



Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

jaargang 37, 2002, nummer 1

Inhoud

Redactioneel

Epidemiologie

Prevalentie van tandcariës en erosieve gebitsslijtage bij de Haagse jeugd

HIV, Hepatitis B, Hepatitis C en risicogedrag onder injecterende druggebruikers in Den Haag in 2000

Volksgezondheid

Migrantenvoorlichting op de polikliniek Gynaecologie en Verloskunde, MCH Westeinde: het vervolg

Tips voor de Thuisdokter

Korte berichten

Colofon

maart 2002, 37ste jaargang nr. 1

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.H. 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-heyne@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	
• Prevalentie van tandcariës en erosieve gebitsslijtage bij de Haagse jeugd <i>H.M. van Rijkom, G.J. Truin en M.A. van 't Hof</i>	2
• HIV, Hepatitis B, Hepatitis C en risicogedrag onder injecterende druggebruikers in Den Haag in 2000 <i>M.P.H. Berns, R.J. Beuker, J.C.M. Watzels, V.M. Hendriks, E.J.M. de Coster, E. Tonino-van der Mare, M.J.W. van de Laar</i>	9
Volksgezondheid	
• Migrantenvoorlichting op de polikliniek Gynaecologie en Verloskunde, MHC Westeinde: het vervolg <i>C.J. Kruijthof, A.M. Verlaat en M. van Nienes</i>	18
• Tips voor de Thuisdokter <i>K.I.M. Bree</i>	22
Korte berichten	27

Redactioneel

Interessante uitdagingen

In dit nummer van het bulletin tref u twee artikelen aan over toegang tot en adequaat gebruik van zorg.

Het artikel 'Tips voor de Thuisdokter' beschrijft een project dat de zelfredzaamheid van patiënten in achterstandswijken wil vergroten. Directe aanleiding voor het project vormde de constatering dat de communicatie tussen huisartsen en allochtone patiënten in deze wijken een groot probleem is.

Een vergelijkbare bezorgdheid over de communicatie tussen arts en allochtone patiënt lag ten grondslag aan het project Migrantenvoorlichting Gynaecologie en Verloskunde in het MCH Westeinde. De keuze van het MCH Westeinde na afloop van het project om de migrantenvoorlichting te continueren, geeft aan dat de inzet van voorlichters in eigen taal en cultuur ook in de intramuraal setting leidt tot een toegevoegde waarde van de geboden zorg.

De artikelen over besmetting en risicogedrag van injecterende druggebruikers, en over tandcariës en erosieve gebitsslijtage bij de Haagse jeugd geven aanleiding tot bezorgdheid en vormen tegelijk interessante uitdagingen voor de preventieve zorgsector.

Het veelvuldig lenen van gebruikte spuiten en naalden en het geringe condoomgebruik door seksueel actieve injecterende druggebruikers dwingen tot kritische reflectie en bezinning op nieuwe vormen van preventieve interventie, teneinde vat te krijgen op dergelijk risicogedrag.

Bij tandcariës en erosieve gebitsslijtage gaat het om heel andere uitdagingen.

De bestrijding van tandcariës werpt duidelijk vruchten af: de afgelopen dertig jaar zijn de gebitten van de gehele Haagse schooljeugd spectaculair gezonder geworden. Echter, kinderen uit de lagere sociaal-economische milieus en kinderen van allochtone afkomst profiteren beduidend minder van die vooruitgang. De tandheerkundige jeugdzorg zal de komende jaren de nodige inventiviteit aan de dag moeten leggen om die verschillen weg te werken.

En dan de erosieve slijtage.

Die blijkt met name te worden veroorzaakt door een toegenomen gebruik van gezonde, maar onverwacht zure voedingsmiddelen en dranken, en door excessief reinigen... Deze vorm van gebitsslijtage wordt meer aangetroffen bij jongeren in de wijken met een hoger sociaal-economisch niveau. Hoe gaan we hier de boodschap overbrengen? En wat voor interventies levert dit op in de voedingsmiddelenindustrie? Het drinken van frisdranken met een rietje schijnt minder gebitsslijtage op te leveren. Ziet u het al in de schappen staan: een 1,5 l fles frisdrank met 20(?) rietjes?

Prevalentie van tandcariës en erosieve gebitsslijtage bij de Haagse jeugd

H.M. van Rijkom, G.J. Truin en M.A. van 't Hof

Vanaf 1969 vindt periodiek onderzoek plaats naar de prevalentie van tandcariës bij de Haagse jeugd van 6 en 12 jaar. Het meest recent in 1998. In verband met de toenemende aandacht voor gebitserosie werd dit keer de onderzoekspopulatie uitgebreid met 16-jarigen.

De resultaten van het tandcariësonderzoek laten zien dat in de periode 1989 - 1998 de gebitten van alle 6- en 12-jarigen gezonder zijn geworden, maar ook dat het verschil in gebitsgezondheid tussen enerzijds kinderen uit lage sociaal-economische milieus en anderzijds kinderen uit midden en hogere sociaal-economische milieus nu groter is dan tien jaar geleden. De kinderen uit het lage sociaal-economische milieu hebben minder dan evenredig geprofiteerd van de over-all verbetering van de gebitsgezondheid bij de Haagse schooljeugd. De gebitsgezondheid bij Turkse en Marokkaanse kinderen neemt toe, maar wijkt nog steeds ongunstig af bij die van hun Nederlandse leeftijdgenoten.

Voor het eerst in Nederland werd ook erosieve gebitsslijtage onderzocht.

Enige vorm van erosieve slijtage werd vastgesteld bij 3% van de 12-jarigen en bij 30% van de 16-jarigen. De lage prevalentie bij de 12-jarigen is niet verder geanalyseerd, die bij de 16-jarigen wel. Onder de 16-jarigen werd erosieve slijtage vaker aangetroffen bij jongens dan bij meisjes. Verder vertoonde het verschijnsel erosieve slijtage de tendens toe te nemen met het stijgen van het sociaal-economisch milieu.

Het geconstateerde verlies aan tandmateriaal is weliswaar gering, maar aangezien het om een nog jonge leeftijdsgroep gaat (16-jarigen), wijzen de resultaten wel degelijk op een ernstig te nemen erosieve aantasting van het gebit. In onderstaand artikel wordt het onderzoek naar beide aspecten van gebitsgezondheid beschreven.

In de gemeente Den Haag vindt reeds vele decennia periodiek een dwarsdoorsnede-onderzoek plaats naar de prevalentie van tandcariës bij 6- en 12-jarigen.

Deze studies worden sinds 1969 uitgevoerd door de Katholieke Universiteit Nijmegen in samenwerking met de GGD te Den Haag. Met het periodieke cariësonderzoek wordt primair beoogd de trendstudies naar de prevalentie van tandcariës bij 6- en 12-jarige Haagse scholieren te continueren. De uitkomsten wijzen op een spectaculaire verbetering van de gebitsgezondheid van de Haagse jeugd in de laatste 30 jaar (1).

Sinds kort wordt de tandheekkundige professie echter geconfronteerd met een nieuw fenomeen. In case reports en enkele studies in Engeland en Zwitserland wordt melding gemaakt van gebitserosie. Erosie is een vorm van gebitsslijtage. Een andere vorm is mechanische gebitsslijtage als gevolg van het tegen elkaar

schuren van gebitselementen ('attritie') of afkomstig van een voorwerp buiten de mond, zoals bij excessief tandenpoetsen ('abrasie'). Erosie wordt omschreven als het verlies van tandmateriaal door etsing afkomstig van sterke zuren. Het treedt met name op tandplaquevrije gebitsvlakken op. Dit in tegenstelling tot cariës, dat tot stand komt door zwakke zuren die worden gevormd door bacteriën in de tandplaque. Het feit dat gebitserosie zich momenteel meer dan in het verleden zou manifesteren wordt geassocieerd met een veranderde levensstijl. Te denken valt aan toegenomen consumptie van zure voeding en zure (fris)dranken, een sterkere belangstelling voor gezonde maar zure voeding en dranken, en excessieve gebitsreiniging.

Gezien de toenemende aandacht voor gebitserosie, is dit verschijnsel in het periodieke gebitsonderzoek van 1998 opgenomen. Hiertoe is de onderzoekspopulatie

Over de auteurs:

Drs. H.M. van Rijkom, tandarts, en prof. dr. G.J. Truin, tandarts, zijn beiden werkzaam bij de afdeling Preventieve, Sociale Tandheelkunde en Pedodontologie, prof. dr. M.A. van 't Hof, statisticus, is eveneens werkzaam bij de afdeling Preventieve, Sociale Tandheelkunde en Pedodontologie van de Faculteit der Medische Wetenschappen in Nijmegen. (De studie is mogelijk gemaakt door subsidie van de Suikerstichting Nederland te Baarn, de Vereniging Nederlandse Frisdranken Industrie te Rotterdam, en de Stichting Zuivel, Voeding en Gezondheid te Baarn)

Tabel 1

Aantal 6- en 12-jarige scholieren in de onderzoeksgroep, naar sociaal-economische status (SES) en nationaliteit. Den Haag, november 1998.

SES	Nationaliteit	6-jarigen	12-jarigen
		Aantal	Aantal
Laag	Nederlands	45	39
	Turks	64	37
	Marokkaans	46	30
Midden	Nederlands	145	94
Hoog	Nederlands	124	100
Totaal		424	300

uitgebreid met 16-jarigen. Het onderzoek omvatte derhalve twee vraagstellingen:

1. Wat is de prevalentie van tandcariës bij de Haagse 6- en 12-jarige scholieren?
2. Wat is de prevalentie van erosieve gebitsslijtage bij de 12- en 16-jarigen?

Materiaal en Methoden

Steekproef

Voor de steekproef van de 6-, 12- en 16-jarigen werd gebruik gemaakt van gegevens van de GGD van de gemeente Den Haag. Scholen werden gekozen in stadswijken met een lage, midden en hoge sociaal-economische status (SES). Voor de 6- en 12-jarigen werden twaalf basisscholen in het onderzoek betrokken, en voor de 16-jarigen drie grote middelbare scholen verspreid over de stad. Ter aanvulling van de eerste stratificatie naar SES werden de 12- en 16-jarigen ten behoeve van het onderzoek naar erosieve gebitsslijtage individueel nog verder ingedeeld naar vijf SES-niveaus van laag (1.) naar hoog (5.), dit op basis van de postcode van het woonadres van de leerlingen. Ten behoeve van het tandcariës onderzoek werden de kinderen naar Nederlandse en naar niet-Nederlandse nationaliteit onderscheiden. De nationaliteit van de kinderen was gebaseerd op de nationaliteit van de moeder. Deze gegevens werden verkregen via de in het onderzoek participerende scholen. Het merendeel van de niet-Nederlandse kinderen was van Turkse of Marokkaanse nationaliteit en woonde in 'lage' SES-wijken (tabel 1). Negentien 6-jarigen en vijftien 12-jarigen van niet-Nederlandse nationaliteit waren niet van Turkse of Marokkaanse nationaliteit. Deze kinderen zijn bij de analyse van de resultaten buiten beschouwing gelaten.

Alle leerlingen en hun ouders werden vooraf over het onderzoek geïnformeerd en om medewerking

gevraagd. Om de medewerking van de 16-jarigen te stimuleren werd bij deelname aan het onderzoek een CD-bon van tien gulden in het vooruitzicht gesteld. Van de 16-jarigen weigerden negen personen deelname, en van de 6- en 12-jarigen maakte niemand bezwaar tegen het onderzoek. Aan het onderzoek werd deelgenomen door: 424 6-jarigen, 300 12-jarigen, en 400 16-jarigen.

Klinisch tandheelkundig onderzoek

Het tandheelkundig onderzoek vond op de scholen plaats, in november 1998. Het werd uitgevoerd door hetzelfde onderzoeksteam als in de voorafgaande jaren van onderzoek. Op de basisscholen vond het onderzoek plaats in het klaslokaal, op de middelbare scholen in de kamer van de schoolarts. Bij het onderzoek werd gebruik gemaakt van een haaksonde en fibre-optic licht. Door middel van perslucht werden de gebitselementen drooggeblazen. Bij het klinisch tandcariës onderzoek werd vastgelegd of de vlakken van gebitselementen aangetast (d=decayed), geëxtraheerd (m=missing) of gerestaureerd (f=filled) waren. De dmfs-/ DMFS scores, die hieruit zijn samen te stellen, zijn een maat voor de opgetreden denticariës in het melk- (dmfs-score) respectievelijk blijvende gebit (DMFS-score). Hierbij zijn de door Marthaler beschreven criteria voor carieuze aantasting toegepast (2). Een dmfs-score van nul bij de zesjarigen betekent een gaaf melkgebit (geen aangetaste, ontbrekende of gevulde tanden en kiezen), een DMFS-score van nul bij de twaalfjarigen duidt op een gaaf blijvend gebit. Bij het klinisch tandcariës onderzoek werden geen bitewing-röntgenfoto's gemaakt.

Het klinisch onderzoek naar erosieve gebitsslijtage bestond uit de beoordeling van de palatinale, occlusale (incisale) en buccale vlakken van de blijvende gebits-

elementen¹⁾. De diagnostiek van erosie is uitgevoerd aan de hand van de door Lussi ontwikkelde erosie-index (3). Om vroegsymptomen van erosieve tand-slijtage te kunnen vastleggen werd aan de criteria van de Lussi-index een score toegevoegd voor lichte erosieve glazuurslijtage.

De reproduceerbaarheid (overeenkomst bij herhaalde metingen) is uitgevoerd bij 10% van de kinderen ten behoeve van de cariësmetingen, en bij 11% van de kinderen met betrekking tot erosieve gebitsslijtage. De kappa-waarden voor intra- en interobserver agreement van de cariësmetingen waren respectievelijk 0,82 en 0,78. Voor erosieve gebitsslijtage, waarvoor alleen een interobserver agreement werd gemeten, was de kappa 0,47. Voor het afkappunt tussen geen en enige vorm van erosieve slijtage was de kappa 0,63. Aangezien een kappa van 0,47 matig is en 0,63 op een goede overeenkomst van de metingen wijst, is enige vorm van erosieve slijtage geanalyseerd. De kappa van de cariësmetingen geeft een zeer goede overeenkomst tussen de metingen aan.

Met behulp van variantie-analyse werden binnen iedere leeftijdsgroep de effecten van sociaal niveau, nationaliteit, jaar van onderzoek en eerste-orde-interacties tussen deze factoren getoetst. Bij het analyseren van de percentages kinderen met een gaaf melk-, respectievelijk blijvende dentitie per leeftijdsgroep en jaar van onderzoek is logistische regressie toegepast. Dit gebeurde voor de drie sociale niveaus bij kinderen met de Nederlandse nationaliteit en voor de kinderen van Turkse en Marokkaanse afkomst afzonderlijk. Overeenkomstig het 'time lag design' van de studie werden verschillen in lineaire tijdsafhankelijkheid binnen de sociale niveaus bij de kinderen van Nederlandse nationaliteit en bij kinderen van Turkse en Marokkaanse nationaliteit getoetst met behulp van de tijdscoëfficiënten uit de logistische regressie.

