



epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

Inhoud

Redactioneel

Epidemiologie

Project 'Diabeteszorg voor Hindostanen': succesvol, maar niet goed genoeg
De gezondheid van Marokkanen in de Randstad; de Haagse gegevens nader bekeken

Volksgezondheid

Pilotproject wijkgerichte voorlichting. Over het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker
en borstkanker

Korte berichten

*jaargang 36, 2001
nummer 4*

Colofon

december 2001
36ste jaargang nr. 4

Redactie

mw. I. Burger, GGD Den Haag;
R.H. Jamin, huisarts in Den Haag;
mw. C.J. Kruijthof, arts, Medisch Centrum
Haaglanden, lokatie Westeinde;
mw. F.L. van Leeuwen, arts, Stichting Transmurale
Zorg Den Haag e.o.;
dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Den Haag;
drs. E. Pieters, Parnassia, psycho-medisch centrum
Den Haag;
mw. W. van Rijssel (redactiesecretaris/ eindredacteur)
prof.dr. W.J. Schudel, GGD Den Haag;
M. Waterman (hoofdredacteur), GGD Den Haag.

Redactieadres

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn
GGD, Postbus 12 652, 2500 DP Den Haag
Bezoekadres: Thorbeckelaan 360
mw. H. Schreiner-Heynen;
tel.: 070 - 353 71 05
fax : 070 - 353 72 92
e-mail: h.schreiner-heynen@ocw.denhaag.nl

Druk/Lay out

Facilitaire Dienst / Multimedia - Den Haag

Uitgave

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, GGD Den Haag
Directeur Volksgezondheid

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 redactiesecretariaat worden opgevraagd. Bij wijziging van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen. Voor het bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier.

Het bulletin verschijnt vier maal per jaar.

ISSN 0921-6219

Inhoud

Redactioneel	1
Epidemiologie	
• Project 'Diabeteszorg voor Hindostanen': succesvol, maar niet goed genoeg <i>B.J.C. Middelkoop, G. Van der Wal en P.H.L.M. Geelhoed-Duijvestijn</i>	2
• De gezondheid van Marokkanen in de Randstad; de Haagse gegevens nader bekeken <i>D.C.M. Fiolet, B.J.C. Middelkoop</i>	11
Volksgezondheid	
• Pilotproject wijkgerichte voorlichting. Over het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker en borstkanker <i>C.H. Kuyper</i>	19
Korte berichten	23

Redactioneel

Grote stadsproblematiek

Voor u ligt het laatste nummer van 2001.

De artikelen in dit nummer zijn alle gewijd aan verschillende aspecten van grote stadsproblematiek.

Het artikel van Fiolet en Middelkoop beschrijft de uitkomsten van een gezondheidsenquête onder Marokkanen naar hoe men z'n gezondheid ervaart en het gebruik dat men maakt van medische voorzieningen.

Middelkoop, Van der Wal en Geelhoed-Duijvestijn beschrijven onderzoek naar het effect van een project, gericht op verbetering van de diabeteszorg aan Hindostanen.

Het artikel van Kuyper gaat over een voorlichtingscampagne als interventie om de participatie aan bevolkingsonderzoeken te verhogen.

Deze artikelen hebben gemeen dat de sociaal-economische status steeds weer consequenties blijkt te hebben voor de effectiviteit van de zorg. Ook laten alledrie de artikelen de behoefte zien aan cultuurspecifieke zorg en wijzen ze alledrie op de effectiviteit van cultuurspecifieke interventies.

Onlangs verscheen het VTV-rapport (Volksgezondheids Toekomst Verkenningen) over grote steden, van het RIVM in opdracht van het ministerie van VWS.

Hierin wordt het lokale gezondheids- en grotestedenbeleid geanalyseerd. Het rapport constateert dat er geen voor de hand liggende oplossingsmethoden zijn om complexe achterstandsproblematiek op te lossen en dat een deel van de oplossingen gezocht moet worden in oplossingen op lokaal niveau.

Samenhang en afstemming tussen verschillende projecten zijn volgens deze studie veelal nog ontoereikend als gevolg van gebrekkige afstemming van beleidsdoelen tussen de verschillende sectoren (algemeen achterstandsbeleid, grotestedenbeleid en gezondheidsbeleid).

De bevoegdheden en verantwoordelijkheden blijken niet altijd even duidelijk en men beschikt nog te weinig over wetenschappelijk onderbouwde kennis over succes- en faalfactoren van interventies en de effecten daarvan op de gezondheid.

Het VTV-rapport schetst voor de komende periode de uitdagingen op het gebied van probleemgerichte en integrale benaderingen, afstemming tussen beleidssectoren (facetbeleid, red.), continuïteit aanbrengen in wijkgerichte projecten, meer flexibiliteit in de uitvoering, documentatie van interventies en meer ondersteunend onderzoek.

Met de in dit bulletin beschreven artikelen lijkt Den Haag te anticiperen op de vanuit de VTV geschetste uitdagingen. Ze geven tevens een indicatie van hoeveel er nog nader moet worden onderzocht op het terrein van sociaal-economische status en effectiviteit van cultuurspecifieke zorg.

Project 'Diabeteszorg voor Hindostanen': succesvol, maar niet goed genoeg

B.J.C. Middelkoop, G. van der Wal en mw. P.H.L.M. Geelhoed-Duijvestijn.

In de periode van 1 december 1996 - 1 september 1999 hebben de GGD Den Haag en Thuiszorg Den Haag een intensief interventieproject uitgevoerd, gericht op verbetering van de preventie van diabetes mellitus bij Hindostanen en verbetering van de zorg voor Hindostaanse diabetespatiënten. Met de ontwikkeling van speciaal op de Hindostaanse cultuur toegesneden voorlichtingsmateriaal en met bijscholing van verpleegkundigen en diëtisten in de Hindostaanse cultuur en voedingsgewoonten is gestreefd naar betere voorlichting en zorg. Het effect hiervan op de conditie van de patiënten is onderzocht in vier verschillende praktijksituaties. De afgelopen jaren is in het Epidemiologisch Bulletin regelmatig verslag gedaan van de voortgang van dit project (1)(2)(3)(4). Het gedeelte dat gericht was op verbetering van de zorg voor diabetespatiënten is geëvalueerd ¹⁾. In onderstaand artikel de resultaten van deze effectevaluatie.

Meer cultuur-eigen zorg voor Hindostaanse diabetespatiënten

Om de diabeteszorg te verbeteren werden drie verschillende acties ondernomen.

Ten eerste vond deskundigheidsbevordering plaats voor een aantal gespecialiseerde zorgverleners: alle intra- en extramuraal werkzame diabetesverpleegkundigen en diëtisten kregen in een aantal work-

shops bijscholing op het gebied van de Hindostaanse cultuur en voedingsgewoonten. De workshops werden aangeboden aan verpleegkundigen en diëtisten uit de hele Haagse regio, zodat het project in de hele regio kon worden geïmplementeerd.

Ten tweede werd cultuur-eigen materiaal ontwikkeld dat de zorgverleners konden gebruiken. Tijdens de workshops werd het materiaal gedemonstreerd. Voor algemene diabetesvoorlichting door de verpleegkundige was een audiocassette beschikbaar waarop in de Surinaams-Hindostaanse taal de belangrijkste aspecten van deze voorlichting worden besproken. Later in het project werd hier nog de brochure 'Wat is diabetes mellitus type 2' aan toegevoegd. Voor de diëtisten waren twee boekjes beschikbaar om mee te geven aan de patiënt: één met algemene voedingsvoorlichting en één met een zogeheten koolhydraatvariatielijst, waarmee de patiënt zelf kan variëren met de (Hindostaanse) gerechten en producten die hij of zij eet. Speciaal voor analfabete patiënten kwam later in het project een fotoboek beschikbaar waarmee de diëtist het voedingsadvies kan verduidelijken ²⁾.

Als derde component van de interventie werden huisartsen en specialisten gestimuleerd hun diabetespatiënten door te verwijzen naar de sprekers van de verpleegkundigen en diëtisten. Als regel volgde dan een periode van intensieve begeleiding die ongeveer drie maanden duurde. Gedurende deze periode werden de patiënten frequent (d.w.z. ongeveer één maal per veertien dagen) gezien door de verpleegkundige en (iets minder vaak) door de diëtist. Na die drie maanden werden vervolgfspraken gemaakt met een grotere tussenpoos.

1) Het interventieproject was mogelijk dankzij financiële steun van het Praeventiefonds (thans: ZorgOnderzoek Nederland) en de Gemeente Den Haag. De evaluatiestudie is gefinancierd door de afdeling Sociale Geneeskunde van de Vrije Universiteit, het Haagse Groene Kruis Fonds en de Gemeente Den Haag.

2) Een uitgebreidere beschrijving van het interventieproject en de ontwikkelde materialen is gepresenteerd in het Epidemiologisch Bulletin 1999-4, pagina 9-12 (zie referentie 4).

Over de auteurs:

dr. B.J.C. Middelkoop, arts-epidemioloog, afdeling Epidemiologie GGD, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Den Haag; prof. dr. G. van der Wal, hoogleraar Sociale Geneeskunde, Vrije Universiteit Medisch Centrum Amsterdam; mw. dr. P.H.L.M. Geelhoed-Duijvestijn, internist, Medisch Centrum Haaglanden lokatie Westeinde.

Schema 1

Enkele kenmerken van de praktijksettings.

Setting	Inzet van een verpleegkundige binnen de praktijk	Inzet van een diëtist binnen de praktijk
Huisarts 1	bestond al	bestond al
Huisarts 2	nieuw	nieuw
Huisarts 3	bestond al	nieuw
Polikliniek	bestond al	bestond al

Binnen de eerste lijn betekende dit een verwijzing naar de zogeheten diabeteseducatiepunten van Thuiszorg Den Haag, binnen de tweede lijn ging het om een verwijzing binnen de polikliniek.

Interventiestudie

De effecten van de interventie zijn gemeten in vier, nogal verschillende praktijksituaties: drie binnen de eerste lijn en één op de polikliniek van een ziekenhuis. Schema 1 laat enkele voor de interventie relevante kenmerken zien van de diverse settings.

Zoals in het schema is te zien, waren er verschillen in de mate waarin patiënten reeds begeleiding kregen van een verpleegkundige en/of een diëtist. Eventueel reeds bestaande begeleiding geschiedde (uiteraard) nog niet met de nieuwe, cultuur-eigen materialen.

In de eerste lijn werd de interventie geëvalueerd in drie verschillende settings, in de schema's 1 en 2 aangeduid als huisarts 1, 2 en 3. Bij huisarts 1 bestaat al veel langer een gestructureerde diabeteszorg, waarbij alle diabetespatiënten regelmatig binnen de huisartspraktijk worden gezien door een diabetesverpleegkundige (thans: praktijkverpleegkundige) en een diëtist van Thuiszorg. Dit betekent dat de verbetering die met het interventieproject werd gerealiseerd voornamelijk bestond uit een vergroting van de deskundigheid van de zorgverleners, en uit het gebruik van de nieuwe materialen. De praktijk van huisarts 2 wordt gekenmerkt door een zeer groot aantal Hindostaanse patiënten in de populatie. Door het interventieproject werden in deze huisartspraktijk gedurende iets meer dan een jaar gesprekken verzorgd door een verpleegkundige en een diëtist. Hier bestond de verandering dus zowel uit de toegenomen deskundigheid en het gebruik van de nieuwe materialen als uit de veel frequentere verwijzing door de huisarts. De praktijk van huisarts 3 bevond zich in zekere zin tussen de twee voorgaan-

de in. In deze praktijk werd al wel gestructureerde zorg geboden door een praktijkverpleegkundige, maar werden nog niet alle diabetespatiënten regelmatig gezien door een diëtist.

In de tweede lijn werd de interventie geëvalueerd op de diabetespolikliniek van Medisch Centrum Haaglanden, lokatie Westeinde, waar al diabetesverpleegkundigen en diëtisten werkzaam waren.

Onderzoeksvragen

Om na te gaan of de interventie in de zorg voor Hindostaanse diabetespatiënten zinvol is geweest zijn de volgende vragen gesteld.

1. Is de regulatie van deze patiënten in gunstige zin veranderd en zo ja, is het aannemelijk dat deze verbetering het gevolg was van de interventie?
2. Eveneens zo ja, was deze verandering duurzaam?
3. Welke patiënten hebben (het meest) geprofiteerd van de interventie?

Voor de beantwoording van deze vragen is gekeken naar het HbA1c, het lipidenprofiel en de Quetelet Index (zie kader op pagina 10).

Onderzoeksopzet

Vraag 1: verbetering als gevolg van de interventie?

