



Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

jaargang 40, 2005, nummer 2

inhoud

Redactioneel

epidemiologie

Roken, alcohol- en druggebruik onder Haagse scholieren vanaf 10 jaar

Transmissie van Tuberculose in Den Haag

volksgezondheid

OBV haalt allochtone vrouw uit isolement

Preventie van suïcidaal gedrag en automutilatie bij allochtone jongeren
Project 'Aan de grenzen', enkele nieuwe initiatieven

Korte berichten

Colofon

Juni 2005, 40ste 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 12652, 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.*

Epidemiologisch Bulletin op internet:

www.denhaag.nl/smartsite.html?id=35469

Lay out en productie

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 redactie-
secretariaat 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	
• Roken, alcohol- en druggebruik onder Haagse scholieren vanaf 10 jaar <i>M.P.H. Berns, A.J.M. Gelton, M.A.T.W. Zwartendijk-Schats</i>	2
• Transmissie van Tuberculose in Den Haag <i>E.M. Huisman</i>	12
Volksgezondheid	
• OBV haalt allochtone vrouw uit isolement <i>H. Wolfson</i>	18
• Preventie van suïcidaal gedrag en automutilatie bij allochtone jongeren Project 'Aan de grenzen', enkele nieuwe initiatieven <i>M. Ferber</i>	22
Korte berichten	26

Redactioneel

Preventie komt (digitaal) naar u toe

Het voorliggende nummer van het bulletin staat uitgebreid stil bij het rookgedrag en alcohol- en druggebruik onder Haagse scholieren vanaf 10 jaar. Het artikel geeft input voor een herbezinning op de huidige preventiebenadering. Het vroegtijdig interveniëren bij kinderen in de basisschoolleeftijd met betrekking tot genotmiddelengebruik lijkt gezien de lokale en landelijke uitkomsten, niet langer overbodig. Een extra probleem bij het terugdringen van het alcoholgebruik vormt daarbij het 'geaccepteerd gebruik' in huiselijke kring. Daarmee lijken ouders van kinderen in de bovenbouw de 'nieuwe' doelgroep voor onze Haagse preventiemedewerkers te worden. Op vrijdagavond als u na een week hard werken aan uw welverdiende glaasje zit en uw bijna-brugpieper vraagt: mag ik ook een slokje?, moet u denken aan de brochure *'Mag ik ook een slokje, Pa?'*, die u recentelijk bij de uitslag van de CITO- of EASY-toets aantrof of via een e-mailabonnement op *'Den Haag Gezond'* heeft gekregen. Intervenieren in de leefwereld van mensen zal in toenemende mate het Haagse preventiebeeld gaan bepalen.

De stichting OBV is een Haagse voorziening ten behoeve van het bevorderen van de zelfredzaamheid van 'geïsoleerde' buitenlandse vrouwen in Den Haag. Het artikel over deze organisatie laat zien hoe via een wijkgerichte aanpak de vrouwen desgewenst thuis worden bezocht met een lesprogramma, als opstap naar bijvoorbeeld de reguliere basiseducatie, en uiteindelijk naar inburgering.

Het artikel over het project 'Aan de grenzen' schetst enkele van de Haagse initiatieven in het kader van het voorkómen van zelfdoding en zelfbeschadiging. De ontwikkelde *'zorgroudekaart'* is bedoeld als handreiking voor professionals in de sectoren zorg, welzijn en onderwijs. Voor leerlingen is er een speciale folder ontwikkeld, die tot begrip en herkenning van eigen gedrag lijkt te leiden. Ouders vinden deze folder via een link op de schoolsite naar *'Den Haag Gezond'*, alwaar men een abonnement kan nemen op een nieuwsbrief voor 'gezonde jongeren'.

Het aantal geregistreerde tuberculosepatiënten daalt landelijk, maar niet in Den Haag.

Het artikel over transmissie van tuberculose staat stil bij de vraag of overdracht van TBC binnen Den Haag daarvoor een logische verklaring zou kunnen zijn. Het voorliggend onderzoek wijst uit dat er géén sprake is van grootschalige transmissie rond individuele patiënten. Het grote punt van zorg in Den Haag blijkt het aantal 'unieke' nieuwe gevallen. Wellicht biedt in de nabije toekomst een digitaal patiëntendossier voor iedere burger uitkomst bij de actieve opsporing.

Roken, alcohol- en druggebruik onder Haagse scholieren vanaf 10 jaar

M.P.H. Berns, A.Ĵ.M. Gelton, M.A.T.W. Zwartendijk-Schats

In het najaar van 2003 werd in Den Haag voor de derde keer onderzoek gedaan naar genotmiddelengebruik (roken, alcohol- en druggebruik) door leerlingen van het voortgezet onderwijs. Voor het eerst waren in 2003 tevens voldoende leerlingen van de hoogste twee groepen van het basisonderwijs bij het onderzoek betrokken, zodat ook over hen kon worden gerapporteerd. Over de onderzoeken uit 1996 en 1999 is eerder gerapporteerd in het Epidemiologisch Bulletin (1)(2)(3). De voorbereiding en uitvoering van het onderzoek zijn verzorgd door de productgroep Jeugdgezondheidszorg van de GGD Den Haag, de analyses en rapportage door de afdeling Epidemiologie van de GGD.

Hoe is het onderzoek uitgevoerd?

Landelijk en lokaal onderzoek

Het Haagse onderzoek was onderdeel van het zesde landelijke Peilstationsonderzoek naar het gebruik van genotmiddelen en gokgedrag (4), dat sinds 1984 elke vier jaar wordt verricht door het Trimbos-instituut, in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De aantallen per GGD-regio in het landelijke onderzoek zijn te beperkt om uitspraken te kunnen doen voor een afzonderlijke regio. Daarom biedt het Trimbos-instituut de GGD-en de mogelijkheid om meer vragenlijsten af te nemen in de eigen regio. De GGD Den Haag maakt sinds 1996 gebruik van deze regionale uitbreiding voor het voortgezet onderwijs (VO) en heeft dat in 2003 ook gedaan voor het basisonderwijs (BO).

De afname van de vragenlijst

Het onderzoek is uitgevoerd in het najaar van 2003. De afname van de vragenlijst vond schriftelijk en klas-sikaal plaats onder begeleiding van een jeugdverpleegkundige of -arts van de GGD. De kern van de vragenlijst betrof het gebruik van tabak, alcohol, drugs en gokgedrag. Daarbij is steeds gevraagd naar het

gebruik in het hele leven (ooit gebruik) en het gebruik in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek (recent gebruik). Deze laatste maat richt zich meer op het huidige gebruik. Beide maten geven geen inzicht in de mate of frequentie van gebruik.

Verder zijn vragen opgenomen over leeftijd, geslacht, geloof en geboorteland van de leerling en dat van de ouders. De etnische herkomst is bepaald op basis van de geboortelanden. Daarbij wordt de leerling tot een andere etnische groep dan de Nederlandse gerekend als hij zelf of één van de ouders niet in Nederland is geboren.

De deelname

De deelnemende leerlingen waren afkomstig uit groep 7 en 8 van het basisonderwijs en uit alle leerjaren van het reguliere voortgezet onderwijs. De GGD Den Haag heeft zelf de scholen geworven. Bij de werving is gestreefd naar een representatieve verdeling van leerjaren, schooltypen en spreiding van de scholen over de stad.

In totaal zijn in het basisonderwijs in 27 klassen 561 leerlingen geënquêteerd (13 klassen groep 7 en 14 klassen groep 8) en in het voortgezet onderwijs 1.266 leerlingen in 62 klassen (landelijk 2.288 in het BO en 7.883 in het VO).

In het basisonderwijs waren 47 leerlingen op het moment van onderzoek afwezig (ziek of afwezig om een andere reden) en in het voortgezet onderwijs 132 leerlingen. De absentiecijfers in het basisonderwijs (7,7%) en in het voortgezet onderwijs (9,4%) lagen daarmee hoger dan de landelijke absentiecijfers (2,4%, respectievelijk 6,8%) .

Representativiteit en weging

De samenstelling van de steekproef van geënquêteerde leerlingen werd voor de kenmerken geslacht, leerjaar en schooltype vergeleken met de samenstelling van de totale schoolpopulatie in Den Haag.

Over de auteurs:

Mary Berns, epidemioloog, werkzaam bij de afdeling Epidemiologie; Antoinette Gelton, jeugdverpleegkundige, ten tijde van het onderzoek werkzaam bij de productgroep Jeugdgezondheidszorg; Marianne Zwartendijk-Schats, jeugdarts, hoofd productgroep Jeugdgezondheidszorg. Allen werkzaam bij de GGD, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, Den Haag.

De steekproef bleek niet helemaal de feitelijke verdeling van de Haagse schooljeugd op deze kenmerken weer te geven. Daarom zijn in dit artikel de uitkomsten die betrekking hebben op geslacht, leerjaren en/of schooltypen, gebaseerd op gewogen data, gerelateerd aan dit verschil. Met gebruik van de weegfactoren vormen de uitkomsten een zo goed mogelijke afspiegeling van de (deelgroepen van) Haagse schooljeugd.

Het gebruik van de genotmiddelen wordt steeds weergegeven als prevalentiecijfer: het percentage leerlingen dat gebruikt. Dit is het percentage in de steekproef, wat een schatting is van het werkelijke percentage in de groep leerlingen waaruit de steekproef afkomstig is. Omdat de groep leerlingen van 18-19 jaar oud erg klein is geeft het in dit onderzoek gevonden gebruik bij de 18-19-jarigen in de steekproef mogelijk geen goede schatting van het werkelijke gebruik binnen de totale groep Haagse leerlingen van 18-19 jaar. Daarom worden de resultaten van deze groep niet in de figuren weergegeven, maar wel apart vermeld.

Kenmerken onderzoekspopulatie

Evenveel meisjes als jongens hebben de vragenlijst ingevuld.

Tabel 1

Aantal deelnemende leerlingen in het voortgezet onderwijs, naar leeftijd. Den Haag 2003.

Leeftijdscategorie	n	%
12-13 jaar:	443	35,0
14-15 jaar:	493	38,9
16-17 jaar:	290	22,9
18 jaar en ouder:	40	3,2
Totaal	1.266	100

Tabel 2

Etnische herkomst van de deelnemende leerlingen in het basisonderwijs en voortgezet onderwijs. Den Haag en Nederland 2003.

	Basisonderwijs		Voortgezet onderwijs	
	Den Haag	Nederland	Den Haag	Nederland
	%	%	%	%
Nederlands:	40,9	74,6	46,1	79,0
Surinaams:	15,6	4,2	15,8	3,1
Antilliaans/Arubaans:	4,6	1,7	2,7	1,0
Marokkaans:	9,4	4,9	8,7	2,9
Turks:	13,2	3,8	10,0	3,5
Overig westers:	6,6	5,6	9,4	6,3
Overig niet westers:	9,7	5,0	7,4	4,2
Totaal	100	100	100	100

In het basisonderwijs is de gemiddelde leeftijd van de jongens 11,5 jaar en van de meisjes 11,4 jaar (in het landelijke onderzoek 11,3 jaar voor jongens en meisjes). In het voortgezet onderwijs is de gemiddelde leeftijd 14,9 jaar. Ook dit ligt gemiddeld hoger dan landelijk (14,6 jaar) en ook hoger dan in het onderzoek in Den Haag in 1999 (14,7 jaar).

In tabel 1 staat voor het voortgezet onderwijs de leeftijdsverdeling van de deelnemers, per tweejaarsklasse.

De meerderheid van de leerlingen in Den Haag is van niet-Nederlandse herkomst (BO 59%; VO 54%, zie tabel 2). Dit aandeel is aanzienlijk hoger dan in het landelijke onderzoek (BO 25%; VO 21%).

In tabel 3 is voor Den Haag de etnische herkomst onderscheiden naar religieuze opvoeding van de leerlingen van de basisschool en het voortgezet onderwijs. De meeste leerlingen van Nederlandse herkomst zijn niet gelovig opgevoed. Vrijwel alle deelnemende leerlingen van Turkse of Marokkaanse herkomst zijn islamitisch opgevoed. In totaal wordt bijna een derde van de leerlingen in het basisonderwijs en bijna een kwart van de leerlingen in het voortgezet onderwijs islamitisch opgevoed (landelijk: BO 11%; VO 8%).

Tabel 3

Religieuze opvoeding naar etnische herkomst*) van de deelnemende leerlingen in het basisonderwijs (BO) en voortgezet onderwijs (VO). Den Haag 2003.

	Christelijk		Islam		Hindoe		Niet gelovig opgevoed	
	BO	VO	BO	VO	BO	VO	BO	VO
	%	%	%	%	%	%	%	%
Surinaams	10,0	10,8	25,0	10,8	37,5	55,7	25,0	21,6
Marokkaans	0	0,9	98,1	93,5	0	0	1,9	5,6
Turks	1,4	0,8	93,2	88,9	0	0	5,4	10,3
Overig Westers	30,6	28,0	11,1	5,1	0	0,8	55,6	65,3
Overig niet westers	37,3	19,4	45,1	38,7	2,0	2,2	15,7	34,4
Subtotaal niet-Nederlands	18,9	14,1	52,2	41,0	10,1	16,5	17,6	27,2
Nederlands	14,9	15,1	0,9	0,9	0	0	82,3	83,3
Totaal	17,2	14,5	31,6	22,6	6,0	8,9	43,6	53,0

*) Exclusief de leerlingen van Antilliaanse/Arubaans herkomst i.v.m. kleine aantallen.
In het totale aantal zijn deze leerlingen wel opgenomen

Bij onderverdeling van het voortgezet onderwijs naar schooltype¹ komen duidelijke verschillen naar voren in het wel/niet religieus opgevoed zijn (tabel 4). Op het VMBO-praktijk in Den Haag geven vier op de tien leerlingen aan islamitisch te worden opgevoed, op het VWO is dat vier op de honderd leerlingen. Bij de presentatie van de resultaten van het genotmiddelengebruik naar schooltype, vooral waar wordt vergeleken tussen Den Haag en landelijk, moet hiermee rekening worden gehouden omdat een islamitische opvoeding van invloed kan zijn op het genotmiddelengebruik.

Resultaten

Roken

Ooit gerookt

Van alle leerlingen van het voortgezet onderwijs heeft bijna de helft ooit gerookt (47%), evenveel jongens als meisjes. Dit is vergelijkbaar met landelijk (45%). In het basisonderwijs heeft 13% ooit gerookt (landelijk: 11%), evenveel jongens als meisjes (landelijk: meer jongens dan meisjes).

In de laatste vier weken gerookt

Eén op de vijf leerlingen in het voortgezet onderwijs heeft recent, in de laatste vier weken, gerookt (19%). Dit is vergelijkbaar met landelijk (20%).

Tabel 4

Religieuze opvoeding van de deelnemende leerlingen in het voortgezet onderwijs naar schooltype. Den Haag 2003.

	Christelijk	Islam	Hindoe	Niet gelovig opgevoed
	%	%	%	%
VMBO-praktijk *)	12,1	41,2	10,2	36,2
VMBO-theorie **)	14,8	25,0	12,3	47,5
HAVO	10,0	19,0	8,8	59,8
VWO	22,3	4,1	5,1	67,8

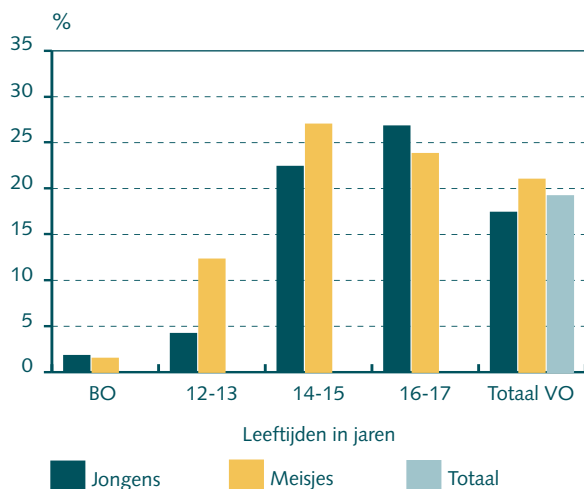
*) VMBO-praktijk of beroepsgericht, te vergelijken met het vroegere (i)VBO

***) VMBO-theoretisch of gemengde leerweg, te vergelijken met het vroegere MAVO

¹ Bij de ordening naar schooltype zijn brugklassen en leerlingen van 17 jaar en ouder buiten beschouwing gelaten omdat er diverse schooltypen in één brugklas kunnen zitten en de oudere leerlingen vrijwel allemaal op de HAVO of VWO zitten.

