.**



‘Zoveel regio’s, zoveel visies’. Dat is kort samengevat het beeld dat oprijst na kennisneming van de eerste generatie regiovisies. Maar wat is een regiovisie eigenlijk en waar komt het begrip vandaan?

Ongeveer tien jaar geleden deed het fenomeen ‘regiovisie’ zijn intrede in de gezondheidszorg. De toenmalige staatssecretaris Simons introduceerde het concept ‘regiovisie’ in zijn nota ‘Werken aan Zorgvernieu-

wing’ (1). In deze nota werd de primaire verantwoordelijkheid voor de zorg in een bepaalde regio in handen gelegd van drie partijen, te weten zorgvragers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De overheid werd een rol op afstand toebedeeld. Om de noodzakelijke samenhang in het regionale zorgstelsel te versterken werd het instrument ‘regiovisie’ geïntroduceerd.

In een toelichting op zijn plannen stelde de staatssecretaris: ‘Ik zoek naar nieuwe aanknopingspunten voor een zinvolle bemoeienis van lokale en regionale overheden met de gezondheidszorg. Een aanpak die niet berust op tradities, maar op het nut van overheidsbemoeienis. Dan gaat het in mijn visie over klachten van burgers, de kwaliteit van voorzieningen en een stem in de regionale samenhang en samenwerking tussen de instellingen onderling’ (2). Op deze terreinen zouden de provincies en de vier grote gemeenten een regionale visie moeten ontwikkelen ofwel een regiovisie.

Hoewel het plan-Simons in de politieke ijskast verdween, bleef het concept ‘regiovisie’ onderwerp van discussie uitmaken, zowel op landelijk als op regionaal niveau. De rijksoverheid kwam met nieuwe ontwerp-wetgeving, terwijl ook de verschillende (koepel)organisaties van zorgvragers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars hun mening over het begrip ‘regiovisie’ formuleerden. Hetzelfde gold voor de provincies - verenigd in het Interprovinciaal Overleg (IPO) - en de vier grote gemeenten. Hoewel vaak uiteenlopende omschrijvingen van de regiovisie werden gehanteerd, ontstond toch geleidelijk aan een zekere mate van overeenstemming over de noodzaak van een gemeenschappelijke toekomstvisie op de regionale zorg. Een overeenstemming die vooral werd ingegeven door het besef dat bepaalde problemen in de zorg niet langs traditionele weg - en al helemaal niet door slechts één partij - kunnen worden opgelost. Als voorbeelden uit de praktijk kunnen worden genoemd: de totstandkoming van één-loket voor zorgvragers, de

*Over de auteur:*

*H.R. Linggen, senior-beleidsmedewerker, taakgroepcoördinator Zorg en Ouderen, productgroep Beleid, Subsidies en Projecten, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Den Haag.*

aanpak van de problematiek van de zogenoemde zorgwekkende zorgmijders (mensen die zorg nodig hebben, maar deze om welke reden dan ook niet krijgen) en de ontwikkeling van de functie praktijkverpleegkundige ter ondersteuning van de huisarts.

### **Landelijk kader**

Nadat de pogingen van staatssecretaris Simons om de regiovisie in de Gezondheidswet te verankeren schipbreuk hadden geleden, duurde het tot 1997 voordat de regiovisie een wettelijke basis kreeg. Een wettelijke basis die tijdelijk van aard was - de wet expireert op 31-12-2000 -, terwijl de werking bovendien beperkt bleef tot de sector verzorging en verpleging. In deze Overgangswet verzorgingshuizen werd de regiovisie als volgt gedefinieerd: 'De regiovisie is een advies aan de minister welke een visie omvat, per gebied zoals bedoeld in artikel 3, tweede lid van de Wet ziekenhuisvoorzieningen, waarin tenminste het aanbod van gezinsverzorging en kruiswerk in relatie is gebracht met het aanbod van verzorgingshuizen en verpleeghuizen' (3). De provincies en de vier grote steden kregen de taak de regiovisie in overleg met organisaties van zorgvragers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars op te stellen en deze vervolgens - na vaststelling door provinciale staten respectievelijk de gemeenteraad - als advies in te zenden aan de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). Overigens zijn aan de regiovisie geen rechtsgevolgen verbonden, met andere woorden de regiovisie bindt partijen niet in formele zin. Afspraken zijn dan ook niet rechtens afdwingbaar en wettelijke sancties ontbreken.

Tot nu toe is de wettelijke verankering van de regiovisie beperkt gebleven tot de sector verzorging en verpleging. In de recent uitgebrachte nota 'Zicht op Zorg', waarin de bewindslieden van VWS een plan van aanpak voor de modernisering van de AWBZ hebben beschreven, is evenwel een uitbreiding van de wettelijke verankering van de regiovisie voorzien tot de gehele AWBZ-sector, dus inclusief de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg (4). Het rijk bepaalt, volgens deze nota, primair de kaders van het AWBZ-beleid. Aanspraken waar verzekeren recht op hebben worden geformuleerd door de wetgever. Ook formuleert het rijk landelijke, sectorale zorgvisies, die onder andere uitwerking moeten geven aan de hoofddoelstellingen van het rijksbeleid tot modernisering van de AWBZ, namen-

lijk vermaatschappelijking van de zorg en het centraal stellen van de zorgvrager. Daarnaast bestaat de behoefte om in het AWBZ-beleid de afstemming met andere sectoren, zoals wonen, welzijn, onderwijs en arbeid, en met de cure-sector vorm te geven en daarbij ook rekening te houden met de sociale infrastructuur en het preventiebeleid. Deze behoefte onderstreept, aldus de nota, de noodzaak om op regionaal niveau - binnen de rijkskaders - vorm en inhoud te geven aan dit beleid. De regiovisie is hiervoor het instrument.

Naar de opvatting van de bewindslieden van VWS heeft de regiovisie het karakter van een richtinggevend kader dat moet passen binnen het rijksbeleid. Op regionaal niveau wordt de gewenste beleidsontwikkeling beschreven op basis van gebleken behoefte (bijvoorbeeld resultaten van de indicatiestelling), de demografische ontwikkeling en de samenhang met aanpalende terreinen.

In het Regeerakkoord van het Tweede Paarse Kabinet was reeds het beleidsvoornemen neergelegd dat de verantwoordelijkheid voor de regie bij de totstandkoming en vaststelling van de regiovisie diende te worden gelegd bij de dichtstbijzijnde bestuurslaag, te weten de provincies en de vier grote gemeenten. Met deze keuze werd ook de democratische legitimatie van de regiovisie geaccentueerd. Bij de opstelling van de regiovisie betreft de provincie respectievelijk de grote gemeente in elk geval de volgende partijen: zorgvragers, zorgaanbieders, zorgverzekeraars/AWBZ-zorgkantoor en de in de desbetreffende gezondheidsregio gelegen (samenwerkende) gemeenten. Al naar gelang de behoefte kunnen ook vertegenwoordigers uit aanpalende sectoren bij het regiovisieproces worden betrokken, bijvoorbeeld woningcorporaties.

De beleidsvoornemens uit de nota 'Zicht op Zorg' moeten hun wettelijke basis krijgen in de Wet exploitatie zorginstellingen (5). Een voorstel van wet is onlangs door het kabinet aan de landelijke adviesorganen voorgelegd. Deze wet strekt tevens tot vervanging van de Wet ziekenhuisvoorzieningen, die de planning en bouw regelt van intramurale gezondheidszorginstellingen. De regiovisie wordt in deze wet verankerd. In het voorstel van wet is er bewust van afgezien een definitie te geven van de regiovisie. Immers, 'De kracht van de regiovisie zit in de mogelijkheid de zorgverlening in de regio toegespitst op de specifieke regionale omstandigheden vorm en



inhoud te geven' (ontwerp-Memorie van toelichting). Hoewel voor de regiovisie dus geen voorgeschreven sjabloon geldt, zijn er wel belangrijke bouwstenen. Het kabinet noemt bij wijze van voorbeelden:

- een beschrijving van de aard en de omvang van de huidige en de verwachte zorgvraag;
- een beschrijving van de manier waarop daaraan kan worden tegemoet gekomen en wat dat betekent voor de organisatie van de zorgverlening;
- het inzichtelijk maken van knelpunten tussen vraag en aanbod en het formuleren van mogelijke oplossingen;
- een beschrijving van de vormen van zorg die prioriteit verdienen;
- een beschrijving van de relaties die er zijn met andere vormen van dienstverlening met een publieke taak, zoals wonen, vervoer, maaltijdverstrekking en dergelijke.

Gelet op de verdeling van bevoegdheden binnen de uitvoering van de AWBZ acht het kabinet het niet wenselijk dat de regiovisie op het niveau van zorgaanbieders rechtsgevolgen heeft voor het zorgkantoor. Hierdoor zou het evenwicht tussen partijen in de uitvoering van de AWBZ worden doorkruist. Daar komt nog bij dat de coalitiepartijen in het Regeerakkoord uitdrukkelijk hebben afgesproken dat in deze kabinetsperiode geen stelselwijziging van de ziektekostenverzekering tot stand zal worden gebracht.

Over de relatie tussen de regiovisie en het beleid dat het zorgkantoor in de gemoderniseerde AWBZ zal voeren wordt door de bewindslieden van VWS tenslotte nog opgemerkt, dat de regiovisie 'richtinggevend kader' moet zijn voor het regionale zorgbeleid: 'Het zorgkantoor wordt geacht binnen de regiovisie als richtinggevend beleidskader zijn contracteerbeleid inhoud te geven'.

### ***De Haagse situatie***

Vooruitlopend op de wettelijke verankering heeft de gemeente Den Haag, tezamen met de overige drie grote gemeenten, al enige jaren geleden het initiatief genomen om concreet met de regiovisie aan de slag te gaan en zo praktijkervaring op te doen. Op een aantal terreinen, te weten geestelijke gezondheidszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg en eerstelijnszorg, werden de meest betrokken partijen door de wethouder van volksgezondheid uitgenodigd voor overleg over de opstelling van een regiovisie.

Om te voorkomen dat het regiovisie-overleg zou ontaarden in een langdurig, bureaucratisch proces is gekozen voor een concrete, probleemgerichte aanpak. Aan de hand van een door alle partijen onderschreven beknopte knelpuntenanalyse werd besloten op de aangegeven terreinen in beginsel niet meer dan één probleem tegelijk aan te vatten en zo mogelijk van een oplossing te voorzien.

Zo werd op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg de problematiek van de zorgwekkende zorgmijders aangepakt. Als direct en concreet resultaat van dit regiovisie-overleg is een decentraal, stedelijk dekkend netwerk van signaleringsteams opgezet, waarin participeren de RIAGG, het algemeen maatschappelijk werk, de politie, de woningcorporatie en de gemeente. Deze signaleringsteams functioneren inmiddels ruim drie jaar (6).

Op het terrein van de verstandelijk gehandicaptenzorg is de ontwikkeling van het zorgadres (éénloket) ter hand genomen; met name door het uitblijven van duidelijkheid in het rijksbeleid op dit punt is realisering van het zorgadres tot nu toe niet mogelijk gebleken (7).

Het regiovisie-overleg voor de eerstelijnszorg heeft geleid tot een prioriteitsstelling in de aan te pakken knelpunten in de zorg, bijvoorbeeld het tekort aan huisartsen, gezondheidszorg en allochtonen, de ontwikkeling van de functie praktijkverpleegkundige en de beddenreductie bij de algemene ziekenhuizen en de consequenties daarvan voor trans- en extramurale zorg. Mede omdat tegelijkertijd door de Haagse ziekenhuizen en zorgverzekeraars een gezamenlijke visie op de regionale ziekenhuiszorg werd geformuleerd, is besloten beide trajecten (eerste lijn en tweede lijn), waar mogelijk, te combineren.

In 1998 is op grond van de Overgangswet verzorgingshuizen ook voor de sector verzorging en verpleging (ouderenzorg) het regiovisie-overleg van start gegaan. Een stuurgroep, waarin alle betrokken (organisaties van) zorgvragers, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheden zijn vertegenwoordigd, heeft inmiddels een regiovisiedocument overreken voor de stad Den Haag 1999 uitgebracht. Vanaf 2001 zal één en dezelfde regiovisie gaan gelden voor de gehele gezondheidsregio Den Haag.

Aansluitend op de reeds gegroeide overlegvormen in de regio hebben de provincie Zuid-Holland, de gemeente Den Haag, de zorgverzekeraars NUTS en AZIVO en het AWBZ Zorgkantoor Haaglanden begin 1999 afspraken gemaakt over de regionale stu-

ring in de zorg. Deze afspraken zijn neergelegd in een op 22 februari 1999 door partijen ondertekende overeenkomst (8). Naast de reeds genoemde partijen zullen ook organisaties van zorgaanbieders en zorgvragers toetreden tot de overeenkomst.

De overeenkomst bepaalt dat een vijftal regiovisies zal worden opgesteld, betrekking hebbend op:

- ouderen;
- geestelijke gezondheid en maatschappelijke opvang;
- gehandicapten;
- jeugd;
- somatische zorg (eerstelijnszorg en ziekenhuiszorg).

In de afzonderlijke regiovisies moeten in elk geval de volgende onderwerpen aan de orde komen: versterking van de preventie, verbetering van de toegang tot de zorg en van de overgang van de zorg naar andere sectoren zoals wonen, werken en welzijn, verbetering van de samenhang in de zorg, verschuiving van aanbodsturing naar vraagsturing, capaciteitsbepaling en regie in de aanwending van innovatie-budgetten.

De procesverantwoordelijkheid voor de regiovisies ligt bij één van de deelnemende overheden. Op grond van nadere werkafspraken is de provincie primair aanspreekbaar op de proceskant van de regiovisies gehandicapten en somatische zorg, de gemeente op de proceskant van de regiovisies ouderen en geestelijke gezondheid/maatschappelijke opvang, terwijl de regiovisie jeugd een verantwoordelijkheid is van het stadsgewest Haaglanden. In de loop van 1999 is, voor zover dat nog niet was gebeurd, met alle regiovisietrajecten een begin gemaakt.

Een cruciale bepaling in de overeenkomst is de wijze van aansturing van de verschillende regiovisies, alsmede van de wijze waarop de regiovisies inhoudelijk vorm krijgen. Een bestuurlijk kernoverleg, bestaande uit de ondertekenaars van de overeenkomst, stelt op hoofdlijnen kaders vast voor de regiovisies en bewaakt de integrale en bovensectorale aspecten. Inhoudelijk krijgt de regiovisie van onderop vorm: via een decentraal systeem van netwerken op wijk- of stadsdeelniveau waaruit signalen blijken. Voorbeelden hiervan zijn de reeds genoemde signaleringsteams voor zorgwekkende zorgmijders, de netwerken preventief jeugd beleid en de STIOM-netwerken binnen de eerstelijnszorg.

Onderzoek, waaronder monitoring, vormt in dit ver-

band een onmisbaar instrument, met behulp waarvan op systematische wijze gegevens worden verkregen die relevante informatie verschaffen over eventuele zorgbehoeften en tekorten in de zorg.

### *Slotbeschouwing*

Het behoeft geen betoog dat het instrument 'regiovisie' nog volop in ontwikkeling is. Feitelijk staan we aan het begin van een lange, misschien moeilijk begaanbare weg, die naar een tamelijk onzekere bestemming leidt.