Om te kunnen nagaan of een eventuele verbetering daadwerkelijk toegeschreven kan worden aan de interventie, is gewerkt met een controlegroep. Hiertoe is gebruik gemaakt van de logistieke omstandigheden. Het was onmogelijk om alle patiënten tegelijkertijd in de interventie te laten instromen. Alle patiënten kregen in de loop van 1998 voor het eerst het nieuwe zorgaanbod, maar hiervan stroomde de helft in gedurende de eerste zes maanden ('interventiepatiënten') en de andere helft gedurende de tweede zes maanden. Deze tweede groep kon dus tijdens de eerste helft van 1998 dienen als con-

Schema 2*Aantallen patiënten naar praktijksetting.*

Setting	RCT-poot		CBA-poot
	Aantal interventie-patiënten	Aantal wachtlijst-controles	Aantal patiënten in de voor / na- vergelijking
Huisarts 1	12	16	24
Huisarts 2	23	21	33
Huisarts 3	4	7	11
Polikliniek	14	16	21
Totaal	53	60	89

trolegroep ('wachtlijstcontrole-design'), aan wie de interventie nog niet werd aangeboden. Voor sommige patiënten betekende dit dat zij nog niet werden verwezen naar de verpleegkundige en diëtist. Voor de patiënten die reeds een dergelijke begeleiding kregen, betekende de toewijzing aan de controlegroep dat in de begeleiding nog geen gebruik werd gemaakt van de nieuwe cultuur-eigen materialen. Om te voorkomen dat toewijzing aan de interventie-c.q. controlegroep bewust of onbewust door de verwijzende artsen zou worden beïnvloed, is afgesproken dat iedere patiënt met een oneven geboortedatum zou worden verwezen in de eerste twee kwartalen van 1998 en alle patiënten met een even geboortedatum in de laatste twee kwartalen. In de praktijk werden hiermee vrijwel alle diabetespatiënten van de huisartsen 1 en 3 en een derde tot de helft van de diabetespatiënten van huisarts 2 bij de studie betrokken, hetzij als interventiepatiënt hetzij als wachtlijstcontrole.

Hiermee werd dus vrij goed het 'gouden' design van de Randomised Controlled Trial benaderd; in het navolgende noemen we dit de 'RCT-poot' van het evaluatie-onderzoek. De schema's 2 en 3 geven een overzicht van de aantallen patiënten en van de gegevens die in de RCT-poot en in de CBA-poot (zie onder) van de interventiestudie zijn verzameld, alsmede van de tijdstippen waarop de gegevens zijn verzameld.

Om verschillende redenen moest de vergelijking tussen interventie- en wachtlijstcontrolepatiënten worden beperkt tot één (de belangrijkste) parameter, te weten het HbA1c. Het lipidenprofiel is in de RCT-poot niet betrokken, omdat het niet reëel werd geacht dat hierin binnen een zo kort tijdbestek een duidelijke verandering meetbaar zou zijn. En een bepaling van de Quetelet Index in het voorjaar van 1998 bij de

wachtlijstcontrolepatiënten bleek om praktische redenen niet in alle praktijksettings haalbaar.

Onderzoeksvraag 2: duurzaam?

De veranderingen in HbA1c, lipidenprofiel en Quetelet Index zijn gemeten zowel bij de start van de periode van intensieve begeleiding als één jaar na de afronding. Hierbij is geen onderscheid gemaakt tussen patiënten die (aanvankelijk) meededen als interventiepatiënt en patiënten die (aanvankelijk) meededen als controlepatiënt. Deze follow up meting volgt dus het design van de 'Controlled Before and After-study' ('CBA-poot' van het evaluatie-onderzoek).

Onderzoeksvraag 3: bij wie?

Er is van de patiënten een groot aantal achtergrondgegevens vastgelegd voor het onderzoek, zoals leeftijd, geslacht en sociaal-economische kenmerken als opleidingsniveau, beheersing van de Nederlandse taal, en de leesvaardigheid. Ook is vastgelegd of iemand al eens eerder diabeteseducatie had ontvangen. Dit kon betekenen: een volledig programma, met begeleiding door verpleegkundige en diëtist; of een gedeeltelijk programma, bijvoorbeeld zonder bemoeienis van de diëtist of voortijdig afgebroken door de patiënt.

Om financiële redenen was het vooralsnog niet mogelijk om het aanbod binnen de muren van de praktijk van huisarts 2 te continueren na afloop van de periode waarin de wachtlijstcontrolepatiënten bij de interventie werden betrokken (tweede helft van 1998). Dit bood de gelegenheid om aan de hand van de gegevens van 19 van deze patiënten (bij wie wel een nameting na een jaar is gedaan) een indruk te krijgen van het belang van continuïteit in de diabeteseducatie.

Schema 3

Geregistreeerde gegevens.

Patiënten-groep	t ₀ ^{*)}	t ₁ ^{*)}	t ₂ ^{*)}	t ₃ ^{*)}
Interventie- patiënten (n=53)	-HbA1c ^a -totaal cholesterol -HDL- cholesterol -triglyceriden -QI -eerdere diabeteseducatie ^a -achtergrond- gegevens	-HbA1c ^a -QI		-HbA1c -totaal cholesterol -HDL-cholesterol -triglyceriden -QI
In de CBA ingestroomde controle-patiënten (n=32)	-HbA1c ^a	-HbA1c ^a -totaal cholesterol -HDL-cholesterol -triglyceriden -QI	-HbA1c -QI	
Overige op t ₁ ^{*)} ingestroomde patiënten (n=4)		-eerdere diabeteseducatie -achtergrond- gegevens		
Niet in de CBA ingestroomde controle-patiënten (n=28)	-HbA1c ^b	-HbA1c ^b		

^a Meting behorend bij zowel de RCT- als de CBA-poot^b Meting behorend bij alleen de RCT-poot

Alle overige metingen behoren alleen bij de CBA-poot

*) t₀ = begin van de interventie bij de interventiepatiëntent₁ = eind van de periode van intensieve begeleiding bij de interventiepatiënten en tevens begin van de interventie bij de wachtlijstcontrolest₂ = eind van de periode van intensieve begeleiding bij de wachtlijstcontrolest₃ = 15 maanden na het begin van de interventie

Tabel 1

RCT: verschil in gemiddelde verandering in HbA1c van de interventiepatiënten ten opzichte van de gemiddelde verandering bij de controlepatiënten; uitgesplitst naar enkele subgroepen en totaal.

Interventiepatiënten		Controlepatiënten			Verschil in verandering			p-waarde				
(Sub-) groep	N	Gemiddeld HbA1c (%)			Gemiddeld HbA1c (%)							
		voor	na	-/+	voor	na	-/+					
Totaal	53	8,35	7,97	-0,38	Totaal 60	8,18	8,22	+0,05	0,42	0,07 - 0,78	0,02	
Eerder begeleid	16*)	7,81	7,72	-0,09					0,14	-0,42 - 0,69	0,50	
Niet eerder begeleid	28*)	8,71	8,20	-0,51					0,56	0,16 - 0,96	0,01	
Initieel HbA1c > 7%	43	8,90	8,37	-0,53	Initieel HbA1c > 7%	48	8,57	8,58	+0,01	0,54	0,12 - 0,95	0,01

*) Van één patiënt is dit gegeven niet bekend en acht patiënten kregen eerder een gedeeltelijke begeleiding.

Resultaten

1. Regulatie van de diabetes en samenhang met de interventie

Over all daalde de HbA1c-waarde bij de 53 interventiepatiënten met 0,38% (zie tabel 1). Hier stond een verslechtering (verhoging) tegenover van 0,05% bij de 60 wachtlijstcontrole-patiënten. Het verschil is statistisch significant ($p=0,02$). Een (geringe) verhoging bij de controlepatiënten is niet zo vreemd als op eerste gezicht misschien lijkt. Het kan op een toevalsfluctuatie berusten, maar het kan ook een

teken zijn van de langzame progressie van de ziekte.

2. Duurzaamheid

In de CBA-poot van het evaluatie-onderzoek bleek dat de verbetering in het HbA1c minder groot was als men de gegevens van de interventiepatiënten en de gegevens van de later ingestroomde wachtlijstpatiënten gezamenlijk bestudeerde. Bij de in totaal 89 patiënten bij wie een voormeting van het HbA1c was gedaan én een nameting onmiddellijk na afloop van de periode van intensieve begeleiding, bleek de daling van het HbA1c 0,29% te bedragen (kort-

Tabel 2

Follow up van de CBA: HbA1c, totaal cholesterol, HDL-cholesterol, totaal cholesterol/HDL-ratio, triglyceriden en Quetelet Index bij het begin van de interventie en bij de tweede nameting.

	N	Gemiddelde waarde voormeting	Gemiddelde waarde tweede nameting	Gemiddeld verschil	95%-betrouwbaarheidsinterval	p-waarde
HbA1c (%)	68	8,33	8,07	0,26	-0,04 - 0,56	0,09
Totaal cholesterol (mmol/l)	58	5,65	5,08	0,56	0,35 - 0,78	<0,0005
HDL-cholesterol (mmol/l)	47	1,16	1,10	0,06	-0,07 - 0,19	0,36
Totaal cholesterol/HDL-ratio	47	5,33	4,79	0,54	0,22 - 0,87	0,001
Triglyceriden (mmol/l)	47	2,13	1,79	0,34	0,13 - 0,56	0,002
Quetelet Index (kg/m ²)	54	27,80	27,60	0,20	-0,14 - 0,54	0,24

heidshalve is dit gegeven niet in tabel 2 opgenomen).

Uit de metingen die een jaar later werden uitgevoerd bij 68 van deze 89 patiënten bleek dat de daling in het HbA1c grotendeels was behouden (zie tabel 2: 0,26% daling; $p=0,09$). Mogelijk was hier sprake van positieve selectie. Het is immers aannemelijk dat deze 68 patiënten niet geheel representatief zijn voor de totale groep van 89 bij de CBA betrokken patiënten: een slechte of matige reactie op de interventie (en/of een geringe therapietrouw) hangt waarschijnlijk samen met een grotere kans dat iemand zich onttrekt aan verdere follow up. Vermoedelijk was de behouden verbetering dus bescheidener bij de uit het onderzoek uitgevallen patiënten.

Er werd wel een significante verbetering gevonden in het lipidenprofiel na één jaar (zie tabel 2). De Quetelet Index bleek gemiddeld nauwelijks veranderd.

3. Kenmerken van succesvolle patiënten

In de RCT-poot bleek dat een verbetering bij de interventiepatiënten eigenlijk alleen werd bereikt bij diegenen die nooit eerder diabeteseducatie hadden gekregen (zie tabel 1). Bij de interventiepatiënten die nu voor het eerst waren verwezen naar verpleegkundige en diëtist bedroeg de gemiddelde verlaging van het HbA1c 0,51%. Voorts bleek dat het beste resultaat werd bereikt in de groep die aanvankelijk het slechtst was ingesteld. Bij een beperking van de vergelijking tussen interventie- en controlepatiënten tot die groep die aanvankelijk een HbA1c had van meer dan 7,5% (twee maal 35 patiënten), bedroeg het verschil 0,69% (gegevens niet gepresenteerd in tabel 1).

In de CBA-poot bleek dat bij de genoemde 19 patiënten uit de praktijk van huisarts 2, bij wie wél een nameting is gedaan, maar geen continuïteit in de diabeteseducatie kon worden gerealiseerd, dat de - aanvankelijk redelijke- verbetering in het HbA1c na een jaar geheel verdwenen was.

Voorts is in de CBA-poot nagegaan welke patiëntkenmerken samenhang vertonen met een verhoogde kans op een succesvolle interventie. Succesvol werd gedefinieerd als: 'behorend tot de meest succesvolle 25% wat betreft de verbetering van het HbA1c'. Het hierbij horende afkappunt bleek te liggen bij een verbetering van 0,8%.

Voor deze analyse zijn leeftijd, geslacht, de aanwezigheid van diabetescomplicaties (zie kader), de

Quetelet Index en de hoogte van het HbA1c (steeds: bij aanvang van de interventie) in één logistisch model opgenomen. Mannen bleken zes maal zo succesvol als vrouwen. Maar ten eerste bleek dit verschil af te nemen tot twee maal zo vaak succesvol (en statistisch niet significant) na correctie voor de andere variabelen. En ten tweede bleek dit grotere succes van de mannen nogal betrekkelijk. Hun uitgangssituatie was namelijk veel ongunstiger, en zij hadden zelfs na afloop van de interventie nog altijd een hogere waarde van het HbA1c dan de vrouwen hadden bij aanvang van de interventie. Blijkbaar hebben de mannen enigszins hun achterstand in kunnen lopen. De gemiddelde eindwaarde van het HbA1c bedroeg bij de mannen 8,29% en bij de vrouwen 7,94%.

De enige kenmerken die (ook na correctie voor de invloed van andere variabelen) een duidelijke invloed bleken te hebben op de kans op succes waren de volgende:

- de hoogte van het HbA1c bij aanvang: hoe hoger, des te groter de kans op succes. Dit is nogal voor de hand liggend, omdat het bij een gunstig HbA1c bij aanvang van de interventie op voorhand al moeilijk is om het nog verder te verlagen. Bovendien speelt hier (in tegenstelling overigens tot de RCT-poot) op statistische gronden de mogelijkheid van regressie naar het gemiddelde. Dit houdt in dat een aanvankelijk hoog HbA1c de neiging zal hebben tot dalen, en een laag HbA1c de neiging tot stijgen;
- de Quetelet Index bij aanvang van de interventie: hoe lichter de patiënt des te groter de kans op succes. Mogelijk speelt hier een rol dat sommige diabetesmiddelen minder effect hebben bij patiënten met overgewicht. Eén van de beoogde effecten van de interventie was een verbeterde medicatietrouw. Waar dit is gelukt, zal dit bij zwaarlijvige patiënten minder zoden aan de dijk hebben gezet;
- de aanwezigheid van diabetescomplicaties bij aanvang van de interventie. Het leek er op dat bij patiënten met complicaties meer succes werd behaald dan bij patiënten zonder complicaties (overigens statistisch niet significant: $p=0,09$). Mogelijk speelt de aanwezigheid van deze complicaties een positieve rol bij de motivering van de patiënt om zich aan de gegeven adviezen te houden vóór het (helemaal) te laat is.