Met deze studie is in Nederland voor het eerst onderzoek gedaan naar de prevalentie van erosieve slijtage. Gekeken is naar 'enige vorm van erosieve slijtage'. Analyse van de invloeden van geslacht en SES zijn uitgevoerd door middel van logistische regressie-analyse.

Resultaten

Tandcariës

Het tandcariës onderzoek heeft tot nu toe om de drie jaar in Den Haag plaatsgevonden. Om de gebitsgezondheid van de kinderen betreffende tandcariës in 1998 te kunnen vergelijken met die van hun leeftijdgenoten in voorafgaande jaren van onderzoek, worden in de tabellen ook de gebitsgezondheidsgegevens uit het onderzoek in 1989, 1993 en 1996 gepresenteerd.

Ontwikkelingen in het percentage cariësvrije kinderen

De ontwikkelingen in de gebitsgezondheid bij de 6- en 12-jarige kinderen worden in tabel 2 geïllustreerd aan de hand van de veranderingen in de percentages kinderen met een gaaf melkgebit (dmfs=0), respectievelijk blijvend gebit (DMFS=0) in de periode 1989-1998.

Het percentage 6- en 12-jarige Nederlandse kinderen met een gaaf melk-, respectievelijk blijvend gebit in het lage sociale niveau is niet significant veranderd in de periode 1989-1998. Per onderzoekjaar en per leeftijdsgroep variëren deze percentages weliswaar maar bij toetsing van de percentages is er geen sprake van een toe- of afname. In het midden en hoge sociale niveau is het percentage Nederlandse kinderen met een gaaf melk-, respectievelijk blijvend gebit bij de 6- en 12-jarigen in die periode significant toegenomen. Vergelijkt men de ontwikkelingen in het percentage cariësvrije Turkse en Marokkaanse kinderen in de periode 1989-1998, dan is het beeld per leeftijdsgroep wisselend (tabel 2). Bij de 6-jarige Turkse kinderen bedroeg het percentage kinderen met een cariësvrij melkgebit 20,0% in 1989; dit percentage was in 1998 21,9%. De twee tussenliggende onderzoekjaren bedroeg dit percentage respectievelijk 34,4% en 30,6%. Bij de 6-jarige Marokkaanse kinderen lijkt sprake van een toename van het percentage cariësvrije kinderen. Bij toetsing blijkt deze toename niet significant. Bij de 12-jarige Turkse en Marokkaanse kinderen nam het percentage cariësvrije kinderen toe van respectievelijk 25,5 % in 1989 naar 45,9% in 1998 en 15,8% in 1989 naar 40,0% in 1998. Bij toetsing is deze toename alleen bij de Marokkaanse 12-jarigen significant (tabel 2).

Ontwikkelingen bij kinderen met een niet cariës-vrij gebit

In de periode 1989-1998 is het gemiddelde dmfs-getal van de groep kinderen met een niet-cariësvrij melkgebit (dmfs>0) bij de zesjarige Nederlandse kinderen

1) palatinaal= de naar het verhemelte toe gerichte vlakken van tanden en kiezen in de bovenkaak; occlusaal= de naar het kauwvlak gerichte zijde van een tand of kies; incisale= van de snijtanden; buccale= naar de wang gerichte vlakken

Tabel 2

Percentages 6- en 12-jarige scholieren met een **gaaf** gebit en de gemiddelde dmfs-/DMFS-score (met de standaard deviatie) per kind met een **niet-gaaf** gebit in 1989, 1993, 1996 en 1998, naar sociaal- economische status (SES) en nationaliteit. Den Haag, 1989-1998.

	6-jarigen (melkgebit)		12-jarigen (blijvend gebit)	
	%	dmfs (standaarddeviatie)	%	DMFS (standaarddeviatie)
	Gaaf gebit dmfs=0	Niet-gaaf gebit dmfs>0	Gaaf gebit DMFS=0	Niet-gaaf gebit DMFS>0
SES: LAAG				
Nederlandse nationaliteit				
1989	43,3	8,2 (8,5)	45,5	3,6 (2,2)
1993	39,2	7,8 (9,0)	65,6	4,0 (3,1)
1996	49,1	9,6 (9,8)	50,0	3,2 (2,4)
1998	35,6	7,3 (8,3)	61,5	5,3 (5,5)
Turkse nationaliteit				
1989	20,0	13,1 (7,9)	25,5	7,0 (4,5)
1993	34,4	8,9 (8,2)	36,4	5,2 (3,9)
1996	30,6	7,8 (6,6)	40,9	5,7 (3,6)
1998	21,9	9,4 (8,4)	45,9	3,9 (2,7)
Marokkaanse nationaliteit				
1989	22,2	12,2 (10,5)	15,8	5,4 (3,5)
1993	23,8	12,0 (12,5)	31,8	4,3 (3,2)
1996	42,9	8,9 (7,1)	29,4	4,0 (3,4)
1998	41,3	7,2 (7,6)	40,0	2,5 (1,8)
1989-1998			p < 0,05	p < 0,05
SES: MIDDEN				
Nederlandse nationaliteit				
1989	60,0	5,5 (6,9)	48,5	3,9 (2,7)
1993	69,4	5,8 (7,5)	60,6	2,8 (1,9)
1996	78,9	4,9 (5,3)	89,4	3,6 (2,6)
1998	75,2	4,8 (6,6)	87,2	1,4 (0,5)
1989-1998	p < 0,05		p < 0,01	p < 0,01
SES: HOOG				
Nederlandse nationaliteit				
1989	76,6	2,1 (1,3)	58,7	2,9 (2,0)
1993	76,8	4,4 (3,5)	63,0	2,1 (1,6)
1996	83,6	4,7 (5,1)	86,0	2,3 (2,1)
1998	87,1	3,7 (3,0)	93,0	1,1 (0,4)
1989-1998	p < 0,05		p < 0,01	p < 0,01

uit alle drie milieus niet significant veranderd. Bij de niet cariës-vrije (DMFS>0) 12-jarige kinderen van Nederlandse nationaliteit uit het lage sociale milieu is evenmin sprake van significante veranderingen in het gemiddelde DMFS-getal; bij de 12-jarigen uit het

midden en hoge milieu daarentegen nam in de periode 1989-1998 de gemiddelde DMFS-waarde significant ($p < 0,01$) af van respectievelijk 3,9 in 1989 naar 1,4 in 1998 en 2,9 in 1989 naar 1,1 in 1998. De gemiddelde dmfs-, respectievelijk DMFS-scores bij de

6- en 12-jarige Turkse en Marokkaanse kinderen met een niet-gaaf gebit daalden in de periode 1989-1998. Echter: alleen bij de 12-jarige Marokkaanse kinderen was bij toetsing deze afname van het DMFS-getal significant ($p < 0.05$).

Erosieve slijtage

Bij 3% van de 12-jarigen ($n=10$) werd enige vorm van erosieve slijtage gevonden. In verband met de lage prevalentie zijn de resultaten van deze leeftijdsgroep niet verder geanalyseerd.

Bij 30% van de 16-jarigen ($n=120$) werd eveneens enige vorm van erosieve slijtage gevonden. Gemiddeld waren er per persoon 4.2 gebitselementen aangetast, waarbij 4.6 gebitsvlakken waren betrokken. Het meest door erosie aangetast waren de eerste molaren (blijvende kiezen) en de boven incisieven (snijtanden). In de eerste molaren bevond de erosieve slijtage zich hoofdzakelijk op de occlusale vlakken, bij de boven incisieven op de palatinale vlakken.

Bij de 16-jarigen werd een sterk significant effect gevonden voor geslacht ($p < 0.001$), en een marginaal significant effect voor SES ($p = 0.04$). De prevalentie van enige vorm van erosieve slijtage was significant hoger bij jongens dan bij meisjes, respectievelijk 42% en 20%. Over de vijf SES-niveaus vertoont erosieve slijtage de tendens toe te nemen met een hogere SES. Van lage SES naar hoge SES was de prevalentie respectievelijk 24%, 28%, 23%, 35% en 36%.

Discussie

Tandcariës

In Nederland is sinds het begin van de jaren tachtig bij 6-jarigen de daling in de cariësprevalentie van het melkgebit tot stilstand gekomen. Bij de 12-jarigen daalde in die periode nog wel de cariësprevalentie in het blijvende gebit (4). De uitkomsten van het onderzoek in Den Haag geven aan dat deze stabilisering van de gebitsgezondheid bij de 6-jarige Nederlandse kinderen niet geldt voor alle sociale niveaus.

Bij kinderen uit het midden en hoge sociale niveau heeft de toename van het percentage met een gaaf melkgebit zich in de jaren negentig verder doorgezet. Ook het percentage 12-jarigen met een gaaf blijvend gebit in deze SES-groepen nam toe. De toenemende verbetering van de mondgezondheid bij de 12-jarigen in deze twee milieus komt eveneens ook tot uiting in de DMFS-score in de groep kinderen die niet cariës-vrij is.

Bij 12-jarigen uit het lage sociale niveau is sinds het begin van de jaren negentig echter sprake van een stabilisering van deze score; een situatie die reeds eerder

wat betreft de cariësprevalentie in het melkgebit bij 6-jarigen uit het lage sociale niveau werd waargenomen. De verschillen in mondgezondheid tussen enerzijds de Nederlandse kinderen uit het lage sociale niveau en anderzijds die uit het midden en hoge sociale niveau zijn in de periode 1989 - 1998 door bovengenoemde ontwikkelingen verder toegenomen. Met andere woorden: de kinderen uit het lage sociale niveau hebben minder dan evenredig geprofiteerd van de over-all verbetering van de gebitsgezondheid bij de Haagse schooljeugd.

Hierbij passen enkele kanttekeningen.

De interpretatie van de cariësgegevens bij de Nederlandse kinderen uit het lage sociale niveau wordt bemoeilijkt door de slechts betrekkelijke vergelijkbaarheid van de steekproeven naar nationaliteit in de verschillende onderzoeksjaren. De nationaliteit van de kinderen is in alle onderzoeken gebaseerd op de nationaliteit van de moeder. Deze gegevens werden verkregen via de in het onderzoek participerende scholen. Mogelijk heeft dit criterium in de opeenvolgende onderzoeksjaren tot een niet geheel vergelijkbare indeling geleid. Door voortgaande naturalisaties zullen naar verhouding steeds meer kinderen met een niet-Nederlandse afkomst als Nederlands zijn geregistreerd.

Een aanwijzing voor de mate waarin wijzigingen in de nationaliteit in de jaren negentig hebben plaatsgevonden, vormen de gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (5). In Nederland had op 1 januari 1990 5% van de in Turkije geboren personen de Nederlandse nationaliteit, dit werd 25% in 1995 en steeg naar bijna 60% in 2000. Deze percentages bedragen voor Marokkanen respectievelijk 8, 21 en 45%. Deze sterke stijging houdt verband met de mogelijkheid tussen 1 januari 1992 en 1 oktober 1997 te kiezen voor behoud van de oorspronkelijke nationaliteit. Turken en Marokkanen die de nationaliteit van herkomst behielden (dus twee nationaliteiten hebben) worden in de CBS-statistieken als Nederlander geteld. Hoe de in het onderzoek participerende scholen in hun administratie kinderen met een dubbele nationaliteit van de moeder hebben opgenomen (deze bepaalde de nationaliteit van het kind in de steekproef) is onbekend.

Dit betekent dat in de steekproeven in de latere jaren van onderzoek meer Turkse en Marokkaanse kinderen zijn opgenomen bij de groep van Nederlandse kinderen uit het lage sociale niveau dan in de eerdere jaren van onderzoek. Deze veranderingen in de samenstelling van de steekproeven bemoeilijken bij de kinderen uit het lage sociale milieu de vergelijking van de

gebtsgezondheid in de periode 1989-1998. Onder de aanname dat de gebtsgezondheid van de Turkse en Marokkaanse kinderen van wie de moeder wel is genaturaliseerd niet beter is dan die van wie de moeder niet is genaturaliseerd, wordt de in het onderzoek gemeten gemiddelde gebtsgezondheid van de Nederlandse kinderen uit het lage sociale milieu in feite te ongunstig voorgesteld. Een bijkomend effect van de voortgaande naturalisatie voor de steekproeftrekking was de moeilijkheid om voldoende Turkse en Marokkaanse kinderen in het onderzoek te betrekken van wie de moeder de Turkse of Marokkaanse nationaliteit had. Evenals in 1996 zijn om deze reden in 1998 extra basisscholen uit de Haagse Schilderswijk bij het onderzoek betrokken. Door afwezigheid van Turkse en Marokkaanse kinderen op de dag van het onderzoek was het aantal kinderen dat kon worden onderzocht toch nog beperkt. De afwezigheid van deze leerlingen was echter gelijkmatig verdeeld over de participerende scholen, waardoor selectie op basis van deze non-participatie onwaarschijnlijk is.

De ontwikkelingen van de mondgezondheid bij de 6- en 12-jarige Turkse en Marokkaanse kinderen in de periode 1989-1998 laten in het algemeen een verbetering van de mondgezondheid zien. Weliswaar is deze verbetering vaak niet statistisch aan te tonen, maar zowel de veranderingen in het percentage cariësvrije kinderen als de veranderingen van de gemiddelde dmfs-, respectievelijk DMFS-scores in de groep met een niet-cariësvrij gebit wijzen in die richting. Het beperkte aantal Turkse en Marokkaanse kinderen in de steekproeven van de verschillende onderzoeksjaren in combinatie met de grote standaard deviaties bij de dmfs- en DMFS-getallen zijn mede de oorzaak dat er geen significante verbetering van de mondgezondheid kan worden vastgesteld. De spreiding rondom het gemiddelde geeft ook aan dat de omvang van het aantal gebitsvlakken met tandcariës en hiermee de ernst van de slechte mondgezondheid bij de kinderen met een niet-gaaf gebit sterk varieert.

