



Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

jaargang 37, 2002, nummer 2

Inhoud

Redactioneel

Epidemiologie

Gepresenteerde gezondheidsklachten door illegalen in Den Haag

Herontdekking vitamine D-tekort; gegevens uit de Schilderswijk

Stijging in het aantal tienermoeders
Haagse signalen en cijfers

Volksgezondheid

Project 'Samenwerking huisartsen - GGZ Den Haag'; een eerste evaluatie

Korte berichten

Colofon

juni 2002, 37ste jaargang nr. 2

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-heynen@ocw.denhaag.nl

Druk/Lay out

Facilitaire Dienst/Multimedia Den Haag

Uitgave

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, GGD Den Haag
Directeur Volksgezondheid

Via het bulletin wil de redactie de communicatie
aanmoedigen tussen hulpverleners, leidinggevendenden,
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 | |
| • Gepresenteerde gezondheidsklachten door illegalen in Den Haag <i>M.H.J. van Oort, D.H. de Bakker</i> | 2 |
| • Herontdekking vitamine D-tekort; gegevens uit de Schilderswijk <i>J.D. Wuister, I.M. van der Meer, W. Huisman, M.J.Th. Lutjenhuis</i> | 8 |
| • Stijging in het aantal tienermoeders Haagse signalen en cijfers <i>A.F.M. van Koolwijk, I. Burger, L.W.N. van Lier</i> | 12 |
| Volksgezondheid | |
| • Project 'Samenwerking huisartsen - GGZ Den Haag' Een eerste evaluatie <i>M.L. van Orden</i> | 21 |
| Korte berichten | 25 |

Redactioneel

Haagse invalshoeken

Het voorliggende Bulletin biedt opnieuw volop uitdagingen voor Den Haag.

In het artikel over 'gerapporteerde gezondheidsklachten van illegalen in Den Haag' gaat het om de vermeende gezondheidsrisico's voor illegalen en hun omgeving als gevolg van invoering van de 'Koppelingswet' (die het recht op gebruik van collectieve verzekeringen koppelt aan de verblijfsrechtelijke status). 'Uitstelgedrag' blijkt in de Haagse dagelijkse praktijk mee te vallen, afgaand op de waarneming van huisartsen en de spoedeisende hulpafdelingen (SEH's) van ziekenhuizen. De SEH's maken wel melding van onderregistratie: het 'oneigenlijk' gebruik van de hier geboden zorg door illegalen zou nog wel eens beduidend groter kunnen zijn dan nu wordt vermoed. De fysieke toegankelijkheid van de SEH's speelt hierin een grote rol. Op het eerste gezicht een interessant issue voor de volksgezondheidscomponent binnen de stedelijke ontwikkeling, en daarmee wellicht één van de uitwerkingen van het lastig grijpbare thema facetbeleid.

Het artikel over het toenemend aantal tienermoeders in Den Haag werpt meer vragen op dan dat het antwoorden geeft. Het is van groot belang nader onderzoek te verrichten naar de geconstateerde toename van tienerzwangerschappen. Hebben we het bijvoorbeeld over gewenste of ongewenste zwangerschappen? Hoe staat het met het eveneens toenemend aantal abortussen? Is er sprake van onveilig vrijgedrag? Hoe staat het met de (effectiviteit van) seksuele voorlichting en de kennis over anticonceptie? Wat is het effect van de opheffing van de Rutgershuizen? Welke preventieve interventie bedenken we voor de tienermeiden die denken een grotere kans op een verblijfsvergunning te hebben wanneer ze minderjarig en zwanger zijn? Kortom, heel wat vragen, invalshoeken en probleemgebieden.

Uit recent onderzoek in de Haagse Schilderswijk blijkt de herontdekking van het vitamine D-tekort. Nadat in de jaren zeventig in Den Haag was vastgesteld dat rachitis een groot probleem was, is een grootschalige antirachitis campagne gevoerd. In 1986 en 1987 kon in dit Bulletin worden gemeld dat rachitis was 'uitgeroeid'. Later werd geconstateerd dat ondanks de succesvolle campagne, rachitis nog steeds voorkwam, vooral in oudere leeftijdsgroepen. Naar aanleiding van het huidige artikel kan de vraag worden gesteld hoe effectief een dergelijke grote campagne is, wanneer niet na een bepaalde termijn sprake is van een follow-up meting. Met andere woorden, na hoeveel jaar zou een in het verleden gesignaleerd probleem – dat ogenschijnlijk niet meer voorkomt – opnieuw onder de loep moeten worden genomen?

Tenslotte de samenwerking tussen de huisartsen en de GGZ. Het artikel in dit Bulletin beschrijft een innovatief Haags project, waarbij GGZ via de huisartsenpraktijk dichter bij de patiënt wordt aangeboden. De eerste globale evaluatiegegevens geven een positief beeld, maar vragen vanuit het beleidsmatig perspectief (wat kunnen we hier van leren en wat zijn kosten en baten?) om nader dieper gaand onderzoek. Gegeven het besluit het project te continueren, mogen we verwachten in een latere fase opnieuw over dit project te kunnen rapporteren.

Gepresenteerde gezondheidsklachten door illegalen in Den Haag

M.H.Ĵ. van Oort, D.H. de Bakker

Huisartsen en Spoedeisende Hulpafdelingen in Den Haag hebben een tijdlang contacten met illegale patiënten geregistreerd. Dit in het kader van een landelijk onderzoek dat door het Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) in opdracht van het Ministerie van Welzijn en Sport is uitgevoerd (1). Aanleiding voor het onderzoek was de bezorgdheid dat de sinds de invoering van de 'Koppelingswet' mogelijk verminderde toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor illegalen tot gezondheidsrisico's zou leiden. Voor illegalen zelf en voor de bevolking als geheel, bijvoorbeeld door de verspreiding van infectieziekten. De conclusie op grond van dit onderzoek luidt dat het meevalt: volgens de respondenten had 6% van de illegalen eerder moeten komen naar de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH-afdeling); de overige illegalen waren op tijd of hadden zelfs nog kunnen wachten met het bezoeken van de SEH-afdeling.

Uit de registraties van de huisartsen blijkt dat sommige illegalen vaker eenzelfde huisarts bezoeken. Kennelijk houden deze huisartsen de deur voor illegalen niet dicht. Onder de aan de Haagse hulpverlening gepresenteerde gezondheidsproblemen zijn relatief weinig overdraagbare infectieziekten die een risico zouden vormen voor de algemene bevolking.

In dit artikel wordt antwoord gegeven op de vraag: 'Wat is de aard en de ernst van de klachten waarmee illegalen naar de huisartsen en Spoedeisende Hulpafdelingen van ziekenhuizen in Den Haag gaan en wat is de zorg die zij vervolgens ontvangen?' . De resultaten voor Den Haag zijn afgeleid van het genoemde landelijk onderzoek van het Nivel in 2001. *)

Het is alom bekend dat er illegalen verblijven in Nederland. Schattingen met betrekking tot de omvang van illegalen in Nederland lopen uiteen van 50.000 tot 200.000. Volgens 'grove' schattingen woont bijna de helft van de illegalen in de vier grote steden (2). Het aantal illegalen dat in Den Haag verblijft is niet goed bekend. Met de invoering van de zogenoemde 'Koppelingswet' per 1 juli 1998 (zie kader op pag 6) is het recht op gebruik van collectieve verzekeringen gekoppeld aan de verblijfsrechtelijke status. Illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen zijn sindsdien niet meer verzekerd tegen ziektekosten. Alleen in geval van 'medisch noodzakelijke' hulp hebben illegalen recht op het (eventueel kosteloos) gebruik maken van medische voorzieningen. Tot dusver waren de effecten van deze wet op de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor deze groep en op hun gezondheidstoestand onduidelijk. De onverzekerde status plus onduidelijkheden over wat 'medisch noodzakelijk' is zouden een belang-

rijke drempel kunnen vormen voor de toegang van illegalen tot de gezondheidszorg. Met als mogelijk gevolg dat illegalen, meer dan andere patiënten, eerst zelf hun gezondheidsklachten zullen proberen op te lossen, alvorens naar de gezondheidszorg te stappen. Dergelijk 'uitstelgedrag' zou een risico kunnen inhouden voor illegale patiënten zelf, maar ook voor hun omgeving (bijvoorbeeld in het geval van verspreiding van infectieziekten). Met name in een grote stad als Den Haag zou de bevolking mogelijk risico kunnen lopen.

Methoden

De gebruikte gegevens zijn afkomstig uit een landelijk onderzoek ten behoeve waarvan huisartsen en Spoedeisende Hulpafdelingen contacten met illegale patiënten hebben geregistreerd (4). In dit artikel worden specifiek de Haagse gegevens gepresenteerd, die gebruikt zijn in het landelijke onderzoek. (Een korte samenvatting van de resultaten van het landelijke onderzoek

Over de auteurs:

Mw. drs. M.H. J. van Oort, junior onderzoeker bij het Nivel, dhr. dr. D.H. de Bakker, afdelingshoofd bij het Nivel.

*) Voor de medewerking aan dit onderzoek willen wij op deze plaats bedanken de GGD Den Haag voor het beschikbaar stellen van declaratieformulieren en de huisartsen en de hoofden en medewerkers van Spoedeisende Hulpafdelingen.

Tabel 1

Kenmerken van illegale patiënten die contact hadden met een huisarts (tussen 1 juli 1998 en 1 mei 2001) of een SEH-afdeling (tussen 1 mei 2000 en 1 mei 2001, respectievelijk 1 april 2001 en 30 mei 2001) in Den Haag.

| Patiëntenkenmerken | Contacten met een huisarts (n = 722) | Contacten met een S.H.-afdeling (n = 69) |
|-----------------------------|---|---|
| <i>Geslacht:</i> | | |
| man | 421 (58%) | 54 (78%) |
| vrouw | 219 (30%) | 13 (19%) |
| onbekend | 82 (11%) | 2 (3%) |
| <i>Leeftijd (in jaren):</i> | | |
| 0-19 | 80 (11%) | 5 (7%) |
| 20-39 | 340 (47%) | 46 (67%) |
| 40-59 | 182 (25%) | 9 (13%) |
| 60-79 | 45 (6%) | 2 (3%) |
| 80 - < | 10 (1%) | 0 (0%) |
| onbekend | 65 (9%) | 7 (10%) |
| <i>Herkomstland:</i> | | |
| Turkije | 226 (31%) | 13 (19%) |
| Marokko | 122 (17%) | 1 (1%) |
| Egypte | 34 (5%) | - (0%) |
| Iran | 22 (3%) | 1 (1%) |
| Colombia | 17 (2%) | - (0%) |
| Russische Federatie | 13 (2%) | 1 (1%) |
| Bulgarije | 13 (2%) | 3 (4%) |
| Ecuador | 13 (2%) | - (0%) |
| Ghana | 11 (2%) | 1 (1%) |
| Tunesië | 10 (1%) | - (0%) |
| Overig | 160 (22%) | 18 (26%) |
| onbekend | 81 (11%) | 31 (45%) |

wordt gegeven in de laatste paragraaf van dit artikel.) Voor wat betreft de huisartsen zijn gegevens gebruikt van 722 declaratieformulieren die vijf huisartsen-praktijken in de periode 1 juli 1998 -1 mei 2001 hebben ingediend bij de GGD (als aangewezen instelling voor het verstrekken van uitkeringen uit het Koppelingfonds), ter vergoeding van hun contacten met illegale patiënten. Op de declaratieformulieren worden leeftijd, geslacht, land van herkomst van de patiënt, de aard van de klacht en de gestelde diagnose (als vrije tekst) vermeld en de verleende zorg. Het gebruikte formulier was overigens wat beperkter dan het formulier zoals dat in het landelijk onderzoek is gebruikt. Het laatste formulier bevatte ook ruimte

voor gegevens over uitstelgedrag.

De SEH-afdelingen van twee Haagse ziekenhuizen hebben registratieformulieren ingevuld na ieder contact met een illegale patiënt (ziekenhuis 1, 1 mei 2000 - 1 mei 2001; ziekenhuis 2, 1 april 2001 -30 mei 2001). Het ging in totaal om 69 formulieren, waarop kenmerken van de patiënt (land van herkomst, leeftijd, geslacht), het gepresenteerde probleem (wijze en tijdstip van binnenkomst, acuïtheid, uitstelgedrag) en de behandeling zijn vermeld.

Klacht en diagnose zijn zowel voor de contacten met de huisarts als met de Spoedeisende Hulp centraal op het Nivel gecodeerd met de International Classification of Primary Care (3).

Tabel 2

Specificatie van het type verwijzingen van illegalen op de SEH-afdelingen in absolute aantallen en percentages (1 mei 2000 - 1 mei 2001, respectievelijk 1 april 2001 - 30 mei 2001; n=69)

| Type verwijzingen | absolute aantallen | percentage |
|----------------------------|--------------------|------------|
| polikliniek | 21 | 30% |
| huisarts | 12 | 17% |
| opname | 5 | 7% |
| RIAGG | 1 | 1% |
| anders | 8 | 12% |
| totaal aantal verwijzingen | 47 | 68% |
| geen verwijzing | 6 | 9% |
| onbekend | 16 | 23% |

Tabel 3

Aandoeningen en letsel van patiënten op de SEH-afdelingen in absolute aantallen en percentages (1 mei 2000 - 1 mei 2001, respectievelijk 1 april 2001 - 30 mei 2001; n=69)

| type klachten | absolute aantallen | percentage |
|----------------|--------------------|------------|
| controle | 1 | 1% |
| aandoeningen: | 50 | 72% |
| letsel: | 19 | 28% |
| licht | 10 | 14% |
| middel ernstig | 5 | 7% |
| ernstig | 4 | 6% |

Resultaten

Kenmerken van de in het onderzoek betrokken illegale patiënten

Tabel 1 laat zien dat in meer dan tweederde van de in Den Haag geregistreerde contacten, de illegale patiënt van het mannelijke geslacht was. De meeste illegalen vielen in de leeftijdscategorie 20-39 jaar. In de huisartspraktijk was ongeveer de helft van de illegalen van Turkse of Marokkaanse herkomst. Op de Spoedeisende Hulp is met name het aandeel van de Marokkanen lager, maar hier is het percentage 'onbekend' hoog. In vergelijking tot het landelijk beeld is met name het aandeel van Turkse illegalen in Den Haag hoger. Ook voor Haagse begrippen ligt het percentage illegalen van Turkse afkomst hoog. Ter vergelijking: de Haagse bevolkingsstatistieken laten een verhouding Turken ten opzichte van Marokkanen van 1,3 : 1 zien (4). Mogelijk trekken de Turken in Den Haag familieleden en kennissen van Turkse komaf aan die illegaal

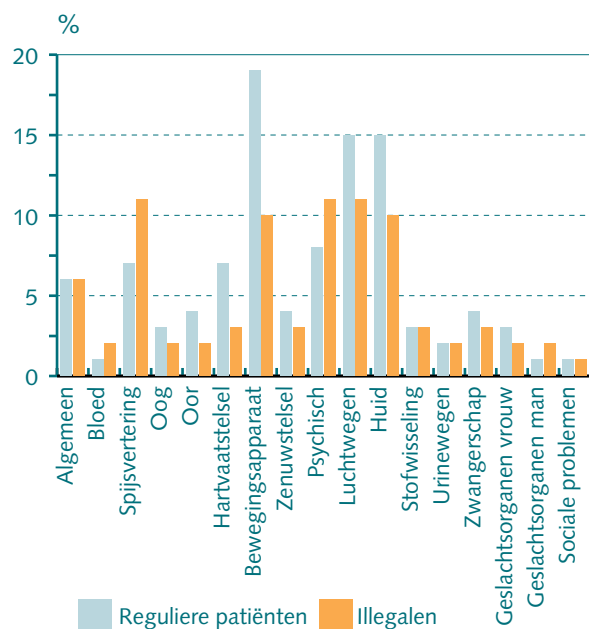
bij hen blijven. In de populatie van illegalen die een Haagse huisarts bezochten, bevonden zich illegalen uit 58 verschillende landen; voor de SEH-afdelingen was dat aantal 15.