Hoewel de ontwikkelde materialen met name erop waren toegesneden dat ook laag opgeleide en analfabe patiënten zouden worden bereikt, is dit doel niet

bereikt. Het globale beeld was eerder omgekeerd: de laagst opgeleiden, de mensen met de geringste leesvaardigheid en met de slechtste beheersing van het Nederlands profiteerden het minst van de interventie.

Enkele methodologische opmerkingen

De Randomised Controlled Trial is een onderzoeksopzet die is ontwikkeld binnen de klinische geneeskunde. Meestal gaat het om de evaluatie van een geneesmiddel. De controlegroep krijgt dan een placebo om te voorkomen dat het genezend effect dat al kan uitgaan van suggestieve invloeden (het 'placebo'-effect) ten onrechte wordt toegeschreven aan het medicijn. Een dergelijke interventie kan betrekkelijk eenvoudig worden gestandaardiseerd. In de hier besproken interventiestudie lag dit allemaal gecompliceerder. Voor de RCT-poot zijn de patiënten ingedeeld in twee groepen. De ene groep ontving in het voorjaar van 1998 reeds het nieuwe zorgaanbod (de interventiepatiënten), de andere groep pas na de zomer (de wachtlijstcontroles). Een aantal patiënten die aan de controlegroep waren toegewezen (omdat zij een even geboortedatum hebben) had echter wel reeds contact met de verpleegkundige en sommigen ook met de diëtist. De zorgverleners werkten bij deze patiënten niet met de nieuwe, cultuur-eigen materialen. Ook werden zij bij deze patiënten geacht om net te doen alsof ze niet waren bijgeschoold. Vooral deze laatste eis is tamelijk theoretisch. Het is waarschijnlijk dat ook in de periode dat de wachtlijstcontrolepatiënten het nieuwe zorgaanbod nog niet ontvingen, de interactie tussen zorgverleners en deze patiënten beter is geweest dan daarvoor.

De interventie zal ook een andere betekenis hebben gehad voor patiënten die al lang door dezelfde zorgverleners werden begeleid dan voor patiënten die nu voor het eerst werden verwezen. In de analyse zijn al deze situaties op één hoop geveegd, wat mede noodzakelijk was door de toch niet zo erg grote aantallen. Over het geheel genomen zullen de beschreven mechanismen het contrast tussen interventie- en controlepatiënten hebben afgezwakt. Wij zien dan ook weinig reden om aan de conclusie te twijfelen dat we met deze interventie op de goede weg zitten.

Nadere interpretatie van de onderzoeksresultaten

De interventiestudie is uitgevoerd in huisartspraktijken in drie verschillende achterstandswijken (Schil-

derswijk, Transvaal en Rivierenbuurt) en in de polikliniek van het binnenstadsziekenhuis. De populatie was gekenmerkt door een lage sociaal-economische positie: 83% had een opleiding op LBO-niveau of lager. Voor deze populatie is de interventie succesvol geweest, zij het niet voor alle patiënten in even sterke mate.

Het aantal bij de interventiestudie betrokken verpleegkundigen en diëtisten was beperkt. Dit betekent dat we er niet bij voorbaat vanuit kunnen gaan dat de interventie net zo succesvol is als deze wordt uitgevoerd door andere verpleegkundigen en diëtisten.

Continuïteit in de diabeteseducatie lijkt een voorwaarde voor behoud van het succes. Het succes wordt grotendeels behaald doordat nu patiënten worden bereikt die voorheen niet naar de spreekuren van verpleegkundige en diëtist werden verwezen (of daar niet aankwamen). Ook bij deze interventie bleek het bereiken van succes bij de laagst opgeleiden het moeilijkst.

De verbetering in het HbA1c was weliswaar significant en ook van klinische betekenis (met name de in de RCT-poot gemeten gemiddelde verbetering van ongeveer 0,7% bij patiënten met een initieel HbA1c van meer dan 7,5%), maar moet toch bescheiden worden genoemd. Om dit enigszins in een perspectief te plaatsen is de bereikte gemiddelde verbetering van het HbA1c vergeleken met andere interventiestudies. Daarbij bleek dat de Haagse interventie toch als redelijk succesvol moet worden beoordeeld. Belangrijke succesfactoren voor een interventie in de diabeteszorg zijn de inzet van verpleegkundigen en een grote nadruk op patiënteneducatie (5). Beide kenmerken waren in Den Haag aanwezig, hetgeen dus het succes mede zal verklaren.

Wanneer we niet kijken naar de verbetering in het HbA1c, maar naar de hoogte van het HbA1c na afloop van de periode van intensieve begeleiding, dan is die toch nog altijd te hoog, namelijk gemiddeld circa 8%.

In het verslag van de interventie wordt beschreven hoe tijdens het project nog verbeteringen zijn aangebracht in het zorgaanbod (4). Hierbij ging het met name om het gebruik van een videoband voor groepsvoorlichting aan patiënten en een fotoboek voor de ondersteuning van de dieetadvisering, vooral van belang bij analfabete patiënten. In hoeverre hiermee het succes van het nieuwe aanbod is verhoogd, in het bijzonder bij de lager opgeleide patiënten, dient nader te worden onderzocht. Voorts

is het denkbaar dat de grenzen in zicht zijn gekomen van de verbetering die binnen de spreekkamers van de curatieve gezondheidszorg kan worden bereikt. Meer winst kan wellicht nog worden geboekt door beïnvloeding van de sociale context. Het dient de Hindostaanse diabetespatiënt zo gemakkelijk mogelijk te worden gemaakt om zich te houden aan de gegeven adviezen ten aanzien van medicatie, maar vooral ook ten aanzien van voeding en beweging. In dit opzicht moet zijn of haar directe sociale omgeving meewerken. Momenteel werkt de sociale omgeving soms juist belemmerend voor mensen die willen gaan deelnemen aan sportactiviteiten of die zich zeer stipt aan hun dieet willen houden.

Wellicht is het nuttig om ook de Hindostaanse cultuur nader te bestuderen, de betekenis die ziekte en in het bijzonder diabetes daarbinnen hebben, en de plaats van die aspecten van het leven (met name lichaamsbeweging en voeding) waarop preventieve en curatieve interventies worden gericht. Een beter begrip van deze thema's werpt misschien nieuw licht op de vraag hoe de hoge prevalentiecijfers van diabetes bij deze bevolkingsgroep kunnen worden verlaagd en hoe de patiëntenzorg beter kan aansluiten bij de eigen belevingswereld.

Welk mechanisme?

Een intrigerende vraag is wat nu eigenlijk het werkzame mechanisme is geweest dat verantwoordelijk was voor het bereikte succes. In beginsel zijn twee mechanismen denkbaar.

Allereerst kan het zo zijn geweest dat er vooral op cognitief vlak winst is geboekt. Wellicht werd de diabeteseducatie voorheen niet zo goed begrepen. Het ontbreken van een op de Hindostaanse keuken toegeschreven koolhydraatvariatielijst zal het opvolgen van de voedingsadviezen zeker niet hebben bevorderd. Kortom: de winst is mogelijk vooral bereikt door de nieuwe materialen zelf.

Een tweede mogelijkheid is dat door de deskundigheidsbevordering plus het gebruik van cultuur-eigen educatiemateriaal de interactie tussen zorgverleners en patiënten is verbeterd.

Wanneer we kijken naar de resultaten van de interventiestudie, dan lijkt het eerstgenoemde mechanisme van minder groot belang te zijn geweest. Men zou dan immers verwachten dat niet alleen het HbA1c zou dalen, maar ook de Quetelet Index. Het laatste was niet het geval. In telefonische interviews die met een vijftiental patiënten zijn gehouden, werd aangegeven dat men een middel als de Sarnami

gesproken audiocassette wel bijzonder waardeerde, maar dat men er weinig nieuws op had gehoord en er ook niet vaak naar had geluisterd.

Ook met de betrokken zorgverleners zijn interviews gehouden om de interventie te evalueren. Zij legden sterk de nadruk op het feit dat zij het gevoel hadden een beter en ander contact te hebben gekregen met de patiënten dan voorheen. Waarschijnlijk is hierbij de deskundigheidsbevordering van belang, maar mogelijk ook het gebruikte materiaal dat door de grotere herkenbaarheid voor de patiënten, een betere basis vormde voor het gesprek.

Wij neigen daarom naar de conclusie dat de interventie vooral succesvol is geweest door een bereikte verbetering in de interactie tussen zorgverleners en patiënten. De hypothese dat een interventie als deze vooral succes kan hebben door verbetering van de interactie, verdient het om nader te worden onderzocht. Want: verbeterde interactie zou kunnen resulteren in betere therapietrouw, met name bij de medicatie maar mogelijk ook bij bepaalde aspecten van beweging en voeding. Te denken valt bijvoorbeeld aan een grotere regelmaat in de maaltijden, wat niet hoeft te betekenen dat men minder eet en dus afvalt, maar wellicht wel dat men minder vaak een piek heeft in de glucoseconcentratie in het bloed en daardoor een lager HbA1c.

Ten slotte

Hoewel de interventie nog onvoldoende daling van het HbA1c heeft weten te bewerkstelligen, heeft het onderzoek wel aangetoond dat het aangepaste zorgaanbod effectief is. Vooral bij patiënten die nooit eerder diabeteseducatie ontvingen. Daarom zouden huisartsen en internisten veel meer dan nu het geval is, naar het nieuwe zorgaanbod voor Hindostaanse diabetespatiënten moeten verwijzen.

HbA1c. Diabetespatiënten hebben een stoornis in de koolhydraatstofwisseling. Dit uit zich in een verhoging van de glucosespiegels in het bloed. Deze verhoging hoeft niet constant aanwezig te zijn, omdat de glucosespiegel onder meer afhankelijk is van de mate waarin de patiënt zich al dan niet consequent houdt aan de voorschriften en adviezen ten aanzien van medicatie, voeding en lichaamsbeweging. Het is mogelijk om via een bloedtest na te gaan hoe het in de achterliggende zes à acht weken gemiddeld genomen gesteld was met de glucosespiegels in het bloed. Dit kan door te kijken naar een bepaalde fractie van de rode kleurstof van het bloed (hemoglobine). Deze fractie wordt aangeduid als het HbA1c. Een diabetespatiënt is goed ingesteld indien het HbA1c lager is dan 7%. Om de interventie te evalueren is daarom in de eerste plaats gekeken naar het HbA1c.

Lipidenprofiel. Bij diabetespatiënten is de stofwisseling meestal ook in andere opzichten verstoord. Zo is het cholesterolgehalte vaak te hoog en/of de fractie van het 'gezonde' cholesterol (het HDL-cholesterol) te laag en is ook de concentratie van het 'gewone' vet (triglyceriden) te hoog. Het geheel van de concentraties van deze vetcomponenten in het bloed duidt men aan met de term 'lipidenprofiel'. Ook naar dit lipidenprofiel is gekeken in het evaluatie-onderzoek. Het belang hiervan is vooral gelegen in het eraan gekoppelde risico op hart- en vaatziekten. Dit is sterk verhoogd bij diabetespatiënten, en dat komt mede door het ongunstige lipidenprofiel.

Quetelet Index. Verder is gekeken of de patiënten erin slaagden om af te vallen, indien zij overgewicht hadden. De hiervoor gebruikelijke maat is de Quetelet Index (QI: gewicht in kilogram gedeeld door het kwadraat van de lengte in meters).

Complicaties. Diabetes mellitus is een ernstige aandoening, vooral in verband met de complicaties die erbij kunnen optreden. Een diabetespatiënt heeft een sterk verhoogde kans op het krijgen van angina pectoris en/of een hartinfarct, een beroerte, nefropathie (nierziekte), retinopathie (ziekte van het netvlies) en verslechterde doorbloeding van de benen, waardoor soms zelfs amputaties noodzakelijk zijn.

Dankwoord

De auteurs willen de medewerkers van de betrokken onderzoeksettings bedanken voor hun medewerking aan de interventiestudie. Dit betreft de huisartspraktijken Avezaat/Lutjenhuis/Velema-De Roos en Roosemalen-Scheffer/Verhage/Wuister in De Rubenshoek, de huisartspraktijken Bharos/Kanhai en Vrolijk en de diabetespoli van Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde.

Op 2 november j.l. is Barend Middelkoop aan de Vrije Universiteit te Amsterdam gepromoveerd op onder andere het onderzoek dat in bovenstaand artikel wordt besproken (6).