De meest geaccepteerde verklaring voor de geconstateerde verbetering van de gebtsgezondheid bij de Nederlandse jeugd is de toegenomen aandacht voor mondhygiëne in combinatie met het massale gebruik van fluoride tandpasta's. Verschillen in gebtsgezondheid tussen de Nederlandse kinderen uit de verschillende sociale niveaus moeten dan ook hoofdzakelijk worden toegeschreven aan verschillen in mondhygiëne. Vergelijkt men de gebtsgezondheid van de Turkse en Marokkaanse kinderen met die van hun Nederlandse leeftijdgenoten, dan kan worden gecon-

stateerd dat in het algemeen de gebtsgezondheid bij de niet-Nederlandse kinderen nog steeds ongunstig afwijkt van die van hun Nederlandse leeftijdgenoten. Dit is al eerder uit diverse onderzoeken gebleken (6) (7). De oorzaken voor de verschillen zijn bekend. Turkse en Marokkaanse kinderen poetsen minder vaak en minder adequaat hun tanden, beginnen daar op latere leeftijd mee en gaan minder vaak naar de tandarts (8) (9) (14). Meulmeester heeft in de jaren 1984 en 1985 de voedingsgewoonten van Nederlandse en niet-Nederlandse 8-jarige kinderen in de randstad nauwkeurig onderzocht (10). De steekproef bestond uit 139 Turkse, 115 Marokkaanse en 139 Nederlandse kinderen. Uit de resultaten met betrekking tot de voor cariësaactiviteit relevante consumptie blijkt dat ongunstige voeding als verklaring voor de slechtere gebitten van de niet-Nederlandse kinderen niet in aanmerking komt: de Turkse en Marokkaanse kinderen consumerden uit de als cariogeen bekende categorieën frisdranken, koekjes, zuurtjes en zoet broodbeleg minder dan hun Nederlandse leeftijdgenoten.

Erosieve slijtage

Wat betreft erosieve slijtage bij de 12-jarigen kan uit de resultaten hoogstens worden opgemaakt dat er geen aanwijzingen zijn dat erosieve aantastingen in deze leeftijdsgroep omvangrijk zijn. Bij 30% van de 16-jarigen werd enige vorm van erosieve slijtage gevonden. Goed vergelijkbare studies ontbreken vooralsnog. In een studie in Engeland bij 1.035 14-jarigen in Liverpool werd bij alle onderzochte personen gebtsslijtage gevonden (11). In een Engelse studie bij 210 11- tot 14-jarigen in een school in Londen werd bij 57% van deze scholieren glazuurslijtage in meer dan 10 gebitselementen gevonden (12). We veronderstellen dat de verschillen tussen onze en de Engelse studies zijn terug te voeren tot het feit dat in de Engelse studies niet uitsluitend erosieve slijtage, maar tevens zuiver mechanische slijtage werd gemeten. Een Zwitsers onderzoek bij 417 recruten was, evenals ons Haagse onderzoek, gebaseerd op de Lussi-index. Bij 82% van de mannelijke 19- tot 25-jarigen werd glazuurerosie op de occlusale vlakken van de molaren gevonden (13). In Den Haag werd bij 42% van de mannelijke 16-jarigen erosieve glazuurslijtage gevonden. Mogelijk vertegenwoordigt de door ons gevonden erosieve slijtage bij 16-jarigen in Den Haag een vroeg stadium in de ontwikkeling van erosieve slijtage. Evenzo kan de erosieve slijtage bij de 12-jarigen als een nog vroeger stadium in de ontwikkeling van erosieve slijtage worden gezien.

We beschouwen de gevonden erosieve slijtage in ons

onderzoek als een ernstig te nemen aantasting van het gebit, aangezien het relatief geringe verlies van tandmateriaal een jonge leeftijdsgroep betreft. Het feit dat erosieve slijtage vaker werd gevonden bij jongens dan bij meisjes, zou mogelijk kunnen worden veroorzaakt door de hogere kauwkracht van jongens. Het is onduidelijk waarom er een tendens bestond dat meer erosieve slijtage werd gevonden naarmate de wijk waarin de onderzochte adolescenten wonen een hogere SES-score heeft.

Dankbetuiging

Onze dank gaat uit naar mw. A. Kootwijk, mw. D. Teuben en mw. E. de Jong van de afdeling GVO/Tandheelkundige Preventie van de GGD Den Haag, Dienst OCW, te Den Haag voor hun bijdrage bij de voorbereiding en uitvoering van het veldonderzoek.

Literatuur

1. Truin GJ, König KG, Bronkhorst EM, Frankenmolen F, Mulder J, van 't Hof MA. Time trends in cariës experience of 6- and 12-year-old children of different socioeconomic status in The Hague. *Cariës Res* 1998; 32: 1-4.
2. Marthaler TM: A standardized system of recording dental conditions. *Helv Odont Acta* 1966; 10: 1-18.
3. Lussi A. Dental erosion. Clinical diagnosis and case history taking. *Eur J Oral Sci* 1996; 104: 191-198.
4. Truin GJ, König KG, Bronkhorst EM, Mulder J. Caries prevalence amongst schoolchildren in The Hague between 1969 and 1993. *Caries Res* 1994; 28: 176- 180.
5. Tas RFJ. Aantal wijzigingen van nationaliteit sterk toegenomen in de jaren negentig. *Maandstat Bev* 2000; 9: 13-21.
6. Bergink AH. Cariës bij Nederlandse, Hindostaanse, Marokkaanse en Turkse kleuters, verslag van een onderzoek in een Haags Schoolartsrayon 1984-1989. *Epidemiol Bul Grav* 1990; 25 nr. 1: 20-5.
7. Frencken JE, Verrips GH, Kalsbeek H, Filedt Kok-Weimar TL. Mondgezondheid en etniciteit: een epidemiologisch onderzoek bij 5 en 11-jarigen in Amsterdam. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1992; 99: 404-7.
8. Verrips GH, Filedt Kok-Weimar TL, Frencken JE, Kalsbeek H. Mondgezondheid bij Amsterdammetjes. NIPG/TNO, Leiden 1990.
9. Verrips GH, Kalsbeek H, Eijkman MAJ. Ethnicity and maternal education as risk factors for dental caries, and the role of dental behaviour. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21: 209-14.
10. Meulmeester JF. Voedingsonderzoek bij Turkse en Marokkaanse kinderen in Nederland. Koninklijk Instituut voor de Tropen, Amsterdam 1988.
11. Milosevic A, Young PJ, Lennon MA. The prevalence of tooth wear in 14-year-old school children in Liverpool. *Community Dent Health* 1994; 11: 83-86.
12. Bartlett DW, Coward PY, Nikkah C, Wilson RF. The prevalence of tooth wear in a cluster sample of adolescent schoolchildren and its relationship with potential explanatory factors. *Brit Dent J* 1998; 184: 125-129.
13. Jaeggi T, Schaffner M, Bürgin W, Lussi A. Erosionen und keilförmige Defekte bei Rekruten der Schweizer Armee. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 1999; 109: 1171-1182.
14. Verrips GH, Kalsbeek H. Tandcariës bij kinderen uit etnische groepen in Nederland: een overzicht van de literatuur. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1993; 100: 407-11.

HIV, Hepatitis B, Hepatitis C en risicogedrag onder injecterende druggebruikers in Den Haag in 2000

M.P.H. Berns, R.J. Beuker, J.C.M. Watzeels, V.M. Hendriks, E.J.M. de Coster, E. Tonino-van der Marel, M.J.W. van de Laar

Het aantal injecterende druggebruikers in Den Haag dat met het HIV-virus is besmet, is beduidend lager dan in andere grote steden. Hetzelfde geldt voor degenen die met Hepatitis B of C zijn besmet.

Dit blijkt uit het onderzoek dat het RIVM onder Haagse injecterende druggebruikers heeft laten doen in het kader van het landelijk onderzoek naar HIV onder druggebruikers. Bij de meting in Den Haag is ook gekeken naar de verspreiding van Hepatitis B en C. Een van de verklaringen voor het relatief lage aantal besmettingen kan zitten in het al vanaf 1986 in Den Haag gehanteerde systeem van spuitomruil, dat gratis is en onbeperkt.

Overigens laat hetzelfde onderzoek zien dat injecterende druggebruikers in Nederland veelvuldig gebruikte spuiten en naalden van elkaar lenen, de aanwezigheid van mogelijkheden tot spuitomruil ten spijt. De preventie zal zich terdege moeten verdiepen in mogelijke oorzaken van dit hardnekkige risicogedrag.

Naast het lenen van gebruikte spuiten, blijft het condoomgebruik van injecterende druggebruikers zorgen baren. Circa 80% van de druggebruikers gebruikt niet altijd een condoom, terwijl er veelvuldig sprake is van seksueel contact tussen injecterende druggebruikers en niet-gebruikers. In Den Haag blijkt een opvallend klein deel van de injecterende druggebruikers ooit een HIV-test te hebben laten doen, vergeleken met andere steden (38% versus gemiddeld boven de 60%).

Het HIV-virus en dat van Hepatitis B en C worden overgedragen door bloed-bloed contacten, zoals bij gezamenlijk gebruik van injectiespuiten. Injecterende druggebruikers (druggebruikers die ooit drugs hebben gespoten, IDs) hebben een verhoogd risico op alledrie deze besmettingen. HIV en Hepatitis B (HBV) worden ook overgedragen door seksueel contact, Hepatitis C (HCV) vrijwel uitsluitend door bloed-bloed contact. Van alle in Nederland tot juli 2001 gerapporteerde patiënten met AIDS was 11% injecterend druggebruiker (1).

Via seksueel contact kunnen IDs HIV en HBV verspreiden naar niet-injecterende druggebruikers en de rest van de bevolking. Om meer inzicht te krijgen in de verspreiding van HIV onder druggebruikers in Nederland, veranderingen daarin en het vóórkomen van risicogedrag, is het Rijksinsti-

tuut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in 1995 gestart met een landelijke surveillance van metingen in een aantal steden met veel IDs. De resultaten hiervan kunnen worden gebruikt ten behoeve van preventie- en zorgbeleid.

De meting in Den Haag vond in het voorjaar van 2000 plaats. Op verzoek van de GGD Den Haag en Parnassia is daarbij ook onderzoek verricht naar HBV en HCV en naar enkele aspecten van voorlichting. In dit artikel worden de resultaten besproken van de meting in Den Haag, die tevens worden vergeleken met de resultaten in andere steden. Het artikel is een uitgebreide samenvatting van het onderzoeksrapport van het RIVM (2).

Over de auteurs:

Mw. drs. M.P.H. Berns, epidemioloog, afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, ten tijde van het onderzoek werkzaam bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Centrum voor Infectieziekten Epidemiologie, Bilthoven; Mw. drs. R.J. Beuker, epidemioloog en mw. drs. J.C.M. Watzeels, sociaal-verpleegkundige, RIVM; Dr. V.M. Hendriks, hoofd Parnassia Addiction Research Centre, Den Haag; E.J.M. de Coster, arts en mw. E. Tonino-van der Marel, sociaal-verpleegkundige, afdeling Algemene Infectieziekten Bestrijding, GGD Den Haag; Mw. Dr. Ir. M.J.W. van de Laar, epidemioloog, projectleider SOA, Aids, Hepatitis, RIVM.

Opzet van het onderzoek

De meting in Den Haag week op een aantal punten af van de metingen in de andere steden (de algemene opzet). Daarom beschrijven we zowel de algemene onderzoeksopzet als de afwijkende aspecten in Den Haag.

Algemeen

Het onderzoek is opgezet als een dwarsdoorsnede-onderzoek: de gegevens over de verspreiding van HIV onder druggebruikers worden verzameld op één bepaald moment.

Alle deelnemers moesten ooit drugs hebben gespoten en in de laatste zes maanden gemiddeld tenminste één dag per week harddrugs hebben gebruikt (heroïne, cocaïne(-producten), amfetamine en/of methadon).

De werving van IDs vond plaats op verschillende lokaties en veelal in samenwerking met de plaatselijke reguliere drugshulpverlening. Er is geworven bij instanties die methadon verstrekken, laagdrempelige hulpverleningsinstanties, op straat en bij dealpanden. Potentiële deelnemers werden mondeling en via een informatiefolder ingelicht.

Deelname was anoniem en op basis van vrijwilligheid; de deelnemers ontvingen géén uitslag.

Ter bepaling van HIV-antistoffen werd speeksel afgenomen. Met behulp van een vragenlijst werden gegevens verzameld over demografische factoren, druggebruik, spuitgerelateerd risicogedrag en seksueel risicogedrag. De vragenlijst werd mondeling afgenomen door ervaren sociaal-verpleegkundigen.

Voorafgaand aan het interview werd mondeling 'informed consent' gevraagd voor het onderzoek op antistoffen tegen HIV. Alle deelnemers kregen een kleine geldelijke vergoeding voor hun tijd en moeite.

Het onderzoeksplan is getoetst door de medisch ethische commissie van RIVM/TNO.

Den Haag

De Haagse onderzoekspopulatie bestond uit alle IDs die gedurende de veldwerkperiode ingeschreven stonden bij de methadonverstrekking in Den Haag of zich gedurende deze periode ophielden bij de spuitomruil, het straatprostitutieproject of andere ontmoetingsplaatsen voor harddruggebruikers.

Omdat bepaling van HBV en HCV in speeksel niet mogelijk was, werd bloed afgenomen in plaats van speeksel. Indien bloedafname niet lukte of door de betreffende persoon werd geweigerd, werd er speeksel afgenomen en kon alleen HIV worden bepaald. Om de bloedafname verantwoord uit te kunnen voeren werd met de meeste deelnemers een afspraak gemaakt om naar het Centrum Verslavingszorg Zeestraat te komen voor interview en bloedafname. Op verzoek van de GGD en Parnassia werd de mogelijkheid geboden de uitslag van de test op HIV, HBV of HCV te vernemen, als de deelnemer daar uitdrukkelijk om vroeg. In dat geval was het onderzoek niet anoniem en tekende de deelnemer een schriftelijk 'informed consent'.

Het Haagse onderzoeksplan is getoetst door de medisch ethische commissie van Parnassia Psycho-Medisch Centrum.

Resultaten

Werving

In de periode 21 maart - 4 juli 2000 namen in Den Haag in totaal 217 IDs deel aan het onderzoek. Tien IDs weigerden mee te doen aan het onderzoek, onder meer omdat men recent al bloed had laten testen of omdat men geen interesse had.

Tabel 1

Plaats van werving. Den Haag 2000.

Plaats van werving	n	%
Totaal	217	100
Centrum Verslavingszorg Zeestraat	89	41
Methadonbus Burg. De Monchyplein	45	21
Methadonbus Binnenhaven	22	10
Stichting Drugpunt	21	10
Methadonverstrekking Bazarstraat	9	4
Meegekomen met een ander	9	4
Soepbus	7	3
HAI (de huiskamer)	7	3
Kesslerstichting	5	2
Wijk- en dienstencentrum Reva	3	1

35% Van de IDs werd bij de methadonverstrekking geworven en 56% bij laagdrempelige hulpverleningsinstellingen (zie tabel 1).

Kenmerken deelnemers

De meeste deelnemers waren man (89%). De gemiddelde leeftijd was 39 jaar; er waren weinig jonge IDs (één ID onder de 20 jaar en 3 IDs tussen de 20 en 25 jaar).

Het overgrote deel van de IDs woonde meer dan vijf jaar in Den Haag, tweederde woonde er meer dan 20 jaar. Bijna een kwart van de IDs (23%) had geen vast adres (dat wil zeggen woonde niet minstens drie

maanden op hetzelfde adres). Deze IDs verbleven in de laatste zes maanden vooral op straat (58%), bij de nachtopvang van de Kesslerstichting (40%) of bij familie of vrienden (36%, meerdere antwoorden mogelijk).

