



# Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

*jaargang 41, 2006, nummer 1*

## **inhoud**

Redactioneel

## **epidemiologie**

Gezondheidsvragen in de Stadsenquête Den Haag 2001 en 2003; de uitkomsten bekeken in relatie tot etnische achtergrond en opleidingsniveau

## **volksgezondheid**

ZORGelijke tijden? Verwachtingen van een aantal Haagse sleutelfiguren bij de invoering van het nieuwe zorgstelsel

Over leven met diabetes

Suïcidaal gedrag onder Hindostanen. Werkbezoek aan Nickerie in Suriname

Thuisdokter blijft

Het Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld: eerste ervaringen  
En: Waardevol werkbezoek aan Warschau

## **Korte berichten**

# Colofon

maart 2006, 41ste jaargang nr. 1

## Redactie

dr. G.A.M. Ariëns, GGD Den Haag (kernredacteur)  
drs. A.S.T. Boersma, volksgezondheidsbeleid dienst  
OCW (kernredacteur)

Mw. I. Burger, GGD Den Haag (kernredacteur)

dr. C.J. Kruijthof, arts, Medisch Centrum

Haaglanden, locatie Westeinde

mw. F.L. van Leeuwen, arts, Stichting Transmurale  
Zorg Den Haag e.o.

dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Den Haag

drs. E. Pieters, Parnassia, psycho-medisch centrum  
Den Haag

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](http://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 redactiesecretariaat worden opgevraagd. Bij  
wijziging van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het  
redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen. Voor het  
bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier.  
Het bulletin verschijnt vier maal per jaar.

ISSN 0921-6219

# Inhoud

<b>Redactioneel</b>	1
<b>Epidemiologie</b>	
• Gezondheidsvragen in de Stadsenquête Den Haag 2001 en 2003; de uitkomsten bekeken in relatie tot etnische achtergrond en opleidingsniveau <i>G.A.M. Ariëns, B.J.C. Middelkoop, D.A. Smilde-van den Doel, H.W.A. Struben †</i>	2
<b>Volksgezondheid</b>	
• ZORGelijke tijden? Verwachtingen van een aantal Haagse sleutelfiguren bij de invoering van het nieuwe zorgstelsel <i>A.S.T. Boersma en W.J. Schudel</i>	12
• Over leven met diabetes <i>L. van Hal</i>	18
• Suïcidaal gedrag onder Hindostanen. Werkbezoek aan Nickerie in Suriname <i>B. Cueva van der Beek</i>	24
• Thuisdokter blijft <i>C. Kraetzer</i>	27
• Het Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld: eerste ervaringen <i>P.J.M. Uitewaal</i>	30
• En: Waardevol werkbezoek aan Warschau <i>H. Meijer en M. Chung</i>	32
<b>Korte berichten</b>	35

# Redactioneel

## Gebruik van zorg in de grote stad

Het katern Volksgezondheid van dit bulletin opent met de antwoorden van een aantal Haagse sleutelfiguren op vragen over het nieuwe zorgstelsel. Uiteraard ziet men in het nieuwe stelsel de charme van de uitdaging. Maar men is ook bezorgd en ziet nadelen, bijvoorbeeld dat in het nieuwe stelsel de preventie onder druk kan komen staan en dat het werken aan 'empowerment' bij patiënten minder wordt, omdat de zorgverlener juist 'productie moet leveren'.

In het gedeelte over Epidemiologie staan we in het artikel over de Haagse Stadsenquêtes 2001 en 2003 stil bij hoe Hagenaars hun gezondheid ervaren, in relatie tot etnische achtergrond en opleidingsniveau. Niet-westerse Hagenaars en laag opgeleide Hagenaars blijken zich gemiddeld genomen minder gezond te voelen en bezoeken gemiddeld genomen vaker de huisarts. Gezien het voorgaande zijn we benieuwd wat voor effecten van het nieuwe zorgstelsel op het zorggebruik volgende stadsenquêtes zichtbaar zullen maken.

En dan het Haagse project De Thuisdokter, primair gestart om empowerment bij bewoners in achterstandswijken te vergroten. Nevendoel en -effect van het project was verlaging van de werkdruk bij huisartsen. Hoe we zo'n project in het nieuwe stelsel moeten positioneren is voornamelijk de vraag. De Thuisdokter is afgerond en de opgedane ervaringen en materialen zijn beschikbaar voor ieder die zich in de toekomst wil buigen over methoden voor empowerment.