Kenmerken van contacten tussen illegalen en huisartsen

De mate waarin de vijf Haagse huisartsen door illegalen werden geconsulteerd verschilde aanzienlijk per huisarts. Er is sprake van een variatie van minder dan 10 keer per jaar tot meer dan 100 keer per jaar. Mogelijk houdt dit verband met de lokatie van de huisartsenpraktijk. Een deel van de illegalen bezocht vaker dezelfde huisarts, in sommige gevallen met recidiverende klachten zoals bijvoorbeeld slapeloosheid, maar soms ook met heel verschillende klachten. Op een aantal declaratieformulieren zijn persoonskenmerken als leeftijd, geslacht en land van herkomst onvolledig ingevuld; daardoor is het niet volledig mogelijk de contactgegevens te herleiden tot patiëntniveau. Of de

Figuur 1

Gestelde diagnoses door huisartsen bij illegalen en reguliere patiënten (naar ICPC hoofdstuk).



contacten met huisartsen vooral spreekuurconsulten betreffen of visites, hangt onder meer samen met de werkwijze van de huisarts, de aard van de klacht, het gedrag van de patiënt, de verzekeringsvorm, de ingeboekte tijd van het consult en de werkdruk die de huisarts ervaart. Uit de declaratiegegevens blijkt dat Haagse huisartsen in 10% van de gevallen een visite declareerden. Dit percentage ligt hoger dan bij de contacten met reguliere patiënten (voor de vergelijking is gebruik gemaakt van op het Nivel beschikbare landelijke databestanden). Uit nadere analyse bleek dat het hoge percentage visites bij de Haagse huisartsen grotendeels wordt bepaald door één praktijk waar 35% van de contacten een visite betrof. Wanneer we deze praktijk buiten beschouwing laten, ligt het percentage visites nog altijd op 5%. Hierbij dient men zich wel te realiseren dat het om declaratiegegevens gaat, die wellicht in het geval van 'dure' visites beter worden geregistreerd dan bij een spreekkamerconsult.

Figuur 1 laat de verdeling zien van de aan de Haagse huisartsen gepresenteerde gezondheidsproblemen. In vergelijking tot 'reguliere' huisartsbezoekers (en rekening houdend met de verschillen in leeftijd en geslacht) zien we onder illegalen in Den Haag relatief veel spijsverteringsproblemen en psychische problemen. Minder vaak komen aandoeningen van het bewegingsapparaat, luchtwegaandoeningen en huidproblemen voor.

In 7,3% van de contacten met illegalen betrof het overdraagbare infectieziekten, meestal betrekkelijk onschuldige via de ademhaling overdraagbare aandoeningen zoals infectie bovenste luchtwegen.

Kenmerken van contacten tussen illegalen en Spoedeisende Hulpafdelingen (SEH)

Voor de zorgverleners op de Spoedeisende Hulp bleek het niet altijd eenvoudig te achterhalen wie al dan niet illegaal is. Uit privacy-overwegingen bestond, met name als het om erg acute klachten ging (en dat was in 41% van de gevallen), een zekere terughoudendheid bij het stellen van de vraag of iemand illegaal is. In 46% van de contactregistraties op de SEH-afdeling ging het met zekerheid om illegale patiënten, in de overige gevallen bestond er een sterk vermoeden dat het om een illegale patiënt ging.

De meeste illegalen bezochten de SEH-afdelingen in Den Haag op eigen initiatief (61%); in mindere mate kwamen patiënten met de ambulance (7%) of via verwijzing door een huisarts (3%). Bijna tweederde van de illegalen kwam buiten kantooruren naar de SEH-afdeling. Iets meer dan een kwart van hen had naar het oordeel van de zorgverlener kunnen wachten alvorens naar de SEH-afdeling te komen. Een aanzienlijk kleiner deel van de illegalen had eerder moeten komen (6%). Bijna de helft van de illegalen bezocht de SEH-afdeling op het juiste moment (45%). Daarnaast was er nog een kleine groep die naar de mening van de medewerkers op de SEH-afdelingen behoorde tot de 'medisch toeristen' (circa 3%; deze mensen komen speciaal voor een bepaalde behandeling naar Nederland). In ten minste 47 contacten ofwel 68% werd verwezen, meestal naar de polikliniek, maar ook werd vaak terugverwezen naar de huisarts (zie tabel 2).

Voor de diagnoses die door artsen op de SEH-afdelingen zijn gesteld geldt dat het vaker om een ziekte/aandoening ging dan om letsel (72% respectievelijk 28%; zie tabel 3). Dit is een groot verschil met reguliere patiënten waar de cijfers eerder omgekeerd liggen (33% aandoening, 57% letsel). Bij illegalen die met letsel naar de SEH-afdeling kwamen ging het in de meerderheid van de gevallen om licht letsel dat niet of nauwelijks levensbedreigend was. In een klein aantal van de gevallen ging het om zwaar letsel dat wel levensbedreigend was, zoals obstructie ileus (verstopping van de darm) na het slikken van bolletjes cocaïne. In 10% van de gevallen werden overdraagbare infectieziekten vastgesteld. Ook hier ging het meestal om betrekkelijk onschuldige via de ademhaling overdraagbare infectieziekten.

Conclusies en beschouwing

Dit onderzoek verschaft gegevens over aard en ernst van de door illegalen aan huisartsen en op Spoedeisende Hulpafdelingen gepresenteerde problemen in Den Haag. Achterliggende vraag was of de door de Koppelingswet beperkte toegankelijkheid van de zorg mogelijk leidt tot onverantwoorde gezondheidsrisico's voor illegalen of voor de algemene bevolking.

Met die risico's lijkt het over het algemeen mee te vallen, afgaand op de waarneming van huisartsen en SEH-afdelingen. Dit blijkt uit het feit dat diagnoses vaak onschuldige aandoeningen betroffen.

Deze bevinding wordt ondersteund door het gegeven dat de meeste illegalen op het juiste moment met hun klachten naar de SEH-afdeling kwamen en dat een duidelijke minderheid (6%) naar het oordeel van de zorgverlener eerder had moeten komen. Tenslotte kan er op basis van de beschikbare gegevens worden geconcludeerd dat er geen groot gevaar is voor de algemene bevolking, middels het verspreiden van besmettelijke infectieziekten door illegalen. De gepresenteerde klachten door illegalen in Den Haag hadden gemiddeld in minder dan 10% van de gevallen betrekking op een (en dan ook nog meestal onschuldige) overdraagbare infectieziekte.

De gegevens van het Haagse onderzoek leveren een vergelijkbaar beeld op als het landelijk onderzoek. Er zijn wel enkele specifieke verschillen. In Den Haag zien we relatief meer Turkse illegalen en meer huisvisites door de huisartsen. Daarnaast zien we dat illegalen in Den Haag minder huidproblemen aan de huisarts presenteren. Het landelijke onderzoek verschaft wel gedetailleerder gegevens over de ernst van en de mate van uitstelgedrag bij door illegalen in de huisartspraktijk gepresenteerde klachten. Zo blijken de klachten van illegalen gemiddeld iets ernstiger dan bij 'reguliere' patiënten. Van meer uitstelgedrag was nauwelijks sprake: 11% van de illegalen had naar het oordeel van de huisarts eerder moeten komen tegen 9% van de reguliere patiënten.

Dat illegalen relatief vaak met ziekten en aandoeningen en weinig met letsels op de Spoedeisende Hulp komen wijst erop dat illegalen vaker naar de SEH-afdeling gaan met klachten die daar eigenlijk niet thuis horen (kiespijn bijvoorbeeld) en met klachten waarmee men (in Nederland) doorgaans naar de huisarts gaat. Ook de frequentie waarin wordt doorverwezen naar de huisarts wijst hierop. De centrale ligging van de betrokken Haagse ziekenhuizen en het feit dat de SEH-afdeling 24 uur per dag geopend is, zorgen

ervoor dat de SEH-afdeling fysiek redelijk toegankelijk is voor illegalen. Onbekendheid waar men in Nederland met welke klacht terecht kan en een in vergelijking tot de huisartspraktijk anoniemer uitstraling dragen er mogelijk toe bij dat illegalen vaker voor het ziekenhuis kiezen.

Nog eens met nadruk dient gezegd te worden dat deze conclusies zich beperken tot het perspectief van de betrokken hulpverleners. Daarnaast is het mogelijk dat in het onderzoek onderregistratie van problemen heeft

“Per 1 juli 1998 is de wijziging van de vreemdelingenwet (1 april 2001 opnieuw gewijzigd) en enige andere wetten van kracht geworden. Deze wet koppelt het recht op collectieve voorzieningen aan de verblijfsrechtelijke status van vreemdelingen en is bekend als de ‘Koppelingswet’. Door invoering van deze Koppelingswet zijn illegalen in principe uitgesloten van collectieve voorzieningen op het gebied van arbeid en sociale zekerheid, waaronder de ziektekostenverzekering (ziekenfonds en AWBZ [Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten]). Zij kunnen echter nog altijd een beroep doen op hulpverlening vanuit de gezondheidszorg wanneer er sprake is van ‘medisch noodzakelijke zorg’. Tot deze ‘medisch noodzakelijke zorg’ behoort in ieder geval:

- zorg in geval van levensbedreiging of verlies van essentiële functies;
- zorg waarin zich een gevaar voordoet voor derden, zoals bij infectieziekten of psychische stoornissen die gepaard gaan met agressief gedrag;
- zorg voor en tijdens de geboorte;
- preventieve jeugdgezondheidszorg en vaccinaties.

In de toelichting bij de Koppelingswet wordt de vraag of zorg ‘medisch noodzakelijk’ is aan het oordeel van de arts overgelaten. ‘[...] Artsen en hulpverleners in de eerstelijnszorg, maar ook instellingen die vanuit de AWBZ worden gefinancierd, die ‘medisch noodzakelijke’ zorg hebben verleend aan illegale patiënten kunnen een beroep doen op de Regeling Stichting Koppeling (ook wel Koppelingsfonds of Illegalenfonds genoemd) voor financiële vergoedingen.” (1)

In Den Haag is de GGD de aangewezen instelling voor het uitkeren van gelden uit het Koppelingsfonds.

plaatsgevonden. Onderregistratie is een bekend fenomeen in registratieonderzoek. Medewerkers van de Haagse ziekenhuizen melden dat zij vaker door illegalen worden bezocht dan dat zij (kunnen) registreren. Het registreren schiet er bij in door bijvoorbeeld drukte op de afdeling. Een bijkomend probleem is dat het soms lastig is om vast te stellen of een patiënt illegaal is. Dat geldt met name op de SEH-afdelingen. Ook komen illegalen soms op de ziekenfondskaart van iemand anders bij de hulpverlening en worden daarvoor niet als illegaal geïdentificeerd.

Dit onderzoek laat zien dat het mogelijk is op basis van de routinematig ingevulde declaratieformulieren een goede indruk te verkrijgen van de aard van aan de huisartsen door illegalen gepresenteerde problematiek. Deze formulieren kunnen goed worden gebruikt voor monitoring van de klachten. Door (op tijdelijke basis) liefst voorgecodeerde rubrieken aan het formulier toe te voegen kan meer inzicht worden verkregen in specifieke op dat moment levende vragen, zoals bijvoorbeeld uitstelgedrag. Bij de Spoedeisende hulp ontbreekt een dergelijk declaratiesysteem. Dit gekoppeld aan het feit dat medewerkers op de eerste hulp aarzelingen hebben om door te vragen naar de verblijfsstatus van patiënten, en dat illegalen soms gebruik maken van ziekenfondskaarten van anderen, maakt registratie-onderzoek op de Spoedeisende Hulp uitermate lastig.

Uitgebreidere resultaten staan in het rapport 'Gezondheidsklachten van illegalen': een landelijk onderzoek onder huisartsen en Spoedeisende Hulpafdelingen, Nivel augustus 2001.

Literatuur

1. Van Oort M, De Bakker DH. Gezondheidsklachten van illegalen. Een landelijk onderzoek onder huisartsen en Spoedeisende Hulpafdelingen. Utrecht: Nivel, 2001.
2. Verkleij H. Monitoring van de gezondheidstoestand van illegalen. DIA/RIVM, 1999.
3. Nederlands Huisartsen Genootschap. ICPC-1, met Nederlandse subtitels. Amsterdam, 2000.
4. Verweij AO, Latuheru EJ, Rodenburg AM, Weijers YMR. Jaarboek 1998 Grote-Steden beleid, deel 2, statistische gegevens. Rotterdam: ISEO, 1999.

Herontdekking vitamine D-tekort; gegevens uit de Schilderswijk

J.D. Wuister, I.M. van der Meer, W. Huisman, M. J. Th. Lutjenhuis

Het lijkt erop dat vitamine D belangrijker is voor onze gezondheid dan lange tijd werd aangenomen. De functie van vitamine D voor de botopbouw was al bekend, reden waarom jonge kinderen ter voorkoming van 'Engelse ziekte' van het consultatiebureau vitaminedruppels moeten slikken. Volgens nieuwe publicaties zou vitamine D eveneens een rol spelen in het immuunsysteem en van invloed zijn op het spierstelsel (1) (zie kader op pagina 11). Dit leidt tot andere ideeën betreffende een eventueel tekort aan vitamine D. Dat er ook tegenwoordig nog mensen zijn met een vitamine D-tekort blijkt uit recent onderzoek in de Schilderswijk.