In het algemeen hadden de deelnemers weinig scholing: 53% had geen school of alleen lagere school afgemaakt en 20% had het lager beroepsonderwijs voltooid.

De meeste IDs (89%) hadden ooit in de gevangenis gezeten sinds ze drugs gebruiken, de helft daarvan meer dan vijf keer (politieel niet inbegrepen). Vrou-

Tabel 2

Spuitedrag in de laatste zes maanden, actuele spuiters. Den Haag 2000.

		n	%
Totaal		81	100
Aantal jaren sinds eerste keer spuiten harddrugs	< 1	2	3
	1 – 2	6	7
	3 – 5	9	11
	6 – 10	7	9
	> 10	57	70
Gespoten drug/product ¹	heroïne	71	88
	cocaïne	34	42
	heroïne+cocaïne ²	18	22
	voorgekookte coke	1	1
	methadon	8	10
	amfetamine	16	20
	'pillen'	4	5
	andere drugs	0	-
Spuiten/naalden geleend van anderen [#]	nooit	24	31
	> 6 maanden geleden	37	48
	in de laatste 6 maanden	16	21
Aantal keren spuiten/naalden geleend	0	65	80
	1	3	4
	2 – 10	7	9
	> 10	6	7
Aantal keren spuiten/naalden uitgeleend	0	65	80
	1	1	1
	2 – 10	6	7
	> 10	9	11
Back-/frontloaden ³	nee	76	94
	ja	5	6
Lenen van gebruikt watje, filter, lepel of spoelwater	nee	42	52
	ja	39	48

1) Meerdere antwoorden mogelijk, getallen sommeren niet tot 81, resp. 100%

2) Gelijkijdig gebruik: 'speedball'

3) Drugs die verdeeld zijn met de gebruikte spuit van een ander

#) Informatie niet van alle deelnemers beschikbaar

wen bleken minder en ook minder vaak ooit in de gevangenis te hebben gezeten dan mannen.

Druggebruik

In de zes maanden voorafgaande aan het onderzoek gebruikte het overgrote deel van de IDs heroïne (92%), cocaïne (89%), methadon (88%) of voorgedroogde coke (84%). Driekwart van de IDs slikte pillen (benzodiazepinen zoals seresta, valium, normison of rohypnol). Tweederde van de IDs gebruikte hasj of weed (63%) en een kwart dronk gemiddeld meer dan vier glazen alcohol per dag (24%). Polydruggebruik (zowel opiaten als stimulantia) kwam het meest voor (84%).

De gemiddelde leeftijd waarop men was begonnen met het gebruik van harddrugs was 19,9 jaar en met het spuiten van harddrugs 23,5 jaar. Het aantal jaren sinds de eerste spuit was gemiddeld 15,5 jaar.

Spuitgedrag

Van de IDs had 37% in de laatste zes maanden drugs gespoten ('actuele spuiters'). Tabel 2 laat enkele aspecten van het spuitgedrag van de actueel spuitende IDs zien.

ten van het spuitgedrag van de actueel spuitende IDs zien.

Bijna driekwart van de IDs was meer dan tien jaar geleden met spuiten begonnen en 10% minder dan drie jaar geleden. Ruim tweederde rapporteerde ooit een gebruikte spuit of naald van een ander te hebben geleend; 14% van hen had dit meer dan 50 keer gedaan. Meer mannen dan vrouwen hadden in het verleden (langer dan zes maanden geleden) een gebruikte spuit of naald van een ander geleend (72% versus 33%).

In de laatste zes maanden hadden 16 IDs (21%) een gebruikte spuit of naald van een ander geleend. Lenen vond alleen plaats van bekenden (vaste seksuele partner, vrienden of kennissen) en in de meeste gevallen van één persoon. Twee IDs, zelf HIV-seronegatief, gaven aan dat de laatste persoon van wie zij een spuit of naald hadden geleend, HIV-seropositief was. Tien IDs wisten niet of de laatste persoon van wie zij geleend hadden HIV-geïnfecteerd was. De meeste

Tabel 3

Seksueel gedrag in de laatste zes maanden. Den Haag 2000.

		Totaal		Mannen		Vrouwen	
		N	%	n	%	n	%
Totaal		217	100	193	100	24	100
Seksueel contact ¹	nee	84	39	82	43	2	8
	ja	133	61,3	111	58	22	92
Aantal seksuele partners ²	0	86	40	83	43	3	13
	1	64	30	55	29	9	38
	2 – 10	55	25	51	26	4	17
	> 10	12	6	4	2	8	33
Vaste partners ³	nee	138	64	128	66	10	42
	ja	79	36	65	34	14	58
Losse partners (geen prostitutie)	nee	151	70	131	68	20	83
	ja	66	30	62	32	4	17
Klanten ⁴ (prostitutie)	nee	202	93	187	97	15	63
	ja	15	7	6	3	9	38
Druggebruik vaste partner [#]	niet-gebruiker	37	48	33	52	4	29
	niet-ID	13	17	12	19	1	7
	ID	27	35	18	29	9	64
Druggebruik losse partner [#]	niet-gebruiker/niet-ID	29	58	26	57	3	75
	ID	21	42	20	44	1	25

1) Vaginaal, anaal of oraal seksueel contact

2) Vaste, losse partners en klanten waarmee men vaginaal of anaal seksueel contact had

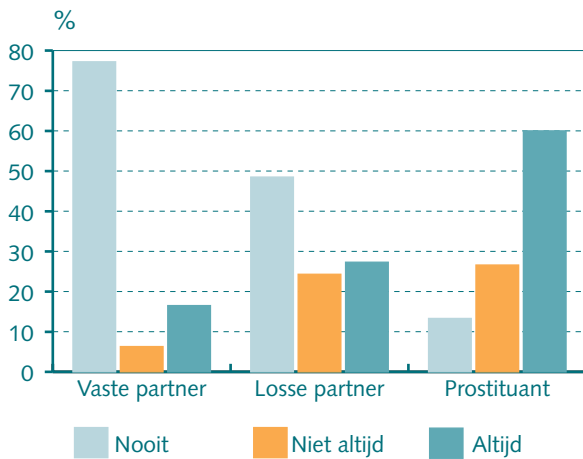
3) Partner waarmee gedurende minimaal drie maanden een relatie bestaat en waarmee men vaginaal of anaal seksueel contact had in de laatste zes maanden

4) Klanten waarmee men vaginaal of anaal seksueel contact had

#) Informatie niet van alle deelnemers beschikbaar

Figuur 1

Percentage injecterende druggebruikers dat bij seksueel contact een condoom gebruikt, naar soort partner.
Den Haag 2000.



deelnemers maakten een geleende naald of spuit schoon, in de helft van de gevallen gebeurde dat door middel van uitkoken. De belangrijkste redenen om gebruikte spuiten/naalden te lenen waren 'incidenteel shot daarom geen spuit in voorraad', 'onverschilligheid' en 'afkickverschijnselen'; 'spuitomruil niet open' werd eenmaal genoemd. Eveneens 16 IDs (20%) hadden in de laatste zes maanden een gebruikte spuit of naald uitgeleend; geen van hen was HIV-positief. Vijf IDs (6%) hadden drugs gebruikt die verdeeld waren met de gebruikte spuit van een ander (back- of frontloaden). In totaal hadden 25 IDs (31%) in de laatste zes maanden riskant spuitgedrag vertoond (dat wil zeggen een gebruikte spuit/naald geleend of uitgeleend of back-/frontloaden).

Gebruikte watjes, filters, lepels of spoelwater werden frequent van elkaar geleend: 48% van de IDs had in de laatste zes maanden één of meer van deze spuitattributen van een ander geleend.

Seksueel gedrag

In tabel 3 worden aspecten van het gerapporteerde seksuele gedrag van de deelnemende IDs in de zes maanden voorafgaand aan het interview getoond.

Ruim een derde van de IDs (39%) had geen seksueel contact (vaginaal, anaal of oraal) gehad in de laatste zes maanden. Dit betrof meer mannen dan vrouwen. Van alle IDs had 36% seksueel contact gehad met een vaste partner (59% van de IDs met seksueel contact). Bij 65% van de IDs met een vaste partner was de vaste

partner geen druggebruiker of ging het om een (voormalig) druggebruiker die nooit gespoten had. Van alle IDs had 18% een vaste partner die ooit harddrugs had gebruikt, en 12% een vaste partner die ooit drugs had gespoten.

Meer mannen dan vrouwen hadden de laatste zes maanden wisselende, losse seksuele contacten (geen prostitutie).

Vijftien IDs (7% van alle IDs) hadden geld of drugs ontvangen in ruil voor seksueel contact (prostitutie).

Figuur 1 toont het condoomgebruik van de IDs in de zes maanden voorafgaand aan het interview. Bij seksueel contact met de vaste partner gebruikte 84% niet altijd een condoom. Met losse partners en klanten werd veiliger gevreeën. Van alle IDs met seksuele contacten had ruim driekwart (78%) onbeschermd seksueel contact gehad met een vaste of losse partner of een klant.

HIV-prevalentie en HIV-test

Bij 211 van de 217 deelnemende IDs kon een uitslag van de HIV-test worden bepaald. Vier IDs bleken HIV-positief: de HIV-prevalentie onder IDs is daarmee 2%.

Van de vier HIV-positieve IDs had er één recent (in de laatste zes maanden) gespoten. Drie HIV-positieve IDs hadden recent seksueel contact gehad; één had een vaste partner, twee hadden wisselende, losse contacten en twee hadden zich geprostitueerd. De ID met een vaste partner gebruikte nooit condooms, maar wist niet dat hij seropositief was. Eén ID met losse partners gebruikte soms een condoom. Eén ID gebruikte niet altijd condooms met klanten.

Van alle IDs meldde 38% ooit eerder op HIV te zijn getest, ruim de helft daarvan voor het laatst vóór 1997.

Onder degenen die ooit eerder op HIV waren getest waren meer vrouwen en meer IDs die in Nederland waren geboren. Verder waren meer IDs eerder getest die ooit een spuit of naald hadden geleend, meer IDs die in de laatste zes maanden voor het onderzoek geen spuiten of naalden hadden uitgeleend en meer IDs die zich in de laatste zes maanden hadden geprostitueerd. Van de 82 deelnemers die ooit getest waren meldde één ID seropositief te zijn bij de laatste HIV-test in 1996; 70 IDs (85%) waren seronegatief en 11 IDs (13%) kenden het resultaat van de test niet. Van de vier IDs die in dit onderzoek een positieve testuitslag hadden, hadden er twee nog niet eerder een HIV-test gedaan; bij één deelnemer was een eerdere test positief en bij één deelnemer negatief.

Prevalentie Hepatitis B

Bij 199 IDs kon het bloed worden getest op aanwijzingen voor een HBV-infectie. Merkstoffen duidend op een vroeger doorgemaakte of huidige HBV-infectie (anti-HBc-positief) waren aanwezig bij 70 IDs (35%). Bij zes van deze IDs (3% van alle IDs) werd dragerschap (HBsAg-positief) aangetoond.

IDs met HBV hadden, vergeleken met IDs zonder HBV, een hogere gemiddelde leeftijd (40 versus 38 jaar), een hoger gemiddeld aantal jaren sinds eerste spuit (18 versus 12 jaar) en vaker een vast adres. Er was geen relatie met het lenen van spuiten/naalden of seksueel gedrag.

Elf IDs (5%) meldden ooit tegen HBV te zijn gevaccineerd.

Prevalentie Hepatitis C

Bij 94 van de 199 geteste IDs (47%) werden antistoffen tegen HCV (anti-HCV) aangetoond.

Meer IDs die in de laatste zes maanden drugs hadden gespoten en meer IDs die ooit (recent of in het verleden) spuiten of naalden van een ander hadden geleend waren besmet met HCV.

Relatie HBV-, HCV- en HIV-infectie

Bijna een kwart van de IDs was positief voor zowel anti-HBc als anti-HCV (23%), 12% alleen voor anti-HBc, 24% alleen voor anti-HCV en 41% had geen van beide infecties. Meer IDs met HBV dan IDs zonder HBV waren besmet met HCV (66% versus 37%). Alle vier HIV-positieve IDs hadden antistoffen tegen HBV en/of HCV: één tegen alleen HBV, één tegen alleen HCV en twee tegen zowel HBV als HCV.

Contacten met de hulpverlening

Bijna alle deelnemende IDs hadden in de laatste zes maanden contact gehad met de hulpverlening zoals bij het Centrum Verslavingszorg Zeestraat, methadonprogramma's, huisarts of GGD.

Van alle IDs had 81% in de laatste zes maanden methadon gebruikt. Alle IDs die niet recent methadon hadden gebruikt hadden in het verleden ooit wel eens methadon gebruikt.

Gevraagd naar de lokatie waar men in de laatste zes maanden zijn spuiten of naalden had gehaald, noemde 52% de ambulante spuitenruiler van de GGD, 25% de methadonbus aan het Burgemeester de Monchyplein, 21% Stichting Drugpunt en 14% de apotheek.

Voorlichting over HIV/AIDS, Hepatitis B en C en andere SOA

Tabel 4 laat aspecten van voorlichting zien. Een derde

van de IDs meldde weleens voorlichting te hebben gehad over HIV/AIDS, Hepatitis en andere SOA. Van hen had 47% de voorlichting gehad bij Parnassia, 18% in de gevangenis. Twintig procent (7% van de totale groep) had deze voorlichting in het afgelopen jaar gehad.

De twintig IDs die ondanks de voorlichting hun spuitgedrag niet hadden veranderd, gaven daarvoor als reden dat men niet meer spoot (42%) of al veilig spoot (34%). IDs die meldden door de voorlichting veiliger te zijn gaan spuiten hadden, vergeleken met andere IDs, vaker in de laatste zes maanden een spuit of naald geleend (20% versus 4%) of spuitattributen geleend (35% versus 11%).

De 51 IDs die meldden dat de voorlichting geen invloed had gehad op hun condoomgebruik gaven als redenen dat zij al condooms gebruikten (27%), condoomgebruik vervelend vonden (18%), een vaste partner hadden (16%) of geen seksueel contact hadden (8%). Er was de laatste zes maanden geen verschil in condoomgebruik tussen IDs die door de voorlichting condooms waren gaan gebruiken en andere IDs. IDs die nooit voorlichting hadden gehad hadden meer behoefte aan voorlichting dan IDs die al eens eerder voorlichting hadden gehad (52% versus 30%). Ook IDs die bij prostitutie-contacten niet altijd een condoom gebruikten hadden meer behoefte aan voorlichting.