Dat empowerment niet eenvoudig is blijkt ook uit het relaas over leven met diabetes. De auteur roept de vraag op of het bewust ontwijken van te confronterende kennis over (de gevolgen van) ziekten niet ook een vorm van empowerment is. Ziektebeleving en de achterliggende factoren vormen een interessant onderzoeksdomein, zeker in een multiculturele setting.

In het artikel over suïcidaal gedrag onder Hindostanen wordt verslag gedaan van een werkbezoek aan Nickerie (Suriname), waar net als in Den Haag verontrustende cijfers over suïcidaal gedrag zijn geconstateerd. Met deze kennis- en ervaringsuitwisseling krijgen we in Den Haag meer grip op de culturele setting van deze groep Hagenaars. Adequate preventie en tijdig inschakelen van zorg zijn in dit verband van groot belang.

Tenslotte de eerste ervaringen met het Haagse Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld (ASHG). Hoe bekend is het Steunpunt inmiddels, hoeveel meldingen komen er binnen en wat kan men vanuit het Steunpunt doen om de meldbereidheid onder de mensen te vergroten? Aansluitend ook hier het verslag van een werkbezoek aan het buitenland, dit keer aan Warschau.

# Gezondheidsvragen in de Stadsenquête Den Haag 2001 en 2003; de uitkomsten bekeken in relatie tot etnische achtergrond en opleidingsniveau

*G.A.M. Ariëns, B.Ĵ.C. Middelkoop, D.A. Smilde-van den Doel, H.W.A. Strubent*

In 2003 was in de Stadsenquête van de gemeente Den Haag een aantal vragen opgenomen over de gezondheid van de Haagse burger. Ook gaf de Haagse burger een rapportcijfer voor zijn gezondheid. Het was de tweede keer dat in de Stadsenquête gezondheidsvragen waren opgenomen, in de enquête van 2001 gebeurde dit voor het eerst. Over de Stadsenquête 2001 is in december 2002 in dit bulletin gerapporteerd (1).

Gezien het -voor een gezondheidsvragenlijst- bescheiden aantal respondenten, en de waarschijnlijk geringe verschuivingen tussen 2001 en 2003 in de gezondheidstoestand van de Haagse bevolking, hebben we ervoor gekozen de gegevens van de Stadsenquête 2001 en 2003 samen te voegen. Onderstaand artikel presenteert daarvan de uitkomsten. Waar dit artikel tot andere conclusies komt dan het artikel uit 2002 is dit vrijwel zonder uitzondering het gevolg van het feit dat indertijd de uitkomsten, als gevolg van de kleinere aantallen, minder stabiel waren. Een ander verschil met het artikel uit 2002 is dat dit keer ook is gekeken naar het opleidingsniveau van de respondenten.

## Onderzoekopzet<sup>1</sup> en deelname

De projectleiding van de Stadsenquête berust bij de Bestuursdienst van de gemeente Den Haag. De uitvoering is uitbesteed aan een marktonderzoeksbureau. Voor de enquête is een steekproef getrokken van 16-74-jarigen uit het bevolkingsbestand van de gemeente Den Haag, gestratificeerd naar geslacht, leeftijd en etniciteit. De personen uit de steekproef zijn zoveel mogelijk telefonisch benaderd. Hiertoe heeft KPN

waar mogelijk aan het steekproefbestand telefoonnummers toegevoegd. Van veel Hagenaars, vooral van allochtone afkomst, zijn echter geen telefoonnummers bekend. Zo kon KPN in 2001 slechts bij 27% van de Turkse Hagenaars uit de steekproef een telefoonnummer leveren, bij 22% van de Marokkaanse en bij 15% van de Surinaamse Hagenaars. Onder de autochtone Hagenaars bedroeg dit percentage 65%. Personen in de steekproef zonder vaste telefoonaansluiting of met een geheim telefoonnummer kregen de Stadsenquête op schrift thuisgestuurd.

De telefonische enquêtes werden afgenomen door tweetalige interviewers. Bij de schriftelijke vragenlijst was een meertalige toelichting gevoegd, waarin werd aangegeven dat men desgewenst een vragenlijst in de eigen taal kon krijgen of dat het interview telefonisch in de eigen taal kon worden afgenomen.

Het responspercentage dat uiteindelijk met de Stadsenquête werd bereikt (ten opzichte van de oorspronkelijke steekproef) bedroeg circa 43%, hiervan is ongeveer 88% telefonisch afgenomen.