Wat precies de betekenis van de regiovisie voor de inhoudelijke sturing in de zorg op het regionale niveau zal zijn, moet de praktijk uitwijzen. Hoe de regiovisie uiteindelijk zal worden verankerd in de wet- of regelgeving - die per definitie op de maatschappelijke ontwikkelingen achterloopt -, is van minder belang. Waar het om gaat is dat de regionale partners in de zorg - elk vanuit de eigen verantwoordelijkheid - een bijdrage leveren aan de oplossing van gesignaleerde knelpunten in de zorg. Hierbij kan de regiovisie een nuttig hulpmiddel zijn. De gemeente (respectievelijk de provincie) faciliteert dit proces en verleent - door de vaststelling van de regiovisie in openbare vergaderingen van raadscommissie en gemeenteraad - democratische legitimatie aan het proces.

Maar is de regiovisie nog meer dan een variant op het veelbesproken poldermodel? De grootste uitdaging is wellicht gelegen in de opgave om op basis van de signalen uit de verschillende decentrale netwerken, waar hulpverleners op de werkvloer in een bepaalde wijk samenwerken, werkelijk inzicht te krijgen in de zorgvraag. Als dat zou lukken, dan kan de regiovisie een belangrijke bijdrage leveren aan de vraagsturing in de zorg.

#### Literatuur:

1. Nota 'Werken aan Zorgvernieuwing'. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1990.
2. Binnenlands Bestuur d.d. 31-5-1991.
3. Overgangswet verzorgingshuizen, Staatsblad 1996, 478.
4. Nota 'Zicht op Zorg'. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 18 juni 1999.
5. Voorstel van Wet exploitatie zorginstellingen. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2 juli 1999.
6. Brits HJA. Het Haagse Signaleringsoverleg Zorgwekkende Zorgmijders. *Epidemiol Bul Grav* 1999; 34 nr. 1: 21-4.
7. Stein MF. Zorgbehoefte thuiswonende verstandelijk gehandicapten. *Epidemiol Bul Grav* 1994; 29 nr. 2: 11-7.
8. Overeenkomst Regiovisies. Provincie Zuid-Holland en gemeente Den Haag, 22-2-1999.

# Suikerziekte bij Hindostanen

## *Een interventieproject*

*Mw. G.N. Ramsaransing, Mw. S.M. Kesarlal-Sadhoeram,  
Mw. F.L. van Leeuwen en B.J.C. Middelkoop*

**Nederlanders van Hindostaanse afkomst lopen een groot risico om op latere leeftijd diabetes mellitus type 2 te krijgen. Onderzoek wees in 1995 al uit dat rond twee van de vijf Hindostanen van boven de zestig in Den Haag aan deze vorm van suikerziekte lijdt. Daarom werd in 1996 besloten tot een interventieproject, waarbij werd geprobeerd door preventie het risico te verkleinen en de zorg af te stemmen op de leef- en voedingsgewoonten van het Hindostaanse deel van de bevolking. Op 1 september van dit jaar werd het project officieel beëindigd. Er is veel werk verzet en een berg expertise opgebouwd. Een inventarisatie.**

Hagenaars van Hindostaanse afkomst kennen een verhoogd vóórkomen van diabetes: ongeveer twee van de vijf Hindostanen boven de zestig heeft diabetes mellitus type 2, zo bleek uit onderzoek in 1995. Deze zorgwekkende omstandigheid was eind 1996 aanleiding een interventieproject te starten. Doel van de interventie was bij Hindostanen het risico te verkleinen van het krijgen van deze ziekte (of complicaties hiervan) en de (diabetes)zorg af te stemmen op de leef- en voedingsgewoonten van Hindostanen in Nederland. Het Praeventiefonds en de Gemeente Den Haag financierden het project. Over de voortgang van dit project is regelmatig in dit bulletin verslag gedaan (1)(2)(3). Inmiddels is het project afgesloten. In het kort worden de belangrijkste onderdelen (nogmaals) beschreven en wordt een totaaloverzicht gegeven van de ontwikkelde materialen met de ervaringen tot nu toe. Ten slotte wordt stilgestaan bij de ontwikkelingen die implementatie van de opgedane ervaringen en kennisoverdracht verder mogelijk maken, zowel binnen als buiten Den Haag.

*Over de auteurs:*

*Mw. G.N. Ramsaransing en Mw. S.M. Kesarlal-Sadhoeram, beiden voedingskundigen en als projectmedewerkers verbonden aan het project; Mw. F.L. van Leeuwen, sociaal geneeskundige AGZ, werkzaam ten tijde van het project als stafarts bij Thuiszorg Den Haag en B.J.C. Middelkoop, arts-epidemioloog, werkzaam bij de afdeling Epidemiologie, GGD, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Den Haag.*

Het interventieproject 'Diabetes mellitus en cardiovasculair risico bij Hindostanen' was gericht op Hindostanen met en zonder diabetes. Enerzijds was de doelgroep de algemene Hindostaanse populatie en anderzijds richtte men zich tot de Hindostaanse diabetespatiënt, voor wie vooral de direct betrokken hulpverleners (diëtist, diabetes-verpleegkundige, huisarts en internist) als intermediair fungeerden. Voor beide sporen bleek het nodig nieuw voorlichtingsmateriaal te ontwikkelen, dat in het bijzonder was toegesneden op de Hindostaanse leef- en voedingsgewoonten. Daarnaast ontbrak het ook aan informatiemateriaal voor de deskundigheidsbevordering van hulpverleners zelf. Een compleet beeld van de in het kader van het project ontwikkelde materialen/programma's is weergegeven in schema 1 op de volgende pagina.

Daarin staan ook de toepassingsgebieden vermeld en de instantie waar het materiaal verkrijgbaar is (dan wel informatie kan worden ingewonnen over de educatievorm).

Voor de hulpverleners zijn (regionale) workshops georganiseerd met het doel bekendheid te geven aan de nieuwe voorlichtingsmogelijkheden. De Hindostaanse voedingsgewoonten zijn hierbij uitgebreid aan de orde gekomen. Zo zijn Hindostaanse gerechten bereid en geproefd. Ook is tijdens deze bijeenkomsten aan de hand van cases de zorgverlening aan Hindostaanse diabetespatiënten besproken.

Tijdens het project is steeds veel aandacht besteed aan de evaluatie van de kwaliteit, de waardering en de bruikbaarheid van de materialen; zowel Hindostaanse patiënten als diëtisten en diabetesverpleegkundigen zijn hierover bevraagd. Hieruit bleek dat vooral bij de diëtisten de deskundigheidsbevordering goed aansloeg. Ze ervoeren beter in staat te zijn

**Schema 1**

Het in het kader van het diabetesproject ontwikkelde materiaal met de toepassingsmogelijkheden.

Materiaal	Toepassingsmogelijkheden
<p><b>Reader <sup>1)</sup></b> ‘De sociaal-culturele achtergrond en de religie van Hindostanen in Nederland’ Gaat in op de factoren die van invloed zijn op de leef- en voedingsgewoonten van Hindostanen.</p> <p><b>Reader <sup>1)</sup></b> ‘Toelichting op de koolhydraatvariatielijst voor Surinaamse Hindostanen met diabetes mellitus’ Met informatie over specifieke voedingsproducten van Hindostanen in Nederland. Tevens worden handreikingen gedaan bij het geven van een voedingsadvies aan Hindostaanse diabetespatiënten.</p>	<p>(Bij)scholing van (toekomstige) hulpverleners die (zullen) werken met Hindostanen</p> <p>(Bij)scholing van (toekomstige) hulpverleners die (zullen) werken met Hindostanen</p>
<p><b>Audiocassette <sup>1)</sup></b> In de Surinaams-Hindostaanse taal wordt voorlichting gegeven over suikerziekte: ziektebeeld; oorzaken; behandeling; complicaties; aanbevelingen om de complicaties te voorkomen; het belang van therapietrouw en van sociale acceptatie van de richtlijnen voor patiënten met suikerziekte. De tekst wordt afgewisseld met Hindostaanse muziek die zowel jong als oud aanspreekt.</p> <p>Gesproken tekst op schrift in het Nederlands vertaald. <sup>1)</sup></p> <p><b>Brochure <sup>2)</sup></b> ‘Wat is diabetes mellitus type 2’</p> <p><b>Voedingsboekjes <sup>1)</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- voorlichting over gezonde voeding uit de Hindostaanse keuken</li> <li>- koolhydraatvariatielijst met variatiemogelijkheden in Hindostaanse gerechten en producten</li> </ul> <p><b>Fotoboek <sup>1)</sup></b> Hindostaanse voeding met stickers</p>	<p>Individuele diabetesvoorlichting aan (analfabete) Hindostanen met diabetes mellitus</p> <p>Hulpverleners</p> <p>Individuele diabetesvoorlichting aan (analfabete) Hindostanen met diabetes mellitus</p> <p>Individuele voedingsvoorlichting aan Hindostanen met diabetes mellitus</p> <p>Individuele voedingsvoorlichting aan (analfabete) Hindostanen met diabetes mellitus</p>

<p><b>Brief <sup>1)</sup></b> Met informatie over diabetes mellitus na de zwangerschap</p> <p><b>Brochure <sup>1)</sup></b> 'Verantwoord afvallen bij een Hindostaanse voedingsgewoonte'</p>	<p>Nazorg aan Hindostanen met (een geschiedenis van) zwangerschapsdiabetes</p> <p>Voedingsvoorlichting bij Hindostanen met overgewicht</p>
<p><b>Voorlichtingsprogramma <sup>3)</sup></b> 'Diabetes mellitus bij Hindostanen'</p> <p><b>Video <sup>2)</sup> / Folder <sup>3)</sup></b> 'Zorg voor jezelf' Video in de Surinaams-Hindostaanse taal met bijbehorende folder</p> <p><b>Bijscholingsprogramma <sup>3)</sup></b> 'Diabetes mellitus bij Hindostanen'</p>	<p>Groepsvoorlichting aan de Hindostaanse populatie</p> <p>Groeps- en individuele voorlichting aan Hindostanen met of zonder diabetes</p> <p>Bijscholing 'voorlichters eigen taal'</p>

Verkrijgbaar bij:

<sup>1)</sup> Thuiszorg Den Haag: Mw. M. van Hagen, tel.: 070 379 51 10

<sup>2)</sup> Novo Nordisk: tel.: 0172 44 94 94

<sup>3)</sup> GVO van de GGD Den Haag: Mw. K.I.M. Bree, tel.: 070 353 72 54

een gerichte voedingsanamnese af te nemen en konden patiënten ook meer variatiemogelijkheden bieden doordat hun productkennis was toegenomen. Bovendien hadden ze beter inzicht gekregen in de specifieke sociaal-culturele (eet)gewoonten van Hindostanen. Doordat de diabetesverpleegkundigen al veel ervaring hadden met Hindostaanse diabetespatiënten was het informatiemateriaal voor hen meer een bevestiging van datgene wat ze reeds wisten. Het werd echter wel prettig bevonden om het in een bredere context aangereikt te krijgen zodat ze beter konden inspelen op ervaren belemmeringen bij opvolging van de adviezen.

Door de Hindostaanse patiënten werden de speciaal voor hen ontwikkelde audiocassette en voedingsboekjes bijzonder gewaardeerd. De meesten konden het ook begrijpen en lezen. Uit de gesprekken bleek echter wel dat ze het niet echt intensief gebruikten; het werd meer beschouwd als een ondersteuning van de diabeteszorg die ze reeds kregen. Het extra aanbod voor beide gesprekspartners bevorderde de communicatie wel in enige mate, maar dat was volgens de zorgverleners vooral het resultaat van de verbetering van de deskundigheid van laatstgenoemden. Gezien de korte implementatieduur van de ver-

anderde werkwijze mag redelijkerwijs ook niet worden verwacht dat van de kant van de Hindostaanse patiënt de communicatie nu al geheel anders kan verlopen.

Voor de Hindostanen zonder diabetes zijn door de afdeling GVO van de GGD Den Haag gedurende de projectperiode tientallen voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd. In totaal hebben enkele honderden Hindostanen hieraan deelgenomen. Het waren vaak zestig-plussers en velen hadden zelf diabetes. De voorlichtingsbijeenkomsten zijn inmiddels onderdeel van het reguliere aanbod van de afdeling GVO. Omdat de intentie van de bijeenkomsten is de kans op het krijgen van suikerziekte te verkleinen, moet nog worden bekeken hoe de jongere generatie die (nog) geen suikerziekte heeft, kan worden bereikt.

Aan de hand van de evaluatie-uitkomsten is het voorlichtingsprogramma inmiddels op een aantal onderdelen aangepast en uitgebreid.

Regelmatige lichaamsbeweging is van groot belang voor het voorkómen van (complicaties van) suikerziekte. Verschillende initiatieven zijn hiertoe tijdens het project ondernomen, bijvoorbeeld in de vorm van

power walking en fysiofitness. Toch is dit nog te beperkt gebleven. De afdelingen Sportsupport en GVO van de gemeente Den Haag proberen in samenwerking verdere invulling te geven aan het plan 'Meer bewegen, meer ontspannen door Hindostanen'.

Via lokale Hindostaanse zenders in Den Haag, als ook in Rotterdam en Amsterdam, zijn luisteraars met regelmaat op de hoogte gebracht van het belang van goede voeding en regelmatige lichaamsbeweging ter voorkoming van (verdere) ontwikkeling van suikerziekte. Voor deze uitzendingen is de deskundigheid van diverse bij het project betrokken disciplines ingezet. Op verzoek van de Stichting Omroep Hindoe Media (OHM) is meegewerkt aan een landelijke televisie-uitzending over suikerziekte onder Hindostanen. Behalve uitleg over de ziekte en belangrijke leefregels werd daarbij ook aandacht besteed aan de reeds ontwikkelde voorlichtingsmaterialen.

Al met al is gedurende het project in ruim twee en een half jaar een hoop werk verzet. Inmiddels is veel expertise opgebouwd en in lijn hiermee veel nieuw materiaal ontwikkeld. Op 1 september jl. is het interventieproject officieel beëindigd. Eén van de doelstellingen van het project was het gedachtengoed (verder) te implementeren in Den Haag, in de andere grote steden en in Nederland. Om dit te bewerkstelligen zijn een aantal belangrijke stappen gezet en doen zich concreet de volgende mogelijkheden voor.

- In samenwerking met Novo Nordisk worden de video 'Zorg voor jezelf' en de brochure 'Wat is diabetes mellitus type 2' landelijk verspreid.
- Voor de hulpverleners van Thuiszorg Amsterdam en Rotterdam zijn studiemiddagen georganiseerd, waar de werkwijze en het ontwikkelde materiaal van het project zijn toegelicht.
- Kennisoverdracht aan diëtisten in opleiding wordt bewerkstelligd in de vorm van gastcolleges in de opleidingen Voeding en Diëtetiek in Den Haag en Nijmegen.

- Migrantenvoorlichters in Amsterdam zijn door medewerkers van het project bijgeschoold. Ook bij de implementatie is assistentie verleend waarbij het ontwikkelde voorlichtingsmateriaal beschikbaar is gesteld.
- Ter verbetering van het zorgaanbod aan diabetespatiënten voert de Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. gesprekken met NUTS-verzekeringen.
- In samenspraak met de GGD'en van de grote steden heeft de Amsterdamse ziektekostenverzekeraar ZAO het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie opdracht gegeven ook voor Marokkanen en Turken gelijksoortige materialen te ontwikkelen in de vorm van een video, audiocassette en brochures.
- Mede op basis van de ervaringen opgedaan in het diabetesproject wordt in een samenwerkingsverband tussen Thuiszorg Den Haag, Parnassia, het Bureau Public Health van de gemeente Den Haag en de GGD Den Haag het idee uitgewerkt om een kenniscentrum te ontwikkelen waar know how op het thema gezondheid en allochtonen wordt gebundeld en beschikbaar gesteld aan instellingen en hulpverleners.