Als instelling die de voorlichting bij voorkeur zou moeten geven noemden IDs: Parnassia (60%), de GGD (18%), de huisarts (2%) of de RIAGG (1%); een kwart had geen voorkeur. Van de IDs die geen behoefte hadden aan voorlichting gaf 62% aan het meeste al te weten. Twaalf procent 'merkte het vanzelf wel als ze ziek werden', 6% vond voorlichting 'gezeur', 5% was bang om hier meer over te weten en 4% was van mening dat dit hem/haar niet zou overkomen.

Voor een test op HIV, SOA of Hepatitis zou 29% naar de huisarts gaan. Tweeëntwintig procent zou naar het ziekenhuis gaan, 17% naar Parnassia, 9% naar de anonieme testplaats van de GGD, 3% naar de SOA polikliniek en 18% wist het niet.

Zeventien procent van de IDs vond dat er onvoldoende spuitomruil mogelijkheden zijn in Den Haag. Voor het verkrijgen van gratis condooms waren volgens 11% van de IDs onvoldoende mogelijkheden. Er was geen relatie tussen spuitgerelateerd risicogedrag en de mening over de spuitomruilmogelijkheden en tussen seksueel risicogedrag en de mening over de mogelijkheden tot het verkrijgen van gratis condooms.

Tabel 4

Mening van IDs met betrekking tot voorlichting over HIV/AIDS, Hepatitis en andere SOA. Den Haag 2000.

		%
Weleens voorlichting gehad	nee	66
	ja	34
Door voorlichting meer condoms gaan gebruiken ¹	nee	69
	ja	31
Door voorlichting veiliger gaan spuiten ¹	nee	73
	ja	27
Behoeftte aan meer voorlichting #	nee	55
	ja	44
	geen mening	1
Frequentie voorlichting #	ieder half jaar	26
	ieder jaar	14
	één keer totaal	20
	geen mening	27
	anders	12
Behoeftte aan informatiefolder over HIV/AIDS, Hepatitis en SOA	nee	41
	ja	57
	geen mening	2
Voldoende mogelijkheden voor spuitomruil?	nee	17
	ja	61
	geen mening	23
Voldoende mogelijkheden gratis condoms?	nee	11
	ja	79
	geen mening	11

1) alleen degenen die voorlichting hebben gehad

#) informatie niet van alle deelnemers beschikbaar

Discussie

Prevalentie van HIV-infectie

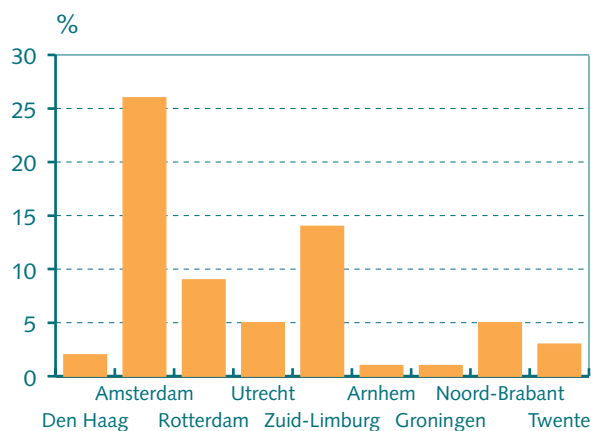
De prevalentie van HIV-infecties onder Haagse IDs is 2%. Dit is vergelijkbaar met de prevalentie in Arnhem, Groningen en Twente, maar lager of zelfs veel lager dan de metingen in de andere grote steden (zie figuur 2).

Mogelijke verklaringen hiervoor zijn de instroom van buitenlandse IDs en het Haagse spuitomruilsteem. In vergelijking met bijvoorbeeld Amsterdam en Rotterdam zijn in Den Haag relatief weinig IDs uit andere Europese landen waar HIV onder IDs veel voorkomt. Daardoor is er een kleinere kans op introductie en verspreiding van het HIV. Daarnaast heeft een relatief late introductie van HIV in Den Haag in combinatie met het snel op gang komen van preventie-activiteiten mogelijk voorkomen dat HIV zich snel kon verspreiden onder de IDs. Al in 1986 gaf de gemeenteraad toestemming voor de oprich-

ting van een spuitomruil zonder beperkingen dat wil zeggen: gratis verstrekking van een onbeperkt aantal

Figuur 2

Percentage HIV-positieve injecterende druggebruikers. Nederland 1996-2000.



Tabel 5

Percentage injecterende druggebruikers met Hepatitis B en Hepatitis C. Rotterdam, Heerlen/Maastricht en Den Haag.

	Rotterdam	Heerlen/ Maastricht	Den Haag
Hepatitis B ooit doorgemaakt	61	67	35
Hepatitis B dragerschap	4	7	3
Hepatitis C	84	73	47

sputen. Bovendien verstrekken medewerkers van de spuitomruil op verschillende lokaties in Den Haag (zoals in drugspannen of via druggebruikers) grote aantallen schone spuiten en naalden, waardoor deze voor IDs gemakkelijk te verkrijgen zijn. In een aantal steden wordt het systeem toegepast waarbij men alleen een schone spuit krijgt als men een gebruikte spuit inlevert: dit onder andere met de bedoeling het aantal op straat rondslingerende spuiten te verminderen. Daardoor zijn er wellicht minder mogelijkheden voor IDs om altijd een schone spuit te hebben en te gebruiken.

Prevalentie van Hepatitis B en Hepatitis C

Ruim de helft van de deelnemende IDs is geïnfecteerd met HBV en/of HCV. De prevalenties zijn lager dan die gevonden in Rotterdam en Heerlen/Maastricht (tabel 5). Net als bij HIV kan ook bij HBV en HCV het Haagse systeem van spuitomruil van invloed zijn geweest op de lage prevalentie. De nauwe, onderlinge relatie tussen het vóórkomen van HBV, HCV en HIV in Den Haag werd eveneens gevonden in Rotterdam en Heerlen/Maastricht.

Slechts 5% van de IDs geeft aan gevaccineerd te zijn tegen HBV, hoewel HBV-vaccinatie van risicogroepen al sinds 1983 (op advies van de Gezondheidsraad) wordt aanbevolen. Naar aanleiding van een succesvol proefproject voor HBV-vaccinatie bij onder andere druggebruikers in 1999/2000 is besloten een dergelijk programma landelijk in te voeren. Met dit programma kan worden getracht de vaccinatiegraad onder IDs in Den Haag te verhogen.

Naast de overdracht van HBV en HCV via besmette spuiten of naalden kan overdracht mogelijk ook plaatsvinden via spuitattributen (filters, lepels en wafjes) met besmet bloed. Een zeer kleine hoeveelheid bloed is al voldoende om een infectie over te brengen. Dit kan een verklaring zijn voor de relatief hoge prevalentie van HBV en HCV in de onderzochte steden, ook onder IDs die nooit een spuit/naald van een ander hebben geleend. HBV kan ook worden overgebracht

via seksueel contact. Gezien het grote aantal onbeschermde seksuele contacten met vaste en losse partners is de kans op verspreiding van HBV-infectie aanzienlijk.

Leeftijd

In vergelijking met andere steden is in Den Haag de gemiddelde leeftijd van de deelnemende IDs hoog: 39 jaar. In de andere steden ligt de gemiddelde leeftijd op circa 35-36 jaar. De populatie injecterende druggebruikers in Nederland is aan het verouderen. In de steden met herhaalde metingen valt dit onder andere af te leiden uit de toenemende leeftijd van de IDs en de toenemende lengte van de spuitcarrière. Waarschijnlijk zal in de toekomst de oudere druggebruiker met een lange spuitcarrière en specifieke gezondheidsproblemen steeds meer aandacht vragen binnen de drugshulpverlening.

In alle steden vindt echter nog steeds een instroom plaats van beginnende IDs.

Spuitgerelateerd risicogedrag

Het percentage deelnemende IDs dat in de laatste zes maanden drugs had gespoten is in Den Haag (37%) lager dan in andere steden (ongeveer 60%). Dit verschil wordt mogelijk veroorzaakt door een verschil in de methode van werving van deelnemers, namelijk op afspraak, waardoor misschien met name de actuele spuiters niet kwamen opdagen.

In vergelijking met andere steden hadden in Den Haag iets meer IDs recent een gebruikte spuit of naald van een ander geleend (21% versus 11%-17%). Het merendeel van de IDs maakte een geleende spuit/naald wel altijd schoon maar in de helft van de gevallen gebeurde dat niet op de juiste wijze (en dat is uitkoken); de preventie zal hier aandacht aan moeten besteden. Het uitlenen van spuiten of naalden (20%) komt in Den Haag vaker voor dan in de meeste andere steden (20% versus 11%-16%).

Het delen van gebruikte spuiten en/of naalden wordt als de belangrijkste risicofactor voor de verwerving van een HIV-infectie onder IDs beschouwd. Ondanks

het feit dat druggebruikers in Nederland over het algemeen goed op de hoogte zijn van de gevaren van het lenen van gebruikte spuiten of naalden, blijft dit risicogedrag op een relatief hoog niveau. In Nederland is veel aandacht besteed aan preventiemaatregelen op het gebied van veilig spuiten. Spuitomruilgelegenheden zijn meestal op ruime schaal aanwezig. Mogelijk hebben we te maken met een groep druggebruikers die niet ontvankelijk is voor welke preventieboodschap dan ook. Voor het ontwikkelen van nieuwe preventie-activiteiten om dit risicovolle spuitgedrag verder terug te dringen is het van belang meer inzicht te krijgen in de oorzaken van dit hardnekkig risicogedrag.

Seksueel risicogedrag

Voor de verspreiding van HIV-infectie door IDs naar niet-druggebruikers of naar niet-spuitede druggebruikers zijn de aard en mate van seksuele contacten van belang én de HIV-prevalentie. Door de lage HIV-prevalentie in Den Haag is het risico van verspreiding van HIV beperkt. Met losse partners en met klanten werden vaker condooms gebruikt dan met vaste partners, net als in de andere steden. Een aantal prostituées gebruikte niet altijd een condoom in seksuele contacten met klanten. Door de vele seksuele contacten is de kans op verspreiding van HIV-infectie via prostitutie toch aanwezig.

Gezien het feit dat circa 80% van de IDs in seksuele contacten niet altijd een condoom gebruikt en dat er veelvuldig seksueel contact is tussen IDs en niet-druggebruikers, lijkt het nuttig om meer aandacht voor veilig seksueel gedrag te hebben in preventieprogramma's.

Effecten van HIV-test

In Den Haag heeft een opvallend klein deel van de IDs (38%) ooit eerder een HIV-test gedaan in vergelijking met andere steden (gemiddeld boven de 60%). Het is niet duidelijk wat hiervan de oorzaak is, mogelijk wordt er vanuit de hulpverlening te weinig aandacht aan besteed. Meer Haagse IDs die zich in de laatste zes maanden hadden geprostitueerd, hadden een HIV-test laten verrichten. Mogelijk beschouwden zij de seksuele contacten als risicovol en lieten zij zich daarom eerder op HIV testen. Om diezelfde reden waren zij ook eerder geneigd om altijd condooms te gebruiken. Onderzoek uit Amsterdam heeft uitgewezen dat kennis van de HIV-status kan leiden tot beperking van risicogedrag (3). Het verdient aanbeveling om in preventie-activiteiten meer aandacht te besteden aan het laten doen van een HIV-test.

Voorlichting

Een derde van de IDs had weleens voorlichting gehad over HIV/AIDS, Hepatitis en andere SOA, waarvan 20% in het laatste jaar. Naar eigen zeggen had deze voorlichting bij een derde van de IDs meer condoomgebruik en bij een kwart veiliger spuitgedrag tot gevolg. IDs die zeggen veiliger te zijn gaan spuiten door de voorlichting melden niettemin elders in de vragenlijst vaker dan andere deelnemers, dat zij in de laatste zes maanden spuiten of naalden hebben geleend. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de voorlichting wel de juiste doelgroep met risicogedrag bereikt, maar dat een deel van deze groep ondanks de voorlichting riskant spuitgedrag blijft vertonen.

Tot slot

HIV, Hepatitis B en Hepatitis C onder injecterende druggebruikers komt in Den Haag minder voor dan in andere steden met veel druggebruikers. Mogelijk komt dat door een relatief geringe instroom van buitenlandse druggebruikers of door het systeem van spuitomruil zonder beperkingen.

Er is echter toch sprake van veel spuitgerelateerd en seksueel risicogedrag, zeker vergeleken met andere grote steden.

De helft van de IDs geeft aan behoefte te hebben aan voorlichting over HIV/AIDS, Hepatitis en andere SOA.

Toekomstige preventie-activiteiten zullen meer gericht moeten zijn op condoomgebruik, ook in vaste relaties; het lenen van gebruikte spuiten of naalden; het op de juiste wijze schoonmaken van spuiten of naalden; het gebruik van schone spuitattributen; een HIV-test en vaccinatie tegen Hepatitis B.

Literatuur

1. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Aids in Nederland per 30 juni 2001. Bilthoven, augustus 2001.
2. Beuker RJ, Berns MPH, Watzeels JCM, Hendriks VM, Coster EJM, Tonino-van der Marel E, Van de Laar MJW. Surveillance van HIV-infectie onder injecterende druggebruikers in Nederland: meting Den Haag 2000. RIVM-rapport nr. 441100 015. Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, juli 2001.
3. Langendam MW, van Ameijden EJC, van den Hoek JAR. HIV- testen en -counselen in Amsterdam. Kenmerken van niet eerder op HIV geteste injecterende druggebruikers. Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg 1995; 73: 354-9.

Migrantenvoorlichting op de polikliniek Gynaecologie en Verloskunde, MCH Westeinde: het vervolg

C.J. Kruijthof, A.M. Verlaat en M. van Nienes

In augustus 2000 ging in het MCH Westeinde het project 'Migrantenvoorlichting op de polikliniek Gynaecologie en Verloskunde' van start. Aanleiding vormde het feit dat ongeveer 70% van de vrouwen die de Haagse polikliniek Gynaecologie en Verloskunde bezoeken van allochtone afkomst is (1) en dat de op de polikliniek werkzame gynaecologen aangaven behoefte te hebben aan ondersteuning in de communicatie met deze patiënten. ZorgOnderzoek Nederland (tegenwoordig ZON MW) verschaftte subsidie voor het opzetten van een project migrantenvoorlichting, waarmee een nieuwe ontwikkeling werd ingezet, zowel voor medewerkers van het ziekenhuis als voor migrantenvoorlichtsters en patiënten. Inmiddels is het project beëindigd en is besloten de migrantenvoorlichting in het MCH voort te zetten. Het project heeft het belang van deze voorlichting duidelijk gemaakt, de migrantenvoorlichtsters blijven.

In een eerder in dit tijdschrift verschenen artikel zijn de projectplannen en achtergronden gepresenteerd (2). In onderstaand artikel worden de voortgang en ervaringen beschreven en geïllustreerd aan de hand van gegevens uit de evaluatiestudie.

Start van het project

Het project is gebaseerd op de methode Voorlichting in de Eigen Taal en Cultuur (VETC), waarbij voorlichting in de eigen taal wordt afgestemd op de belevingswereld van de patiënt. Voor de grootste groepen patiënten (Turkse, Marokkaanse en Surinaams-Hindostaanse) werden voorlichtsters aangetrokken. De expliciete doelstellingen van het project waren: 1. kennisoverdracht en voorlichting aan patiënten 2. ondersteuning bij de verduidelijking van de hulpvraag en 3. kennisoverdracht aan gynaecologen.

De ideeën over migrantenvoorlichting in het ziekenhuis werden ontwikkeld in samenwerking met de afdeling GVO van de GGD. Deze afdeling coördineert de werkzaamheden van de VETC-ers in Den Haag.

Alle Haagse VETC-ers zijn voor de zomer 2000 geïnformeerd over het project en uitgenodigd om te solliciteren. In augustus 2000 kon het MCH één Turkse en één Marokkaanse voorlichtster in dienst nemen. Na werving via de Surinaams-Hindostaanse radio kon in februari 2001 de voorlichtster uit deze groep beginnen.

Voor de dagelijkse begeleiding van de voorlichtsters werd meteen bij de start van het project een mentor aangesteld. De mentor werkte al als doktersassistente op de polikliniek en maakt dus deel uit van de directe werkomgeving. De voorlichtsters waren ieder twaalf uur per week (twee dagen) aanwezig. De mentor bleef werkzaam als doktersassistente en kreeg voor de mentorfunctie uitbreiding van uren. Eén van de gynaecologen was namens de specialisten contactpersoon voor het project.

De mentor is erg belangrijk geweest in het project. Zij is de schakel tussen de projectgroep en de polikliniek, en tussen de medewerkers van de polikliniek en de migrantenvoorlichtsters. Voor de inbedding van migrantenvoorlichting in het ziekenhuis is dit essentieel.

de mentor:

“...zo zijn we heel direct bij elkaar betrokken: als er een probleem is, praat je er gelijk over. Niet alleen in bepaalde overlegjes. Als de voorlichters wat willen vragen en ik heb tijd dan gaan we hier even zit-

Over de auteurs:

Mw. C.J. Kruijthof, arts en bestuurskundige, is beleidsadviseur in het MCH; mw. A.M. Verlaat, verpleegkundige en gezondheidswetenschapper, is stafmedewerker zorg in het MCH. Samen leiden zij het project Migrantenvoorlichting Gynaecologie & Verloskunde. Mw. van Nienes is student Beleid en Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Zij doet de evaluatiestudie van dit project.

ten en dan praten we erover. Het is heel laagdrempelig natuurlijk als je samen werkt...”

een migrantenvoorlichtster:

“...ze heeft een heleboel geduld. Ze legt heel rustig uit. Als het niet duidelijk is dan vertelt ze het nog een keer. Als ik het niet begrijp dan vraag ik het nog een keer. Ze heeft echt een groot geduld...”

Een student Beleid en Management Gezondheidszorg (Erasmus Universiteit) voert de evaluatie van het project uit. Zij interviewde de betrokkenen en verrichtte observaties. De definitieve rapportage over de evaluatie verschijnt in 2002.

Spelregels, verwijzingen en afspraken

Tijdens de inwerkperiode leerden de voorlichtsters het ziekenhuis en de werkomgeving kennen, voor het geven van voorlichting een vereiste. En de omgeving maakte kennis met de functie migrantenvoorlichting en met de nieuwe collega's, die deze voorlichting gingen verzorgen. Er werden spelregels vastgesteld met duidelijke afspraken over de samenwerking.

Voorbeelden van spelregels:

- voorlichtsters zijn geen tolken: voorlichting is een zelfstandige discipline
- bij doorverwijzing maakt de gynaecoloog gebruik van een consultformulier met een duidelijk verzoek aan de voorlichtster
- de verantwoordelijkheid voor het geven van informatie blijft bij de gynaecologen

De gang van zaken was (en is) als volgt. De artsen op de polikliniek beoordelen per patiënt de 'indicatie' voor verwijzing naar een migrantenvoorlichtster: zij beslissen in overleg met de patiënt of er een voorlichtster moet worden ingeschakeld. Als de desbetreffende voorlichtster aanwezig is, kan de patiënt meestal meteen terecht. Anders wordt een afspraak gemaakt. Doel van de verwijzing naar de voorlichtsters is kennisoverdracht naar de patiënt of hulp bij het formuleren van de vraag van de patiënt.

Bij het verwijzen geven de gynaecologen op een consultformulier aan wat hun verzoek is. De voorlichtster kan bijvoorbeeld gevraagd worden om informatie te geven over een bepaald onderwerp in een individueel gesprek met de patiënt. Daarnaast kan ze deelnemen aan een zogenaamd driehoeksgesprek waarbij patiënt, gynaecoloog en voorlichtster aanwezig zijn. Soms wordt eerst een driehoeksgesprek gehouden en praat de voorlichtster daarna met de patiënt verder.

De voorlichtster schrijft op het consultformulier wat zij met de patiënt besproken heeft, zodat terugkoppeling naar de gynaecoloog gewaarborgd is. Het consultformulier komt in de medische status van de patiënt.

De voorlichtsters aan het werk

Aanvankelijk wilde de projectgroep de voorlichtsters niet overvallen met complexe gynaecologische onderwerpen. Ze zouden uitsluitend basisvoorlichting geven: de algemene anatomie en fysiologie van het vrouwelijk lichaam. Maar al snel bleek dat de voorlichtsters erg gemotiveerd waren om ook op de gynaecologische ziekenhuisonderwerpen in te gaan, bijvoorbeeld uitleg van onderzoek, anticonceptie en IVF. Hierop is de beperking tot basisvoorlichting losgelaten. Waar nodig hebben de artsen aanvullende klinische lessen gegeven aan de voorlichtsters, gericht op de inhoud van de gewenste voorlichting. Daarnaast kregen ze een extra cursus in het geven van individuele voorlichting, omdat de opleiding VETC vooral gericht is op het geven van groepsvoorlichting.

De resultaten van de voorlichting aan Turkse en Marokkaanse patiënten zijn erg positief. Na een gesprek met een migrantenvoorlichtster geven zij aan opgelucht te zijn in hun eigen taal te kunnen praten over hun klachten en over de informatie van de arts. Daarnaast wordt in zo'n gesprek het belang van instructies en aanwijzingen duidelijk.

een gynaecoloog:

“...soms heb je niet het hele verhaal van de patiënt nodig, dan weet je wel ongeveer waar het om gaat. En als je het verhaal niet helemaal begrijpt maak je maar een extra echo, of een bloedonderzoek en je komt er altijd wel uit. Maar nu de migrantenvoorlichtsters er zijn, is het wel makkelijker. Bij sommige problemen, bijvoorbeeld bij de overweging om een vruchtwaterpunctie te doen, was je misschien toch te veel bezig om voor de patiënt te denken, voor haar te beslissen. Terwijl je nu tegen de migrantenvoorlichtsters kunt zeggen: 'Praat er eens rustig over, laat de patiënt er eens over nadenken...'.’”

De Turkse en Marokkaanse voorlichtsters hebben al veel onduidelijkheid kunnen ophelderen. Met name bij complexe processen, bijvoorbeeld infertiliteitbehandelingen, is hun bijdrage waardevol gebleken. Vrouwen begrijpen beter waarom bepaalde momenten belangrijk zijn in die behandelingen en waarom ze zich dan moeten houden aan de adviezen van de arts.

Voorbeelden van onderwerpen
 functioneren lichaam: algemeen
 onderzoek en behandeling (bijv. onderzoek bij
 onvruchtbaarheid, IVF-behandeling)
 onderzoeksuitslagen
 anticonceptie: mogelijkheden en toepassing
 zwangerschap: algemeen
 prenatale diagnostiek
 zwangerschapsdiabetes

Tijdens de projectperiode hebben de Turkse en Marokkaanse voorlichtster ook tweemaal een groepsvoorlichting georganiseerd voor zwangere vrouwen uit hun doelgroep. Dit gebeurde in samenwerking met de kraamafdeling van het ziekenhuis.

Geen behoefte bij Surinaams-Hindostaanse vrouwen

De Surinaams-Hindostaanse vrouwen reageerden anders dan de Turkse en Marokkaanse. Al vrij snel bleek dat er, zowel bij de patiënten als bij de gynaecologen, geen behoefte was aan ondersteuning door een voorlichtster. Bij herhaling is aan de gynaecologen gevraagd patiënten door te verwijzen voor aanvullende voorlichting, maar de patiënten zeiden steeds hier geen behoefte aan te hebben. Ook is aan Surinaams-Hindostaanse vrouwen in de wachtkamer uitgelegd welke aanvullende functie de migrantenvoorlichtster zou kunnen hebben. Maar ook die patiënten gaven aan geen noodzaak te zien in extra gesprekken. De selectie van de drie doelgroepen in dit project was uitsluitend gebaseerd op getalsmatige overwegingen. Er is geen behoeftepeiling gedaan bij de patiëntenpopulaties. Achteraf kunnen we vaststellen dat de Surinaams-Hindostaanse populatie geen behoefte heeft aan aanvullende voorlichting vanuit de eigen taal en cultuur. In elk geval niet binnen de gynaecologie. Misschien hangt dit samen met het feit dat de taal voor deze groep veelal geen probleem in de communicatie is.

De Surinaams-Hindostaanse voorlichtster heeft voor de duur van het project deelgenomen aan voorlichtingsactiviteiten van de interne geneeskunde (diabetes mellitus).

Intensiteit van werkzaamheden

Op basis van de omvang van de allochtone patiëntenpopulatie, had de projectgroep verwacht dat de migrantenvoorlichtsters snel veel patiëntencontacten zouden hebben. Toch was een toename van de werkzaamheden van de voorlichtsters niet steeds vanzelfsprekend. Na een aanvankelijke groei op het gebied van een aantal vaak terugkerende onderwerpen (bij-

voorbeeld uitleg anticonceptie, uitleg IVF), stagneerde het aantal verwijzingen. Dit bleek onder andere voort te komen uit het feit dat de gynaecologen niet goed wisten voor welke onderwerpen ze patiënten precies konden verwijzen. Ze hadden ook onvoldoende zicht op de inhoud van de voorlichting. Hierdoor nam het aantal driehoeksgesprekken - waarbij de arts een duidelijker inbreng heeft in de inhoud van de voorlichting - relatief toe.

Het verminderen van het aantal individuele gesprekken doet echter geen recht aan de deskundigheid en zelfstandigheid van de migrantenvoorlichtsters. Om aan de begrijpelijke terughoudendheid van de artsen tegemoet te komen, werd afgesproken meer aandacht te besteden aan de nabespreking en terugkoppeling van de individuele voorlichting. Ook wordt nu gewerkt aan een eenduidiger pakket van informatie-materiaal (folders en andere hulpmiddelen), zodat de inhoud van de voorlichting beter kan worden gestuurd.

Het dagelijkse aantal patiëntencontacten per voorlichtster is erg wisselend geweest. Naast het feit dat de artsen enigszins terughoudend waren, spelen andere factoren een rol. Tijdens de Ramadan en in de zomerperiode bezoeken veel minder patiënten het ziekenhuis. In die maanden hadden de voorlichtsters dus ook minder patiëntencontacten. Afhankelijk van het patiëntenaanbod spraken de Turkse en Marokkaanse voorlichtsters in de loop van het project drie tot negen patiënten op een dag (ze werken zes uur per dag). Daarnaast besteedden ze vooral tijd aan bijscholing (zelfstudie, les van artsen, cursus) en projectcontacten (terugkoppeling naar projectleiders, evaluatie, drie maal een landelijk symposium). Omdat de voorlichting aan patiënten de hoofddoelstelling van het project is, moet het aantal patiëntencontacten in de toekomst omhoog. De artsen spelen hierin een centrale rol. Daarom zal het komend jaar meer tijd worden besteed aan nabesprekingen met de artsen, opdat deze beter weten wanneer en waarvoor ze patiënten kunnen doorverwijzen.

gynaecoloog:

“...het moet meer gaan leven. Dat de voorlichtsters er zijn en wat ze kunnen, die boodschap moet denk ik in een wat hogere frequentie voor het voetlicht gebracht worden. Bij herhaling.”

Het organiseren van de nabesprekingen met de gynaecologen in het project is slecht op gang gekomen. Dit kwam door een combinatie van werkdruk (drukke

poliklinieken, veel patiëntenzorg) en het feit dat de voorlichtsters en de contactpersoon van de gynaecologen te weinig tegelijkertijd aanwezig waren. Hierdoor is de doelstelling 'kennisoverdracht naar gynaecologen' onvoldoende gerealiseerd. Het komend jaar is sprake van een betere roostering, waardoor de zo noodzakelijke terugkoppeling en gezamenlijke patiëntenbesprekingen beter kunnen worden georganiseerd.

Het project loopt af, migrantenvoorlichting blijft

De migrantenvoorlichtsters waren tijdens het project in dienst van het MCH. Hun salaris, het aanvullende salaris van de mentor en de projectactiviteiten (stafondersteuning, bijscholing, aanschaf voorlichtingsmateriaal) werden door het ziekenhuis betaald uit de subsidie van ZON MW. Bij de begrotingsbesprekingen voor 2002 speelde de vraag of de migrantenvoorlichting Gynaecologie en Verloskunde kon worden voortgezet zonder subsidie. Op basis van de ervaringen werd toen geconcludeerd dat de voorlichting aan Turkse en Marokkaanse patiënten niet mag verdwijnen. Daarom heeft het ziekenhuis nu zelf de financiering overgenomen..

Afronding van het project betekent niet dat de implementatie van migrantenvoorlichting op de polikliniek Gynaecologie en Verloskunde volledig is afgerond. Ondanks de positieve ervaringen zijn verbetering en verdere ontwikkeling noodzakelijk. De betrokkenen zullen dit het komend jaar verder vorm moeten geven. We hebben al genoemd dat de terugkoppeling tussen verwijzers en voorlichtsters systematischer moet gebeuren. Verder is het van belang het aantal voorlichtingsonderwerpen te verbreden en aandacht te besteden aan uitbreiding van de werkzaamheden van de voorlichtsters, in de kliniek en naar andere specialisten.

De projectgroep in het MCH heeft een draaiboek ontwikkeld waarin de aanpak en de ervaringen zijn vastgelegd. Dit draaiboek, inclusief de hulpmiddelen in de vorm van spelregels en functiebeschrijvingen, kan worden gebruikt door andere ziekenhuizen of organisaties die migrantenvoorlichting willen gaan invoeren. In de loop van 2002 komt het ter beschikking.

Literatuur:

1. Huitema ME, Kleijn, Dörr WC, Yedema PH, Schutte CA, Richters JM. Etnische pluriformiteit op de polikliniek gynaecologie/ verloskunde in het MCH Westeinde in Den Haag, *Epidemiol Bul Grav* 2000; 35 nr. 2: 11-17.
2. Verlaat AM, Kruijthof CJ. Migrantenvoorlichting op de polikliniek gynaecologie/ verloskunde in het MCH Westeinde, *Epidemiol Bul Grav* 2000; 35 nr. 2: 18-22.

Tips voor de Thuisdokter

K.I.M. Bree

De communicatie tussen huisartsen en allochtone patiënten vormt een groot probleem in de Haagse achterstandswijken. Door taalproblemen en cultuurverschillen wordt voorlichting van de huisarts vaak niet goed begrepen, waardoor patiënten blijven terugkomen met dezelfde klachten. Naast deze communicatieproblemen hebben huisartsen in achterstandswijken te maken met een hoge werkdruk, als gevolg van een groeiend huisartsentekort. Een hoge consumptie van de zorg versterkt deze werkdruk. Om de cirkel te doorbreken heeft de STIOM-projectgroep 'Huisarts en migrant' discussiebijeenkomsten georganiseerd met huisartsen voor migranten. Eén van de resultaten hiervan is het project 'Tips voor de Thuisdokter', dat in onderstaand artikel wordt beschreven.

Dit project van GGD Den Haag, STIOM, Boog, Thuiszorg Den Haag en diverse Haagse huisartsen draait sinds 1998 in de Haagse achterstandswijken, met als doel de zelfredzaamheid van de patiënt te vergroten en - indirect - de werkdruk van de artsen in de betreffende wijken te verminderen.

Het artikel beschrijft hoe het project tot stand is gekomen, wat de interventie inhoudt en hoe het in de praktijk werkt. Daarnaast is er kort aandacht voor de onderbouwing van het project. Het project is ondersteund door wetenschappelijk onderzoek. De voorlopige resultaten wijzen uit dat het aantal bezoeken aan de huisarts wegens veelvoorkomende alledaagse klachten in de periode van het onderzoek is verminderd. Op termijn zullen de onderzoekers publiceren over de onderzoeksresultaten.

Achtergrond project

In talloze publicaties, beleidsnota's en adviezen wordt geconstateerd dat de reguliere zorg vaak onvoldoende aansluit op de behoeften en vragen van de bewoners van achterstandswijken in de grote steden, met name op die van allochtonen. Eén van de gebieden waarop dit probleem tot uitdrukking komt is de communicatie tussen huisartsen en hun allochtone patiënten. Uit een registratie van bijna 3000 consulten onder huisartsen in achterstandswijken blijkt dat de huisartsen bij 44% van de consulten met Turkse patiënten en bij 39% van de consulten met Marokkaanse patiënten communicatieproblemen ervaren, tegenover 4% van de consulten met Nederlandse patiënten (1). Problemen als gevolg van een taalprobleem of verschillen in referentiekaders van huisarts en patiënt, die sterk cultureel bepaald zijn.

Huisartsen in achterstandswijken hebben daarnaast te maken met een hoge werkdruk die mede wordt veroorzaakt door een hoge consumptie van de zorg. Zo tonen diverse onderzoeken aan dat met name Turken en Surinamers de huisarts substantieel vaker bezoeken dan autochtone Nederlanders, en dat in mindere mate ook Marokkanen de huisarts vaker bezoeken (1).

Bovenstaande knelpunten worden ook ervaren door de hulpverleners in de Haagse achterstandswijken. Zij geven steeds meer signalen over de ervaren werkdruk en problemen bij de communicatie: volgens de huisartsen wordt hun voorlichting en informatie aan allochtone patiënten onvoldoende begrepen, met als gevolg dat deze patiënten blijven terugkomen met dezelfde klachten. Aan de andere kant horen migrantenvoorlichters die voorlichting geven aan migranten, veel klachten over huisartsen. Klachten omdat men het gevoel heeft dat de huisarts hen niet begrijpt of omdat men zich achtergesteld voelt bij Nederlandse patiënten (2).

De STIOM-projectgroep 'Huisarts en migrant', bestaand uit Stichting Boog¹⁾, GGD Den Haag, STIOM²⁾, Thuiszorg Den Haag en diverse huisartsen, heeft op basis van deze signalen in 1996 dertien series van drie discussiebijeenkomsten georganiseerd, waarbij groepen van migranten en een huisarts hebben gediscussieerd over de communicatie tussen huisartsen en migranten (3)(4).

De conclusies naar aanleiding van deze dialogen hebben geleid tot twee vervolgtrajecten: één primair gericht op het verbeteren van de communicatie (tweedaagse cursus interculturele gespreksvoering voor

Over de auteur:

Mw. Ir. K.I.M. Bree is GVO-functionaris migranten, afdeling GVO van de GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn.

1) Stichting Boog is een organisatie voor advies en ondersteuning bij samenlevingsopbouw.

2) STIOM staat voor: Stichting ter ondersteuning van de maatschappelijke dienstverlening.

huisartsen) en één gericht op het verminderen van de werkdruk van de huisarts, door middel van het stimuleren van zelfzorg van de patiënten: het project 'Tips voor de Thuisdokter'.

Het boekje 'Tips voor de Thuisdokter'

De basis van het project 'Tips voor de Thuisdokter' is het speciaal hiervoor ontwikkelde boekje 'Tips voor de Thuisdokter'. Hierin worden 12 nuldelijns standaarden kort en eenvoudig omschreven³⁾. Voor iedere klacht wordt beschreven hoe men de klacht kan herkennen, wat men zelf kan doen en wanneer het raadzaam is om een huisarts te raadplegen. Het gaat hierbij niet om ernstige of bijzondere aandoeningen, maar om problemen die in elk gezin op gezette tijden aan de orde zijn. Ze behoren tot de meest gepresenteerde klachten op het spreekuur van de huisarts: diarree, griep, hoesten, hoofdpijn, keelpijn, stress, slapeloosheid, rugklachten, maagklachten, oorpijn bij kinderen, koorts bij kinderen, en kinderziektes met vlekjes.

Deze vorm van gezondheidsvoorlichting dient een tweeledig doel. Het zelfzorggedrag van patiënten wordt erdoor gestimuleerd, teneinde het aantal consulten bij de huisarts te verminderen. Anderzijds zijn patiënten met behulp van het boekje mogelijk beter in staat om hun hulpvraag duidelijk te formuleren.

'Tips voor de Thuisdokter' is gebaseerd op het boek 'De (t)huisarts, richtlijnen om kleine kwalen zelf te behandelen' van P. van Dijk (5), een boek met dezelfde doelstelling. 'Tips voor de Thuisdokter' is echter speciaal gericht op inwoners van achterstandswijken. Het boekje is in het kader van het project vertaald in het Turks en het Arabisch. De boekjes zijn aantrekkelijk vormgegeven in een klein en handzaam formaat, met aan de ringband een haakje zodat het boekje met een koordje bijvoorbeeld aan een medicijnkastje kan worden vastgemaakt. De boekjes zijn gefinancierd door het Fonds huisartsen in achterstandswijken van de Districts Huisartsen Vereniging Den Haag, waardoor ze gratis aan de patiënten beschikbaar konden worden gesteld.

Interventie

Tijdens een startbijeenkomst op 3 september 1998 gaf de wethouder van Welzijn, Volksgezondheid en Emancipatie Mw. J. Klijnsma het startsein voor het project en werd het materiaal gepresenteerd. Vanaf die datum hebben 23 huisartsen in de Haagse cen-



Uit Tips van de Thuisdokter: illustratie bij 'oorpijn'.

trumwijken het boekje uitgedeeld aan patiënten die met een in het boekje beschreven klacht op het spreekuur kwamen. De boekjes werden alleen door de huisarts uitgedeeld. Uit onderzoek blijkt dat de bron van belang is voor het accepteren van informatie. Kennisoverdracht blijkt het meest effectief wanneer de kennis wordt gegeven door een deskundige (2). De huisarts is in deze de meest deskundige en geeft daarom in dit project de boekjes aan de patiënt. De huisarts gaf uitleg over de betreffende klacht aan de hand van het boekje en over gebruik van het boekje bij andere klachten. Door in de computer te markeren welke patiënt een boekje had ontvangen was het mogelijk om patiënten steeds te attenderen op het boekje wanneer ze met een klacht kwamen die in het boekje staat beschreven.

Daarnaast konden de huisartsen voorlichters in de eigen taal en cultuur (VETC-ers) van de GGD inschakelen, om in de eigen taal groepsvoorlichting te geven over het gebruik van het boekje. De tijd om uitgebreid voorlichting te geven over zelfzorg ontbreekt in de huisartsenpraktijk. Een voorlichter kan in anderhalf uur voor een kleine groep mensen veel dieper ingaan op persoonlijke vragen van patiënten en zo het gebruik van zelfzorg stimuleren. Ten behoeve van de voorlichtingsbijeenkomsten werd speciaal een videoband ontwikkeld, gericht op ouders van jonge kinderen. De videoband is ingesproken in vijf talen (Neder-

3) Nuldelijns standaarden zijn richtlijnen voor zelfzorg.

lands, Turks, Marokkaans Arabisch, Berber en Sar-nami/Hindi). Daarnaast zijn er sheets ontwikkeld en platen op A3 formaat, die de VETC-ers in hun voorlichting kunnen gebruiken. De voorlichters zijn bijgeschoold om met de materialen te kunnen werken. Gedurende het project werd de groepsvoorlichting over dit onderwerp gratis aangeboden.

Om het gebruik van het boekje te bevorderen is op verschillende manieren aandacht gegeven aan het project. De deelnemende huisartsen hingen posters over de Thuisdokter op in de spreekkamer of wachtkamer, en in wijkkranten werden artikelen gepubliceerd waarin werd ingegaan op de in de Thuisdokter gepresenteerde klachten.

Onderzoek

Om te bepalen of het project ook daadwerkelijk invloed heeft op het vergroten van zelfzorg en het verminderen van de consultfrequentie heeft het Instituut Extramuraal Geneeskundig Onderzoek (EMGO) van de Vrije Universiteit in Amsterdam een evaluatieonderzoek uitgevoerd onder de Turkse en Nederlandse patiënten van zeven verschillende huisartsenpraktijken. Het onderzoek is gebaseerd op het "pretest-posttestdesign". Bij de start van het project zijn 241 patiënten die een boekje ontvingen van de huisarts, geïnterviewd in de huisartsenpraktijk, de pretest. De posttest bestond uit drie meetmomenten in het jaar dat daarop volgde. Uiteindelijk zijn 115 patiënten van de eerste groep thuis nog drie keer uitgebreid ondervraagd, waarbij de Turkse patiënten indien gewenst in de eigen taal zijn geïnterviewd. Tijdens de interviews werd aan patiënten gevraagd of ze alledaagse klachten hadden gehad, zoals hoofdpijn, keelpijn of hoesten, en hoe ze daarmee om waren gegaan. Daarnaast werden er vragen gesteld om te kunnen meten of de interventie invloed had op het gedrag van patiënten, onder meer op hun attitude ten aanzien van zelfzorg en de mate waarin zij zich in staat achten om alledaagse klachten op te lossen.

Knelpunten bij doen van onderzoek in achterstandswijk

Om de onderzoeksresultaten niet te beïnvloeden is in het eerste jaar getracht om de onderzoeksetting zo zuiver mogelijk te houden. Dat betekende dat alleen de 23 geselecteerde huisartsen die aan het onderzoek meededen, de boekjes konden uitdelen, om te voorkomen dat patiënten op andere manieren met de boekjes in aanraking zouden komen. Deze opzet had als nadeel dat de voorgenomen stedelijke PR campagne via (stedelijke) kranten of via de radio of de televisie

niet kon worden uitgevoerd, omdat op die manier enthousiast geworden patiënten uit andere wijken geen boekje zouden kunnen ontvangen.

Aan de huisartsen en assistenten werd gevraagd om de boekjes volgens een voorgeschreven protocol uit te delen. In de praktijk bleek dat het uitdelen en registreren van de boekjes volgens dit protocol lastig was vanwege de werkdruk in de huisartsenpraktijk.

Het project in praktijk

Patiënten reageerden divers op het boekje, de meeste leken er blij mee te zijn, een enkeling voelde zich miskend omdat 'hij toch zeker niet naar de huisarts zou gaan als hij zelf de klacht op zou kunnen lossen'. Huisartsen die met het boekje werkten, gaven voorbeelden uit de praktijk: een moeder die normaal gesproken altijd binnen een dag op het spreekuur kwam als er ook maar een beetje koorts dreigde kwam nu pas toen haar zoontje van vier al zes dagen koorts had, 'het boekje zegt dat ik niet naar de huisarts hoef in de eerste vijf dagen'. Een andere huisarts vertelde dat één patiënt het boekje wel erg nauwkeurig gelezen had. Zij kwam op het spreekuur met een briefje waarop de temperatuur van het kind genoteerd stond, ze had elke 15 minuten gemeten en toen de temperatuur na 39.78 gezakt was tot 39.52 om daarna weer te stijgen naar 39.84 had zij volgens de instructies (als de koorts eerst daalt en daarna weer stijgt) ijlings een afspraak gemaakt.

De huisartsen gaven aan dat het een kwestie blijft van vaak herhalen van de boodschap en steeds opnieuw verwijzen naar het boekje als de patiënt terugkomt.

Om de huisartsen bij het project te blijven betrekken zijn de deelnemende huisartsen in de onderzoeksperiode regelmatig op de hoogte gehouden van het project door middel van nieuwsbrieven. Deze Nieuwsbrieven werden verzorgd door de Vrije Universiteit en gevuld met informatie over het onderzoek door de VU en over de praktijk door de leden van de projectgroep 'Huisarts en migrant' en de deelnemende huisartsen. Naast de huisartsen gaven ook de migrantenvoorlichters in de eerste lijn (in andere steden allochtone zorgconsulenten genoemd) voorlichting over de Thuisdokter.

Voorlichting op recept

Met de start van het project is de mogelijkheid voor gratis gezondheidsvoorlichting over de Thuisdokter breed gepromoot. In het eerste jaar is daar niet veel gebruik van gemaakt. De voorlichtingsbijeenkomsten werden onder andere georganiseerd door buurthuizen, zelforganisaties en het opbouwwerk, veelal voor

bestaande groepen en op ad hoc basis. Huisartsen misten echter een mogelijkheid om patiënten voor extra voorlichting over zelfzorg door te sturen naar een voorlichtingsbijeenkomst. Dergelijke bijeenkomsten zouden op vaste dagen in de maand moeten worden georganiseerd. Zelf hebben huisartsen geen tijd om groepsvoorlichtingsbijeenkomsten te beleggen en er was geen organisatie in Den Haag met de tijdroevende organisatie van 'open' voorlichtingsbijeenkomsten in zijn takenpakket. Daarom heeft de GGD in de eerste helft van 2000 in samenwerking met STIOM en de Stichting Haagse Gezondheidscentra een pilotproject 'voorlichting op recept' opgezet, waarbij huisartsen een boekje kregen met recepten voor voorlichtingsbijeenkomsten over de Thuisdokter. Deze bijeenkomsten werden op vaste tijden gehouden, in verschillende talen, in vier verschillende gezondheidscentra. Dit project werd gefinancierd door het Fonds huisartsen in achterstandswijken van de DHV. Op deze basis zijn er gedurende een half jaar 26 voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd. Ondanks de grote inspanning (recept van de huisarts, vooraf opbellen van de deelnemers, bijeenkomsten in de buurt) viel de opkomst echter tegen. Na een half jaar moesten de inspanningen worden gestaakt wegens het wegvallen van twee van de drie organisatoren, voor wie niet direct een opvolger beschikbaar was. De verwachting was wel dat het aantal deelnemers bij het bekender worden van het project zou stijgen. In het vervolgpilotproject worden de mogelijkheden voor deze vorm van voorlichting verder onderzocht.

Onderzoekresultaten

Uit de resultaten van het onderzoek van de VU bleek dat er een jaar na de ontvangst van het boekje 'Tips voor de Thuisdokter' significant minder consulten werden gerapporteerd door de patiënten zelf, terwijl het aantal gerapporteerde alledaagse klachten in dezelfde periode was toegenomen. Dit bleek vooral bij patiënten die in de jaren voorafgaand aan het onderzoek de huisarts gemiddeld meer dan zes keer per jaar bezochten en bij patiënten met kinderen jonger dan 18 jaar. Daarnaast bleek de houding ten opzichte van zelfzorg gedurende het onderzoek significant te zijn veranderd in een positieve houding ten aanzien van zelfzorg. Bovendien bleek de mate waarin men zich in staat acht om alledaagse klachten op te lossen significant te zijn toegenomen. Er was geen significant verschil in de zelfgerapporteerde afname van consultfrequentie tussen Nederlandse en Turkse patiënten. Beide groepen vertoonden een afname in zelfgerapporteerde consultfrequentie (2).

EMGO doet nog een afsluitend dossieronderzoek bij de participerende huisartsen om de resultaten beter te kunnen beoordelen. Wat is precies de oorzaak van de afname van het aantal consulten? In hoeverre zijn de interviews die in het kader van het onderzoek zijn afgenomen, verantwoordelijk voor de afname? Door de interviews zijn de patiënten met regelmaat op de boekjes gewezen. Een deel van het resultaat zou hierdoor kunnen worden verklaard (6). Uitkomsten van aanvullend onderzoek bij controlegroepen zullen hierin de toekomst meer uitsluitsel over geven.

Vervolg

De projectgroep 'Huisarts en migrant', inmiddels de GGD-projectgroep 'Thuisdokter', wil het project gezien de positieve onderzoeksresultaten uitbreiden naar huisartsen in andere wijken van Den Haag. Daarnaast wil de projectgroep onderzoeken of ook andere beroepsgroepen zoals consultatiebureau-artsen en apothekers baat kunnen hebben bij het boekje en op welke manier dat het beste kan. Wanneer vervolgonderzoek uitwijst dat de positieve onderzoeksresultaten voor een groot deel het gevolg zijn van een interview-effect, moet worden gezocht naar manieren om de aandacht die de interviewers geven aan de patiënten te ondervangen. Wellicht kunnen praktijkverpleegkundigen in het project een grotere rol krijgen. Momenteel vindt in nauwe samenwerking met STIOM-Segbroek in de wijk Segbroek een pilot plaats waarbij op kleine schaal apothekers en consultatiebureau-artsen met het project werken. Op dit moment wordt nog gezocht naar financiering om de vervolgpiloten te kunnen realiseren.

Meer weten?

Huisartsen binnen Den Haag die met de Thuisdokter willen werken kunnen contact opnemen met Karen Bree, GVO-functionaris migranten van de GGD Den Haag, afdeling GVO (maandag tot en met donderdag, 070 - 353 72 54, k.i.m.bree@ocw.denhaag.nl). Hulpverleners buiten Den Haag die met dit project willen werken kunnen een exemplaar van het boekje aanvragen bij de GGD Den Haag (Melanie van Vliet, 070 - 353 72 66). Om het project over te nemen buiten Den Haag moet copyright worden betaald. Voor meer informatie hierover en voor het laten drukken van boekjes kunt u contact opnemen met Seeglobe, José van Poelje (070 - 345 51 81) Voor meer informatie over het onderzoek kunt u contact opnemen met Anne Marie Plass, afdeling Sociale Geneeskunde, EMGO-instituut, VUMC Amsterdam (020 - 444 83 81, amc.plass.emgo@med.vu.nl).

Literatuur

1. Bruynzeels M. De multiculturele huisarts praktijk. *Migrantenstudies* 2001; nr.2: 72-84.
2. 'Tips voor de Thuisdokter'. Evaluatie van een voorlichtingsproject over alledaagse klachten door huisartsen aan Nederlandse en Turkse patiënten in achterstandswijken in Den Haag. Instituut Extramuraal Geneeskundig Onderzoek (EMGO) van de Vrije Universiteit in Amsterdam, 2001.
3. Rapport: Dialoog huisartsen en migranten, verslag van 13 discussiebijeenkomsten. Werkgroep Huisarts en migrant: maart 1997.
4. Van Erp R, Kraetzer S. De communicatie tussen huisartsen en migranten. De groepsgewijze dialoog als methode. *Epidemiol Bul Grav* 1997; nr. 4: 10-14.
5. Van Dijk P. De (t)huisarts. Richtlijnen om kleine kwalen zelf te behandelen. Kosmos- Z&K Uitgevers, Utrecht/Antwerpen, 1997.
6. Zelfzorgvoorlichting aan patiënt, uitgave 'Tips voor de Thuisdokter'. Huisarts en zelfzorg, september 2001.

korte berichten

Aangifte infectieziekten

Vierde kwartaal en het hele jaar 2001, stad Den Haag

Bacillaire dysenterie

In 2001 zijn 31 gevallen (28 in 2000) gemeld. De lichte, niet-verklaarde stijging zet zich voort. Deze trend wordt niet vastgesteld in de rest van het land. De meerderheid van de gevallen (75-90%) wordt in verband gebracht met besmetting in het buitenland.

Buiktyfus

Jarenlang zijn er geen gevallen van buiktyfus gemeld bij de GGD Den Haag. In 2001 waren er 6 meldingen, waarvan er 5 te maken hadden met verblijf in het buitenland (Afrika, Azië).

Hepatitis A

In 2001 zijn er meer Hepatitis A gevallen gemeld (54) dan in 2000 (39). Deze stijging is grotendeels terug te voeren op besmetting bij mannelijke homoseksuelen.

Hepatitis B

Er zijn in 2001 meer Hepatitis B gevallen vastgesteld dan in 2000 (van 72 naar 95). Door het testen van zwangeren worden regelmatig Hepatitis B draagsters gevonden, die uit endemische gebieden zoals Afrika en Azië komen.

Hepatitis C

In 2000 werden 24 gevallen van Hepatitis C gemeld, tegen 55 in 2001. Er is echter geen sprake van een stijging, maar van het als nog verwerken van achterstallige meldingen. De meerderheid betreft personen afkomstig uit gebieden in het buitenland waar Hepatitis C veel voorkomt, zoals

het Middellandse Zee gebied en het Midden- en Nabije Oosten. Intraveneus druggebruik is tevens een risicofactor voor deze aandoening.

Kinkhoest

In 2001 waren er ongeveer evenveel gevallen als in het jaar daarvoor. De laatste maanden van 2001 was er in de rest van Nederland een grote toename. In Den Haag heeft deze eindejaars toename niet plaatsgevonden. De invloed van de extra vaccinatie tegen kinkhoest met acellulair vaccin bij kinderen van 4 jaar, die half 2001 werd ingevoerd, heeft nog geen merkbare invloed gehad op het aantal gevallen en op de leeftijdsverdeling. Dit effect wordt op langere termijn verwacht.

Voedselinfecties

Voedselinfecties zijn alleen meldingsplichtig indien meerdere personen door een zelfde voedingsbron ziek zijn geworden of indien de patiënt werkzaam is in voedselbereiding of medische verzorging. In 2001 zijn in Nederland in totaal 206 voedselinfecties gemeld, waarvan 12 aangifteplichtig (in 2000 resp. 238 en 61). Het verschil in aangifteplichtige voedselinfecties tussen beide jaren is te wijten aan een verschil in registratie. Er is dus geen sprake van een significant verschil in het voorkomen van voedselinfecties in Den Haag.

In het vierde kwartaal werd 1 uitbraak van diarree en braken gemeld in een verpleeghuis. Er is geen relatie met voeding aangetoond. De verwekker was het Norwalk-like virus. Deze goed-aardige buikgriep komt door-

gaans tijdens de wintermaanden voor en is dikwijls verantwoordelijk voor uitbraken van diarree in verzorgingsinstellingen.

In 2001 werden in totaal 3 voedselgerelateerde infecties gemeld waarbij meerdere personen ziek zijn geworden. Bij 1 ervan zijn ongeveer 230 mensen na een nieuwjaarsreceptie ziek geworden door het Norwalk-like virus. De andere twee hadden plaats na eten in een restaurant. In 2000 waren het er 4, waarvan 3 in instellingen en 1 in een restaurant.

Malaria

Er heeft een lichte stijging plaatsgevonden in het aantal gemelde malariagevallen. Het is niet duidelijk waar deze stijging aan te wijten is.

Meningokokkose

In 2001 zijn 19 gevallen van meningokokkose vastgesteld, ruim een verdubbeling ten aanzien van 2000 (9), maar minder dan in 1999 (27). De gevallen in Den Haag werden veroorzaakt door de typen B- en C meningokok (resp. 12 en 6 gevallen), alsmede 1 geval veroorzaakt door het type W135. Het aandeel van de C-meningokok neemt de laatste jaren over heel Nederland toe. Daarom heeft de Gezondheidsraad de Minister van Volksgezondheid geadviseerd het geconjugeerd meningokokken C-vaccin in het rijksvaccinatieprogramma in te voeren, en een inhaalcampagne te houden voor kinderen tot 18 jaar. De B-variant was verantwoordelijk voor de meeste gevallen (63%) van meningokokkenziekte. Tegen de

Ziektecategorie	2000		2001	
	meldingen	gevallen	meldingen	gevallen
Bloedoverdraagbare aandoeningen	1	(1)		
Gastro-enteritis (diarree, braken)	14	(202)	11	(394)
Geelzucht	5	(9)	3	(8)
Hersenvliesontsteking	8	(8)	7	(6)
Huidziekten	4	(20)	3	(9)
Invasieve pathogenen			1	(4)
Luchtweginfecties	3	(4)	3	(13)
Vlekjesziekten	5	(5)	10	(30)
Totaal:	40	(249)	38	(464)

B-meningokok bestaat vooralsnog geen vaccin. Het meningokokken C vaccin beschermt niet tegen de B-meningokok. Daarom blijft het belangrijk bij verdachte symptomen snel naar de arts te gaan, zelfs indien het kind gevaccineerd is met het C-vaccin.

Miltvuur (anthrax)

Tijdens het laatste kwartaal 2001 hebben enkele honderden personen en instellingen enveloppen met verdachte inhoud ("poeders") ontvangen. Politie, GGD en brandweer hebben hierop volgens een strikt protocol gereageerd. Personen die mogelijk aan verdachte producten waren blootgesteld, werden opgevangen, afschermdende maatregelen verhinderden verdere blootstelling en het laboratoriumonderzoek op miltvuurbacillen werd snel uitgevoerd. Er zijn geen miltvuurbacillen aangetoond en er zijn geen personen met de ziekte anthrax gesignaleerd.

Meldingen uit instellingen

Op grond van de Infectieziektewet zijn bepaalde instellingen verplicht ongewone aantallen van (vermoedelijke) infectieziekten te melden bij de GGD. Bovenstaande tabel geeft het aantal meldingen en het aantal ziektegevallen dat daarmee gepaard ging, in 2000 en 2001 in Den Haag.

Het verschil in aantallen tussen beide jaren heeft waarschijnlijk te maken met een grotere bereidheid tot melden.

Onder gastro-enteritis wordt bedoeld uitbraken van diarree en braken. Dikwijls gaat het om virale verwekkers (buikgriep) welke op korte tijd veel bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen ziek kunnen maken. Meestal zijn de symptomen beperkt en zijn er geen complicaties of sterfgevallen. Bij 1 voedselgerelateerde gastro-enteritis uitbraak, ter gelegenheid van een nieuwjaarsreceptie, zijn meer dan 200 mensen kortdurend ziek geweest. De verwekker was het Norwalk-like virus. Ook hier geen ernstige complicaties of sterfgevallen. Bij geelzucht gaat het hoofdzakelijk om Hepatitis A in scholen. Hersenvliesontsteking betreft zowel virale als bacteriële verwekkers. Onder deze laatste valt ook de beruchte meningokok bacil. De invasieve pathogeen betrof besmetting met streptokokken die in 3 gevallen overlijden tot gevolg had.

Bij vlekjesziekten moet gedacht worden aan kinderziekten zoals de vijfde en zesde ziekte, mazelen, waterpokken e.d. Onder huidziekten vallen schurft en schimmelinfecties zoals ringworm, en ook impetigo (krentenbaard).

Wanneer zulke meldingen bij de GGD binnenkomen wordt in overleg met de instelling bekeken welke maatregelen nodig zijn. Meestal gaat het om het verstrekken van voorlichting aan zieken, familie of verzorgenden en personeel. Soms wordt er preventief ingegrepen door het nemen van hygiënische maatregelen of het geven van profylactische behandeling aan contacten van zieken.

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

Ziekte		Den Haag	West-Holland	Rijswijk	Totaal regio	1e kw regio	2e kw regio	3e kw regio	4e kw regio
		2001	2001	2001	2001	2001	2001	2001	2001
B-ziekten	bacillaire dysenterie	31	11	4	46	6	9	7	24
	buiktyfus	6			6		4	2	
	cholera								
	hepatitis A	54	11	5	70	9	4	18	39
	hepatitis B*)	95	6	4	105	38	19	21	27
	hepatitis C	55	5		60	40	5	6	9
	kinkhoest	135	199	20	354	67	63	88	136
	legionella pneumonie	2	3		5	2		1	2
	mazelen								
	meningokokkose	19	6		25	11	3	4	7
	paratyfus A								
	paratyfus B		2		2				2
	tuberculose	76	16		92	26	21	30	15
	voedselvergiftiging of voedselinfectie	12	6	2	20	9	4	6	1
C-ziekten	brucellose								
	E.coli 0157			1	1	1			
	leptospirose								
	malaria	46	2	1	49	13	3	13	20
	ornithose/psittacose								
	Q-koorts								
	rode hond								
totaal	531	267	37	835	222	135	196	282	

*) inclusief dragers