We beschikken over de gegevens van 3.750 16-74-jarige respondenten: 1.675 van de Stadsenquête 2001 en 2.075 van de Stadsenquête 2003. Onder de respondenten waren 2.011 Nederlanders, 516 Hindostaanse Surinamers, 221 niet-Hindostaanse Surinamers, 541 Turken en 461 Marokkanen (zelfgerapporteerd).

Om een indruk te krijgen van de sociaal-economische positie van de respondenten zijn in de Stadsenquête vragen gesteld over het inkomen en de genoten opleiding. Voor dit artikel is alleen gebruikgemaakt van

Over de auteurs:

Dr. G.A.M. Ariëns, epidemioloog, afdeling Epidemiologie GGD Den Haag; dr. B.Ĵ.C. Middelkoop, arts-epidemioloog, hoofd afdeling Epidemiologie GGD Den Haag; drs. D.A. Smilde-van den Doel, Bureau Pallas, health research and consultancy; ir. H.W.A. Strubent, in leven epidemioloog, afdeling Epidemiologie GGD Den Haag.

1 Een uitgebreidere beschrijving van de opzet van de Stadsenquête staat in het eerder genoemde artikel in het Epidemiologisch Bulletin, 2002 (1) en in de onderzoeksverantwoording in de gemeentelijke rapportages van de Stadsenquête 2001 en 2003 (2)(3).

gegevens over de genoten opleiding omdat deze gegevens van vrijwel alle respondenten (96%) beschikbaar zijn; gegevens over inkomen ontbraken bij ruim een vijfde van de respondenten. Er is onderscheid gemaakt in respondenten met een 'laag', 'gemiddeld' en 'hoog' opleidingsniveau. Tabel 1 toont de verdeling van de respondenten naar etnische achtergrond en opleidingsniveau. Uit de tabel valt op dat hoogopgeleide autochtone Hagenaars oververtegenwoordigd zijn in vergelijking met hoogopgeleide Hagenaars uit andere etnische groepen. Tabel 2 geeft inzicht in de leeftijdsopbouw van de etnische groepen in het onderzoek. Ongeveer een kwart van de onderzoeksgroep is jonger dan 30 jaar, en circa een vijfde is ouder dan 60 jaar. Voor de hele Haagse bevolking van 16-74 jaar gelden redelijk vergelijkbare percentages. Het percentage 16-29 jarigen is iets hoger en het percentage 60-74 jarigen is iets lager in Den Haag in vergelijking met de onderzoeksgroep (4).

### Presentatie van de uitkomsten

In het artikel over de Stadsenquête 2001 (1) is de techniek beschreven waarmee de gegevens zijn geanalyseerd. Met behulp van deze techniek (logistische regressie) is het mogelijk om rekening te houden met mogelijke versturende invloeden. Gevraagd naar de ervaren gezondheid geeft een hogere leeftijd bijvoorbeeld een lagere kans op een als 'goed' ervaren gezondheid en een hogere kans op het hebben van een chronische aandoening. Met logistische regressie is het mogelijk om de samenhang te bestuderen tussen de etnische achtergrond van de respondenten en de uitkomstvariabelen (te weten: gebruik van genotmiddelen, ervaren gezondheid, chronische aandoeningen en gebruik van de eerstelijns zorg), met uitschakeling van de versturende invloed van leeftijd. Ook is het mogelijk om tegelijkertijd de samenhang tussen de etnische achtergrond, het opleidingsniveau en de uitkomstvariabelen te bestuderen, waarbij gecorrigeerd

**Tabel 1.**

*Respondenten naar opleiding en etnische achtergrond.*

	Opleidingsniveau*				Totaal
	Laag	Gemiddeld	Hoog	Onbekend	
Autochtoon	706	642	628	35	2011 (53,6%)
Hindostaans Surinaams	250	166	84	16	516 (13,8%)
Niet-Hindostaans Surinaams	91	83	38	9	221 (5,9%)
Turks	364	109	38	30	541 (14,4%)
Marokkaans	278	96	39	48	461 (12,3%)
Totaal	1689 (45,00%)	1096 (29,20%)	827 (22,10%)	138 (3,70%)	3750 (100%)

\* Laag: geen onderwijs, basisonderwijs, LBO, VMBO, MAVO of vergelijkbare opleiding  
 Gemiddeld: KMBO, leerlingwezen, CBO, MBO, HAVO, VWO of vergelijkbare opleiding  
 Hoog: HBO, wetenschappelijk onderwijs of vergelijkbare opleiding