In onderstaand artikel wordt de betekenis beschreven van zonlicht en voeding voor de vitamine D-concentratie in het bloed, en wordt teruggeblikt op de korte epidemie van Engelse ziekte bij (Haagse) kinderen in de jaren tachtig van de vorige eeuw. Vervolgens komt de relatie tussen vitamine D en spierklachten aan de orde, en worden de recente gegevens uit de Schilderswijk gepresenteerd, waaruit de herontdekking van het vitamine D-tekort blijkt. Het artikel sluit af met een korte beschouwing en de aankondiging van vervolgstappen.

Vitamine D

Onder invloed van zonlicht wordt vitamine D aangemaakt (1) bij mensen, dieren en planten, zelfs bij plankton. Het vitamine D dat in plankton aanwezig is, komt in de oceanen via de voedselketen in de lever van de kabeljauw. Vandaar dat levertraan rijk is aan vitamine D.

Voor de mens is zonlicht de belangrijkste bron voor vitamine D; onvoldoende blootstelling aan zonlicht kan leiden tot een vitamine D-tekort. Vitamine D wordt voorts verkregen via de voeding, met name via margarine, in Nederland kunstmatig verrijkt met 7,5 µg per 100 gram, en vette vis (2).

Volgens de richtlijnen van de consultatiebureaus dienen kinderen extra vitamine D toegediend te krijgen in de vorm van druppeltjes of tabletjes.

Rachitis

Een tekort aan vitamine D veroorzaakt bij kinderen rachitis. Als gevolg van het slikken van levertraan kwam rachitis na de Tweede Wereldoorlog in Nederland nauwelijks meer voor. In de jaren zeventig kwamen er echter signalen dat het aantal gevallen van rachitis weer toenam. In Den Haag bleek dat zeker het geval. Het Epidemiologisch Bulletin besteedde hieraan in 1982 aandacht met het artikel: 'De terugkeer

van een volksziekte: rachitis' (3). Het artikel beschreef een Haags onderzoek, over de periode 1970 - 1980, waaruit bleek dat de 0 - 4 jarige kinderen uit immigrantengezinnen de risicogroep voor rachitis vormden. Er waren geen grote onderlinge verschillen in prevalentie tussen de kinderen, of de ouders nu afkomstig waren uit Suriname, van de Antillen, uit Turkije of uit Marokko.

De conclusie luidde dat er een interventie diende plaats te vinden. Als voorbereiding onderzochten de GGD Den Haag en huisartsen van de Rubenshoek de kennis en het gedrag met betrekking tot rachitis en vitamine D-profylaxe (4). Slechts éénderde van de immigranten was voldoende op de hoogte en nog geen vier van de tien immigranten gaf een correcte regelmatige dosering aan hun kinderen.

Er werd actie ondernomen in de vorm van een groot-schalige antirachitiscampagne (5).

Ongeveer in dezelfde periode werd vastgesteld dat de rachitisproblematiek niet alleen 0 - 4 jarige kinderen betrof, maar ook oudere kinderen/jongeren (6). In deze groep was het probleem echter minder ernstig aanwezig dan bij de jongste kinderen. In 1986 en 1987 werd in het Bulletin nog tweemaal aandacht besteed aan rachitis (7)(8). Uit deze artikelen bleek dat de voorlichtingscampagne succesvol was geweest: rachitis

in Den Haag was 'uitgeroeid'. Eind 1987 verscheen het laatste artikel over rachitis in het Epidemiologisch Bulletin. Geconstateerd werd dat ondanks de succesvolle antirachitiscampagne, vitamine D-tekort nog steeds voorkwam, vooral in de oudere leeftijdsgroepen. Dit werd echter niet alarmerend genoemd.

Vitamine D en spierklachten

Net als in het geval van Engelse ziekte bij kinderen, is ook bij volwassenen het meest bekende gevolg van een vitamine D-tekort gelegen in de botten. Vitamine D-tekort kan leiden tot een verminderde mineralisatie van het bot (botweekheid oftewel osteomalacie). Osteomalacie is iets anders dan osteoporose, waarbij de totale hoeveelheid botmassa is verminderd (9). Echter, ver voordat er sprake is van osteomalacie, kan een tekort aan vitamine D spierklachten geven. Dit beeld wordt wel aangeduid als 'Hypovitaminose D myopathie' (10), met als mogelijke klachten: diffuse spier- en botpijnen, spierzwakte van met name de proximale spieren van armen en benen, spierkrampen en moeheid. Kenmerkend is het zeer sluipende begin. Anders dan de rol van vitamine D bij de botopbouw, is het werkingsmechanisme van vitamine D bij het ontstaan van deze spierklachten nog niet geheel opgehelderd. Het afgelopen jaar is in de Nederlandse literatuur een aantal patiënten besproken met spierklachten die werden toegeschreven aan een tekort aan vitamine D. In één van deze artikelen stonden drie allochtone patiënten van een huisartsenpraktijk centraal (11). Deze patiënten, een 53-jarige gesluierde Somalische vrouw, haar elfjarige niet gesluierde dochter en een 31-jarige Creoolse vrouw, bleken allen een vitamine D-tekort te hebben. Dit tekort kwam naar voren door klachten van spierpijn en spierzwakte, waarbij traplopen niet of nauwelijks meer lukte. In een ander artikel werd aandacht besteed aan een 40-jarige Nederlandse vrouw (12), die last had van 'algehele malaise'. Na onderzoek bleek ook deze autochtone vrouw een tekort aan vitamine D te hebben.

De plaatsing van deze – casuïstische – artikelen in twee gerenommeerde Nederlandse wetenschappelijke tijdschriften geeft aan dat vitamine D-deficiëntie (weer) als een mogelijk serieus probleem wordt onderkend, dit maal niet zozeer bij kinderen maar juist bij volwassenen.

Vitamine D in de Rubenshoek

De Rubenshoek is een gezondheidscentrum in de Schilderswijk in Den Haag, waar zeven huisartsen samen zorgdragen voor ongeveer 10.000 met name allochtone patiënten. De huisartsen zijn verdeeld over

twee praktijken. De huisartsen van de Rubenshoek waren indertijd sterk betrokken bij de antirachitiscampagne. Uit casuïstische mededelingen was hen bekend dat vitamine D-tekort nog steeds wel voorkomt in streken met een gematigd klimaat. Vooral vrouwen die te weinig aan zonlicht worden blootgesteld zouden risico lopen. Ook viel de toenemende literatuur op over een mogelijke relatie tussen vitamine D-tekort en spierklachten. Onder de patiënten van de Rubenshoek bevinden zich veel mensen met spierklachten en ook veel vrouwen die weinig buiten in de zon komen. Op basis van deze gegevens besloot men vanaf 1 januari 2000 bij vrouwelijke patiënten van de Rubenshoek regelmatig het vitamine D-gehalte te bepalen.

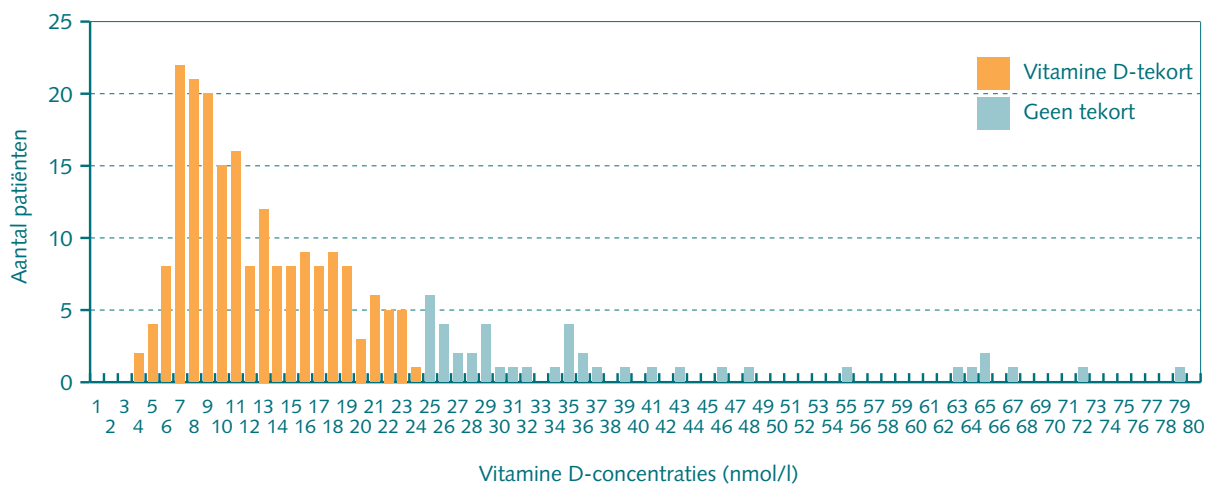
In de eerste praktijk werd de vitamine D-bepaling niet alleen uitgevoerd bij vrouwen met de indicatie 'spierklachten', maar ook bij vrouwen die om een andere reden bloed moesten laten prikken. In de tweede praktijk werd (alleen) bij vrouwen met diffuse pijnklachten of moeheid een vitamine D-bepaling gedaan. De gegevens die in dit artikel worden gepresenteerd betreffen twee jaar (2000 en 2001). In deze periode werd van 240 vrouwen de vitamine D-concentratie in het bloed bepaald in het laboratorium van het Medisch Centrum Haaglanden, lokatie Westeinde. De ondergrens van de normale waarden bedraagt voor de bepalingen in dit laboratorium 25 nmol per liter. De uitkomsten van de bepalingen zijn, voor beide praktijken gezamenlijk, weergegeven in figuur 1; een uitsplitsing naar praktijk – en dus naar indicatie voor de vitamine D-bepaling – is op dit moment helaas nog niet mogelijk.

Uit figuur 1 blijkt dat van de 240 patiënten 197 (82%) een vitamine D-tekort hadden. Bijna de helft (48%) van de patiënten had zelfs een ernstig vitamine D-tekort (< 12,5 nmol/liter). De gemiddelde waarde voor de gehele groep lag op 17 nmol/l, de waarden tussen de 6 en 8 nmol/l kwamen het meest voor.

Zoals gezegd wordt vitamine D in de huid aangemaakt onder invloed van zonlicht. De hoogste vitamine D-concentraties zullen daarom aan het eind van de zomer, en de laagste concentraties aan het eind van de winter worden gevonden. In figuur 2 staat het aantal patiënten bij wie vitamine D is bepaald, per kwartaal weergegeven. Het onderste deel van de staven (terrakleurig) geeft aan dat de uitkomst lager lag dan de eerder genoemde ondergrens van 25 nmol/l. De verhouding tussen het terrakleurige (vitamine D-tekort) en het groene deel komt per kwartaal overeen. Het grootste aantal bepalingen werd uitgevoerd in het eer-

Figuur 1

Vitamine D-concentraties bij patiënten van de Rubenshoek, in 2000 en 2001.

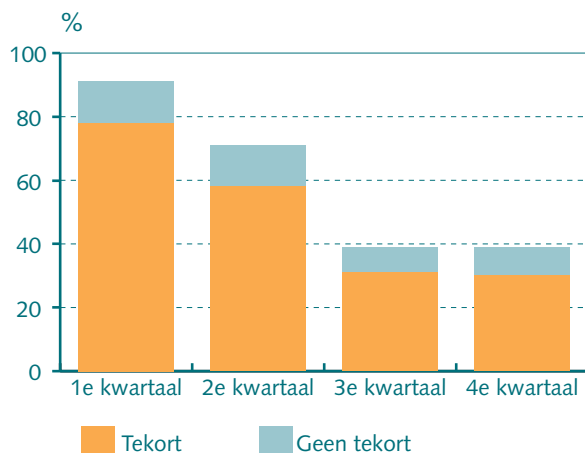


ste kwartaal. Dit is in overeenstemming met de hypothese dat er een verband bestaat tussen spierklachten en een tekort aan vitamine D. Immers, aanwezigheid van spierklachten was een belangrijke indicatie om vitamine D-bepalingen uit te voeren.

De gegevens in figuur 2 suggereren dat deze indicatie het meest werd gesteld in het eerste kwartaal. Dit kwartaal (eind winter) is het kwartaal met de geringste blootstelling aan zonlicht, en derhalve met de laagste vitamine D-concentraties in het bloed. Het kleinste aantal bepalingen werd uitgevoerd in het derde kwartaal. Ook dit komt overeen met de ervaren blootstelling aan zonlicht. Dat ook in het vierde kwartaal relatief weinig vitamine D-bepalingen zijn uitgevoerd is

Figuur 2

Vitamine D-status van patiënten van de Rubenshoek, naar kwartaal.



verklaarbaar doordat de vitamine D die in de zomer is aangemaakt, nog enige tijd in het lichaam aanwezig blijft.

Duidelijk signaal

Met behulp van deze gegevens kan geen uitspraak worden gedaan over de omvang van het vóórkomen van vitamine D-tekorten onder (volwassen) vrouwen in de Schilderswijk of in heel Den Haag. Wel vormen de gegevens een duidelijk signaal dat vitamine D-tekort veelvuldig voorkomt in de Schilderswijk. Onbekend is sinds wanneer patiënten met vitamine D-gerelateerde klachten naar de huisarts gaan. Er is geen reden om aan te nemen dat deze tekorten recent zijn ontstaan. Herkenning van spierzwakte als gevolg van een vitamine D-tekort komt nu pas in de belangstelling. Wat gebeurt er met de patiënten die met dergelijke klachten komen en bij wie de diagnose vitamine D-tekort niet wordt overwogen? Het is goed mogelijk dat deze patiënten de diagnose 'psychosomatische klachten' te horen krijgen. Daarnaast kunnen de diagnoses 'polymyalgia rheumatica' (pijn en bewegingsbeperking in schouder- of bekkengordel), 'aspecifieke reumatische klachten' en '(fibro)myalgie' worden gegeven (11).

Wat te doen?

In principe kan een vitamine D-tekort eenvoudig en effectief worden behandeld door het toedienen van vitamine D. De klachten zijn dan over het algemeen binnen zes weken tot zes maanden verdwenen (11). Er is overigens nog geen consensus over welke behandeling de meest effectieve is wat betreft dosering, toedie-

ningsvorm (met een injectie of oraal) en in welke variant (zie kader voor de verschillende verschijningsvormen van vitamine D in het lichaam). Ook is nog onvoldoende duidelijk hoe de onderlinge verhouding moet zijn tussen (extra) vitamine D-inname en meer blootstelling aan zonlicht.

Er resteren nog vele vraagtekens. Wat is de prevalentie van vitamine D-tekort, uitgesplitst naar leeftijd, geslacht en onderscheiden bevolkingsgroepen? Wat zijn de risicofactoren? Hoe frequent zijn spierklachten van volwassenen te herleiden tot een tekort aan vitamine D (en te verhelpen door vitamine D toe te dienen)?

Op deze en andere vragen hopen wij met nader onderzoek antwoorden te vinden.

Ook bij het vitamine D-verhaal geldt: voorkómen is beter dan genezen. Voordat iemand met klachten naar de huisarts gaat en het probleem wordt onderkend, is er al heel wat leed geleden. Naast de behandeling zal aandacht moeten worden besteed aan de preventie, waarbij voldoende blootstelling aan zonlicht vermoedelijk een zeer belangrijke rol speelt.