#### Literatuur:

1. Middelkoop BJC. Suikerziekte bij Hindostanen: de stand van zaken. *Epidemiol Bul Grav* 1996; 31 nr. 3: 1-2.
2. Middelkoop BJC. Suikerziekte bij Hindostanen: de stand van zaken II. *Epidemiol Bul Grav* 1997; 32 nr. 1: 2-3.
3. Middelkoop BJC en Mw. F.L. van Leeuwen. Suikerziekte bij Hindostanen: de stand van zaken III. *Epidemiol Bul Grav* 1998; 33 nr. 1: 18-9.

*Het projectverslag "Diabetes mellitus en cardiovasculair risico bij Hindostanen in Den Haag" kan worden opgevraagd bij de GGD: B.J.C. Middelkoop telefoon: 070 353 71 92.*

# Suïcidaal gedrag bij allochtone meisjes en jonge vrouwen

## *De eerste stappen na een verontrustend signaal*

Mw. C. van Bommel

**Meisjes en jonge vrouwen uit allochtone groepen tonen vergeleken met hun autochtone leeftijdgenoten vaker suïcidaal gedrag, zo werd eind vorig jaar in het Epidemiologisch Bulletin beschreven. Naar aanleiding daarvan heeft wethouder Klijsma het Bureau Public Health aan het werk gezet, dat twee forumbijeenkomsten met deskundigen belegde. Inmiddels zijn drie werkgroepen aan de gang gegaan die zich bezighouden met de thema's 'signalering, preventie en begeleiding', 'leefwereld en maatschappelijke context' en 'verdieping'. Na een jaar wordt steeds duidelijker dat suïcidaliteit een zeer complex gegeven is en mogelijk samenhangt met bijvoorbeeld culturele fricties of gezinssituaties. Het ligt ethisch in elk geval zeer gevoelig. De kwestie vergt dus samenspraak en voorzichtigheid.**

In het Epidemiologisch Bulletin van december 1998 werden uitkomsten gepresenteerd uit het Haagse Suïcidaal Gedrag Register (1987-1993)(1). Hieruit bleek dat, in vergelijking tot hun autochtone leeftijdgenoten, allochtone meisjes en jonge vrouwen verontrustend vaker suïcidaal gedrag vertoonden. Inmiddels is een aantal activiteiten in gang gezet om de complexe (psycho-sociale) problematiek, die aanleiding kan zijn voor suïcidaal gedrag, beter te begrijpen en te benaderen. De eerste initiatieven in deze werden, in opdracht van de wethouder van Welzijn Volksgezondheid en Emancipatie, mevrouw J. Klijsma, vorm gegeven door het Bureau Public Health. Als eerste stap organiseerde het bureau twee forumbijeenkomsten met het doel zoveel mogelijk bestaande inzichten te verzamelen over het gevoelige en complexe onderwerp.

### **Forumbijeenkomsten**

Een grote diversiteit van deskundigen en direct betrokkenen nam aan de forumbijeenkomsten deel. Zo was het onderwijs, de hulpverlening, de politiek en de wetenschap vertegenwoordigd evenals verschillende religieuze groeperingen. Zonder uitzondering bevestigden de deelnemers de ernstige problemen onder jonge allochtonen. De bezorgdheid was nog steeds actueel en werd algemeen gedeeld. Op scholen, bijvoorbeeld, hebben vertrouwenspersonen dagelijks te maken met (allochtone) meisjes die gebukt gaan onder psycho-sociale problemen waar ze geen weg mee weten. Ook op de afdeling spoedeisende hulp van het Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde ziekenhuis, komt men met grote regelmaat in aanraking met allochtone jongeren naar aanleiding van een parasuicide.

Tijdens de eerste bijeenkomst verzorgden mevrouw drs. S. Rambhadjan en mevrouw dr. E. Arensman een inleiding. Eerstgenoemde is pedagoog en als (gezins)voogd werkzaam bij de Stichting Jeugdzorg Den Haag/Zuid-Holland Noord. Mevrouw Arensman is als onderzoeker verbonden aan de vakgroep Klinische en Gezondheidspsychologie van de Rijksuniversiteit Leiden.

De voordracht van mevrouw Rambhadjan behandelde de mate van vóórkomen van suïcidaal gedrag bij allochtone jongeren in relatie tot de mogelijke oorzaken, functies en motieven. Ze gaf aan dat zowel voor Nederlandse als allochtone meisjes depressie, zelfverwaarlozing, gebrek aan eigenwaarde en sombere toekomstverwachtingen aanwijzingen kunnen zijn voor een mogelijke suïcidepoging (2). Over de motieven en de beoogde functies van suïcidaal gedrag is weinig bekend; meestal spelen verschillende motieven een rol die bovendien strijdig kun-

*Over de auteur:*

Mw. C. van Bommel, projectmedewerker, Bureau Public Health, Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, Den Haag.

nen zijn. Bij de allochtone meisjes lijkt het erop alsof bij hen sprake is van cultuurspecifieke motieven en functies. In de lijn hiermee is de uitkomst dat vooral onder jonge allochtone vrouwen suïcidaal gedrag voorkomt.

Mevrouw Rambhadjan concludeerde dat de situatie ronduit verontrustend is en dat meer onderzoek moet worden gedaan om de motieven beter in kaart te brengen en om meer inzicht te krijgen in mogelijke achterliggende problematiek.

In de inleiding van mevrouw Arensman werd vooral aandacht besteed aan de hulpverlening en de preventie. Belangrijk bij het signaleren van mogelijk suïcidaal gedrag is het bespreekbaar maken van de gedachten erover. Het blijkt voor velen een grote opluchting hun gevoelens hierover te kunnen delen met anderen. Met name in allochtone gemeenschappen is het onderwerp vaak taboe of bestaan er ten minste sterke gevoelens van schaamte over. Belangrijk is, volgens haar, het bespreken van de mogelijke consequenties van het suïcidale gedrag zelf. Verder benadrukte ze dat er in Nederland relatief weinig aandacht is voor preventie gericht op zelfbeschadiging en suïcidaal gedrag. Wat de primaire preventie betreft zou eigenlijk voorop moeten staan dat voorkómen moet worden dat iemand suïcidale gedachten krijgt, maar dat is feitelijk een onmogelijke opgave. Het is daarentegen wel belangrijk dat op scholen aandacht wordt besteed aan het ontwikkelen van psycho-sociale vaardigheden in probleemsituaties. Gezien de hoge cijfers van suïcidaal gedrag onder jonge allochtone vrouwen moet onder hen ook meer nadruk worden gelegd op het voorkómen van suïcide en van het herhalen van parasuïcide.

In een tweede forumbijeenkomst werd door de deelnemers een aantal concrete casussen gepresenteerd en uitgediept en werden hieraan voorlopige conclusies verbonden. Met name ging men hierbij in op de mogelijke motieven van de meisjes/vrouwen, de signalen die ze daarbij afgaven en de (on)mogelijkheden om ze te begeleiden en op te vangen.

Al met al werd tijdens deze twee forumbijeenkomsten vooral de ernst en de omvang van de problematiek onderschreven, maar over de aard en de oorzaken van de ernstige psycho-sociale problematiek bestond nog weinig eenduidigheid. Hiertoe dienden aanvullende initiatieven te worden ontplooid. Inmiddels zijn daartoe verschillende werkgroepen geformeerd.

### **Werkgroepen**

De werkgroep 'signalering, preventie en begeleiding' is van start gegaan. In deze werkgroep wordt gezocht naar mogelijkheden om de signalering van psycho-sociale problematiek bij allochtone meisjes die kan leiden tot suïcidaal gedrag te verbeteren evenals de begeleiding en de doorverwijzing van de jongere naar hulpverleners.

De werkgroep 'leefwereld en maatschappelijke context' richt zich op het verkrijgen van nader inzicht in de achtergronden en de problematiek vanuit de leefwereld van allochtone meisjes en het bespreekbaar maken van de gesignaleerde knelpunten in allochtone en autochtone gemeenschappen.

In de werkgroep 'verdieping' wordt via onderzoek en casuïstiekbespreking systematisch verdere verdieping nagestreefd om de achtergronden van en de motieven tot het suïcidale gedrag beter te kunnen begrijpen.

### **Terugblikkend**

Terugkijkend op het afgelopen jaar ondervond het 'epidemiologisch' signaal waarover in het Epidemiologisch Bulletin van december 1998 werd gepubliceerd ook in de praktijk veelvuldige herkenning en bevestiging. In de gevoerde besprekingen bleek dat het suïcidale gedrag onder allochtone meisjes en jonge vrouwen een complex gegeven is dat mogelijk samenhangt met culturele fricties, gezinssituaties, positie in de Nederlandse samenleving, opvoedingspatronen en het functioneren van ons autochtone zorgsysteem. Het is daarmee een complex, maar vooral ook een in ethische zin gevoelig onderwerp. De te nemen initiatieven zullen dan ook na ampele afweging voorzichtig - in samenspraak - dienen te worden opgebouwd.

#### Literatuur:

1. Schudel WJ, Struben HWA en mw. J.M. Vroom- Jongerden. Suïcidaal gedrag en etnisch-culturele afkomst. *Epidemiol Bul Grav* 1998; 33 nr 4: 7-13.
2. Rambhadjan S. Suïcidaal gedrag bij Hindostaanse jongeren in Den Haag. Een exploratief onderzoek naar oorzaken en aandachtspunten voor preventie en voorlichting. Doctoraalscriptie pedagogiek. Rijksuniversiteit Leiden, 1995.



# Waarom hebben Hindostanen zo vaak suikerziekte?

## *Een overzicht van de literatuur*

*B.J.C. Middelkoop*

**Voormalig Surinaams huisarts Hrasing gaf in 1993 in dit tijdschrift een opmerkelijke beschouwing over de - toen nog vermoedelijk - hoge prevalentie van suikerziekte bij Surinaamse Hindostanen. Dat vermoeden werd bevestigd en er werd actie ondernomen. Vraag blijft wat de oorzaak is. Een rondgang door de literatuur geeft daar geen zonneklaar antwoord op, maar wel sterke aanwijzingen. Zo zou een 'snelle verwestering' één van de verklaringen kunnen vormen. Het lijkt er echter eerder op dat een aantal mogelijke mechanismen (zoals erfelijkheid, voeding, beweging, vitamine D-tekort) tegelijk werkzaam zijn en elkaar versterken.**

In 1993 gaf Hrasing, voormalig huisarts in Suriname, in dit bulletin een beschouwing over de mogelijke oorzaken van de (toen nog: vermoedelijk) hoge prevalentie van diabetes mellitus onder Hindostanen (1). Inmiddels is het vermoeden dat suikerziekte vaak voorkomt onder Surinaamse Hindostanen bevestigd in een Haags onderzoek (2). Daarop volgde een intensief project om de patiëntenzorg en de voorlichting over diabetes aan de Hindostaanse bevolking te verbeteren (3)(4)(5). Dit project is per 1 september 1999 afgesloten; zie ook het artikel eerder in dit nummer (6).

Gedurende dit onderzoek en deze interventie is door direct betrokkenen veel gesproken en nagedacht over de mogelijke oorzaken van de hoge prevalentie van diabetes bij Hindostanen. Ook is veel gelezen in de (internationale) literatuur over dit onderwerp. We weten nog steeds niet precies hoe de vork in de steel zit maar er blijkt een scala van hypothesen te bestaan, die elkaar overigens niet allemaal uitsluiten. Hrasing vestigde vooral de aandacht op cultu-

rele factoren. In dit artikel worden daarnaast ook biologische en omgevingsfactoren belicht, of, zoals in het Engels het onderscheid zo mooi klinkt: nature and nurture.

Dit artikel geeft een overzicht van wat nu in de literatuur bekend is. Daarbij wordt dankbaar gebruik gemaakt van een overzichtsartikel van Greenhalgh dat in januari 1997 verscheen in *Diabetic Medicine*, het blad van de British Diabetic Association. Daarin wordt een groot aantal hypothesen besproken over de mogelijke oorzaken van het hoge vóórkomen van diabetes bij Hindostanen (7).

Vervolgens zullen in dit artikel de in de literatuur genoemde hypothesen worden geconfronteerd met de bevindingen van het in Den Haag uitgevoerde onderzoek. Aan het eind van het artikel wordt één en ander kort samengevat en worden enkele praktische conclusies getrokken.

### ***Het Haagse onderzoek naar diabetes onder Hindostanen***

Allereerst enige aanvullingen op de resultaten van een onderzoek dat enkele jaren geleden in dit tijdschrift werd gepresenteerd (2). Dit onderzoek betrof een door de GGD uitgevoerde postenquête, waarbij ruim drieduizend Haagse Hindostanen ouder dan 30 jaar werden aangeschreven met de vraag of ze suikerziekte hadden. De uitkomst was dat reeds in de leeftijdsgroep van 30 tot 50 jaar een kleine 7% van de Hindostanen diabetes heeft, tussen de 50 en 60 jaar zo'n 27% en boven de 60 jaar bijna 40%.

Facultatief was in de enquête de mogelijkheid geboden om naam en adres op te geven. Maar liefst 98,5% van de respondenten had deze gegevens daadwerkelijk vermeld (totaal: 1.370 respondenten). Dit maakte het mogelijk een extra onderzoeksvraag

*Over de auteur:*

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

te beantwoorden, die luidde: wat is de samenhang tussen de sociaal-economische positie van de respondent en de kans dat hij/zij diabetes heeft. Immers, nu het adres bekend was van vrijwel iedere respondent kon aan de hand van de achterstandscore van de woonbuurt (bekend uit ander onderzoek) bij elke respondent een schatting worden gemaakt van zijn/haar sociaal-economische status.

Uit de literatuur was reeds bekend dat diabetes in het algemeen vaker voorkomt onder personen (ongeacht etnische herkomst) met een lagere sociaal-economische status. Hoe dit ligt voor de Haagse Hindostanen kon nu dus ook worden nagegaan, onderscheiden voor de verschillende leeftijdsgroepen. Het resultaat was enigszins verrassend. In de leeftijdsgroep tot 65 jaar bleek de diabetesprevalentie inderdaad sterk verhoogd voor de groep met een lage sociaal-economische status. Boven de 65 jaar deed dit beeld zich echter niet voor; de prevalentie was zelfs juist iets hoger in de groep met een hogere sociaal-economische status.

Al vanaf de leeftijd van 30 jaar zien we een buitengewoon hoge prevalentie in de buurten met de hoogste achterstandsscore, zoals de Schilderswijk en Transvaal. Op die leeftijd heeft de Hindostaanse bevolking al een diabetesprevalentie van tegen de 20%! In de welgestelde buurten daarentegen ligt de prevalentie dan op ten hoogste enkele procenten. Daar loopt de prevalentie vervolgens wel exponentieel op tot ruim boven de 40% in de leeftijdsgroep van 70 jaar en ouder. In de buurten met een grote sociaal-economische achterstand daarentegen stijgt de prevalentie slechts langzaam met de leeftijd en bereikt in de groep van 70 jaar en ouder een hoogte van bijna 40% (8). Op deze intrigerende bevinding wordt aanstonds nader ingegaan. Eerst moet het een en ander worden opgemerkt over de in de literatuur geopperde hypothesen inzake de oorzaken van de hoge prevalentie van suikerziekte onder Hindostanen.

### **Het 'centrale adipositas - insulineresistentie syndroom'**

Met centrale adipositas wordt bedoeld op overgewicht waarbij het vet vooral aanwezig is in en op de buik. Men spreekt wel van een appelvorm, als tegenhanger van de relatief gezonde peervorm. Bij de peervorm zit naar verhouding meer vet op de dijen. Er is een maat voor deze vormen: de middel/heup-omtrek-ratio, in het Engels afgekort tot WHR



(waist-to-hip ratio). Een hoge WHR duidt op een appelvorm, een lage op een peervorm.

Centrale adipositas blijkt samen te hangen met een verminderde gevoeligheid van het lichaam voor insuline (9). Dit is ook gevonden bij Hindostanen (7). Het gevolg is dat de pancreas meer insuline gaat produceren. Door de verminderde gevoeligheid van de lichaamscellen voor insuline kan dit hormoon zijn werk echter niet goed doen. Daardoor komt er onvoldoende glucose in de lichaamscellen (vandaar onder andere de vermoeidheid als verschijnsel van diabetes) en blijven de suikerspiegels in het bloed te hoog. Kortom, de insulinespiegels in het bloed zijn verhoogd, terwijl er toch suikerziekte is.

Er zijn verschillende theorieën over het waarom van deze mechanismen. De oudste is waarschijnlijk de theorie van het 'thrifty genotype' <sup>1)</sup>, oftewel het genotype dat goed overweg kan met schaarste. Volgens deze theorie zouden zich in India in de loop der eeuwen genen hebben uitgeselecteerd die de mens in staat stellen te overleven in situaties van voedselschaarste. Dit heeft echter gevolgen voor de stofwisseling. Die blijkt niet te zijn voorbereid op situaties waar juist eerder sprake is van voedsel-overvloed en ontspoorde dan. En die ontsporing uit zich in het insuline-resistentie-syndroom en een centrale stapeling van het overtollige vet.

Een tweede theorie over het ontstaan van insulineresistentie bij Hindostanen heeft haar wortels in recent onderzoek naar de samenhang tussen een laag geboortegewicht en het later optreden van hart- en vaatziekten en diabetes. Hieraan zijn verbonden de namen

van Barker en Hales die in Engeland onderzoek hiernaar hebben gedaan (10). Zowel op grond van hun epidemiologische studies als op grond van dierexperimenteel onderzoek veronderstellen zij dat een ongunstige voedingssituatie in de baarmoeder, zich onder meer uitend in een laag geboortegewicht, tot gevolg heeft dat de foetus als het ware wordt 'geprogrammeerd' op schaarste. Men duidt deze theorie aan als de theorie van het 'thrifty phenotype'<sup>1)</sup>.

Ook in Nederland wordt onderzoek gedaan om deze hypothese te toetsen. In Amsterdam onderzoekt men het 'hongerwintercohort', oftewel de mensen die vlak na de hongerwinter 1944/45 zijn geboren. Hun morbiditeit is vergeleken met die van de mensen die in de periodes ervoor en erna zijn geboren. Deze blijkt verhoogd wat betreft diabetes en hart- en vaatziekten en de aard van de morbiditeit is gerelateerd aan de fase waarin de zwangerschap zich bevond ten tijde van de voedselschaarste (11).

Hoe de 'foetale programmering op schaarste' eruit ziet en welke organen daarbij zijn betrokken is nog niet helemaal opgehelderd, maar het gevolg lijkt te zijn dat het vaatstelsel relatief slecht wordt aangelegd. Dit geldt ook voor verschillende organen, waaronder de alvleesklier. Ook wordt gedacht aan de mogelijkheid dat hierbij, in geval van een vrouwelijke foetus, de (bloedvaten van de) baarmoeder niet optimaal worden aangelegd. Dit zou kunnen betekenen dat, indien dit individu zelf volwassen is geworden en vervolgens zwanger wordt, de ongunstige situatie in de baarmoeder gedeeltelijk opnieuw optreedt, zelfs als de zwangere zelf niet (meer) in een situatie van voedselschaarste verkeert. Men spreekt wel van 'phenotypische overerving'. Bij blijvende blootstelling aan een situatie van voldoende voedsel zou volgens deze theorie het syndroom in de loop van enkele generaties moeten afnemen. Volgens de theorie van het thrifty genotype daarentegen zouden hier vele eeuwen overheen kunnen gaan, omdat de genetische samenstelling van een populatie nu eenmaal slechts langzaam verandert.

De twee theorieën hoeven elkaar overigens niet uit te sluiten; ze kunnen ook beide geldig zijn.

### ***Het obesitas-inactiviteit syndroom***

Overgewicht is een belangrijke risicofactor voor diabetes mellitus. Overgewicht wordt daarbij uitgedrukt als het gewicht in kilogrammen gedeeld door het kwadraat van de lengte in meters (de Body Mass Index, ook wel aangeduid als Quetelet Index). De

bevindingen in verschillende onderzoeken zijn niet helemaal in overeenstemming met elkaar. Volgens de ene onderzoeker is er wél vaker een te hoge Body Mass Index onder Hindostanen, volgens de andere is dat niet het geval. Ook is niet altijd duidelijk of de obesitas de risicofactor is of dat obesitas vaak gepaard gaat met een hoge WHR en dat de hoge WHR eigenlijk de relevante risicofactor is.

Over lichamelijke inactiviteit bestaat meer consensus. Dit is een risicofactor voor diabetes en hart- en vaatziekten die, ook onder artsen, nog altijd ernstig wordt onderschat. Onder Hindostanen is inactiviteit in elk geval een belangrijke risicofactor voor suikerziekte (7). In sommige onderzoeken is daarbij een dosis-respons relatie vastgesteld: hoe lager het niveau van lichaamsbeweging hoe hoger de kans op diabetes. Een aangetoonde dosis-respons relatie wordt in de epidemiologie beschouwd als een sterk argument dat de gevonden relatie causaal is. In dit geval: dat inactiviteit leidt tot diabetes.

### ***Vitamine D-deficiëntie***

In Engeland is onderzoek gedaan naar de mogelijke samenhang tussen (te) lage vitamine D-spiegels in het bloed en het hebben van diabetes bij Hindostanen. Hieraan is de naam verbonden van Boucher (12). Uit epidemiologisch onderzoek blijkt deze samenhang te bestaan, ook als er geen sprake is van manifeste vitamine D-deficiëntie in de vorm van rachitis. In Engeland woonachtige Hindostanen blijken vaak lage vitamine D-spiegels te hebben, en onder hen die een normale vitamine D-spiegel hebben, is de prevalentie van diabetes duidelijk lager.

Een ander argument voor de vitamine D-hypothese wordt ontleend aan dierexperimenteel onderzoek. Daarin is aangetoond dat een langdurige situatie van vitamine D-deficiëntie kan leiden tot een verslechterde functie van de pancreas.

### ***Psycho-sociale stress en economische deprivatie***

In diverse onderzoeken komt naar voren dat langdurige blootstelling aan stress een verhoogd risico met zich meebrengt op het krijgen van diabetes mellitus. Ook sociaal-economische achterstelling zou een risicofactor zijn voor suikerziekte. In dit tijdschrift is al eerder gemeld dat ook het doorgemaakt hebben van stressverwekkende life events een extra risico geeft op het ontwikkelen van diabetes (13).

Vanuit de preventieve en curatieve zorg bezien ligt hier wel een probleem omdat stress als zodanig vaak moeilijk valt te beïnvloeden. Zowel van de kant van patiënten als van zorgverleners wordt niettemin herhaaldelijk de aandacht gevraagd voor het feit dat stress rechtstreeks lijkt te leiden tot ontregeling van de diabetes en dat therapietrouw in stressvolle levensomstandigheden ook vaak moeilijk kan worden volgehouden.

Er zijn kortom zowel aanwijzingen voor een oorzakelijke rol voor stress in het tot ontwikkeling komen van diabetes als voor een versturende rol op de behandeling van diabetes. Gegeven de geschiedenis van een dubbele, en beslist niet altijd geheel vrijwillige migratie van de Hindostaanse bevolking (inder tijd van het Indiase subcontinent naar Suriname en meer recent van Suriname naar Nederland) is het zeker voorstelbaar dat hun leefsituatie gekenmerkt wordt door bepaalde vormen van stress. Recente publicaties over een verhoogd voorkomen van parasuicide onder Surinaamse jonge vrouwen in Den Haag geven eveneens een beeld van een groep die aan veel spanningen bloot staat (14).

### ***Andere hypothesen***

In het artikel van Greenhalgh in *Diabetic Medicine* komen nog andere theorieën aan de orde, waaronder genotmiddelengebruik en onvoldoende toegankelijk zijn van de diabeteszorg (7).

Om met de laatste te beginnen, dit probleem zou in Nederland even goed kunnen spelen als in Groot-Brittannië. Juist om deze reden is met het Haagse interventie-project getracht de zorg voor Hindostaanse diabetespatiënten te optimaliseren. Toch is deze theorie niet overtuigend als het gaat om de verklaring van de gevonden hoge prevalentie. Ongetwijfeld heeft inadequate zorg en/of inadequaat hulpzoekgedrag een nadelige invloed op het beloop van suikerziekte, maar de prevalentie zelf wordt er niet door verhoogd (mogelijk zelfs verlaagd als gevolg van een verhoogde mortaliteit).

Bij de genotmiddelentheorie wordt vooral gewezen op het roken of kauwen van tabak en het kauwen van betelnoten (ingrediënt van de populaire paan masala). Hoewel elk gebruik van tabak slecht is voor de gezondheid, zijn er in elk geval in Engeland geen aanwijzingen dat dit gebruik onder Hindostanen hoger is. Daarmee lijkt het minder waarschijnlijk dat hier de sleutel ligt voor de hoge diabetesprevalentie onder Hindostanen.

### ***Andere bevolkingsgroepen die (snel) verwesteren***

Verschillende van de gepresenteerde theorieën hebben gemeenschappelijk dat zij de hoge diabetesprevalentie beschouwen als (mede) een gevolg van de migratie naar een westers land. Dat roept de vraag op of er ook hoge prevalentiecijfers voor diabetes worden gevonden onder andere bevolkingsgroepen die (snel) verwesteren. Dat blijkt inderdaad het geval, zij het dat de cijfers minder extreem zijn dan onder Hindostanen. Het hoeft hierbij niet te gaan om bevolkingsgroepen die migreren. Het is immers ook mogelijk dat men in het eigen land, na in aanraking te zijn gekomen met de westerse cultuur, in hoog tempo de leefstijl aanpast aan de westerse.

In dit verband zijn onderzoeken te noemen onder geïsoleerde bevolkingsgroepen woonachtig op de eilanden in de Stille Zuidzee (15)(16)(17)(18)(19), Aboriginals in Australië (20), Maori in Nieuw Zeeland (21), Papoea's op Nieuw Guinea (22), inwoners van Singapore (23), zwarte inwoners, indianen, Mexicanen, Puertoricanen en andere Hispanics in de Verenigde Staten (24)(25)(26)(27), inwoners van stedelijke gebieden in Columbia (28) en Brazilië (29), en inwoners van een grote verscheidenheid aan regio's in China (30). Telkens blijkt verwestering in leefstijl samen te hangen met een hoge diabetesprevalentie. Hindostanen komen in deze onderzoeken ook regelmatig naar voren en spannen vaak de kroon. Dit betreft vooral de gemigreerde Hindostanen, die nu woonachtig zijn in Groot-Brittannië (31) of een van haar voormalige koloniën (32)(33), maar ook in de stedelijke gebieden op het Indiase subcontinent (34)(35) en inmiddels ook op het platteland (36)(37).

Sinds kort is de aandacht gevestigd op de mogelijkheid dat een verhoogde prevalentie van diabetes eveneens voorkomt bij andere bevolkingsgroepen in Nederland voor wie een snelle aanpassing aan een westers leefpatroon noodzakelijk is. Met name bij de Marokkaanse bevolking in Nederland zijn sterk verhoogde cijfers gevonden. De schattingen lopen uiteen van vier maal zo vaak als onder de autochtone bevolking (38) tot tien maal zo vaak (39).

### ***Het Haagse onderzoek naar diabetes onder Hindostanen; reprise***

In hoeverre levert het in Den Haag uitgevoerde onderzoek een bijdrage aan de discussie over de

mogelijke oorzaken van de hoge diabetesprevalentie onder Hindostanen?

Allereerst moet in dit verband worden gewezen op een onderzoek dat indertijd is uitgevoerd onder 100 vrouwen die hadden meegedaan aan de postenquête (40). Deze 100 vrouwen waren geselecteerd op basis van leeftijd (50 vrouwen jonger en 50 ouder dan 55 jaar) en het hebben van diabetes (binnen beide leeftijdsgroepen was de helft diabetespatiënt). Eén van de opvallendste bevindingen van dit onderzoek was dat de WHR significant verschilde tussen de groepen met en zonder diabetes, hetgeen goed past bij de hypothese dat de WHR een belangrijk punt is bij Hindostanen. Ter vergelijking: het overgewicht als zodanig bleek in Den Haag, gemiddeld genomen, niet te verschillen tussen beide groepen. De bevinding van een verhoogde WHR past bij de hypothese van het 'centrale adipositas - insulineresistentie syndroom'.

Op basis van de postenquête is, zoals eerder opgemerkt, ook de samenhang onderzocht tussen de sociaal-economische positie van de respondenten en de kans op suikerziekte. Op jonge leeftijd bleek de prevalentie al extreem hoog in de achterstandswijken en veel lager in de meer welgestelde wijken, terwijl onder de oudere Hindostanen dit verschil in prevalentie niet werd gevonden.

Een dergelijk patroon kan, in het algemeen gesproken, twee oorzaken hebben. Ten eerste is het, gezien de extreem hoge diabetesprevalentie, mogelijk dat in de buurten met een grote sociaal-economische achterstand reeds op betrekkelijk jonge leeftijd een aanmerkelijk aantal Hindostaanse diabetespatiënten overlijdt als gevolg van hun suikerziekte en/of de ermee gepaard gaande ziekten als hartinfarct en beroerte. Vooral mensen die reeds langdurig diabetes hebben, hebben een hogere kans om te overlijden. Weliswaar komen er dus in deze buurten met het stijgen van de leeftijd steeds nieuwe diabetespatiënten bij, maar deze toename van het percentage patiënten wordt gedeeltelijk te niet gedaan door de hoge sterfte onder de diabetespatiënten. In de meer welgestelde buurten heeft de sterfte onder de diabetespatiënten veel minder invloed omdat er veel minder mensen zijn die al jong suikerziekte krijgen.

Het gevonden prevalentiepatroon kan ook nog een andere oorzaak hebben. Het is mogelijk dat binnen de groep die nu de leeftijd heeft bereikt van 65 jaar en ouder, altijd al minder verschil is geweest tussen

de meer en minder welgestelden, in vergelijking met de jongere leeftijdsgroep. Het is, bijvoorbeeld, denkbaar dat de jongere Hindostanen die woonachtig zijn in de meer welgestelde wijken, reeds gezondere elementen uit de westerse leefstijl hebben overgenomen, zoals het (in het Nederlandse klimaat noodzakelijke) extra innemen van vitamine D, het minder vet- en calorierijk eten en het meer doen aan lichaamsbeweging. Indien de thrifty phenotype hypothese juist blijkt te zijn, is het ook denkbaar dat de verwachte 'uitdoving' van de diabetesprevalentie zich bij hen reeds heeft ingezet. Indien er inderdaad in deze richting moet worden gedacht, past het in Den Haag gevonden prevalentiepatroon overigens beter bij de hypothese van het thrifty phenotype dan bij de hypothese van de thrifty genotype. Immers, de hypothese van een genetische aanleg zou impliceren dat er vele generaties overheen gaan voor er verandering in de diabetesprevalentie meetbaar zou zijn.

### Slot

Nog steeds is niet precies bekend wat de oorzaken zijn van de verhoogde diabetesprevalentie onder Hindostanen. Het lijkt er wel sterk op dat (snelle) verwestering qua leefstijl een ongunstige invloed heeft gehad. Ook speelt de verhuizing naar het minder zonnige Nederland mogelijk een rol.

Verschillende factoren lijken in dit verhaal hun partij mee te blazen, zoals een veranderd bewegings- en voedingspatroon, te lage vitamine D-spiegels in het bloed, de sociaal-economische status en de invloed van een 'thrifty phenotype'. De diverse hypothesen sluiten elkaar niet uit. Integendeel, het is heel goed denkbaar dat verschillende mogelijke mechanismen tegelijkertijd werkzaam zijn en elkaar versterken.

Voor huisartsen is het belangrijk te weten dat er nu een goede verwijsmogelijkheid is voor Hindostaanse diabetespatiënten. De centra voor Thuiszorg hebben een aanbod dat goed is toegesneden op deze bevolkingsgroep en dat bestaat uit begeleiding en algemene diabetesvoorlichting door gespecialiseerde en voor de zorg aan Hindostaanse patiënten bijgeschoolde verpleegkundigen; alsmede voedingsadvisering door eveneens bijgeschoolde diëtisten. Ook de intramuraal werkzame zorgverleners hebben de workshops bezocht waarin hun deskundigheid op dit punt werd bevorderd (6).

Huisartsen kunnen aan deze en andere aspecten natuurlijk ook zelf aandacht besteden bij hun Hin-

dostaanse patiënten, ook als deze (nog) geen suikerziekte hebben. Gezien de in het verleden in Den Haag geconstateerde situatie van een soms matige of slechte vitamine D-status is aandacht op dit punt in ieder geval niet misplaatst (41). En wat betreft het onderwerp 'lichamelijke activiteit', het belang hiervan wordt in de gezondheidszorg waarschijnlijk nog steeds onderschat. In de literatuur komen steeds meer aanwijzingen naar voren dat een half uur matige lichamelijke inspanning per dag al een aantoonbaar gunstig effect heeft op het risico op diabetes en hart- en vaatziekten (42) (43) (44).

Het onderwerp 'Diabetes mellitus bij Hindostanen' zal de komende jaren op de agenda moeten blijven staan bij zorgverleners in de curatieve en de preventieve sector en alle mogelijke aangrijpingspunten zullen daarbij moeten worden benut.

<sup>1)</sup> *Onder genotype wordt verstaan: 'de gezamenlijke (...) erfelijke eigenschappen van een organisme'. Onder fenotype wordt verstaan; 'de vorm waarin het individu zich aan de waarneming manifesteert, als uitdrukking van de gezamenlijke (...) erfactoren' (45).*

#### Literatuur:

- Hirasing HD. Culturele factoren bij suikerziekte. Het geval van - naar het westen geëmigreerde - Hindoestanen. *Epidemiol Bul Grav* 1993; 28 nr. 2: 9-13.
- Middelkoop BJC, Ramsaransing GN, Sadhoeram SM e.a. Suikerziekte onder Hindostaanse Surinamers. Verontrustende ziekte- en sterftegegevens. *Epidemiol Bul* 1996; 31 nr. 2: 5-11
- Middelkoop BJC. Suikerziekte bij Hindostanen. De stand van zaken. *Epidemiol Bul Grav* 1996; 31 nr. 3: 1-2.
- Middelkoop BJC. Suikerziekte bij Hindostanen. De stand van zaken II. *Epidemiol Bul Grav* 1997; 32 nr. 1: 2-3.
- Middelkoop BJC, Leeuwen FL van. Suikerziekte bij Hindostanen. De stand van zaken III. *Epidemiol Bul Grav* 1998; 33 nr. 1: 18-19.
- Ramsaransing GN, Kesarlal-Sadhoeram SM, Leeuwen FL van, Middelkoop BJC. Suikerziekte bij Hindostanen. *Epidemiol Bul* 1999; 34 nr. 4: 9-12.
- Greenhalgh PM. Diabetes in British South Asians: Nature, Nurture and Culture. *Diabetic Medicine* 1997; 14: 10-8.
- Middelkoop BJC, Kesarlal-Sadhoeram SM, Ramsaransing GN, Struben HWA. Diabetes mellitus among South Asian inhabitants of The Hague: high prevalence and an age-specific socioeconomic gradient. *Int J Epidemiology* (in druk).
- Portielje JEA, Geelhoed-Duijvestijn PHLM. Hart- en vaatziekten en diabetes bij Hindostanen. Verkenning van de internationale literatuur. *Epidemiol Bul* 1996; 31 nr. 2: 21-4.
- Barker DJ, Hales CN, Fall CH e.a. Type 2 (non- insulin-dependent) diabetes mellitus, hypertension and hyperlipidaemia (syndrome X): relation to reduced fetal growth. *Diabetologia* 1993; 36: 62-7.
- Ravelli ACJ. Prenatal exposure to the Dutch famine and glucose tolerance and obesity at age 50. Proefschrift. Universiteit van Amsterdam, 1999.
- Boucher BJ. Inadequate vitamin D status: does it contribute to the disorders comprising syndrome 'X'? *British Journal of Nutrition* 1998; 79: 315-27.
- Middelkoop BJC. Psychosociale factoren in het ontstaan van suikerziekte. *Epidemiol Bul* 1996; 31 nr. 2: 25-7.
- Schudel WJ, Struben HWA, Vroom-Jongerden JM. Suïcidaal gedrag en etnisch-culturele afkomst Den Haag 1987-1993. *Epidemiol Bul* 1998; 33 nr. 4: 7-13.
- Zimmet P. Epidemiology of diabetes and its macrovascular manifestations in Pacific populations: the medical effects of social progress. *Diabetes Care* 1979; 2: 144-53.
- Taylor RJ, Bennett PH, LeGonidec G, Lacoste J, Combe D, Joffres M, Uili R, Charpin M, Zimmet PZ. The prevalence of diabetes mellitus in a traditional-living Polynesian population: the Wallis Island survey. *Diabetes Care* 1983; 6: 334-40.
- Zimmet P, Seluka A, Collins J e.a. Diabetes mellitus in an urbanized, isolated Polynesian population. The Funafuti survey. *Diabetes* 1977; 26: 1101-8.
- Weinstein S, Sedlak-Weinstein E, Taylor R e.a. The high prevalence of impaired glucose tolerance and diabetes mellitus in an isolated Polynesian population, Manihiki, Cook Islands. *N Z Med J* 1981; 94: 411-3.
- Zimmet P, Arblaster M, Thoma K. The effect of westernization on native populations. Studies on a Micronesian community with a high diabetes prevalence. *Aust N Z J Med* 1978; 8: 141-6.
- Gault A, O'Dea K, Rowley KG, McLeay T, Traianedes K. Abnormal glucose tolerance and other coronary heart disease risk factors in an isolated aboriginal community in central Australia. *Diabetes Care* 1996; 19: 1269-73.
- Scragg R, Baker J, Metcalf P e.a. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in a New Zealand multi-racial workforce. *N Z Med J* 1991; 104: 395-7.
- Dowse GK, Spark RA, Mavo B e.a. Extraordinary prevalence of non-insulin-dependent diabetes mellitus and bimodal plasma glucose distribution in the Wanigela people of Papua New Guinea. *Med J Aust* 1994; 160: 767-74.
- Thai AC, Yeo PP, Lun KC e.a. Diabetes and its chronic complications in Singapore: an increasing healthcare problem. *Ann Acad Med Singapore* 1990; 19: 517-23.
- Harris MI. Diabetes in America: epidemiology and scope of the problem. *Diabetes Care* 1998; 21 Suppl 3: C11-4.
- Harris MI, Flegal KM, Cowie CC e.a. Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance in U.S. adults. The Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Diabetes Care* 1998; 21: 518-24.
- Dabelea D, Hanson RL, Bennett PH e.a. Increasing prevalence of Type II diabetes in American Indian children. *Diabetologia* 1998; 41: 904-10.
- Self-reported prevalence of diabetes among Hispanics — United States, 1994-1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1999; 48: 8-12.
- Aschner P, King H, Triana de Torrado M, Rodriguez BM. Glucose tolerance in Colombia. A population-based survey in an urban community. *Diabetes Care* 1993; 16: 90-3.
- Oliveira JE, Milech A, Franco LJ. The prevalence of diabetes in Rio de Janeiro, Brazil. *Diabetes Care* 1996; 19: 663-6.
- Pan XR, Yang WY, Li GW e.a. Prevalence of diabetes and its risk factors in China, 1994. *Diabetes Care* 1997; 20: 1664-9.

31. McKeigue PM, Miller GJ, Marmot MG. Coronary heart disease in South Asians overseas: a Review. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 597-609.
32. Swai AB, McLarty DG, Sherrif F e.a. Diabetes and impaired glucose tolerance in an Asian community in Tanzania. *Diabetes Research and Clinical Practice* 1990; 8: 227-34.
33. Zimmet P, Taylor R, Ram P e.a. Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in the biracial (Melanesian and Indian) population of Fiji: a rural-urban comparison. *Am J Epidemiol* 1983; 118: 673-88.
34. Ramachandran A, Jali MV, Mohan V e.a. High prevalence of diabetes in an urban population in South India. *British Medical Journal* 1998; 297: 587-90.
35. Ramachandran A. Genetic epidemiology of NIDDM among Asian Indians [Review]. *Annals of Medicine* 1992; 24: 499-503.
36. Rao PV, Ushabala P, Seshia V e.a. The Eluru survey: prevalence of known diabetes in a rural Indian population. *Diabetes Research and Clinical Practice* 1989; 7: 29-31.
37. Patandin S, Bots ML, Abel R e.a. Impaired glucose tolerance and diabetes mellitus in a rural populaion in South India. *Diabetes Research and Clinical Practice* 1994; 24: 47-53.
38. Weide MG, Foets M. Migranten in de huisartspraktijk: andere klachten en diagnoses dan Nederlanders. *Ned Tijds Geneesk* 1998; 142: 2105-9.
39. Bleeker JK, Reelick NF. De gezondheid van Marokkanen in de randstad. GGD Rotterdam e.o., 1998.
40. Sadhoeram SM, Ramsaransing GN, Staveren WA e.a. De voeding van Surinaams-Hindostaanse vrouwen met diabetes in Den Haag. *Epidemiol Bul Grav* 1997; 32 nr. 1: 21-5.
41. Nijhuis HGJ, Zoethout HE, De Jong GM. De terugkeer van een volksziekte: rachitis. *Epidemiol Bul Grav* 1982; 17 nr. 3: 7-15.
42. Helmrich SP, Ragland DR, Leung RW e.a. Physical activity and reduced occurrence of non-insulin-dependent diabetes mellitus. *The New England Journal of Medicine* 1999; 325: 147-52.
43. Manson JE, Rimm EB, Stmpfer MJ e.a. Physical activity and incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in women. *The Lancet* 1991; 338: 774-8.
44. Mayer-Davis EJ, D'Agostino Jr R, Karter AJ e.a. Intensity and amount of physical activity in relation to insulin sensitivity. *Journal of the American Medical Association* 1998; 279: 669-74.
45. Coêlho MB, Kloosterhuis G. Zakwoordenboek der geneeskunde. Amsterdam 1983.

# 'Afkicken onder narcose' in Parnassia

## *Een studie naar de effectiviteit van twee snelle detoxificatiemethoden voor heroïneverslaafden*

*V.M. Hendriks*

**Heroïneverslaafden die uitsluitend een 'afkickprogramma' ondergaan blijken snel weer terug te vallen in hun verslaving, als ze die behandeling al afmaken. Geleidelijke afbouw met methadon blijkt redelijk effectief, maar duurt lang. Een middel dat succesvoller lijkt is Naltrexon. Het is een opiaatantagonist, die een sterkere affiniteit met de betrokken receptoren op de hersencellen heeft en daardoor opiumachtige stoffen 'verdringt'. Gedegen klinisch onderzoek is echter nooit gedaan. Daarom begint nu in vier Nederlandse centra - waaronder Parnassia in Den Haag - een studie naar de effectiviteit van behandeling met Naltrexon, dat al dan niet onder algehele anesthesie wordt toegediend. Van dit zogeheten EDOCRA<sup>b)</sup>-onderzoek moeten over vier jaar de resultaten bekend zijn.**

Dit najaar gaat in het Circuit Verslavingszorg van Parnassia, psycho-medisch centrum, het onderzoek naar de effectiviteit van 'afkicken onder narcose' van start. Het betreft een landelijk onderzoek <sup>c)</sup>, waaraan naast Parnassia de verslavingszorginstellingen

Jellinek in Amsterdam, Novadic in Sint Oedenrode en Kentron in Breda meedoen. De officiële titel van het onderzoek luidt afgekort EDOCRA <sup>b)</sup>. In dit artikel wordt ingegaan op de achtergrond, het doel, de doelgroep en de procedures van het onderzoek.

### *Achtergrond en doel*

In Nederland bestaat een breed stelsel van zorgvoorzieningen voor drugsverslaafden, variërend van laagdrempelige ambulante zorg (bijvoorbeeld methadon-onderhoudsprogramma's en spuitomruilprogramma's) tot intensieve en langdurige klinische behandeling. De laagdrempelige zorg is er vooral op gericht zoveel mogelijk in contact te komen en te blijven met verslaafden die hun druggebruik niet kunnen of willen staken. Door middel van dit contact blijft deze groep verslaafden immers bereikbaar voor medische verzorging, sociale ondersteuning en eventueel doorverwijzing naar intensievere zorgvoorzieningen. De intensievere verslavingszorgprogramma's zijn er op gericht een passende behandeling te kunnen aanbieden aan die verslaafden die hun druggebruik tijdelijk of definitief willen staken.

#### *Over de auteur:*

*dr. V.M. Hendriks, psycholoog, hoofd van de afdeling Verslavingsonderzoek van Parnassia, psycho-medisch centrum tevens lid van de landelijke Stuurgroep <sup>a)</sup> die het EDOCRA-onderzoek heeft ontwikkeld en de komende jaren begeleidt.*

#### a) Deelnemers/instanties in de Stuurgroep:

W. van den Brink (Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam); R.M.V. van Cauter (St. Joseph Ziekenhuis, Veghel); P.J. Geerlings (Jellinek, Amsterdam); C.A.J. de Jong (Novadic, Sint Oedenrode); V.M. Hendriks (Parnassia, psycho-medisch centrum, Den Haag); A.J.F.M. Kerkhof (Vrije Universiteit Amsterdam); P.F.M. Krabbe (Universiteit van Nijmegen); R.J.F. Laheij (Universiteit van Nijmegen); J.P. Vorsteveld (Kentron, Breda).

#### b) Een gerandomiseerde, multicenter studie naar de Effectiviteit van twee vormen van Detoxificatie, gevolgd door continue toediening van een Opiaatantagonist, in combinatie met een biopsychosociale behandelingsmethode gebaseerd op de Community Reinforcement Approach.

#### c) Opmachtgever/financier: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Zorg Onderzoek Nederland



Uit veel onderzoek komt naar voren dat heroïneverslaafden die alleen een detoxificatie programma ('afkickprogramma'), dus zonder vervolgbehandeling, hebben gevolgd, veelal snel terugvallen in hun oude verslavingsgedrag (1)(2). Ook blijkt een groot deel van deze verslaafden die aan een detoxificatieprogramma beginnen, de behandeling voortijdig te staken (3)(4). De gebruikelijke detoxmethode door middel van geleidelijke afbouw met behulp van methadon is weliswaar redelijk effectief in het bestrijden van de onthoudingsverschijnselen, maar heeft als nadeel dat het afbouwen relatief veel tijd in beslag neemt. Juist in deze afbouwperiode blijken veel cliënten af te haken, waarna er een groot risico bestaat op terugval in het drugsgebruik.

### *Naltrexon*

Tegen deze achtergrond is gezocht naar snellere detoxificatiemethoden die effectiever zijn dan de gebruikelijke methadon-afbouw. Hierbij is vooral gekeken naar de mogelijkheid om Naltrexon toe te passen in het detoxificatieproces. Naltrexon is een zogenaamde opiaatantagonist, die er voor zorgt dat opiaten die zich aan de receptoren in de hersenen hebben gehecht, worden verdreven.

Al sinds de jaren zeventig is - vooral in de Verenigde Staten - onderzoek verricht naar de effectiviteit van Naltrexon in de behandeling van opiaatverslaafden (5)(6)(7). Omdat dit uitsluitend niet-gecontroleerd onderzoek betrof, waren de resultaten veelal inconsistent. In de beginjaren negentig werden de eerste placebo-gecontroleerde studies met Naltrexon uitgevoerd (8)(9). In deze studies stak Naltrexon gunstig af tegenover placebo, in termen van het percentage drugsvrije patiënten na behandeling. Wel bleek de therapietrouw met betrekking tot de inname van Naltrexon problematisch (9).

De toepassing van Naltrexon in het kader van een snelle of ultrasnelle detoxificatieprocedure bij opiaatverslaafden is in verschillende studies onderwerp van onderzoek geweest. Ook hierbij was veelal sprake van ongecontroleerd onderzoek (10) met een beperkt aantal patiënten(11), waardoor de gerapporteerde (gunstige) resultaten wat betreft de effectiviteit van Naltrexon moeilijk kunnen worden geïnterpreteerd. In een overzichtsartikel over het verrichte onderzoek naar snelle en ultrasnelle detoxificatiemethoden concluderen O'Connor et al. (12) dat onderzoek tot op heden wordt geplaagd door het geringe aantal onderzochte patiënten, de

verschillen in de toegepaste behandelprotocollen, het ontbreken van gerandomiseerde en gecontroleerde designs en de korte termijn van de follow-up periode (12).

In het EDOCRA-onderzoek kunnen de deelnemende heroïneverslaafden op twee verschillende manieren worden afgebouwd van heroïne. In beide gevallen gaat het om snelle ontgiftiging met behulp van Naltrexon.

Eén van de in het onderzoek toegepaste methoden bestaat uit toediening van Naltrexon in combinatie met medicijnen die de onthoudingsverschijnselen helpen verminderen (onder andere clonidine). De deelnemer wordt bij deze methode niet onder anesthesie gebracht. De andere methode bestaat eveneens uit toediening van Naltrexon (door middel van een infuus), in dit geval echter onder algehele anesthesie.

In beide gevallen worden de *Haagse* deelnemers gedurende zeven dagen in het Circuit Verslavingszorg Parnassia opgenomen. Voor de detoxificatie onder anesthesie worden de deelnemers gedurende de eerste dag overgebracht naar het algemene ziekenhuis Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde.

### *Vervolgbehandeling*

Omdat alleen detoxificatie met Naltrexon veelal onvoldoende is voor langdurige - en bij voorkeur blijvende - abstinentie, is het uitdrukkelijk de bedoeling dat de deelnemers na de detoxificatie gaan deelnemen aan een vervolgbehandeling. Deze bestaat in het EDOCRA-onderzoek uit voortgezette behandeling met Naltrexon gedurende negen maanden, ingebed in een ambulante behandelingsprogramma gebaseerd op de Community Reinforcement Approach (CRA).

CRA is een gestructureerde, cognitief-gedragtherapeutische behandeling, die in het onderzoek bestaat uit elf gespreksessies van een uur. De gesprekken zijn enerzijds sterk gericht op de therapietrouw met betrekking tot de inname van Naltrexon, anderzijds op de positieve invloed die niet-verslaafde personen in de directe omgeving van de cliënt kunnen uitoefenen op het herstelproces. Zo krijgen deze 'belangrijke anderen' (familie, partner) in het CRA-traject een grote rol toebedeeld bij de inname van Naltrexon door de cliënt. Ook wordt het sociale netwerk intensief betrokken bij het bespreken van moeilijkheden die de cliënt gedurende de behande-

ling ervaart (bijvoorbeeld het bieden van weerstand tegen drugsgebruik) en het versterken of hernieuwen van de motivatie van de cliënt.

In het EDOCRA-onderzoek wordt in de eerste plaats onderzocht welke van de twee toegepaste snelle detoxmethodes het meest effectief is <sup>1)</sup>. Daarbij wordt vooral gekeken naar het percentage deelnemers dat een maand (rustperiode) na detoxificatie nog abtinent is en gaat deelnemen aan de ambulante vervolgbehandeling. Ook wordt specifiek gekeken naar eventuele verschillen tussen de twee methoden wat betreft craving naar heroïne en het optreden van slaapstoornissen gedurende de eerste maand.

In de tweede plaats worden in het onderzoek de effecten op langere termijn betrokken van de twee detoxmethoden in samenhang met het CRA-natraject dat de deelnemers volgen. De belangrijkste vragen in dit deel van het onderzoek betreffen het percentage deelnemers dat tien maanden na detoxificatie - tegen het einde van de CRA-behandeling - nog abtinent is evenals het percentage abtinentie deelnemers zes maanden na beëindiging van de CRA-behandeling.

Tenslotte wordt de kosten-effectiviteit van de twee behandeltrajecten (snelle detox + CRA versus ultrasnelle detox + CRA) vergeleken.

### ***Doelgroep en procedures***

Voor het onderzoek komen heroïneverslaafden in aanmerking, die ten minste achttien jaar oud zijn, gemotiveerd zijn om af te kicken en blijvend abtinent te worden en bij wie sprake is van ten minste één niet-verslaafd persoon in het sociale netwerk. Uitgesloten worden personen met een ernstige lichamelijke of psychische stoornis, personen voor wie anesthesie gecontraïndiceerd is en zwangere vrouwen.

Personen die zich aanmelden voor behandeling in het Circuit Verslavingszorg Parnassia en in principe bereid zijn aan het onderzoek mee te werken, worden kort na de aanmelding door de betrokken arts en onderzoeker(s) onderzocht om te bepalen of men aan alle voorwaarden voldoet. Als dit het geval is, wordt de cliënt gevraagd zich schriftelijk bereid te verklaren tot deelname aan het onderzoek ('informed consent'). Vervolgens vindt een uitgebreid onderzoek plaats, waarbij onder andere de Addiction Severity Index, een vragenlijst over onthoudingsver-

schijnselen en een craving-vragenlijst worden afgenomen. Na deze 'nulmeting' worden de deelnemers op basis van randomisatie verdeeld over twee groepen: snelle detox zonder anesthesie of ultrasnelle detox onder narcose. Personen in de snelle detoxconditie worden gedurende dag twee tot en met dag vier klinisch ontgiftigd binnen Parnassia. Deelnemers die toegewezen zijn aan de ultrasnelle detoxconditie gaan voor de ontgiftiging onder anesthesie, die vier uur in beslag neemt, op dag twee naar een algemeen ziekenhuis. Na de feitelijke ontgiftiging verblijven de deelnemers aan beide condities tot dag zeven in Parnassia. Op elke dag van deze week worden de deelnemers behandeld met Naltrexon en andere medicijnen. Na een overgangperiode van een maand begint het ambulante CRA-natraject, dat negen maanden in beslag neemt; na verloop van tijd vinden de gespreksessies met een steeds minder hoge frequentie plaats. Tijdens deze gehele periode is het de bedoeling dat de deelnemers dagelijks hun Naltrexon innemen. Zes maanden na afloop van de CRA-behandeling worden de deelnemers aan het onderzoek benaderd voor een follow-up interview om te bepalen of de persoon nog steeds abtinent is.

Aan het EDOCRA-onderzoek gaan in de vier deelnemende instelling in totaal 320 heroïneverslaafden meedoen volgens dezelfde onderzoeksopzet en dezelfde behandelingsmethode. In het Circuit Verslavingszorg Parnassia betreft het tachtig heroïneverslaafden, waarvan de helft in de snelle detoxconditie en de andere helft in de ultrasnelle detoxconditie. De looptijd van het onderzoek is vier jaar. In de loop van het jaar 2003 worden de eerste resultaten verwacht.

<sup>1)</sup> In elke therapie lijkt het 'geloven' in een gunstige uitkomst een belangrijke rol in het herstelproces van een patiënt te spelen. In onderzoek kan deze factor onder controle worden gebracht door de experimentele therapie en de controlebehandeling dubbelblind en gerandomiseerd uit te voeren. In dit geval is noch de patiënt, noch de behandelaar op de hoogte van de conditie waaraan de patiënt is toegewezen.

In het onderhavige onderzoek is het onmogelijk het (dubbel-)blinde design toe te passen. Het is immers niet mogelijk de behandeling (het al dan niet toepassen van anesthesie) uit te voeren zonder dat de patiënt en/of de behandelaar op de hoogte zijn van de ondergane behandeling. Een bepaalde mate van invloed van de factor 'geloven' op een eventueel verschil in effectiviteit tussen beide behandelcondities kan daarom niet worden uitgesloten.

## Literatuur:

1. Bradley BP, Phillips G e.a. Circumstances surrounding the initial lapse to opiate use following detoxification. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 354-9.
  2. Islam R. Relapse following withdrawal of drug addiction. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 699.
  3. Gossop M, Green L, Phillips G e.a. Lapse, relapse and survival among opiate addicts after treatment: a prospective follow-up study. *Br J Psychiatry* 1989; 348-53.
  4. Dawe S, Griffiths P, Gossop M e.a. Should opiate addicts be involved in controlling their own detoxification? A comparison of fixed versus negotiable schedules. *Br J Addiction* 1991; 86: 977-82.
  5. O'Brien CP, Greenstein RA, Mintz A e.a. Clinical experience with Naltrexone. *Am J Alcohol Abuse* 1975; 2: 365-77.
  6. Sideroff SI, Charuvastra VC, Jarvik ME. Craving in heroin addicts maintained on the opiate antagonist Naltrexone. *Am J Alcohol Abuse* 1978; 5: 415-23.
  7. Greenstein RA, Arndt IC, McLellan AT e.a. Naltrexone: A clinical perspective. *J Clinical Psychiatry* 1984; 45: 25-8.
  8. San L, Pomarol G, Peri SM e.a. Follow-up after six months maintenance period on Naltrexone versus placebo in heroin addicts. *Br J Addiction* 1991; 86: 983-90.
  9. Shufman EN, Porat S, Witztum E e.a. The efficacy of Naltrexone in preventing reabuse of heroin after detoxification. *Biol Psychiatry* 1994; 35: 935-45.
  10. Sharney DS, Heninger GR, Kleber HD. The combined use of Clonidine and Naltrexone as a rapid, safe, and effective treatment of abrupt withdrawal from methadone. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 831-7.
  11. Legarda JJ, Gossop M. A 24-h inpatient detoxification treatment for heroin addicts: A preliminary investigation. *Drug and Alcohol Dependence* 1994; 35: 91-3.
  12. O'Connor PG, Kosten TR. Rapid and ultrarapid opioid detoxification techniques. *JAMA* 1998; 279: 229-34.
-

# Sterfte bij 65-plussers

## *Samenhang met sociaal-economische status?*

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

**Dat er een relatie bestaat tussen (lage) sociaal-economische status en (on)gezondheid is genoegzaam bekend. Ook Haags onderzoek heeft dat herhaaldelijk bevestigd. Maar de uitkomsten onder ouderen leverden een paradoxaal beeld, doordat het verzorgings- of verpleeghuis vaak in een andere wijk staat dan waar de overledene zijn of haar leven heeft doorgebracht. Een validatie van de onderzoeksresultaten was geboden. Hoewel er een aantal methodologische vraagstukken blijft, lijkt bij nadere analyse ook bij 65-plussers een verband te bestaan tussen vroege(re) sterfte en lage(re) sociaal-economische status.**

Uit nationaal en internationaal onderzoek komt met grote regelmaat naar voren, dat er een relatie bestaat tussen sociaal-economische status (SES) en gezondheid. Mensen met een lage SES zijn gemiddeld genomen ongezonder dan mensen met een hoge SES. Ook in sterftcijfers komt dit gezondheidsverschil tot uiting. Struben constateerde bij Hagenaars tot zeventig jaar een consistente oversterfte van 40% voor SES-laag ten opzichte van SES-hoog (1977-1987) (1). Over een recentere periode (1982-1991) werd voor de 0-65-jarigen eveneens een relatie gevonden tussen de sterfte en de mate van sociale achterstand (regressiecoëfficiënt <sup>a)</sup> 0,18; zowel bij de mannen als bij de vrouwen) (2).

Op hoge leeftijd werd echter geen (consistente) oversterfte voor SES-laag gevonden. In de studie van Struben nam de oversterfte vanaf zeventig jaar in de wijken met een lage SES langzaam af; vanaf tachtig jaar werd zelfs een oversterfte geconstateerd voor de wijken met een hoge SES (1). In de tweede

studie werd overeenkomstig dit beeld bij de 65-plussers geen samenhang gevonden tussen sterfte en SES (2).

Maar geven deze uitkomsten bij de ouderen wel een zuiver beeld? Voor beide studies is het kenmerk van de SES geoperationaliseerd op het niveau van het woongebied waar betrokkene bij overlijden stond ingeschreven. Nu sterft een flink aantal bejaarden in een verzorgings- of verpleeghuis. Overlijdt een oudere daar na een verblijf van een jaar dan 'krijgt' deze het SES-niveau dat behoort tot het gebied waar de instelling staat. Verzorgings- en verpleeghuizen hebben een stedelijke functie en zijn veelal niet gelegen in de woongebieden van hun 'klanten'. Belangrijk in dit verband is, dat de verzorgings- en verpleeghuizen in Den Haag vaker in de betere wijken zijn gesitueerd (3)(4). Dit kan de samenhang tussen sterfte en SES, juist bij ouderen, dus hebben vertekend.

Daarom is over de jaren 1982-1991 de berekening van de samenhang van de sterfte bij 65-plussers en SES herhaald maar nu zonder de sterfte in verzorgings- en verpleeghuizen (in een enkel geval zonder de sterfte in de psychiatrische ziekenhuizen). De uitkomst van deze analyse is onderwerp van dit artikel. Eerst wordt, om inzicht te geven in de doodsoorzaken die zich op deze hoge leeftijd voordoen, per vijfjaars-klasse voor alle overleden Haagse 65-plussers in de periode 1982-1991 een overzicht gegeven van het aandeel van de diverse doodsoorzaken in de totale sterfte.

### ***Verdeling van de doodsoorzaken***

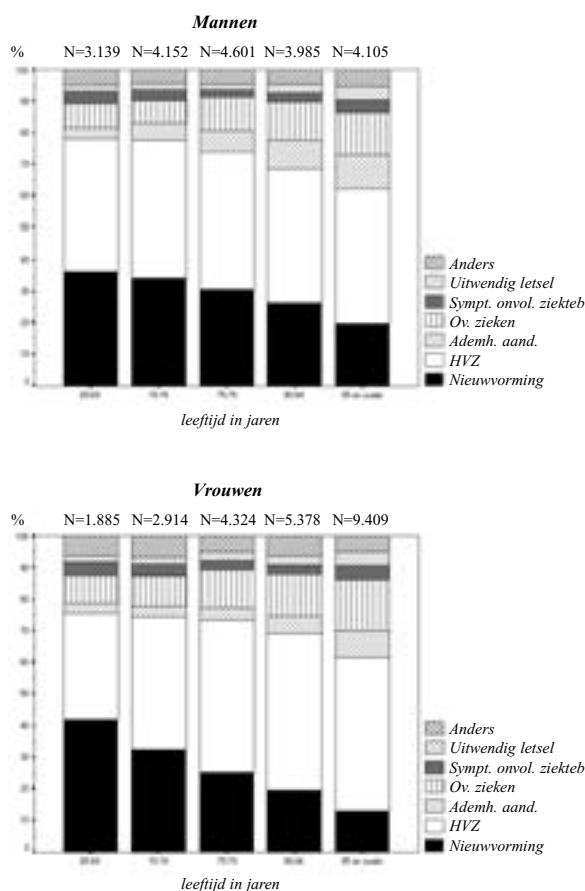
De voornaamste doodsoorzaak, zowel bij de mannen als bij de vrouwen, vormen in bijna al deze vijfjaarsleeftijdsklassen hart- en vaatziekten (figuur 1a en

*Over de auteurs:*

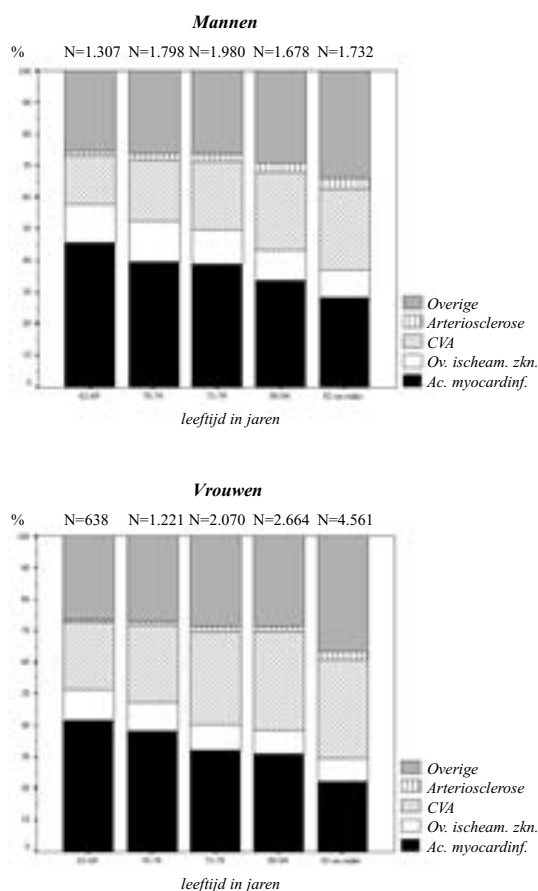
Mw. I. Burger, onderzoeker, Mw. J.M. Vroom-Jongerden, onderzoekmedewerker, B.J.C. Middelkoop, arts-epidemioloog en H.W.A. Struben, epidemioloog en hoofd afdeling, allen werkzaam bij de afdeling Epidemiologie van de GGD, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Den Haag.

**Figuren 1a en 1b**

Procentuele verdeling van de doodsoorzaken van de totale sterfte bij 65-plussers per vijfjaars-leeftijdsklasse naar geslacht. Den Haag 1982-1991.

**Figuren 2a en 2b**

Procentuele verdeling van de doodsoorzaken van de hart- en vaatziekten bij 65-plussers per vijfjaars-leeftijdsklasse naar geslacht. Den Haag 1982-1991.



1b). De categorie kankers is, met uitzondering van vrouwen die na het 85ste levensjaar overlijden, de één na belangrijkste doodsoorzaak.

Bij beide geslachten zien we bij het ouder worden verhoudingsgewijs minder nieuwvormingen als doodsoorzaak. Bij de mannen wordt dit gecompenseerd door een hoger aandeel sterfte vanwege ademhalingsaandoeningen en de groep overige ziekten. En bij de vrouwen neemt daarnaast het aandeel sterfte aan hart- en vaatziekten toe.

De meeste (gespecificeerde) sterfgevallen in de groep hart- en vaatziekten worden veroorzaakt door een acuut myocardiinfarct of een cerebrovasculair accident (cva); dit is zowel bij de mannen als bij de vrouwen het geval (figuur 2a en 2b). Met het ouder worden overlijden minder mensen aan een fataal myocardi infarct en meer mensen aan cva; ook dit geldt voor beide geslachten.

Bij de mannen is kanker aan de luchtwegen de belangrijkste (gespecificeerde) doodsoorzaak onder de kankers (twee van de vijf gevallen van kanker in de jongste leeftijdscategorie en één van de vijf in de oudste).

Ongeacht de leeftijdsgroep is borstkanker bij de vrouwen nummer één in de groep kankers met fatale afloop (circa één op de vijf kankers). Longkanker is bij de vrouwen een minder belangrijke doodsoorzaak: 5-13%. Ook neemt bij hen, anders dan bij mannen, dikke- darmkanker met het stijgen van de leeftijd een steeds belangrijker plaats in bij de groep kankers (van 10% in de jongste leeftijdscategorie tot 15% in de oudste).

Met het ouder worden na de pensioengerechtigde leeftijd overlijden mannen en vrouwen dus veelvuldig aan hart- en vaatziekten en daarbinnen neemt de kans op een cva als doodsoorzaak toe.

### De sterfte na uitsluiting van de instellingen

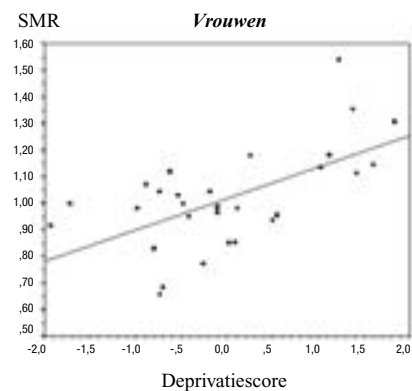
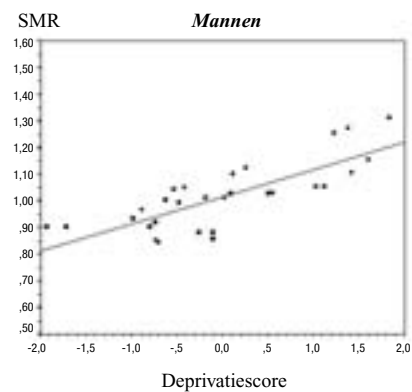
Wanneer de 'instellings'-sterfte niet wordt meegenomen blijkt dat ruim achtduizend sterfgevallen worden uitgesloten (bijna een vijfde van het aantal sterfgevallen bij 65-plussers dat zich voordeed in de periode 1982-1991). Verhoudingsgewijs zijn het twee keer zoveel vrouwen (24% van de vrouwen) als mannen (12% van de mannen).

Doordat de 'instellings'-adressen zich vooral bevonden in de meer welgestelde woongebieden zijn met name in die gebieden veel sterfgevallen afgevallen. In alle leeftijdsgroepen was dit het geval. Dit was anders in de minder welgestelde wijken waar alleen een aanzienlijk deel van de sterfte bij de 85-plussers tot de 'instellings'-sterfte behoorde.

Wanneer de overledenen in de instellingen niet worden meegenomen zien we op hoge leeftijd, zowel bij mannen als bij vrouwen, wel een samenhang. Bij een toename van sociale achterstand zien we een

#### Figuren 3a en 3b

Samenhang tussen de sterfte (SMR) bij 65-plussers exclusief de 'instellings'-sterfte en SES voor mannen en vrouwen. Den Haag 1982-1991.



— Lineaire regressielijn • Woongebied

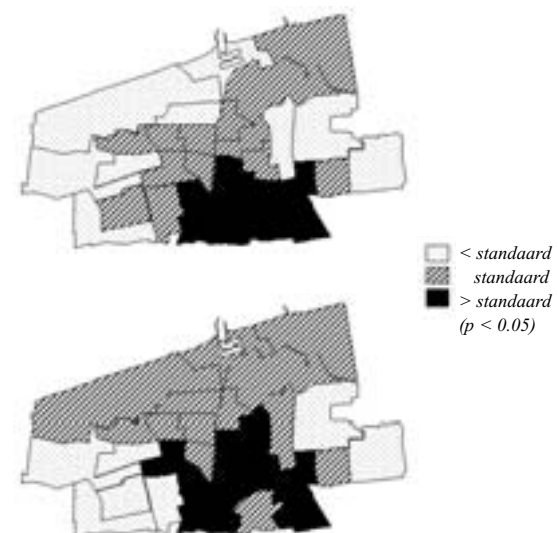
hogere sterfte. In de figuren 3a en 3b is de sterfte op de y-as uitgedrukt in een SMR <sup>2)</sup> en het SES-niveau van het woongebied op de x-as in een deprivatiescore <sup>3)</sup>. De sterkte van de samenhang is bij de mannen en de vrouwen vrijwel gelijk (regressiecoëfficiënt <sup>1)</sup>: mannen 0,10 en vrouwen 0,12). Daaruit kan worden afgeleid dat de sterfte in de woongebieden op de uitersten van de deprivatie-schaal bij de mannen 38% en bij de vrouwen 45% verschilt.

Voor de duidelijkheid wordt de sterfte voor ouderen (SMR) in de afzonderlijke woongebieden ook nog eens gepresenteerd in een plattegrond van Den Haag (plattegrond 4a en 4b). Bij de mannen zien we in stadsdeel Laak en aangrenzende gebieden ten opzichte van de algehele Haagse bevolking significant verhoogde sterfte en bij de vrouwen doet zich dat voor in de centrumgedeelten van de stadsdelen Laak, Centrum en Escamp. Dit zijn voor een belangrijk deel ook de minder welgestelde wijken in Den Haag.

Ten slotte zijn de wijken met de laagste ('SES-laag': deprivatie-score > 0.7) en de hoogste SES ('SES-hoog': deprivatie-score < 0.7), ook nog eens vergeleken. Voor beide groepen zijn de leeftijdsspecifieke sterftecijfers (sterfte per 1.000 inwoners) berekend (zie figuur 5a en 5b). Bij beide geslachten zien we dat de sterfte in alle leeftijdsklassen in SES-hoog lager is dan in SES-laag. Dit is duidelijk een ander patroon in vergelijking tot het 'meer vertrouwde'

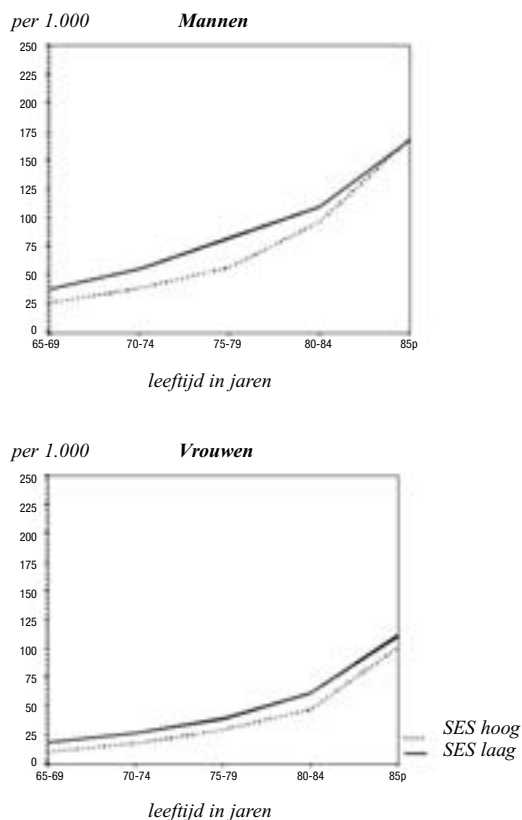
#### Plattegrond 4a en 4b

Woongebieden met - vergeleken met de standaard - verhoogde en verlaagde sterfte (SMR) bij 65-plussers exclusief de 'instellings'-sterfte en SES voor mannen en vrouwen. Den Haag 1982-1991.

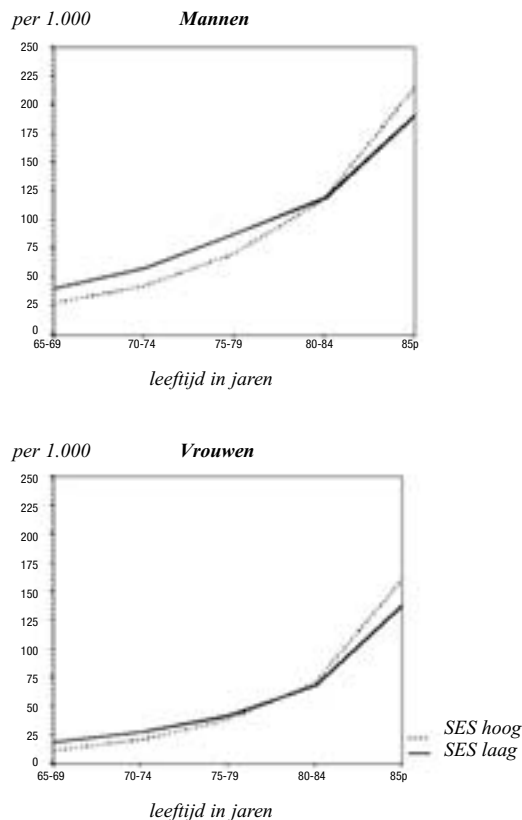


**Figuren 5a en 5b**

Leeftijdsspecifieke sterftecijfers (per 1.000) bij 65-plussers naar SES-hoog en SES-laag voor mannen en vrouwen *exclusief* de 'instellings'-sterfte. Den Haag 1982-1991.

**Figuren 6a en 6b**

Leeftijdsspecifieke sterftecijfers (per 1.000) bij 65-plussers naar SES-hoog en SES-laag voor mannen en vrouwen *inclusief* de 'instellings'-sterfte. Den Haag 1982-1991.



beeld wanneer alle sterftegevallen worden meegenomen, dus inclusief de instellingssterfte (zie figuur 6a en 6b). Daar zien we immers het beeld terug dat de sterftelijnen voor sociaal laag en sociaal hoog op de leeftijd van tachtig jaar elkaar kruisen.

**Bespreking**

Wanneer de 65-plussers die in een zorginstelling voor ouderen zijn overleden worden uitgesloten, vinden we ook voor de tachtigplussers een sterfteverschil ten gunste van de ouderen in de betere wijken. Een opmerkelijke uitkomst! De literatuur geeft geen eenduidig antwoord op de vraag of de mate van sociaal-economische gezondheidsverschillen bij 65-plussers toe- of afneemt (6). In het algemeen gaat men ervan uit dat deze gezondheidsverschillen op hoge leeftijd langzaam kleiner worden (6). Een van de veronderstellingen daarbij is dat op hoge leeftijd de sterkeren in de diverse SES-klassen in leven zijn gebleven (7).

De uitkomst van de studie is opvallend. Des te kritischer moeten we kijken naar de werkwijze die tot dit resultaat heeft geleid.

In de eerste plaats is een vijfde van de sterftegevallen in de berekening niet meegenomen en hebben we van deze groep geen informatie over het SES-niveau. Door de concentratie van instellingsplaatsen in de betere wijken is het aannemelijk dat naar verhouding veel ouderen uit de minder welgestelde kringen in instellingen in de gegoede wijken zijn overleden. Wanneer dit juist is dan zou bij het uitsluiten van de instellingssterfte de in onze analyses vastgestelde samenhang tussen sterfte en SES te zwak zijn vastgelegd. Naar verhouding zijn dan immers meer sterftegevallen uit achtergestelde wijken uitgesloten.

Ten tweede zijn uitsluitend diegenen uitgesloten die zijn overleden in een instelling en niet diegenen die daar wonen of verblijven. Hierdoor wordt het sterf-

<sup>1)</sup> De regressie-coëfficiënt ( $\beta$ ) ofwel de hellingshoek van de regressielijn is een maat voor de sterkte waarmee, in ons geval, de sterfte toeneemt ( $\beta$  heeft een positieve waarde) of afneemt ( $\beta$  heeft een negatieve waarde) in relatie tot verandering van een onafhankelijke variabele (in deze studie: de mate van sociale achterstand van het woongebied). Als de regressiecoëfficiënt nul is varieert de sterfte niet bij veranderende achterstand; er is derhalve geen verband.

Een voorbeeld: de regressiecoëfficiënt  $\beta$  bedraagt voor de sterfte 0.10, hetgeen betekent dat per eenheid toename van achterstand, uitgedrukt in de deprivatiescore, de sterfte 10% hoger is. Dat wil bijvoorbeeld zeggen dat de geschatte sterfte in het meest welgestelde woongebied, met een deprivatiescore van -1.93, 19% ( $1.93 \times 0.10$ ) lager ligt dan gemiddeld in de rest van de stad. Ook kunnen we aan de hand hiervan zeggen dat de geschatte sterfte in de woongebieden met de uiterste posities op de deprivatiescore (-1.93 en  $+1.83 = 3.76$ ) volgens de regressie-rechte met 38% ( $3.76 \times 0.10 = 0.38$ ) verschilt.

<sup>2)</sup> De sterfte is uitgedrukt in een Standardized Mortality Rate (SMR). Dit getal geeft in deze context de verhouding weer tussen de sterfte in een woongebied en de sterfte in alle andere woongebieden van Den Haag.

<sup>3)</sup> De parameters voor de mate van sociale achterstand zijn gemeten op het niveau van het woongebied waar de overledene stond ingeschreven op moment van overlijden. Ten behoeve van het onderzoek is Den Haag in 29 woongebieden van voldoende omvang verdeeld. Hierbij is gestreefd naar voldoende homogeniteit in SES-niveau en percentage allochtonen. Als parameter voor sociale achterstand zijn gebruikt het percentage werklozen onder de 15-64-jarigen (1990) en het gemiddelde inkomen per inkomenstrekker (1984). Deze twee SES-indicatoren zijn, na gelijk te zijn geschaald (z-score), tot een deprivatiescore gemiddeld. Een hoge deprivatiescore wijst op een grote sociaal-economische achterstand (5).

tecijfer uiteraard te laag berekend. Deze neerwaartse invloed zal het grootst zijn bij de sterfte onder hoogbejaarden in de welgestelde wijken. Immers het percentage hoogbejaarden in een wijkpopulatie is relatief laag en in de betere wijken bevinden zich het grootste aantal instellingsplaatsen. Deze invloed blijkt echter mee te vallen: in de betere wijken verblijft slechts 4% van de tachtig-plussers in een instelling (3)(4)(8).

Ten slotte moeten we ermee rekening houden dat niet de mate van sociale achterstand is bepaald aan de hand van persoonskenmerken van de overledene zelf maar uitsluitend op basis van zijn of haar woongebied. De invloed hiervan is moeilijk na te gaan. Meting van SES op persoonlijk niveau zou zuiverder zijn. Bij (oudere) vrouwen is dit trouwens weer complicerend vanwege het gebruik van een indirecte indicator: het beroep van de partner (7).

Al met al is het aannemelijk dat het verband dat inwoners van minder welgestelde wijken eerder overlijden dan inwoners van welgestelde wijken zich ook, zij het wellicht in mindere mate, voordoet bij 65-plussers.

#### Literatuur:

1. Struben HWA. Sterfte in Den Haag (2). *Epidemiol Bul Grav* 1988; 23: 3-16.
2. Burger I, Vroom-Jongerden JM, Middelkoop BJC e.a. Oorzaakspecifieke sterfte en sociaal-economische status: een introductie. *Epidemiol Bul Grav* 1995; 30 nr. 4: 19-29.
3. Verpleeghuisstatistiek. Bemiddelingsbureau voor Verpleeghuizen in 's Gravenhage e.o. 1988.
4. Jaarverslag 1988. Algemene Haagse Stichting voor Verzorging en Verpleging in tehuizen.
5. Struben HWA, Burger I, Middelkoop BJC. Welke doodsoorzaken dragen bij aan de sociaal-economische sterfteverschillen? Onderzoek onder Hagenaars jonger dan 65 jaar. *Epidemiol Bul Grav* 1996; 31 nr. 1: 19-33.
6. House JS, Kessler RC, Regula Herzog A e.a. Age, socioeconomic status, and health. *Milbank Quarterly* 1990; 68: 382-411.
7. Mackenbach JP, Verkleij H (eindredactie). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997*. Gezondheidsverschillen II. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Bilthoven; Elsevier/De Tijdstroom, Maarsen 1997.
8. Bron: afdeling Epidemiologie, GGD, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Den Haag.



# korte berichten

onder redactie van  
J.M. Vroom-Jongerden

---

## Actuele informatie

---

### Samenwerking tussen eerste lijn en gespecialiseerde GGZ verbeteren

Het Trimbos-instituut en het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek in de gezondheidszorg) zijn gestart met een Steunpunt 'Tussen de lijnen' dat de samenwerking tussen de eerste lijn en de tweede lijn enerzijds en binnen de eerste lijn anderzijds gaat ondersteunen en stimuleren. De minister van VWS heeft hiervoor extra geld ter beschikking gesteld.

Het Steunpunt kent drie functies: een helpdesk, een platformfunctie en coördinatie en monitoring. Vanuit de helpdesk wordt rechtstreeks ondersteuning en advies geboden bij de ontwikkeling en implementatie van consultatieprojecten. GGZ-instellingen kunnen op basis van een uitgewerkt plan extra geld krijgen voor het uitvoeren van dergelijke consultatieprojecten. Deskundigen worden ingezet om het GGZ-hulpaanbod van huisartsen, maatschappelijk werkers en eerstelijns psychologen te verbeteren.

Het Trimbos-instituut en het NIVEL onderzochten op verzoek van het ministerie van VWS hoe de relatie tussen de eerste lijn gezondheidszorg en de tweede lijn

zich in de laatste tientallen jaren ontwikkelde. De onderzoekers concludeerden dat het overheidsbeleid gericht op versterking van de eerste lijn en betere afstemming met de GGZ niet het succes heeft opgeleverd dat men er van had verwacht. Daarin wil de minister verandering brengen.

Het Steunpunt 'Tussen de lijnen' is dagelijks te bereiken via telefoonnummer: 030 - 297 11 53.

Het onderzoeksrapport 'Tussen de lijnen. Achtergrondstudie bij de Beleidsvisie GGZ' kost f. 30,— en kan worden besteld via telefoonnummer 030 - 297 11 00, onder vermelding van 'Trimbosreeks 99-3'.

---

## Aangifte infectieziekten

---

Op pag. 33 geven we een overzicht van de aangifte infectieziekten volgens de nieuwe wetgeving per 1 april 1999 in de drie regio-gebieden 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 tweede en derde kwartaal 1999.

### Tweede kwartaal

Van de 4 gemelde bacillaire dysenterie-patiënten (3x *Shigella flexneri* en 1x *Sh. dysenteria*) liep één patiënt zijn besmetting op tijdens vakantie in Egypte. Bij de andere personen bleef de bron onbekend.

Van de 6 gemelde hepatitis A-patiënten liep één patiënt de besmetting op tijdens vakantie in Tunesië. De overige besmettingen vonden vooral plaats via huisgenoten en bij 2 patiënten bleef de bron onbekend. Aan verschillende huisgenoten werd gamma globuline gegeven om verder verspreiding te voorkomen.

Van de 3 aangegeven hepatitis C-patiënten bleek één patiënt besmet na intraveneus druggebruik. Bij 2 patiënten bleef de bron onbekend.

Er werden 26 kinkhoest-patiënten gemeld. Bijna alle kinderen bleken gevaccineerd volgens het Rijks vaccinatieprogramma. De meeste besmettingen waren school of familie gerelateerd.

Er werden 5 meningokokkose-patiënten gemeld. Eén patiënt, afkomstig uit Ierland, is opgenomen geweest in Nederland en daarna direct weer vertrokken naar Ierland. Alle directe contacten kregen

profylaxe toegediend. Tevens werd op een school informatie verstrekt om onrust te voorkomen.

Van de 9 gemelde voedselinfectiepatiënten werden 2 patiënten ziek na het eten van carpaccio, 2 patiënten werden ziek na het eten van een fondue en 2 patiënten werden ziek na het eten van paling en garnalen. Bij de overige patiënten bleef de bron onbekend.

Er werd 1 legionella-patiënt gemeld. In het bedrijf waar de patiënt werkzaam was werden verschillende monsters van tappunten genomen, waarvan vier een positieve kweek opleverden. De nodige maatregelen werden genomen.

Van de 4 gemelde malaria-patiënten waren 2 patiënten met vakantie naar Ghana geweest. Beiden hadden hun profylaxe niet genomen (*Plasm.falciparum*). Twee patiënten afkomstig uit Rwanda en Niger hadden nooit malaria-profylaxe genomen (*Plasm.ovale*).

#### Derde kwartaal

De aangegeven cholera-patiënt had de besmetting in Ghana opgelopen.

Van de 2 gemelde bacillaire dysenterie-patiënten (resp. *Sh.flexneri* en *Sh.boydii*) werd één patiënt tijdens vakantie in Turkije besmet. Bij de andere patiënt bleef de bron onbekend.

Van de 10 aangegeven hepatitis A-patiënten werd één patiënt besmet tijdens familiebezoek in Egypte en een andere patiënt werd waarschijnlijk besmet tijdens vakantie in Tsjechië. Bij de anderen bleef de bron onbekend. Aan de meeste huisgenoten werd gamma globuline gegeven.

Er werden 2 hepatitis B-patiënten gemeld. Eén patiënt verblijft op een ZMIK-school. Gezien het besluit van de minister om bij een dergelijke verblijfsinstelling alle kinderen tegen hepatitis B te vaccineren, heeft de GGD in overleg met de ziekenfondsen actie ondernomen. Ook alle leerkrachten werden op advies van de GGD gevaccineerd. Bij beide patiënten bleef de bron onbekend.

Er werden 8 hepatitis B-dragers gemeld. Bij deze patiënten werd een bron- en contactopsporing gedaan. Zo nodig werd aan familieleden het advies gegeven zich te laten vaccineren.

Alle 3 gemelde hepatitis C-patiënten hadden hun besmetting via intraveneus druggebruik opgelopen. Aan alle behandelaars werd het advies gegeven de patiënt tegen hepatitis A te vaccineren.

Er werden 48 kinkhoest-patiënten gemeld. De meeste patiënten bleken gevaccineerd te zijn. Enkel die niet gevaccineerd waren, bleken leeftijd gerelateerd te zijn. De meeste besmettingen waren via school en/of het gezin opgedaan.

Van de 9 gemelde meningokokkose-patiënten is één patiënt overleden. Aan alle contacten werd rifampicine-profylaxe gegeven. Tevens werd op verschillende scholen informatie gegeven om onrust bij de ouders te voorkomen.

De gemelde legionella-patiënt had de besmetting waarschijnlijk tijdens vakantie in Italië opgelopen. De Inspectie werd hiervan op de hoogte gesteld. De bron kon niet meer achterhaald worden.

Er werden 6 malaria-patiënten gemeld (allen *Plasm.falciparum*).

Eén patiënt had tijdens de vakantie de profylaxe onvolledig ingenomen en de anderen hadden geen profylaxe genomen.

De gemelde Q-koorts-patiënt had de besmetting tijdens vakantie in Griekenland opgelopen tijdens het verzorgen van een zieke geit.

---

*Aan deze rubriek werkten mee:  
Mw. A. Tiemen (GGD Delfland-Rijswijk);  
Mw. G.J. Wijkmans;  
K.B. Yap (GGD West-Holland).*

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

Bron	Besmettingsweg	Ziekte	1999 1e kw	1999 2e kw	1999 3e kw	1999 4e kw	1998 t/m 3e kw	1999 t/m 3e kw
mens	inhalatie	difterie (B)						
		meningokokkose (B)*	11	5	11		17	27
		mazelen (B)	2					2
		kinkhoest (B)**	40	43	89		132	172
		rodehond (B)					7	
		tuberculose (B)	21	33	62		48	116
	seksueel cont./bloed	hepatitis B (B)(1)	3	4	10		11	17
		hepatitis C (B)		4	4			8
	faecaal/oraal	kinderverlamming (A)(2)						
		hepatitis A (B)(3)	45	9	12		122	66
		bacillaris dysenterie (B)(3)	3	4	5		20	12
	dier	inhalatie (faecaal materiaal)	ornithose/psittacose (C)					1
Q-koorts (C)(4)					1		2	1
insectenbeet		virale hemorrhagische koorts (B)						
		febris recurrens (B)						
		gele koorts (C)						
		malaria (C)	1	5	7		14	13
		vlektyfus (B)						
beet/speeksel		hondsdolheid (B)						
		pest (B)						
aanraking		miltvuur (C)						
		brucellose (C)(4)						
omgeving		inhalatie	legionellose (C)		1	1		
	consumptie	cholera (B)			1			1
		trichinose (C)						
		acute voedselvergiftiging of voedselinfectie (B)	5	9	1		27	15
		buiktyfus (B)	1	2			1	3
		paratyfus A (B)						
		paratyfus B (B)						
		paratyfus C (B)						
	botulisme (B)(5)							
contact (water/grond/dier)	leptospirose (C)	1					1	
<b>totaal</b>		<b>133</b>	<b>119</b>	<b>204</b>		<b>402</b>	<b>456</b>	

(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) ook besmetting door consumptie rauwe melkproducten

(5) ook wondbesmetting