**Tabel 2.**

*Percentage respondenten naar leeftijd en etnische achtergrond.*

	Leeftijd				Totaal
	16-29	30-44	45-59	60-74	
Autochtoon	326	581	550	554	2011 (53,6%)
Hindostaans Surinaams	132	191	139	54	516 (13,8%)
Niet-Hindostaans Surinaams	49	73	61	38	221 (5,9%)
Turks	191	236	86	28	541 (14,4%)
Marokkaans	184	169	86	22	461 (12,3%)
Totaal	882 (23,50%)	1250 (33,30%)	922 (24,60%)	696 (18,60%)	3750 (100%)
Den Haag (2003)	94293 (27,20%)	117339 (33,80%)	85917 (24,80%)	49510 (14,30%)	347059 (100%)

wordt voor de mogelijke versturende invloed van deze twee variabelen op elkaar. De uitkomst van een logistische regressie analyse is een Odds Ratio (afgekort OR; zie kader op pagina 10), een maat die aangeeft hoe veel vaker een bepaalde gebeurtenis voorkomt in een bevolkingsgroep in vergelijking met een referentiegroep. In dit onderzoek is voor de variabele 'etnische achtergrond' de autochtone Haagse bevolking als referentiegroep genomen en voor de variabele 'opleiding' de groep met een 'laag' opleidingsniveau (geen onderwijs, basisonderwijs, LBO, VMBO, MAVO of een opleiding van vergelijkbaar niveau).

In de paragraaf Resultaten worden per uitkomstmaat de meest in het oog springende bevindingen beschreven. De beschrijvingen beginnen steeds met enkele prevalentiecijfers voor de totale -naar bevolkingsopbouw gewogen- Haagse bevolking.

## Resultaten

### Genotmiddelen

#### Roken

In de periode 2001-2003 rookt 31,7% van de Haagse bevolking in de leeftijd van 16-74 jaar. Dit wijkt nauwelijks af van het landelijke percentage van 30,8% onder Nederlanders van 12 jaar en ouder in 2003 (5). Er roken meer Haagse mannen (36,1%) dan vrouwen (27,3%). Bij mannen is er geen duidelijk verband tussen roken en leeftijd, jonge vrouwen roken echter duidelijk meer dan oudere vrouwen.

Uitgesplitst naar de verschillende etnische groepen zien we telkens dat de vrouwen minder roken dan de mannen. Het laagste percentage rokers wordt aangetroffen onder de Marokkanen (29,5% onder de man-

nen en 6,6% onder de vrouwen). Voor beide geslachten geldt dat de Marokkanen significant minder roken dan autochtone Hagenaars (OR voor mannen 0,68, voor vrouwen 0,12). Ook Hindostaans Surinaamse vrouwen roken significant minder dan autochtone Haagse vrouwen (OR=0,60). De meest opvallende bevinding voor zware rokers (20 of meer sigaretten per dag) is dat Turkse mannen vaker een zware roker zijn dan autochtone Hagenaars (OR=1,65). Verder zijn allochtone vrouwen minder vaak zware roker dan autochtone Haagse vrouwen.

Haagse mannen en vrouwen met een hoog opleidingsniveau roken significant minder dan stadsgenoten met een lage opleiding (25,2% ten opzichte van 36,5%; OR=0,58).

#### Alcoholgebruik

In de periode 2001-2003 gebruikt 69,4% van de Haagse bevolking wel eens alcoholhoudende dranken. Dit percentage ligt aanzienlijk lager dan het landelijke percentage voor 2003 van 81,7%, ook al betreft het landelijke cijfer de bevolking van 12 jaar en ouder (5). Haagse mannen drinken meer dan Haagse vrouwen (74,9% ten opzichte van 63,8%). Onder de Haagse bevolking van 60 jaar en ouder bevinden zich minder alcoholgebruikers dan in de jongere leeftijdsgroepen. Opleiding en etnische achtergrond vertonen een duidelijke samenhang met alcoholgebruik.

Het aantal alcoholgebruikers ligt veruit het hoogst onder de autochtone Hagenaars (78,8%), gevolgd door de niet-Hindostaans Surinaamse (55,8%), Hindostaans Surinaamse (44,9%), Turkse (21,8%) en Marokkaanse (12,3%) Hagenaars. Dit beeld, namelijk dat de niet-Nederlandse groepen minder vaak alcoholgebruiker

Tabel 3.