Net als in de jaren tachtig, is het van het grootste belang om actie te ondernemen. Onderzoek zoals bovengenoemd zal daarbij mede richting gevend kunnen zijn. Vooruitlopend hierop kan op basis van de al beschikbare kennis nu reeds worden gezien welke acties op korte termijn in gang kunnen worden gezet. Gegevens zoals gepresenteerd in figuur 1 van dit artikel geven daar meer dan voldoende aanleiding toe.

Bij mensen ontstaat in de huid onder invloed van UV-licht uit 7-dehydrocholesterol het cholecalciferol, wat in de lever snel wordt omgevormd tot 25-hydroxycholecalciferol (calcidiol). Hieruit wordt in de nieren op scherp gereguleerde wijze onder invloed van de serumcalciumspiegel en het parathyreoïdhormoon 1,25-dihydroxycholecalciferol (calcitriol) gevormd. Deze stof is de actieve vorm van vitamine D. Calcitriol stimuleert in velerlei cellen in het gehele lichaam op hormonale wijze de vorming van een calciumtransporteiwit en speelt zodoende een belangrijke rol bij de calcium homeostase (13).

Literatuur

1. Fraser DR. Vitamin D. *The Lancet* 1995;345:104-107.
2. Katan MB, Dusseldorp M van. Vitamine D gehalte van voedingsmiddelen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1987;131:428-430.
3. Nijhuis HGJ, Zoethout HE, de Jong GM. De terugkeer van een volksziekte: rachitis. *Epidemiologisch Bulletin* 1982;17(3):7-15.
4. Nijhuis HGJ, Struben HWA, Avezaat JJM, Lutjenhuis MJTh. Rachitis onder eerste-generatie immigranten: Kennis en gedrag met betrekking tot de ziekte en vitamine D-profylaxe. *Epidemiologisch Bulletin* 1983;18(4):15-24.
5. Nijhuis HGJ. De antirachitiscampagne te Den Haag 1983-'84. Bespreking van een basisgezondheidsprogramma. *Epidemiologisch Bulletin* 1985;20(1):8-19.
6. Nijhuis HGJ, Zoethout HE. Rachitis in Den Haag. Andere risicogroepen uit de vitamine D-deficiëntie-ijsberg. *Epidemiologisch Bulletin* 1986;21(1):23-29.
7. Nijhuis HGJ. Rachitis-surveillance. De stand per 31 december 1985. *Epidemiologisch Bulletin* 1986;21(3):24-25.
8. Verkade-Burger I, de Jong GM. Rachitis in Den Haag. De stand per 31 december 1986. *Epidemiologisch Bulletin* 1987;22(4):28-30.
9. Van Daele PL, Pols HA. Metabole botafwijkingen bij maag-, darm- en leverziekten. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000;144(10):462-467.
10. Glerup H, Mikkelsen K, Poulsen L, Hass E, Overbeck S, Andersen H, Charles P, Eriksen EF. Hypovitaminosis D myopathy without biochemical signs of osteomalacic bone involvement. *Calcif Tissue Int* 2000; 66(6):419-424.
11. Grootjans-Geerts I. Hypovitaminose D: een versluierde diagnose. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145(43):2057-2060.
12. Ridder J de. Vitamine D-deficiëntie, niet alleen bij migrantenvrouwen. *Huisarts en Wetenschap* 2001;44(10):450-452.
13. Lips P. Vitamin D deficiency and secondary hyperparathyroidism in the elderly: consequences for bone loss and fractures and therapeutic implications. *Endocrine Reviews* 2001; 22 (4): 477-501.

Stijging in het aantal tienermoeders

Haagse signalen en cijfers

Diana van Koolwijk, Irene Burger en Léon van Lier

Het aantal tienermoeders in Nederland is in 25 jaar fors gedaald van 9000 in 1971 tot 1900 in 1996. Na dat jaar neemt hun aantal echter weer enigszins toe tot 2300 in 1999. Uit een inventarisatie van de geboortes bij vrouwen jonger dan 21 jaar in de regio Haaglanden blijkt dat dit aantal tussen 1996 en 2000 is gestegen met 22%. Voor de Haagse GGD was dit aanleiding te onderzoeken binnen welke bevolkingsgroepen die stijging zich heeft voorgedaan.

In onderstaand artikel worden de resultaten van het Haagse onderzoek beschreven en vergeleken met landelijke gegevens over tienermoeders, naar leeftijd en per etniciteitsgroep. Vervolgens belicht het artikel de gevonden verschillen tussen de bevolkingsgroepen in Den Haag tegen de achtergrond van de diverse cultuurpatronen.

Jong moederschap wordt immers in de ene cultuur anders gewaardeerd dan in de andere: wat heeft dat voor gevolgen voor de jonge moeder en haar kind?

Tot slot vraagt het artikel de aandacht van instanties die zorg en begeleiding geven aan tienermoeders, voor het stijgende aantal jonge moeders en vooral voor de nog onbeantwoorde vragen.

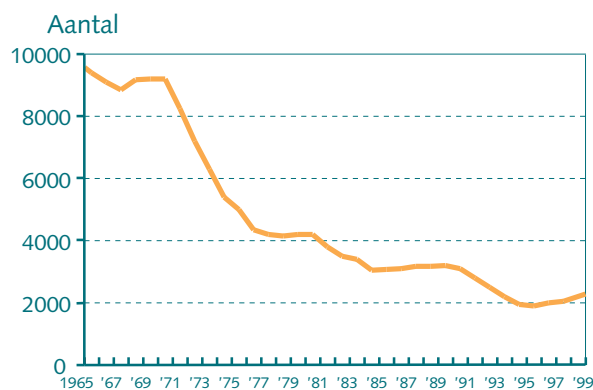
In Nederland heeft ongeveer één op de tweehonderd pasgeborenen een moeder jonger dan twintig jaar, ook wel tienermoeder genoemd (1). In vergelijking tot veel andere (westerse) landen is dit laag. De oorzaak hiervan zou liggen in het open seksuele klimaat in Nederland.

Seksualiteit is in bijna alle kringen bespreekbaar, op scholen wordt seksuele voorlichting gegeven, anticonceptiemiddelen zijn in ruime mate beschikbaar en het gebruik is geaccepteerd. Door de algemene beschikbaarheid van voorbehoedmiddelen en de toegenomen mogelijkheden zwangerschappen te onderbreken daalde het aantal tienermoeders in de afgelopen jaren sterk. In 1971 en 1972 werden in Nederland nog negenduizend kinderen geboren met een moeder jonger dan twintig jaar. In 1996 was dit aantal fors teruggegaan tot 1.900 levendgeborenen (figuur 1) (3).

Na 1996 zien we echter een geleidelijke stijging van het aantal tienermoeders: van 1.900 in 1996 naar 2.300 in 1999 (3). Zwangerschap en moederschap op (zeer) jonge leeftijd kunnen nadelige consequenties hebben op psychosociaal en medisch gebied. De risico's van jong moederschap verschillen echter per situatie en hangen bijvoorbeeld samen met de ondersteu-

Figuur 1

Aantal levendgeborenen uit vrouwen < 20 jaar. Nederland 1965 - 1999 (bron: Centraal Bureau voor de Statistiek).



ning die de moeder krijgt (4)(5)(6). Vanwege de mogelijke risico's is het belangrijk een eventueel toenemend aantal tienermoeders op tijd te signaleren.

Bij het Jongeren Informatie Punt (JIP) in Den Haag kwamen de laatste jaren steeds vaker vragen van jonge moeders over huisvesting-, zorg- en ondersteuningsmogelijkheden. Men vermoedde een toename van het

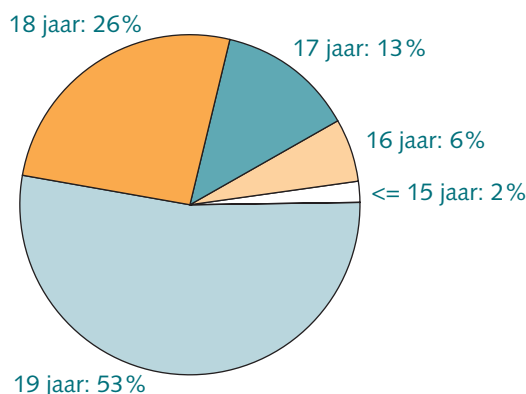
aantal tienermoeders in Den Haag (e.o.), en liet door het bureau Eysink, Smeets en Etman onderzoek doen naar het aantal geboortes bij jonge moeders in de gemeenten van de regio Haaglanden (7). In de eerste inventarisatie van de aantallen *geboortes* bij jonge moeders bleken de uitkomsten voor Den Haag opvallend: tussen 1996 en 2000 was het aantal geboortes bij vrouwen *jonger dan 21 jaar* gestegen met 22%: van 297 naar 337 geboortes. Voor de afdeling Epidemiologie van de GGD waren de (herhaalde) signalen van het JIP en de uitkomsten van de genoemde inventarisatie reden om aanvullend onderzoek te doen, met name naar de bevolkingsgroepen waarbinnen de stijging van het aantal tienermoeders (*jonger dan 20 jaar*) zich had voorgedaan.

Landelijke cijfers en cijfers van de vier grote steden

Op het moment dat ze moeder werden waren in 1998 in Nederland de meeste tienermeisjes 18 of 19 jaar oud: één op de vijf (bijna 5400) was jonger dan 18 jaar (figuur 2) (8).

Figuur 2

Aantal levendgeborenen uit moeders < 20 jaar, naar leeftijd moeder bij geboorte kind. Nederland 1998 (Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek).



Wanneer het aantal tienermoeders in Nederland wordt geteld per duizend 15-19-jarige meisjes zien we in 1999 de meeste tienermoeders onder de Turkse meisjes (circa 50 per 1.000 15-19 jarigen), gevolgd door de Antilliaanse (circa 40 per 1.000), de Marokkaanse en de Surinaamse meisjes (beiden circa 20 per

1.000) (3). Autochtone (Nederlandse) jonge moeders beneden de 20 jaar zien we veel minder (ongeveer 2 per 1.000).

Mede door het hoge aandeel allochtonen in de vier grote steden in Nederland, zien we daar ook meer tienermoeders. In 1998 kregen in Rotterdam 16 van de 1.000 tienermeisjes een kind en in Amsterdam, Den Haag en Utrecht respectievelijk 13, 12 en 9 van de 1.000 tienermeisjes (8).

Verder neemt de laatste jaren het aantal tienermoeders uit asielzoekerslanden toe, overwegend uit China en Somalië (9). Ook de tienermoeders uit deze landen verblijven vooral in de grote steden.

Het aantal heel jonge moeders in Nederland is dus gering en het jong kinderen krijgen lijkt (mede) bepaald door de etnische bevolkingsgroep waartoe de moeder behoort. In hoeverre verschilt Den Haag van dit landelijke patroon? Om antwoord te vinden op deze vraag zijn de bevolkingsbestanden op de peildatum 1 januari 1995 tot en met 1 januari 2001 van de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) in Den Haag geraadpleegd.

Haags onderzoek

Opzet

In de GBA zijn gegevens opgenomen van inwoners van Den Haag die legaal in Nederland verblijven. Het aantal tienermoeders kan in de GBA worden vastgesteld op basis van het aantal meisjes in de leeftijd van 13 tot en met 19 jaar dat op 1 januari van een jaar geregistreerd staat als 'gezinshoofd met kind(eren)' of 'echtgenote met kind(eren)' ¹⁾.

De etnische herkomst is in de GBA bepaald volgens de standaard-identificatiemethode ²⁾ (10). Op grond van een (vermeende) gezamenlijke herkomst of cultuur zijn sommige etnische groepen samengevoegd. In tegenstelling tot de GBA-indeling zijn twee extra groepen onderscheiden: 'Afrikaanse landen' (met uitzondering van Marokko) en 'China'. Beide subgroepen staan in de GBA geclassificeerd in de groep 'niet-geïndustrialiseerde landen'. Drie 'rest'-groepen, de Zuid-Europese landen, de niet-geïndustrialiseerde landen en de geïndustrialiseerde landen zijn in het onderzoek ingedeeld in de groep 'Overigen'.

Naast de etniciteit van de tienermoeders is ook gekeken naar de burgerlijke staat (ongehuwd is volgens de

1) Voor de peildatum van 1 januari 1997 geldt dat niet alle gegevens uit de GBA beschikbaar waren, waardoor er voor dit jaar geen betrouwbare resultaten kunnen worden berekend.

2) Voor het bepalen van de etniciteit worden volgens de standaard-identificatiemethode de gegevens over het geboorteland van de betrokkene gebruikt, in combinatie met het geboorteland van de moeder en vader. Is het geboorteland van de betrokkene Nederland dan wordt gekeken naar de geboortelands van de ouders. Niet-Nederlands prevaleert hierbij boven Nederlands. In het geval de vader en de moeder buiten Nederland zijn geboren, is het geboorteland van de moeder doorslaggevend.

GBA 'gezinshoofd met kind(eren)' en gehuwd 'echtgenote met kind/kinderen'), de leeftijd en de verblijfsduur in Nederland op het moment dat zij moeder werden.

Bij alle berekeningen is uitgegaan van de verhouding van het aantal tienermoeders per 1.000 tienermeisjes. Bij sommige onderverdelingen is de groep tienermeisjes kleiner dan duizend zodat toevallig fluctuaties een grotere rol spelen.

Resultaten

Het relatieve aantal tienermoeders in Den Haag nam tussen 1 januari 1996 en 1 januari 2001 toe van 13 per 1.000 tienermeisjes naar 17 per 1.000 meisjes (figuur 3). In absolute aantallen betekent dit een toename van 194 in 1996 naar 282 tienermoeders in 2001.

Deze relatieve cijfers geven het aantal tieners weer dat op 1 januari van dat jaar moeder is (we noemen dit de puntprevalentie). Ze kunnen in het voorafgaande jaar moeder zijn geworden maar ook in voorliggende jaren, en nog steeds tiener zijn. Op deze wijze geteld, tellen we dezelfde moeder dus verschillende keren mee.

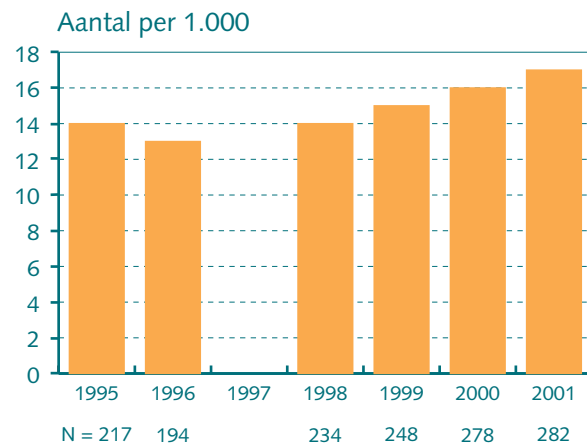
Als we zicht willen hebben op de tieners die in een bepaald jaar voor het eerst moeder zijn geworden, kunnen we beter kijken naar de incidentiecijfers: het aantal tienermoeders dat in een jaar voor het eerst staat vermeld in de GBA per duizend tieners³⁾. Deze meisjes die moeder zijn geworden staan voor de periode 1995 en 1998-2000 in figuur 4⁴⁾. Ook hier zien we een lichte toename die vooral ongehuwde tienermoeders betreft. In 1995 was van de 114 nieuwe tienermoeders 49% ongehuwd; in 2000 was dit gestegen naar 83% van de 177 tienermoeders.