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, Van Leeuwen FL. Suikerziekte bij Hindostanen: de stand van zaken III. *Epidemiol Bul Grav* 1998; 33 nr. 1: 18-9.
4. Ramsaransing GN, Kesarlal-Sadhoeram SM, Van Leeuwen FL, Middelkoop BJC. Suikerziekte bij Hindostanen. Een interventieproject. *Epidemiol Bul Grav* 1999; 34 nr. 4: 9-12.
5. Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JThM van, Assendelft WJJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2001. Oxford: Update Software.
6. Middelkoop BJC. Diabetes: a true trouble. *Studies on cardiovascular risk, ethnicity, socioeconomic position and intervention possibilities*. The Hague: Municipal Health Service of The Hague, 2001.

De gezondheid van Marokkanen in de Randstad.

De Haagse gegevens nader bekeken

D.C.M. Fiolet, B.J.C. Middelkoop

Uit diverse onderzoeken blijkt dat allochtone Nederlanders meer problemen hebben met hun gezondheid dan autochtone Nederlanders (1)(2)(3)(4)(5)(6). Men voelt zich minder gezond, de sterfte onder jongeren is hoger en een aantal chronische aandoeningen komt onder allochtonen meer voor. Ook het gebruik dat allochtonen maken van medische voorzieningen, is onderzocht en de problemen die de Nederlandse gezondheidszorg tegenkomt in contact met allochtonen (7)(8)(9)(10)(11). Gebrek aan kennis van culturele achtergronden bij zorgverleners en communicatieproblemen blijken de kernpunten.

In navolging van eerder onderzoek onder Turken (2), is in de periode 1995 tot 1997 onder Marokkanen uit vijf steden in de Randstad een gezondheidsenquête gehouden. In dit artikel duiden we deze enquête aan als de randstedelijke Gezondheidsenquête Marokkanen. Ook de GGD Den Haag heeft in dit onderzoek geparticipeerd, teneinde meer zicht te krijgen op de determinanten van de gezondheid van Hagenaars van Marokkaanse afkomst. Naast randstedelijk uniforme vragen (de 'randstedelijke vragen') was er in de enquête ruimte voor aanvullende vragen die elke deelnemende stad naar eigen inzicht kon samenstellen. Dit betrof één derde deel van de vragen.

Dit artikel schetst de belangrijkste resultaten van het gezondheidsonderzoek onder

Marokkanen zoals in 1998 gerapporteerd door Bleeker en Reelick (12). De resultaten voor de randstedelijke Marokkanen worden daarbij zo goed mogelijk vergeleken met de uitkomsten van onderzoek onder autochtone Nederlanders.

De nadruk in dit artikel ligt echter op de bevindingen voor Den Haag. De antwoorden op de randstedelijke vragen in Den Haag worden vergeleken met die in de andere steden. Voorts worden de antwoorden gepresenteerd op de specifiek Haagse vragen; waar mogelijk worden ook die vergeleken met resultaten van onderzoek onder autochtone Nederlanders.

Onderzoeksopzet

Aan de Gezondheidsenquête onder Marokkanen hebben vijf steden deelgenomen, te weten Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht en Gouda. In elke deelnemende stad is een aselecte steekproef getrokken van 500 personen in de leeftijd van 12 tot 70 jaar, met de Marokkaanse nationaliteit¹).

De bedoeling was om per stad 250 mensen te interviewen. De enquête met grotendeels gestructureerde vragen en gesloten antwoordcategorieën, is mondeling afgenomen in het Marokkaans-Arabisch of Berbers.

Om de gezondheidstoestand van de geïnterviewde Marokkanen te kunnen beoordelen, zijn de resultaten van de randstedelijk uniforme vragen vergeleken met de uitkomsten van onderzoek onder autochtone Nederlanders. Hiervoor is een referentiepopulatie

1) Niet in alle deelnemende steden bleek het mogelijk om op etniciteit te selecteren, wat de voorkeur zou hebben. Uit een vergelijking met het Haagse bevolkingsregister bleek echter dat het (net als elders op nationaliteit gebaseerde) Haagse steekproefbestand qua populatieopbouw niet verschildte van een op etniciteit gebaseerd bestand.

Over de auteurs:

D.C.M. Fiolet, epidemioloog, werkzaam bij de GGD Midden-Holland, en dr. B.J.C. Middelkoop, arts epidemioloog, afdeling Epidemiologie GGD, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Den Haag

gebruikt op basis van de beschikbare bestanden van de landelijke CBS-gezondheidsenquêtes (met name die uit 1993 en 1994). Respondenten uit beide onderzoeken zijn gematched op basis van leeftijd, geslacht en werksituatie. De methodiek van de Gezondheidsenquête is uitgebreid beschreven door Bleeker en Reelick (12).

Voor dit artikel is aanvullend onderzocht of er verschillen aantoonbaar zijn tussen Haagse Marokkanen en Marokkanen in de andere grote steden wat betreft de randstedelijke vragen ²⁾.

Voor het ontwikkelen van de specifiek Haagse vragen heeft de GGD Den Haag in het voorjaar van 1995 een pilotstudy uitgevoerd (13)(14) van 27 interviews met vertegenwoordigers van de Haagse gezondheidszorg. Dit leverde een groot aantal aandachtspunten op. Voorzover deze punten niet in het randstedelijk deel van de Gezondheidsenquête aan de orde kwamen, zijn zij opgenomen in het specifiek Haagse deel van de vragenlijst. De betreffende vragen gingen over communicatie met zorgverleners, drugsproblematiek, medicijngebruik en algemene vragen over ziekte en gezondheid.

Deelname en kenmerken van de onderzoeksgroep

Respons

Door de gekozen werkwijze van de Gezondheidsenquête is het niet goed mogelijk om de respons te bepalen ³⁾. Op basis van het aantal adressen waar minimaal één keer een interviewer langs is gegaan en het aantal geslaagde interviews is de totale respons geschat op 61%. Qua leeftijd en geslacht was de onderzoeksgroep representatief voor de Marokkanen woonachtig in de vijf deelnemende steden (12).

Kenmerken van de onderzoeksgroep

De totale groep Marokkanen die uiteindelijk heeft deelgenomen aan de Gezondheidsenquête bestond uit 1285 personen, waarvan 56% mannen en 44% vrouwen. Met een gemiddelde leeftijd van 30 jaar en

een kwart van de respondenten in de leeftijdscategorie van 12 tot 19 jaar, is dit een betrekkelijk jonge onderzoeksgroep. Het merendeel van de geïnterviewde Marokkanen behoort tot de zogenaamde eerste generatie (86%). Van deze eerste generatie Marokkanen is meer dan de helft afkomstig uit het Rif-gebied, waar de bevolking veelal uit Berbers bestaat ⁴⁾.

In Den Haag zijn uiteindelijk 255 personen geïnterviewd. Qua leeftijd, geslacht en het percentage behorend tot de eerste generatie wijken zij niet significant af van de totale onderzoeksgroep. Wel is in Den Haag het percentage Berbers iets hoger (64 vs. 57%).

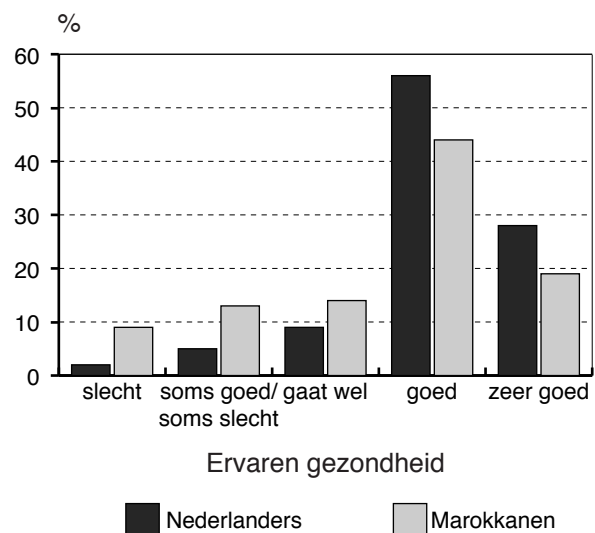
Resultaten van de randstedelijke vragen

Gezondheidssituatie Marokkaanse randstedelingen

Uit de resultaten van de enquête in alle vijf deelnemende steden blijkt dat de Marokkanen zich minder gezond voelen dan autochtone Nederlanders (12). Op de vraag hoe ze in het algemeen hun gezondheid

Figuur 1

Ervaren gezondheid Haagse Marokkanen (Gezondheidsenquête 1995-1997) en autochtone Nederlanders (Gezondheidsenquête 1993 en 1994).



2) Een verschil werd statistisch significant geacht bij een p-waarde kleiner dan of gelijk aan 0,05. Hiermee wordt bedoeld dat de kans dat het gevonden verschil is ontstaan door toeval bij het trekken van de steekproeven (en dus niet slaat op een daadwerkelijk bestaand verschil), minder dan 5% bedraagt.

3) Niet voor elke potentiële respondent is een maximaal aantal pogingen gedaan om hem/haar te laten deelnemen aan het onderzoek. Iedere interviewer moest vijf op de tien beschikbare adressen benutten. Pas als dit niet werd gehaald, moesten de interviewers meerdere pogingen bij de adressen doen (bijv. als de bewoner niet thuis werd getroffen). Voor een zuivere responsbepaling moet bij iedere respondent hetzelfde aantal pogingen worden gedaan.

4) Onder de Berbers is in het algemeen het analfabetisme hoger (Berbers is geen geschreven taal).

waarderen, antwoordden drie keer zoveel Marokkanen als autochtone Nederlanders 'slecht' of 'soms goed/soms slecht' (22% vs. 7%, zie figuur 1).

In het verslag van de randstedelijke enquête wordt dit vergeleken met de resultaten van de gezondheidsenquête onder Turken. Hieruit komt naar voren dat de Marokkaanse bevolkingsgroep óók een slechtere gezondheid heeft in vergelijking met de Turkse bevolkingsgroep.

Op eenzelfde manier als in de CBS-gezondheidsenquête is het voorkomen van ziekten en aandoeningen geïnventariseerd (12). Respondenten moesten aangeven of zij de afgelopen twaalf maanden last hadden gehad van genoemde aandoeningen en/of ziekten. Doordat er sprake is van een vrij jonge onderzoeksgroep, zijn de percentages voor zowel Marokkanen als Nederlanders laag. Marokkanen rapporteerden echter meer ziekten en aandoeningen dan Nederlanders. De meest voorkomende klachten onder Marokkanen staan vermeld in tabel 1. Marokkaanse mannen lijden het meest aan rugaandoeningen, terwijl Marokkaanse vrouwen het vaakst last hebben van duizeligheid met vallen.

In vergelijking met autochtone Nederlanders was het percentage Marokkanen dat aangaf te lijden aan de desbetreffende aandoening, significant verhoogd voor maagzweer of zweer aan twaalfvingerige darm, diabetes, duizeligheid met vallen, ernstige darmstoornissen (langer dan drie maanden), reumatische gewrichtsontsteking van handen of voeten, hardnekige rugaandoeningen, ernstige huidziekten, hoge bloeddruk, astma/chronische bronchitis en migraine. Het verschil was het grootst voor maagzweer (Marokkanen een 12 keer zo hoog percentage) en diabetes (10 keer zo hoog).

Marokkanen doen vaker een beroep op hun huisarts. Bijna de helft bezocht in de twee maanden voorafgaande aan het onderzoek één of meer keer de huisarts, tegenover eenderde van de Nederlanders. Daarbij ondervindt een groot aantal van de deelnemende Marokkanen (34%) communicatieproblemen. Tachtig procent begreep uiteindelijk wel alles wat er was gezegd.

Marokkanen lijken ook vaker een specialist te bezoeken. Bijna eenderde van de Marokkanen was in het jaar voorafgaand aan het onderzoek naar de specialist geweest. Doordat de gehanteerde tijdsperiode verschilt, is vergelijking met Nederlanders hier niet mogelijk. De meest voorkomende klachten waarvoor men de specialist bezocht, waren problemen met het bewegingsapparaat, de ingewanden en de ademhaling. Daarentegen bezoeken Marokkanen minder vaak dan Nederlanders de tandarts. Als belangrijkste reden hiervoor werd het ontbreken van klachten opgegeven.

Marokkanen uit het randstedelijk onderzoek blijken vaker dan Nederlanders medicijnen op recept te hebben gebruikt in de veertien dagen voorafgaand aan het interview (32 vs. 25%). Het gaat hierbij vooral om een hoger gebruik van pijn- en koortswerende middelen, medicijnen voor maag- en darmklachten en medicijnen tegen hoest en verkoudheid. Daarentegen gebruiken Marokkanen in mindere mate dan Nederlanders medicijnen die zonder recept verkrijgbaar zijn (14 vs. 27%).

Gezondheidssituatie Haagse Marokkanen

In figuur 2 wordt weergegeven hoe Marokkaanse mannen en vrouwen in Den Haag hun gezondheid ervaren. In vergelijking met de Marokkanen in de andere steden, lijkt in Den Haag het aantal Marok-

Tabel 1

Meest genoemde ziekten en aandoeningen onder Marokkanen.

Mannen (n=714)	%	Vrouwen (n=571)	%
Rugaandoeningen	18	Duizeligheid met vallen	17
Maagzweer/zweer			
twaalfvingerige darm	13	Rugaandoeningen	15
Duizeligheid met vallen	10	Migraine	13
Astma /chronische		Maagzweer/zweer	
bronchitis / CARA	9	twaalfvingerige darm	11
Gewrichtsontstekingen	6	Gewrichtsontstekingen	6

kanen dat zijn gezondheid als goed of zeer goed waardeert, hoger.

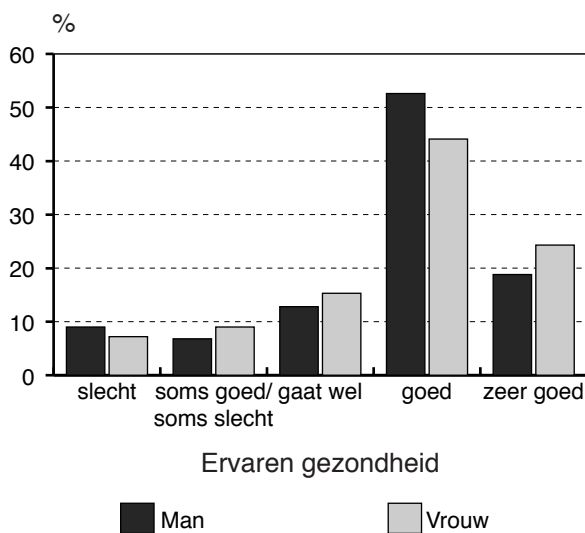
Zoals verwacht neemt de waardering van de eigen gezondheid af met het stijgen van de leeftijd. Na correctie voor leeftijdsverschillen, waarden Marokkaanse vrouwen hun gezondheid over het algemeen iets slechter dan mannen.

Verschillen tussen Haagse en randstedelijke Marokkanen

Aan de hand van de resultaten van de enquête is bekeken of er verschillen aantoonbaar zijn ten aanzien van een aantal gezondheidsindicatoren tussen Den Haag en de andere deelnemende steden. Na correctie voor verschillen in de onderzoekspopulaties ten aanzien van leeftijd, geslacht, leefstijlfactoren etc.⁵⁾, scoren de Haagse Marokkanen beter op ervaren gezondheid en het aantal genoemde aandoeningen. In Den Haag is de odds ratio (zie kader op pagina 18) voor een matig tot slecht ervaren gezondheid 0,71 (95%-betrouwbaarheidsinterval: 0,51-0,99). De odds ratio voor het hebben van één of meer lichamelijke aandoeningen is 0,63 (95%-

Figuur 2

Ervaren gezondheid Haagse Marokkanen naar geslacht.



betrouwbaarheidsinterval: 0,47-0,86). In beide opzichten scoren de Haagse Marokkanen dus gunstiger dan de Marokkanen elders in de Randstad.

Het medicijngebruik en huisarts- en tandartsbezoek laten geen aantoonbare verschillen zien.

Resultaten aanvullende vragen enquête Den Haag

Communicatie

De communicatie tussen Marokkanen en (huis)artsen wordt binnen de Nederlandse gezondheidszorg vaak als problematisch ervaren. Taalproblemen spelen een rol, evenals verschillende ideeën over ziek zijn en genezen (13). De eerder in dit artikel vermelde resultaten van de randstedelijke vragenlijst lijken deze communicatieproblemen te bevestigen.

In de Haagse vragenlijst is extra aandacht besteed aan de eigen beleving van Marokkanen ten aanzien van het contact met de huisarts, ofwel voelen Marokkanen zich begrepen door hun (huis)arts? De meeste ondervraagde Marokkanen geven aan dat ze in het contact met de huisarts in het algemeen goed worden begrepen. Tien procent vindt het contact met de huisarts problematisch als gevolg van taalproblemen en andere ideeën over ziek zijn en genezen. Van de respondenten die weleens bij een specialist zijn geweest (n=119), geeft een twee keer zo hoog percentage dan bij de huisarts aan niet goed te worden begrepen. Van belang in het contact met de huisarts is de bespreekbaarheid van problemen. De meerderheid van de onderzoeksgroep in Den Haag (62%) zegt dat hij/zij alles kan bespreken met de huisarts⁶⁾. Dit betekent dat toch nog een groot deel aangeeft dat één of meerdere onderwerpen niet besproken kunnen worden. De onderwerpen die er uit springen zijn seksualiteit en geslachtsziekten.

Uit het Haagse pilotonderzoek onder vertegenwoordigers van de gezondheidszorg bleek dat communicatiebarrières mede ontstaan door het geloof van veel Marokkanen in bovennatuurlijke oorzaken van ziekte en door het bestaan van een traditioneel medisch circuit naast het reguliere, waarin traditionele genezers, de Koran en alternatieve geneeswij-

5) Naast leeftijd en geslacht is gecorrigeerd voor roken, burgerlijke staat, eerste of tweede generatie, gebied van herkomst (aandeel Berbers) en SES.

6) Genoemde onderwerpen waren seksualiteit, SOA (seksueel overdraagbare aandoeningen; in de Gezondheidsenquête aangeduid met de term 'geslachtsziekten'), verslavingsziekte, menstruatieklachten, impotentie, onvruchtbaarheid, somberheid en nervositeit.

zen van belang zijn (13).

In de Haagse enquête heeft men daarom gevraagd of Marokkanen gezondheidsproblemen ook elders bespreken, bijvoorbeeld met een imam of in de moskee. Nog niet één op de tien ondervraagden gaf vervolgens aan wel eens met de imam te praten over gezondheidsproblemen. Meer mensen praten wel eens over gezondheidsproblemen in de moskee (19%), maar ruim de helft van de ondervraagden weet niet of er in de moskee veel wordt gesproken over gezondheidsproblemen.

Wat betreft het gebruik van traditionele geneeswijzen en medicijnen, zegt bijna eenvijfde (n=49) van de respondenten weleens een talisman te gebruiken. De helft van de respondenten maakt gebruik van kruiden tegen ziekten.

Medicijngebruik

Uit de interviews onder sleutelfiguren binnen de Haagse gezondheidszorg was eveneens de indruk ontstaan van een omvangrijk medicijngebruik onder Marokkanen en van een gering inzicht in werking, effect en doel van medicatie. Daarnaast bestond het vermoeden dat er onder Marokkanen veel aan zelfmedicatie wordt gedaan (13).

Resultaten van de enquête in alle vijf de steden toonden aan dat het medicijngebruik op recept inderdaad hoger was onder Marokkanen dan onder autochtone Nederlanders. Aanvullend is in de Haagse enquête een vraag gesteld over zelfmedicatie. Ongeveer eenderde van de respondenten heeft wel eens gehoord van het gebruik van medicijnen die eigenlijk zijn bestemd voor familie of vrienden. Daarentegen geven slechts vijf mensen aan dit ook zelf te doen. Het betreft voornamelijk medicijnen die zonder recept verkrijgbaar zijn, zoals aspirine, paracetamol en hoestdrank.

Drugsgebruik

Op verzoek van het Ministerie van VWS, dat het eerder genoemde pilot onderzoek financierde, is in de interviews onder de Haagse informanten (waaronder mensen werkzaam in de verslavingszorg) extra aandacht besteed aan de verslavingsproblematiek. Uit de interviews kwam het signaal naar voren dat het zorgaanbod meer zou moeten worden aangepast aan de specifieke kenmerken van de groep Marokkanen en dat het (toen nog zo geheten) Centrum voor Alcohol en Drugs (CAD) vaak onbekend is (13).

In de Haagse vragenlijst is met enkele extra vragen

aandacht besteed aan drugsproblematiek onder Marokkanen. Op de vraag of de respondenten in hun dagelijks leven overlast ondervinden van drugsverslaafden, antwoordt driekwart ontkennend. Acht procent ondervindt ernstige overlast (in de zin van: niet meer de straat op durven of kinderen niet op straat laten spelen).

Eén op de vijf respondenten geeft aan in zijn/haar omgeving iemand te kennen die verslaafd is aan drugs. Op de vraag wat men als reden ziet voor deze verslaving, antwoorden de meeste mensen invloed van vrienden en contact met verkeerde mensen. Andere veelgenoemde oorzaken zijn een slechte opvoeding c.q. problemen met de ouders, werkloosheid onder jongeren, slechte toekomstperspectieven en een te grote vrijheid in Nederland.

Van degenen die antwoord gaven op de vraag hoe drugsverslaafden geholpen moeten worden (n=190), dicht tweederde familieleden en/of vrienden een belangrijke rol toe. Eenderde noemt zowel vrijwillige als gedwongen opname in een afkickcentrum voor verslaafden, 11% ziet het terugsturen van drugsverslaafde Marokkanen naar Marokko als oplossing. Het Centrum voor Alcohol en Drugs ten slotte, wordt door 25 mensen genoemd (13%).

Overige vragen

In het Haagse deel van de Gezondheidsenquête is gevraagd wat Marokkanen zelf als de belangrijkste oorzaak zien van hun lichamelijke klachten. De helft van de ondervraagden noemt het Nederlandse klimaat. Eenderde noemt daarnaast het verschillende leven in Nederland en Marokko als oorzaak. Iets minder mensen zien psychische klachten (inclusief eenzaamheid en heimwee) als oorzaak van lichamelijke klachten. Ten slotte geeft bijna één op de vier ondervraagden arbeidsomstandigheden aan als belangrijke oorzaak.

Een kwart van de ondervraagden meldt dat men in geval van ziekte, niemand om hulp vraagt voor huishoudelijke zaken. Van de overigen vraagt de overgrote meerderheid (83%) hulp aan de echtgenoot of familie. Geen enkele respondent geeft te kennen hulp te vragen aan de thuiszorg.

Ten slotte is gevraagd wat de geïnterviewden de best mogelijke manier van gezondheidsvoorlichting vinden. Voor wat betreft voorlichting over de Nederlandse gezondheidszorg en aanverwante onderwerpen vindt tweederde van de ondervraagden de televisie hiervoor het beste medium. In mindere mate noemt men folders, school, huisarts en radio. Voor

een meer specifiek onderwerp als gezonde voeding ziet men de huisarts vaker als informatiebron. De school wordt een belangrijker rol toebedacht in het geven van voorlichting over van onderwerpen als aids, geslachtsziekten en drugsverslaving.

Zelfs wanneer de jongste leeftijdsgroep (12 tot 19 jaar) buiten beschouwing wordt gelaten, noemt toch nog 20% (n=33) van de ondervraagde Marokkanen de school als plek waar voorlichting moet worden gegeven over geslachtsziekten. In geval van drugs is dit 16%.

Discussie

Gezondheidssituatie

Bij vergelijking van de resultaten van de randstedelijke Gezondhedenquête met de resultaten van de CBS-enquête onder Nederlanders lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat de gezondheid van Marokkanen achterblijft bij de gezondheid van autochtone Nederlanders. Dit overigens met de aantekening dat er vertekeningen kunnen zijn opgetreden als gevolg van enkele methodologische problemen. Soms zullen percentages daardoor zijn overschat, in andere gevallen onderschat ⁷⁾.

Het percentage Marokkanen dat aangeeft te lijden aan een maagzweer of een zweer van de twaalfvingerige darm is zeer hoog. In Den Haag zijn al eerder aanwijzingen gevonden voor een verhoogd voorkomen van ulcus pepticum onder jonge Marokkaanse mannen (15).

Opvallend is voorts het hoge percentage Marokkanen dat meldt diabetes te hebben. Een hoge diabetesprevalentie is ook onder andere allochtone bevolkingsgroepen gevonden, in Den Haag met name bij Hindostanen.

Het gebruik van medicijnen op recept is hoger onder Marokkanen dan onder Nederlanders. Het gaat daarbij vooral om geneesmiddelen die in principe ook zonder recept verkrijgbaar zijn. Dit verklaart wellicht deels het lagere gebruik door Marokkanen van geneesmiddelen die zonder recept zijn gekocht.

In vergelijking met Marokkanen in de andere steden, lijkt de gezondheidstoestand van Haagse

Marokkanen gunstiger. Zij scoren beter op ervaren gezondheid en het aantal gerapporteerde aandoeningen. Aan het slot van dit artikel wordt hierop teruggekomen.

Aanvullende vragen enquête Den Haag

De communicatie van allochtonen met zorgverleners is een belangrijk knelpunt in de Nederlandse gezondheidszorg. Recent onderzoek naar de communicatie tussen huisartsen en allochtone patiënten liet zien dat huisartsen in bijna tweederde van de patiëntencontacten met Turkse en Marokkaanse patiënten een communicatieprobleem hadden (8). De huisartsen beoordeelden de hulpvraag van allochtone patiënten vaker als oneigenlijk en onduidelijk; het gesprek vonden zij vaker emotioneel belastend en het consult duurde vaker langer dan tien minuten. Ook in Den Haag is het onderwerp 'communicatieproblemen tussen huisarts en migrant' uitvoerig aan de orde gesteld (9)(10). Een uitgebreid overzichtsartikel over de multiculturele huisartspraktijk is onlangs verschenen in het tijdschrift 'Migrantenstudies' (11).

In het Haagse onderzoek onder sleutelfiguren in de gezondheidszorg (13) werden al enkele veel voorkomende barrières in het contact genoemd: onvoldoende gedetailleerde of specifieke kennis van de Marokkaanse cultuur bij gezondheidswerkers, taalproblemen, lastig om het vertrouwen van de patiënt te winnen en moeite met een andere manier van klachten uiten ('overdreven' en 'theatraal' in de ogen van Nederlanders).

Uit de resultaten van de Haagse enquête blijkt dat de meerderheid van de Haagse Marokkanen niet heel negatief is over het contact met de huisarts. Bij deze bevinding moet natuurlijk wel de mogelijkheid van sociaal wenselijke antwoorden (ten opzichte van interviewer en eventuele andere bij het interview aanwezige personen) worden betrokken. Niettemin komt uit het onderzoek naar voren dat men zich bij de huisarts in elk geval minder vaak niet-begrepen voelt dan bij de specialist. Echter, ook in de communicatie tussen de huisarts en de Marokkaanse

7) Door problemen bij de voorbereiding en uitvoering is het randstedelijk onderzoek in delen op verschillende tijdstippen uitgevoerd. Daarnaast is niet altijd voldaan aan de vooraf gestelde voorwaarde dat interviewer en geïnterviewde van hetzelfde geslacht moesten zijn. Met name bij de meer gevoelige onderwerpen kan dit een rol hebben gespeeld. Een ander probleem bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten is het feit dat deze zijn gebaseerd op zelfgerapporteerde aandoeningen, die niet per se gediagnosticeerd hoeven te zijn door een arts en/of specialist. Dit zal de gevonden percentages eveneens hebben beïnvloed. Mogelijk spelen ook vertaalproblemen een rol, waarbij Marokkanen andere definities voor aandoeningen kunnen hanteren.

patiënt worden in een niet verwaarloosbaar percentage van de contacten over en weer problemen ervaren. In het bijzonder het bespreken van onderwerpen als seksualiteit en geslachtsziekten blijkt moeilijk.

Het geloof van veel Marokkanen in traditionele geneeswijzen zou de communicatie tussen allochtonen en zorgverleners nog verder bemoeilijken (13). De Haagse gegevens laten inderdaad een aanzienlijk gebruik zien van zowel een talisman (één op vijf) als van kruiden (gebruikt door de helft in geval van ziekte). Uit het randstedelijk onderzoek blijkt echter dat Marokkanen tegenwoordig nauwelijks meer gebruik maken van traditionele Marokkaanse genezers. Ondanks de rol die het geloof in traditionele geneeswijzen blijkbaar nog steeds speelt, lijkt men voor ernstiger ziekten en/of aandoeningen een beroep te doen op het reguliere medische circuit.

De imam en de moskee lijken geen belangrijke gesprekspartner op het gebied van (lichamelijke) gezondheid. Ook op het gebied van voorlichting vervult de moskee geen belangrijke rol. Opvallend is dat een behoorlijk deel van de volwassenen de school noemt als de plek voor voorlichting over seksualiteit en drugs.

Het vermoeden van een grote mate van zelfmedicatie onder Marokkanen wordt niet bevestigd door de resultaten van dit onderzoek. Opvallend is verder wel dat Marokkanen -althans in Den Haag- in geval van ziekte voor huishoudelijke hulp geen beroep doen op de thuiszorg. De familie blijft in dit geval het eerste aanspreekpunt.

Voor een adequate interpretatie van de resultaten van de aanvullende Haagse vragen zouden deze eigenlijk vergeleken moeten worden met het gedrag van autochtone Nederlanders. Immers, ook Nederlanders vallen vaak terug op traditionele/alternatieve geneeswijzen, en ook zij bespreken niet 'alles' met hun huisarts. Een juiste interpretatie wordt verder bemoeilijkt door methodologische problemen. Bijvoorbeeld de mate waarin respondenten bij dergelijk onderzoek sociaal wenselijk antwoorden en de rol die de interviewer speelt bij de interpretatie van vragen als gevolg van communicatieproblemen. Bij verder gezondheidkundig onderzoek onder allochtonen moet hier zeker nog meer aandacht aan worden besteed.

De bevinding in dit onderzoek die zich het moeilijkst laat interpreteren is de schijnbaar gunstiger gezond-

heidssituatie van de in Den Haag woonachtige Marokkanen, vergeleken met de Marokkanen in de andere vier steden die bij het onderzoek betrokken waren. Dit voordeel voor de Haagse Marokkanen bleef bestaan na correctie voor allerlei andere variabelen die in het onderzoek zijn geregistreerd. Wij hebben geen plausibele verklaring kunnen vinden voor deze bevinding. Helaas kan niet worden uitgesloten dat we hier te maken hebben met een schijnbevinding (een 'artefact'). Om de conclusie te kunnen rechtvaardigen dat er werkelijk een verschil bestaat tussen de gezondheid van Haagse Marokkanen en Marokkanen elders in de Randstad, dient aan de eis te zijn voldaan dat de gegevensverzameling geheel identiek is geweest. En daar kunnen we in dit geval vraagtekens bij zetten. Het veldwerk van het onderzoek was uitbesteed aan diverse bureaus, waarvan sommige vooral in de ene en andere bureaus vooral in de andere stad interviews hebben afgenomen. Hierdoor kunnen verschillen zijn ontstaan in de benadering van de respondenten en de wijze van enquêteren. Daarom kan niet worden uitgesloten dat de resultaten zijn verstoord door andere interviewomstandigheden in Den Haag (aantal personen aanwezig bij het interview, ander soort interviewers, andere manier van werving en selectie).

Conclusie

Uit dit onderzoek komt naar voren dat de gezondheid van Marokkanen in de Randstad slechter is dan die van autochtone Nederlanders en ook slechter dan die van Turkse inwoners. Wat betreft zelfgerapporteerde chronische aandoeningen springen vooral de maagzweer en diabetes mellitus eruit; deze worden door Marokkanen veel vaker genoemd dan door autochtone Nederlanders. De meest voorkomende chronische aandoeningen zijn bij de mannen rugaandoeningen, en bij de vrouwen duizeligheid met vallen.

Marokkanen bezoeken frequenter de huisarts dan autochtone Nederlanders. Zowel de huisartsen als hun Marokkaanse patiënten zijn van mening dat de communicatie vaak niet probleemloos verloopt. Het specialistenbezoek door Marokkanen lijkt verhoogd, het tandartsbezoek verlaagd. De thuiszorg wordt niet veel ingeschakeld voor huishoudelijke hulp. Het gebruik van traditionele geneeswijzen zoals talisman en kruiden komt tamelijk frequent voor. Of dit frequenter is dan bij de autochtone Nederlanders en zo ja hoeveel frequenter, is echter niet duidelijk.

Met de odds ratio wordt weergegeven hoe veel vaker een ziekte of aandoening voorkomt onder een bepaalde bevolkingsgroep (de 'index-populatie'), in vergelijking met een referentiegroep. In dit artikel is de index-populatie steeds de Marokkaanse bevolkingsgroep en de referentiegroep de algemene Nederlandse bevolking. Een odds ratio van 2 bijvoorbeeld, betekent dat de ziekte twee maal zo vaak voorkomt binnen de Marokkaanse bevolkingsgroep. Odds ratio's kunnen rechtstreeks worden berekend ('ruwe odds ratio's'), maar het is ook mogelijk om te corrigeren voor bepaalde relevante verschillen tussen de index- en referentiepopulatie (bijvoorbeeld verschillen in leeftijd, geslacht en sociaal-economische positie).

Een odds ratio met een waarde 1 geeft aan dat de ziekte precies even vaak in de index-populatie voorkomt als in de referentiegroep. Een odds ratio wordt beschouwd als statistisch betekenisvol indien de kans dat de waarde eigenlijk 1 had moeten zijn, minder dan 5% bedraagt (zie de voetnoot over de p-waarde). In dat geval ligt, bij een odds ratio kleiner dan 1, het gehele 95%-betrouwbaarheidsinterval onder de 1; en bij een odds ratio groter dan 1 ligt het gehele 95%-betrouwbaarheidsinterval boven de 1.

Literatuur:

1. Hoogenboezem J, Israël's AZ. Sterfte naar doodsoorzaak onder Turkse en Marokkaanse ingezetenen in Nederland, 1979 - 1988. *Maandst Bevolk (CBS) 1990*; 8: 5-20.
2. Centraal Bureau voor de Statistiek. De gezondheidsenquête Turkse ingezetenen in Nederland 1989/1990. Den Haag: SDU Uitgeverij.
3. Schulpen TWJ (red.). Mortaliteitsverschillen tussen allochtone en autochtone kinderen. Centre for Migration and Health Utrecht. GG&GD Utrecht, 1996.
4. Van Wersch SFM, Uniken Venema HP, Schulpen TWJ. De gezondheidstoestand van allochtonen. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997*; deel II. Gezondheidsverschillen. Maarssen: RIVM, Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
5. Mackenbach JP. Volksgezondheid in Nederland. Verschillen naar etniciteit. In: Van der Maas PJ & Mackenbach JP (red). *Volksgezondheid en Gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier/Bunge, 1999.
6. ZON/NWO. Onderzoeksprogramma Cultuur en Gezondheid. *ZorgOnderzoek Nederland / Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek*. Den Haag, 1998.
7. Avezaat JJM, Lutjenhuis MJTh, Nijhuis HGJ, Struben HWA. Migranten en hun huisarts. *Epidemiol Bul Grav 1983*; 18 nr. 4: 5-14.
8. Gerits YC, Uitenbroek DG, Dijkshoorn H, Verhoeff AP. De communicatie tussen huisarts en Turkse en Marokkaanse patiënten nader bekeken. *Tijdschr Gezondheidsw 2001*; 79: 16-20.
9. Werkgroep 'Huisarts en migrant'. Dialoog tussen huisartsen en migranten. Verslag van dertien discussiebijeenkomsten. Den Haag: GGD, afdeling GVO, 1997.
10. Van Erp R, Kraetzer S. De communicatie tussen huisarts en migranten: de groepsgewijze dialoog als methode. *Epidemiol Bul Grav 1997*; 32 nr. 4: 10-4.
11. Bruijnzeels M. De multiculturele huisartspraktijk. *Migrantenstudies 2001*; 17(2): 72-84.
12. Bleeker JK, Reelick NF. De gezondheid van Marokkanen in de Randstad. GGD Rotterdam e.o., 1998.
13. Van Rijn A. De vinger en de zere plek. Aanbieders van zorg over de gezondheid van Haagse Marokkanen. Den Haag: GGD, 1995.
14. Van Rijn A. De Nederlandse gezondheidszorg en Marokkanen. *Epidemiol Bul Grav 1995*; 30 nr 4: 9-14.
15. Avezaat JJM. Gezondheidsproblemen van migranten. Het ulcus pepticum bij jonge mannen. *Epidemiol Bul Grav 1985*; 20 nr. 3: 7-10.

Pilotproject wijkgerichte voorlichting

Over het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker en borstkanker

C.H. Kuyper

De deelname van vrouwen in Den Haag aan het bevolkingsonderzoek borst- en baarmoederhalskanker blijkt lager dan die in andere steden in de regio. Vooral in de wijken met een lage sociaal-economische status is de opkomst laag. Om hier verbetering in te brengen hebben de Stichting Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker regio West (SBBW), de Stichting Bevolkingsonderzoek West-Nederland (BoB West) en de GGD Den Haag een voorlichtingsproject opgezet. Als pilot voor het project is een half jaar lang een voorlichtingscampagne gevoerd in een aantal centrumwijken van Den Haag. Op grond van de evaluatie van deze pilot zijn aanbevelingen gedaan om de voorlichtingsactiviteiten te verbreden tot heel Den Haag; een aantal zaken zal voor de hele regio Zuid-Holland Noord worden meegenomen.

In dit artikel wordt de voorlichtingscampagne beschreven en de belangrijkste bevindingen.

Sinds 1990 vindt in Den Haag bevolkingsonderzoek borstkanker plaats en sinds 1995 bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Vrouwen van 50 tot 75 jaar ontvangen eens in de twee jaar een uitnodiging om een mammografie te laten maken bij een onderzoekseenheid van BoB West (voorheen Stichting Kankerpreventie West-Nederland) in de Thorbecketoren of in de mobiele onderzoekseenheid achter station Hollands Spoor.

En vrouwen in de leeftijd van 30 tot en met 60 jaar worden eens in de vijf jaar door SBBW uitgenodigd een uitstrijkje te laten maken bij de huisarts. Vergelijken met de andere gemeenten in regio (Leiden e.o.



Delft e.o. Zoetermeer e.o. en Gouda e.o.) is de participatie voor beide screeningsprogramma's in Den Haag laag. De deelnamepercentages in Den Haag stagneerden in 1997 op 38% voor baarmoederhalskanker en 68% voor borstkanker. Regionaal waren de cijfers dat jaar 46% en 78%. (Het College voor Zorgverzekeringen gaat ervan uit dat een bevolkingsonderzoek effectief is wanneer minimaal 70% deelneemt). De opkomst is met name laag in Haagse wijken met een lage sociaal-economische status (SES) (1).

Voor een deel van de wijkbevolking waren de bevolkingsonderzoeken blijkbaar niet voldoende toegan-

Over de auteur: mw. C.H. Kuyper is voorlichtingskundige bij de Stichting Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker regio West en de Stichting Borstsonderzoek West-Nederland.

kelijk. Om die reden hebben SBBW, BoB West en de GGD Den Haag gezamenlijk een project opgezet, gericht op betere informatievoorziening over de bevolkingsonderzoeken, grotere bekendheid en daarmee -op langere termijn- een hogere deelname. Door goede informatie kunnen vrouwen een weloverwogen keuze maken voor (of tegen) deelname aan het onderzoek.

Als pilot voor het project werd van september 1999 tot maart 2000 een voorlichtingscampagne gehouden in een aantal centrumwijken van Den Haag.

Oorzaken lage opkomst

Uit de literatuur en uit gesprekken blijken bij een laag opkomstpercentage de volgende oorzaken een rol te kunnen spelen:

- gebrek aan kennis over de bevolkingsonderzoeken, ook gebrek aan kennis van preventie, het risico op kanker en van het eigen lichaam in het algemeen;
- culturele en/of religieuze opvattingen, zoals de onbespreekbaarheid van kanker of het niet vertrouwd zijn met een preventieve benadering;
- negatieve gevoelens ten aanzien van het onderzoek, zoals angst en schaamte;
- het niet ontvangen, niet lezen of niet begrijpen van de uitnodiging. De verhuismobiliteit in deze wijken is hoog, waardoor mogelijk een deel van de uitnodigingen de juiste personen niet bereikt;
- geen tijd of geen vervoer of een andere praktische reden.

Een wijkgerichte voorlichtingscampagne

Ervan uitgaand dat bovengenoemde oorzaken ten grondslag kunnen liggen aan een lage opkomst, is als interventie een voorlichtingscampagne uitgevoerd, gericht op beide bevolkingsonderzoeken. De verwachting was dat op deze wijze de bevolkingsonderzoeken met elkaar zouden worden geassocieerd en dat zodoende 'het bevolkingsonderzoek' een begrip zou worden. Een gezamenlijke aanpak was mede zinvol omdat voor beide bevolkingsonderzoeken de redenen voor non-participatie grotendeels overeenkwamen.

Doelgroep

Doelgroep van de voorlichtingscampagne waren vrouwen in de leeftijd van 30 tot 75 jaar van Nederlandse, Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse afkomst in (delen van) de wijken Regenteskwartier, Valkenboskwartier, Zeeheldenkwartier, Schilderswijk en Transvaal¹⁾.

De voorlichtingscampagne was tevens gericht op de sociale omgeving van de vrouwen en op intermediairen, werkzaam in de betreffende wijken. Intermediairen staan doorgaans dichtbij de doelgroep, genieten vertrouwen en kennen effectieve kanalen en lokaties voor informatieoverdracht. Belangrijke intermediairen zijn huisartsen en hun assistenten, buurthuismedewerkers, apothekers, medewerkers van migrantenorganisaties, vrouwencentra, bibliotheken en de 'migrantenvoorlichtsters eerste lijn'.

Voorlichtingsvormen

In de campagne is zowel gebruik gemaakt van massamediale als persoonlijke voorlichting. Twee belangrijke voorlichtingsmomenten waren de periode voordat de uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek werd verstuurd en het moment rondom de ontvangst van de uitnodiging.

In de periode voordat de vrouw de uitnodiging ontving werd informatie gegeven over de bevolkingsonderzoeken zelf en de speciaal voor de bevolkingsonderzoeken georganiseerde voorlichtingsbijeenkomsten. Deze bijeenkomsten werden in de wijken georganiseerd op een laagdrempelige lokatie, bijvoorbeeld het buurthuis, en in verschillende talen. Hier toe werden Voorlichtsters in Eigen Taal en Cultuur (VETC'ers) ingeschakeld.

De informatie werd verspreid door middel van advertenties (in verschillende talen) in wijkkranten en persberichten. Ook een aantal regionale en lokale media (schrijvende pers, radio, televisie) heeft aandacht geschonken aan het onderwerp.

Hiernaast heeft men de vrouwen meer persoonlijk benaderd, via de intermediairen. De intermediairen werden bezocht of aangeschreven en voorzien van voorlichtingsmateriaal, zoals folders, posters, een

1) Ten tijde van de voorlichtingscampagne kregen alle vrouwen van 50 tot 75 jaar die volgens informatie van de Gemeentelijke Basis Administratie woonden in de postcodegebieden 2518, 2561, 2662 en 2563, een uitnodiging voor onderzoek op borstkanker. Vrouwen die volgens dezelfde bron woonden in deze postcodegebieden (of in 2571) en die in 1999 50, 55 of 60 jaar waren geworden, kregen een uitnodiging voor het laten maken van een uitstrijkje. Ook de vrouwen die in de postcodegebieden 2525 en 2526 woonden en die 30 jaar waren geworden, kregen deze uitnodiging.



videofilm over de bevolkingsonderzoeken en pamfletten die voorlichtingsbijeenkomsten aankondigden. De intermediairen werden aangespoord het voorlichtingsmateriaal onder de aandacht van de vrouwen te brengen. Ook kregen ze uitgebreide achtergrondinformatie over de bevolkingsonderzoeken.

Tegelijk met de uitnodiging voor het onderzoek ontvingen de vrouwen een meertalige folder met de meest essentiële informatie over de bevolkingsonderzoeken en een uitnodiging voor een voorlichtingsbijeenkomst in de eigen taal. Om de aandacht op de uitnodiging te vestigen werd de enveloppe voorzien van een opvallende sticker.

Voor het project is speciaal voorlichtingsmateriaal ontwikkeld. De informatie moest eenvoudig zijn, sterk gevisualiseerd, in meerdere talen en afgestemd op de culturele achtergronden van de vrouwen. In het materiaal werd nadrukkelijk gewezen op het bestaan van de informatielijnen van het bevolkingsonderzoek borstkanker en baarmoederhalskanker. Voordat het voorlichtingsmateriaal in gebruik werd genomen, vond een pretest plaats onder de doelgroep.

Ook werden folders verstrekt met het telefoonnum-

mer van de Allochtone Vrouwen Telefoon in Den Haag, waar vrouwen kunnen spreken met iemand in de eigen taal en met dezelfde culturele achtergrond. De medewerkers van de Allochtone Vrouwen Telefoon waren speciaal over de bevolkingsonderzoeken en het project geïnformeerd.

Procesevaluatie

Bij de vrouwen uit de doelgroep is vooral getracht inzicht te verkrijgen in:

- de waardering die zij toekennen aan de verschillende voorlichtingsmiddelen;
- hoe zij hiermee in aanraking zijn gekomen;
- de redenen voor (non)participatie aan het bevolkingsonderzoek.

De reacties van de vrouwen zijn verkregen door (semi-gestructureerde) telefonische interviews, afgenomen door medewerksters van de Allochtone Vrouwen Telefoon. Met 163 vrouwen uit de desbetreffende postcodegebieden die een uitnodiging voor (één van) de bevolkingsonderzoeken hadden ontvangen, is een telefonisch interview gehouden. (Vrouwen bij wie een voor kanker verdachte afwijking was gevonden werden uitgesloten van de steekproef.)

Van de 163 vrouwen hadden 110 wel en 53 niet meegedaan aan het bevolkingsonderzoek.

De ervaringen van de intermediairen met de voorlichtingscampagne en hun mening erover zijn geïnventariseerd via een schriftelijke (semi-gestructureerde) enquête. Ook is gevraagd naar eventuele problemen bij het uitvoeren van de voorlichtingsactiviteiten. Van de uitgezette 131 vragenlijsten is 36% geretourneerd.

Aan de voorlichtsters die de voorlichtingsbijeenkomsten en de huisbezoeken hebben verzorgd en aan de migrantenvoorlichtsters eerste lijn is eveneens gevraagd naar hun waardering van de campagne en hun verwachting van de impact op de vrouwen.

Belangrijkste bevindingen en aanbevelingen

Voorlichtingsmateriaal

De meertalige folder werd, zowel door de vrouwen als door de intermediairen positief gewaardeerd op punten als moeilijkheidsgraad, duidelijkheid van de

foto's en hoeveelheid informatie. Aanbevolen is het gebruik van de folder te continueren.

Voorlichtingsbijeenkomsten

In totaal zijn er veertig voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd. Drie voor vrouwen die het Nederlands goed vaardig zijn en negen voor vrouwen die het enigszins beheersen (gemiddeld aantal aanwezigen respectievelijk 2 en 15). Daarnaast zijn in de eigen niet-Nederlandse taal bijeenkomsten georganiseerd voor Turkse vrouwen (10 keer, bezocht door gemiddeld 16 vrouwen), Marokkaanse (7 keer, gemiddeld 11 vrouwen), Surinaamse (6 keer, gemiddeld 18 vrouwen), Iraanse (3 keer, gemiddeld 6 vrouwen), Somalische (1 keer met 8 vrouwen) en Antilliaanse vrouwen (1 keer met 2 vrouwen). De voorlichtsters zelf gaven aan dat de aanwezigen behoefte hadden aan informatie en veel vragen stelden.

Aanbevolen is de bijeenkomsten voor allochtone vrouwen, waaronder die in het 'eenvoudig' Nederlands, te blijven aanbieden. Vrouwen moeten er wel duidelijk op worden geattendeerd waar en wanneer de bijeenkomsten plaatsvinden.

Inzet intermediairen

Huisartspraktijken blijken een belangrijke lokatie voor het verspreiden van voorlichtingsmateriaal. Veel vrouwen waren via de huisarts in aanraking gekomen met het materiaal.

Het is daarom van belang huisartsen en hun assistenten te stimuleren het voorlichtingsmateriaal te gebruiken en bij de vrouwen onder de aandacht te brengen. Op basis van de reacties van de huisartsen is ook aanbevolen hen te blijven voorzien van voorlichtingsmateriaal. Daarnaast moeten zij worden voorzien van de nodige achtergrondinformatie, zodat zij de vrouwen ook mondeling goede voorlichting kunnen geven.

Media

Vrij veel vrouwen gaven aan dat zij in de media het onderwerp bevolkingsonderzoeken hadden aangetroffen. De krant bleek een beter bereik te hebben dan televisie en radio.

De aanbeveling luidt om met regelmaat bekendheid geven aan de bevolkingsonderzoeken in de media.

Redenen voor (non)participatie

Aan de vrouwen is gevraagd wat de belangrijkste redenen waren om wel of niet deel te nemen aan het onderzoek. Ruim vier van de vijf vrouwen die deel

hebben genomen aan het bevolkingsonderzoek, geven als belangrijkste reden het belang van vroege opsporing van borst-/baarmoederhalskanker. Een derde van de vrouwen die niet hebben deelgenomen geeft hier praktische redenen voor op (bijvoorbeeld op vakantie, kan niet onder werktijd). Anderen geven aan dat zij bang zijn voor het onderzoek, het niet nodig vinden, het vergeten zijn of de uitnodiging niet hebben gezien.

In de organisatie van de bevolkingsonderzoeken zou wellicht rekening kunnen worden gehouden met de praktische belemmeringen.

Implementatie

Op grond van de resultaten en de aanbevelingen uit deze pilot worden de voorlichtingsactiviteiten rond bevolkingsonderzoeken breder geïmplementeerd: in heel Den Haag en ook in het werkgebied Zuid-Holland noord. Daarnaast wordt een aantal aanbevelingen met betrekking tot het voorlichtingsmateriaal meegenomen bij het ontwikkelen van landelijk materiaal.

In ieder geval worden huisartspraktijken voortaan intensiever dan voorheen geïnformeerd over de bevolkingsonderzoeken en krijgen zij meer voorlichtingsmateriaal tot hun beschikking. Ook zullen er opnieuw voorlichtingsbijeenkomsten worden georganiseerd voor de vrouwen, vergezeld van advertenties in de lokale pers. Bij de uitnodigingsbrief die de vrouwen ontvangen zal in een aantal wijken de meertalige folder worden meegestuurd die in het pilotproject is ontwikkeld.

Voor informatie of het aanvragen van een rapport of voorlichtingsmateriaal kunt u bellen met:

SBBW: telefoon 071 – 523 23 22 of

BoB West: telefoon 071 – 525 97 59

Literatuur:

1. Wijkgerichte voorlichting onderzocht. Verslag van de evaluatie van een pilotproject voorlichting rond de bevolkingsonderzoeken baarmoederhalskanker en borstkanker in een aantal centrumwijken van Den Haag. Den Haag, september 2000.

korte berichten

Nieuw

Drugssite voor jongeren



'WWW.drugsweb.nl' is de naam van de nieuwe, speciaal voor jongeren opgezette, Haagse internet-site voor drugsvoorlichting. De site bevat informatie over hard- en softdrugs, hulpverlening en wetgeving in binnen- en buitenland. Er staan games op, nieuwtjes, tests, en via de site kun je vragen stellen aan bekende Nederlanders. Doel is uiteraard jongeren te informeren over het gebruik van drugs en te voorkomen dat ze door drugs in de problemen komen. De site is tevens een uitstekende informatiebron voor het maken van werkstukken. Er is zelfs jaarlijks een prijsvraag voor het beste werkstuk, beoordeeld door een deskundige jury en bekroond met een prijs.

WWW.drugsweb.nl is tot stand gekomen door samenwerking van de gemeente Den Haag, Politie Haaglanden, Jongeren Informatie

Punt (JIP) en Parnassia.

Om de site te promoten is allerlei materiaal ontwikkeld, van pennen, pepermuntjes, mouse pads en posters tot t-shirts en petjes. Artsen, hulpverleners, mensen van scholen, cafés, bioscopen, kortom iedereen die werkt op een plek waar veel jongeren komen, kan het promotiemateriaal bestellen bij: j.c.c.warmerdam@ocw.denhaag.nl. Telefoon: 070 - 3537258, fax: 070 - 3537292.

Actuele informatie

Hygiëne in instellingen

Voor artsen en hygiënisten die betrokken zijn bij infectieziektebestrijding en -preventie in instellingen, organiseert de National School of Public Health (NSPH) de module Hygiëne in instellingen. De module is onderdeel van de leergang Infectieziektebestrijding maar kan ook afzonderlijk worden gevolgd.

Data: woensdag 9, 16, 23, 30 januari, 6 en 27 februari, 6 en 13 maart 2002.

Kosten: f 4.180,-/ 1.896,80.

Plaats: NSPH, Admiraal Helfrichlaan 1, Utrecht.

Informatie: www.nsph.nl, secretariaat Infectieziekten telefoon 030 - 2913232, nvanverseveld@nsph.nl.

Aantal seksueel overdraagbare aandoeningen stijgt

De stijging van het aantal seksueel overdraagbare aandoeningen

(SOA) in 1999 heeft zich doorgezet in 2000. Het aantal consulten bij de GGD voor SOA en HIV-infecties nam in 2000 toe met 16%, het aantal SOA-diagnosen met 15%. Vooral gonorrhoe en chlamydia nemen toe met respectievelijk 71% en 41%. De toename is het grootst bij mannen en lijkt zich niet te beperken tot specifieke risicogroepen.

Dit meldt het jaarverslag Registratie van SOA- en HIV-consulten bij GGD-en en SOA poliklinieken. Bij meer dan de helft van de 13.413 consulten raadpleegde men de GGD voor een SOA (zonder HIV-vragen), omdat men klachten had en risico's had genomen. Het aantal SOA bij vrouwen steeg in 2000 met 7%, bij mannen met 23%.

Chlamydia komt nog steeds het meeste voor, het aantal gevallen bij vrouwen nam toe met 26% en bij mannen met 61%. Bij gonorrhoe is de stijging respectievelijk 43% en 77%.

Het aantal gevallen van syfilis lijkt daarentegen gelijk te blijven: een stijging bij mannen met 25% en een daling bij vrouwen met 28%. Het aantal mensen dat zich laat testen op HIV is in 2000 gestegen met 29% (34% vrouwen, 25% mannen). 0,8% Van de testen was positief.

De stijgende SOA cijfers lijken te wijzen op toenemend onveilig vrijgedrag, en pleiten voor intensieve preventie en actieve opsporing door meer te testen op SOA. Meer informatie: RIVM afdeling Voorlichting en PR, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven, telefoon: 030 - 2744288, email: info@rivm.nl, www.rivm.nl.

Stichting Pandora zet ervaringsdeskundigheid in op vele fronten

Het tegengaan van vooroordelen over (ex)psychiatrische patiënten en het verbeteren van hun maatschappelijke positie op basis van de eigen ervaringen van lotgenoten, daar gaat het de Stichting Pandora om. Op basis van de ervaring die men hiermee de afgelopen jaren heeft opgedaan, worden steeds nieuwe activiteiten ontwikkeld.

Het onlangs verschenen jaarverslag van de Stichting Pandora over het jaar 2000 maakt melding van 260 voorlichtingsbijeenkomsten voor o.a. beroepsopleidingen en het voortgezet onderwijs, de Informatie- en Advieslijn en de Pandora Lotgenotenlijn Depressie. Beide lijnen worden veelvuldig geraadpleegd, evenals het Pandora Forum op de website. Naar aanleiding van vragen en reacties die langs deze wegen binnenkomen constateert Pandora dat mensen die psychische klachten hebben en zich daarvoor laten behandelen nog altijd het risico lopen van stigmatisering, uitsluiting en achterstelling. Op de arbeidsmarkt, binnen de gezondheidszorg en in het maatschappelijk verkeer in het algemeen. Om tegengas te geven is Pandora het Project Versterking Arbeidsmarktpositie gestart, waarin men (potentiële) werknemers een hart onder de riem probeert te steken met onder meer de brochure *'Ooit een haan horen zeggen dat-ie een eitje was? Wat vertelt u over uw psychische aandoening bij het zoeken en houden van werk'*. In november 2000 bracht Pandora het rapport *Over werk gesproken...Vragen en klachten over werk van mensen die psychische problemen hebben (gehad)*, uit.

In samenwerking met de Stichting September publiceerde Pandora in 2000 het *Zelfzorgboek Depressie*, en met Radio Noord-Holland produceerde men de driedelige radio-documentaire *Een voorschot op de toekomst*. Zelf wordt de Stichting Pandora steeds vaker geraadpleegd door de media voor het geven van commentaar. De stichting bemoeit zich ook actief met beleidsontwikkelingen, zoals de stelselwijziging in de gezondheidszorg, de WAO-discussie en het wetsvoorstel wijzigingen Wet BOPZ.

Voor meer informatie: info@stichtingpandora.nl en de website: www.stichtingpandora.nl.

Nieuw verschenen

De psychohygiënist, grondleggers ambulante GGZ

Iedere Nederlander kan gebruik maken van de door de overheid gefinancierde geestelijke gezondheidszorg; naar schatting 4% van de bevolking doet dat jaarlijks ook. Dat deze psychische zorg in Nederland bestaat is voor een groot deel te danken aan 'de beweging voor geestelijke gezondheid', de van oorsprong Amerikaanse 'Mental Hygiene Movement'. Over de Nederlandse variant schreef Leonie de Goei van het Trimbos-instituut haar proefschrift, waarop ze op 10 oktober promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam. Van het proefschrift is bij uitgeverij SUN een handelseditie verschenen: *De psychohygiënist. Psychiatrie, cultuurkritiek en de beweging voor geestelijke volksgezondheid in Nederland, 1924 - 1970*. ISBN 90 5875 0256.

Aangifte infectieziekten

Derde kwartaal 2001

Hepatitis A

Tijdens de zomermaanden is een ongewoon aantal gevallen van hepatitis A gemeld. De meerderheid van de meldingen bij mannen (10/16) betrof mannen met homoseksuele contacten. Bij enkelen is een verband gelegd met bezoek aan een bepaalde darkroom in Rotterdam. Ook bij andere GGD's in de regio zijn dergelijke gevallen van hepatitis A gesignaleerd.

Hepatitis B

Bij de systematische screening van zwangere vrouwen op hepatitis B worden regelmatig draagsters van hepatitis B gevonden. Vaak komen zij uit endemische gebieden zoals Afrika en Azië.

Kinkhoest

De kinkhoest epidemie gaat onverminderd voort. Vanaf oktober dit jaar zullen kinderen rond 4 jaar een extra vaccinatie tegen kinkhoest krijgen. Daarvoor is een nieuw vaccin ontwikkeld, het zogenaamde acellulair vaccin. Het bevat uitsluitend speciaal gefilterde antigenen van de bacterie, waardoor het vaccin minder bijwerkingen heeft.

Voedselinfecties

In het derde kwartaal zijn geen uitbraken van diarree en braken gemeld. Doorgaans komen deze vooral tijdens de wintermaanden voor.

Malaria

Besmetting met de malariaparasiet gebeurt uitsluitend in het bui-

tenland (Afrika, Azië en Latijns Amerika). Dikwijls gaat het om migranten afkomstig uit malaria-gebieden (STAT!), en is hun besmetting te wijten aan het niet of onvolledig gebruiken van malariaprofylaxe. Mensen die hun leven lang in een malariagebied hebben gewoond, hebben daar een zekere weerstand opgebouwd tegen de parasiet. Anders dan doorgaans wordt aangenomen, verliezen deze mensen al na enkele maanden verblijf in Nederland hun weerstand tegen malaria en moeten zij malariaprofylaxe slikken om niet ziek te worden.

Meningokokkose

De stijging van het aantal gevallen van meningokokkose die in het eerste kwartaal werd vastgesteld, is niet doorgezet. In het tweede kwartaal evenmin als in het derde kwartaal.

Naar aanleiding van de gelokaliseerde uitbraak van meningokokkose C in West-Brabant in augustus is er ook onder de Haagse bevolking onrust ontstaan.

Gedurende enkele dagen is de GGD druk gebeld door verontruste ouders die hun kinderen wilden laten vaccineren. Aangezien in de Haagse regio geen verontrustende toename is geconstateerd van het aantal meningokokkosen veroorzaakt door het type C, is in lijn met het nationale beleid besloten niet over te gaan tot het vaccineren tegen deze aandoening. Met gepaste voorlichting is de rust snel teruggekeerd.

De gevallen van meningokokkose die in de eerste drie kwartalen zijn geconstateerd, behoren tot de typen B- en C meningokok; één geval was veroorzaakt door het type W135. Net als in de rest van Nederland neemt het aandeel van het type C echter proportioneel

toe. In Den Haag ging het om vier verschillende subtypen van het type C-meningokok. Er is dus geen sprake van een 'epidemie' van één bepaald subtype. De autoriteiten overwegen de invoering van het C-vaccin in het rijksvaccinatieprogramma.

Miltvuur (anthrax)

Jarenlang is er geen geval van deze aandoening vastgesteld in den Haag. In Nederland kwam deze ziekte uitsluitend voor bij mensen die nauw contact hebben met besmette dieren. Aangezien de veestapel al jaren doeltreffend is gevaccineerd komt deze ziekte in ons land niet meer voor. Na de terroristische aanslagen in de VS is de alertheid voor bioterrorisme toegenomen. In het bijzonder wordt gelet op miltvuur, aangezien in de VS reeds verschillende gevallen van miltvuur zijn geconstateerd, veroorzaakt door menselijk opzet. Enkele gevallen waren met dodelijke afloop. Om hierop adequaat te kunnen reageren hebben de GGD's in Nederland zich samen met andere instanties zoals politie en brandweer, inhoudelijk en organisatorisch voorbereid. Vooruitlopend op de rapportage van het vierde kwartaal kunnen we reeds melden dat in de maand oktober tientallen malen alarm is geslagen naar aanleiding van brieven met verdachte inhoud ("poeders").

Volgens een strikt protocol hebben politie, GGD en brandweer daar doeltreffend op gereageerd. Met grote zorgvuldigheid is er voor gezorgd dat personen die mogelijk aan verdachte producten zijn blootgesteld, correct zijn opgevangen. Tevens wordt verdere blootstelling tegengegaan en wordt zo snel mogelijk laboratoriumonderzoek uitgevoerd. Tot op

heden zijn er gelukkig nog geen anthraxbacillen vastgesteld, noch zijn er personen met de anthrax ziekte gediagnostiseerd.

Aan deze rubriek werkten mee:

E.J.M. de Coster

Mw. P. van Leeuwen

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

Mw. A. Tiemen (GGD Delfland-Rijswijk)

K.B. Yap (GGD West-Holland)

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

Bron	Besmettingsweg	Ziekte	Den Haag 2001	West-Holland 2001	Rijs-wijk 2001	Tot. regio 3e kw 2001	1e kw regio 2001	2e kw regio 2001	3e kw regio 2001
mens	inhalatie	difterie (B)							
		mazelen (B)							
		meningokokkose (B)*	15	3		18	11	3	4
		kinkhoest (B)**	89	122	7	218	67	63	88
		rodehond (C)							
		tuberculose (B)	69	8		77	26	21	30
	seksueel cont./bloed	hepatitis B (B)(1)	71	4	3	78	38	19	21
		hepatitis C (B)	47	3	1	51	40	5	6
	faecaal/oraal	bacillaire dysenterie (B)(3)	14	6	2	22	6	9	7
		hepatitis A (B)(3)	26	5		31	9	4	18
		kinderverlamming (A)(2)							
dier	inhalatie (faecaal materiaal)	ornithose/psittacose (C)	2			2	2		
Q-koorts (C)(4)									
insectenbeet		febris recurrens (B)							
		gele koorts (C)							
		malaria (C)	29			29	13	3	13
		virale hemorrhagische koorts (B)							
		vlektyfus (B)							
beet/speeksel		hondsdolheid (B)							
		pest (B)							
aanraking		brucellose (C)(4)							
		miltevuur (C)							
omgeving	inhalatie	legionellose (B)	2	1		3	2		1
consumptie		botulisme (B)(5)							
		buiktyfus (B)	6			6		4	2
		cholera (B)							
		E.coli 0157 (C)			1	1	1		
		paratyfus A (B)							
		paratyfus B (B)							
		paratyfus C (B)							
		trichinose (C)							
		voedselvergiftiging of voedselinfectie (B)	12	5	2	19	9	4	6
contact (water/grond/dier)	leptospirose (C)								
totaal			382	157	16	555	224	135	196

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

(2)

ook aerogene besmetting

* samenvoeging meningitis cer. epid. en men. sepsis

(3)

ook besmetting via water/voedsel

** samenvoeging pertussis en atypische pertussis

(4)

ook besmetting door consumptie rauwe melkproducten

(1) ook besmetting door medisch handelen/prikaccidenten

(5)

ook wondbesmetting