Prevalenties en statistisch significante Odds Ratio's voor alcoholgebruik naar etnische achtergrond en opleiding, na correctie voor leeftijd en de invloed van opleiding en etnische achtergrond onderling

	Alcoholgebruik			
	% mannen	% vrouwen	OR mannen	OR vrouwen
<b>Etnische achtergrond</b>				
Autochtoon	84,5	73,1	1	1
Hindostaans Surinaams	55,9	34,9	0,22	0,21
Niet-Hindostaans Surinaams	61,8	50,1	0,32	0,35
Turks	30,1	12,1	0,09	0,06
Marokkaans	16,8	6,9	0,04	0,03
<b>Opleidingsniveau</b>				
Laag	63,5	48,1	1	1
Gemiddeld	75,6	70,1	1,72	1,8
Hoog	87,3	82,8	2,78	3,36

zijn dan autochtone Hagenaars, zien we bij beide geslachten. Hagenaars met een gemiddeld of hoog opleidingsniveau drinken vaker alcohol dan Hagenaars met een laag opleidingsniveau (85,3% ten opzichte van 54,9%). Tabel 3 laat de Odds Ratio's zien.

Wat betreft excessief alcoholgebruik (20 glazen of meer per week) wijkt Den Haag niet sterk af van het landelijke beeld. In Nederland drinkt 11,3% van de bevolking excessief (5), in Den Haag 9,3% (mannen 14,7% en vrouwen 3,8%). Leeftijd en het opleidingsniveau hebben weinig invloed op excessief alcoholgebruik, etnische achtergrond echter wel. Bij de mannen vinden we de excessieve drinkers vooral onder de autochtone Hagenaars. De Odds Ratio's van excessief alcoholgebruik voor de onderscheiden etnische groepen wijken bij beide geslachten niet sterk af van de Odds Ratio's voor alcoholgebruik in het algemeen. Geen enkele Turkse of Marokkaanse vrouw rapporteert excessief alcoholgebruik.

## Gezondheid

### Ervaren gezondheid

Aan de respondenten is gevraagd een 'rapportcijfer' te geven voor de eigen gezondheid. In dit artikel spreken we van een slecht ervaren gezondheid als dit rapportcijfer lager dan 7 is.

Van de Hagenaars oordeelt 18,9% slecht over zijn of haar gezondheid, wat nauwelijks afwijkt van het landelijke beeld in 2003 (19,5%)(5). Ouderen van 60-74 jaar oordelen vaker slecht over hun gezondheid (26,4%) dan jongeren van 16-29 jaar (12,5%). Mannen en vrouwen verschillen nauwelijks in het oordeel over hun gezondheid. Etnische achtergrond en opleidingsniveau zijn daarentegen wel belangrijke factoren die invloed hebben op de ervaren gezondheid. Turken vinden hun gezondheid het slechtst (OR=3,21), gevolgd door Marokkanen (OR=2,16) en Hindostaanse Surinamers (OR=1,80). Niet-Hindostaanse Surinamers verschillen niet significant van autochtone Hagenaars. Hagenaars met een laag opleidingsniveau vinden hun gezondheid vaker slecht dan Hagenaars met een middelbare (OR=0,68) of hoge opleiding (OR=0,54).

### Langdurige ziekten en aandoeningen

In de Stadsenquête is navraag gedaan naar het voorkomen van langdurige (chronische) ziekten of aandoeningen. Aan de hand van een opsomming van de meest voorkomende chronische ziekten en aandoeningen gaf de respondent aan of hij of zij met een of meer van deze ziekten te maken heeft gehad.

Van de Haagse bevolking heeft 37,2% in de periode 2001-2003 te maken (gehad) met minstens één chro-

nische ziekte of aandoening. Meer vrouwen (40,2%) dan mannen (34,2%) rapporteren een chronische ziekte of aandoening. Bij zowel mannen als vrouwen neemt het percentage toe als de leeftijd stijgt. Uit de gegevens blijkt dat Hindostaanse mannen (OR=1,47) en Turkse vrouwen (OR=1,56) significant vaker lijden aan chronische ziekten of aandoeningen in vergelijking met autochtone Haagse mannen en vrouwen. Meer dan driekwart van de 60-74-jarige Hindostaanse mannen en zelfs 85% van de 45-59-jarige Turkse vrouwen geeft aan een of meerdere chronische ziekten of aandoeningen te hebben (gehad). Ongeacht leeftijd en geslacht geldt dat chronische ziekten en aandoeningen minder vaak voorkomen bij hoogopgeleiden in vergelijking met Hagenaars met een laag opleidingsniveau (30,6% ten opzichte van 45,6%; OR=0,71).

### