



Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

jaargang 38, 2003, nummer 2

Inhoud

Redactioneel

Epidemiologie

Uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik in Den Haag (I)

Vitamine D bij 0-4-jarigen

Zijn er aanwijzingen voor een mogelijk tekort?

Volksgezondheid

Vaccinatiecampagne Meningokokken C in Den Haag: publieksinformatie en klanttevredenheid

De moeilijk instelbare diabetespatiënt; een terugblik op het project 'Diabeteszorg en therapietrouw'

Korte berichten

Colofon

juni 2003, 38ste jaargang nr. 2

Redactie

mw. I. Burger, GGD Den Haag (kernredacteur);
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
(kernredacteur);
drs. E. Pieters, Parnassia, psycho-medisch centrum
Den Haag;
B. Potemans, huisarts in Den Haag;
mw. W. van Rijssel (redactiesecretaris/ eindredacteur);
prof. dr. W.J. Schudel, GGD Den Haag;
M.H. Waterman (hoofdredacteur), GGD Den Haag.

Redactieadres

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

Druk/Lay out

Facilitaire Dienst
Multimedia-den Haag

Uitgave

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn,
GGD Den Haag, Directeur Volksgezondheid

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

De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en
vormgeving van het bulletin. Overname van artikelen is
in vele gevallen mogelijk in overleg met de redactie. De
richtlijnen voor auteurs kunnen op het
redactiesecretariaat worden opgevraagd. Bij wijziging van
tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het
redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen. Voor het
bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier.
Het bulletin verschijnt vier maal per jaar.

ISSN 0921-6219

Inhoud

| | |
|---|----|
| Redactioneel | 1 |
| Epidemiologie | |
| • Uitgaande jongeren en genotmiddelen- gebruik in Den Haag (I) <i>P. van Gelder, P. Reimerie, I. Burger</i> | 2 |
| • Vitamine D bij 0-4-jarigen Zijn er aanwijzingen voor een mogelijk tekort? <i>R. Hornstra, I.M. van der Meer, J.K. Bleeker</i> | 14 |
| Volksgezondheid | |
| • Vaccinatiecampagne Meningokokken C in Den Haag: publieksinformatie en klant- tevredenheid <i>M.P.H. Berns, R.J.M. van Ewijk, W. K. Kok</i> | 20 |
| • De moeilijk instelbare diabetespatiënt; een terugblik op het project 'Diabeteszorg en therapietrouw' <i>B.L.W.M. van der Poel</i> | 29 |
| Korte berichten | 37 |

Redactioneel

Wie kennis zaait...

Het tweede nummer van het bulletin dit jaar biedt een scala aan Haagse Volksgezondheidsthema's en evenzoveel stof voor discussie.

Het uitgaansonderzoek onder Haagse jongeren levert interessante gegevens op over optredende veranderingen in het genotmiddelengebruik in het Haagse uitgaansleven. Wat bijvoorbeeld te denken van het geschetste 'functioneel' gebruik van drugs in poolcafés? En wat van het innemen van energiedrinks in relatie tot het actuele vraagstuk tanderosie?

In het artikel over Diabeteszorg wordt gesteld dat 97% van de onderzoekspopulatie bij aanvang van het project nauwelijks voldoende basiskennis had over diabetes. Gezien het belang van deze kennis voor een adequate zelfregulatie is binnen dit project veel aandacht besteed aan kennisoverdracht.

Uit het artikel over de verwachte vitamine D-status bij 0-4-jarigen blijkt onder andere dat er aanwijzingen zijn dat de vitamine D-inname wordt beïnvloed door de kennis van ouders over vitamine D. Gelijkzeitig wordt gesignaleerd dat bijna de helft van de onderzoekspopulatie van 0-3 jarigen een lagere vitamine D-inname heeft dan het suppletieadvies van de thuiszorg. Discussie op landelijk niveau over de voedingsnorm inzake vitamine D van de Gezondheidsraad lijkt gewenst.

Het artikel over de vaccinatiecampagne meningokokken C gaat over de publieksinformatie waarmee de campagne gepaard ging. Net als bij de voorgaande artikelen moeten we ook hier vaststellen dat er niet genoeg belang kan worden gehecht aan adequate informatie-overdracht. Met name de geconstateerde beperkte kennis over de (ontbrekende) bescherming tegen andere typen meningokokken is een belangrijk thema om op landelijk niveau op te pakken.

Kennis- en informatie-overdracht is en blijft een belangrijk volksgezondheidsissue. Wanneer we daarmee ook nog eens gedrag en risicopercepties proberen te veranderen, hebben we het over een meer dan complex issue. Maatschappelijke en internationale ontwikkelingen vragen echter wel in toenemende mate om snelle en (!) adequate interventies. Voor Den Haag ligt er de opgave om ervaringen die hier met dergelijke interventies worden opgedaan, systematisch uit te wisselen. Meer kennis in professioneel opzicht geeft grotere kans op oogsten.

Uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik in Den Haag (I)

P. van Gelder, P. Reinerie, I. Burger

Uitgaan en genotmiddelen maken deel uit van wat 'de pleziersector' wordt genoemd. Maar uitgaan is niet alleen maar kicken. Het drinken, slikken en snuiven van jongeren roept geregeld discussie en vragen op. De gemeente Den Haag geeft aan het inperken van het drank- en druggebruik van jongeren prioriteit in haar (preventie)beleid. Kennis over het feitelijke gebruik van alcohol en drugs en veranderingen daarin onder diverse groepen jongeren is daarbij onontbeerlijk. Om op de hoogte te blijven van patronen van (overmatig) alcoholgebruik en van experimenteel dan wel regulier druggebruik tijdens het uitgaan laat de gemeente gedurende een aantal jaren een Haags uitgaansonderzoek uitvoeren. Dit gebeurt onder auspiciën van de onderzoekscommissie MORE¹ en is in 2002 voor het eerst uitgevoerd, bij wijze van pilot.

Onderstaand artikel gaat kort in op het kader van het onderzoek, doel- en vraagstellingen, opzet en uitvoering. Aansluitend worden de eerste bevindingen gepresenteerd over het genotmiddelengebruik in het Haagse uitgaansleven. In een volgend artikel zal uitgebreider worden ingegaan op het middelengebruik en het culturele aspect van uitgaan, zoals het samengaan van bepaalde muzieksoorten en genotmiddelengebruik.

Onderzoeksthema's

Het uitgaansonderzoek is gericht op uitgaanders in de leeftijd van 16 tot 35 jaar, die met enige regelmaat in Den Haag uitgaan. Het accent ligt daarbij op het bezoeken van commerciële uitgaansgelegenheden, zoals (grand)café's, bars, bar-dancings, clubs, discotheken en coffeeshops, in het stadscentrum van Den Haag en Scheveningen (de wijde omgeving van het Kurhaus). Daarnaast zijn grootschalige uitgaansgele-



gheden (zoals discotheken) buiten deze gebieden meegenomen, en speciale concerten (Parkpop) of feesten (danceparty's) elders in Den Haag.

De volgende vraagstellingen staan centraal in het onderzoek:

- a. Wat is de *aard en de omvang* van het alcohol- en druggebruik van (uiteenlopende groepen) uit-

¹ De onderzoekscommissie MOnitoring en REgistratie geeft de Regiegroep Verslavingsproblematiek in Den Haag op basis van onderzoek beleidsrelevante informatie en adviezen. In de Regiegroep Verslavingsproblematiek waarin de politie, justitie, de verslavingszorg en de gemeente zijn vertegenwoordigd, wordt vorm gegeven aan het Haagse verslavingsbeleid in bijzonder ten aanzien van de domeinen preventie, zorg, openbare orde en maatschappelijk herstel. In de onderzoekscommissie zijn dezelfde belanghebbende partijen vertegenwoordigd.

Over de auteurs:

Dr. Paul van Gelder, wetenschappelijk onderzoeker bij het Parnassia Addiction Research Centre (PARC), circuit Verslavingszorg, Parnassia, psycho-medisch centrum, Den Haag;
Pascale Reinerie, preventiefunctaris op de afdeling GGZ-preventie, Parnassia, psycho-medisch centrum, Den Haag; Irene Burger, projectcoördinator, wetenschappelijk medewerker op de afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag en ten tijde van het onderzoek tevens bij het Parnassia Addiction Research Centre (PARC), circuit Verslavingszorg, Parnassia, psycho-medisch centrum, Den Haag.

- gaande jongeren in Den Haag?
- b. Wat voor *sociale risico's en kansen* zijn verbonden met dit middelengebruik?
 - c. Welke *uitgaansoriëntaties* spreiden deze jongeren in Den Haag ten toon?
 - d. Welke *ontwikkelingen* doen zich op korte en langere termijn voor in het genotmiddelengebruik en in de uitgaansoriëntaties van deze jongeren?

Door te vragen naar de *aard en de omvang* van het alcohol- en druggebruik kijken we naar de soorten genotmiddelen die uitgaande jongeren in Den Haag gebruiken, op welke wijze zij deze middelen tot zich nemen, in welke mate en met welke regelmaat.

Het begrippenpaar *sociale risico's en kansen* verwijst zowel naar de riskante als de prettige kanten van het gebruik van genotmiddelen. De sociale risico's raken aan de mogelijke schade voor de eigen gezondheid, het risico van verslaving, gevaar van geweld en mogelijke overlast voor de omgeving. De sociale kansen bestaan onder andere uit de roes van een bepaald genotmiddel, de muziek, de gezelligheid, de lol van het 'uit je dak gaan', het lekker kunnen dansen of het versieren van een vriendin of vriend.

Het begrip *uitgaansoriëntatie* is meegenomen omdat uitgaan veel meer omvat dan zuipen en pillen slikken. Drank en drugs worden altijd in een sociale omgeving of setting geconsumeerd. Inzicht in de uiteenlopende manieren waarop jongeren hun uitgaansleven vormgeven is daarbij belangrijk. In welke verschillende uitgaansscenes bewegen zij zich zoal? En hoe is het gebruik van genotmiddelen opgenomen in het uitgaansnetwerk van jongeren?

De vierde vraag gaat over de *ontwikkelingen* die zich op de korte of de langere termijn voordoen in de uitgaansoriëntaties van jongeren en in hun genotmiddelengebruik. De systematiek van het onderzoek is erop gericht, dat onderzoeksgegevens die op verschillende tijdstippen zijn verzameld, onderling vergelijkbaar zijn. Door zo te werken verschaft de 'monitor' een beeld van ontwikkelingen, modes en eventueel hypes in het genotmiddelengebruik, in relatie tot het uitgaan in Den Haag. Dit 'volgen' is van belang omdat het drank- en druggebruik tijdens het uitgaan onder bepaalde groepen jongeren sterk aan wisselende modes onderhevig is. Optredende incidenten kunnen zo beter worden beoordeeld en panieksignalen ontkracht.

Onderzoekopzet

Veldonderzoek

Allereerst is een inventarisatie gemaakt van de uitgaanslokaties in Den Haag. Dit inventariseren 'op lokatie' wordt ook wel 'mapping' genoemd. Uit praktische overwegingen is dit beperkt gebleven tot het stadscentrum van Den Haag en Scheveningen. Voor elke bezochte uitgaansgelegenheid is onder andere nagegaan: om wat voor soort uitgaansgelegenheid het gaat; wat de openingstijden zijn; welk soort en hoeveel bezoekers op dat moment binnen zijn; wat voor soort muziek er te horen is en of er een dancevloer is. Lopende het onderzoek is deze 'mapping' overgegaan in veldonderzoek, in het bijzonder participerende observatie. Daarbij wordt selectief rondgehangen in uitgaansgelegenheden, op party's en festivals. Eén van de doelen van het participerend observeren is net als bij een 'mapping' het achterhalen van de samenstelling van de op dat moment aanwezige bezoekers. Een ander belangrijk doel is het uitgaan van jongeren 'levensecht' te ervaren en het genotmiddelengebruik direct waar te nemen. Ook zijn met bezoekers in uitgaansgelegenheden informele gesprekken gevoerd en zijn aanwezigen geïnterviewd.

Interviews met panelleden

Hoofdbestanddeel van het onderzoek zijn interviews met panelleden (geselecteerde sleutelinformanten). Amsterdam kent al veel langer een uitgaansmonitor (1). Daar is veel ervaring opgedaan met paneelgesprekken. In de Amsterdamse 'Antenne' wordt halfjaarlijks een aantal vaste panelleden geïnterviewd die goed zijn ingevoerd in het uitgaansleven. Deze onderzoeksmethode hebben wij overgenomen en aangepast voor de Haagse situatie. Zo hebben we voor het Haagse panel de in Amsterdam gebruikte interviewlijst uitgebreid met enkele vragen over uitgaansscenes en de waardering voor Den Haag als uitgaansstad.

Net als bij het Amsterdamse panel wilden we voorkomen dat er vertekeningen (bias) zouden optreden doordat panelleden onderling ervaringen delen of informatie uitwisselen. Daarom weten de Haagse panelleden niet van elkaar dat zij in het panel zitten. Ook kan er bias optreden doordat het panel te eenzijdig is samengesteld. Voor een zo volledig mogelijk beeld hebben we met hulp van mensen die het uitgaansleven goed van binnenuit kennen, zorgvuldig gelet op het zicht van potentiële panelleden op het Haagse uitgaansleven.

De gekozen zeventien panelleden bekleeden verschillende posities aan de legale aanbodzijde van de Haagse uitgaanswereld. De posities lopen uiteen van

partyorganisators, dj's, barkeepers, koks en bedrijfsleiders die in de meeste gevallen zelf ook regelmatig uitgaan in Den Haag. Drie van de zeventien panelleden zijn echte stappers en hebben geen functie in het uitgaansleven. Tezamen hebben de zeventien panelleden kijk op 25 verschillende uitgaansnetwerken of uitgaanslokaties. Een 'uitgaansnetwerk' bestaat uit een vast netwerk van vrienden en vriendinnen, met wie het panellid regelmatig in Den Haag uitgaat. En een 'uitgaanslokatie' is een uitgaansgelegenheid zoals een discotheek, of anders een speciaal georganiseerde party of een groot festival. Ook is erop gelet dat de panelleden zicht hebben op onderscheiden uitgaansscenes (zie verder). Ondanks onze zorgvuldigheid bij de samenstelling van het panel kan een vertekening in informatie gegeven door de panelleden, nooit helemaal worden uitgesloten.

In 2002 zijn twee interviewrondes gehouden: de eerste in januari en de tweede in juni. De meeste interviews werden afgenomen in een café of restaurant of anders bij iemand thuis, door steeds dezelfde (vrouwelijke) onderzoeker. Tijdens het gesprek noteerde de onderzoeker de antwoorden op de vragenlijst. Daarnaast werd ieder interview opgenomen op minidisc. Kort na afloop van het gesprek zette de onderzoeker zelf de meeste uitspraken elektronisch op papier, in de volgorde van de vragenlijst. Een andere onderzoeker verwerkte deze informatie themagewijs voor het gehele panel.

De tijdsduur van de interviews in de eerste ronde liep uiteen van 2 tot 4,5 uur. Bij de tweede ronde kon de lengte worden teruggebracht tot gemiddeld 2 uur per interview. Bij de interviewronde in juni zijn twee veranderingen in het Haagse panel opgetreden. Eén vrouwelijk panellid is voor langere tijd naar het buitenland vertrokken; zij kon worden vervangen door een eveneens vrouwelijk lid uit hetzelfde uitgaansnetwerk. Een mannelijk panellid bleek onvindbaar. Voor hem kon niet zo snel meer een geschikte vervanger worden gevonden. Dus hebben aan de tweede ronde niet zeventien maar zestien panelleden deelgenomen.

Schriftelijke enquête onder uitgaanders

Tussen 1 mei en 15 juli 2002 hebben we een brede enquête uitgevoerd onder uitgaande jongeren in Den Haag. Het hiervoor gebruikte enquêteformulier bestond uit zeventien vragen waarvan de antwoorden eenvoudig konden worden aangekruist. Onder andere werd gevraagd naar het alcohol-, cannabis-, cocaïne- en XTC-gebruik. Uit de eerste panelronde wisten we dat dit belangrijke genotmiddelen waren (zie verder).

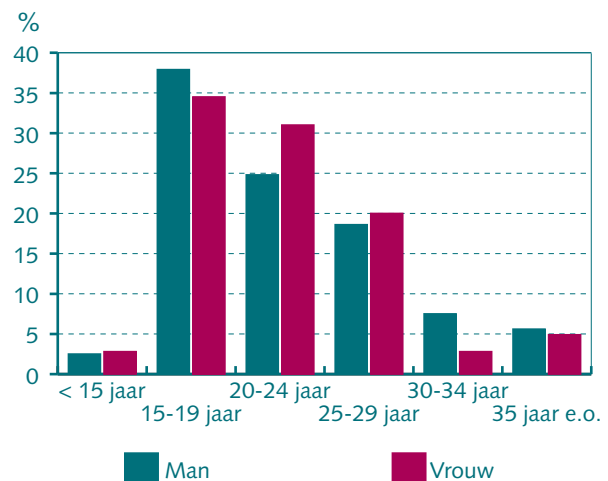
Uitgaande jongeren vormen geen scherp afgebakende onderzoekspopulatie. Daar komt bij dat er in de Haagse uitgaanswereld omvangrijke en wisselende aantallen jongeren van buiten Den Haag komen. Om ons blikveld voldoende breed te maken zijn we overgegaan tot een gesegmenteerde steekproeftrekking. De vragenfolders zijn verspreid onder vijf verschillende segmenten van uitgaande jongeren in Den Haag. Zo'n vooraf gemaakte indeling gaat wel onvermijdelijk gepaard met een zekere vertekening (bias). Van de 2.100 verspreide vragenlijsten zijn er 319 ingevuld teruggekomen, dat is een respons van 15%. De deelnemers zijn als volgt verdeeld over de onderscheiden segmenten:

- Bezoekers van dance- of houseparty's (120 deelnemers, respons 24%)
- Jonge uitgaanders in Den Haag-Centrum (40 deelnemers, respons 8%)
- Jonge uitgaanders in Scheveningen (15 deelnemers, respons 8%)
- Bezoekers van Parkpop 30-06-2002 (121 deelnemers, respons 24%)
- Jongeren/studenten in organisaties (23 deelnemers, respons 6%)

Het gericht benaderen van voorbijkomende jongeren op de dance- of houseparty's en Parkpop heeft veruit de hoogste respons van rond een kwart opgeleverd. Van de totale deelnemersgroep is 53% man en 47% vrouw. Naar leeftijd zijn de deelnemers als volgt verdeeld: 38% is jonger dan 20 jaar; 45% is 20-29 jaar, en 10% is 30 jaar of ouder; 7% heeft geen leeftijd inge-

Figuur 1.

Leeftijd en geslachtsverdeling van de deelnemers aan de brede enquête (n=319). Den Haag 2002.



vuld (zie figuur 1). Verder is 77% van de deelnemers autochtoon Nederlands; 22%, dus bijna een kwart, is niet-Nederlands. De herkomst van de deelnemers is bijzonder divers. Het aandeel allochtone deelnemers is wel gering vergeleken met de opbouw van de Haagse jongerenbevolking. We beschikken evenwel niet over betrouwbare cijfers in hoeverre migrantenjongeren participeren in dat deel van de uitgaanswereld dat we hebben onderzocht. Voor volgende jaren is dit een extra aandachtspunt.

Ten slotte is in dit onderzoek gekeken wat aan informatie voorhanden is op het internet over uitgaande jongeren in de regio Den Haag.

De kracht van de methodenmix is gelegen in het samenbrengen van verschillende werkwijzen. De andersoortige uitkomsten van de diverse methoden stellen ons in staat om deze onderling te vergelijken en nader op elkaar af te stemmen. Deze gecombineerde aanpak verhoogt de waarde van het verzamelde onderzoeksmateriaal. Dit verkennende jaar 2002 hebben we vooral benut om elk van de besproken werkwijzen proefondervindelijk te ontwikkelen voor de Haagse situatie.

De aandacht in dit artikel is vooral gericht op het gemiddelde gebruik van de uitgaanders, al dan niet gecombineerd met uitgaansoriëntaties. We gebruiken hiervoor vooral de informatie die verkregen is via de interviews met de sleutelinformanten en de schriftelijke enquête onder de ruim 300 uitgaande jongeren in Den Haag.

Den Haag als uitgaansstad

De uitgaansoriëntaties van jongeren in Den Haag worden in sterke mate gericht door de twee 'Nachtuitgaansgebieden' die de gemeente heeft aangewezen. Evenals in andere steden is in Den Haag vanouds het stadscentrum een belangrijk uitgaansgebied. Daarnaast is Scheveningen Nederlands meest populaire badplaats. De commerciële uitgaansgelegenheden binnen deze twee gebieden zijn over het algemeen kleinschalig. De grootschalige uitgaansmogelijkheden, zoals feestzalen en evenementenhallen, bevinden zich buiten de gebieden.

Uitgaan doe je samen maar niet met iedereen. Behalve dat jongeren ongelijke mogelijkheden en voorkeuren hebben, blijkt deze gedragsregel op een andere manier van toepassing voor de residentie. In het Haagse uit-

gaansleven is namelijk nogal sprake van samenklitten. Hierover kregen we vooral opmerkingen te horen van alternatieve en progressieve jongeren, en van studenten die van buiten Den Haag kwamen. Typerende uitspraken van deze jongeren zijn:

- 'In Den Haag is er een hokjesgeest onder de stapers'
- 'Soort zoekt soort'
- 'Alle jongeren hebben hun hoekje in de stad'

Het elkaar opzoeken van jongeren in Den Haag als uitgaansomgeving gaat veelal vergezeld van wat zichzelf zo neutraal mogelijk opvatten als 'scenevorming'. 'Uitgaansscenes' zijn algemeen terug te brengen tot een centrale noemer waarop subgroepen van uitgaande jongeren elkaar vinden. De volgende criteria blijken het meest gangbaar voor het maken van een onderscheid tussen soorten 'uitgaansscenes' (2).

- Verschillen tussen soorten mensen, zoals 'Haagse kakkers', 'krakers' of 'studenten'.
- Verschillen tussen uitgaanslokaties, zoals 'clubs', 'discotheken', of '(grand)cafés'.
- Verschillen tussen muzieksoorten.

In Den Haag blijken de volgende vijf muzieksoorten momenteel toonaangevend (2):

1. Pop/Rock/²
2. Dance/House/Techno/
3. Hiphop/Rap/+ R&B
4. Latin/Salsa/
5. Wereldmuziek/

- Verschillen tussen drugs, zoals XTC of speed.

In de uitgaanswereld blijken afzonderlijke drugs tegenwoordig weinig onderscheidend omdat er meestal sprake is van polydruggebruik.

Deze criteria brengen ons tot het in tabel 1 weergegeven onderscheid naar uitgaansscenes tussen de panelleden die in 2002 zijn geïnterviewd voor het Haags uitgaansonderzoek. Bij elkaar gaat het om de volgende uitgaansscenes: Clubscene (5 keer); Pop/Rockscene (4 keer); Discoscene (3 keer); (Haagse) kakkersscene (3 keer); Krakersscene (2 keer); Wannabe's (2 keer) en de Beachpartyscene, Gay/Homoscene, Hardhousescene, R&B partyscene, Poolersscene, Undergroundscene, alle zes één keer.

We zullen hier niet alle uitgaansscenes apart omschrijven omdat de meeste min of meer voor zichzelf spreken. We kenschetsen ze hier met een aantal uitspraken van panelleden, gedaan in de eerste panelronde.

² Met het schuine streepje aan het eind geven we aan dat onder deze categorie meer muziekgenres kunnen worden ingedeeld.

'Beachpartyscene':

Het genieten van de vrijheid en het leven zet de toon in deze scene, volgens panellid Doron: *'Ze zijn blij met het leven! Het leeft echt en heeft een frisse sexy uitstraling. Ze hebben altijd een positieve kijk op dingen en hebben vooral geen haast.'*

'(Haagse) kakersscene':

Panellid Doron vertelt over de uitstraling van zijn tweede uitgaansnetwerk:

'Ze willen graag een bepaalde uitstraling hebben, een beetje haantjesgedrag. Om aan vreemden te laten zien wat ze allemaal gedaan hebben en hoeveel geld ze hebben, een beetje egoïstische uitstraling.'

'Krakersscene':

Panellid Shanti karakteriseert haar eerste netwerk als volgt:

'Zij zien de mens maar een buitenstaander zal ze zien met een louche uitstraling en ongeïnteresseerdheid, wat

absoluut niet waar is. Ze hebben een hoog piercing en tattoo gebalte, wat nogal eng over kan komen voor een buitenstaander.'

Panellid Linda geeft van haar uitgaansnetwerk in de krakersscene de volgende indruk:

'Veel partybezoekers komen uit de oude punkgroep, de live muziek makers, de bandjes. Er is geen ongeschreven code zoals in veel zaken, hoe je eigenlijk zou moeten zijn en dat vinden de meesten erg prettig. We zijn hip en trendy en heel erg vrij.'

'R&B partyscene':

Volgens panellid Michael kun je de bezoekers van 'R&B party's' grofweg onderscheiden in de volgende drie groepen:

*'Je hebt de **R&B** groep waarbij de vrouwen zich heel vrouwelijk en trendgevoelig kleden met jurkjes van merken zoals D&G of Versace. De mannen hebben mooie pantalons of jeans aan van dezelfde merken en*

Tabel 1.

Uitgaansscenes of stijlen van de 17 geïnterviewde panelliden met het type uitgaansgelegenheid waar ze zicht op hebben. Den Haag, 2002.

| Uitgaansscene of stijl | Panellid (met indien van toepassing het nummer van het netwerk) | Uitgaansgelegenheid |
|------------------------|---|----------------------|
| Clubscene | Thijs | Club/Discotheek |
| Clubscene | Naomi-1 | Club |
| Clubscene | Ernie | Club/Discotheek |
| Clubscene | Willem | Club/Discotheek |
| Clubscene | Richard-2 | Clubs/Discotheken |
| Popscene | Naomi-2 | Café |
| Popscene | Naomi-3 | Bar-dancing |
| Rockscene | Henk-1 | Rockcafé/coffeeshop |
| Pop/rockscene | Richard-1 | (Grand)cafés en bars |
| Discoscene | Joey | Discotheken |
| Discoscene | Kim | Bar-dancings |
| Discoscene | Jeremy-1 | Discotheek |
| Haagse kakers | Doron-1 | Cafés |
| Kakers/studenten | Jeremy-2 | Bar-dancing/cafés |
| Haagse kakers | Jeremy-3 | Cafés |
| Krakersscene | Shanti-1 | Party's |
| Krakersscene | Linda | Party's |
| Wannabe's | Desiree; Daniëlle | Cafés/Bar-dancing |
| Wannabe's | Jean-Pierre | Trendy café |
| Beachpartyscene | Doron-2 | Party's strand |
| Gay /Homoscene | Jon | Gaybars/homocafés |
| Hardhousescene | Elmo | Houseparty's |
| Poolers | Henk-2 | Poolcafés |
| R&B partyscene | Michael | R&B party's |
| Undergroundscene | Shanti-2 | Party's |

Armani. Ze hebben een classy uitstraling en zoeken hun kleding met zorg uit voor een avondje stappen.

De Hipbopscene: die dragen vooral streetwear van merken zoals Carl Kani, South Pole, Pelle Pelle en Vubu. Het is een beetje baggy allemaal (baggy = groot, broeken die tot je bil hangen en XXL shirts). De Hipbopman drinkt het liefst Hennessy, terwijl het de vrouwen niet uitmaakt.

De Two-Step scene onderscheidt zich weer vooral door het dragen van Puma en Adidas Sneakers, zowel de vrouwen als de mannen. En de mannen dragen van die hoge driekwart broeken, hebben hun kragen omhoog en veelal met hun haar omhoog in stekels. De vrouwen daarentegen hebben veelal korte topjes aan op een strakke of mooie broek, wel met sneakers natuurlijk. De Two-Steppers drinken meer water omdat zij nog wel eens een pilletje willen slikken op een party en dat is niet lekker met alcohol.'

'Wannabe's':

'Wannabe's' zijn jongeren die gespitst zijn op de nieuwste modes en, als het even kan, trendsettend willen zijn. Panellid Desiree geeft de volgende aanduiding:

'Er wordt in sommige zaken wel gekeken omdat daar vooral geleerden van de universiteit komen en dat zijn een beetje kakkers. Wij zijn toch weer anders. Als wij binnen komen met een Versace blouse en een Armani broek en een dikke zilveren ketting kijken ze toch wel even raar op.'

'Undergroundscene':

Panellid Shanti zegt over de uitstraling van haar tweede netwerk:

'Gemiddeld, oppervlakkig en fris om uit te gaan nadat je je lekker in de kleertjes hebt gestoken. Ze dragen het liefst de duurere merken als Replay en E-play. Cyberdog met van die dure skategympen en broek moet minimaal twee meier (€ 90) kosten, anders hoor je er niet bij.'

In de tabel staan de uitgaansscenes van de 17 panelleden met de bijbehorende uitgaansgelegenheden.

'Levend' uitgaan omvat veel meer dan een verzameling uitgaanslokaties. Ruimtelijke grenzen en plaatsen doen onvoldoende recht aan de eigen belevingswereld van uitgaande jongeren. Op z'n breedst genomen is 'uitgaan': naar buiten gaan of van huis gaan. Daarom is het maar de vraag, wat jongeren verstaan onder 'uitgaan' en hoe zij dit laten blijken aan hun directe omgeving, onder wie hun ouders. Voor de één is een danceparty pas echt uitgaan, terwijl de ander dit al vindt als hij de stad ingaat. De ene jongere gaat openlijk met een vriendinnetje of vriendje naar de disco-

theek, terwijl de ander dit stiekem doet. En zo meer. Globaal is een driedeling te maken tussen:

- naar buiten gaan of van huis gaan;
- naar de stad gaan of de stad ingaan;
- een typische uitgaansgelegenheid of een evenement bezoeken.

Binnen het Haags uitgaansonderzoek staat 'uitgaan' in de tweede en de derde betekenis op de voorgrond. Het gaat ons dus in de eerste plaats om uitgaan in de betekenis van 'naar de stad gaan' en 'naar een uitgaansgelegenheid gaan'.

In het vervolg van het artikel gaan we in op het gebruik van alcohol en drugs in het Haagse uitgaansleven. Daarvoor maken we gebruik van de indrukken en meningen van de panelleden en vervolgens kijken we naar de uitkomsten die we hebben kunnen verzamelen via de schriftelijke enquête onder de uitgaanders zelf.

Uitkomsten van de panelinterviews

In de panelinterviews is het genotmiddelengebruik binnen uitgaansnetwerken uitgebreid ter sprake gekomen. Behalve van hun eigen netwerk konden panelleden ook een beeld geven van het middelengebruik in de uitgaansgelegenheden waar zij werken of regelmatig komen. Bij het bespreken van de vele soorten genotmiddelen hebben we de panelleden gevraagd kaartjes te rangschikken. De volgende genotmiddelen hebben we in dit pilotjaar op de te rangschikken kaartjes gezet en aangemerkt als gangbaar/incidenteel voorkomend in het Haagse uitgaansleven (2);

- Alcohol
- Hasj & weed
- XTC
- Speed (amfetamine)
- Cocaïne, -snuiven ('lijntje') of roken ('ploffie')
- LSD/trips
- Paddo's
- GHB (Gamma-Hydroxy-Butyraat)
- Lachgas
- Slaapmiddelen
- Heroïne, -roken; chinezen (op folie)
- Poppers
- Natuurlijke peppers (ephedra, ma huang, herbals)
- Eco-drugs (kava, salvia)
- Energy drinks (Red Bull)

De 'top vijf'

In de rangordening van de panelleden staat, niet verwonderlijk, 'alcohol' met 45 keer veruit bovenaan.

'Hasj & weed' staat slechts 3 maal op de *eerste positie*. Het is opmerkelijk dat de panelleden gelijk al sterk van mening verschillen over de *tweede positie* in de rangorde. 'Energy drinks' is 20 keer als nummer twee genoemd, 'hasj & weed' 14 keer, 'snuifcoke' 9 maal, 'XTC' 4 maal, en 'speed' 1 maal.

Op de *derde positie* scoort XTC het hoogst met 14 keer, op de voet gevolgd door 'hasj & weed' (11 keer) en 'snuifcoke' (10 keer). Op de *vierde positie* scoort 'XTC' opnieuw het hoogst met 15 keer; op de *vijfde positie* eveneens, met twaalf keer. Hieruit blijkt eens temeer de grote populariteit van XTC onder jongeren in het Haagse uitgaansleven. In dit gebruik onderscheidt de residentie zich niet van de andere grote steden (3). We geven nu een overzicht van alle verschillende genotmiddelen die tijdens de twee metingen in 2002 door de zeventien panelleden in de 'top vijf' zijn gezet (dus ongeacht de plaats in de 'top vijf').

- Alcohol staat veruit bovenaan.
- Hasj & weed komt op de tweede plaats. Hasj & weed is door alle zeventien panelleden op z'n minst éénmaal opgevoerd in de 'top vijf'.
- Energy drinks staan op een goede derde plaats. Behalve bij één panellid, staan energy drinks in 2002 ten minste één keer in de 'top vijf' van de panelleden.
- XTC staat gemiddeld lager in de rangorde. Opmerkelijk is dat ook XTC door al de zeventien panelleden in 2002 ten minste éénmaal is opgevoerd.
- Snuifcoke of cocaïne (poeder) staat gemiddeld nog lager in de rangorde. Toch geldt ook voor cocaïne dat het, op één panellid na, in 2002 ten minste éénmaal is genoemd in de 'top vijf' van de panelleden.
- Natuurlijke peppers zijn door vier van de zeventien panelleden genoemd.
- GHB is eveneens door vier van de zeventien panelleden opgevoerd.
- Speed wordt door twee panelleden genoemd.

De volgende drie genotmiddelen, tenslotte, zijn maar door één panellid in de 'top vijf' gezet:

- Poppers.
- Slaapmiddelen.
- Lachgas.

Afgaande op de 'top vijf' van de zeventien panelleden over twee metingen in 2002, zijn alcohol, hasj & weed en energy drinks de meest gebruikte legale of gegoogde middelen onder jongeren in de Haagse uitgaanswereld. Bij de illegale genotmiddelen zijn XTC en snuifcoke het populairst.

We maken nu een ronde langs deze vijf genotmiddelen afzonderlijk en geven aanvullende informatie van de panelleden zoals die naar voren is gekomen bij de twee metingen. Hierbij wordt steeds het nummer van de panelronde als [1] of [2] weergegeven achter de naam van het panellid wiens uitspraak wordt aangehaald.

Alcohol

Tegenwoordig valt er op het gebied van alcoholische drankjes heel veel te kiezen. Voor de hedendaagse jongeren is het geen automatisme meer dat er bier wordt gedronken tijdens het uitgaan. Trendgevoelige jongeren drinken een Breezer, een rode wodka Red Bull of een shooter ...

Vanouds zijn kroegen, al of niet met live-muziek, speciaal ingericht op alcohol drinken. Henk-1 is één van de panelleden met een vriendenkring die hier vaak verkeert. Hij [1] schetst het volgende beeld van het drankgebruik:

'Alcohol is heel belangrijk, zeker 99% drinkt. Er wordt voornamelijk bier gedronken, maar ook wel whisky, dropshots en rode wodka Red Bull. Het is gezellig en geeft ontspanning. Een behoorlijk deel van de mensen kan zich moeilijk uiten en met alcohol gaat dat makkelijker. Zo'n 40% drinkt problematisch. Die drinken echt om het drinken en dat kan oplopen tot meer dan twintig glazen per avond. Sommigen "bingen" zoals dat heet (je gaat voor de heftigheid, nergens over nadenken, je gaat voor het zuipen). De problematische drinkers proberen wel minder te drinken. Maar dat zijn meestal tijdelijke veranderingen. En omdat matige drinkers in contact komen met de problematische zie je wel dat de matige ook meer gaan drinken.'

Daniëlle [2] schetst een vergelijkbaar beeld voor haar netwerk:

'Er wordt heel veel gezopen, voornamelijk sterk. Het is niet snel dat iemand even voor een drankje de stad in gaat. Het begint meestal om vijf uur 's middags en ze gaan meestal door totdat ze erbij neervallen. Ze drinken veel wodka-appelsap, Bacardi Limón met seven-up, rode wodka Red Bull, en liters rosé gaan er doorheen en natuurlijk ook heel veel shooters.'

Van de zeventien panelleden zijn er slechts twee die alcohol niet op nummer 1 plaatsen in hun 'top vijf'. Het gaat om panellid Shanti-2, die uitgaat in de undergroundscene en om panellid Kim, die komt in een paar kleinere discotheken waar hasj & weed populairder zijn. Ook in Haagse coffeeshops worden geen alcoholische dranken geschonken.

Hoewel alcohol boven aan de top staat blijven de

geconsumeerde dranken gevoelig voor de golfbewegingen van de mode. Hier is ook sprake van een wisselwerking tussen aanbod en vraag. Eén van de meest in het oog springende vernieuwingen is de opkomst van Breezers.

Panellid Desiree [1] meldt bijvoorbeeld over haar netwerk van wannabe's dat de nieuwste drankjes gelijk worden uitgetroefd:

'Er zijn er altijd wel bij die gewoon hun bacoetje drinken of een borreltje maar de meeste drinken 'gummies' (=rode wodka Red Bull). Als er nieuwe drankjes komen dan worden die gelijk uitgetroefd zoals nu weer met die nieuwe Breezer.'

In de Amsterdamse Antennes is deze ontwikkeling al eerder waargenomen (1). De nieuwe formule van rum met exotisch vruchtensap heeft zich goed weten te onderscheiden van bier en frisdrank. Ook het wat later op de markt gebrachte Smirnoff (=wodka) Ice vindt gretig aftrek. Niet alleen in de hoofdstad, maar ook in de Haagse uitgaanswereld hebben Breezers nog steeds een trendy imago. Vanuit de hardhousescene laat panellid Elmo [1] weten:

'Trendy drankjes zijn Smirnoff Ice, erg lekker! Er wordt steeds meer en door elkaar gedronken. Het blijft over het algemeen een beetje hangen tussen wodka en Bacardi, wodka Red Bull of een baco, een Breezer of een Smirnoff.'

Hasj & weed

Hoewel beslist minder populair dan alcohol, komt het roken van hasj of weed onder een belangrijk deel van de uitgaande jongeren voor, zowel tijdens het uitgaan als thuis.

Hasj-coffeeshops zijn zoals bekend een gangbare uitgaanslokatie om cannabis te kopen en te roken. In veel andere soorten uitgaanslokalities wordt het roken van hasj & weed openlijk toegestaan. Zo vertelt panellid Henk [1] over zijn netwerk van twintigers die uitgaan in rockcafés en coffeeshops:

'Blowen neemt een belangrijke plaats in, het is een onderdeel van ons leven. Het is niet iets wat je alleen doet als je in het weekend gaat stappen, het is een dagelijks ritueel. Je mag niet in elke gelegenheid blowen dus de meesten roken meer thuis dan wanneer ze op stap zijn. De helft gebruikt ongeveer problematisch. Het is een gewoonte geworden, waarbij de effecten van hasj & weed natuurlijk wel aangenaam zijn. Velen blowen om te blowen. Er zijn ook anderen die het gewoon lekker vinden om 'ns een keertje te blowen. Het maakt onderdeel uit van de cultuur, het is een manier om jezelf te presenteren, om je identiteit te waarborgen. Het gaat

om de smaak. En er is een tendens dat je van nederweed een soort kick krijgt omdat het sterker is en daarvoor de voorkeur heeft in tegenstelling tot basj waar je wat lomer van wordt.'

Toch zijn er ook uitgaanskringen, waar cannabis amper of geen aftrek vindt. Panellid Daniëlle [2] merkt dit bijvoorbeeld binnen haar kring van wannabe's. Panellid Jon [1] constateert een terughoudendheid binnen de vriendengroep, met wie hij uitgaat in homocafés.

'Hasj en weed zijn niet zo belangrijk, het wordt niet zoveel gebruikt. Je mag in heel veel zaken ook niet binnen blowen. Als iemand een blowtje heeft, neem ik wel eens een trekje. Maar ik zou het zelf nooit kopen en de meesten van de groep gebruiken en kopen het ook niet. Wij hebben een duidelijke voorkeur voor stimulerende middelen en daar hoort blowen niet bij.'

Energy drinks

Afgaande op de Haagse panelliden zijn energy drinks zeer gangbaar onder jongeren. Energy drinks zoals Red Bull, worden ten eerste 'los' (niet gemixt) gedronken, maar al een aantal jaren is ook Red Bull met wodka ('wodka Red Bull') een populaire mix in het Haagse uitgaansleven.

XTC

Het gebruik van XTC maakte oorspronkelijk deel uit van de housescene. Tegenwoordig is dit niet meer vanzelfsprekend. Zo signaleert panellid Michael [2] een toenemend pillengebruik op R&B party's:

'Door het cross-over publiek vanuit de housescene is het XTC-gebruik toegenomen. Slikkers worden er niet op veroordeeld, maar het wordt ook niet echt geaccepteerd. Het wordt een beetje in het midden gelaten, maar het hoort er niet echt bij. Degenen die slikken hebben de experimentele fase op een houseparty gedaan en nu is het overgegaan naar recreatief gebruik waar ze dan ook zijn.'

Ook de waarneming van Jeremy [2] in studentenkringen duidt in de richting van een verbreding. Tegelijk met de gesignaleerde verbreding in het XTC-gebruik buiten de housescene blijkt het slikken van pillen aan populariteit te verliezen ten opzichte van het snuiven van cocaïne.

Diverse panelliden wijzen op een soepele samenvoeging van het stimulerende middel XTC met muziek en dansen. Volgens panellid Willem [1] is XTC het populairst onder een jonger uitgaanspubliek, terwijl het snuiven van cocaïne (poeder) meer voorkomt onder een volwassener publiek. De panelliden signa-

leren verder een duidelijk verschil in de intensiteit van het XTC-gebruik, of in de woorden van Joey [2]:

'Sommigen slikken bij iedere beat die ze horen en anderen doen het gewoon eens in de zoveel tijd.' Ook kan de één er beter tegen dan de ander.

Afgaand op het Haagse panel als geheel is het gebruik van XTC betrekkelijk gewoon geworden. Dit valt bijvoorbeeld op te maken uit de waarneming dat jongeren het pillengebruik niet telkens vooruit plannen. Panellid Kim [1] meldt voor haar netwerk in de discoscene:

'Het is niet meer zo dat het van tevoren wordt gepland. Dat was vroeger wel zo. Pillen worden over het algemeen pas in de gelegenheid genomen, heel soms thuis al. Het is een beetje afhankelijk van waar we naar toe gaan en met wie. Je gaat niet thuis slikken als je niet van tevoren weet waar je precies naar toe gaat. Misschien heb je het dan helemaal niet naar je zin en heb je een pil in je mik zitten. Je neemt dus wel pillen mee maar je slikt pas als het leuk en gezellig is.'

De gewoone van XTC in de Haagse uitgaanswereld blijkt ook uit de gemakkelijke verkrijgbaarheid. Binnen bepaalde netwerken en uitgaansscenes lijkt het vooraf plannen van XTC-gebruik eerder voor te komen. Voor zover valt na te gaan is dit van tevoren plannen het meest gebruikelijk onder jongeren die niet zo nodig elk weekend pillen hoeven te slikken. Panellid Jeremy [1] die uitgaat in discotheken en in kringen van Haagse kakkers, zegt hierover:

'Pillen worden niet elke week gebruikt, het is meer voor de lol voor een avond en dan weer een hele tijd niet. Het wordt van tevoren afgesproken of we gaan slikken. We kopen het ook van tevoren want het is moeilijk om in een gelegenheid een pil te kopen. Er gaat een planning aan vooraf. Het is ook bij de meisjes bespreekbaar en zij gebruiken het ook. Je krijgt er een speciaal gevoel van, een ervaring op zich. We gebruiken XTC niet om volledig uit ons dak te gaan maar meer voor het lekkere intense gevoel.'

Dit soort 'plannende' gelegenheidsslikkers onderscheiden zich van de gewoonteslikkers. Zo ziet clubganger Thijs [1] een duidelijk verschil in zijn hoofdzakelijk Nederlandse netwerk van begin twintigers: *'Bij sommigen zit het XTC-gebruik tussen de oren. Zonder hebben ze geen leuke avond. Bij anderen is dit heel anders. Zij gebruiken de ene keer wel en de andere keer niet. Het is een beetje afhankelijk van de avond. Je hebt er soms meer zin in.'*

De toegenomen gangbaarheid betekent tegelijk dat XTC niet meer exclusief is en dus een 'suffe' status begint te krijgen. Panellid Daniëlle [2] benadrukt deze laatste ontwikkeling: *'Er wordt minder stiekem over het*

slikken van een pil gedaan dan over het snuiven van coke. XTC heeft een lagere status, het is ook veel goedkoper. Voor coke moet je toch wel wat centen hebben om het regelmatig te gebruiken.' Een ander nadeel van XTC is dat het gebruik duidelijk aan iemand is af te zien. Volgens panellid Richard [2] is XTC daarom minder populair in zijn eerste netwerk dat uitgaat in de pop/rockscene: *'Je ziet het teveel aan je.'* Slechts enkele panelliden melden problematisch XTC-gebruik. Het aan-een-stuk-door dansen wordt eerder ervaren als een voordeel. Het meest genoemde nadeel is dat anderen het zo aan je kunnen zien als je pillen hebt geslikt.

Snuifcokes

Snuifcokes of cocaïne (poeder) is om diverse redenen populair onder uitgaande jongeren. Ten eerste wordt het gebruikt als een middel om echt uit te zijn of in de woorden van panellid Kim [1]:

'Coke is vooral bij een bepaalde groep heel populair. Zij kunnen door hun werk een aantal weken niet op stap en niets gebruiken en als ze dan op stap gaan, doen ze dat ook goed. Ze hebben geld zat en kunnen drinken wat ze willen. Ze hebben het idee dat ze iets hebben gemist als ze weer op stap kunnen en beginnen gelijk hun neus vol te proppen en dat duurt dan vier dagen. Ze gaan dan een paar dagen slapen en dan beginnen ze weer opnieuw totdat ze weer moeten werken en niet meer kunnen stappen en gebruiken. Ze zijn in deze periode echt helemaal van het pad af.'

Panellid Henk [1] noemt als nog een reden: *'Het is stimulerend en geeft zelfvertrouwen.'* Daar komt bij dat aan het snuiven van coke een hogere status wordt toegekend. Net als in misdaadfilms heeft het een status van luxe en stoerheid. Een ander motief is het gecombineerd gebruik met alcohol: je kunt langer drinken zonder bezopen te raken. Behalve recreatief wordt coke ook wel functioneel gesnoven. Hiervan is het tweede netwerk van panellid Henk [1], dat uitgaat in poolcafés, een voorbeeld: *'Je kunt je goed concentreren waardoor je beter kunt poolen.'*

Volgens zeker vijf panelliden vertoont het snuiven van cocaïne en, in mindere mate, het roken van een 'ploffie' (cokes in een gedraaide sigaret) een lichte stijging in Haagse uitgaanskringen. Zo vertelt panellid Doron [2] over zijn tweede netwerk van beachparty-gangers:

'Er wordt steeds jonger gesnoven. Meisjes snuiven minder dan jongens, ze doen er ook veel gereserveerder over. Coke heeft een plekje naar boven veroverd en staat nu op de eerste plek. Er wordt heel veel coke gebruikt op een feestje. De prijs van coke verandert ook helemaal niet in tegenstelling tot de prijs van XTC.'

Tegenover deze waargenomen stijging van het cokegebruik melden een paar panelleden juist een teruggang. De hoge prijs is ook een belangrijke rem op het gebruik van coke. Volgens opgave van de panelleden is een prijs van € 50 voor een gram cocaïne (poeder) momenteel gewoon. Eveneens afgaande op de panelleden wordt cocaïne (poeder), net als XTC, meestal voorafgaand aan een uitgaansnacht gekocht. Volgens verschillende panelleden wordt snuifcokes, anders dan XTC, bij voorkeur in groepsverband gebruikt. Panellid Jon [1] is heel stellig over dit gezamenlijk gebruik binnen de homoscene:

‘Coke wordt meestal aan het eind van de avond genomen en dat wordt wel gedeeld in tegenstelling tot pillen. Coke neem je bijna nooit alleen.’

Daniëlle [2] spreekt van ‘een ons-kent-ons-gevoel’ onder de wannabe’s, met wie ze uitgaat:

‘Ook al wordt coke vaak gebruikt, het blijft toch altijd een gevoel van iets delen met elkaar.’

Vanuit de discoscene stelt Kim [1] echter, dat snuifcokes alleen in kleine kring wordt gedeeld:

‘Het wordt je in deze kring ook wel een beetje aangepaard om het te gebruiken. Deze mensen kunnen niet een geslaagde avond hebben zonder cokegebruik. Maar het is niet algemeen geaccepteerd om te snuiven omdat de kans op verslaving zo groot is.’

In het uitgaansleven staat het toilet al veel langer bekend als een favoriete plek voor het gezamenlijk of individueel snuiven van coke.

Diverse panelleden maken melding van probleemgebruik van snuifcokes. Toch zijn er ook panelleden die in hun netwerk een vorm van sociale controle waarnemen. Een andere variant van problematisch gebruik raakt aan de combinatie dan wel vermenging van snuifcokes met andersoortige middelen.

Uitkomsten van de schriftelijke enquête

In de maanden mei tot juli 2002 is, zoals eerder in dit artikel is beschreven, een breed survey georganiseerd onder vijf verschillende segmenten van de populatie uitgaande jongeren in Den Haag. In totaal hebben 319 jongeren hieraan meegedaan. Het belang van de uitkomsten van de schriftelijke enquête is gelegen in de grotere omvang van het aantal deelnemers. Als laatste onderdeel van dit artikel besteden we aandacht aan het gebruik van alcohol, hasj & weed, XTC en cocaïne onder de uitgaanders die aan de schriftelijke enquête hebben meegedaan (naar het gebruik van energy drinks is niet gevraagd). De antwoorden van de 319 jongeren op de vraag naar het gebruik van deze vier middelen zijn weergegeven in figuur 2.

Alcohol

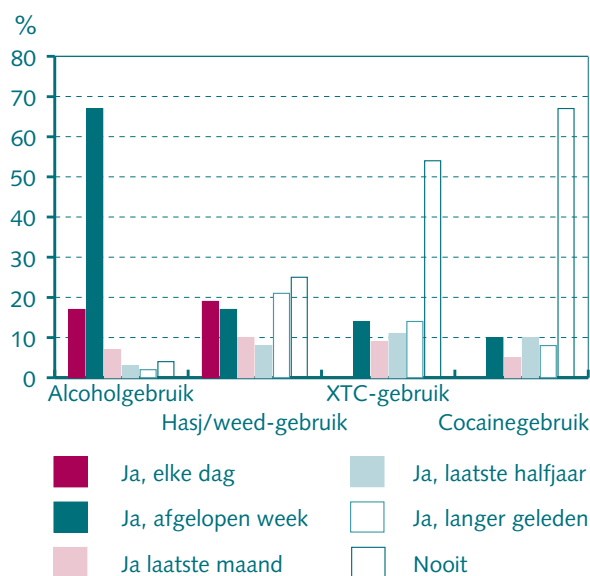
Koning alcohol is veruit het meest gevierd onder uitgaande Haagse jongeren. Van alle 319 deelnemers heeft 91% de afgelopen maand alcohol gedronken, terwijl 96% ooit in zijn of haar leven alcohol heeft gedronken. Hierin verschilt Den Haag weinig of niet met uitgaande jongeren in andere grote steden (1)(3). De percentages liggen wel aanmerkelijk hoger dan in de Haagse stadsenquête, in 2001 afgenomen bij een steekproef van Haagse inwoners (4). Volgens de Haagse Gezondheidsmonitor 2002 waarin de resultaten van de stadsenquête zijn opgenomen, drinkt 68% van de 16-29-jarigen en 68% van de 30-44-jarigen (5). In de enquête die de Haagse Jongeren Raad in 2001 onder scholieren hield zei 62% van de deelnemers dat zij alcohol drinken als ze uitgaan (6). Het voornaamste verschil is dat de brede enquête is uitgevoerd onder 319 uitgaande jongeren. Bovendien is het merendeel van deze jongeren benaderd tijdens het uitgaan.

Hasj & weed

Volgens de schriftelijke enquête komt overeenkomstig de uitkomsten van de panelstudie, het gebruik van hasj & weed op de tweede plaats onder uitgaande jongeren. Van de deelnemers heeft 46% de afgelopen maand cannabis gebruikt terwijl 75% dit ooit deed. In het sociaal-epidemiologisch onderzoek naar XTC-gebruik en andere uitgaansdrugs op *houseparty's* date-

Figuur 2.

Gebruik van alcohol, hasj/weed, XTC en cocaïne onder deelnemers aan de brede enquête (n=319). Den Haag 2002.



rend van 1996 had 64% van deze jonge uitgaanders in de laatste *drie* maanden cannabis gerookt terwijl eveneens 75% dit ooit deed (3). Bij de vergelijking met dit ecstasy-onderzoek moeten we evenwel bedenken dat het Haags uitgaansonderzoek zich heeft uitgestrekt tot ver buiten het circuit van (house)party's.

XTC

XTC is door 46% van de deelnemers aan het breed survey ooit gebruikt en door 23% in de afgelopen maand. In het Utrechtse ecstasy-onderzoek heeft 81% van de respondenten ooit XTC gebruikt en 68% in de laatste *drie* maanden, dus aanmerkelijk meer (3). Hierbij speelt mogelijk mee dat het onderzoek speciaal op dit genotmiddel was gericht, waardoor hieraan vanzelf meer XTC-gebruikers meededen. Beperken we ons tot de 120 schriftelijk geënquêteerden op Haagse danceparty's dan heeft 66% ooit XTC gebruikt en 39% in de afgelopen maand.

Het XTC-gebruik in Den Haag komt overeen met resultaten uit onderzoek onder club- en partybezoekers en cafébezoekers in Amsterdam (jaarlijkse Antenne-onderzoeken) (7). Daar gebruikte ook 66% van de club- en partybezoekers (vergelijkbaar met de geënquêteerden op de Haagse danceparty's) in 1998 ooit XTC en 41% de laatste maand. Voor cafébezoekers lagen deze percentages in 2000 voor Amsterdam respectievelijk op 34% en 10%.

Cocaïne

Van alle deelnemers aan de brede enquête heeft 33% ooit cocaïne gebruikt en 15% in de afgelopen maand. Binnen het landelijke ecstasy-onderzoek lag het ooitgebruik op 40% en het gebruik gedurende de afgelopen *drie* maanden op 24%.

Onder de geënquêteerden op Haagse danceparty's werd een breder gebruik vastgesteld: onder hen heeft 49% cocaïne ooit gebruikt en 23% de afgelopen maand. Uit de Antenne-onderzoeken kwamen ook voor cocaïnegebruik vergelijkbare uitkomsten naar voren: club- en partybezoekers in 1998 48% ooit en 24% de laatste maand en cafébezoekers in 2000 26% ooit en 9% de afgelopen maand (7).

Hasj & weed, XTC en cocaïne

Over de deelnemers die in het laatste halfjaar gebruik maakten van zowel hasj & weed, XTC als cocaïne valt het volgende te melden. Bij de mannen heeft 24% in deze periode deze drie drugs gebruikt; bij de vrouwen betreft het een veel lager percentage van 11%. Bij de autochtone (Nederlandse) deelnemers gaat het om 19%; bij de allochtone deelnemers is sprake van een

lager percentage van 13%. Deze lagere percentages bij de vrouwen en niet-Nederlanders zijn in lijn met het algemene beeld.

De eerste bevindingen samengevat

Uit de panelstudie en de brede enquête onder uitgaanders komt ten aanzien van het genotmiddelengebruik een vrij consistent beeld naar voren. Weinig verrassend is dat alcohol veruit het meest gevierd is onder de uitgaande jongeren. Bijna alle 319 uitgaanders die een vragenlijst invulden hebben wel eens alcohol gedronken, 91% deed dit de afgelopen maand. En bijna alle panelleden zetten alcohol veruit bovenaan in hun 'top vijf'. Sommige panelleden noemen het vele drinken 'bingen' en het langdurige drinken, met de woorden van een panellid: *'beginnen aan het eind van de middag en doorgaan tot je erbij neervalt'*.

Geconsumeerde alcoholische dranken zijn gevoelig voor golfbewegingen van de mode. Bier blijft populair maar nieuwe drankjes als Breezers (rum met exotisch vruchtensap) en Smirnoff Ice (wodka met citroensmaak) krijgen afhankelijk van de uitgaansscenes ook een populair imago.

Afgaande op de Haagse panelleden zijn 'energy drinks' (zoete dranken waaraan vitamines en oppeppende stoffen zijn toegevoegd) zeer gangbaar onder uitgaande Haagse jongeren. Volgens hen worden energy drinks ook veelvuldig gecombineerd met alcohol (Red Bull met wodka).

Het roken van hasj & weed komt onder een aanzienlijk deel van de uitgaanders voor. Volgens de schriftelijke enquête heeft 46% de afgelopen maand cannabis gebruikt terwijl 75% dit ooit deed. Er zijn echter ook uitgaanskringen waar cannabis amper of geen aftrek vindt.

XTC wordt op brede schaal gebruikt, ook in het Haagse uitgaansleven. Het heeft nog steeds het imago van een 'dance drug'. Maar het gebruik heeft zich - weliswaar veel minder uitgebreid - inmiddels verspreid over verschillende andere uitgaansscenes dan dance- en houseparty's.

Zo is XTC door bijna de helft van alle deelnemers aan de schriftelijke enquête ooit gebruikt, en door bijna een kwart ook in de afgelopen maand; en hebben twee van drie uitgaanders die de vragenlijst op Haagse danceparty's invulden ooit XTC gebruikt, en twee van de vijf in de afgelopen maand. Het XTC-gebruik in Den Haag komt overeen met resultaten uit onderzoek onder club- en partybezoekers en cafébezoekers in Amsterdam enkele jaren geleden.

De panelleden signaleren onder uitgaanders een dui-

delijk verschil in de mate van het XTC-gebruik: *'Sommigen slikken bij iedere beat die ze boren en anderen doen het gewoon eens in de zoveel tijd', of anders gezegd er zijn 'plannende' gelegenheidsslikkers en 'gewoonteslikkers'.*

Volgens Haagse panelleden is het gebruik van XTC betrekkelijk 'gewoon' geworden. Deze gangbaarheid betekent tegelijk dat XTC niet meer exclusief is en minder trendy wordt, waardoor het voor sommigen weer minder aantrekkingskracht krijgt. Een panellid constateert het XTC-gebruik vooral bij een jonger publiek, en cocaïnegebruik meer bij oudere uitgaanders. Het verlies aan populariteit van XTC lijkt plaats te maken voor een keuze voor cocaïne.

Van alle deelnemers aan de schriftelijke enquête heeft eenderde ooit cocaïne gebruikt en ruim een zevende de afgelopen maand. Onder de geënquêteerden op Haagse danceparty's ligt dit evenals bij XTC hoger, respectievelijk bijna de helft ooit en bijna een kwart recent. Uit de Antenne-onderzoeken kwamen ook voor cocaïnegebruik vergelijkbare uitkomsten naar voren.

Snuifcoke of cocaïne(poeder) wordt volgens de sleutelinformanten populairder onder uitgaande Haagse jongeren. Deze tendens wordt ook landelijk gesignaleerd onder uitgaande jongeren. Het is 'stimulerend en geeft zelfvertrouwen' en er wordt aan het snuiven van coke een hoge status ontleend. Voor sommigen is de hoge prijs echter een rem op cokegebruik. Enkele sleutelinformanten maken melding van probleemgebruik van snuifcoke. Het overgrote deel van hen noemt het gecombineerd gebruik van snuifcoke met alcohol.

Alcohol, hasj & weed en energy drinks zijn de meest gebruikte legale of gedoogde genotmiddelen in het Haagse uitgaansleven. Van de illegale middelen zijn dit XTC en cocaïne (snuifcoke).

Deze kennis over de laatste stand van zaken en optredende veranderingen biedt waardevolle aanknopingspunten voor beleidsontwikkeling door betrokken instellingen. Door toedoen van het uitgaansonderzoek kunnen samenhangen of aspecten van (risicovol) alcohol- en druggebruik in een ander licht komen te staan. Het onderzoek kan zo bijdragen aan het welslagen van preventie-activiteiten, bijvoorbeeld vanuit de gemeente, de horecabranche, de zorgsector of de politie.

Het rapport kan worden besteld (kosten € 15,00) bij het secretariaat van de afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag (email: h.schreinerheyne@ocw.denhaag.nl; tel. 070 - 353 71 05)

Literatuur:

1. Korf D J, Nabben T en Benschop A. Antenne 2001: trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers, 2002.
2. Gelder P van, Reinerie P en Burger I. Uit (je dak) in Den Haag, 2002: uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik. Onderzoekscommissie monitoring en registratie verslavingsproblematiek: Parnassia, psycho-medisch centrum en Gemeente Den Haag. April 2003.
3. Wijngaart G van de, Braam R, Bruin D de e.a. Ecstasy in het uitgaanscircuit. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek, 1998.
4. Struben HWA en Middelkoop BJC. Gezondheidsvragen in de Stadsenquête Den Haag 2001: de uitkomsten bekeken in relatie tot de etnische achtergrond. Epidemiol Bul Grav 2002; 37 nr. 4: 2-14.
5. Gezondheidsmonitor 2002 Den Haag. Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, afdeling Epidemiologie, Gemeente Den Haag, 2002.
6. Jongeren en uitgaan in Den Haag. Haagse Jongeren Raad. Den Haag, 2001.
7. Nationale Drugmonitor. Bureau NDM. Utrecht, oktober 2002.

Vitamine D bij 0-4-jarigen

Zijn er aanwijzingen voor een mogelijk tekort?

R. Hornstra, I.M. van der Meer, J.K. Bleeker

In het juninummer van vorig jaar werden in het Epidemiologisch Bulletin de resultaten gepubliceerd van een recent in de Haagse Schilderswijk gehouden onderzoek naar vitamine D-tekort (1). Het bleek dat vitamine D-tekort bij volwassen niet-westerse allochtone vrouwen nog frequent voorkomt. Dit uit zich niet zo zeer in botproblemen (botweekheid ofwel osteomalacie), maar in spierklachten (diffuse spier- en botpijnen, spierzwakte, spierkrampen en moeheid) (1). Kinderen van moeders met een tekort aan vitamine D hebben bij de geboorte een extra risico op dit vitamine-tekort (7).

Eind jaren zeventig, begin jaren tachtig van de twintigste eeuw bleek dat kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar van Surinaamse/Antilliaanse, Turkse en Marokkaanse afkomst in Den Haag een verhoogd risico liepen op de botaandoening rachitis (ook wel Engelse ziekte genoemd) (2)(3). In die jaren nam het aantal rachitisonnames toe. Rachitis ontstaat door een tekort aan vitamine D (4). Kinderen met een donkere huidskleur hebben in Nederland meer vitamine D nodig dan kinderen met een lichte huidskleur (4). Na een grootschalige anti-rachitiscampagne was de ziekte destijds onder jonge kinderen zo goed als verdwenen (5)(6)(7). Maar het feit dat de diagnose rachitis sindsdien nauwelijks meer is gesteld betekent klaarblijkelijk niet dat zich geen vitamine D-tekort meer zou voordoen. In onderstaand artikel wordt verslag gedaan van een klein verkennend onderzoek naar aanwijzingen voor een mogelijk vitamine D-tekort bij Haagse kinderen van 0 tot 4 jaar in wijken met een lage sociaal-economische status.

Naar aanleiding van de uitkomsten van het onderzoek in de Schilderswijk rees de vraag of er onder jonge (niet-Nederlandse) kinderen wellicht (weer) sprake is van een vitamine D-tekort. Besloten werd tot een kleinschalig onderzoek naar aanwijzingen voor een mogelijk verlaagde vitamine D-status bij Haagse kinderen in de leeftijd van 0 tot en met 4 jaar, woonachtig in wijken met een lage sociaal-economische status. Daarbij is gekeken naar gedrag dat een voldoende vitamine D-status bewerkstelligt, en niet naar de feitelijke vitamine D-status in het bloed. Voor dit (verkenkend) onderzoek zou bloedprikken bij deze jonge kinderen te bezwaarlijk zijn.

Het verkennend onderzoek moest antwoord geven op de volgende vragen:

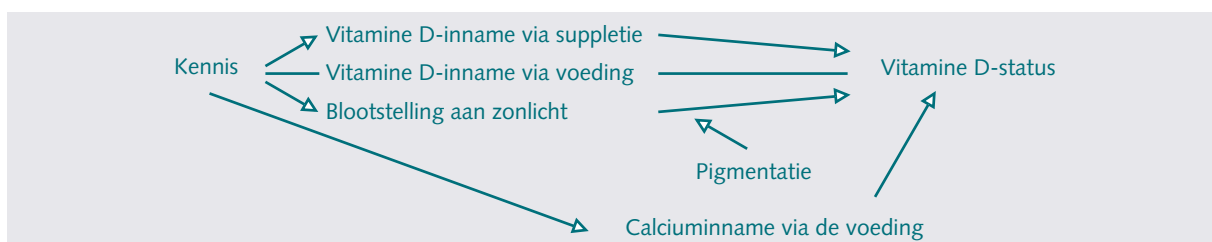
- In hoeverre voldoet men (niet) aan het suppletieadvies van Thuiszorg Den Haag?
- In hoeverre is sprake van een verwachte (on)voldoende vitamine D-status?
- Wat zijn determinanten van de verwachte vitamine D-status?

Methode

De consultatiebureaus voor 0-4-jarigen komen in contact met 90-95% van de beoogde onderzoeksgroep. Daarom lag het voor de hand via de consultatiebu-

Schema 1.

Factoren van invloed op de vitamine D-status.



Over de auteurs:

Mw. ir. R. Hornstra ten tijde van het onderzoek student Voeding & Gezondheid, Wageningen Universiteit en Researchcentrum, mw. ir. I.M. van der Meer, epidemioloog, afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn en dr. J.K. Bleeker ten tijde van het onderzoek universitair docent Volksgezondheid bij de afdeling Humane Voeding en Epidemiologie, Wageningen Universiteit en Researchcentrum.

reus de (ouders van de) kinderen te benaderen. Als onderzoeksinstrument werd gekozen voor het mondeling afnemen van vragenlijsten bij ouder(s) van 0-4-jarige kinderen die het consultatiebureau bezochten. Als eerste werd gevraagd naar enkele relevante sociaal-demografische achtergrondkenmerken: het geslacht, de leeftijd en de etniciteit van het kind, het aantal kinderen in het gezin en het opleidingsniveau van de kostwinner (als indicator voor de sociaal-economische status).

De vitamine D-status is afhankelijk van verschillende factoren (zie schema 1), die met behulp van speciaal voor dit doel ontwikkelde vragenlijsten in kaart zijn gebracht.

- De vitamine D- en calciuminname *via de voeding* zijn vastgesteld aan de hand van een voedsel-frequentielijst (met vragen over o.a. fles/borstvoeding, gebruik zuivelproducten en vette vis).
- De vitamine D- en calciuminname *via suppletie* is vastgesteld met een vragenlijst naar (de mate van) het gebruik van vitamine D-preparaten en multivitaminen-preparaten.
- De blootstelling aan zonlicht is geïnventariseerd aan de hand van een zonlichtvragenlijst.
- De kennis van de ouder(s) is getest aan de hand van zes stellingen over vitamine D-inname via de voeding, en over blootstelling aan zonlicht, inclusief pigmentatie.

Om eventuele taalproblemen te overbruggen en vragen te verduidelijken werden bij de vragen over voeding en suppletie kleurenfoto's gebruikt.

Berekening verwachte vitamine D-status

Met de informatie uit de interviews kan uitsluitend de *verwachte* vitamine D-status worden berekend.

Van elk kind is de vitamine D- en calciuminname (zowel via voeding als via suppletie) berekend met

behulp van de NEVO-tabel en/of de productinformatie (8). De verwachte vitamine D-status is vastgesteld door de berekende vitamine D-inname te vergelijken met de aanbevolen voedingsnormen van de Gezondheidsraad, aangevuld met een kwalitatieve bepaling van de zonlichtblootstelling en de calciuminname. Deze uitkomst bepaalt of een kind al dan niet een verwachte voldoende vitamine D-status heeft.

De voedingsnormen van de Gezondheidsraad zijn opgesteld voor twee groepen (tabel 1) (4). Eén groep bestaat uit kinderen met een lichte huidskleur en een gebruikelijke blootstelling aan zonlicht. De andere groep betreft kinderen met een donkere huidskleur en/of geen gebruikelijke blootstelling aan zonlicht. Bij deze laatste groep is een hogere inname van vitamine D gewenst. De donkere huidskleur komt overeen met een negroïde huidskleur, de lichte met een blanke huid (9). Onder een gebruikelijke blootstelling aan zonlicht wordt verstaan 'dagelijks gedurende 15 minuten in de buitenlucht vertoeven met ten minste de handen en het gezicht onbedekt'.

Voor kinderen met een huidskleur tussen deze twee groepen in (bijvoorbeeld voor Marokkaanse en Turkse kinderen) is de aanbeveling van de Gezondheidsraad niet passend: ze behoren noch tot de ene groep noch tot de andere. Daarom zijn ze voor de bepaling van de verwachte vitamine D-status zowel een keer met de lagere norm (groep 1) als met de hogere norm (groep 2) vergeleken. Dat houdt in dat de kinderen met een huidtype, 'niet-blank en niet-negroïde' een keer bij de kinderen met een blanke huidskleur zijn ingedeeld (groep 1) en een keer bij de kinderen met een negroïde huidskleur (groep 2).

Met haar advies voor vitamine D-suppletie voor 0-3-jarigen (inclusief vitamine D via flesvoeding) volgt Thuiszorg Den Haag de hoogte van de aanbevelingen

Tabel 1.

Aanbevelingen van de Gezondheidsraad ten behoeve van vitamine D bij jonge kinderen (4).

| Leeftijdsgroep | Adequate inneming (µg/dag) | |
|-------------------------|--|---|
| | groep 1 | groep 2 |
| | Lichte huidskleur en een gebruikelijke blootstelling zonlicht ^a | Donkere huidskleur en/of geen gebruikelijke blootstelling zonlicht ^a |
| 0 tot en met 11 maanden | 5 | 10 |
| 1 tot en met 3 jaar | 5 | 10 |
| 4 jaar | 2,5 | 5 |

^a Onder een gebruikelijke blootstelling aan zonlicht wordt verstaan 'dagelijks gedurende 15 minuten in de buitenlucht vertoeven met ten minste de handen en het gezicht onbedekt'.

van de Gezondheidsraad (tabel 1) (10). Voor deze kinderen wordt de vitamine D-voorziening via andere voedingsmiddelen dan flesvoeding (vette vis, margarine) buiten beschouwing gelaten. Thuiszorg Den Haag onderscheidt alleen een donkere huid (negroïde huid). Dit impliceert dat kinderen met een andere huidskleur de voedingsnorm volgen voor de kinderen met een blanke huidskleur.

Kinderen vanaf 4 jaar hebben, volgens het advies van Thuiszorg Den Haag, alleen vitamine D-suppletie nodig wanneer ze een negroïde huidskleur hebben. De hoeveelheid suppletie is daarbij gelijk gesteld aan de voedingsnorm van de Gezondheidsraad (5µg).

Onderzoekspopulatie

Het onderzoek vond plaats in de laatste week van oktober en de eerste week van november 2002 op vier Haagse consultatiebureaus in wijken met een lagere sociaal-economische status. Consultatiebureau medewerkers vroegen aan 84 ouder(s) aan het eind van het consult om deel te nemen aan een interview over vitamine D. Bij 14 ouder(s) was dit vanwege taalproblemen niet mogelijk. De interviews zijn afgenomen door één onderzoeker, aanwezig op het consultatiebureau. Uiteindelijk zijn ouder(s) van 54 kinderen (28 jongens en 26 meisjes) geïnterviewd (non respons: 36%, vanwege weigering en lang wachten). De leef-

tijdsverdeling was als volgt: zeven kinderen waren 0-5 maanden, zes kinderen 6-11 maanden, 34 kinderen 1-3 jaar en zeven kinderen 4 jaar.

Tien kinderen waren van Nederlandse afkomst, eveneens tien van Turkse, tien van Hindostaans/Surinaamse, negen van Marokkaanse en vier van Antilliaanse afkomst. De overige elf kinderen behoorden niet tot deze groepen of hadden ouders van verschillende afkomst (zes keer).

Het gemiddelde aantal kinderen per gezin was 1,9. De verdeling van het opleidingsniveau van de kostwinners was als volgt: 30% heeft geen of alleen basisonderwijs gevolgd, eveneens 30% heeft een laag opleidingsniveau (LBO, VBO, MAVO) en de resterende 40% is hoger opgeleid.

Resultaten

Bijna de helft (47%; 22 kinderen) van de 0-3-jarigen had een lagere vitamine D-inname (via flesvoeding en suppletie) dan het suppletieadvies van Thuiszorg Den Haag.

De 4-jarigen hadden geen van allen een negroïde huidskleur. Volgens het advies van de Thuiszorg hebben zij in dat geval geen suppletie nodig. Van de zeven 4-jarigen, die de onderzoekspopulatie telt, kregen vijf kinderen desondanks vitamine D-suppletie. Drie kinderen hadden een lagere vitamine D-inname dan de ade-

Tabel 2.

Aantal kinderen naar etniciteit van de ouders en huidskleur. Den Haag, oktober-november 2002.

| Etniciteit ouders | Blanke huidskleur | Niet-blanke en niet-negroïde huidskleur | Negroïde huidskleur |
|----------------------------------|-------------------|---|---------------------|
| | Groep 1 | Tussengroep | Groep 2 |
| Nederlands | 10 | | |
| Kosovaars | 1 | | |
| Surinaams-Hindostaans/Nederlands | 1 | | |
| Surinaams-Hindostaans | | | 10 |
| Antilliaans | | | 4 |
| Angolaans | | | 1 |
| Ghanees | | | 1 |
| Pakistaans | | | 1 |
| Turks | | 10 | |
| Marokkaans | | 9 | |
| Marokkaans/Antilliaans | | 1 | |
| Indiaans/Portugees/Marokkaans | | 1 | |
| Indonesisch/Nederlands | | 1 | |
| Tunesisch/Nederlands | | 1 | |
| Chinees | | 1 | |
| Marokkaans/Nederlands | | 1 | |
| Totaal | 12 | 25 | 17 |

quate inneming via de voeding van 2,5 µg. Van deze drie kinderen, kreeg één kind suppletie (1,1 µg per dag).

In tabel 3 staat hoe de ouders hebben geantwoord op de zes kennisstellingen. Op de stellingen 'In fruit zit veel vitamine D' en 'Mensen met een donkere huidskleur hebben meer vitamine D nodig' is vaak fout geantwoord. En veel ouders wisten het antwoord niet op de stellingen 'In vette vis zit geen vitamine D' en 'In Nederland wordt aan margarine en halvarine vitamine D toegevoegd'. Dat in flesvoeding vitamine D zit was algemeen bekend. Dat je door zonlicht extra vitamine D aanmaakt was minder bekend, toch wisten veel ouders het juiste antwoord hierop.

Wanneer de 'niet-blanke – niet-negroïde' kinderen (n=25) bij de kinderen met een blanke huidskleur (n=12) werden ingedeeld, had 35% van de 54 kinderen een *verwachte* onvoldoende vitamine D-status. Dit liep op tot 52% wanneer de 'niet-blanke – niet-negroïde' kinderen werden ingedeeld bij de kinderen met een negroïde huidskleur (n=17).

In beide situaties werd geen significante samenhang ($p > 0,05$) gevonden tussen de verwachte vitamine D-status en respectievelijk het geslacht van het kind, de leeftijd van het kind, het aantal kinderen in het gezin, en het opleidingsniveau van de kostwinner.

De enige significante bevinding die in dit kleinschalige onderzoek werd geconstateerd betreft de relatie tussen kennis en *verwachte* vitamine D-status. Deze uitkomst hangt echter af van de wijze van berekening en is daardoor lastig te duiden. De resultaten laten namelijk het volgende zien: in de ene berekening - waarbij de 'niet-blanke – niet-negroïde' kinderen bij de kinderen met een blanke huidskleur werden geclas-

sificeerd - bestaat er een significant verband tussen het aantal goed beantwoorde kennisstellingen en de verwachte vitamine D-status ($p < 0,05$), en in de andere berekening - bij indeling van deze kinderen in de groep met een negroïde huidskleur - is dit niet het geval.

Discussie

Afhankelijk van of de kinderen met een 'niet-blanke – niet-negroïde' huidskleur werden ingedeeld bij de kinderen met een blanke huidskleur of een negroïde huidskleur, was de *verwachte* vitamine D-status onvoldoende bij 35% respectievelijk 52% van de onderzochte kinderen. Er is reden om aan te nemen dat de 52% een te *ongunstig* beeld schetst omdat de 'niet-blanke – niet-negroïde' kinderen qua huidskleur beter pasten bij de blanke groep dan bij de negroïde groep, waarmee voor hen een te strenge norm werd gehanteerd. De huidskleur, met betrekking tot de biosynthese van vitamine D, kan als een continuüm worden opgevat (9): hoe lichter de huid hoe meer omzetting naar vitamine D.

Ten aanzien van de voedingsnormen kan het volgende worden opgemerkt. Ze zijn opgesteld in meervouden van 2,5 µg, dit om schijnnaauwkeurigheid te voorkomen (9). Dit betekent dat de voedingsnormen hoger zijn dan in werkelijkheid noodzakelijk is. Een ander aspect is dat de kinderen bij wie naar verwachting een onvoldoende vitamine D-status werd geconstateerd, op individueel niveau in werkelijkheid geen vitamine D-tekort hoeven te hebben, aangezien bij het opstellen van de voedingsnormen op populatieniveau een veiligheidsmarge is aangehouden (4). Voor een deel van de populatie zal deze marge hoger zijn dan werkelijk noodzakelijk is, dit met het doel dat er vrijwel

Tabel 3.

Aantal ouders dat een goed of fout antwoord op de kennisstellingen heeft gegeven, dan wel het antwoord niet wist. Den Haag, oktober-november 2002.

| Kennisstellingen | Aantal | | |
|--|-----------------|-----------------|--------------------|
| | Goed geantwoord | Fout geantwoord | Wist antwoord niet |
| 1. In fruit zit veel vitamine D (=onjuist). | 21 | 21 | 12 |
| 2. Door zonlicht krijg je extra vitamine D (=juist). | 38 | 7 | 9 |
| 3. Mensen met een donkere huidskleur hebben meer vitamine D nodig (=juist). | 28 | 20 | 6 |
| 4. In vette vis zit geen vitamine D (=onjuist). | 18 | 6 | 30 |
| 5. In flesvoeding zit vitamine D (=juist). | 48 | 3 | 3 |
| 6. In Nederland wordt aan margarine en halvarine vitamine D toegevoegd (=juist). | 27 | 3 | 24 |

geen tekorten in een populatie voorkomen. Deze veiligheidsmarge is naar de mening van de onderzoekers mede van belang omdat de gevolgen op de lange termijn van een licht verlaagde vitamine D-spiegel nog onvoldoende bekend zijn.

Tot slot vormt de opslag van vitamine D een reden waarom het percentage kinderen met een verwacht vitamine D-tekort lager kan liggen. Vitamine D wordt namelijk in het lichaam opgeslagen, met name in het vetweefsel en de spieren verbonden aan het sympathisch zenuwstelsel (11)(12). Bij vitamine D-tekort kan het lichaam deze voorraad aanspreken (11)(12). Hierdoor is het mogelijk dat de kinderen, die een verwachte onvoldoende vitamine D-status hadden, in eerdere periodes genoeg vitamine D hebben opgeslagen, zodat hun bloedwaarde toch voldoende is. Met name de vitamine D-suppletie in het verleden kan hierbij van betekenis zijn geweest.

Er bestaan echter ook factoren, waardoor we juist mogen aannemen dat het aandeel kinderen met een onvoldoende vitamine D-status *hoger* is dan uit dit onderzoek naar voren komt. Zo zou vanwege sociaal wenselijke antwoorden op vragen naar vitamine D-suppletie, de werkelijke vitamine D-inname via de suppletie lager kunnen liggen dan nu berekend is. Het consult van de ouders met de arts of verpleger van het consultatiebureau vond kort vóór het interview plaats. Informatie over vitamine D gegeven tijdens dit consult, zou invloed kunnen hebben gehad op de antwoorden op de suppletievragen.

Ten tweede hebben we waarschijnlijk te maken met een selectiebias bij de samenstelling van de onderzoekspopulatie. Deze bestond uit ouders die de Nederlandse taal voldoende beheersen om te worden geïnterviewd. Zo werden veertien ouders vanwege taalproblemen niet geïnterviewd. Zij kunnen zonder tolk ook niet, of alleen heel moeizaam, met hulpverleners en anderen communiceren. Informatie krijgen en lezen over vitamine D en het kopen van bijvoorbeeld vitamine D-suppletie is voor hen lastiger. Hierdoor is het waarschijnlijk dat het percentage kinderen, dat naar verwachting een onvoldoende vitamine D-status heeft, binnen deze groep hoger is dan we konden waarnemen.

Conclusie en aanbevelingen

Dit verkennend onderzoek richt zich op 0-4-jarige kinderen die in Haagse wijken met een lage sociaal-economische status wonen. Uit het onderzoek komt naar voren dat bijna de helft van de onderzochte 0-3-jarige kinderen niet de door Thuiszorg Den Haag

aanbevolen hoeveelheid suppletie krijgt. En op basis van de resultaten kan niet worden uitgesloten dat een deel van de 0-4-jarige kinderen een onvoldoende vitamine D-status heeft, indien wordt vergeleken met de richtlijnen van de Gezondheidsraad. Ten slotte zijn er aanwijzingen gevonden dat de kennis van de ouders over vitamine D een bepalende factor is voor de *verwachte* vitamine D-status van het kind.

Deze uitkomsten vormen een belangrijk signaal voor consultatiebureamedewerkers, dat zij in hun contact met de ouders weer meer accent zouden moeten leggen op de betekenis van vitamine D voor jonge kinderen.

De richtlijnen van Thuiszorg Den Haag - in navolging van de Gezondheidsraad - lijken onvoldoende gedifferentieerd voor de multiculturele bevolking die Den Haag tegenwoordig rijk is. Er wordt alleen rekening gehouden met de donkere huidskleur (negroïde huidskleur). Dit impliceert dat voor alle andere huidskleuren ('niet-blanke-niet-negroïde' kinderen) het - wellicht te lage - suppletie-advies voor de kinderen met een blanke huidskleur wordt gevolgd. In de richtlijnen voor de consultatiebureamedewerkers zou kunnen worden vermeld dat deze huidskleur-tweedeling niet voldoet en dat hoe donkerder de huid is, er des te minder aanmaak van vitamine D plaatsvindt. Voor de vierjarigen volgt Thuiszorg Den Haag de richtlijn dat de kinderen die geen negroïde huidskleur hebben, geen vitamine D-suppletie nodig hebben. Uit dit onderzoek komt naar voren dat vierjarigen zonder (voldoende) suppletie vooralsnog de aanbevolen norm niet halen. Dit zou ook aanpassing van het suppletie-advies voor de vierjarigen noodzakelijk maken. Het valt te overwegen het suppletie-advies van de Thuiszorg voor de vierjarigen (net als bij de 0-3-jarigen) gelijk te stellen aan de norm voor adequate inname van de Gezondheidsraad.

De (on)juistheid van de kennisstellingen 'In fruit zit veel vitamine D' en 'Mensen met een donkere huidskleur hebben meer vitamine D nodig' is in dit onderzoek door de ouders vaak fout beoordeeld. Ook de juiste kennis over de stellingen 'In vette vis zit geen vitamine D' en 'In Nederland wordt aan margarine en halvarine vitamine D toegevoegd' was maar nauwelijks bij de ouders aanwezig. Omdat kennis waarschijnlijk een bepalende factor is voor de vitamine D-status is het van belang hier in de voorlichting ruim aandacht aan te besteden. Het groeiboekje, dat op dit moment op basis van nieuwe inzichten wordt geactualiseerd, zou hiervoor een goed medium kunnen zijn.

Literatuur:

1. Wuister JD, Meer IM van der, Huisman W, Lutjenhuis MJT. Herontdekking vitamine D-tekort; gegevens uit de Schilderswijk. *Epidemiol Bul Grav* 2002; 37 nr.2:8-11.
2. Nijhuis HGJ, Zoethout HE, Jong GM de. De terugkeer van een volksziekte: rachitis. *Epidemiol Bul Grav* 1982; 17 nr.3:7-15.
3. Nijhuis HGJ, Zoethout HE. Rachitis in Den Haag. Andere risicogroepen uit de vitamine D-deficiëntie-ijsberg. *Epidemiol Bul Grav* 1986; 21 nr.1:23-9.
4. Gezondheidsraad. Voedingsnormen: calcium, vitamine D, thiamine, riboflavine, niacine, panthotheenzuur en biotine. Gezondheidsraad, publicatie nr. 2000/12. Den Haag, 2000.
5. Nijhuis HGJ. De antirachitiscampagne te Den Haag 1983-'84: bespreking van een basisgezondheidsprogramma. *Epidemiol Bul Grav* 1985; 20 nr.1:8-19.
6. Nijhuis HGJ. Rachitis-surveillance. De stand per 31 december 1985. *Epidemiol Bul Grav* 1986; 21 nr.3:24-25.
7. Verkade-Burger I, Jong GM de. Rachitis-surveillance. De stand per 31 december 1986. *Epidemiol Bul Grav* 1987; 22 nr.4:28-30.
8. NEVO-tabel. Nederlandse Voedingsstoffenbestand 2001. Stichting NEVO. Den Haag, 2001.
9. Volgens mondelinge mededeling deskundige Gezondheidsraad.
10. Volgens mededeling diëtist van Thuiszorg Den Haag.
11. Mawer BE, Backhouse J, Holman CA, Lumb GA, Stanbury SW. The distribution and storage of vitamin D and its metabolites in human tissues. *Clin Sci* 1972;43:413-31.
12. Lawson DEM, Douglas J, Lean M, Sedrani S. Estimation of vitamin D₃ and 25-hydroxyvitamin D₃ in muscle and adipose tissue of rats and man. *Clin Chim Acta* 1986;157:175-82.

Vaccinatiecampagne Meningokokken C in Den Haag: publieksinformatie en klanttevredenheid

M.P.H. Berns, R.J.M. van Ewijk, W. K. Kok

In de zomer en het najaar van 2002 werden in heel Nederland ruim 3,5 miljoen kinderen in de leeftijd van 1 tot en met 18 jaar opgeroepen zich te laten vaccineren tegen meningokokken C. In Den Haag ging het om 92.000 kinderen. Doel van deze grootscheepse campagne was zoveel mogelijk kinderen te vaccineren. Hiertoe was er landelijk en lokaal veel werk gemaakt van het informeren van de bevolking. Vanwege de vele inwoners van niet-Nederlandse herkomst onder de bevolking van Den Haag was er hier speciaal aandacht besteed aan het informeren van deze groep.

Om te achterhalen hoe het publiek de hele informatieverstrekking heeft ervaren, wat er aan kennis is achtergebleven en wat men vond van de gang van zaken tijdens de vaccinatiedagen, is tijdens de campagne een onderzoek gehouden onder de ouders/verzorgers die met hun kinderen meekwamen en onder de jongeren die kwamen voor een vaccinatie.

Onderstaand artikel bevat de resultaten van dat onderzoek.

Inleiding

De meningokokkenziekte is een ernstige ziekte die kan leiden tot hersenvliesontsteking (meningitis, nekkramp) en gepaard kan gaan met bloedvergiftiging. In Nederland komen jaarlijks circa 600 ziektegevallen voor waarvan ongeveer 60 overlijden. De ziekte kent verschillende typen; de typen B en C komen in Nederland het meest voor.

Het aandeel van type C is de laatste jaren sterk toegenomen van 14% in 1999, 19% in 2000 tot 38% in 2001, voorts zijn er in 2001/2002 verschillende uitbraken geweest van het type C. In 2001 kwamen langdurig werkende vaccins tegen type C beschikbaar.

Daarom is begin 2002 door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) besloten om zo spoedig mogelijk vaccinatie tegen meningokokken C

in te voeren in het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) en aanvullend een éénmalig inhaalprogramma uit te voeren voor alle kinderen van 14 maanden tot en met 18 jaar.

In de zomer en het najaar van 2002 is in heel Nederland deze vaccinatiecampagne uitgevoerd. Ruim 3,5 miljoen kinderen in de leeftijd van 1 tot en met 18 jaar werden opgeroepen, waaronder 92.000 in Den Haag. Alle inspanningen hadden als doel om zoveel mogelijk kinderen te vaccineren.

Het massale karakter van de campagne (grote aantallen kinderen vaccineren in een kort tijdsbestek) vergde een speciale aanpak. De vraag is hoe het publiek het hele proces van publieksinformatie en de gang van zaken op de vaccinatiedag zelf heeft ervaren en wat men weet van de meningokokkenziekte en de ziekteverschijnselen, gezien het feit dat deze vaccinatie niet tegen alle vormen beschermt.

Het onderzoek dat tijdens de campagne is uitgevoerd, moest antwoord geven op:

- hoe ouders en jongeren het hele proces van voorbereiding en vaccinatie hebben ervaren en gewaardeerd;
- via welke informatiekanalen (informatiebronnen) zij hun informatie hebben verkregen;
- of men kennis heeft van de meningokokkenziekte en de ziekteverschijnselen.

De resultaten verkregen uit het onderzoek tijdens de eerste ronde van de campagne werden gebruikt om zo nodig verbeteringen op het gebied van de publieksinformatie en/of het logistieke proces door te voeren in de tweede ronde. De gegevens verkregen uit eerste én tweede ronde kunnen worden gebruikt om lering te trekken voor mogelijke andere grootschalige gezondheidscampagnes in de toekomst.

Over de auteurs:

Mw. drs. M.P.H. Berns, epidemioloog, afdeling Epidemiologie, R.J.M. van Ewijk, hoofd afdeling Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding, beiden werkzaam bij de GGD Den Haag; Mw. W.K. Kok, communicatie-adviseur, Bureau Voorlichting & Communicatie. Allen werkzaam bij de Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, gemeente Den Haag.

In dit artikel worden de resultaten gepresenteerd van het onderzoek.

Allereerst wordt kort ingegaan op de logistiek van de vaccinatiecampagne zelf en vervolgens op de opzet, uitvoering en resultaten van het onderzoek. Tot slot wordt in de beschouwing ingegaan op de implicaties van de resultaten met het oog op de organisatie van toekomstige grootschalige op de gezondheid gerichte (publieksinformatie)campagnes.

Opzet vaccinatiecampagne

In maart 2002 is door de minister van VWS besloten om zo spoedig mogelijk alle 3,5 miljoen kinderen van 1-18 jaar te vaccineren. In verband met de beschikbaarheid van het vaccin werd de campagne in twee rondes uitgevoerd: de eerste ronde voor de zomervakantie in juni-juli, de tweede ronde na de zomervakantie in augustus-oktober. In de eerste ronde kwamen de kinderen aan de beurt die, gezien hun leeftijd, het grootste risico liepen: de 1-5-jarigen en de 15-18-jarigen, na de vakantie volgden de 6-14-jarigen. In de aanloop naar de campagne had een deel van de ouders hun kinderen al op eigen initiatief laten vaccineren bij de huisarts. Dit naar aanleiding van uitbraken in 2001 en begin 2002 elders en berichten over een mogelijk ziektegeval in Den Haag. Op basis van signalen van huisartsen en een opgave van de apotheken werd dit aantal geschat op circa 20% van de 92.000 Haagse kinderen die in aanmerking kwamen voor een vaccinatie. Indien deze kinderen een langdurig werkend vaccin hadden gekregen (en dat hadden de meesten die in 2001/2002 waren gevaccineerd) was een nieuwe vaccinatie niet nodig, in geval van een kortdurig werkzaam vaccin werd geadviseerd zich opnieuw te laten vaccineren gedurende de campagne. In tegenstelling tot bijvoorbeeld Amsterdam met de Arena, was in Den Haag geen grote lokatie voorhanden met voldoende parkeergelegenheid en goede bereikbaarheid. Daarom is in Den Haag op drie kleinere lokaties gevaccineerd, verspreid door de stad; en wel bij ADO in het Zuiderpark, in sporthal Overbosch in stadsdeel Mariahoeve en in sporthal GDA in stadsdeel Loosduinen. Gezien de beschikbare ruimte in en om de lokaties waren verschillende dagen nodig om iedereen te vaccineren, in totaal elf en tien dagen voor respectievelijk de eerste en de tweede ronde. De kinderen kregen een oproep waarop dag, tijdstip (in blokken van 60 minuten) en lokatie waren vermeld. De dag, tijd en lokatie waren bepaald door de postcode zodat kinderen uit één gezin, mits in de goede leeftijdscategorie voor de desbetreffende ronde, op hetzelfde tijdstip werden opgeroepen. De oproep-

kaarten werden twee tot drie weken voor de geplande vaccinatiedatum verstuurd naar het huisadres.

Invulling van de publieksinformatie

Het behalen van een hoge vaccinatiegraad in Den Haag werd onder andere nagestreefd door inzet van verschillende middelen om ouders/verzorgers en jongeren te informeren over meningokokken en het belang zich te laten vaccineren. Hoe meer kinderen worden ingeënt, hoe hoger de beschermende werking van het vaccin is. De inenting was gratis maar niet verplicht.

De voorlichtingsmiddelen die in het kader van de publieksinformatie zijn ingezet hadden tot doel:

- de kennis te vergroten, opdat ouders/verzorgers van 'doelgroepkinderen', jongeren en andere inwoners van Den Haag de gevaren van de ziekte kennen, evenals de reden van de vaccinatiecampagne en enkele praktische zaken omtrent de campagne zoals de periode van vaccineren in Den Haag;
- de houding te beïnvloeden, opdat ouders van 'doelgroepkinderen' en jongeren zich bewust zijn van het nut en de noodzaak van de vaccinatie;
- het gedrag te beïnvloeden, opdat ouders van 'doelgroepkinderen' en jongeren op genoemde datum en tijdstip naar de lokatie komen voor een inenting.

Bij de opzet van het plan voor de publieksinformatie is bekeken welke instrumenten op welk moment geschikt waren om (één van) de doelstellingen te realiseren.

Op landelijk niveau zijn middelen beschikbaar gesteld die ook in Den Haag zijn ingezet, te weten:

- een informatiefolder over meningokokken C en de vaccinatie (onderdeel van de oproepset) en een folder over de bijwerkingen van de vaccinatie, beide in elf verschillende talen;
- televisie- en radiospotjes over de vaccinatie;
- advertenties in landelijke kranten;
- een telefoonnummer voor publieksvragen;
- een internetpagina met informatie over meningokokken C en de vaccinatie.

Daarnaast zijn er in Den Haag, aanvullend op de landelijke middelen, nog andere middelen ingezet:

- een brief via scholen en een eigen GGD-brief in de oproepset;
- persberichten;
- voorlichtingsbijeenkomsten voor allochtone groepen (gratis);

- radiospotjes op allochtone zenders;
- 'voorlichters eigen taal en cultuur' op de Haagse markt;
- posters in trams en bussen en driehoeksborden in de hele stad;
- advertenties in de lokale media;
- een speciaal Haags telefoonnummer en een website;
- 'voorlichters eigen taal en cultuur' tijdens vaccinatiedagen en bij het Haags telefoonnummer.

In alle communicatie-uitingen is nadruk gelegd op het feit dat de vaccinatie gratis was en dat men gratis gebruik kon maken van het openbaar vervoer door het laten zien van de oproepkaart.

Uitvoering onderzoek

De informatie is verzameld met behulp van een vragenlijst. Deze is mondeling afgenomen na het vaccineren, bij de uitgang. In de eerste ronde zijn zowel ouders als jongeren geïnterviewd, in de tweede ronde alleen ouders. Om ook degenen die onvoldoende Nederlands beheersen te kunnen interviewen werden een Turkstalige en een Marokkaanstalige interviewer ingeschakeld. Om logistieke redenen zijn deze twee interviewers alleen ingezet op de lokatie ADO, waar de meeste Turks- of Marokkaanstalige Hagenaars hun vaccinatie zouden krijgen. Op de lokatie ADO was de opzet om 50% respondenten van allochtone afkomst te werven en op beide andere lokaties alleen respondenten van autochtone herkomst. De interviewers hadden de opdracht om in de eerste ronde ongeveer evenveel ouders als jongeren te interviewen.

Er werd informatie verzameld over demografische factoren zoals geslacht en etnische afkomst, over de gang van zaken gedurende de vaccinatie zoals wachttijd, over kennis met betrekking tot de ziekte en de verschijnselen, gebruik van informatiebronnen, de informatiebrief en mogelijke punten voor verbetering. Om een indicatie te krijgen van de sociaal-economische status (SES) van de respondenten is naar de postcode gevraagd. Aan de hand van de postcode kon de wijk en de daarbij horende achterstandsscore worden bepaald en ingedeeld in vijf groepen. Voor de wijken Leidschenveen en Ypenburg was dit niet mogelijk, omdat voor deze wijken nog geen achterstandsscores beschikbaar zijn.

Op een vaccinatiedag werd op twee van de drie lokaties gevaccineerd. Op alle 21 vaccinatiedagen zijn interviews afgenomen, meestal op beide lokaties maar op vijf dagen slechts op één lokatie, door gebrek aan interviewers.

Na de eerste ronde is naar aanleiding van een eerste evaluatie op voorlichtingsgebied besloten om geen gebruik meer te maken van posters. Ook in de vragenlijst zijn kleine wijzigingen doorgevoerd: bij twee vragen zijn extra antwoordcategorieën aangemaakt om veelgenoemde 'open' antwoorden te kunnen clusteren, deze toevoegingen betroffen geen inhoudelijke veranderingen.

Resultaten

In totaal werden 1572 vragenlijsten afgenomen, 851 in de eerste ronde en 721 in de tweede ronde. De uitkomsten worden gezamenlijk over beide rondes gepresenteerd en afzonderlijk, waar vergelijking zinvol is. Over het aantal mensen dat weigerde zich te laten interviewen zijn geen gegevens verzameld.

Tabel 1.

Inentingslokatie en enkele demografische kenmerken van de respondenten.

| Kenmerken | Totaal | |
|-------------------------------|--------|------|
| | n | % |
| Totaal | 1572 | 100% |
| Lokatie | | |
| ADO | 786 | 50 |
| Overbosch | 387 | 24,6 |
| GDA | 399 | 25,4 |
| Ouders/verzorger* | 1216 | 77,6 |
| Jongere | 352 | 22,4 |
| Geslacht* | | |
| Man | 445 | 30,6 |
| Vrouw | 1010 | 69,4 |
| Etnische achtergrond* | | |
| Nederlands | 914 | 58,8 |
| Turks | 165 | 10,6 |
| Marokkaans | 171 | 11 |
| Surinaams | 159 | 10,2 |
| Antilliaans | 36 | 2,3 |
| Overig | 110 | 7,1 |
| Achterstandscore* | | |
| 1: hoogste score, laagste SES | 264 | 19,2 |
| 2 | 486 | 35,3 |
| 3: midden | 147 | 10,7 |
| 4 | 396 | 28,8 |
| 5: laagste score, hoogste SES | 83 | 6 |

* Informatie niet van alle respondenten beschikbaar

Tabel 2.*Gebruikte informatiebronnen over de vaccinatiecampaagne.*

| Bron* | n | % |
|---|------|------|
| Vooraankondigingen op de radio en televisie | 1038 | 66,5 |
| Oproepbrief met folder op huisadres | 645 | 41,3 |
| Brief via de school/kinderdagverblijf | 441 | 28,3 |
| Berichten in een landelijke krant | 390 | 25 |
| Familie/ vrienden/ kennissen/ werk | 390 | 25 |
| Berichten in een Haagse krant | 376 | 24,1 |
| Huisarts | 178 | 11,4 |
| Posters in de stad en op tram/bus | 128 | 8,2 |
| Consultatiebureau/ GGD/ apotheek | 89 | 5,7 |
| Internetsite ministerie van VWS | 33 | 2,1 |
| Internetsite van de gemeente Den Haag | 25 | 1,6 |
| Voorlichtingsbijeenkomsten door VETC's | 18 | 1,2 |
| Landelijk telefonisch informatienummer | 12 | 0,8 |
| Haagse telefonisch informatienummer | 12 | 0,8 |
| Informatiestand op de Haagse markt | 11 | 0,7 |

* Meerdere antwoorden mogelijk

Kenmerken respondenten

In tabel 1 staan enkele kenmerken van de respondenten. De meeste respondenten waren vrouw, dit omdat in meerderheid ouders zijn geïnterviewd en meestal de moeder meekwam met het kind (driekwart van de ondervraagde ouders). Bij de jongeren zijn evenveel jongens als meisjes ondervraagd.

Van alle respondenten was 41% van allochtone herkomst.

Van 196 respondenten kon de achterstandsscore van de wijk niet worden bepaald. Van de respondenten uit de wijken met de laagste SES was 13% autochtoon, uit de wijken met de hoogste SES 86%.

Klanttevredenheid over het logistiek proces van de campagne

Voor het overgrote deel van de respondenten was het bij binnenkomst op de lokatie duidelijk wat men moest doen (98%).

Slechts negen respondenten (1%) gaven aan meer dan tien minuten te hebben moeten wachten voor men aan de beurt was voor de vaccinatie. Het overgrote deel (99%) heeft de wachttijd als kort ervaren.

Vrijwel alle respondenten (99,6%) vonden de meeste medewerkers vriendelijk.

Gebruik van en klanttevredenheid met de publieksinformatie

De meeste mensen hadden al van de vaccinatiecampaagne gehoord voordat ze de oproepbrief ontvingen,

maar 9% wist er op dat moment nog niets van. Dit betrof naar verhouding meer jongeren dan ouders/verzorgers (15% versus 8%) en meer allochtone dan autochtone respondenten (14% versus 6%). Op de vraag of men tijdig was geïnformeerd over de campagne antwoordde 90% bevestigend, 2% had geen mening en 8% vond dat men niet tijdig was geïnformeerd. Meer allochtone dan autochtone respondenten vonden dat ze niet tijdig waren geïnformeerd (12% versus 5%).

De oproepbrief was voor 91% tijdig ontvangen en voor 8% niet tijdig; ook hier vonden meer allochtone dan autochtone respondenten dat ze niet tijdig de brief hadden ontvangen (9% versus 7%).

Om te achterhalen uit welke bron(nen) de respondenten informatie over de campagne hebben ontvangen zijn alle mogelijke bronnen nagevraagd. In tabel 2 staan daarover gegevens.

De meeste respondenten hebben hun informatie verkregen via de aankondigingen op radio/televisie, de oproepbrief met folder en de brief via de school of het kinderdagverblijf. 'Informeel' bronnen als familie/vrienden/kennissen/collega's werden zeer regelmatig genoemd. Weinig respondenten noemden speciale voorzieningen als de landelijke en Haagse telefoonnummers en internetsites, evenmin als de speciaal op allochtonen gerichte voorlichtingsbijeenkomsten en de informatiestand op de Haagse markt. Allochtonen noemden onder andere vaker de oproep-

Tabel 3.

Door respondenten meest genoemde gewenste verbeteringen indien de GGD dit nog eens zou organiseren.

| Verbeteringen* | n | % |
|--|-----|------|
| Totaal aantal respondenten met suggesties voor verbetering | 366 | 100 |
| Andere lokatie | 106 | 29 |
| Bewegwijzering/route-aanduiding | 47 | 12,8 |
| Kinderen uit één gezin tegelijk vaccineren | 32 | 8,7 |
| Betere informatie vooraf | 28 | 7,7 |
| Eerder vaccineren | 26 | 7,1 |
| Rekening houden met schooljeugd (op school vaccineren of buiten schooltijd) | 13 | 3,6 |
| Indeling/inrichting op de lokatie | 12 | 3,3 |

* Meerdere antwoorden mogelijk

brief, de brief via school/kinderdagverblijf en de huisarts, maar minder vaak de kranten en aankondigingen op radio/tv. Opvallend veel Marokkanen noemden de oproepbrief (75%, Nederlanders 36%, Turken 34%). De brief via de school/kinderdagverblijf werd veel door Turken genoemd (40%, Nederlanders 26%, Marokkanen 31%). Ruim een derde van de Turkse respondenten (37%) had de informatie van de huisarts, veel meer dan de anderen (Nederlanders 7%, Marokkanen 10%). Ook hadden veel Turken informatie verkregen via familie/vrienden/kennissen/collega's (40%, Nederlanders 24%, Marokkanen 16%). Minder Turken noemden de aankondigingen op radio/tv (52%, Nederlanders 70%, Marokkanen 59%). De Surinaamse/Antilliaanse respondenten verschilden nauwelijks van de Nederlandse respondenten in het gebruik van informatiebronnen.

Jongeren maakten minder gebruik van de informatiebronnen dan ouders/verzorgers. Meer respondenten uit wijken met de hoogste SES noemden de kranten en meer respondenten uit wijken met de laagste SES noemden de oproepbrief als informatiebron.

Verbeteringen /oordeel

Aan de respondenten werd gevraagd of de GGD iets kon verbeteren als zij dit nog eens zou organiseren; de respondenten dienden zelf de gewenste verbetering te noemen.

Bijna een kwart noemde gewenste verbeteringen, daaronder meer ouders/verzorgers, meer autochtonen en meer respondenten van de lokaties Overbosch en GDA.

Tabel 3 geeft een overzicht van de meest genoemde verbeteringen.

Nogal wat respondenten wensten een andere lokatie, dit sloeg vooral op de te groot geachte afstand van huis naar de lokatie en niet zozeer op de lokatie zelf. Op de lokaties Overbosch en GDA was dit het meest genoemde verbeterpunt (44%, respectievelijk 37% van degenen die een verbeterpunt noemden). Met name degenen uit de wijken Ypenburg en Leidschenvveen (lokatie Overbosch) en Wateringse Veld (lokatie GDA) wilden een andere lokatie.

Verbeteringen op het gebied van de bewegwijzering/route-aanduiding hadden op diverse aspecten betrekking, zoals een route-aanduiding van tram- of bushalte naar de lokatie, een routekaartje in de oproepbrief of een betere looproute-aanduiding op de lokatie zelf. Met name op de lokatie ADO werd dit punt genoemd.

Het algemene oordeel over de organisatie door de GGD was erg goed, gemiddeld werd een 8,6 als rapportcijfer gegeven. Ouders/verzorgers en vrouwen gaven gemiddeld een iets hoger rapportcijfer dan jongeren, respectievelijk mannen, er was geen verschil naar etnische herkomst.

Kennisniveau

In een aantal vragen is gevraagd naar de kennis van de respondent over de ziekte, de ziekteverschijnselen en de vaccinatie.

Aan de respondenten werden allereerst vier stellingen voorgelegd waarvan men kon aangeven of de stelling juist of onjuist was of dat men het niet wist.

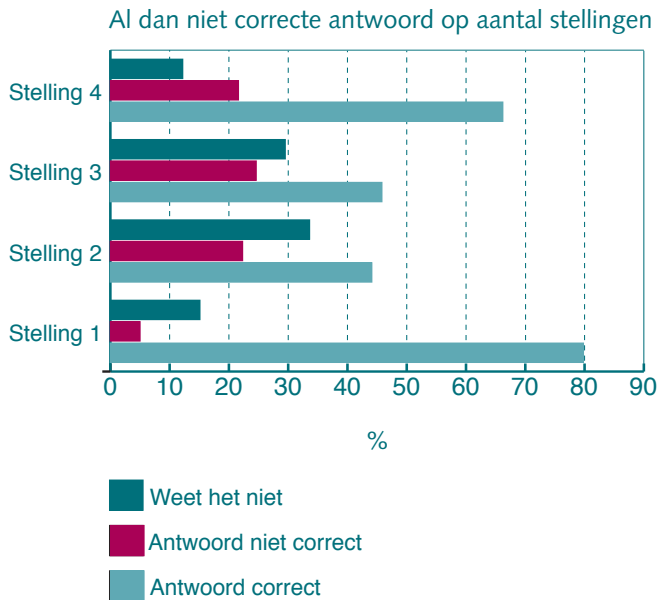
De stellingen luiden:

Stelling 1: de ernstige ziekte die door de meningokokken wordt veroorzaakt is hersenvliesontsteking=juist

Stelling 2: meningokokken worden overgedragen

Figuur 1.

Opvattingen over juistheid van stellingen met betrekking tot de meningokokkenziekte en de vaccinatie.



door niezen en hoesten=juist

Stelling 3: de vaccinatie biedt vanaf de eerstvolgende dag bescherming=niet juist

Stelling 4: de vaccinatie biedt bescherming tegen alle vormen van meningokokken=niet juist

Tabel 4 laat zien op hoeveel stellingen de respondenten het correcte antwoord gaven.

Duidelijk is te zien dat ouders/verzorgenden meer stellingen correct wisten te beantwoorden dan de jon-

geren en meer autochtone dan allochtone respondenten. Binnen deze laatste groep gaven de Surinamers/Antillianen de meeste correcte antwoorden en leken de Turkse respondenten het minst op de hoogte.

Figuur 1 laat de resultaten zien per stelling.

Op alle afzonderlijk stellingen gaven meer ouders/verzorgers en meer autochtone respondenten het correcte antwoord.

De stelling over hersenvliesontsteking werd door 80% van de respondenten correct beantwoord. Meer vrouwen en meisjes dan mannen, respectievelijk jongens gaven op deze stelling het correcte antwoord, ook meer respondenten uit de wijken met de hoogste SES. De stellingen over de overdracht door niezen/hoesten (juist) en de bescherming door het vaccin vanaf de eerstvolgende dag (niet juist) werden door minder dan de helft van de respondenten correct beantwoord en telden ook vrij veel respondenten (ongeveer eenderde) die het niet wisten.

Op de stelling over de werking van het vaccin tegen alle vormen gaf tweederde een correct antwoord maar was van relatief veel respondenten het antwoord niet correct. Hier was sprake van een groot verschil naar etniciteit: van de Nederlanders gaf 83% correct antwoord, van de Turken 34%, Marokkanen 39%, Surinamers/Antillianen 52% en overigen 44%.

Kennis van ziekteverschijnselen is van belang bij het herkennen van de ziekte. De respondenten werd daarom gevraagd of ze verschijnselen van de meningokokkenziekte bij kinderen/jongeren konden noemen; de verschijnselen moesten daarbij zelf worden

Tabel 4.

Totaal aantal stellingen correct beantwoord, totaal en naar ouder/jongere en etnische herkomst.

| | Geen enkele stelling correct | | 1-2 stellingen correct | | 3-4 stellingen correct | | Totaal |
|-----------------------|------------------------------|------|------------------------|------|------------------------|------|--------|
| | n | % | n | % | n | % | n |
| Totaal | 122 | 7,8 | 670 | 42,9 | 771 | 49,3 | 1563 |
| Ouder/verzorgende | 80 | 6,6 | 489 | 40,5 | 639 | 52,9 | 1208 |
| Jongere | 42 | 12 | 179 | 51 | 130 | 37 | 351 |
| Nederlands | 22 | 2,4 | 309 | 33,9 | 581 | 63,7 | 912 |
| Turks | 33 | 20,1 | 97 | 59,1 | 34 | 20,7 | 164 |
| Marokkaans | 23 | 13,6 | 105 | 62,1 | 41 | 24,3 | 169 |
| Surinaams/Antilliaans | 26 | 13,3 | 95 | 48,7 | 74 | 37,9 | 195 |
| Overig | 17 | 16 | 58 | 54,7 | 31 | 29,2 | 106 |

* Informatie niet van alle respondenten beschikbaar

Tabel 5.*Meest genoemde verschijnselen van meningokokkenziekte bij kinderen/jongeren.*

| Ziekteverschijnsel | Totaal | | Ouder | Jongere | Man | Vrouw | Autoch- toon | Alloch- toon |
|---|--------|------|-------|---------|------|-------|-----------------|-----------------|
| | n | % | % | % | % | % | % | % |
| Hoge koorts | 862 | 55 | 62,2 | 29,8 | 45,3 | 60,6 | 63,5 | 42,4 |
| Nekstijfheid | 842 | 53,7 | 55,9 | 46,3 | 39,2 | 60,8 | 60,7 | 43,6 |
| Hoofdpijn | 378 | 24,1 | 26,2 | 17,3 | 17,1 | 27,8 | 26,9 | 19,3 |
| Onderhuids puntbloedinkje/ donkerrode vlekjes op de huid | 346 | 22,1 | 26,2 | 7,4 | 15,8 | 26 | 29,9 | 10,8 |
| Misselijkheid/braken | 263 | 16,8 | 18,6 | 10,5 | 14,9 | 18 | 18,6 | 13,7 |
| Sufheid | 136 | 8,7 | 10,3 | 2,8 | 7,2 | 10,2 | 10,4 | 6,1 |
| Griepig/verkouden | 124 | 7,9 | 10 | 0,9 | 4,3 | 10 | 9,7 | 5,3 |
| Kan geen enkel verschijnsel noemen | 321 | 20,5 | 16 | 35,8 | 29,5 | 15,5 | 12,7 | 31,7 |

* Informatie niet van alle respondenten beschikbaar

benoemd.

Tabel 5 laat de meeste genoemde ziekteverschijnselen zien.

Eén op de vijf respondenten wist geen enkel ziekteverschijnsel te noemen, dit waren vooral jongeren, allochtonen, mannelijke ouders/verzorgers en bewoners van wijken met lagere SES. Met name Marokkaanse respondenten wisten geen enkel ziekteverschijnsel te noemen: 42% (Nederlanders 13%, Turken 28%, Surinamers/Antillianen 28%, overigen 29%).

Hoge koorts en nekstijfheid waren de meest genoemde ziekteverschijnselen, jongeren noemden het meest nekstijfheid. Hoge koorts werd door veel respondenten uit wijken met hogere SES genoemd. Nekstijfheid werd door relatief veel Nederlanders (61%) en Turken genoemd (53%), minder door Surinamers/Antillianen (45%) en vrij weinig door Marokkanen (33%).

Vrijwel iedereen die op alle stellingen het correcte antwoord wist, kon minstens één ziekteverschijnsel noemen (96%), van degenen die geen enkel correct antwoord wisten te geven kon minder dan de helft (44%) minstens een verschijnsel noemen.

Beschouwing

De vaccinatiecampagne meningokokken was voor de GGD Den Haag een grootschalige logistieke operatie met een uniek karakter.

Een van de doelen die de GGD Den Haag had gesteld was een soepel lopende organisatie. Uit dit onderzoek naar de ervaringen van de doelgroep zelf blijkt duidelijk dat deze in het algemeen zeer tevreden is. Op

allerlei concrete punten blijken de zaken goed tot zeer goed te zijn verlopen, resulterend in een zeer hoog rapportcijfer.

Het andere doel was het behalen van een hoge vaccinatiegraad dat wil zeggen: minstens 85% van de doelgroep gevaccineerd. Uiteindelijk is deze vaccinatiegraad bereikt: de eerste voorlopige cijfers wijzen op een vaccinatiegraad van ongeveer 87%.

Logistiek

In het algemeen had men weinig aan te merken op de gang van zaken op de vaccinatiedag zelf en was men erg tevreden. De doorstroom was goed en wachttijden waren er nauwelijks.

Het belangrijkste kritiekpunt was de vermeende te grote afstand naar de lokatie. Dit punt werd met name genoemd door de bewoners van de 'nieuwe' wijken Ypenburg (lokatie Overbosch), Wateringse Veld (GDA) en Leidschenveen (lokatie Overbosch). Bij een eventuele volgende grootschalige campagne zou een lokatie in deze wijken te overwegen zijn. In de andere drie grote steden werd maar op één lokatie gevaccineerd, aannemelijk is dat voor meer mensen daar de afstand tot die lokatie even ver of verder is dan in Den Haag. Uit onderzoek in Utrecht bleek 19% van de 241 respondenten niet tevreden te zijn met de lokatie Jaarbeurs, volgens de meesten omdat het moeilijk bereikbaar was (1). Voorkomen moet worden dat mensen inderdaad niet komen omdat ze het te ver vinden. De klacht met betrekking tot het niet gezamenlijk vaccineren van alle kinderen uit één gezin is er één waar bij deze campagne door de beschikbaarheid van

het vaccin niet aan te ontkomen viel, maar wel een gegeven waar in de toekomst rekening mee moet worden gehouden. In deze opzet bestaat het risico dat kinderen die worden opgeroepen voor een volgende ronde, niet komen.

Publieksinformatie

Er zijn zeer veel landelijke en lokale middelen ontwikkeld en ingezet waarvan een aantal speciaal gericht op de allochtone Haagse bevolking. De hoge opkomst is een aanwijzing dat de boodschap met betrekking tot het belang van de vaccinatie en waar men die kon krijgen goed is overgekomen.

Dat het onderwerp vaccinatie leefde in Den Haag bleek al ruim voor de start van de campagne uit de (voortdurende) media-aandacht en de vele (publieks)telefoontjes over meningokokken C. Veel ouders/verzorgers van Haagse 'doelgroepkinderen' dachten vóór de campagne al positief over de vaccinatie. In dat vroege stadium kon het overdragen van feitelijke kennis over de ziekte en mogelijke voorzorgsmaatregelen onrust wegnemen.

Een aantal middelen is vaak genoemd, andere minder vaak of zelfs nauwelijks. Duidelijk is dat de meeste respondenten de nodige informatie uit meerdere bronnen hebben verkregen en dat moeilijk aanwijsbaar is welk middel nu het meest effectief was voor het bereiken van een hoge vaccinatiegraad. De resultaten van dit onderzoek geven aan dat bijvoorbeeld de boodschappen op de radio/tv een zeer belangrijk instrument zijn in het streven naar een hoog bereik van de publieksinformatie, dat de oproepbrief met informatiefolder niet door iedereen als informatiebron is beschouwd en dat de zogenoemde 'informele' bronnen - familie, vrienden, kennissen, collega's - voor sommige subgroepen een belangrijke rol speelden. Daarentegen zijn de websites ondanks het inmiddels hoge bereik van internet in de Nederlandse huishoudens, weinig bezocht (dit is ook in Utrecht geconstateerd) en bleken posters in de tram/bus in de eerste ronde een laag bereik te hebben: reden om deze gezien de relatief hoge kosten, in de tweede ronde niet meer in te zetten. Deze resultaten met betrekking tot het bereik van de middelen kunnen worden gebruikt om in de toekomst prioriteiten te stellen bij de inzet van bepaalde middelen, afhankelijk van het beschikbare budget.

Het gebruik van de verschillende informatiebronnen door allochtonen leverde een wisselend beeld op naar de afzonderlijke etnische groepen. Mogelijk is er sprake van voorkeur voor bepaalde informatiebronnen: in vergelijking met bijvoorbeeld de Turkse

respondenten gebruikten de Marokkanen veel meer de oproepbrief, maar veel minder de huisarts en familie/vrienden/collega's als informatiebron.

Kennisniveau

De doelstelling van de publieksinformatie was niet in de eerste plaats gericht op het vergroten van kennis omtrent de meningokokken, de ziekte en de ziekteverschijnselen. Toch werd daar in de meeste middelen meer of minder uitgebreid op ingegaan. Zo werd in de informatiefolder bij de oproepbrief ingegaan op de hersenvliesontsteking, op het feit dat het vaccin alleen werkt tegen type C en dat het twee weken duurt voordat het vaccin volledig beschermt.

In dit licht bezien is het kennisniveau laag te noemen. Een niet onaanzienlijk aantal personen wist geen correct antwoord op de stellingen of kon nauwelijks een ziekteverschijnsel noemen. Aangezien deze personen wel de vaccinatie hebben gehaald, zou men kunnen redeneren dat dat het belangrijkste is en dat het gebrek aan kennis maar een bijzaak is. Echter, deze vaccinatie biedt alleen bescherming tegen type C, men kan nog steeds ziek worden van de andere typen van de meningokokken. In dit kader is het dan ook verontrustend dat eenderde van de respondenten niet weet dat de vaccinatie niet tegen alle vormen beschermt en dat één op de vijf respondenten geen enkel ziekteverschijnsel kan noemen. Het gevaar is dan dat hersenvliesontsteking niet als zodanig wordt herkend en dat men te laat actie onderneemt. Met name veel allochtone respondenten weten niet dat het vaccin niet tegen alle vormen beschermt en kunnen geen ziekteverschijnsel noemen.

Het lijkt noodzakelijk om deze aspecten nogmaals onder de aandacht van het publiek te brengen bijvoorbeeld door voorlichting op de consultatiebureaus en scholen en in de media. Daarbij moet speciaal aandacht worden besteed aan allochtonen.

Jongeren blijken op alle fronten over minder kennis te beschikken dan de ouders. Mogelijk voelen ze zich niet aangesproken door het onderwerp, laten ze het verwerven van de kennis over aan hun ouders of is de voorlichtingsboodschap niet voldoende op hen toegesneden.

Conclusies

De vaccinatiecampagne meningokokken is naar volle tevredenheid van ouders en jongeren verlopen.

De ingezette middelen voor publieksinformatie zijn wisselend gebruikt als informatiebron. Allochtonen halen vergeleken met autochtonen, hun informatie uit andere bronnen. Dit verschillend gebruik is ook te

zien tussen de afzonderlijke allochtone groepen. Het kennisniveau met betrekking tot de ziekte meningokokken en de ziekteverschijnselen laat te wensen over. Extra voorlichting over ziekteverschijnselen wordt aanbevolen.

Dankwoord

De auteurs bedanken Haley Kang, studente Geneeskunde voor haar inspanningen bij het onderzoek gedurende de voorbereidingen en de eerste ronde. Voorts worden alle interviewers bedankt voor de afname van de interviews.

Literatuur

1. Resultaten klanttevredenheidsonderzoek meningokokken-campagne. GGD Utrecht. 2002.

De moeilijk instelbare diabetespatiënt; een terugblik op het project 'Diabeteszorg en therapietrouw'

B.L.W.M. van der Poel

Het bereiken van een optimale diabetesregulatie is een complexe aangelegenheid en hulpverleners zijn niet tevreden over de beschikbare mogelijkheden om patiënten hierbij goed te begeleiden. Dit gegeven was de aanleiding voor het project 'Diabeteszorg en therapietrouw'. Het project is in de periode juli 2000 tot juli 2002 uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de Stichting Transmurale Zorg Den Haag en omstreken. Doel van het project was de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verbeteren voor een nader omschreven groep patiënten, bij wie de reguliere behandeling onvoldoende resultaat had. Het ging dus om patiënten bij wie het blijkbaar, door wat voor oorzaken of om wat voor redenen dan ook, niet goed lukt om voldoende therapietrouw te bereiken.

Dit artikel beschrijft het project 'Diabeteszorg en therapietrouw' en de daarmee behaalde resultaten en doet enkele aanbevelingen voor de toekomst.

Het project

Doelgroep

De doelgroep van het project bestond uit mensen met type 2 diabetes, die behandeld werden met tabletten en/of insuline en die inmiddels educatie aangeboden hadden gekregen door een arts (internist of huisarts), diabetesverpleegkundige en diëtist. Het betrof patiënten die ondanks de behandeling door het reguliere circuit, een HbA1c (zie kader op pagina 35) hadden van boven de 8,5%, gedurende een periode van ten minste zes maanden. Dit betekent dat hun diabetesregulatie onvoldoende was. Bij deze groep patiënten is de kans groot dat bij niet-adequate behandeling de kwaliteit van leven afneemt en op de langere termijn diabetescomplicaties (zie kader op pagina 35) ontstaan met hoge kosten voor de gezondheidszorg. Schema 1 (pagina 35) toont de volledige lijst van de in- en exclusiecriteria van het project.

Lokaties

Voor het project werd in twee ziekenhuizen, Medisch Centrum Haaglanden (MCH) lokatie Westeinde en MCH lokatie Antoniushove, een speciaal spreekuur opgezet. Op beide lokaties waren voor de duur van het project een diabetesverpleegkundige en een diëtist aangesteld (hierna aan te duiden als project-diabetesverpleegkundige respectievelijk project-diëtist), om uitvoering te geven aan de binnen het project ontwikkelde modules. Elke module werd eenduidig beschreven: de inhoud van het aanbod, de vorm, duur en frequentie van het aanbod en wie de module uitvoerde. Bij het project waren de verschillende hulpverleners betrokken die de reguliere zorg aanbieden, alsmede de Diabetes Vereniging Nederland. De hulpverleners hadden een zeer uiteenlopende achtergrond: internist, huisarts, apotheker, psycholoog, diabetesverpleegkundige, praktijkverpleegkundige, diëtist, fysiotherapeut en sportarts. Bij de start van het project werden de knelpunten geïnventariseerd, die zij constateerden met betrekking tot de therapietrouw.

Dynamisch proces

Het project was een pilot, waarin in een dynamisch proces werd gewerkt aan de ontwikkeling van verschillende modules voor het verbeteren van de therapietrouw. Aan het eind werden aanbevelingen geformuleerd met de bedoeling de goede elementen van het project vast te houden en te implementeren in de reguliere zorg. Dit moet resulteren in kwaliteitsverbetering van de zorg en toename van de therapietrouw (1).

Instroom van de doelgroep en duur van het project

Een deel van de patiëntengroep (n=83) was verwezen door internisten van het Westeinde en huisartsen die in hun praktijk samenwerken met praktijkverpleegkundigen in het centrum van Den Haag. Het andere

Over de auteur:

Beatrijs L.W.M. van der Poel, adviseur, Verpleegkundig Beleid en Advieswerk (VBA), indertijd projectleider van het project 'Diabeteszorg en therapietrouw'.

deel van de patiënten (n=50) was verwezen door de internist van Antoniushove en huisartsen uit Voorburg en Leidschendam.

Op de polikliniek van de ziekenhuizen werden gedurende een periode van één maand alle patiënten beoordeeld op de in- en exclusiecriteria. Patiënten die hieraan voldeden werden benaderd voor deelname aan het project. Vervolgens werden gedurende het project, tijdens de spreekuren van de internisten, nieuwe patiënten geselecteerd en benaderd.

Bij de acht huisartsen uit het centrum van Den Haag zijn de patiënten zeven keer geselecteerd door middel van het doorlopen van het diabeteskaartsysteem en één keer at random op het spreekuur.

Bij de zeven huisartsen rondom Antoniushove heeft de selectie als volgt plaatsgevonden: twee keer door middel van het doorlopen van het diabeteskaartsysteem, twee keer at random op het spreekuur en een keer aan de hand van de oproepen van de griepvaccinaties.

De selectie heeft dus niet volgens één vastgestelde procedure plaats gevonden maar was afhankelijk van de mogelijkheden van de zorgverleners. Daardoor is het mogelijk dat van de deelnemende artspraktijken niet alle patiënten die aan de criteria voldoen, zijn ingestroomd in het project.

Na verwijzing door de internist / huisarts maakte de project-diabetesverpleegkundige een afspraak voor een intakegesprek van 1,5 uur waarbij een uitgebreide anamnese werd afgenomen. Aan de hand van een checklist inventariseerde zij de aanwezige problemen en knelpunten in de diabetesbehandeling. De patiënt zelf vulde tot slot twee vragenlijsten in: een over de beoordeling van de eigen mogelijkheden tot bepaald gedrag (self-efficacy, bijvoorbeeld of men in staat is om de juiste voeding te kiezen) en een over hoe men zich voelt en hoe de diabetes het dagelijkse leven beïnvloedt (2)(3).

Vervolgens werd op basis van de geïnventariseerde problemen, in een multidisciplinair overleg (van huisarts, internist, reguliere diabetesverpleegkundige en project-diabetesverpleegkundige en -diëtist) een aanbod samengesteld uit de verschillende modules.

In verband met de gefaseerde start van het project op twee lokaties was de looptijd van het project in het Westeinde 15 maanden en in Antoniushove 11 maanden.

Evaluatie

Het project is aan de hand van de modules inhoudelijk geëvalueerd. Voorts is, op basis van indicatoren als het HbA1c en het gewicht, nagegaan of er verbeteringen

waren in de diabetesregulatie. Daarnaast werden in deze evaluatie aspecten meegenomen met betrekking tot de kwaliteit van leven. Hiertoe is gekeken naar de self-efficacy (de inschatting die iemand zelf heeft van zijn mogelijkheden om bepaald gedrag uit te voeren) en naar het ervaren van belemmeringen in het dagelijkse leven.

De in de evaluatie betrokken patiënten

Omvang

Van de totaal verwezen groep patiënten (n=133) is een deel minder dan één maand in het project geweest. In het Westeinde waren dit 13 patiënten (9,7%), bij Antoniushove vier patiënten (3%). Bij deze patiënten heeft uiteindelijk geen intake plaatsgevonden en ze hebben geen zorg ontvangen. Dit om verschillende redenen, onder andere:

- patiënt verscheen niet op de eerste afspraak en gaf vervolgens aan geen contact meer te willen;
- patiënt was niet te bereiken door het ontbreken van telefoon, en reageerde niet op schriftelijke oproepen;
- patiënten was onbereikbaar in verband met vakantie van enkele maanden in het buitenland.

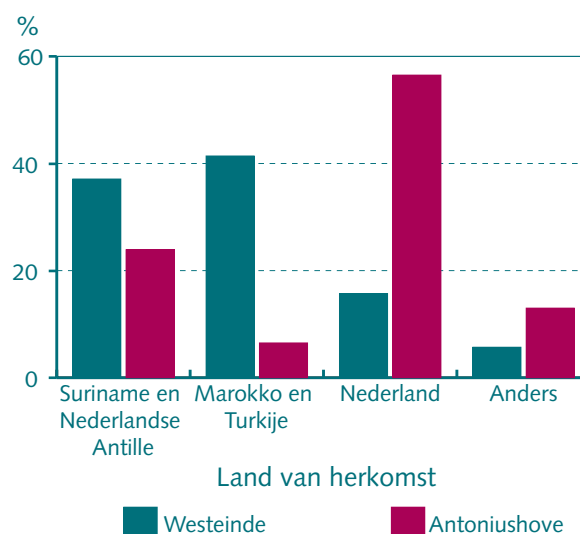
De evaluatie heeft derhalve betrekking op 116 patiënten.

Sociaal-demografische kenmerken

De patiëntengroep bestond voor 40,5% uit mannen en voor 59,5% uit vrouwen, met een gemiddelde leeftijd van 56,2 jaar. 6% Was jonger dan 40 jaar, 56%

Figuur 1.

Land van herkomst, per lokatie.



tussen de 40 en 60 jaar en 38% was 60 jaar of ouder. 32% Was afkomstig uit Nederland, eveneens 32% uit Suriname en de Nederlands Antillen en 28% uit Marokko of Turkije. De overige 9% was afkomstig uit diverse andere landen.

Figuur 1 toont de verdeling van de patiënten naar het land van herkomst. In het Westeinde was ruim 78% afkomstig uit Suriname, de Nederlandse Antillen, Marokko of Turkije. In Antoniushove was 30% van de patiënten uit deze landen afkomstig.

Van de totale groep van 116 patiënten spraken er 24 geen Nederlands; in overgrote meerderheid waren deze ook analfabeet. In totaal waren er 28 patiënten analfabeet.

In het Westeinde lag het opleidingsniveau lager dan in Antoniushove: 94% van de patiënten in het Westeinde had geen opleiding, alleen lagere school of een LBO-opleiding; van de patiënten in Antoniushove was dit 65%.

Duur van de begeleiding

De duur van de begeleiding was afhankelijk van de diversiteit van het aanbod van de modules en de mogelijkheden van de patiënt. De duur is tevens beïnvloed door de eindigheid van het project. Alle patiënten zijn per 1 juli 2002 weer overgedragen aan de reguliere zorgverleners, ook als de begeleiding nog niet volledig was afgerond.

De modules: ervaringen en bevindingen

Het project kende de volgende modules: Kennis, Zelfcontrole, Voeding, Medicatie, Bewegen, Migranten en taal, Gedragsgerichte begeleiding en ten slotte Groepsbegeleiding.

De patiënten die konden worden verwezen naar het project, moesten in ieder geval de basiseducatie hebben gehad en conform de richtlijnen zijn behandeld en begeleid. Toch bleek bij veel patiënten de noodzaak om (meestal meer) modules te volgen: gedurende het project heeft 83% van de totale patiëntengroep vijf of meer modules gevolgd.

De modules waren onderdelen van de totale begeleiding en werden, afhankelijk van de gesignaleerde problematiek, vaak in combinatie met elkaar aangeboden. Zo waren de modules op het gebied van de leefregels veelal met elkaar verweven en speelde de module 'Migranten en taal' een rol zodra men de Nederlandse taal niet sprak. De module 'Gedragsgerichte begeleiding' vormde feitelijk de basis van alle modules; gedragsgerichte begeleiding is de methode waarop de voorlichting en educatie binnen het project is gegeven. Bij de interpretatie van de navolgende gegevens moet

men zich realiseren dat een deel van de patiënten weer aan de reguliere zorg moest worden overgedragen omdat het project eindigde (1 juli 2002). Hierdoor heeft men niet altijd alle modules gevolgd die eigenlijk noodzakelijk waren en/of een module niet kunnen afmaken.

Module Kennis

In de module 'Kennis' werd basiskennis overgedragen: wat is diabetes, wat is een HbA1c etc. Vrij snel na de instroom van de eerste patiënten bleek dat dergelijke kennis bijzonder vaak niet aanwezig was, of onvoldoende om leefregels adequaat te kunnen opvolgen. Uiteindelijk kregen 110 patiënten (ruim 97%) deze module aangeboden.

Module Zelfcontrole

In de module 'Zelfcontrole' werd aandacht besteed aan de vaardigheden van het bloedsuikerprikken en het belang van zelfcontrole; ook werd inzicht gegeven in de betekenis van de uitslagen van de bloedsuikers in relatie tot de leefregels. Tijdens de intake kwam naar voren dat de hulpverleners over onvoldoende gegevens (bijvoorbeeld bloedglucosewaarden op de juiste tijdstippen) beschikten en dat bij de patiënt onvoldoende inzicht aanwezig was. Vanzelfsprekend zijn deze beide zaken van groot belang voor een goede diabetesregulatie. 97 Patiënten (circa 83,5%) kreeg één of meer onderdelen van deze module aangeboden.

Module Voeding

De project-diëtist voerde de module 'Voeding' uit. Zij gaf informatie over voeding en het toepassen van voedingsrichtlijnen in het dagelijks leven. Een specifiek aanbod betrof het zogenaamde 'supermarktbezoek'. In groepsverband, onder leiding van de 'eigen' diëtist, vergeleken patiënten in de supermarkt voedingsmiddelen en leerden zo keuzes te maken uit het assortiment.

Ook over dit onderwerp bleek een grote groep geen of onvoldoende kennis te hebben; 98 patiënten (circa 84,5%) kregen deze module aangeboden. Het supermarktbezoek was een zeer succesvol onderdeel. Bij de evaluatie kwam naar voren dat de patiënten door bijvoorbeeld het vergelijken van voedingsmiddelen meer inzicht hadden gekregen in de diverse producten en beter in staat waren keuzes te maken. Dit onderdeel richtte zich in het bijzonder op mensen die de etiketten kunnen lezen en gewoonlijk zelf in een supermarkt hun boodschappen doen. Het supermarktbezoek is dus niet aangeboden aan analfabeten en evenmin aan patiënten die het Nederlands onvol-

doende beheersen. Turken en Marokkanen hebben dit onderdeel niet gevolgd, omdat zij (in de praktijk: meestal de man) hun inkopen doen op de markt.

Module Medicatie

De module 'Medicatie' richtte zich op het medicijngebruik en kennis over de toepassing daarvan (bijvoorbeeld orale medicatie, insuline en vaardigheden op het gebied van injecteren). De module bestond uit twee onderdelen: een medicatiecheck bij de apotheek en voorlichting en begeleiding om de therapietrouw te bevorderen.

Bij de medicatiecheck werd in samenwerking met de apotheek het medicatiegebruik beoordeeld op mogelijke interacties tussen de verschillende medicijnen. Ook werd de afname en het gebruik van de medicijnen door de patiënt besproken. Deze medicatiecheck is in principe aan alle patiënten van het project aangeboden, dus ook aan diegenen bij wie tijdens de intake geen problemen rond de medicatie naar voren kwamen.

Uiteindelijk is de module 'Medicatie' aangeboden aan 99 patiënten (85%); bij 17 patiënten is geen medicatiecheck gedaan, onder meer als gevolg van een misverstand in de beginfase.

Door de medicatiecheck bij de apotheek en de inventarisatie van het medicijngebruik tijdens de intake, kwam naar voren dat bij 49 patiënten (42%) een discrepantie bestond tussen wat de arts in de status had staan en de gegevens zoals geïnventariseerd bij de patiënt. In totaal werden bij 62 patiënten (53%) medicatieproblemen geconstateerd, variërend van 'patiënt kan verschillende soorten niet uit elkaar houden' en 'patiënt weet niet waarvoor de medicijnen zijn' tot 'medicatie wordt niet op juiste tijdstippen ingenomen / toegediend'. Bij 70% van de patiënten die dergelijke problemen hadden trad een positieve verandering op.

Module Bewegen

Helaas konden niet alle patiënten aan de module 'Bewegen' deelnemen in verband met een tekort aan capaciteit. Deze module is in totaal door 54 patiënten (47%) gevolgd. In de regel waren er negen bijeenkomsten onder leiding van de fysiotherapeut. De deelnemers werkten een circuit met medische fitnessapparatuur af. Er werd gewerkt met spelvormen en voor en na elke bijeenkomst bepaalde de deelnemer zijn of haar bloedglucose om inzicht te verkrijgen in de effecten van bewegen op de bloedglucosewaarde. De project-diabetesverpleegkundige had hierin een coördinerende en begeleidende rol.

De module is zeer positief geëvalueerd zowel door de

hulpverleners als door de patiënten. Verderop in dit artikel wordt nog ingegaan op de gemeten veranderingen in de bloedglucoseregulatie, in relatie tot de module 'Bewegen'.

Het onderwerp 'bewegen' kwam ook in de individuele consulten uitgebreid aan de orde. Met behulp van gedragsgerichte begeleiding werden de mensen gemotiveerd om in het dagelijks leven meer te bewegen.

De module Migranten en taal

De module 'Migranten en taal' werd altijd gecombineerd met (een van de) andere modules. Hoofdonderdeel van deze module was het inschakelen van tolken op het spreekuur van de project-diabetesverpleegkundige en -diëtist. Bij 29 patiënten (25%) werd gebruik gemaakt van het tolkencentrum.

Een ander onderdeel van de module, namelijk voorlichtingsbijeenkomsten in kleine groepjes, is feitelijk een onderdeel geworden van de module 'Groepsbegeleiding'.

Tijdens het project is vastgesteld dat er geen adequaat materiaal beschikbaar is voor de voedingsvoorlichting aan Turkse en Marokkaanse patiënten. Het bestaande materiaal bleek onvoldoende begrijpelijk of te duur in aanschaf.

Module Gedragsgerichte begeleiding

Aan 103 patiënten (89%) is individuele gedragsgerichte begeleiding aangeboden. Deze bestond uit een verwijzing naar specialistische hulp bij complexe psychosociale problematiek óf uit een begeleiding volgens het model 'Begeleiden bij gedragsverandering' van het Nederlands Huisartsen Genootschap (4). De module 'Gedragsgerichte begeleiding' vormde feitelijk de basis van alle modules: gedragsgerichte begeleiding is de methode waarop de voorlichting en educatie binnen het project is gegeven.

Binnen deze module kon een breed scala aan de orde komen van (vaak onderling samenhangende) knelpunten, bijvoorbeeld op sociaal, financieel en psychosociaal gebied.

In de praktijk bleek deze benadering niet altijd uitvoerbaar, bijvoorbeeld doordat de projectduur niet toereikend was, door taalproblemen of een laag opleidingsniveau.

Module Groepsbegeleiding

Als aanvulling op de individuele gedragsgerichte begeleiding is aan 72 patiënten (62%) de module 'Groepsbegeleiding' aangeboden. Het bijeenkomen in een groep bleek een goede vorm voor het uitwisselen van ervaringen met diabetes en met elkaar kijken naar

oplossingen voor het inpassen van diabetes in het dagelijkse leven. Daarnaast is een koppeling gemaakt met de module 'Bewegen', aangezien dit een moeilijke leefregel is om als individu toe te passen.

Andere belemmeringen

Ten slotte kwamen er nog andere belemmeringen voor therapietrouw naar voren, die meer op het gebied liggen van motivatie en attitude: 'niet in staat leefregels toe te passen', 'ontkennend gedrag', 'niet gemotiveerd'. Ook hier bleek vaak een samenhang met andere geconstateerde knelpunten.

Bij 61% van de 116 patiënten werden knelpunten vastgesteld op sociaal en financieel gebied, 76% had (ook) motivatie- en attitude-problemen. Bij 95% van de patiënten speelden meerdere psychosociale problemen (bijvoorbeeld stress in verband met werk, verlies van naasten, huwelijksproblemen, depressie etc). De problematiek was in veel gevallen dusdanig complex dat de diabetes en de therapietrouw op de achtergrond raakten.

In de individuele consulten is aandacht besteed aan bovengenoemde problemen. Tijdens de consulten is met name in het Westeinde veelvuldig gebruik gemaakt van tolken om de (psycho)sociale problematiek en problemen op het gebied van de compliance te achterhalen en bespreekbaar te maken.

Veranderingen in de diabetesregulatie

HbA1c

Het HbA1c is een belangrijk meetinstrument voor de bloedglucoseregulatie (zie kader op pagina 35). Een patiënt heeft een goede bloedglucoseregulatie wanneer het HbA1c onder de 7% ligt en een slechte regulatie indien het percentage boven de 8,5 ligt.

Het gemiddelde HbA1c van de gehele groep daalde van 10,2% bij verwijzing naar 9,2% na drie maanden. Bij de 68 patiënten van wie de follow up-gegevens na zes maanden bekend zijn was dit verder gedaald naar gemiddeld 8,9%. Hetzelfde niveau werd gevonden bij de 42 patiënten van wie de gegevens ook na negen maanden bekend zijn. Van de meeste patiënten zijn de gegevens na negen maanden niet bekend, vooral als gevolg van het eindigen van de projectperiode. De daling ten opzichte van de waarde bij verwijzing was bij al deze metingen statistisch significant ($p < 0,0005$).

In het Westeinde waren de gemiddelde dalingen van het HbA1c kleiner dan in Antoniushove. Een sluitende verklaring hiervoor ontbreekt. De groep patiënten was zeer divers, er was verschil in het aan-

bod, duur van de begeleiding, en dergelijke. Factoren die wellicht meespeelden waren de frequentie van controle en begeleiding door de diabetesverpleegkundige voorafgaand aan verwijzing naar het project, en de veranderingen in de medicatie gedurende het project.

Bij de patiënten van Nederlandse afkomst trad er na zowel drie, zes als negen maanden een gemiddelde daling van het HbA1c op met 1,2 tot 1,7% (significant). Bij de Marokkanen en Turken trad er met name de eerste drie maanden een grotere daling (1,4%; significant) op dan bij de Nederlanders (1,2%). Het aantal Marokkaanse en Turkse patiënten van wie de gegevens bekend waren na negen maanden was te klein om uitspraken over te kunnen doen ($n=6$; bij deze groep was de daling behouden).

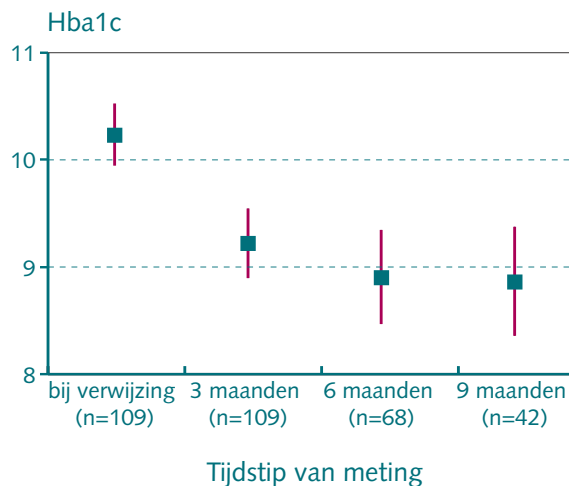
Bij de groep Hindostanen en Antillianen trad in vergelijking met de groepen afkomstig uit andere landen, de kleinste gemiddelde daling (0,6%) op en uiteindelijk bleef bij hen het HbA1c hoger dan bij de andere groepen. De gegevens van dit onderzoek geven echter geen antwoord op de vraag of de culturele achtergrond of bijvoorbeeld het opleidingsniveau de belangrijkste factor is geweest voor de wijzigingen in het HbA1c.

Bewegen en het HbA1c

Het doel van de module 'Bewegen' was het bereiken van de norm voor bewegen: een half uur bewegen per dag op ten minste vijf dagen per week.

Er waren 85 patiënten (73%) die bij het begin van het project de norm voor bewegen niet haalden. Van deze groep hebben er 33 het onderdeel bewegen bij de fysiotherapie gevolgd. Van deze patiënten bereikten er 21 na afloop wel de norm voor bewegen. En vooral bij

Figuur 2.
Wijziging in HbA1c bij de totale groep.



deze laatste groep kon een significante daling van het HbA1c worden geconstateerd (circa 1,5% tegenover een niet-significante daling van 0,5% bij de patiënten die de norm voor bewegen niet bereikten).

We veronderstellen dat de patiënten beter in staat bleken de norm voor bewegen te behalen na het volgen van de module beweging. Het onderdeel bewegen bij de fysiotherapie had een gunstige invloed op de daling van het HbA1c, maar echt resultaat was pas te zien wanneer de norm werd behaald.

Overige waarden

Bij de gemeten lipidenwaarden traden bij de afsluiting van het project geen noemenswaardige wijzigingen op ten opzichte van de waarden bij de start van het project.

Veel patiënten hadden bij verwijzing overgewicht. De Quetelet Index (gewicht gedeeld door het kwadraat van de lengte) bedroeg gemiddeld 31,4 (normaal is tussen de 20 en 25; boven de 30 spreekt met van ernstig overgewicht) met voor sommigen zeer hoge waarden (tot een Quetelet Index van 52). Bij beëindiging van deelname aan het project was de Quetelet Index niet noemenswaardig veranderd.

Kwaliteit van leven: ervaren belemmeringen en self-efficacy

De patiënten hebben bij intake en bij afsluiting van het project twee vragenlijsten ingevuld.

Gemiddeld was er een minimale verbetering in de ervaren belemmeringen. Met betrekking tot de self-efficacy werd wel een significante verbetering gemeten; men schatte zijn of haar eigen copingvaardigheden beter in dan aan het begin van het project.

Wat betekenen deze bevindingen voor de toekomst?

Na afloop van het project werden zowel in de diabetesregulatie (HbA1c) als in de kwaliteit van leven (self-efficacy) verbeteringen geconstateerd. In die zin lijkt te zijn beantwoord aan de doelstelling: 'het verbeteren van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg aan een specifieke groep diabetespatiënten'.

Het pilot-project had als uitgangspunt de goede elementen vast te houden en te implementeren in de reguliere zorg met als uiteindelijk resultaat kwaliteitsverbetering van de zorg en toename van de therapietrouw. Een aantal specifieke onderdelen dient derhalve een plaats te krijgen in de reguliere zorg:

- Door een jaarlijks consult bij de diabetesverpleegkundige en diëtist kunnen kennis en vaardigheden van de patiënt worden gecheckt en zo nodig opge-

frist.

- Het supermarktbezoek als onderdeel van de module voeding is zeer positief geëvalueerd en zou voor alle patiënten opgenomen moeten worden in het reguliere aanbod.
- De module beweging is een essentieel onderdeel in de behandeling, zowel in de eerste als de tweede lijn. Deze in het project ontwikkelde module is bestemd voor in principe alle mensen met diabetes die aangespoord moeten worden te gaan bewegen.
- Met betrekking tot de zorg voor migranten is onder andere de inzet van tolken tijdens het spreekuur van essentieel belang gebleken voor adequate voorlichting en begeleiding.

Tot slot is het aan te bevelen in de reguliere zorg de mogelijkheid te creëren om een specifieke patiëntengroep een intensievere begeleiding te kunnen bieden, zoals in het project is ontwikkeld en uitgevoerd. Het betreft patiënten met een HbA1c > 8,5% en patiënten die voldoen aan de inclusiecriteria van het project.

Dankbetuiging

Dit project is financieel mogelijk gemaakt door Nuts Verzekeringen.

De projectgroep bestond (naast de auteur) uit de volgende personen: mw. F.L. van Leeuwen (voorzitter), directeur Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o.; mw. L. Romijn, regiocoördinator Integrale Kwaliteitszorg Diabetes; dhr. J.J. Avezaat, huisarts; mw. dr. P.H.L.M. Geelhoed -Duijvestijn, internist MCH - Westeinde; dr. J. van Hoogenhuijze, internist MCH - Antoniushove; mw. I. van der Meché, diabetesverpleegkundige MCH - Westeinde; mw. J. Vervloed, praktijkverpleegkundige van deelnemende huisartsengroep uit Centrum Den Haag; mw. H. de Jel - Roland, diabetesverpleegkundige Zorggroep Horst en Vlietstreek; mw. K. Rewat en mw. C. van Zweeden - van Leeuwen, diëtisten Thuiszorg Den Haag; drs. T.M. Hoogeveen, gezondheidszorg- psycholoog MCH - Westeinde; dhr. H. Kamp, Diabetes Vereniging Nederland; dhr. T. Vrieling, apotheker. Het succes van het project is vooral te danken aan de grote inzet van de projectmedewerkers, mw. A. Ragay - van Gilst en mw. M.J. Venderink, diabetesverpleegkundigen en mw. A. van der Haas - Eijgenstein, diëtist.

Kwaliteitsprijs

Het project 'Diabeteszorg en therapietrouw' kreeg in 2002 de eerste DAWN Kwaliteitsprijs voor Transmurale Zorg. De afkorting DAWN staat voor Diabetes, Attitudes, Wishes and Needs. Het project 'Diabe-

teszorg en therapietrouw' werd door de jury unaniem gekozen uit 21 ingezonden projecten uit het gehele land.

Literatuur

1. Poel BLWM van der. Eindrapportage project 'Diabeteszorg en therapietrouw'. Stichting Transmurale Zorg Den Haag en omstreken, 2003.
2. Bijl J van der. Vragenlijst Diabetes management self-efficacy, schaal voor type 2 diabetes. Divisie Verplegingswetenschap, Universitair Medisch Centrum Utrecht, 2000.
3. Arend IJM van den. Vragenlijst voor type 2 diabetespatiënten. Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie, Universiteit Utrecht, 1995.
4. NHG/LHV. Training 'Begeleiden bij gedragsverandering' (onderdeel van het deskundigheidsbevorderingspakket 'Chronisch zieken. Uw Zorg?'). Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht, 1999.

Minisymposium: Diabeteszorg in Beweging

Op donderdag 12 juni organiseert Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. in samenwerking met Medisch Centrum Haaglanden Interne Geneeskunde een minisymposium: 'Diabeteszorg in Beweging, Resultaten van het project 'Diabeteszorg en therapietrouw'

Het doel van het symposium is dat hulpverleners in regio Den Haag:

- kennis nemen van de resultaten van het project,
- handvatten krijgen om therapietrouw in hun dagelijkse praktijk te bevorderen,
- de beschikking krijgen over de ontwikkelde modules in een handzaam boekje.

*'Diabeteszorg in Beweging'
Resultaten van het project 'Diabeteszorg en therapietrouw'*

Datum: donderdag 12 juni 2003

Locatie: MCH Westeinde

Tijd: 17.00 uur - 20.00 uur

Accreditatie is verleend voor huisartsen en diëtisten

Informatie en aanmelden:

Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o.

tel. 070-3795093 of via

info@transmuralezorg.nl

HbA1c

Het HbA1c is een meetinstrument voor de bloedglucoseregulatie.

Een patiënt heeft een goede bloedglucoseregulatie wanneer het HbA1c onder de 7% ligt en een slechte regulatie indien het percentage boven de 8,5% ligt. Het HbA1c (fractie van het hemoglobine) wordt bepaald via een bloedtest en geeft aan hoe het in de achterliggende zes tot acht weken gemiddeld genomen gesteld was met de glucosespiegels in het bloed.

Diabetescomplicaties

Een diabetespatiënt heeft een sterk verhoogde kans op het krijgen van microvasculaire complicaties: retinopathie (aandoeningen aan het netvlies), nefropathie (nieraandoeningen), neuropathie (zenuwaandoeningen) en diabetische voet (slecht genezende wondjes met soms zelfs noodzaak van amputatie) en macrovasculaire complicaties: harten vaatziekten zoals hartinfarct, beroerte en perifere vaatlijden.

Schema 1:

In- en exclusiecriteria van het project 'Diabeteszorg en therapietrouw'

Instream criteria:

- Patiënten met type 2 diabetes worden behandeld met tabletten en/of insuline
- Patiënten hebben sinds 1 jaar of langer diabetes mellitus
- Patiënten hebben gedurende een half jaar of langer een HbA1c van 8,5 of hoger, dat niet veroorzaakt wordt door intercurrente ziekte en waarbij de behandelend arts het niet zinvol acht de medicatie te verhogen of te starten met insuline
- Patiënten hebben ondersteuning nodig t.a.v. eigen verantwoordelijkheid en therapietrouw
- Patiënten zijn in zorg / behandeling bij arts (huisarts of internist), diëtist, diabetesverpleegkundige / praktijkverpleegkundige en hebben de basiseducatie doorlopen of:
Patiënten hebben een deel van de basiseducatie doorlopen:
Patiënten die bijvoorbeeld niet meer bij diëtist verschijnen, wel een deel van de educatie hebben gehad, maar om een of andere reden niet meer op controlebezoeken zijn verschenen

Exclusie criteria:

Patiënten

- die gedurende het laatste half jaar een duidelijke daling van het Hba1c hebben
- met diabetes type 1
- met een levensverwachting korter dan 5 jaar
- met een kreatinine boven de 250
- met een ernstig psychiatrisch ziektebeeld
- met een verslavingsproblematiek
- met maligne aandoening
- met een instabiele angina pectoris
- met hartfalen
- met een afasie
- die intermitterend prednison gebruiken
- die niet willen deelnemen aan het project Therapietrouw

korte berichten

Cursussen

Reizigersadviesing en -immunisatie voor artsen

Module over preventie en theoretische achtergronden van ziekten bij reizigers. Gaat ook in op zaken die van belang zijn voor het goed laten functioneren van het reizigersadviesbureau.

Doelgroep: artsen met minimaal een jaar ervaring als uitvoerder of supervisor bij een reizigersadviesbureau van een GGD of Arbodienst. De module is geaccrediteerd door de LHV.

Kosten: € 1.910. Data: 10 en 24 september, 8 en 29 oktober, 5 en 19 november 2003. Lokatie: NSPOH Utrecht. Informatie: www.nspoh.nl en info@nspoh.nl.

Reizigersadviesing voor verpleegkundigen

In deze module leert de verpleegkundige een advies op maat te geven aan reizigers en te beoordelen in welke gevallen consultatie van een arts is vereist.

Doelgroep: sociaal-verpleegkundigen van GGD-en, Arbodiensten en verpleegkundigen uit de huisartsenpraktijk, met minstens een jaar ervaring in het adviseren en vaccineren van reizigers.

Kosten: € 1.350. Data: 15, 22 en 29 september, 6 en 27 oktober. Examen 10 november 2003. Lokatie: NSPOH Utrecht. Informatie: www.nspoh.nl en info@nspoh.nl.

Rectificatie

In de Korte Berichten van het vorig Bulletin werd gemeld dat voormalig hoofdredacteur Harry

Nijhuis het Epidemiologisch Bulletin heeft opgericht. Dat is niet correct. Het Epidemiologisch Bulletin is in 1968 opgericht, door de toenmalige afdeling Volksgezondheid van de GG en GD Den Haag.

Actuele informatie

Actie W8=7!

In het kader van Wereldgezondheidsdag is het NIGZ op 7 april gestart met de actie W8=7!

'Wacht es even!' probeert leerlingen uit de groepen 7 en 8 van de basisschool ertoe te bewegen om maar 7 keer op een dag iets te consumeren. Doel is het stimuleren van gezond eet- en drinkgedrag en de zorg voor een gezond gebit.

Kinderen in Nederland zijn steeds vaker te dik, doordat ze te weinig bewegen en doordat ze de hele dag door lopen te 'grazen', dat wil zeggen snoepen, snacken, tussendoortjes nemen. Die tussendoortjes zijn veelal zoet en vet en veroorzaken iedere keer een zuuraanval op het gebit, met gaatjes als gevolg.

De actie W8=7! mikt op de ijdelheid van de jongelui, door hen een zogeheten 'Lachwacht' aan te bieden, een kaart om je gezonde lach mee te bewaken. Ze kunnen met die kaart gedurende één dag hun eet- en drinkgewoonten bijhouden door maximaal 7 keer een geperforeerde strip af te scheuren, iedere keer als ze iets eten of drinken.

Wie strips tekort komt neemt dus te vaak iets in. Achterop de Lachwacht staan gezonde eet- en drinktips.

In de week van 7 april hebben 27 GGD-instellingen de lachwachten verspreid over bijna 3000 basisscholen. Betrokken GGD-en en

basisscholen zijn ook gevraagd deel te nemen aan de evaluatie.

Het NIGZ beschouwt W8=7! als een pilot en onderzoekt of er een landelijk vervolg mogelijk is in de vorm van een breed landelijk voorlichtingsproject. Eind mei komt de evaluatie beschikbaar.

De actie W8=7! wordt verder ondersteund door het Ivoren Kruis, de Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Tandheelkunde (NMT), de Nederlandse vereniging van mondhygiënist (NVM), het Voedingscentrum en GGD Nederland.

Voorlichting aan donoren

Voorlichting over orgaan- en weefseldonatie moet meer op de nabestaanden van potentiële donoren worden gericht. In de huidige praktijk zijn de nabestaanden vaak de beslissers over donatie. Zij lopen tijdens het beslissingsproces tegen levensbeschouwelijke en religieuze dilemma's aan. Dit is een van de uitkomsten van 'Leven door Geven', het onderzoek dat NIGZ-Donorvoorlichting heeft laten uitvoeren naar de standpunten van levensbeschouwelijke en religieuze stromingen ten aanzien van orgaan- en weefseldonatie.

Donorregistratie is in Nederland een vrijwillige aangelegenheid. 37% Van alle Nederlanders van 18 jaar en ouder staat inmiddels geregistreerd in het donorregister (waarvan ruim de helft als donor en eenderde nadrukkelijk als niet-donor). Bij hen is het in ieder geval duidelijk wat ze willen. Bij de rest van de bevolking niet. Die laat de beslissing over het donorschap feitelijk over aan de nabestaanden.

75% Van de nabestaanden reageert

doorgaans huiverig op een verzoek om orgaandonatie, vandaar dat er voortdurend te weinig donororganen beschikbaar zijn.

Om meer inzicht te krijgen in het effect van levensbeschouwelijke overwegingen op de keuze voor donorschap is onderzoek gedaan onder vertegenwoordigers van de meest voorkomende religieuze stromingen: katholicisme, protestantisme, islam, jodendom, boeddhisme, hindoeïsme. Ook stromingen als humanisme en New Age werden in het onderzoek betrokken.

Het rapport 'Leven door Geven' inventariseert de voornaamste levensbeschouwelijke en ook praktische bezwaren. NIGZ-Donorvoorlichting trekt uit het rapport de conclusie, dat de voorlichting op de nabestaanden moet worden gericht, in het bijzonder de nabestaanden van niet in het donorregister geregistreerde Nederlanders. De voorlichting zal dan veel meer gericht moeten zijn op de dilemma's en keuzemomenten waar men als nabestaande mee geconfronteerd kan worden. Het onderzoeksrapport *Leven door Geven* is geschreven door J. Sanders. Het is een uitgave van onderzoeksbureau Kaski en NIGZ-Donorvoorlichting. Uitgeverij Meinema, ISBN 90 211 3924 3.

ADHD bij verslaafden

Uit onderzoek van het Trimbos-instituut blijkt dat nogal wat verslaafden last hebben van de stoornis ADHD. Zeker 12 % van de cliënten die zich aanmelden met verslavingsproblemen heeft ADHD. Het Trimbos-instituut heeft samen met De Grift Gelders centrum voor verslavingszorg en Brijder Verslavingszorg het Protocol ADHD bij Verslaving ontwikkeld, voor de diagnostiek en

behandeling van verslaafden met ADHD. Het vaak bij ADHD voorgeschreven medicijn Ritalin vormt daarbij een belangrijk onderdeel van de behandeling. De auteurs van Protocol ADHD bij Verslaving zijn Geurt van de Glind, Anne Eland en Daniëlle van Duin. Uitgave Trimbos-instituut. Bestellen via bestel@trimbos.nl.

Aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Meldingen tijdens het eerste kwartaal 2003, voor de stad Den Haag

Het aantal aangifteplichtige infectieziekten, door de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het eerste kwartaal 2003 gemeld (150), is afgenomen vergeleken met dezelfde periode in 2002 (154) en in het laatste kwartaal 2002 (168). Deze afname is hoofdzakelijk te wijten aan een afname in het aantal meldingen van kinkhoest. Hieronder volgen commentaren op enkele gemelde infectieziekten.

Bacillaire dysenterie

Er werd melding gedaan van 4 gevallen, waarvan 3 besmet in het buitenland. Van 1 persoon, in Nederland besmet, is de besmettingsbron niet achterhaald.

Buiktyfus

Er is 1 geval gemeld, besmet na een verblijf in Marokko.

Hepatitis A

Twaalf gevallen van hepatitis A werden gemeld, waarvan 1 besmet in het buitenland. Vorig jaar werden in dezelfde periode 6 gevallen gemeld. Met uitzondering van 2 autochtone volwassenen en 1 autochtoon kind, ging het hier om allochtone kinderen tot 12 jaar. Bij

6 van deze 9 kinderen kon de bron worden achterhaald; deze bevond zich in het gezin, naaste familie of vriendjes. Dankzij scherpe hygiënische maatregelen hebben de hepatitis A gevallen op scholen niet geleid tot kleine uitbraken van deze zeer besmettelijke ziekte.

Hepatitis B

Het aantal hepatitis B meldingen (61) blijft hoog. Bij hepatitis B gaat het bijna uitsluitend om chronische dragers. Er zijn evenveel mannen gemeld als vrouwen. De meeste meldingen betreffen personen afkomstig van buiten Nederland. Van de gevallen waarvan de regio van afkomst bekend is, komt 57% van de vrouwen en 38% van de mannen uit de regio Marokko en Turkije. Bij de overgrote meerderheid van gemelde gevallen is niet bekend hoe de besmetting is opgelopen. Aangezien de grote meerderheid van gemelde gevallen afkomstig is uit regio's waar hepatitis B frequent voorkomt, is besmetting binnen het gezin het meest waarschijnlijk, bijvoorbeeld door verticale transmissie van moeder naar kind tijdens de geboorte.

Hepatitis C

Het aantal gemelde hepatitis C gevallen (13) blijft in de zelfde orde van grootte als in de vorige kwartalen.

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest was dit kwartaal (3 gevallen) aanmerkelijk minder dan tijdens de zelfde periode vorig jaar (64 gevallen). De kinkhoestepidemie die tot in het laatste kwartaal 2002 (46 gevallen) zichtbaar was lijkt nu sterk afgezwakt. Deze dalende trend wordt ook landelijk geconstateerd. Het is echter nog te vroeg om hieruit te concluderen

dat de epidemie ook in de komende maanden gaat afnemen.

Legionellose

Gedurende het eerste kwartaal 2003 zijn 2 gevallen van legionellose gemeld. De besmettingsbronnen zijn niet achterhaald, 1 geval is mogelijk in het buitenland besmet.

Malaria

Het aantal gemelde malariagevallen (6) was iets minder als in dezelfde periode vorig jaar.

Mazelen

Er zijn twee kinderen in Italië besmet door mazelen. Zij waren niet tegen mazelen gevaccineerd. In vele Europese landen is de vaccinatiegraad tegen mazelen laag waardoor de ziekte in die landen regelmatig voorkomt. Doordat de vaccinatiegraad op de school waarop de betreffende kinderen zitten zeer hoog is, zijn er geen andere kinderen ziek geworden.

Meningokokken

Gedurende het eerste kwartaal 2003 zijn 4 gevallen van hersenvliesontsteking vastgesteld die veroorzaakt zijn door meningokokken. Het gaat om twee kinderen die door het type meningokok B zijn besmet, en twee volwassenen, waarvan 1 is besmet door type B en 1 door type C. De persoon (boven de 50 jaar oud) die door type C ziek is geworden was niet tegen die variant gevaccineerd. Personen boven 19 jaar kwamen niet in aanmerking voor vaccinatie gedurende de landelijke vaccinatiecampagne tegen meningokokken C.

Paratyfus

Er is 1 geval van paratyfus C (een ziekte die lijkt op een lichte buiktyfus) gemeld in het eerste kwartaal 2003. De besmetting had in Thailand plaatsgevonden.

Voedselinfecties

Er zijn 5 voedselinfecties gemeld bij de Inspectie.

Het ging om 4 individuele gevallen die werkzaam zijn in de voedingssector of in de ziekenverzorging, en die daarom gemeld moeten worden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Bij de vijfde melding waren 2 personen ziek. Eénmaal is een persoon in het buitenland besmet. In geen enkel geval is de bron van besmetting aangetoond.

Infectieziekten gemeld door instellingen

Naast enkele meldingen voor diverse infectieziekten zijn in het eerste kwartaal 2003 11 meldingen gedaan van diarree-uitbraken in instellingen. Het ging vooral om verpleeg- en verzorgingshuizen (10). Hierbij is in 9 gevallen het Norovirus (een vorm van redelijk goedaardige buikgriep, voorheen Norwalk Like Virus genoemd) vastgesteld, in 1 geval is de uitslag vooralsnog twijfelachtig.

De elfde melding betreft een kindertehuis. Daar werd het Norovirus niet aangetoond, noch kon een andere verwekker worden aangetoond.

Het Norovirus komt dikwijls voor in verpleeg- en verzorgingshuizen met een oudere bevolking.

Wereldwijd wordt veelvuldig melding gemaakt van uitbraken in instellingen door dit virus. Eén subtype in het bijzonder, de Grinsby-variant, komt zeer veel voor. Ook bij de genoemde uitbraken in Den Haag is dit subtype vastgesteld in de 4 keer waarin subtypering is gelukt.

Meldingen eerste kwartaal 2003, Zuid-Holland West

Bacillaire dysenterie

Er is 1 geval gemeld, de ziekte was in Egypte opgelopen.

Hepatitis B

De 10 meldingen van hepatitis B betroffen allen chronische dragers.

Hepatitis C

Zes gevallen van hepatitis C werden aangemeld, allen dragers. De besmetting had waarschijnlijk plaatsgevonden via bloedtransfusie in het verleden of door intraveneus druggebruik.

Kinkboest

Er werd melding gedaan van 41 gevallen.

Meningokokkose

Zes maal was er een melding van meningokokkose. Vijf maal betrof het een type B en 1 keer een type C. Bij het type C ging het om een oudere man die niet was gevaccineerd tegen meningokokkose type C.

E-coli O157

Eén maal werd een E-coli O157 gemeld. Een bron is niet gevonden.

Ornithose/psittacose

Drie meldingen, in geen van de gevallen werd een bron gevonden. De Keurdienst van Waren heeft wel onderzoek gedaan bij een parkiet, maar de uitslag was negatief.

Aan deze rubriek werkten mee:

E.J.M. de Coster

E.M. Huisman

Mw. P. van Leeuwen

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

K.B. Yap (GGD Zuid-Holland West)

Overzicht aangifte infectieziekten regio Haaglanden

| Ziekte | | eerste kwartaal 2003 | | | vier voorafgaande kwartalen | | | | t/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar | |
|---------------|--|--|---|---|---|---|---|---|--|---|
| | | GGD Den Haag 1 ^e kw. 2003 | GGD-Zuid-Holl. West 1 ^e kw. 2003 | Tot. regio Haaglanden 1 ^e kw. 2003 | Tot. regio Haaglanden 1 ^e kw. 2002 | Tot. regio Haaglanden 2 ^e kw. 2002 | Tot. regio Haaglanden 3 ^e kw. 2002 | Tot. regio Haaglanden 4 ^e kw. 2002 | Tot. regio Haaglanden 1 ^e kw. 2003 | Tot. regio Haaglanden 1 ^e kw. 2002 |
| B-ziekten | bacillaire dysenterie | 4 | 1 | 5 | 1 | 5 | 10 | 15 | 5 | 1 |
| | buiktyfus | 1 | | 1 | 2 | | 1 | 2 | 1 | 2 |
| | cholera | | | | | | | | | |
| | hepatitis A | 12 | | 12 | 7 | | 4 | 23 | 12 | 7 |
| | hepatitis B*) | 61 | 10 | 71 | 67 | 41 | 67 | 62 | 71 | 67 |
| | hepatitis C | 13 | 6 | 19 | 15 | 15 | 14 | 20 | 19 | 15 |
| | kinkhoest | 3 | 41 | 44 | 113 | 83 | 124 | 132 | 44 | 113 |
| | legionella pneumonie | 2 | | 2 | 1 | 2 | 8 | 5 | 2 | 1 |
| | mazelen | 2 | | 2 | | | | | 2 | |
| | meningokokkose | 4 | 6 | 10 | 10 | 7 | 1 | 2 | 10 | 10 |
| | paratyfus A | | | | | | 2 | 1 | | |
| | paratyfus B (C) | 1 | | | | | | | | |
| | tuberculose | 34 | | 34 | 40 | 38 | 41 | 33 | 34 | 40 |
| | voedselvergiftiging of voedselinfectie | 5 | | 5 | 2 | 6 | 5 | 8 | 5 | 2 |
| C-ziekten | brucellose | | | | | | | | | |
| | E.coli 0157 | | 1 | 1 | | | 2 | | 1 | |
| | leptospirose | | | | | | | | | |
| | malaria | 6 | | | 12 | 3 | 15 | 6 | | 12 |
| | ornithose/psittacose | 2 | 3 | 5 | 2 | 2 | | | 5 | 2 |
| | Q-koorts | | | | | | 1 | | | |
| | rode hond | | | | | | | | | |
| totaal | 150 | 68 | 211 | 272 | 202 | 295 | 309 | 211 | 272 | |

*) inclusief dragers

De GGD Den Haag doet opgave over de gemeente Den Haag en de GGD Zuid-Holland West over de gemeenten Rijswijk, Voorburg, Wassenaar, Zoetermeer, Leidschendam, Delft, de Lier, 's-Gravenzande, Maasland, Monster, Naaldwijk, Nootdorp, Schipluiden, Wateringen en Pijnacker (de laatste 10 gemeenten vanaf het vierde kwartaal 2002).