De incidentiecijfers per etniciteitsgroep staan in de figuren 5a tot en met 5g. We zien opmerkelijke verschillen in relatief voorkomen tussen de groepen, daarnaast zijn de trendmatige ontwikkelingen voor sommige groepen sterker.

Onder de Nederlandse en Surinaamse meisjes is de incidentie in vergelijking met de andere etniciteitsgroepen laag. In de groep Turkse meisjes zien we een duidelijke daling in het aantal nieuwe tienermoeders. Hun aantal is gehalveerd van 31 per 1.000 tienermeis-

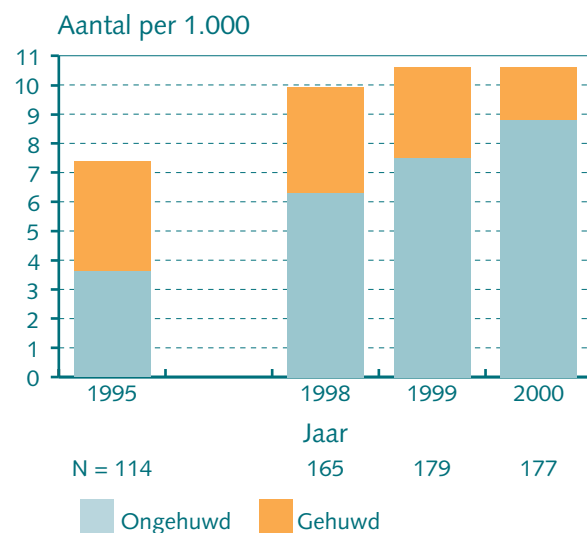
Figuur 3

Absolute en relatieve aantallen tienermoeders (per 1000 tienermeisjes). Den Haag 1995 - 2001: peildatum 1 januari (GBA).



Figuur 4

Absolute en relatieve aantallen gehuwde en ongehuwde tienermoeders naar jaar waarin zij moeder werden (per 1000 tienermeisjes). Den Haag 1995, 1998 - 2000 (GBA).



jes in 1995 naar 15 per 1.000 in 2000. Deze daling geldt ook voor de absolute aantallen.

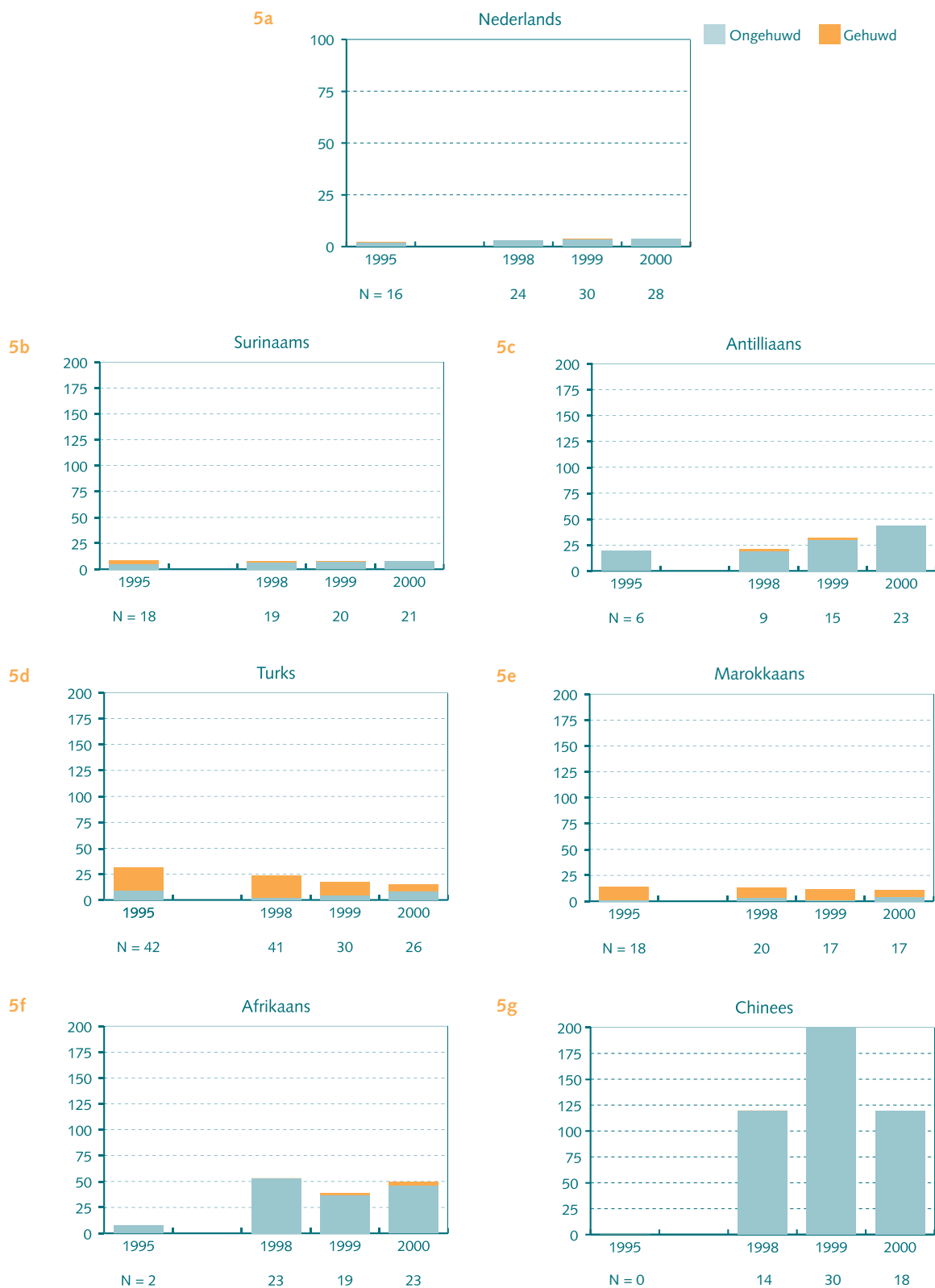
Onder de Marokkaanse meisjes zien we eveneens een daling, maar veel minder sterk en onder de Suri-

3) Hierbij kan sprake zijn van onderrapportage wanneer tienermeisjes in een andere gemeente moeder zijn geworden en tenminste een jaar later naar Den Haag zijn verhuisd.

4) Vanwege het ontbreken van cijfers per 1 januari 1997 kon de incidentie over zowel 1996 als 1997 niet worden berekend.

Figuur 5

Per etniciteitsgroep het absolute en relatieve aantal gebuwde en ongebuwde tienermoeders naar jaar waarin zij moeder werden (per 1000 tienermeisjes). Den Haag, 1995, 1998 - 2000 (GBA).



naamse tieners blijft het relatieve aantal tienermoeders vrijwel gelijk.

Betekenisvolle toenames van tienermoeders zien we bij de Antillianen (van 19 in 1995 naar 44 per 1.000 in 2000), de meisjes afkomstig uit de Afrikaanse landen (van 7,5 naar 50 per 1.000) en in het bijzonder bij de Chinese meisjes (van geen naar 119 per 1.000). Aangezien het aantal Chinese meisjes in Den Haag niet bijzonder groot is betekent dit dat van deze meisjes in 1998 en 2000 één op de acht in dat jaar tienermoeder is geworden en in 1999 zelfs één op de vijf.

Alle Chinese tienermeisjes waren ongehuwd in het jaar dat ze moeder werden.

De Antilliaanse, de Afrikaanse, de Nederlandse en in iets mindere mate de Surinaamse tienermoeders waren vrijwel allemaal ongehuwd op het moment van moederschap. Dit in tegenstelling tot de Turkse en Marokkaanse tienermoeders, die veelal gehuwd waren. Al zien we dat in 2000 iets afnemen.

Eén op de vijf tieners was in het jaar dat ze moeder werd jonger dan 18 jaar. Deze minderjarige tienermoeders treffen we vooral aan onder de Afrikaanse en Chinese meisjes: respectievelijk 49% en 52% van hen waren op het moment dat ze moeder werden in de jaren 1995-2000 minderjarig.

Per etniciteitsgroep is de gemiddelde leeftijd weergegeven in figuur 6. De gemiddelde leeftijd waarop de

Afrikaanse en Chinese tienermeisjes moeder werden was 17,5 jaar. Dit is significant lager dan bij de andere etniciteitsgroepen ($p < 0.05$). De hoogste gemiddelde leeftijd treffen we aan onder de Marokkaanse meisjes, 18,7 jaar.

Het aantal niet-Nederlandse meisjes dat één jaar of korter in Nederland verbleef in het jaar dat ze moeder werden was in 2000 bijna verdubbeld ten opzichte van 1995. Verbleef in 1995 nog ongeveer 1 op de 28 tienermoeders één jaar of korter in Nederland, in 2000 is deze verhouding 1 op de 15.

Per etniciteitsgroep wordt de verblijfsduur in Nederland weergegeven in figuur 7.

De percentages zijn berekend over de jaren 1998 tot en met 2000. De Chinese en de Afrikaanse tienermoeders springen er duidelijk uit: bijna 42% van de Chinese en bijna 48% van de Afrikaanse meisjes verbleven korter dan één jaar in Nederland toen zij moeder werden.

Opvallend zijn ook de relatief hoge percentages Turkse en Marokkaanse meisjes die bij hun moederschap nog maar kort in Nederland verbleven.

Van beide bevolkingsgroepen verbleef ongeveer 36% korter dan 2 jaar in Nederland op het moment dat zij moeder werden. Dit zijn waarschijnlijk veelal meisjes die als huwelijksmigrant naar Nederland zijn gekomen.

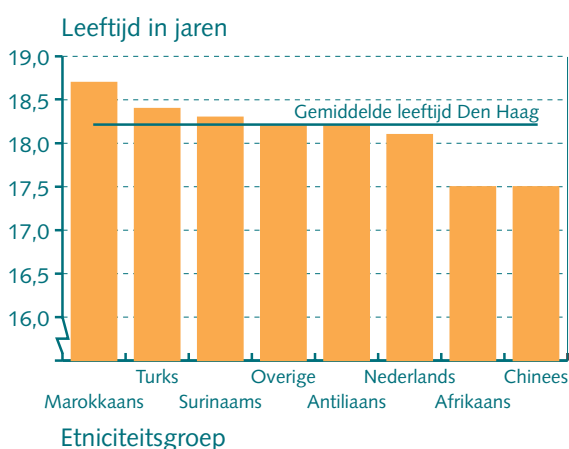
Bespreking

Bestudering van de bevolkingsbestanden toont een toename van het aantal Haagse meisjes dat moeder werd voor het bereiken van het twintigste levensjaar. Dat komt overeen met de landelijke gegevens. In dit opzicht worden de signalen van het JIP (opnieuw) bevestigd. Het beeld kan echter met de cijfers uit de bevolkingsbestanden worden genuanceerd. We zien immers grote verschillen in voorkomen tussen tienermoeders van verschillende etnische afkomst, ook in relatie tot het wel of niet gehuwd zijn van de tienermoeder, haar leeftijd en de verblijfsduur in Nederland op het moment van moeder worden.

Voor een deel kunnen de verschillen in aantallen jonge moeders per etniciteitsgroep worden verklaard door cultuurverschillen. Bij moslimsmeisjes is het bijvoorbeeld 'gewoon' dat meisjes jong trouwen en jong moeder worden. Het is een veel voorkomend en algemeen geaccepteerd verschijnsel waarop de moeder (en haar omgeving) veelal goed zijn voorbereid. Anders ligt dat in onverwachte en ongewenste situaties (bijvoorbeeld bij gebrek aan seksuele voorlichting of bij seksueel geweld).

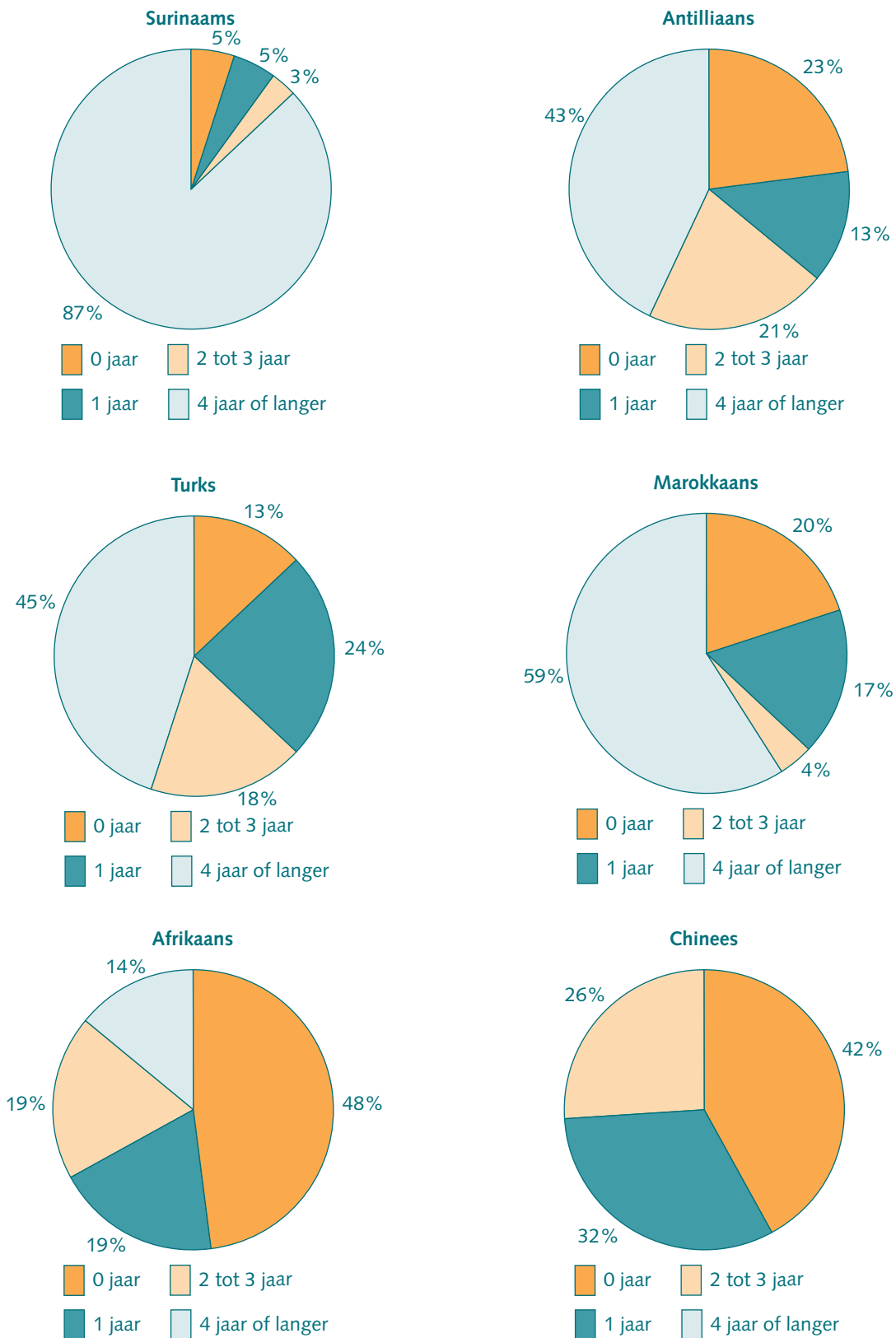
Figuur 6

Per etniciteitsgroep de gemiddelde leeftijd van tienermoeders bij geboorte kind. Den Haag, 1995, 1998 - 2000 (GBA).