Figuur 1

Prevalentie van recent roken, in het basisonderwijs (BO) naar geslacht, en in het voortgezet onderwijs (VO) naar leeftijd en geslacht. Den Haag 2003.



In het basisonderwijs heeft 2% recent gerookt, vergelijkbaar met landelijk.

In figuur 1 wordt de prevalentie van recent roken naar leeftijd en geslacht weergegeven. Bij de jongens neemt het aandeel dat recent heeft gerookt toe met de leeftijd. Bij de meisjes neemt het toe tot 14-15 jaar, daarna blijft het stabiel. Bij de 18-19-jarige jongens en meisjes rookt ongeveer één op de drie leerlingen. Vanaf 14-15 jaar zijn er weinig verschillen in recent roken tussen jongens en meisjes, bij de jongste leerlingen van het voortgezet onderwijs roken meer meisjes dan jongens.

De prevalentie van het recent roken verschilt in Den Haag nauwelijks tussen schooltypen, landelijk heeft het VMBO-praktijk de meeste en het VWO de minste rokers.

Dagelijks roken en aantal sigaretten per dag

Van alle leerlingen van het voortgezet onderwijs rookt één op de acht leerlingen dagelijks een sigaret (12%), evenveel jongens als meisjes. Landelijk roken minder leerlingen dagelijks (9%). Op het basisonderwijs rookt een enkeling dagelijks.

Bij de 12-13-jarigen rookt 4% dagelijks, bij de 14-15-jarigen en 16-17-jarigen 16%, respectievelijk 15%.

Van de leerlingen in het voortgezet onderwijs heeft 4% gemiddeld meer dan tien sigaretten per dag gerookt in de laatste maand (7% 1-10 sigaretten per dag en 8% gemiddeld minder dan één sigaret per dag).

Jongens en meisjes verschillen niet in het aantal gerookte sigaretten per dag. Onder de jongere leerlingen bevinden zich minder stevige rokers dan onder de oudere leerlingen: 1% van de 12-13-jarigen rookt meer dan 10 sigaretten per dag vergeleken met 6% bij de 14-17-jarigen.

Trend

Het ooit roken en het recent roken in het voortgezet onderwijs is in Den Haag afgenomen. Het ooit roken daalde van 55% in 1996, 53% in 1999 naar 47% in 2003 en het recent roken van 26%, 27% naar 19% in 2003. Bij uitsplitsing naar leeftijd doet de daling tussen 1996 en 2003 zich vooral voor onder de 12-13-jarige jongens en de 16-17-jarige jongens en meisjes. Ook in het landelijk onderzoek is sprake van een daling in het ooit en recent roken. Het recent roken nam bij de jongens toe van 1988 tot 1992, bleef stabiel tot 1999 en nam beduidend af van 27% naar 18% in 2003. Bij de meisjes was er een toename van 1992 tot 1996 waarna er een licht dalende trend volgde tot 22% in 2003. Het Haagse beeld komt overeen met dit landelijke beeld.

Alcohol

Ooit alcohol gedronken

Driekwart van alle leerlingen van het voortgezet onderwijs heeft ooit wel eens alcohol gedronken (75%), lager dan landelijk (85%). In het basisonderwijs heeft de helft van de leerlingen ooit alcohol gedronken (51%), vergelijkbaar met landelijk (50%). Er zijn geen verschillen tussen jongens en meisjes in zowel het basisonderwijs als voortgezet onderwijs.

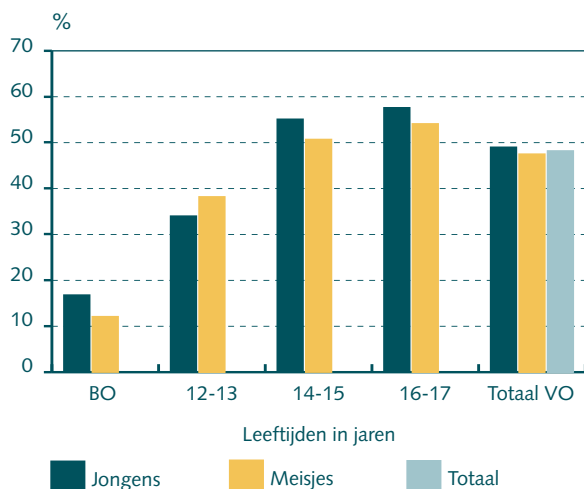
In de afgelopen vier weken alcohol gedronken

Van alle leerlingen in het voortgezet onderwijs heeft bijna de helft (48%) recent, in de laatste vier weken, alcohol gebruikt. Dit is lager dan landelijk (58%). In het basisonderwijs heeft 15% van de leerlingen recent alcohol gedronken, iets minder dan landelijk (19%). Het recent alcoholgebruik stijgt sterk tot de leeftijd van 14-15 jaar, daarna blijft het stabiel (figuur 2). Bij de 18-19-jarigen heeft twee van de drie leerlingen recent alcohol gedronken.

Het VWO telt verhoudingsgewijs de meeste leerlingen die recent alcohol hebben gedronken, gevolgd door het VMBO-theorie en HAVO. Op het VMBO-praktijk zitten aanzienlijk minder leerlingen die recent hebben gedronken. Landelijk zijn er geen grote verschillen, met uitzondering tussen het VWO en het VMBO-praktijk.

Figuur 2

Prevalentie van recent alcoholgebruik, in het basisonderwijs (BO) naar geslacht, en in het voortgezet onderwijs (VO) naar leeftijd en geslacht. Den Haag, 2003.



Aantal keer alcohol gedronken in de afgelopen maand

In de afgelopen maand heeft 18% van de leerlingen in het voortgezet onderwijs één of twee keer alcohol gedronken en 6% meer dan tien keer. De frequentie van alcoholgebruik neemt toe met de leeftijd. Bij de 12-13-jarigen beperkt 22% zich tot één of twee keer alcohol drinken in de afgelopen maand en heeft een enkeling meer dan tien keer gedronken; bij de 16-17-jarigen heeft één op de acht leerlingen (12%) meer dan tien keer gedronken in de afgelopen maand. Jongens en meisjes verschillen hierin weinig. De meeste 18-19-jarige drinkers hebben maximaal vier keer alco-

hol gedronken in de afgelopen maand, een enkeling meer dan tien keer.

Dronken of aangeschoten

Van alle leerlingen op het voortgezet onderwijs geeft vier op de tien (42%) aan ooit wel eens dronken of aangeschoten te zijn geweest, landelijk is dat 47%. Op het basisonderwijs zegt 8% dit, waarvan de helft één keer en een kwart twee keer.

Eén op de vijf leerlingen op het voortgezet onderwijs (19%) is in de afgelopen maand dronken of aangeschoten geweest (op het basisonderwijs niet gevraagd). Bij de helft van hen bleef het bij één keer, bij een kwart bij twee keer en 8% was vijf of meer keer dronken of aangeschoten geweest in de laatste maand. Tussen jongens en meisjes bestaat hierin geen verschil. De frequentie van dronkenschap hangt duidelijk samen met de leeftijd: van alle 12-13-jarigen is 5% minstens één keer dronken of aangeschoten geweest in de afgelopen maand versus 22% van de 14-15-jarigen en 35% van de 16-17-jarigen.

Drankvoorkeur

Breezers en andere pre-mixen zijn het populairst, zowel op het basisonderwijs als op het voortgezet onderwijs. Op het basisonderwijs heeft 22% van de leerlingen deze drankjes wel eens gedronken. Op het voortgezet onderwijs drinkt 12% van de leerlingen wekelijks deze drankjes (tabel 5). Bier is onder jongens net zo populair. Meisjes drinken minder bier, zij kiezen eerder voor wijn, rosé, champagne.

Ook in het landelijke onderzoek zijn bier en breezers het meest populair. Maar landelijk is het percentage

Tabel 5

Het percentage deelnemende leerlingen in het voortgezet onderwijs dat een bepaalde soort alcoholische drank minimaal wekelijks drinkt, naar geslacht. Den Haag 2003.

	Jongens %	Meisjes %	Totaal %
<i>Minimaal wekelijks gebruik</i>			
Breezers en andere pre-mixen	12,3	11,2	11,7
Bier	11,2	6,5	8,8
Wijn, rosé of champagne	2,5	7,8	5,2
Mixdrankjes (zelf gemixt)	4,4	5,2	4,9
Likeur *)	4,2	4,7	4,5
Shooters	3,5	4,9	4,3
Sterke drank	1,5	2,1	1,8
Sherry, port of Martini	1,2	0,8	1,0
Alcopop	0,7	0,7	0,6

*) Pisang Ambon, Campari enz.

jongens dat wekelijks bier drinkt hoger (van de jongens die recent hebben gedronken heeft landelijk 42% wekelijks bier gedronken, in Den Haag is dat 23%).

Trend

Het percentage dat ooit heeft gedronken is toegenomen van 65% in 1996 en 63% in 1999 naar 75% in 2003. Ook zien we een stijging in het recent alcoholgebruik (van 42% in 1996 en 1999 naar 48% in 2003). Bij de jongens is het recent gebruik gelijk gebleven en bij de meisjes toegenomen, met als gevolg dat er in 2003 géén verschil meer bestaat tussen de beide geslachten (1999: jongens 47% en meisjes 38%; 2003: 49% en 48%). Voor de toename bij de meisjes zijn vooral de 12-15-jarigen verantwoordelijk, bij de oudere meisjes stabiliseert het drankgebruik zich. Bij de jongens zien we hetzelfde beeld: een toename bij de 12-15-jarigen (maar niet zo sterk als bij de meisjes) en een stabilisatie bij de oudere jongens.

Zoals ook eerder is geconstateerd in 1996 en 1999 is in 2003 het recent alcoholgebruik in Den Haag lager dan landelijk.

Sinds 1996 blijft landelijk het recente alcoholgebruik bij de jongens steken op ongeveer 60%, bij de meisjes is sinds 1999 sprake van een lichte stijging tot 57% in 2003. De veranderingen in Den Haag komen overeen met het landelijke beeld: bij de jongens verandert weinig, bij de meisjes in Den Haag zien we een sterkere stijging dan landelijk.

Cannabis

Ooit cannabis gebruikt

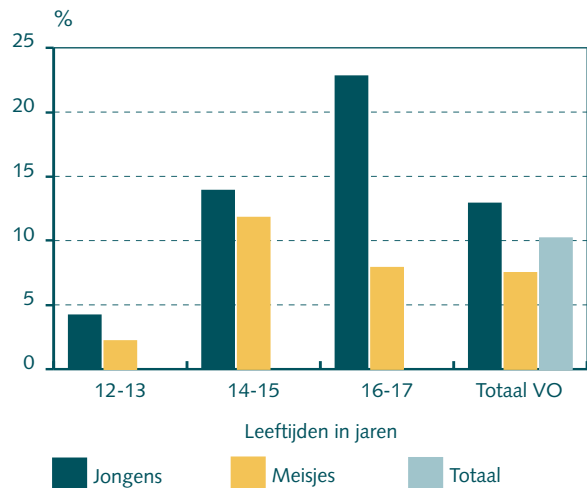
Een op de vijf leerlingen in het voortgezet onderwijs (22%) heeft ooit wel eens cannabis gebruikt (25% van de jongens en 19% van de meisjes). Dit is vergelijkbaar met landelijk (20%). Zes deelnemende leerlingen (1%) in het basisonderwijs hebben ooit cannabis gebruikt waarvan drie eenmalig. Dit is eveneens vergelijkbaar met landelijk.

De afgelopen vier weken cannabis gebruikt

Recent gebruik van cannabis wordt gemeld door 10% van alle leerlingen van het voortgezet onderwijs (op het basisonderwijs niet gevraagd). Dit is vergelijkbaar met landelijk (9%). Het recente gebruik ligt bij de jongens hoger (13%) dan bij de meisjes (8%) (figuur 3). Bij de jongens neemt het percentage dat gebruikt toe met de leeftijd; bij de meisjes neemt het gebruik op 16-17-jarige leeftijd weer af. Bij de 18-19-jarigen heeft één op de vijf jongens en één op de zes meisjes recent cannabis gebruikt.

Figuur 3

Prevalentie van recent cannabisgebruik in het voortgezet onderwijs (VO), naar leeftijd en geslacht. Den Haag 2003.



Frequentie en mate van gebruik

Van alle leerlingen in het voortgezet onderwijs heeft in de afgelopen maand 4% één keer cannabis gebruikt, 2% twee keer en 2% meer dan tien keer. Dit betekent dat de helft van de recente gebruikers het cannabisgebruik in de afgelopen maand heeft beperkt tot één of twee keer. Oudere leerlingen lijken meer frequent cannabis te gebruiken dan jongere leerlingen, dit geldt ook voor jongens vergeleken met meisjes.

De helft van de gebruikers rookt minder dan één joint per keer (waarschijnlijk rookt men met anderen samen); 33% rookt één of twee joints per keer en 14% rookt drie of meer joints per keer. Er zijn geen verschillen in het aantal joints per keer tussen jongens en meisjes en naar leeftijd. Landelijk is met betrekking tot frequentie en hoeveelheid per keer ongeveer hetzelfde beeld te zien. Er is landelijk wel de tendens dat jongens iets vaker en meer joints per keer roken dan meisjes, ook neemt bij jongens het aantal joints per keer met de leeftijd toe, bij de meisjes is dat niet te zien.

Er zijn geen verschillen in recent cannabisgebruik tussen de schooltypen, ook landelijk werd dit niet gevonden.

Trend

Het cannabisgebruik in Den Haag is vrijwel gelijk gebleven. Vergeleken met 1999 en 1996, is in 2003 het ooit cannabis hebben gebruikt bij de jongens gelijk gebleven maar bij de meisjes gestegen.

Tabel 6

Ooit en recent gebruik van harddrugs en paddo's door deelnemende leerlingen in het voortgezet onderwijs, naar geslacht. Den Haag 2003.

	Ooit			Recent		
	Jongens	Meisjes	Totaal	Jongens	Meisjes	Totaal
	%	%	%	%	%	%
XTC	4,5	2,7	3,6	1,9	0,3	1,1
Paddo's	4,6	1,6	3,1	0,9	0,3	0,7
Cocaïne	2,4	2,1	2,2	0,9	0,6	0,8
Amfetamine	1,1	1,4	1,3	0,6	0,5	0,5
Heroïne	1,0	0,5	0,8	0,8	0,5	0,6

Tabel 7

Ooit en recent gebruik van harddrugs en paddo's door deelnemende leerlingen in het voortgezet onderwijs, naar geslacht. Nederland 2003.

	Ooit			Recent		
	Jongens	Meisjes	Totaal	Jongens	Meisjes	Totaal
	%	%	%	%	%	%
XTC	3,5	2,2	2,9	1,5	0,8	1,2
Paddo's	4,4	1,7	3,1	1,3	0,3	0,8
Cocaïne	2,8	1,6	2,2	1,2	0,5	0,8
Amfetamine	2,6	1,8	2,2	1,0	0,7	0,8
Heroïne	1,5	0,7	1,1	0,8	0,3	0,5

Bij het recent cannabisgebruik is er, vergeleken met 1999 en 1996, in 2003 geen verschil bij de jongens, bij de meisjes is er een stijging die toe te schrijven is aan de 14-15-jarige meisjes (5% in 1999 naar 12% in 2003). Daardoor is het verschil tussen jongens en meisjes kleiner geworden: in 1999 nog 12% versus 5%, in 2003 13% versus 8%.

In het landelijke onderzoek daalt het recent gebruik sinds 1996 bij de jongens, dit ligt nu onder het niveau van 1996 (2003: 10%); bij de meisjes is het aantal gebruikers gelijk gebleven (2003: 7%); daardoor is ook hier het verschil tussen jongens en meisjes afgenomen. In Den Haag is dus sprake van een stabilisatie bij de jongens en een stijging bij de meisjes, landelijk is er een daling bij de jongens en een stabilisatie bij de meisjes.

Harddrugs en hallucinogene paddestoeltjes

Het gebruik van harddrugs en paddo's is alleen in het voortgezet onderwijs gevraagd. Er zijn weinig verschillen tussen Den Haag en landelijk in het gebruik van de diverse drugs (tabellen 6 en 7).

Zowel in Den Haag als landelijk is XTC het populairste recent gebruikte middel. Naast XTC zijn paddo's relatief vaak ooit gebruikt.

In Den Haag en landelijk gebruiken meer jongens dan meisjes harddrugs of paddo's; in Den Haag is dat het meest uitgesproken voor recent XTC-gebruik en ooit paddo's hebben gebruikt. Uit het landelijk onderzoek blijkt dat gebruik van harddrugs en paddo's onder de 14-jarigen en jonger nauwelijks voorkomt. Vanaf 15 jaar ligt het gebruik duidelijk hoger; bij de jongens is sprake van een verdere toename met de leeftijd, bij de meisjes stijgt het nauwelijks met de leeftijd. Op het VMBO-praktijk hebben tweemaal zoveel leerlingen ooit enige harddrugs geprobeerd als op het VWO.

Trend

Vergeleken met Den Haag 1999 lijkt het ooit en recent gebruik stabiel te zijn gebleven of iets gedaald, maar vanwege de kleine aantallen gebruikers in Den Haag is het niet zinvol verdere vergelijkingen met Den Haag 1996 en landelijk 2003 te trekken. Landelijk bereikte het gebruik van XTC, amfetamine en cocaïne een piek in 1996, sindsdien vertoont het gebruik een dalende lijn. Naar het gebruik van paddo's is voor het eerst gevraagd in 1996, ook dit volgt een dalende lijn. Het ooit gebruik van heroïne blijft schommelen rond één procent. De trend in Den Haag lijkt niet af te wijken van de landelijke trend.

Genotmiddelengebruik naar herkomst en islamitische opvoeding

In het Haagse onderzoek van 1996 bleek een islamitische opvoeding samen te hangen met middelengebruik. Een islamitische opvoeding hangt ook in hoge mate samen met een niet-Nederlandse herkomst.

In figuur 4 is voor het voortgezet onderwijs het middelengebruik weergegeven naar herkomst en het al dan niet islamitisch opgevoed zijn.

Duidelijk komt naar voren dat meer leerlingen van Nederlandse herkomst roken en alcohol drinken dan leerlingen van niet-Nederlandse herkomst. Het aandeel gebruikers is voor alle drie de genotmiddelen verreweg het laagst onder de leerlingen van niet-Nederlandse herkomst die islamitisch worden opgevoed.

Het verschil is vooral duidelijk bij alcoholgebruik: van de Nederlandse leerlingen heeft 66% recent gedronken, van de niet-Nederlandse leerlingen die islamitisch worden opgevoed 7%.

Discussie

Genotmiddelengebruik

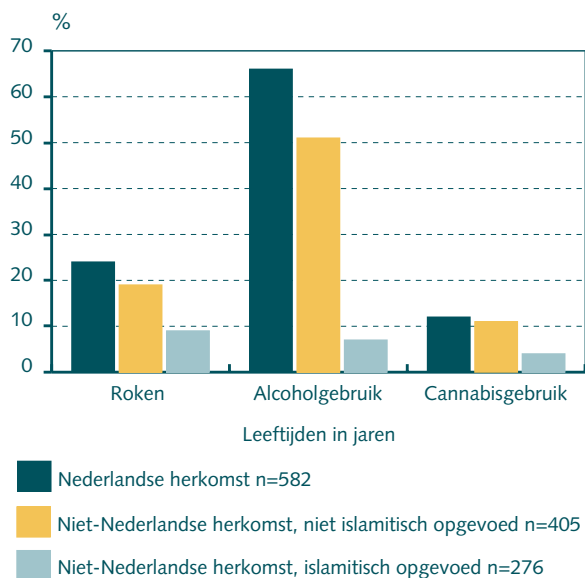
In de periode 1996-2003 is onder Haagse scholieren het alcoholgebruik toegenomen en het roken afgenomen. In het gebruik van cannabis en overige drugs is er weinig veranderd. Het Haagse beeld volgt hiermee het landelijke beeld. Dit zijn in het kort de belangrijkste bevindingen uit het voor Den Haag derde onderzoek naar genotmiddelengebruik onder scholieren.

De afname in het roken is gezien de gezondheidsrisico's een gunstige ontwikkeling. Zowel het ooit hebben gerookt als het roken in de afgelopen maand is afgenomen. Bij de 12-13-jarige meisjes zagen we echter geen daling, hetgeen reden is deze jonge groep extra in de gaten te houden.

Verontrustend is het alcoholgebruik. In de periode 1996-1999 deed zich weliswaar geen stijging voor maar bleef het op een zorgwekkend hoog niveau steken. Het alcoholgebruik is sindsdien echter weer verder toegenomen. De jongere leerlingen, in het bijzonder de meisjes, springen er in ongunstige zin uit. Had bijvoorbeeld in 1999 15% van de 12-13-jarige meisjes recent alcohol gedronken, in 2003 was dit percentage gestegen naar 38%, bij de 14-15-jarige meisjes steeg het van 38% naar 51%. Ook in de hoogste klassen van de basisschool is het alcoholgebruik een serieus punt van aandacht: de helft van de leerlingen heeft ooit alcohol gedronken en 15% heeft recent nog gedronken. Zorgwekkende bevindingen komen ook uit het

Figuur 4

Prevalentie van recent middelengebruik in het voortgezet onderwijs naar islamitische opvoeding en etnische herkomst. Den Haag 2003.



onderzoek van het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) en het Instituut voor onderzoek naar leefwijzen & verslaving (IVO): 10% van de 12-13-jarigen drinkt wekelijks en gemiddeld 6 glazen per week (5).

Het (overmatig) drinken van alcohol kan voor jongeren extra schadelijk zijn. Hoe kleiner het lichaam des te hoger de alcoholconcentratie in het bloed. Omdat lichaam en hersenen nog in ontwikkeling zijn kan alcoholgebruik de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling vertragen met onder andere concentratieproblemen en geheugenverlies als gevolg. Als op jonge leeftijd al regelmatig wordt gedronken is de kans op verslaving op latere leeftijd groter. Overmatig alcoholgebruik is niet alleen schadelijk voor de jongeren zelf maar ook voor anderen: alcohol speelt een belangrijke rol bij agressie en geweld in bijvoorbeeld uitgaansgebieden (6)(7) en verhoogt ook de kans op (verkeers)ongelukken (8).

De zeer jonge leeftijd waarop een niet onaanzienlijk deel van de jongeren al bekend is met alcoholgebruik geeft aan dat alcoholpreventieprogramma's niet halverwege de middelbare schooltijd zouden moeten starten, maar eerder, op de basisschool.

Uit dit onderzoek en uit bovengenoemd onderzoek van het NIGZ en het IVO blijkt dat de jongste leerlingen de alcohol veelal thuis aangereikt krijgen door ouders. Bij de preventieprogramma's moeten daarom

de ouders nadrukkelijk worden betrokken.

In de zeer recent verschenen beleidsbrief 'Alcohol en jongeren' van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (9) onderschrijft de minister de zorg over het toenemende alcoholgebruik onder jongeren en worden maatregelen aangekondigd om alcoholgebruik onder jongeren en vooral kinderen terug te dringen. Daarbij wordt ingezet op een heel pakket aan maatregelen zoals meer voorlichting aan ouders en het voortzetten van voorlichting aan jongeren en kinderen op de basisschool, meer controle op de leeftijdsgrenzen bij alcoholverkoop, prijsbeleid (accijnzen) en het inperken van reclame voor alcohol.

Net als in 1996 en 1999 is in 2003 het alcoholgebruik in Den Haag lager dan landelijk. In 1996 bleek dit lagere gebruik in Den Haag voor een groot deel samen te hangen met het grotere aandeel Haagse leerlingen dat een islamitische opvoeding heeft gehad. Ook in 1999 en 2003 is het aandeel leerlingen dat islamitisch wordt opgevoed in Den Haag veel groter dan landelijk. De resultaten van 2003 geven aan dat een beperkt deel van de islamitisch opgevoede Haagse leerlingen zegt alcohol te gebruiken. Vermoedelijk is het grotere aandeel islamitisch opgevoede leerlingen in Den Haag een van de redenen dat op het VMBO-praktijk veel minder wordt gedronken.

Was er in 1996 reden tot zorg over het toen sterk gestegen cannabisgebruik, in de periode 1996-2003 is het gebruik landelijk en in Den Haag gestabiliseerd; landelijk is er een lichte daling bij de jongens. Opvallend is de verdubbeling in het gebruik bij 14-15-jarige Haagse meisjes.

Harddrugs en pado's worden ook in 2003 weinig gebruikt door scholieren. In het gebruik zien we landelijk een stabilisatie of lichte daling, de trend in Den Haag lijkt hetzelfde.

Beperkingen van het onderzoek

Het onderzoek kent een aantal beperkingen die van invloed kunnen zijn op de resultaten en vooral op de vergelijkbaarheid met landelijke gegevens.

- Medewerkers van de GGD hebben de scholen geselecteerd. Doordat niet kan worden uitgesloten dat dit op verschillende wijze is geschied, bijvoorbeeld door te anticiperen op mogelijke bereidheid tot deelname van een school, is het mogelijk dat hiermee de representativiteit is aangetast. Bovendien wilden in Den Haag diverse basisscholen niet deelnemen omdat genotmiddelengebruik 'op hun school geen rol speelde'. Als dit inderdaad het geval zou zijn, zou het gebruik op de Haagse basis-

scholen op basis van gegevens uit dit onderzoek worden overschat.

- De non-respons kan selectief zijn, dat wil zeggen dat vooral de leerlingen die veel gebruiken, absent waren. In dat geval kan sprake zijn van een onderschatting van de resultaten. Het absentiecijfer (8% BO, 9% VO) ligt op een dusdanig niveau dat dit de resultaten kan beïnvloeden.
- De vragenlijsten zijn klassikaal afgenomen. In een klas kan een bepaalde houding heersen ten opzichte van genotmiddelengebruik, die de resultaten kan beïnvloeden.
- Gezien de aard van de vragen kunnen sociaal wenselijke antwoorden een rol spelen. Dit kan verschillen tussen culturen, sociaal-economische klassen en stad en platteland, en aldus tot vertekening leiden.

Conclusie

Het gebruik van alcohol onder Haagse scholieren neemt toe, vooral bij jonge meisjes. Het gebruik van cannabis, harddrugs en pado's stabiliseert. Het roken neemt af maar niet onder jonge meisjes.

Scholieren beginnen op jonge leeftijd met alcohol drinken, roken en cannabisgebruik. Al op de basisschool drinkt een deel van de leerlingen alcohol. Bij het ontwikkelen en uitvoeren van preventieactiviteiten om het genotmiddelengebruik te ontmoedigen en terug te dringen zal de aandacht vooral uit moeten gaan naar de jongere scholieren, met daarbij speciale aandacht voor de meisjes. Deze preventieactiviteiten zullen daarom al in de hoogste klassen van de basisschool moeten starten. Omdat alcohol vaak in huiselijke kring wordt gebruikt met toestemming van de ouders zullen de preventieactiviteiten ook op de ouders moeten worden gericht.

Literatuur:

1. Middelkoop BJC, Fengler MRJM, Zwartendijk-Schats MATW. Veel genot en wijsheid?: Genotmiddelengebruik onder de Haagse schooljeugd (I). *Epidemiol Bul Grav* 1998; 33 no. 2: 20-6.
2. Fengler MRJM, Middelkoop BJC, Zwartendijk-Schats MATW. Veel genot en wijsheid?: Genotmiddelengebruik onder de Haagse schooljeugd (II). *Epidemiol Bul Grav* 1998; 33 no. 3 :21-6.
3. Berns MPH, Gelton AJM, Zwartendijk-Schats MATW, Middelkoop BJC. Genotmiddelengebruik onder middelbare scholieren in Den Haag. *Epidemiol Bul* 2001; 36 no. 3 :15-21.
4. Monshouwer K, Dorsselaer S van, Gorter A, Verdurmen J, Vollebergh W. Jeugd en riskant gedrag. Kerngegevens uit het peilstationsonderzoek 2003. Roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar. Utrecht: Trimbos-instituut, 2004.
5. Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving (IVO), Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ). Determinanten en prevalentie van alcoholgebruik bij jongeren van 12 - 17 jaar. Voorlopige resultaten, voorjaar 2005. Volledige rapportage verschijnt zomer 2005.
6. Linden J van der, Knibbe R. Daders en slachtoffers aan het woord; een exploratief onderzoek naar uitgaansgeweld. Universiteit Maastricht, 2005.
7. Bielemann B, Maarsingh H, Meijer G. Aangeschoten wild. Onderzoek naar jongeren, alcohol drugs en agressie tijdens het uitgaan. Groningen: IntraVal, 1998.
8. Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid, www.swov.nl. Rij- en drinkgewoonten. Leidschendam.
9. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Alcohol en jongeren. VGP/GB 2573517. Den Haag, maart 2005.

Transmissie van tuberculose in Den Haag

E.M. Huisman

In 1999 besteedde het Epidemiologisch Bulletin in vier artikelen uitgebreid aandacht aan tuberculose (1)(2)(3)(4). Eén artikel ging met name in op de toename van het aantal moeilijk behandelbare Somalische patiënten. Dit had rechtstreeks te maken met de import van resistente tuberculosestammen vanuit de door oorlog getroffen hoorn van Afrika (3). In onderstaand artikel wordt aandacht besteed aan andere bevolkingsgroepen in Den Haag en aan de vraag in hoeverre verspreiding binnen bevolkingsgroepen plaatsvindt door onderlinge overdracht ('transmissie').

In veel niet-westerse landen is tuberculose endemisch. De tuberculoseproblematiek is complexer geworden door de opkomst van AIDS, omdat tuberculose weer de kop opsteekt als het immuunsysteem van mensen verzwakt (zie kader op pagina 16). Tuberculose is daardoor, mondiaal gezien, een belangrijke doodsoorzaak bij AIDS-patiënten.

Wereldwijd neemt tuberculose toe, met momenteel 8 à 10 miljoen nieuwe tuberculosepatiënten per jaar. Jaarlijks overlijden 2 à 3 miljoen patiënten. Van alle tuberculosepatiënten overlijdt, indien niet behandeld, meer dan 50%.

In Nederland worden jaarlijks circa 1400 nieuwe tuberculosepatiënten geregistreerd, waarvan ongeveer 140 in Den Haag. Circa 25% van de patiënten heeft de zogenoemde 'open longtuberculose'; ongeveer 30% heeft tuberculose buiten de longen, aangeduid met de term 'extrapulmonale tuberculose'.

Het aantal nieuw geregistreerde tuberculosepatiënten in Den Haag daalt niet en recent is mogelijk zelfs een stijging gevonden. Het was onduidelijk waarom de daling die landelijk wel zichtbaar is niet in Den Haag (en de twee andere grote steden) optreedt. Dit was de reden om na te gaan hoeveel Haagse tuberculosepatiënten kunnen worden toegeschreven aan transmissie binnen Den Haag en wat de risicofactoren hiervoor zijn. Mogelijk vinden we zo aanwijzingen hoe de tuberculose-transmissieketen in Den Haag te onderbreken.

Incidentie en risicogroepen

Onder de incidentie van tuberculose verstaat men het aantal nieuwe gevallen per 100.000 inwoners per jaar. Landelijk bedraagt deze incidentie circa 8, maar in Den Haag circa 25. Dat komt overeen met de tuberculose-incidentie in een land als Colombia, Polen of Turkije (5).

In Nederland wordt van een risicogroep gesproken bij een tuberculose-incidentie van meer dan 50. Enkele bekende risicogroepen zijn immigranten, gedetineerden, drugsverslaafden, alcoholisten en illegalen. Bij sommige bevolkingsgroepen ligt de tuberculose-incidentie in Den Haag op het zelfde niveau als in het land van herkomst. Bij Marokkanen bijvoorbeeld schommelt de incidentie in Den Haag al jaren rond het niveau in Marokko, te weten circa 100 nieuwe patiënten per 100.000 inwoners per jaar. Mogelijke oorzaken zijn voortgaande immigratie met medeneeming van tuberculose, reizen naar het land van herkomst waar men geïnfecteerd wordt, en wellicht transmissie van tuberculose in Den Haag.

In Den Haag is 75% van de tuberculosepatiënten van buitenlandse afkomst, landelijk is dat 60-65%. Dit verschil is verklaarbaar door het hogere percentage niet-westerse allochtonen in Den Haag en de hogere incidentie van tuberculose onder deze groepen. Bij een deel van de immigranten wordt de tuberculose geconstateerd bij de (verplichte) screening bij vestiging in Nederland. Op de foto is een recente besmetting echter niet zichtbaar.

Besmettelijkheid en diagnostiek

De belangrijkste parameter voor de besmettelijkheid van tuberculose is de aanwezigheid van grote aantallen tuberkelbacteriën in het sputum. Met behulp van een bepaalde voorbereiding (de zogeheten 'Ziehl-Nielsen kleuring', afgekort ZN-kleuring) kunnen Mycobacteriën (zie kader op pagina 16) onder de microscoop worden aangetoond. Hiervoor moeten er minimaal enkele duizenden bacteriën per milliliter sputum aanwezig zijn. Als iemand met longtuberculose een positieve ZN-kleuring heeft van het sputum, wordt dat 'open longtuberculose' genoemd. Zo iemand is meestal

Over de auteur:

Erik Huisman is arts tuberculosebestrijding, werkzaam op de afdeling Tuberculosebestrijding van de GGD, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, gemeente Den Haag.

besmettelijk. De uitslagen van het sputumonderzoek kunnen bij één en dezelfde persoon nogal wisselend zijn, reden om het onderzoek bij voorkeur drie keer te doen, waarbij het sputum op verschillende dagen wordt afgenomen. Een alternatieve mogelijkheid is dat de longarts met een pijpje in long kijkt (bronchoscopie) en met een spoelvloeistof een beetje longinhoud 'uitspoelt' (een zogeheten broncho-alveolaire lavage, afgekort BAL), hetgeen een belastende ingreep is. Indien mogelijk wordt volstaan met sputum onderzoek.

Helaas is de ZN-kleuring ook positief bij een aantal andere bacteriën. Bij een positieve kweek, dus als er tuberkelbacteriën aanwezig blijken te zijn, doet men tegenwoordig een voor tuberculose specifieke DNA-test. Deze test is positief bij de aanwezigheid van bacteriën van het *Mycobacterium tuberculosis* Complex (zie kader). De kweek is echter nog steeds de 'gouden standaard' voor de diagnose tuberculose (6).

Het lukt niet altijd om een tuberkelbacterie uit een patiënt te kweken. Als de tuberculose alleen buiten de longen ligt, bevat het sputum geen tuberkelbacteriën en worden deze ook niet gevonden met toepassing van een BAL. De diagnose wordt dan op andere gronden gesteld (bijvoorbeeld door onderzoek van een biopt: een stukje verdacht weefsel dat met behulp van een holle naald wordt verkregen). Dit was in Nederland tussen 1995 en 2000 bij ongeveer 30% van de patiënten het geval (7).

DNA-fingerprint

Van iedere gekweekte tuberkelbacterie moet een kweek worden opgestuurd naar de afdeling Mycobacteriën van het RIVM. Hier wordt ondermeer een DNA-fingerprint gedaan. Alle patiënten met tuberculosestammen met dezelfde fingerprint groepeer men in één cluster. Ieder cluster dat het RIVM aldus vindt, krijgt een eigen clusternummer. Nieuwe patiënten die een al bekende DNA-fingerprint blijken te hebben worden aan het desbetreffende cluster toegevoegd. Als een fingerprint voor het eerst wordt gevonden, kan het RIVM uiteraard geen clusternummer toekennen aan deze patiënt; hij is dan 'uniek'. Ongeveer de helft van de fingerprints in Nederland is uniek. Aan zo'n unieke fingerprint kan soms later alsnog een clusternummer worden toegekend wanneer er nog een patiënt wordt gevonden met de zelfde fingerprint. Landelijk zijn inmiddels circa 1.300 verschillende clusters bekend. Het RIVM werkt voor de DNA-fingerprinting van tuberkelbacteriën samen met de Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der Tuberculose (KNCV, thans KNCV-Tuberculosefonds) in het zogeheten KNCV-RIVM DNA-surveillance project.

Contactonderzoek

Als een arts in Nederland de diagnose tuberculose stelt, moet de patiënt volgens de Infectieziektenwet op naam worden gemeld bij de afdeling tuberculosebestrijding van de regionale GGD, ook als er (nog) geen bewijs is in de vorm van een kweek. Rond de patiënt wordt - indien noodzakelijk - door de GGD een contactonderzoek gedaan, waarbij eventuele nieuw gevonden tuberculosepatiënten en -besmettingen worden behandeld. Dit vergt een aanzienlijke investering van menskracht. Indien iemand niet ziek is, maar wel besmet, kan een profylactische behandeling worden gevolgd die de kans op het ontwikkelen van tuberculose verkleint.

Patiënten en methoden

Van 193 Haagse kweekpositieve tuberculosepatiënten uit de periode 2000-2002 is de status gelicht (>80% van het totaal). Een periode van drie jaar is voldoende om clustering door eventuele transmissie van tuberculose aan te kunnen tonen (8). Hoe minder dossiers in de onderzoeksperiode van het totale aantal dossiers worden gebruikt, hoe lager de aantallen geclusterde patiënten die worden gevonden. Er vindt dan dus een onderschatting plaats (9). Aangezien tuberculose aangeiftplichtig is, vormen de onderzochte dossiers een mix van GGD- en ziekenhuispatiënten. Van iedere patiënt is een casusformulier ingevuld. Als controle op correcte invoer is een willekeurige 20% van de formulieren opnieuw ingevoerd en vergeleken met de aanwezige gegevens.

Het casusformulier bevat de personalia, het cluster-nummer, de soort tuberculose, risicofactoren (gebruik van alcohol of drugs, oud-patiënt, zeevarende, immigrant, illegaal, reis naar endemisch tuberculosegebied minder dan vijf jaar voor de diagnose), indien van toepassing de datum van binnenkomst in Nederland en enkele gegevens over de tuberculose (sputum ZN, lokalisatie van de tuberculose) en de behandeling (DOT (zie kader), behandelingschema). De meest voorkomende landen worden apart benoemd, de rest wordt ingedeeld per continent.

Resultaten

De mediane leeftijd van de tuberculosepatiënten op het moment van diagnose was 32 jaar (uitersten 2-97 jaar). De verhouding man/vrouw was ongeveer 2:1 (zie tabel 1, waarin ook enkele andere kenmerken van de onderzoekspopulatie worden gepresenteerd). Tabel 2 laat zien dat de meeste risicofactoren slechts bij een kleine minderheid voorkomen. Een uitzondering hierop is dat de grote meerderheid immigrant is. De

Tabel 1.

Kenmerken van de onderzoekspopulatie (N=193).

	N	(%)
Geslacht		
Man	125	(65)
Vrouw	68	(35)
Opsporing*		
Passief	167	(87)
Actief	26	(13)
Geclusterd		
Nederland	105	(54)
Den Haag	46	(24)
Soort tuberculose		
Pulmonaal (P)	95	(49)
Extra-pulmonaal (E)	70	(36)
E+P	28	(15)
ZN Sputum		
Positief	53	(28)
Negatief	105	(54)
Niet verricht	30	(16)
Onbekend	5	(3)
ZN BAL		
Positief	27	(14)
Negatief	36	(19)
Niet verricht	123	(64)
Onbekend	7	(4)

* Passief: spontaan gemeld, bijvoorbeeld door zoeken van medische hulp in verband met klachten. Actief: patiënten gevonden door activiteiten zoals screening of contactonderzoek

meest voorkomende geboortelands van de patiënten waren respectievelijk Nederland, Marokko, Somalië, Suriname en Turkije (zie tabel 3).

Van de 128 pulmonale tuberculosepatiënten met een pulmonale lokalisatie waren er 75 ZN-Sputum- of ZN-BAL-positief (61%).

Van 105 van de 193 patiënten (54%) bleek een cluster nummer bekend in de landelijke registratie. Dit betekende niet per se dat er ook meerdere Haagse patiënten tot één zo'n cluster behoorden. In de meeste gevallen bevond zich in een landelijk cluster slechts één Haagse patiënt. Op het niveau van de gemeente Den Haag bezien is er in zo'n geval uiteraard geen cluster. Voor 13 landelijke clusters gold evenwel dat er meerdere Haagse patiënten deel uit-

Tabel 2.

Aanwezigheid van een risicofactor (N=193).

	N	(%)
Alcohol		
Ja	10	(5)
Nee	177	(92)
Onbekend	6	(3)
Harddrugs		
Ja	7	(4)
Nee	181	(94)
Onbekend	5	(3)
Werkzaam in Zorg		
Ja	3	(2)
Nee	186	(96)
Onbekend	4	(2)
Recent reis naar endemisch gebied		
Ja	59	(31)
Nee	57	(30)
Onbekend	77	(40)
Zeevarend		
Ja	1	(1)
Nee	188	(97)
Onbekend	4	(2)
Illegaal		
Ja	26	(14)
Nee	165	(86)
Onbekend	1	(1)
Immigrant		
Ja	136	(71)
Nee	56	(29)
Onbekend	2	(1)
Oud-patiënt		
Ja	9	(5)
Nee	180	(93)
Onbekend	4	(2)

maakten van één cluster. Er waren met andere woorden 13 Haagse clusters, met een aantal Haagse patiënten dat varieerde van 2 tot 10. In totaal omvatten deze 13 clusters 46 Haagse patiënten. Meestal gaat het om kleine clusters: slechts vier clusters bevatten vier of meer Haagse patiënten.

Tabel 3.

Clustering naar geboorteland in Nederland en Den Haag.

Geboorteland	N	Clustering op niveau Nederland			Clustering op niveau Den Haag		
		N (%)	OR	(95% BI*)	N (%)	OR	(95% BI*)
Nederland	31	21 (68)	1		12 (39)	1	
Marokko	27	18 (67)	0,95	(0,28- 3,31)	9 (33)	0,79	(0,23-2,64)
Turkije	19	11 (58)	0,65	(0,17- 2,53)	8 (42)	1,15	(0,30-4,26)
Somalië	22	12 (55)	0,57	(0,16- 2,05)	4 (18)	0,35	(0,07-1,47)
Suriname	19	17 (89)	4,05	(0,70-41,86)	8 (42)	1,15	(0,30-4,26)
Oost-Europa	5	2 (40)	0,32	(0,02- 3,35)	0**		
Zuid-Amerika	2	1 (50)	0,48	(0,01-41,08)	0**		
Azië	43	12 (28)	0,18***	(0,06- 0,56)	2 (5)	0,08***	(0,01-0,41)
Afrika overig en Midden-Oosten	23	9 (39)	0,31	(0,08-1,08)	3 (13)	0,24	(0,04-1,10)
Overige geïndustriali- seerde landen	2	2**			0**		
Totaal	193	105 (54)			46 (24)		

*) 95%-betrouwbaarheidsinterval

**) Bij clustering van 0% respectievelijk 100% zijn in verband met kleine aantallen geen Odds Ratio's berekend.

***) $p < 0,05$

Clustering

Bij vergelijking van de mate van clustering in Den Haag per geboorteland (zie tabel 3; en zie het kader op pagina 17 voor uitleg over de wijze van vaststelling van de mate van clustering) valt op dat patiënten met als geboorteland Suriname of Turkije iets meer dan gemiddeld geclusterd lijken: de Odds Ratio voor clustering ten opzichte van Nederlanders is voor beide groepen 1,15 (niet significant).

Bij vergelijking per risicofactor blijken geslacht, ZN van sputum of BAL, alcohol- en/of drugsgebruik en oud-patiënten hier *niet* significant gerelateerd aan clustering. De Haagse Surinaamse tuberculosepatiënten zitten, met een Odds Ratio van 4,05, duidelijk vaker in een landelijk cluster dan de Nederlanders, dit overigens in tegenstelling tot de Turkse patiënten.

De in Azië geboren tuberculosepatiënten clusteren significant minder dan de Nederlanders. Dit komt overeen met de verwachting aangezien deze patiënten zeer waarschijnlijk nauwelijks gemeenschappelijke kenmerken hebben waardoor er weinig kans is dat zij met een zelfde bacteriestam besmet zijn geraakt. Het grootst gevonden Haags cluster bestaat, op landelijk niveau bekeken, uit 46 personen: 16 hiervan komen uit Amsterdam en 18 uit Den Haag waarvan er tien binnen de onderzoeksperiode vallen. Zeven van de deze tien Haagse patiënten in dit cluster hebben Suriname als geboorteland, de achtste is qua afkomst

Surinaams. Uit nader dossieronderzoek van de patiënten in dit cluster, blijkt de meerderheid van deze Surinaamse tuberculosepatiënten aanwezig te zijn geweest op een dagenlang durende Hindoestaanse bruiloft en enkele maanden later bij een doopfeest. Bij beide feesten was dezelfde Surinaamse patiënt met ZN-positieve ('open') longtuberculose aanwezig. Desondanks is er maar één patiënt rechtstreeks gevonden door contactonderzoek. De overige gevallen zijn passief gevonden. Er zijn wel meerdere besmettingen gevonden die preventief behandeld zijn om ontwikkeling van tuberculose in de toekomst te voorkomen. Het contactonderzoek werd echter ernstig bemoeilijkt doordat de tuberculosepatiënten niet in staat bleken de namen en adressen van hun contacten door te geven. Een zoektocht in de burgerlijke stand bracht geen uitkomst doordat deze gegevens (zo bleek achteraf) nauwelijks overeenkwamen met de werkelijke verblijfplaats. Ook bleken contacten en patiënten steeds te verhuizen. De Haagse tuberculosepatiënten wonen kennelijk niet altijd op het adres waar ze geregistreerd zijn in de burgerlijke stand, illegalen komen er helemaal niet in voor. Hierdoor konden niet alle contacten van de tuberculosepatiënten worden opgeroepen en moest worden afgewacht wie tuberculose kreeg. Op het werk van de bronpatiënt is overigens niet één tuberculosepatiënt gevonden of gemeld.

Om relaties binnen een cluster te bevestigen is het goed om bevestigd te krijgen dat besmette contacten of nieuw gevonden tuberculosepatiënten de bronpatiënt kennen of bijvoorbeeld op de zelfde plaatsen komen als de bron. In dit onderzoek zijn die verbanden niet structureel meegenomen.

Conclusie

In Den Haag worden in de periode 2000-2002 voornamelijk kleine clusters gevonden en één groter cluster van 10 personen. Dit suggereert geen grootschalige transmissie rondom individuele patiënten. Bij patiënten geboren in Suriname kon wel clustering op landelijk niveau worden aangetoond. Het verdient aanbeveling tenminste voor deze groep het contactonderzoek zodanig aan te passen dat een hogere opbrengst wordt verkregen. Het aantal patiënten dat door opsporing (actief) werd gevonden is lager dan het landelijk gemiddelde maar dat is typisch voor de grote steden. Buiten de grote steden is de opbrengst van contactonderzoek meestal hoger. Bovendien is het van groot belang om contacten op te sporen die besmet zijn met de tuberculosebacterie, maar (nog) niet ziek. Deze groep mensen komt niet terug in dit onderzoek.

De grootste aantallen tuberculosepatiënten worden in Den Haag gevonden bij patiënten geboren in Nederland en Marokko. Bij deze landen is geen significant verhoogde clustering (en daarmee een aanwijzing voor recente lokale transmissie) gevonden. Wel ligt zoals eerder opgemerkt de tuberculose-incidentie bij Marokkanen in Den Haag al sinds jaren in dezelfde orde van grootte als in Marokko (in Marokko is de incidentie in 2002: 99 per 100.000 inwoners per jaar (5)).

Literatuur

1. Kuyvenhoven JV, Van den Hombergh J. Tuberculose: een synopsis. *Epidemiol Bull Grav* 1999 (34) nr.1 : 1-5.
2. Van den Hombergh J, Kuyvenhoven JV, Brandts F. De tuberculosebestrijding door de GGD Den Haag. *Epidemiol Bull Grav* 1999 (34) nr.1 : 6-8.
3. Van den Hombergh J. Den Haag, de Hoorn van Afrika en Tuberculose: een epidemiologische verkenning. *Epidemiol Bull Grav* 1999 (34) nr.1 : 9-15.
4. Reijnders J. Dagboek van een sociaal verpleegkundige tuberculosebestrijding. *Epidemiol Bull Grav* 1999 (34) nr.1 : 16-20.
5. World Health Organization. Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO Report 2004. Geneva, Switzerland.
6. Barnes Peter F, Donald Cave M. Molecular Epidemiology of Tuberculosis. *N Engl J Med* 2003: 1149-56.
7. Šebek M, Kalisvaart N. Vijf jaar DNA-surveillance van M. tuberculosis in Nederland. *Tegen de Tuberculose* 2001: 97 (4): 93-7, 112.
8. Glynn JR, Bauer J, de Boer AS et al. Interpreting DNA-fingerprint clusters of Mycobacterium tuberculosis. *European Concerted Action on Molecular Epidemiology and Control of Tuberculosis. Int J Tuberc Lung Dis* 1999: 3: 1055-60.
9. Murray M, Alland D. Methodological Problems in the Molecular Epidemiology of Tuberculosis. *Am J of Epidemiology*; 2002: 565-71.
10. Wilcke JT, Poulsen S, Askgaard DS, Enevoldsen HK, Ronne T, Kok-Jensen A. Tuberculosis in a cohort of Vietnamese refugees after arrival in Denmark 1979-1982. *Int J Tuberc Lung Dis.* 1998 Mar; 2 (3): 219-24.

Enkele achtergrondgegevens

De ziekte tuberculose wordt veroorzaakt door een bacterie. Dit is bijna altijd de Mycobacterium tuberculosis; een enkele keer is een andere bacterie uit het Mycobacterium tuberculosis complex de verwekker. Tot deze groep behoren ondermeer de Mycobacterium tuberculosis, de Mycobacterium bovis (de veroorzaker van rundertuberculose) en de Mycobacterium bovis BCG (een verzwakte stam van de Mycobacterium bovis. Deze stam wordt gebruikt voor de BCG-vaccinatie, een - overigens niet heel erg effectieve - vaccinatie tegen tuberculose).

De verspreiding verloopt nagenoeg alleen via de lucht door middel van een druppeltjesinfectie. Na infectie van de longen verspreidt de bacterie zich via de lymfevaten ('lymfogeen') en via de bloedvaten ('haematogeen') door het hele lichaam. Soms krijgen mensen aansluitend tuberculose. Meestal zal echter na circa zes weken immuniteit optreden waarna de bacterie levenslang latent aanwezig blijft in het lichaam. Van deze mensen zal 10% later een keer tuberculose krijgen, meestal binnen enkele jaren na de besmetting (10). Dat betreft dan mensen met een normaal functionerend afweersysteem ('immunocompetente' mensen). Niet-immunocompetente mensen (zoals AIDS-patiënten en patiënten die een medicijn gebruiken dat het afweersysteem onderdrukt, zoals bijvoorbeeld na een transplantatie) lopen meer risico. Dit geldt ook voor kleine kinderen.

De behandeling van tuberculose duurt minimaal zes maanden met altijd meerdere verschillende

antibiotica. Hiermee wordt voorkomen dat zich tuberculosestammen ontwikkelen die resistent zijn tegen de huidige geneesmiddelen. Bij sommige patiënten zoals bij verslaafden en patiënten met multiresistente tuberculose, is het noodzakelijk om sterk te controleren of de (omvangrijke) medicatie daadwerkelijk wordt ingenomen. Deze controle gebeurt soms in de vorm van dagelijks direct toezicht door de GGD. Men noemt zo'n gecontroleerde inname Directly Observed Therapy, afgekort als DOT).

Statistiek

De vraag of binnen een bevolkingsgroep sprake is van onderlinge overdracht van tuberculose wordt beantwoord door na te gaan of er binnen de bevolkingsgroep sprake is van méér clustering dan verwacht zou worden. Voor een eenduidige definitie van clustering is het uiteraard noodzakelijk om grenzen te definiëren in plaats en tijd. In dit onderzoek gaat het om clustering van gedurende de periode 2000-2002 nieuw geregistreerde tuberculosepatiënten die woonachtig zijn in Den Haag. De autochtone bevolking is als referentiepopulatie genomen. De mate waarin binnen de autochtone bevolking identieke stammen worden gevonden wordt dus als norm gesteld. Het vóórkomen van clustering in andere bevolkingsgroepen is vervolgens uitgedrukt als Odds Ratio (zie kader over de Odds Ratio) ten opzichte van de autochtone bevolkingsgroep.

De in tabel 3 weergegeven betrouwbaarheidsintervallen voor de Odds Ratio's zijn berekend met de 2-sided Fisher's exact test gezien de kleine aantallen patiënten.

Odds Ratio

De Odds Ratio is een getal dat de verhouding aangeeft tussen twee Odds. Preciezer: de ene Odds gedeeld door de andere Odds. Het begrip Odds is afkomstig uit de wereld van de weddenschappen (met name de Engelse paardenraces). De Odds geeft de kans aan dat iets wel of niet gebeurt. Preciezer: de kans dat iets wel gebeurt gedeeld door de kans dat iets niet gebeurt. Dat klinkt moeilijker en gekker dan het is. Neem de uitdrukking: 'Tien tegen één dat Black de volgende race wint'. Die uitspraak betekent dat de spreker denkt dat er 10/11 kans is dat Black de race wint en 1/11 kans dat hij niet wint. De Odds is dan 10/11 gedeeld

door 1/11 ofwel tien tegen één.

Een Odds Ratio vergelijkt de Odds van een lid van de ene bevolkingsgroep met de Odds van een lid van een andere bevolkingsgroep. In het kader van dit artikel gaat het om de kans dat een tuberculosepatiënt besmet is met een tuberkelbacterie die volgens de DNA-fingerprint tot een cluster behoort. Een rekenvoorbeeld. Stel dat er 100 autochtone patiënten zijn, waarvan er 40 tot een cluster horen (dit hoeft niet per se één en hetzelfde cluster te zijn), terwijl de andere 60 patiënten een unieke fingerprint hebben. De kans om tot een cluster te behoren bedraagt voor deze bevolkingsgroep dus 40% en de Odds bedraagt 40/60. Stel voorts dat er 200 Marokkaanse patiënten zijn, waarvan er 150 tot een cluster behoren, terwijl de andere 50 patiënten een unieke fingerprint hebben. Voor deze bevolkingsgroep bedraagt de kans om tot een cluster te behoren dus $150/200 = 75\%$ en de Odds bedraagt 75/25. Dan is de Odds Ratio voor clustering van de Marokkaanse bevolking ten opzichte van de autochtone bevolking $75/25$ gedeeld door $40/60$, oftewel 4,5.

OBV haalt allochtone vrouw uit isolement

H. Wolfson

Al 26 jaar laat de Stichting 'Ontmoeting met Buitenlandse Vrouwen' (OBV) buitenlandse vrouwen die om wat voor reden dan ook de deur niet uit kunnen, kennismaken met de Nederlandse taal en cultuur. Vrijwilligsters van het OBV zoeken de vrouwen thuis op en praten met hen over uiteenlopende alledaagse onderwerpen, om zo de taal te oefenen. Na afloop van de periode bij het OBV zijn de meeste vrouwen in staat om deel te nemen aan activiteiten buitenshuis. In onderstaand artikel meer over doelstelling en werkwijze van het OBV.

Taal als middel

De belangrijkste doelstelling van het OBV is 'het bevorderen van de redzaamheid van buitenlandse vrouwen in Den Haag'. Dit betekent dat de vrouw met anderen contact kan leggen in de Nederlandse taal én deel kan nemen aan de Nederlandse samenleving. In de praktijk komt dit neer op bijvoorbeeld zelf boodschappen kunnen doen, zelf met de dokter kunnen praten of met de leerkracht op school, begrijpen hoe het consultatiebureau werkt, of hoe men contact kan leggen met andere mensen. De invulling van de lessen is heel verschillend, en ook de gebruikte taalmethoden zijn afhankelijk van wat de vrouw wil en kan. Hiervoor gebruikt het OBV speciaal op de doelgroep afgestemde lesmethoden.

Voor de vrijwilligsters is het lesgeven een mogelijkheid om in contact te komen met allochtone vrouwen, hun achtergrond en cultuur. Het stimuleren van ontmoeting tussen westerse en niet-westerse vrouwen in Den Haag vormt de tweede doelstelling van het OBV.

Voor wie?

Het OBV is er voor vrouwen die niet naar buiten kunnen, durven of mogen om deel te nemen aan activiteiten buitenshuis. Vrouwen die niet naar buiten kunnen vormen de grootste groep; zij zijn ziek of verzorgen een ziek familielid. Ook vrouwen met een groot gezin zijn vaak niet in de gelegenheid de zorg hiervoor te combineren met een intensieve taaltraining buitenshuis. Daarnaast zijn er de vrouwen die niet goed naar buiten durven, door wat zij in hun land van herkomst hebben meegemaakt, of doordat zij bang zijn om in de nieuwe omgeving 'de weg kwijt te raken'. Ook zijn er nog altijd vrouwen die niet naar buiten mógen en

daarom aangewezen zijn op thuisles. Gelukkig zijn dat er steeds minder.

De meeste vrouwen die les krijgen via het OBV komen uit Turkije en Marokko, en verder uit een groot aantal verschillende landen. Vaak hebben de vrouwen geen of weinig vooropleiding, sommige vrouwen zijn analfabeet, de meeste beheersen het Nederlands slecht, in allerlei gradaties. De laatste jaren groeit het aantal hoger opgeleide vrouwen, zij zijn vaak afkomstig uit oorlogsgebieden.

Veruit het grootste deel van de vrouwen zijn oudkopers, dus al lange tijd in Nederland zonder ooit de taal te hebben geleerd. Ook wordt wel les gegeven aan

Voorbeeld 1:

Hannan is 42 jaar en woont sinds 1990 in Nederland. Zij heeft vier kinderen waarvan er een ernstig ziek is (kanker). Dit was voor haar de reden om vanuit Marokko naar Nederland te komen. Haar zoontje werd hier bestraald en verpleegd, maar overleed enige tijd later. Intussen stapelden de problemen thuis zich op. Een kind is uit huis geplaatst, een ander kind heeft psychische problemen (dwanghandelingen en -gedachten). Tenslotte heeft Hannan ook de zorg voor een gehandicapt kind dat thuis woont. Hannan kon de problemen niet goed meer aan en kreeg depressieve klachten, hoofdpijn en last van slapeloosheid. Het gezin woont in een verwaarloosd oud huis en ze hebben financiële problemen. Haar man is werkloos. Ze kwam onder behandeling van Parnassia, en is daar doorverwezen naar het OBV. Ze heeft nu les en het gaat naar omstandigheden goed.

Over de auteur:

Hilje Wolfson is stafmedewerkster voorlichting, werving en publiciteit bij de stichting OBV.

nieuwkomers die tijdelijk ontheffing hebben van de verplichte inburgering, vanwege ziekte of zwangerschap, en die door het bezoek aan huis van de OBV-vrijwilligster alvast kunnen kennismaken met de taal.

Door wie?

De lessen worden gegeven door vrijwilligsters, die na aanmelding schriftelijk en mondeling de nodige informatie krijgen over wat er van hen wordt verwacht. In het selectiegesprek dat dan volgt wordt met name gekeken naar motivatie en houding. Waarom wil men lesgeven? Realiseert de aspirant-vrijwilligster zich dat er nogal wat van haar geduld wordt gevergd bij het lesgeven aan vrouwen, die soms bijna onaanspreekbaar zijn in de Nederlandse taal? En ook erg belangrijk: hoe staat men ten opzichte van vrouwen uit andere culturen met veelal weinig opleiding en weinig redzaamheid? etc. Een en ander om te voorkomen dat mensen aan het lesgeven beginnen vanuit een min of meer bevoogdende houding. Overigens valt dit in de praktijk erg mee, verreweg de meeste vrijwilligsters melden zich voor dit werk omdat ze iets positiefs denken te kunnen doen voor hun medeburgers. De laatste tijd melden zich ook steeds meer allochtone vrijwilligsters.

Na het selectiegesprek volgen de vrijwilligsters een cursus van vier dagdelen, onder meer over werk- en lesmethoden. Hierna worden ze in het werk begeleid door een wijkcontactvrouw.

OBV-Activiteiten

Thuislessen

Bij de thuislessen krijgen buitenlandse vrouwen gedurende een halfjaar tot een jaar wekelijks les van een Nederlands sprekende vrijwilligster. Aan de hand van alledaagse onderwerpen leren de vrouwen de basis van de taal. Het is de bedoeling dat de vrouwen aan het eind van de lesperiode kunnen doorstromen naar de reguliere basiseducatie, naar een groepsactiviteit van het OBV of naar een andere vervolgactiviteit. In een enkel geval wordt de thuisles nog verlengd met maximaal een half jaar, om te voorkomen dat de vrouw terugvalt in isolement.

Groepsactiviteiten

Sinds 1999 organiseert het OBV laagdrempelige groepsactiviteiten voor vrouwen in hun buurt; in 2004 waren dat er in totaal zestien.

De vrouwen die hieraan deelnemen komen al wel buiten, maar zijn nog niet 'redzaam' genoeg om naar een reguliere voorziening te gaan. De groepsactiviteiten

Voorbeeld 2:

Fatma is 38 jaar en komt uit Turkije. Ze woont sinds vier jaar in Nederland en heeft twee kinderen. Ze heeft een doof dochtertje die alleen Nederlands spreekt. Daarom wil Fatma ook graag snel de taal leren. Ze heeft al eens eerder les gehad bij een groep van Parnassia. Fatma heeft psychosomatische klachten, met name hoofdpijn. Daarom hield zij de lessen in een groep niet vol. Zij is naar het OBV doorverwezen door Effatha en krijgt sinds enige tijd thuisles van een vrolijke lesgeefster. Het gaat heel goed; ze kan een beetje Nederlands spreken en gaat ook voorzichtig wat schrijven.

van het OBV duren gemiddeld tien maanden. Op een lokatie in de buurt van hun huis krijgen de vrouwen twee keer per week les in kleine groepjes. Doel hiervan is het bevorderen van de sociale redzaamheid en vaardigheden, ontmoeten van vrouwen uit verschillende culturen en wennen buiten de vertrouwde huiselijke kring. Er wordt gewerkt aan de hand van thema's als gezondheid, opvoeding en onderwijs, waarbij de nadruk ligt op luisteren en spreken. Vrouwen kunnen hun kinderen tot vier jaar meenemen, zij worden opgevangen door kinderspeelsters van het OBV of door medewerkers van de lokatie zelf.

Een goed voorbeeld van zo'n groepsactiviteit is de groep in 'Buurtpunt 34'. Deze groep is gestart op verzoek van een medewerkster van Parnassia. Zij begeleidde twee zelfhulpgroepen van Turkse vrouwen met psychosociale problemen. Om de vrouwen langzaam los te weken van Parnassia en met elkaar Nederlands te laten leren, kregen de vrouwen taalles op de computer bij 'Buurtpunt 34', een buurtgerichte ruimte in het Regentessekwartier, waar onder andere computercursussen worden gegeven. In oktober 2004 startten twee groepen van acht vrouwen met eens per week Nederlandse les bij het Buurtpunt. Na het kennismakingstraject is voor iedere vrouw een vervolg uitgestippeld. Dankzij dit voortraject bij het OBV waren de meeste vrouwen in staat individueel de stap te zetten naar een andere activiteit.

In 2004 kregen in totaal 389 vrouwen les via het OBV, ongeveer de helft thuis, de helft in een groep.

Doorstromen

Het OBV streeft naar doorstroming van de vrouwen naar de reguliere volwasseneneducatie of, als dat niet mogelijk is, naar andere groepsactiviteiten. Na afloop

van de lesperiode is zeker 65% van de vrouwen in staat deel te nemen aan activiteiten buitenhuis. Zo probeert het OBV de vrouwen op een vervolgtraject te krijgen bij het Mondriaancollege. Ter voorbereiding brengen de vrouwen die al meedoen aan een groepsactiviteit met elkaar een bezoek aan de vestiging van het college in de buurt. Ook vrouwen die nog thuis les krijgen kunnen met hun vrijwilligster alvast een kijkje nemen bij het Mondriaan. Toch kan niet iedere vrouw doorstromen naar de reguliere educatie. Soms is drie keer per week les te veel voor vrouwen met een druk huishouden, of vrouwen die door ziekte aan huis zijn gebonden. Soms ook hebben vrouwen niet de juiste verblijfsstatus om naar het Mondriaan te kunnen. Voor hen zoekt het OBV naar alternatieven, zoals conversatielessen in een buurthuis.

Overige activiteiten OBV

Sinds 2004 geven OBV-vrijwilligsters op verzoek van het AMC Haaglanden/ Westeinde les aan allochtone vrouwen die iedere week nierdialyse ondergaan. Hier wordt veel tijd en aandacht besteed aan het contact met de specialisten, het gebruik van medicijnen en het

Les aan bed.

Al zeven jaar heb ik ervaring in het geven van individuele les aan huis; meestal aan analfabete vrouwen uit Marokko en Turkije. Ik vond het een uitdaging les te gaan geven aan twee vrouwen samen, tijdens de nierdialyse in het ziekenhuis. Tijdens de lessen ligt Aïcha op bed met een infuus gekoppeld aan een spoelmachine. De stoelen staan tegenover elkaar in een kamer vol apparatuur. Ik zwier op een rolkrukje van het ene bed naar het andere; sta als een juf voor de klas en de zaal ernaast kan ervan meegenieten.

De invulling van de les wordt natuurlijk aangepast aan de toestand van de patiënt, die vaak moe is of veel pijn heeft. Toch zetten zij dapper door. Dat stimuleert mij om serieus werk te blijven leveren. De patiënte is blij met de aandacht en dat ze kan praten over haar situatie, wat thuis niet zo goed meer lukt 'Jij bent ook altijd ziek'. 24 lessen later (drie maanden na het overlijden van de mede-lesneester): Aïcha kan goed eenvoudig Nederlands verstaan. Zij is zelfverzekerder geworden en spreekt niet meer zo zacht. Op de dialyse-afdeling praat ze bijna uitsluitend Nederlands! Zij gaat nu zonder man naar afspraken (meestal specialisten), wat zij heel prettig vindt. En ik ga nog elke week met ferme pas naar huis, blij dat ik dit kan doen.

psychisch verwerken van het feit dat de vrouw nierpatiënt is en daar haar leven naar moet inrichten.

Ook hebben vrijwilligsters van het OBV meegedaan aan de klankbordgroep, die videomateriaal en overig lesmateriaal ontwikkelde voor de tv-serie De Thuisdokter en het bijbehorende boekje (zie ook het Korte Bericht hierover op pagina 26 van dit bulletin).

OBV als wegwijzer

Niet iedereen die les aanvraagt komt ervoor in aanmerking. Het OBV is er uitsluitend voor vrouwen die echt de deur niet uit kunnen. Voor wie wel naar buiten kan fungeert het OBV als wegwijzer op het gebied van taallessen in buurthuizen, wijkcentra, bij de reguliere basiseducatie etc.. Ook verwijst men dagelijks vrouwen door naar andere instanties.

Recente ontwikkelingen

Samenwerking met de Commissie PaVEM

Veruit de belangrijkste ontwikkeling in 2004 was de intensieve samenwerking tussen het OBV en de Commissie Participatie van Vrouwen uit Etnische Minderheidsgroepen (PaVEM). Deze commissie is in juli 2003 opgericht in opdracht van de ministers Verdonk en De Geus. De commissie ondersteunt de dertig grootste gemeenten bij hun activiteiten om allochtone vrouwen in achterstandsposities te betrekken bij de Nederlandse samenleving.

Op 5 februari 2004 bracht een delegatie van de commissie een werkbezoek aan het OBV, met naast voorzitter Paul Rosenmöller ook commissielid HKH Prinses Maxima. Bij deze gelegenheid vroeg de commissie het OBV een plan op te stellen om nog meer vrouwen in Den Haag te bereiken. Gevolg hiervan is dat de gemeente Den Haag voor twee jaar uitbreiding van het OBV heeft gefinancierd, waardoor 77 nieuwe vrijwilligsters konden worden geworven en er beduidend meer allochtone vrouwen worden bereikt. Ook in 2005 staat uitbreiding van het aantal vrijwilligsters op het programma.

Nieuwe Wet Inburgering

Binnenkort wordt de nieuwe Wet Inburgering Nieuwkomers ingevoerd, met alle gevolgen voor de financiering en organisatie van inburgeringsactiviteiten. Belangrijk is dat er ook onder de nieuwe wet plaats blijft voor de activiteiten van het OBV: een 'voortraject' voor activiteiten buitenshuis, voor geïsoleerde vrouwen die nog niet zelfredzaam zijn. Deze zomer brengt minister Verdonk een werkbezoek aan het OBV. Bij deze gelegenheid hopen we haar te

kunnen overtuigen van het belang van taallessen aan huis of in kleine groepjes voor deze specifieke groep vrouwen.

Leven in een isolement

Hatice krijgt vandaag voor het eerst les aan huis van vrijwilligster Florence. De jonge Turkse vrouw ziet er vermoeid en bleekjes uit. Ze staat alleen voor de zorg van haar dochtertje van een paar maanden oud. Haar man is kort na de bevalling bij haar weggegaan. Hij heeft Hatice met enorme schulden achtergelaten. Dagelijks komen er deurwaarders langs. Haar dochtertje huult veel. Hatice komt alleen buiten de deur om boodschappen te doen. Omdat ze nauwelijks Nederlands spreekt helpt een vriendin met tolken. 'Ze heeft veel zorgen aan haar hoofd, maar toch wil ze graag Nederlands leren.' Ze vindt het belangrijk dat ze straks haar dochtertje goed kan begeleiden op school, legt de vriendin uit. Vrijwilligster Florence doet het de eerste les rustig aan. Ze wijst naar de beelden op televisie waar Turkse modellen de nieuwste bad-mode showen. Florence raadt haar aan om ook eens op een Nederlandse zender af te stemmen. 'Kijk bijvoorbeeld naar Sesamstraat, daar kun je veel woordjes van opsteken'. Hatice zegt dat ze alleen de Turkse zender kan ontvangen. 'Dat tekent haar isolement, maar daar gaat nu verandering in komen!' zegt wijkcontactvrouw Ineke die bij de eerste les aanwezig is.

Doorverwijzen naar het OBV

In de 26 jaar van haar bestaan heeft het OBV ruim 8000 allochtone vrouwen wegwijs gemaakt in de Haagse samenleving, dankzij de inzet van honderden vrijwilligsters. Een groot aantal geïsoleerde vrouwen wordt echter nog niet bereikt door de bestaande voorzieningen: recente schattingen lopen uiteen van 5000 tot 10.000 vrouwen in Den Haag.

De meeste vrouwen worden door familie of bureaus aangemeld bij het OBV. Andere belangrijke verwijzers zijn consultatiebureaus, maatschappelijk werk, instellingen voor opvoedingsondersteuning en voor (geestelijke) gezondheidszorg. Ook STIOM en de huisartsen melden vrouwen aan. Hoe?

Bellen naar het kantoor van het OBV; daar worden de gegevens van de betreffende vrouw genoteerd. Binnen vier weken krijgt de vrouw bezoek van de wijkcontactvrouw, die beoordeelt of de vrouw in aanmerking komt. Zo nodig verwijst zij door.

De vrouw komt op een wachtlijst van drie maanden, er wordt een geschikte vrijwilligster voor haar gezocht die geschikt lesmateriaal uitzoekt en samen met de contactvrouw op bezoek komt. De contactvrouw houdt het verloop van de lessen in de gaten en is vraagbaak voor de vrijwilligster in geval van problemen. De verwijzer wordt op de hoogte gehouden van de situatie van de verwezen vrouw. Speciaal voor verwijzers zijn er folders in verschillende talen, die bij het OBV kunnen worden aangevraagd.

Een thuisles kost eenmalig € 20,00, inclusief lesmateriaal. Deelname aan een groepsactiviteit kost € 25,00, inclusief materiaal. Een betalingsregeling is mogelijk.

Het OBV wordt voor circa 85% gefinancierd door de dienst OCW van de gemeente Den Haag, 15% komt van fondsen, kerken en donateurs.

Meer informatie: www.obvdenhaag.nl

Stichting Ontmoeting met Buitenlandse Vrouwen,
tel. 070 - 3456005, Conradkade 62, 2517 BS Den Haag, email: info@obvdenhaag.nl.

Informatie over thuislesorganisaties elders in Nederland via: www.taallesaanhuis.nl.

Preventie van suïcidaal gedrag en automutilatie bij allochtone jongeren

Project 'Aan de grenzen', enkele nieuwe initiatieven

M. Ferber

In 1998 publiceerde de GGD Den Haag verontrustende cijfers over de aantallen parasuïcides (pogingen tot zelfdoding) onder allochtone jongeren, met name onder allochtone meiden en jonge vrouwen (1). De cijfers leken te wijzen op het bestaan van ernstige psychosociale problematiek onder deze groep. Vanuit de GGD Den Haag is de afgelopen jaren vervolgonderzoek gedaan naar de achtergronden van deze problematiek (2)(3)(4), en wordt op grond van registratiegegevens het vóórkomen van (para)suïcides in Den Haag nauwlettend gevolgd.

Onderstaand artikel beschrijft een aantal initiatieven die in gang zijn gezet om te voorkomen dat allochtone jongeren zo in de problemen raken.

Project 'Aan de grenzen'

De bevindingen uit 1998 waren aanleiding voor het Bureau Public Health van de gemeente Den Haag om in 1999 het project 'Parasuicide allochtone meiden en jonge vrouwen' te starten (5)(6), later omgedoopt tot 'Aan de grenzen'¹.

Professionals uit diverse geledingen - zorg- en hulpverlening, scholen, leefwereld - participeren in het project. Doel is signaleren en bespreekbaar maken van (para)suicide en zelfbeschadiging (automutilatie) en het verbeteren van de hulpverlening rond (allochtone) jongeren. Daartoe zijn twee werkgroepen in het leven geroepen. In de leefwereldgroep zitten religieuze en niet-religieuze sleutelfiguren uit de allochtone gemeenschappen. Zij denken en werken mee aan activiteiten om de achtergronden van de geconstateerde problematiek bespreekbaar te maken, teneinde het

aantal pogingen tot zelfdoding en zelfbeschadiging onder (allochtone) jongeren te verminderen. Dit leidt bijvoorbeeld tot activiteiten in buurthuizen, toneelvoorstellingen, film en televisie- en radio-uitzendingen.

Daarnaast is er de signaleringsgroep, waarin beroeps- mensen uit de gezondheidszorg, jeugdzorg, maatschappelijk werk, onderwijs en hulpverlening zich buigen over het ontwikkelen van materiaal en opzetten van activiteiten voor (allochtone) jongeren in de leeftijd van 12 tot 25 jaar en hun omgeving. Inmiddels vindt een aantal activiteiten geregeld plaats en is er concreet voorlichtingsmateriaal ontwikkeld.

Signalen/zorgroutekaart

De zorg voor jongeren met depressieve uitingen speelt zich af op school (7), in de huisartsenpraktijk of in de hulpverlening. Veel professionals om de jongeren heen 'bemoeien' zich met hun welzijn, maar zijn vaak niet op de hoogte van de interventies van anderen. Overdracht geschiedt mondjesmaat, omdat men bang is de privacy van de jongeren te schenden. Dat leidt geregeld tot verwarring en ongenoegen bij de hulp- en zorgaanbieders en heeft ongunstige effecten op de hulpverlening (bijvoorbeeld gebrek aan snelheid bij een doorverwijzing). Uiteraard komt dit de relatie tussen hulpverlener en jongere niet ten goede. Een meer zorgvuldige overdracht naar elkaar, bekendheid met de diverse mogelijkheden, bekendheid met de verschillende culturen, natuurlijk met inachtneming van de privacy, zou al leiden tot betere afstemming en zorg.

Daarom heeft een aantal professionals, in en rond

Over de auteur:

Marion Ferber, voormalig docent en vertrouwenspersoon in het voortgezet onderwijs; sinds 2004 preventiecoördinator en casemanager bij de GGD Den Haag.

1 Het project 'Aan de Grenzen' wordt gefinancierd door de Stichting Stimuleringsfonds Openbare Gezondheidszorg, de Provincie Zuid-Holland, Stichting Centraal Fonds RVVZ en de gemeente Den Haag.



Figuur 1: Voorkant van de signalen/zorgroudekaart.

scholen, een zogeheten 'zorgroute' ontwikkeld. Op deze geplastificeerde kaart staat op de ene kant een signaleringsmodel voor docenten, de zorgbloem van professor De Fever (zie figuur 1), en op de andere kant de 'zorgroute in de school'. Deze route bevat de stappen die het zorgteam van de school kan zetten nadat bij een leerling een probleem is gesignaleerd. De zorgroute leidt naar professionals buiten de school, zoals hulpverleners, huisartsen, maatschappelijk werk en politie. Zo kan de hulp gemakkelijker aaneengesloten worden gegeven en kan gebruik worden gemaakt van ieders expertise. In december 2004 is deze 'signalen/zorgroudekaart' door de wethouder Volksgezondheid, mevrouw J. Klijnsma op de Hofstad Heldring school officieel gepresenteerd. De overgrote meerderheid van de Haagse scholen voor voortgezet onderwijs heeft deze signalen/zorgroudekaart in hun bezit.

2 Om redenen van privacy is de naam van de jongeren fictief.

Hieronder volgt een voorbeeld van zo'n (gezamenlijke) interventie vanuit school²:

Aarzelend komt Birgul achter haar vriendin Jamila de kamer binnen. De mentor van Birgul had gemeld haar erg somber te vinden, reden voor mij haar uit te nodigen. Beiden zijn meisjes die op school niet opvallen, die altijd hun schoolwerk doen en niet spijbelen. Na een paar gesprekken blijkt dat de moeder van Birgul en de kinderen in het gezin, ook Birgul, dagelijks door vader worden bedreigd en geslagen. Moeder mag het huis niet verlaten, alleen één keer per week, om samen met haar man de boodschappen te doen. Regelmatig heeft moeder blauwe plekken op haar gezicht en lichaam. Birgul springt er vaak tussen, maar is niet bij machte haar vader tegen te houden. Een gesprek met haar moeder die van onze gesprekken afweet, loopt op niets uit. Het broertje van zes jaar is de belemmerende factor, hij zou alles aan papa kunnen doorvertellen! In overleg met Birgul besluiten we een jeugdrechtbeur van de politie op school uit te nodigen. Met z'n drieën maken we een plan van aanpak. Wat te doen bij dreiging, bij escalatie, bij weglopen, alles wordt uitvoerig besproken. Het besprokene op school wordt door Birgul thuis aan moeder verteld, Birgul is een soort tolk tussen moeder en school. Als na een geweldsexplosie thuis de situatie in een stroomversnelling raakt, is alles voorbereid. Moeder vlucht met al haar kinderen, ook haar lichamelijk en geestelijk gebandicapte dochter, naar het politiebureau. Het resultaat is dat de familie nu, zonder vader, in het Noorden van het land woont. Tijdens een bezoek samen met Jamila enkele maanden later blijken Birgul, moeder en de kinderen een metamorfose te hebben ondergaan.

Uit dit voorbeeld blijkt hoe belangrijk het is te observeren, op maat te handelen en samen te werken. De signalen/zorgroudekaart kan hierbij een adequaat hulpmiddel zijn.

Folder suïcidaal gedrag/zelfbeschadiging

Op scholen voor voortgezet onderwijs staan meestal folderrekken om leerlingen over allerlei onderwerpen te informeren. Over suïcidaal gedrag en zelfbeschadiging was geen informatiemateriaal beschikbaar. In het kader van het project 'Aan de grenzen' hebben professionals uit de werkgroepen samen met psychiaters en jongeren van uiteenlopende leeftijd een folder ontwikkeld, waarbij is gekozen voor een niet verhullende vorm. De folder geeft uitleg over het verschil tussen parasuicide en automutilatie en adviseert in voorkomende gevallen de jongeren om hulp te zoeken, bin-



Figuur 2: Folder 'Suïcidaal gedrag en zelfbeschadiging'.

nen en buiten de school. De folder kan hen net dát zetje geven om over hun problemen te gaan praten en hulp te zoeken. Behalve voor op school is de folder ook geschikt om te gebruiken in de wachtkamer van huisartsen, maatschappelijk werkers en andere hulpverleners.

Een voorbeeld van gebruik van de folder³:

Bleek en stil volgt de vijftienjarige Ranu de les wiskunde. Ze hoort de woorden van meester Prins wel, maar ze luistert niet echt. Ze kijkt naar buiten en denkt aan de vorige avond. Haar ouders hebben een tweede baan bij een groot schoonmaakbedrijf en zijn vaak pas na één uur 's nachts thuis. Zij weten niets van de brute aanrakingen door hun zoon. Ranu voelt zich schuldig, zij heeft het vast uitgelokt dat haar broer aan haar zit. Ze heeft ontdekt dat als ze zichzelf pijn doet, ze zich wat beter voelt. Zorgvuldig gekamd haar bedekt de kale plekken op haar hoofd. Lange mouwen bedekken de vurige striemen op haar onderarmen. Na de les wiskunde is het lunchpauze. Ayse, haar vriendin weet sinds kort dat Ranu wordt misbruikt door haar broer. Zij pakt de folder uit het rek en wil Ranu hiermee helpen. In een stil hoekje bespreken ze samen de inhoud van de folder.

Aanvankelijk was men bang dat het openlijk beschikbaar stellen van dergelijke folders jongeren juist op ideeën zou brengen. Tot op heden lijkt die vrees niet te worden bewaarheid. Informatie over suïcidaal gedrag en zelfbeschadiging leidt veelal tot begrip en herkenning van het eigen gedrag, waardoor de jongeren er als het ware van zichzelf over mógen praten. Het maakt dat de jongere zich minder eenzaam voelt. Naar verwacht zullen ze dan eerder advies vragen en hulp zoeken.

Casuïstiekgroep

Scholen ervaren de psychosociale problematiek van jongeren als steeds zwaarder en meer omvattend. Daarom kwam vanuit de scholen het verzoek om schooloverstijgend met leerlingbegeleiders anoniem casuïstiek te bespreken. Leerlingbegeleiders bleken behoefte te hebben aan onderlinge uitwisseling, ondersteuning en deskundigheidsbevordering. Ook hadden ze veel vragen over verwijsmogelijkheden. 'Aan de grenzen' heeft als antwoord hierop het initiatief genomen om scholen, regionale opleidingscentra, leerlingbegeleiders en zorgcoördinatoren bij elkaar te brengen. Sinds september 2004 komt deze 'casuïstiekgroep' om de twee maanden bijeen. De groep bestaat

3 Om redenen van privacy is de naam van de jongeren fictief.

uit twintig professionals (leerlingbegeleiders) van vijftien scholen van zeer verschillende schooltype. Uit de besprekingen tot nu toe blijkt dat bij jongeren op de scholen zich een veelheid aan psychosociale problematiek voordoet, die de leerlingbegeleiders dagelijks voor lastige dilemma's stelt. Het kost vaak veel moeite jongeren ervan te overtuigen dat ze hulp moeten zoeken; wachtlijsten vormen dan een lastig obstakel. Uitwisseling van gegevens wordt belemmerd door geheimhouding en privacy. Met veel inventiviteit proberen de leerlingbegeleiders ouders bij de problemen van hun kinderen te betrekken en docenten zorgvuldig op de hoogte te brengen. De deelnemers aan de casuïstiekgroep ervaren dat ze veel steun hebben van het onderling consulteren, het op de hoogte zijn van elkaars netwerk en de deskundigheidsbevordering door professionele gastsprekers. De casuïstiek wordt anoniem besproken via een vaste methodiek waarin de inbrenger veel ruimte heeft (de zogeheten incidentmethode). Op de gegeven adviezen wordt tijdens de volgende bespreking teruggekomen: wat heeft geholpen en wat niet? Knelpunten waar velen tegenaan lopen worden ingebracht in de werkgroepen van 'Aan de grenzen'. Vanuit de casuïstiekgroep wordt ook gekeken naar een eenduidige manier van dossiervorming van de jongeren.

'Kenniscentrum' suïcide en zelfbeschadiging

Vanaf september 2003 is er bij de GGD een 'kenniscentrum', dat kan worden geraadpleegd in geval van (risico op) suïcidaal gedrag en zelfbeschadiging bij (allochtone) jongeren. Het 'kenniscentrum' wil kennis en vaardigheden overdragen die nodig zijn om tijdig te kunnen ingrijpen ter voorkoming van feitelijke zelfbeschadiging en (para)suïcide. Doelgroepen zijn jongeren, ouders en medewerkers van scholen, hulpverlening en politie. De medewerker van het 'kenniscentrum' informeert, ondersteunt, adviseert en wijst de weg naar hulpinstanties. Hoewel het 'kenniscentrum' nog niet op grote schaal bekend is gemaakt, blijkt er duidelijk behoefte aan te bestaan, vooral bij (de vertrouwenspersoon van) scholen, maar ook bij de jongeren zelf. In vijftien maanden kwamen er 94 verzoeken binnen die betrekking hadden op 80 casussen. Meestal leidden deze verzoeken tot vele telefonische contacten en face-to-face contacten. De casussen betroffen in meerderheid meisjes van allochtone afkomst. In veel gevallen bleken eenzaamheid, somberheid en seksueel geweld de aanleiding tot parasuïcide en/of zelfbeschadiging. Zeven keer kwam er een verzoek binnen om over dit onderwerp een lezing te geven, een workshop of een meerdaagse training.

Deze verzoeken konden alle worden gehonoreerd door het 'kenniscentrum'.

De projectgelden voor 'Aan de grenzen' zijn tot midden volgend jaar beschikbaar. Gezien de betekenis van de initiatieven wordt momenteel gezocht naar een structurele financiering en inbedding bij de GGD Den Haag.

Literatuur:

1. Schudel WJ, Struben HWA en Vroom-Jongerden JM. Suïcidaal gedrag en etnisch-culturele afkomst. *Epidemiol Bul Grav* 1998; 33 nr. 4: 7-13.
2. Salverda B. Laat me los, hou me vast. Verslag van een kwalitatief onderzoek naar het psychisch welbevinden van dertig Haagse meisjes van Hindostaanse afkomst. GGD Den Haag, 2004.
3. Van Rijssel W. (red). Laat me los, hou me vast. Annotaties bij het rapport; verslag van een werkconferentie. GGD Den Haag 2004.
4. Salverda B. Laat me los, hou me vast. Een kwalitatief onderzoek naar het welbevinden van Hindostaanse meisjes. *Epidemiol Bul Grav* 2004; 39 nr. 3: 11-8.
5. Van Bommel C. Suïcidaal gedrag bij allochtone meisjes en jonge vrouwen. De eerste stappen na een verontrustend signaal. *Epidemiol Bul Grav* 1999; 34 nr. 4: 13-4.
6. Aan de grenzen. Suïcidaal gedrag onder allochtone meisjes en jonge vrouwen. Krikke H., Nijhuis H. en Wesenbeek R. Bureau Public Health, Gemeente Den Haag 2000.
7. Ferber M. 'Het is een soort praten zonder woorden, juf'. Achtergronden van zelfbeschadiging. *Epidemiol Bul Grav* 2004; 39 nr. 4: 15-9.

De signalen/zorgroutekaart en de folder suïcidaal gedrag/zelfbeschadiging kunnen worden besteld bij de GGD Den Haag: mevrouw F. Zegswaard, telefoon 070 - 353 72 20
Het telefoonnummer van het 'kenniscentrum' is: 070 - 353 52 66

korte berichten

Actueel

Over medisch specialisten

De zogenaamde 'Integratiewet' is sinds 2000 het wettelijk kader voor de zeggenschap van medisch specialisten in algemene ziekenhuizen. Maar hoe zit hun werk eigenlijk in elkaar? Over welke 'dagelijkse' onderwerpen willen zij zeggenschap hebben? Vanuit welk perspectief onderhandelen zij daarover? Met wie?

Karen Kruijthof, arts en bestuurskundige – en redactielid van het Epidemiologisch Bulletin –, is beleidsadviseur in het Medisch Centrum Haaglanden. Zij combineerde de afgelopen jaren haar werk met onderzoek aan het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van het Erasmus Medisch Centrum Rotterdam. Haar proefschrift *'Doctors' Orders'* gaat over bovenstaande vragen. Op vrijdag 10 juni zal de verdediging zijn, om 13.30 uur in de Senaatszaal van de Erasmus Universiteit.

Voor meer informatie:
karen.kruijthof@xs4all.nl

Quickscan

In een samenwerkingsverband tussen Parnassia Addiction Research Centre en de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag is een 'quickscan' ontwikkeld waarmee op een snelle en systematische wijze het alcohol en/of drugs en gokken onder jongeren kan worden geïnventariseerd. Dit meetinstrument is bestemd voor jongeren die zich aanmelden bij de jeugdzorg en bij wie het alcohol en/of druggebruik (in eerste instantie) geen onderdeel is van de hulpvraag. Ontwikkeling van een der-

gelijk instrument was van belang omdat riskant gebruik van alcohol, drugs en/of gokken adequate behandeling in de jeugdzorg in de weg kan staan. De ervaring heeft geleerd dat jongeren met psychische en/of psychosociale problemen eerder geneigd zijn tot duurzaam en overmatig gebruik van alcohol, drugs en/of gokken dan jongeren die deze problemen niet hebben. Het gebruik en/of gokken heeft bovendien in veel gevallen een ongunstige invloed op het vinden van duurzame oplossingen voor de problemen van de jongere. Nadere informatie over de quickscan kan worden verkregen bij Mw. I. Burger (i.burger@ocw.denhaag.nl).

De Thuisdokter op televisie

Doel van het project De Thuisdokter is het vergroten van de zelfzorg van (allochtone) patiënten: wat kun je zelf doen wanneer je ziek bent en wanneer moet je echt naar de dokter. Nevendoel is het verlagen van de werkdruk van huisartsen. In het boekje 'Tips voor de Thuisdokter' - inmiddels herzien - staat de informatie op zo begrijpelijk mogelijke wijze beschreven en getekend. Met behulp van bijvoorbeeld wijktheater, poppentheater, interactieve voorlichting en televisie wordt wijkgericht gewerkt om de informatie onder de mensen te brengen.

ETV.nl Haaglanden zendt vanaf eind februari 2005 gedurende 18 weken elke ochtend, een serie uit het boekje Tips voor de Thuisdokter uit. De serie is gemaakt door Malou Landre van Productiebedrijf Idee aan zee. Toneelgroep 'De Koning Speelt' laat in korte

scènes zien wat de klachten zijn, wat je ertegen kunt doen en wat je beter kunt laten. Huisarts Bjorn Linzer, werkzaam in het Schilderswijkse Gezondheidscentrum Koningstraat, speelt de huisarts. Amateurs van het Laakse wijktheater De Thuisdokter spelen patiënten.

Docenten van het Mondriaan College maken in samenwerking met de stichting Ontmoeting Buitenlandse Vrouwen (OBV) en Spel aan Huis het lesmateriaal.

Dit materiaal kan gratis worden gedownload van de website www.etv.nl/dethuisdokter.

De serie wordt uitgebracht op video en dvd en is geschikt voor voorlichtingsbijeenkomsten of vertoning in de wachtkamer.

Momenteel wordt door studenten een onderzoekje uitgevoerd naar de effectiviteit van de televisieserie.

Meer informatie bij GGD/GVO Stans Kraetzer (coördinator project De Thuisdokter) tel. 3533275, e-mail: c.kraetzer@ocw.denhaag.nl.

Health op www.denhaag.com

Duidelijke informatie over gezondheidszorg voor anderstaligen, met name de expats in de regio Den Haag, is geen overbodige luxe. In Den Haag en omgeving wonen bijna 30.000 expats. De website www.denhaag.com, op 30 maart j.l. door burgemeester Deetman in werking gesteld, bevat veel Engelstalige informatie over gezondheidszorg in Nederland. De informatie staat onder 'Living in the Hague', 'Doctors and Dentists' en vervolgens 'Treatment Outside Office Hours'. De laatste tekst is gebaseerd op de Nederlandstalige SMASH-folder

(Stichting Mobile Artsen Service Haaglanden). De gemeente Den Haag en SMASH werken nog aan een gemeenschappelijke Engelstalige versie voor de hele regio. Ook wordt gekeken naar een gemeenschappelijke Engelstalige folder over huisartsenzorg.

De gemeente Den Haag hecht grote waarde aan goede informatie voor de expats op haar grondgebied. Omdat veel zorgactiviteiten de gemeentegrens overschrijden, ligt samenwerking tussen alle betrokkenen voor de hand. Suggesties voor of aanvullingen op de Engelstalige informatie zijn van harte welkom. U kunt mailen naar w.j.o.beaumont@ocw.denhaag.nl.

Blijvend actueel

Volop liefde in Den Haag

Het toenemend aantal SOA's, zwangerschappen en abortussen onder jongeren wijst al weer enige tijd op onveilig vrijgedrag. Voorlichting over seks en relaties houdt ook nooit op, iedere generatie moet wat dat betreft opnieuw het wiel uitvinden.

Reden voor het Jongeren Informatie Punt (JIP) Den Haag om voor de tweede keer het initiatief te nemen voor een *Week van de Liefde*, in de Valentijnsweek van 12 tot en met 20 februari dit jaar, in Den Haag, Delft en Zoetermeer. En voor de tweede keer slaagde het JIP erin allerlei organisaties (o.a. GGD Den Haag, COC, Rut-



“Condoom omdoen in de Lovebox”



“Liefdesbuffet te Zoetermeer”

gershuis en bibliotheek) te laten samenwerken bij het bedenken en uitvoeren van een informatief, vrolijk, eigentijds programma.

Het motto ‘Seks is leuk, doe het veilig en als je er (allebei) zin in hebt’ werd uitgedragen op diverse scholen, onder meer met een Kopspijkersspel met vragen over seks, een Lovebox om het omdoen van een condoom in het donker te oefenen, een quiz en krasloten. De GGD Den Haag organiseerde een studiemiddag voor docenten over liefdeslessen, met workshops; bij de bibliotheken in Den Haag, Delft en Zoetermeer waren lezingen en tentoonstellingen over de liefde; en er was toneel over loverboys (‘Gevaarlijk’) en over moslimvrouwen en seksualiteit (‘De gesluierde monologen’).

Als stimulans en gids diende tijdens deze Week *De Liefdeskrant*, die in een oplage van 70.000 exemplaren werd verspreid op de scholen. Uiteraard is zo’n krant informatief, met van alles over de meest voorkomende SOA's, over pil en condoom, het Rutgershuis en COC en bijvoorbeeld ook een lijstje met voor jongeren leesbare boeken over seks. Maar deze Liefdeskrant valt vooral op door de luchtigheid (lekker zoenen, dan leef je langer), de humor (quizvraag: wat wordt bedoeld met de G-spot: a. een gevoelig plekje in de vagina b. een dansclub in Den Haag of c. een parkeerplaats voor invaliden), een onbekommerde toon (don't be silly, put a condom

on your or his willy! Strijdkreet van de GGD afdeling Infectieziekten) en grote herkenbaarheid dankzij de interviewtjes met jongeren over hun eerste keer zoenen, seks, vreemdgaan en versieren. Zo’n krant willen jongeren wel lezen!

De Week van de Liefde ligt al weer vier maanden achter ons, maar van die krant liggen er nog voldoende bij het JIP Den Haag. Wie geïnteresseerd is of wie jongeren kent die er hun voordeel mee kunnen doen, kan de krant bestellen bij het JIP, telefoon 070 - 3655930, email: denhaag@jip.org. Zie ook www.weekvandeliefde.nl.

Cursussen

Reizigersadviesing en -immunisatie voor artsen

Er wordt ingegaan op het optimaal omgaan met protocollen en het organiseren en uitvoeren van een reizigersspreekuur. Verder komen de epidemiologie van gezondheidsrisico's en het gedrag van reizigers aan bod. Welke verantwoordelijkheid ligt bij de reiziger, het reisbureau, de adviserend arts en de behandelend arts

Doelgroep: artsen met taken in de reizigersadviesing en minimaal een jaar ervaring als uitvoerder of supervisor bij een reizigeradviesbureau van een GGD of arbo-dienst.

Kosten: € 1.950

Data: Woensdag 7 en 21 september, 5 oktober, 2 en 16 november 2005.

Examen 30 november 2005

Master of Public Health

De volledige MPH opleiding is bedoeld voor professionals met de ambitie om zich te ontwikkelen tot belangrijke ‘stuurders’ in het veld. Vier samenhangende trajecten van

ca. 4 maanden onderwijs, ook geschikt om los te volgen als bij- en nascholing.

Doelgroep: midcareer professionals in de Nederlandse Openbare Gezondheidszorg zoals artsen algemene gezondheidszorg, jeugdartsen, leidinggevend, epidemiologen, huisartsen etc.

Kosten: € 14.900

Data: start opleiding van 2½ jaar, vanaf 15 september 2005, één dag per twee weken.

Strategisch opereren in de OGZ, politiek-bestuurlijke context

De openbare gezondheidszorg kenmerkt zich door veelal aanbod gestuurde zorg. Bij de aansturing en uitvoering van die zorg zijn veel verschillende partijen en partners bij betrokken. Vraagstukken zijn vaak complex. In dit eerste traject van de MPH opleiding, waarin de bestuurlijke en politieke context van de openbare gezondheidszorg centraal staat, analyseert u relevante netwerken en krachtenvelden. Om zelf krachtig te kunnen opereren in deze context gaat u op zoek naar strategieën om invloed uit te oefenen op de politieke en bestuurlijke besluitvorming.

Doelgroep: midcareer professionals in de Nederlandse Openbare Gezondheidszorg zoals artsen algemene gezondheidszorg, jeugdartsen, leidinggevend, epidemiologen, huisartsen etc.

Kosten: € 3.400

Data: Donderdag 15, 29 september, 13 oktober, 10, 24 november, 8 en 22 december 2005

Innoveren en implementeren van vernieuwingen in de OGZ

In dit traject draait het om de dynamiek van het in werking zetten én het bestendigen van nieuw beleid in de openbare gezondheidszorg. Het gaat hier om beleid in ruime zin: nieuwe beleidsmaat-

regelen, protocollen en alle andere gerichte activiteiten waarmee u als professional de kloof wilt dichten tussen dat wat is en dat wat wenselijk is.

Doelgroep: midcareer professionals in de Nederlandse Openbare Gezondheidszorg zoals artsen algemene gezondheidszorg, jeugdartsen, leidinggevend, epidemiologen, huisartsen etc.

Kosten: € 3.250

Data: Donderdag 15, 29 september, 13 oktober, 10, 24 november, 8 en 22 december 2005

Infectieziekten in penitentiaire inrichtingen

U leert over medische aspecten van de belangrijkste infectieziekten en praktijkproblematiek zoals samenwerking met andere disciplines en omgaan met moeilijke patiënten.

Doelgroep: artsen werkzaam in penitentiaire inrichtingen. Artsen die bereikbaarheidsdiensten of arrestantenzorg verrichten kunnen ook aan het onderwijs deelnemen.

Kosten: € 900

Data: dinsdag 27 september, 11 oktober, 1 november 2005

Lokatie voor alle cursussen is de NSPOH te Amsterdam. Nadere informatie op www.nspob.nl, tel. 020-5664949, info@nspob.nl

Aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Meldingen tijdens het eerste kwartaal 2005, voor de stad Den Haag

Het aantal aangifteplichtige infectieziekten, door de GGD Den Haag in het eerste kwartaal 2005 bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg gemeld (121, dit is exclusief de meldingen van TBC), is iets hoger dan het aantal over dezelfde periode in 2004 (106).

Ook de aantallen per ziekte zijn zeer vergelijkbaar.

Hieronder volgen commentaren op enkele gemelde infectieziekten.

Bacillaire dysenterie

Tien gevallen werden gemeld, 6 mannen en 4 vrouwen, van alle leeftijdscategorieën.

Bij 7 vond de besmetting plaats in het buitenland. Eén patiënt die in Nederland is besmet, heeft de ziekte mogelijk opgelopen via seksueel contact.

Buiktyfus

Het gaat om 1 vrouw die in Ghana is besmet.

Hepatitis A

Er werden 2 gevallen van hepatitis A aangegeven, opgelopen in Nederland. Eén daarvan is waarschijnlijk besmet via homoseksueel contact.

Hepatitis B

Het aantal hepatitis B meldingen (40) is licht gestegen. Het betreft evenveel mannen als vrouwen, vooral in de leeftijdscategorie 20-39 jaar. Bijna allemaal zijn ze afkomstig uit landen waar deze ziekte veel voorkomt. Bij de chronische vorm (37) is de besmettingsweg meestal onbekend (26). Bij 7 gevallen zou de transmissie verticaal zijn, wat betekent dat de moeder ook draagster is of was, en het virus tijdens de zwangerschap of bij de bevalling heeft overgedragen op haar kind. Bij 2 chronische gevallen en bij 2 van de 3 acute gevallen ging het om een besmetting door onbeschermd seksueel contact. Bij chronische gevallen werd om diverse redenen getest op hepatitis B: naast het hebben van (vage) symptomen is vooral screening bij zwangerschap en IVF-behandeling het moment waarop de diagnose wordt gesteld. Ook

werden enkele gevallen vastgesteld naar aanleiding van contactonderzoek bij gezinsleden van bekende dragers.

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (50) is dit kwartaal aanzienlijk verminderd vergeleken met het vorige kwartaal (113). Het aantal meldingen is nog steeds iets hoger dan tijdens het zelfde kwartaal van 2004, in de nasleep van de epidemische verheffing die de afgelopen winter in Nederland heeft plaatsgevonden. Het betreft personen van alle leeftijden die op een uitzondering na gevaccineerd waren tegen kinkhoest.

Malaria

Het aantal gemelde malariagevallen (9) was vergelijkbaar met dezelfde periode vorig jaar. Het betreft hoofdzakelijk in Nederland wonende volwassenen van Afrikaanse oorsprong, die in Afrika zijn besmet. Bij het merendeel van de patiënten kon de ziekte toegeschreven worden aan het niet of onvolledig innemen van profylaxe.

Meningokokken

Gedurende het eerste kwartaal 2005 zijn 5 gevallen van hersenvliesontsteking vastgesteld veroorzaakt door meningokokken. Het gaat om 4 kinderen en 1 volwassene die ziek zijn geworden door een meningokok type B. De C-variant, waartegen in 2002 massaal gevaccineerd is onder jongeren, werd wederom niet vastgesteld.

Voedselinfecties

Er zijn 2 voedselinfecties gemeld bij de Inspectie. Het ging tweemaal om 2 personen die waarschijnlijk thuis een besmetting met salmonella opgelopen hebben.

Ziekte	Aantal meldingen	Totaal aantal gevallen
Huiduitslag	5	9
Luchtweginfectie	4	58
Maagdarmaandoening	5	78
Meningitis (vermoeden meningokok)	1	1
MRSA	1	1
Totaal	16	147

Infectieziekten gemeld door instellingen

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het eerste kwartaal 2005.

Huiduitslag betrof vooral vlekjesziekten in kinderdagverblijven en basisscholen.

De luchtweginfecties in verpleeg- en verzorgingshuizen zijn veroorzaakt door influenza. Deze uitbraken van griep hebben niet geleid tot meer overlijdens. Dit kan deels worden verklaard door het gebruik van antivirale middelen tegen griep, en tevens door de hoge vaccinatiegraad onder de bewoners van deze instellingen.

Gastro-enteritis blijft een belangrijke aanleiding om te melden, vooral in deze periode van het jaar. Het gaat om kleine epidemieën van buikgriep in verpleeghuizen, waarbij in bijna alle gevallen het Norovirus werd vastgesteld, dat ook elders in Nederland veelvuldig aangetroffen wordt.

Meldingen tijdens het eerste kwartaal 2005 voor de regio Zuid-Holland West

Bacillaire dysenterie

Er waren 8 meldingen van bacillaire dysenterie. Dit aantal is hoger dan verwacht in deze periode van het jaar. De ziekte was opgelopen in India (2) (*Shigella sonnei*), Egypte (3) (*Shigella sonnei*), Sri Lanka (1) (*Shigella dysenteriae*), Dominicaanse Republiek (1) (*Shigella sonnei*), Nederland (1) (*Shi-*

gella flexneri). Landelijk werd in het eerste kwartaal van 2004 ook een hoger aantal gevallen gemeld dan verwacht. Het is niet duidelijk wat hiervan de oorzaak was. De bekende verhoging van het aantal gemelde *Shigella*'s na de zomervakantie is te verklaren door de vele reizigers die thuishkomen van vakantie.

Hepatitis B

Er werden 14 gevallen van hepatitis B gemeld waarvan, één patiënt de infectie recent had opgelopen. De andere meldingen betroffen personen die de hepatitis B langer geleden hadden opgelopen, meestal in het land van herkomst.

Kinkhoest

Het aantal meldingen van kinkhoest is in het eerste kwartaal verder gedaald, tot een aantal van 60 meldingen. In vergelijking met het vierde kwartaal van 2004 (116) is dat een halvering. In het eerste kwartaal van 2004 waren er 118 meldingen.

Legionellose

Er zijn 2 meldingen van Legionellose geweest. Eén patiënt heeft de ziekte zeer waarschijnlijk in een hotel in Italië opgelopen, de andere patiënt waarschijnlijk in een hotel in Duitsland

Meningokokkose

Er waren 2 meldingen van meningokokken meningitis. Eén kind van twaalf jaar en een vrouw van 46 jaar. In beide gevallen ging het om een meningokok type B.

Rubella

Twee meldingen van rubella bij 2 ongevaccineerde kinderen. Sinds 2004 is er onder de groep ongevaccineerden op religieuze gronden in Nederland een rubella-epidemie. Ook de kinderen uit onze regio behoren tot deze groep. Er is alleen een meldingsplicht van gevallen die in het laboratorium zijn bevestigd, de gerelateerde gevallen zijn niet meegeteld.

Tuberculose

Er waren twee meldingen van tuberculose.

Artikel 7 meldingen

Sinds 2004 kunnen meldingen in het kader van artikel 7 ook via Osiris worden gemeld. In het eerste kwartaal kwamen er 13 meldingen uit instellingen. Zes keer vanwege een verhoogd voorkomen van maagdarmaandoeningen, 7 keer vanwege luchtweginfecties. Het Norovirus werd 2 keer aangetoond, het influenzavirus 6 keer.

Aan deze rubriek werkten mee:

E. J. M. de Coster

E. M. Huisman

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

Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte		Het eerste kwartaal 2005			De voorgaande 4 kwartalen				t/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar	
		GGD Den Haag	GGD-Zuid-Holl. West	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden
		1e kw. 2005	1e kw. 2005	1e kw. 2005	1e kw. 2004**)	2e kw. 2004**)	3e kw. 2004**)	4e kw. 2004**)	1e kw. 2005	1e kw. 2004**)
B-ziekten	bacillaire dysenterie	10	8	18	6	9	12	16	18	6
	buiktyfus	1		1	1			1	1	1
	cholera									
	Creutzfeld-J's disease									
	hepatitis A	2		2	18	7	8	6	2	18
	hepatitis B *)	40	14	54	56	55	78	69	54	56
	hepatitis C									
	kinkhoest	50	60	110	130	216	326	249	110	130
	legionella pneumonie		2	2	1	1	6	3	2	1
	mazelen									
	meningokokkose	5	2	7	4	4	3	2	7	4
	paratyfus A						3	3		
	paratyfus B (C)	1		1			1	1	1	
	tuberculose	25	2	27	34	53	48	41	27	34
	voedselvergiftiging of voedselinfectie	2		2	1	9	6	8	2	1
<hr/>										
C-ziekten	brucellose				1		1	1		1
	E.coli 0157							1		
	leptospirose				1	1	3	1		1
	malaria	9		9	5	8	8	6	9	5
	ornithose/psittacose							1		
	Q-koorts									
	rode hond	1	2	3					3	
totaal	146	90	236	258	363	503	408	236	258	

*) inclusief dragers

**) Deze cijfers kunnen afwijken van eerder gepubliceerde cijfers, als gevolg van verandering van bron."

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