Figuur 7

Per etniciteitsgroep de procentuele verdeling van de verblijfsduur in jaren in Nederland van tienermoeders bij geboorte kind. Den Haag 1998 - 2000 (GBA).



Hieronder worden de verschillen in relatief voorkomen tussen etniciteitsgroepen bekeken tegen de achtergrond van de gewoonten in het thuisland, aanvullende cijfers en signalen uit het veld.

Turkse en Marokkaanse tienermoeders

Onder de Turkse meisjes zagen we een duidelijke afname in het voorkomen van tienermoeders. Een daling tot vrijwel gelijk aan het niveau van de Marokkaanse meisjes, waar weinig verandering in optrad. Het zijn (nog steeds) vooral gehuwde moeders. In het laatste jaar zien we wel een toename van het aantal ongehuwde Turkse moeders. Deze zijn *niet voor de Nederlandse wet gehuwd*, maar kunnen echter naar islamitische normen wel gehuwd zijn.

Voor de eer van de familie is het bij Marokkanen en Turken (veelal islamieten) belangrijk dat het meisje als maagd het huwelijk ingaat (11). Om dit te waarborgen wordt in de islamitische traditie in het algemeen vroeg getrouwd. De traditie wil dat veel huwelijken binnen de Turkse en de Marokkaanse cultuur zijn gearrangeerd, met name bij huwelijksmigranten. De Turkse (en waarschijnlijk ook de Marokkaanse) vrouwen die als jongvolwassene vanwege een huwelijk naar Nederland emigreren, hebben meestal een lage of afgebroken schoolopleiding (12).

Volgens gegevens van het CBS waren tweederde van de Turkse en eveneens circa tweederde van de Marokkaanse (vrouwelijke) huwelijksmigranten bij de huwelijksluiting jonger dan twintig (13). Twee van de drie huwelijksmigranten kregen, volgens dezelfde bron, binnen twee jaar na aankomst in Nederland een kind. Ter vergelijking: in Den Haag waren bijna de helft van de Turkse en tweevijfde van de gehuwde Marokkaanse tienermoeders korter dan twee jaar in Nederland op het moment dat ze moeder werden.

De daling in relatieve aantallen Turkse tienermoeders, die ook landelijk enigszins wordt waargenomen (14), wijst ofwel op een daling in het aantal huwelijksmigranten (minder instroom), ofwel op een stijging van de gemiddelde leeftijd waarop men moeder wordt, wellicht als gevolg van acculturatieprocessen.

Creools-Surinaamse en Antilliaanse tienermoeders

Haagse tienermoeders van Surinaamse herkomst⁵⁾ zien we relatief weinig. Ze zijn (gemiddeld) lang in Nederland en vertonen een patroon dat weinig anders is dan dat van de Nederlandse meisjes. De Antilliaanse

tienermoeders vragen meer aandacht. Hun aandeel neemt toe. Ook landelijk zien we meer tienermoeders onder Antillianen (8).

Het merendeel van de Surinaamse en de Antilliaanse tienermoeders in Den Haag was ongehuwd op het moment dat zij hun eerste kind kregen, respectievelijk 81% en 96%. Het alleenstaande moederschap is in het Caribisch gebied een vertrouwd beeld en gebaseerd op de daar al lang bestaande traditie van matrifocale samenlevingsvormen (11). Kenmerkend voor een matrifocale gezinsstructuur is dat de vader doorgaans niet permanent aanwezig is en niet voor een vast inkomen (kan) zorgen. Mogelijk dat de slavernij hier invloed op heeft gehad. De slavernij maakte een zwart gezinsleven vrijwel onmogelijk; gezinsrelaties werden niet gerespecteerd en mannen werden in de regel gedwongen afgezonderd van de vrouwen en kinderen te leven. Om geld te verdienen bleef de man ook na afschaffing van de slavernij vaak genoodzaakt een trekend bestaan te leiden. De matrifocale samenlevingsvorm houdt ook verband met de sociale structuren in Afrika. Trouwen werd en wordt daar in met name de lagere klasse gezien als 'iets' van rijke mensen. Mannen trouwen pas als zij in staat zijn de kost te verdienen. Veel zwangerschappen zijn niet gepland en worden door de ouders ook niet zonder meer goedgekeurd, maar vaak is er na enige tijd toch sprake van acceptatie (15). Het ongehuwd moederschap wordt niet als ideaal gezien, maar er rust evenmin een taboe op.

In de literatuur wordt het ontbreken van een duidelijk toekomstperspectief bij Antilliaanse vrouwen veelvuldig in verband gebracht met zwangerschap op jonge leeftijd (16)(17). Moederschap wordt in hun situatie gezien als een aantrekkelijk alternatief voor laag- en ongeschoold werk: moederschap geeft status en identiteit. Op langere termijn biedt het – veelal alleenstaande – ouderschap voor de moeder (en het kind) echter waarschijnlijk nog minder toekomstperspectief.

Afrikaanse en Chinese tienermoeders

In Den Haag is het aantal Chinese en Afrikaanse tienermoeders zeer sterk gestegen, zowel absoluut als relatief. Ook landelijk is een toename geconstateerd onder de Chinese en Afrikaanse meisjes, in het bijzonder onder de meisjes uit Somalië. Tweederde van de Afrikaanse en drievierde van Chinese tienermoeders in Den Haag waren korter dan twee jaar in Nederland en jong: circa de helft was nog minderjarig op het moment dat zij moeder werden. Op een enkele uit-

5) Met Surinaamse vrouwen bedoelen we hier vooral de Creools-Surinaamse vrouwen. De gezins- en relatiepatronen van Hindostaans-Surinaamse vrouwen lijken meer op die van de Turkse en Marokkaanse vrouwen.

zondering na waren deze meisjes allemaal ongehuwd. De Somaliërs – de grootste groep onder de tienermoeders uit Afrikaanse landen – hebben overwegend een islamitische cultuur. De maatschappelijke status van een vrouw is hoog als zij getrouwd is, hoger als zij de eerste vrouw is, en weer hoger naarmate zij meer kinderen en vooral zonen heeft (18). Somalië kent een groot aantal alleenstaande vrouwen (gescheiden, verlaten of weduwe). Door gewapende conflicten zijn veel meisjes slachtoffer geworden van verkrachtingen.

Ten slotte de Chinese tienermoeders. In het thuisland bestaat een geboortebepanking van één kind per gezin. Op overtreding volgen sancties (vooral economisch). De vrouw moet ten minste 20 jaar zijn en de man 22 om te mogen trouwen (19). Jong kinderen krijgen is derhalve bij Chinezen geen traditie, evenmin als ongehuwd moederschap.

Moederschap op jonge leeftijd

Moederschap op jonge leeftijd hoeft geen probleem te zijn. Het kan heel vaak goed gaan, wanneer het kind gewenst is en de moeder qua lichamelijke en persoonlijke ontwikkeling in staat is tot moederschap. Een goed functionerend sociaal netwerk, liefst met naaste familieleden, bevordert het klimaat waarin het kind opgroeit. Ook een voor de jonge moeder toegankelijke pre- en postnatale zorg is daarbij van groot belang. Maar jong moederschap kan ook tot problemen leiden.

Bij een zwangerschap op (zeer) jonge leeftijd bestaat een verhoogd risico op vroeggeboorte en intra-uterien overlijden (9). Het volgen of afronden van een opleiding en het vinden van werk is voor een (alleenstaande) jonge moeder lastiger. Dit kan leiden tot een geïsoleerd bestaan en een zwakke financiële en maatschappelijke positie. Als het kind door de omgeving van de tienermoeder niet wordt geaccepteerd, is de kans op sociaal isolement nog groter. Zeker wanneer het tienermeisje nog niet is opgewassen tegen het ouderschap, komt zij en daarmee vaak ook haar kind, in een kwetsbare positie.

De grootste knelpunten waar jonge moeders tegenaan lopen zijn in eerste instantie van praktische aard. Dat bleek ook uit onderzoek dat het bureau Eysink, Smeets en Etman in opdracht van het JIP in

Den Haag heeft uitgevoerd onder 35 tienermoeders (waaronder eenderde alleenstaande minderjarige asielzoekers) (7). Vooral het vinden van geschikte (zelfstandige) huisvesting werd in dit kader genoemd, evenals het vinden van een plaats binnen de kinderopvang en het regelen van werk. Vaak waren de jonge moeders onvoldoende op de hoogte van de regelgeving en de mogelijkheden. Ze vielen voor raad dikwijls terug op hun eigen – veelal beperkte – sociale netwerk. Ook de professionals meldten in dit onderzoek, dat de tienermoeders de weg moet worden gewezen en dat ondersteuning nodig is bij de opvoeding van het kind. Goede ondersteuning en informatievoorziening zijn van groot belang om ervoor te zorgen dat deze groep nu opgroeiende kinderen in de toekomst geen groep wordt met psycho-sociale problemen.

Conclusie

Gelet op het voorgaande lopen de jonge Chinese en Afrikaanse (vooral Somalische) tienermoeders de grootste risico's, zowel medisch als in psycho-sociaal opzicht. Ze zijn jong tot zeer jong, bijna allemaal ongehuwd en in veel gevallen nog maar kort in Nederland. Gezien de situatie in hun thuisland is het mogelijk dat zich onder deze tienermoeders gevluchte tienermeisjes bevinden. Politieke en/of sociaal-economische redenen kunnen daarvoor overwegingen van hun ouders zijn geweest.

Ook kan niet worden uitgesloten dat ze als alleenstaande minderjarige asielzoeker (AMA) naar Nederland zijn gekomen (19) ⁶⁾. Deze meisjes kampen ook nog met specifieke problemen als gevolg van hun onduidelijke verblijfsstatus. Door hun kwetsbare situatie worden zij vaak slachtoffer van seksueel geweld, in eigen land of op doorreis naar Nederland (20). Slechts een klein deel van de AMAs (18%) zou tot abortus besluiten na seksueel misbruik. Het vinden van de weg daarvoor in Nederland is lastig en soms hebben ze zich al zo aan het kind gehecht dat ze het willen houden, ongeacht de omstandigheden waaronder ze zwanger zijn geworden.

Van de AMAs die in Nederland zwanger zijn geraakt, bleken maar weinig meisjes (8%) een anticonceptiemiddel te hebben gebruikt (20). Bovendien wordt het voorbehoedmiddel vaak verkeerd of onregelmatig gebruikt, waardoor het meisje toch zwanger wordt. AMAs verkeren in een kwetsbare positie waarbij het

6) Welk deel van de in de GBA ingeschreven Haagse tienermoeders c.q. tienermeisjes asielzoeker is kon niet worden vastgesteld. In het algemeen worden asielzoekers na enige tijd (ten minste na een jaar) ingeschreven in de GBA, de snelheid is mede afhankelijk van het type opvangvoorziening (21). In Den Haag worden circa 100 AMAs ondergebracht in zogenoemde Kleine Woon Eenheden (KWE's) die onder voogdij staan. Of deze in Den Haag verblijvende AMAs ook in Den Haag staan ingeschreven (of in de gemeente waar ze eerder zijn opgevangen) kan evenmin met zekerheid worden vastgesteld.

opkomen voor hun eigen belang lastig is. Daar komt bij dat ze vaak de kans op een verblijfsvergunning groter achten wanneer ze minderjarig *en* zwanger zijn.

Tot slot

Het onderzoek van de afdeling Epidemiologie van de Haagse GGD heeft de toename in het aantal tienermoeders nader belicht. De uitkomsten roepen echter weer nieuwe vragen op. Bijvoorbeeld: was het kind gewenst? En zo niet, was er dan sprake van seksueel misbruik; had de moeder in die situatie een vluchtelingenstatus; ontbrak het alleen aan kennis over effectieve anticonceptiemogelijkheden of beschikte het meisje simpel niet over de middelen?

Indien het kind wel gewenst was, zijn er vragen over de feitelijke overwegingen voor jong moederschap. Alleen de tienermoeders zelf en de medewerkers van instanties die nauw in contact staan met de (allochtoene) tienermoeders in Den Haag kunnen deze vragen beantwoorden. Binnenkort wordt gestart met een inventarisatieronde onder sleutelfiguren van deze instellingen. Pas met de antwoorden kunnen gerichte preventieve interventies worden ondernomen door de daarvoor verantwoordelijke instellingen. Ongeacht de invulling van een vervolg in preventieve zin, zal het aantal tienermoeders de komende jaren nauwlettend worden gevolgd door de afdeling Epidemiologie van de GGD.

Literatuur:

1. Statistisch jaarboek 2000. Centraal Bureau voor de Statistiek Voorburg/Heerlen, januari 2000.
2. Garssen MJ en Sprangers AH. Sterke daling aantal tienermoeders. Centraal Bureau voor de Statistiek. Mndstat bevolking 1998; nr.5: 12-3.
3. Garssen MJ en Sprangers AH. Aantal tienermoeders weer toegenomen. Centraal Bureau voor de Statistiek. Mndstat bevolking 2001; nr.2: 4-5.
4. Gullota TP, Adams GR en Montemayor R. Adolescent Sexuality. Londen: Sage, 1993.
5. Zeanah CH. Handbook of Infant Mental Health. New York: Guilford Press, 1993.
6. Stuart MAM, Wal MF van der en Schilthuis W. Geboorten en abortussen bij Amsterdamse tienermeisjes naar etnische herkomst, 1996-1998; Ned Tijdschr Geneeskd 2002; 146 nr. 6: 263-7.
7. Kors F, Lier L van, Linmans A en Wijkhuijs V. Wensen van jonge moeders. Een onderzoek naar de wensen van jonge moeders in de regio Haaglanden met betrekking tot huisvesting, zorg en ondersteuning en informatievoorziening. Eysink Smeets & Etman: Den Haag, januari 2002.
8. Garssen MJ en Sprangers AH. Aantal tienermoeders toch weer iets gestegen. Centraal Bureau voor de Statistiek. Mndstat bevolking 2000; nr.1: 23-4.
9. Factsheet: tienermoeders in Nederland 2001. Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek (NISSO); 17 maart 2002 (www.nisso.nl/factstien.htm).
10. Heeten J den en Verweij AO. Identificatie en registratie van etnische herkomst. Een handleiding voor registratie en beleid. Vereniging van Nederlandse Gemeenten. 's-Gravenhage, 1993.
11. Saharso S. Vrouwen in de minderheid. In: Penninx R, Münstermann H en Entzinger H (red). Etnische minderheden en de multiculturele samenleving. Groningen: Wolters-Noordhoff b.v. 1998: 559-84.
12. Zwaard J van der. De lusten en lasten van een vriendenkring. Turkse en Antilliaanse vrouwen over hun sociaal netwerk in verband met rondkomen en vooruitkomen. Migrantenstudies 2000; nr. 1: 27-44.
13. Hooghiemstra E en Manting D. Turkse en Marokkaanse huwelijksmigranten. Centraal Bureau voor de Statistiek. Mndstat bevolking 1997; nr.10: 25-33.
14. Alders M. Relatie- en gezinsvorming van allochtonen. Centraal Bureau voor de Statistiek. Mndstat bevolking 2001; nr. 11: 16-21.
15. Niekerk M van. Armoede en cultuur: Caribische vrouwen en meisjes in Nederland. Migrantenstudies 1992; nr. 3: 18-33.
16. Meerdink J e.a. Ik kan het zelf wel. Een verkennend onderzoek naar de leefsituatie van alleenstaande jonge moeders in Nederland. Den Haag: Buro WESP; 1991.
17. Sansone L. Schitteren in de schaduw. Overlevingsstrategieën, subcultuur en etniciteit van Creoolse jongeren uit de lagere klassen in Amsterdam: 1981-1990. Amsterdam: Het Spinhuis; 1992.
18. Ambtsberichten: Somalië – situatie www.minbuza.nl/actueel/ambtberichten (12 jun 2001).
19. www.immigatiedienst.nl/historie_asiel_instroom_asiel (17 maart 2002).
20. Poot AJ. en Filedt Kok-Weimar TJ. Alleenstaande Minderjarige Asielzoekers en zwangerschap. Scriptie Opleiding Jeugdgezondheidszorg cursus 1997-1999 I. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid 2001.
21. Nicolaas H en Sprangers A. Klein deel van asielzoekers ingeschreven in GBA. Centraal Bureau voor de Statistiek. Mndstat bevolking 2001; nr.9: 4-7.

Project 'Samenwerking huisartsen – GGZ Den Haag'

Een eerste evaluatie

M.L. van Orden

Eind 1999 startte psycho-medisch centrum Parnassia in Den Haag het project 'Samenwerking huisartsen - GGZ Den Haag'. Het project is een antwoord op de vele veranderingen die zich de afgelopen jaren in de (geestelijke) gezondheidszorg hebben voorgedaan. Met name de vraag om (psychische)zorg is enorm toegenomen, en de relatie huisarts - patiënt is niet meer te vergelijken met die van een aantal jaren geleden. Patiënten zijn beter op de hoogte, stellen zich mondiger op of nemen – in geval van allochtone patiënten – juist een passieve houding aan. Het toenemend aantal allochtone patiënten levert veel communicatieproblemen op, ook als gevolg van andere ideeën over ziekte en behandeling.

Door dit alles wordt de belasting van huisartsen nog intensiever dan deze al was. Om de belasting op het gebied van psychische klachten te verminderen, is het project 'Samenwerking huisartsen - GGZ Den Haag' in het leven geroepen.

Onderstaand artikel beschrijft het project, dat inmiddels is geëvalueerd en wordt vervolgd.

De achtergrond

Recente maatschappelijke en sociale ontwikkelingen in Nederland dwingen de (geestelijke) gezondheidszorg het aanbod te reorganiseren en af te stemmen op de veranderde vraag. Verschillende elkaar soms versterkende mechanismen zijn hiervoor verantwoordelijk.

In het bijzonder de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is de laatste decennia fors gegroeid. Met bijna zeventienhonderdduizend aanmeldingen per jaar is de sector één van de grootste in de gezondheidszorg (1). Ter bevordering van samenhang in de zorg en verbetering van efficiëntie en kwaliteit gaan steeds meer psychiatrische ziekenhuizen en RIAGG's over tot fusie. Hierdoor vervaagt de oude indeling in klinische zorg, deeltijdzorg en ambulante zorg.

Maar alle inspanningen en schaalvergroting ten spijt, groeien de wachtlijsten, ook in de GGZ. Dit tekort in het zorgaanbod trekt een zware wissel op de huisartsen, die door het huisartsentekort toch al overbelast zijn. Er komt bij dat de relatie tussen arts en cliënt sterk is veranderd. De cliënt is over het algemeen mondiger geworden, weet meer over voorzieningen, behandelmethoden en zijn rechten als cliënt. De

patiënt is een consument geworden, die wil worden geïnformeerd en als gelijkwaardige partner wenst te worden benaderd. Klachten worden ook anders beleefd. Wat men vroeger vanzelfsprekend vond, valt nu binnen het gezichtsveld van de GGZ.

De groei van de allochtone bevolking heeft de relatie tussen arts en cliënt eveneens veranderd. Terwijl autochtone cliënten een steeds actievere houding aannemen, worden allochtonen vaak juist passiever zodra ze bij een hulpverlener komen (2). En waar autochtonen bij psychiatrische klachten geneigd zijn psychische of relationele verklaringen voor hun klachten te zoeken, wijten allochtonen hun klachten eerder aan factoren buiten henzelf (3). Wanneer de hulpverlener zich hiervan niet bewust is, is de kans op miscommunicatie en daardoor verminderde therapietrouw groot. Met de toename van allochtone inwoners stijgt ook het aantal consultaties voor de huisarts (4). Uit huisartsenregistratie is gebleken dat sommige migrantengroepen (Turken en Surinamers en in mindere mate Marokkanen) vaker naar de huisarts gaan dan autochtonen. Daarentegen hebben zij, in tegenstelling tot autochtonen, vaak maar een enkel contact met de

Over de auteur:

Mw. M.L. van Orden, psycholoog/onderzoeker, werkzaam bij het Parnassia Research Centre van Parnassia, psycho-medisch centrum in Den Haag.

ambulante GGZ of krijgen ze kortdurende behandelingen, met een voorkeur voor medicatie.

De kwaliteit van de huisartsenzorg (4) en de geestelijke gezondheidszorg (2) staat echter vooral onder druk door de moeizame communicatie tussen hulpverlener en allochtone cliënt. Gebrekkige verbale en non-verbale communicatie en verschillende opvattingen over oorzaken van klachten en over wat adequate behandelingen zijn kunnen de effectiviteit van behandelingen negatief beïnvloeden.

In algemene zin streeft de (geestelijke) gezondheidszorg meer en meer naar een integraal aanbod en het emanciperen van cliënten. De zorg wordt zoveel mogelijk doelgroep- en vraaggericht aangeboden. Oude concepten waarbij de cliënt door de huisarts naar de GGZ wordt verwezen en daar verder gescreend en behandeld, voldoen steeds minder. Er komen nieuwe constructies die de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg moeten garanderen, temidden van alle maatschappelijke ontwikkelingen. De aandacht gaat daarbij in Nederland steeds vaker uit naar methoden, waarbij de kennis van de huisarts efficiënter wordt benut en hij minder tijd hoeft te besteden aan routine-activiteiten. Ook de GGZ wordt op deze manier toegankelijk gemaakt voor huisarts en cliënt.

Het project 'Samenwerking huisartsen - GGZ Den Haag'

In het kader van deze ontwikkelingen is psychomedisch centrum Parnassia het project 'Samenwerking huisartsen - GGZ Den Haag' gestart. In dit project werken hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg (tweedelijnsgezondheidszorg) intensief samen met huisartsen (eerstelijnsgezondheidszorg) (5). De GGZ-consultatie, -diagnostiek en kortdurende behandeling vinden plaats in de huisartsenpraktijk. Met dit project wil men 'de zorg zo dicht mogelijk bij de cliënt aanbieden, in een zo efficiënt mogelijke vorm', waarbij de volgende uitgangspunten centraal staan:

- ondersteunen van de deelnemende huisartsen, zonder dat hun werkbelasting toeneemt;
- tijdsbesparing voor huisartsen in relatie tot verwijzingen;
- leervoordelen voor huisartsen in het herkennen en diagnostiseren van GGZ-problematiek;
- drempelverlaging voor cliënten;
- verkorten van de wachttijd voor de behandeling;
- verbeterde serviceverlening met als mogelijk gevolg succesvollere behandelingen;
- een afwisselende werksituatie voor hulpverleners.

Het project 'Samenwerking huisartsen - GGZ Den Haag' ging eind 1999 van start. GGZ-medewerkers, waaronder sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, psychologen, psychotherapeuten en psychiaters consulteren sindsdien cliënten in de praktijk van de huisarts. De GGZ-medewerker vervult in de huisartsenpraktijk de functie van ambassadeur: hij of zij verkort de communicatielijnen tussen huisarts en GGZ. Een tweede belangrijke taak van de GGZ-medewerker is het consulteren van cliënten. Na diagnose en indicatiestelling brengt de GGZ-medewerker advies uit aan de huisarts en de cliënt. Afhankelijk van de aard en ernst van de klachten verwijst hij de cliënt terug naar de huisarts, verwijst hem door naar een gespecialiseerde GGZ-afdeling of behandelt hij de cliënt zelf in de huisartsenpraktijk.

Als richtlijn voor de behandeling in de huisartsenpraktijk wordt vijf zittingen gehanteerd. Dit aantal is gekozen om het ontstaan van wachtlijsten en langdurige behandelcontacten in de huisartsenpraktijk te voorkomen. Bij cliënten die met vijf gesprekken niet voldoende geholpen kunnen worden volgt doorverwijzing naar een gespecialiseerde GGZ-zorginstelling. GGZ-medewerkers en huisartsen krijgen regelmatig intervisiebijeenkomsten met (vrijgevestigde) psychiaters aangeboden.

Ter verbetering van het zorgaanbod voor allochtonen, die de Nederlandse taal onvoldoende beheersen is het Intercultureel Mobiel Team (IMT) in het leven geroepen. Dit team bestaat uit therapeutische medewerkers die zijn (bij)geschoold in het ondersteunen van GGZ-behandelingen. De medewerkers spreken Turks, Marokkaans, Arabisch, Koerdisch, Berber, Somalisch, Farsi en/of Pasthu. Met hun specifieke kennis van taal en cultuur kunnen zij een brug slaan tussen hulpverlener en cliënt. De activiteiten van medewerkers uit het IMT bestaan uit voorlichting over medicatie en diagnostiek, huisbezoeken, gesprekken met de cliënt en diens gezin met betrekking tot klachteninventarisatie, groepsvoorlichting, adviserende/informatieve en steunende/structurende consulten en begeleiding.

Een eerste terugblik

Eén jaar na de start van het project, eind 2000, participeerden 101 huisartsen van de ruim tweehonderd huisartsen in Den Haag, en 29 GGZ-hulpverleners in het project (tabel 1). Een jaar later was dit gestegen tot 126 huisartsen en 35 GGZ-hulpverleners. Het aantal inschrijvingen op jaarbasis steeg van 2.100 in 2000 naar 3.026 in 2001, een stijging van 31%.

Tabel 1.

Enkele kengetallen van het project 'Samenwerking huisartsen - GGZ Den Haag', Den Haag 2000 en 2001.

| | Eind 2000 | Eind 2001 |
|--------------------------|-----------|-----------|
| Aantal huisartsen | 101 | 126 |
| Aantal GGZ-hulpverleners | 31 | 35 |
| Aantal uren | | |
| GGZ-hulpverleners | 462 | 613 |
| Aantal inschrijvingen* | 2100* | 3026* |

*) op jaarbasis

Het project mag op ruime belangstelling van huisartsen rekenen. Nadat het serieus van de grond was gekomen bestond er behoefte aan een eerste tussen-evaluatie. Daarbij stelden de onderzoekers zich ten doel, in relatie tot de uitgangspunten van het project, de mate van tevredenheid te inventariseren onder participerende cliënten, huisartsen en GGZ-medewerkers. Het kostenaspect werd buiten beschouwing gelaten.

Om na te gaan of het project naar tevredenheid verliep zijn 45 huisartsen, 123 cliënten en 29 GGZ-medewerkers benaderd. De huisartsen werden persoonlijk geïnterviewd, de anderen hebben een vragenlijst ingevuld. De deelname onder de huisartsen en GGZ-medewerkers was redelijk (beide ruim 70%); onder de cliënten was de deelname teleurstellend: slechts 24%.

De cliënten die hebben gereageerd waren in het algemeen tevreden over de mogelijkheid om in de praktijk van de eigen huisarts te worden behandeld of begeleid (87%). Ook over de duur van de behandeling waren ze tevreden (84%) en in iets mindere mate over de wachttijd voor de GGZ-behandeling (70%).

Bijna alle geïnterviewde huisartsen (97%) waren tevreden over het project, zoals dit loopt in hun praktijk. Volgens ruim de helft van de huisartsen had de samenwerking met de GGZ-medewerkers níet geleid tot een betere herkenning en diagnostiek van de GGZ-problematiek bij de cliënten. Dit beperkte leereffect is volgens deze huisartsen het gevolg van de ervaring die ze zelf reeds hebben opgebouwd. Ze kunnen naar eigen mening redelijk uit de voeten met de diagnostische taken die zij als huisarts moeten verrichten. Voor ruim de helft van de huisartsen leverde de samenwerking weinig of geen tijdsbesparing op. Een derde ervaarde dit echter wel en noemde daarvoor in veel gevallen als reden de soepeler verlopende en snel-

lere verwijzingen van cliënten. Het project betekent echter voor sommige huisartsen ook een extra tijdsinvestering door het (regulier) overleg met de GGZ-medewerker en een sterkere betrokkenheid bij de behandelingen van de cliënten.

Van de cliënten bleef 75% binnen het gestelde behandeltraject in de huisartsenpraktijk van vijf consulten.

Van de GGZ-medewerkers zei 86% tevreden te zijn over hun werk in de huisartsenpraktijk. Zij brachten vooral praktische knelpunten naar voren, doordat veel medewerkers van het project op verschillende lokaties werken. Zo moeten cliëntendossiers en andere benodigdheden van de ene werkplek naar de andere worden meegenomen en dreigt er door deze variatie in werklokatie een gebrek aan intercollegiaal contact. Sommige medewerkers gaven aan behoefte te hebben aan overleg met collega's en regelmatige nascholing.

De (naaste) toekomst

Het project 'Samenwerking huisartsen - GGZ Den Haag' wordt gecontinueerd. De belangstelling van de huisartsen is aanzienlijk en het project verloopt voor een groot deel van de direct betrokken hulpverleners naar tevredenheid. Het intensieve samenwerkingsverband tussen huisartsen en GGZ-medewerkers lijkt beter in staat in te spelen op de knelpunten in de (geestelijke) gezondheidszorg. De toegankelijkheid van de zorg voor psychiatrische problematiek en een verbeterde communicatie staan voorop. De geestelijke gezondheidszorg wordt hierdoor laagdrempeliger, dichterbij de cliënt. En indien nodig verloopt verwijzing naar een intensiever behandelprogramma binnen de GGZ soepeler en sneller.

Een intensievere samenwerking tussen de geestelijke gezondheidszorg en de eerstelijns gezondheidszorg – in diverse concepten – is in opmars, zowel in Nederland als in het buitenland (6). Het is nog niet duidelijk welke vorm en invulling het beste aansluiten op de hulpvraag van de cliënt. Ook het Haagse project geeft daarop nog geen antwoord. Welke cliënten bijvoorbeeld consulteren de GGZ-medewerker en wie volgen daarop het kortdurende programma, en bij welke psychiatrische problematiek vindt verwijzing plaats? Zijn het vooral de jonge cliënten of juist de oude, dan wel de autochtonen of juist de allochtonen... En de onvermijdelijke vraag: hoe effectief en efficiënt blijkt op de lange duur de interventie volgens de formule van het project. En last but not least, wat zijn op termijn de kosten en de baten?

Vragen die nu nog niet kunnen worden beantwoord. Het project bevindt zich nog in een ontwikkelstadium.

Veel huisartsen zijn pas na verloop van tijd ingestroomd en werken nog maar kort samen met de GGZ-medewerker.

Mede naar aanleiding van de evaluatie heeft de projectleiding in de werkwijze enkele veranderingen aangebracht en een aantal nieuwe activiteiten toegevoegd. We noemen ze tot slot.

- Voor de huisartsen en de GGZ-medewerkers worden nu themabijeenkomsten georganiseerd met lezingen door (ervarings)deskundigen en workshops ter wederzijdse uitwisseling van ervaringen en adviezen.
- Voor de collegiale uitwisseling en toetsing ten aanzien van de GGZ-hulpverlening in de huisartsenpraktijk worden voor de GGZ-medewerkers speciale bijeenkomsten en beleidsdagen georganiseerd.
- Overwogen wordt het administratieve werk van de GGZ-medewerkers door gebruik van laptops zoveel mogelijk te automatiseren. Dit zal veel ongemak wegnemen in bijzonder bij GGZ-medewerkers die op verschillende praktijklocaties werken.

Literatuur:

1. Hutschemaekers G. Onder professionals: Hulpverleners en cliënten in de geestelijke gezondheidszorg. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 59:806-831, 2001.
2. Scharwächter WH, van Laarhoven JF. Communiceren met allochtone patiënten: Een werkbare oplossingsstrategie. Medisch Contact 55:784-787, 2000.
3. Polikar L, Wennink HJ, Hosper, K, Smits C. De allochtone cliënten van de geestelijke gezondheidszorg. TSG 78 nr. 5: 263-265.
4. Bruijnzeels M. De multiculturele huisartsenpraktijk. Migrantenstudies 2:72-83, 2001.
5. van Orden ML, Haffmans, PMJ, Hoencamp, E. Rapportage Evaluatieonderzoek project 'Samenwerking huisartsen – GGZ Den Haag', Parnassia, Den Haag, 2001.
6. Kates N, Craven M, Crustolo AM, Nikolaou L, Allen C. Integrating Mental Health Care Services Within Primary Care: A Canadian Program. General Hospital Psychiatry 19:324-332, 1997.

korte berichten

Nieuw verschenen

Rapport 'Gezondheidszorg voor illegalen en asielzoekers: resultaten van een literatuurstudie en een invitational conference'

Het ministerie van VWS heeft aan TNO Preventie en Gezondheid gevraagd te inventariseren welk onderzoek naar gezondheidszorg voor illegalen en asielzoekers is uitgevoerd (of momenteel nog loopt) en wat hieruit de conclusies zijn. Tevens wilde het Ministerie weten wat er bekend is over de kwaliteit van de gezondheidszorg voor illegalen en asielzoekers en over (trends in) het gebruik. Ten slotte was het Ministerie geïnteresseerd in aanbevelingen voor aanvullend onderzoek.

TNO Preventie en Gezondheid voerde de opdracht uit door literatuurstudie te verrichten en vervolgens een invitational conference te beleggen met onderzoekers en mensen die door hun werkzaamheden geacht konden worden een zinvolle bijdrage te leveren aan de beantwoording van de gestelde vragen. Het onderzoek van het Nivel, waarop een van de artikelen in dit nummer van het Epidemiologisch Bulletin is gebaseerd (zie pagina 2), vormde voor het gedeelte over de gezondheidszorg voor illegalen een van de meest waardevolle onderdelen van de literatuurstudie.

De globale conclusie van het rapport van TNO Preventie en Gezondheid luidt dat veel conclusies uit bestaand onderzoek met de nodige terughoudendheid moeten worden geïnterpreteerd. Om deze reden en ook omdat veel zaken nog niet zijn onderzocht, pleit men met klem voor een verdere moni-

toring van de zorg en de gezondheidsproblemen van illegalen en asielzoekers. Verder stelt men gericht onderzoek voor naar diverse thema's, zoals de zorgbehoefte van illegalen die geen beroep doen op de zorgverlening, de schijnbaar moeilijker toegankelijke zorg (geestelijke gezondheidszorg, zorg voor chronisch zieken en ziekenhuiszorg voor illegalen); en wat betreft de asielzoekers o.a. onderzoek naar de relatie tussen de Medische Opvang Asielzoekers, huisarts, maatschappelijk werk en geestelijke gezondheidszorg. Het volledige rapport kan worden besteld door €25,- over te maken op postbankrekeningnummer 99.889 t.n.v. TNO PG te Leiden o.v.v. bestelnummer PG/VGZ/2002.040.

Actuele informatie

Opleiding Master of Public Health (MPH 2002-2005)

Voor professionals werkzaam in de openbare gezondheidszorg: een driejarige mastersopleiding met modulaire opbouw en persoonlijke begeleiding. Het kernprogramma bestaat uit o.a. de clusters: beleid en sturing, leiderschap en management; onderzoek; planning en implementatie; actuele thema's. De MPH opleiding is erkend als postinitiële Master's en wordt aanbevolen door het ministerie van VWS en GGD Nederland. Data: *vanaf september 2002*; kosten: €14.300; Lokatie: NSPH, Adm. Helfrichlaan 1, Postbus 8080, 3503 RB Utrecht; informatie: secretariaat, mvleer@nsph.nl, www.nsph.nl.

Visie op public health

Verkenning van het public health

veld: geschiedenis, context, visies en actoren van de PH, nationaal en internationaal. Data: *5,12, 19 en 26 september*; lokatie: NSPH, Adm. Helfrichlaan 1, Postbus 8080, 3503 RB Utrecht; informatie: secretariaat, mvleer@nsph.nl, www.nsph.nl.

Reizigersadvies voor verpleegkundigen

In deze module leert u een advies op maat aan reizigers te geven en te beoordelen in welke gevallen de consultatie van een arts is vereist. Doelgroep: sociaal verpleegkundigen van GGD'en, arbodiensten en verpleegkundigen uit de huisartsenpraktijk, die minstens een jaar ervaring hebben in het adviseren en vaccineren van reizigers. Data: *9, 16, 30 september; 7, 28 oktober en 18 november* (examen); lokatie: NSPH, Adm. Helfrichlaan 1, Postbus 8080, 3503 RB Utrecht; informatie: Nathalie van Verseveld, telefoon 0302913211, nvanverseveld@nsph.nl, www.nsph.nl.

Aangifte infectieziekten

Eerste kwartaal

Net als vorig jaar zijn tijdens het eerste kwartaal 2002 147 aangifteplichtige infectieziekten gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Er waren geen opvallende meldingen.

Buiktyfus

Er zijn 2 gevallen gemeld uit één familie, waarvan de besmetting mogelijk in het buitenland heeft plaatsgevonden.

Hepatitis A

Zes gevallen gemeld, waarvan 2 waarschijnlijk opgelopen tijdens homoseksuele contacten. Op

1 kind van 4 jaar na, waren alle mensen ouder dan 20 jaar. Slechts bij 1 volwassen (homoseksuele)man heeft besmetting mogelijk plaatsgevonden in het buitenland.

Hepatitis B

Het aantal meldingen van hepatitis B is met ongeveer 25% toegenomen vergeleken met dezelfde periode vorig jaar, van 38 in 2001 naar 47 in 2002. Net als vorig jaar bleek bij de helft van de vrouwen en een eenderde van de mannen de besmetting waarschijnlijk in het buitenland te hebben plaatsgevonden. Eén geval betrof een acute vorm van de aandoening. Meestal worden gevallen gevonden naar aanleiding van screening voor andere redenen zoals zwangerschap of vage gezondheidsklachten. Ook bij het screenen van gezinsleden van gemelde gevallen worden dragers van het hepatitis B virus gevonden.

Hepatitis C

Net als in de 2 vorige kwartalen is het aantal gemelde hepatitis C gevallen laag (8). Twee mensen zijn besmet geraakt door intraveneus druggebruik, en 3 waarschijnlijk in het buitenland.

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest was dit kwartaal 64, bijna het dubbele van de zelfde periode vorig jaar (35). Die sterke toename was in de rest van Nederland al in december 2001 te merken, en is dus wat verlaat opgetreden in Den Haag. Net als vorig jaar zijn vooral kinderen tussen 5 en 14 jaar gemeld. Tot vorig jaar kregen kinderen op de leeftijd van 1 jaar hun laatste kinkhoestvaccinatie. De beschermende werking van het vaccin nam echter met de jaren af waardoor kinderen na de

leeftijd van 4 jaar opnieuw vatbaar werden voor kinkhoest. Daarom heeft de overheid in het Rijksvaccinatieprogramma een herhalingsprik tegen kinkhoest ingevoerd op de leeftijd van 4 jaar. Het effect van deze extra vaccinatie op het aantal gevallen van kinkhoest wordt pas na enkele jaren verwacht.

Meningokokken

Hersenvliesontsteking in het algemeen en verwekt door meningokokken in het bijzonder staat de laatste maanden in het brandpunt van de publieke belangstelling. Vooral het voorkomen van lokaal beperkte kleine epidemieën, veroorzaakt door meningokokken van het type C, hebben sinds vorige zomer af en toe voor grote onrust gezorgd. Ook in Den Haag is verschillende malen paniek uitgebroken, bijna steeds na de verspreiding van valse geruchten over vermeende gevallen van hersenvliesontsteking. Toch was de situatie in deze stad geruststellend. In het eerste kwartaal van 2002 zijn slechts 5 gevallen gemeld, waarvan 1 een type C was. Bovendien betrof het in de 4 overige gevallen volwassenen waarvan er 2 boven de 65 jaar waren. Niemand in Den Haag overleed ten gevolge van deze aandoening.

De versnelde toename van hersenvliesontsteking door meningokokken van het type C in Nederland en het beschikbaar komen van een langwerkend vaccin heeft de overheid ertoe bewogen deze vaccinatie op te nemen in het Rijksvaccinatieprogramma. Vanaf september 2002 zullen alle kinderen op de leeftijd van 14 maanden hiertegen worden gevaccineerd door de consultatiebureaus. Omdat de meeste gevallen voorkomen beneden de leeftijd van 19 jaar zal er ook éénmalig een vaccinatiecampagne gehouden worden. In juli worden eerst de

leeftijdsgroepen van 1 t/m 5 en 15 t/m 19 gevaccineerd, na de zomervakantie volgen de kinderen van 6 t/m 14 jaar. Ten overvloede moet er op worden gewezen dat deze vaccinatie geen bescherming biedt tegen andere verwekkers van hersenvliesontsteking, zoals de meningokok van het type B. Tegen dat type B, nog steeds de meest voorkomende verwekker van hersenvliesontsteking door meningokokken, bestaat nog geen vaccin.

Malaria

Het aantal gemelde malariagevallen (10) is vergelijkbaar met dezelfde periode vorig jaar (13). Vermeldenswaardig is dat één hiervan is overleden tengevolge van malaria. Het betrof een persoon die jarenlang in de tropen gereisd had en dacht daardoor voldoende natuurlijke weerstand tegen malaria te hebben opgebouwd om niet preventief malariatabletten te moeten innemen. Natuurlijke weerstand tegen malaria wordt maar zeer beperkt opgebouwd, zeker bij mensen die niet permanent in een malariagebied wonen. Malaria vormt steeds een reëel risico voor reizigers, en kan fataal aflopen. Er kan niet genoeg op worden gewezen dat bij het reizen naar tropische gebieden het opvolgen van een deskundig reisadvies van levensbelang is.

Aan deze rubriek werkten mee:

E.J.M. de Coster

Mw. P. van Leeuwen

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

Mw. T. Hiemstra (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 |
|---------------|--|--------------|-----------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2002 | 2002 | 2002 | 2002 | 2002 | 2002 | 2002 | 2002 |
| B-ziekten | bacillaire dysenterie | | | 1 | 1 | 1 | | |
| | buiktyfus | 2 | | | 2 | 2 | | |
| | cholera | | | | | | | |
| | hepatitis A | 7 | 1 | | 8 | 8 | | |
| | hepatitis B*) | 47 | 19 | 1 | 67 | 67 | | |
| | hepatitis C | 8 | 7 | | 15 | 15 | | |
| | kinkhoest | 64 | 42 | 7 | 113 | 113 | | |
| | legionella pneumonie | | | 1 | 1 | 1 | | |
| | mazelen | | | | | | | |
| | meningokokkose | 5 | 4 | 1 | 10 | 10 | | |
| | paratyfus A | | | | | | | |
| | paratyfus B | | | | | | | |
| | tuberculose | 7 | | | 7 | 7 | | |
| | voedselvergiftiging of voedselinfectie | 2 | | | 2 | 2 | | |
| C-ziekten | brucellose | | | | | | | |
| | E.coli 0157 | | | | | | | |
| | leptospirose | | | | | | | |
| | malaria | 10 | 2 | | 12 | 12 | | |
| | ornithose/psittacose | 2 | | | 2 | 2 | | |
| | Q-koorts | | | | | | | |
| | rode hond | | | | | | | |
| totaal | 154 | 75 | 11 | 240 | 240 | | | |

*) inclusief dragers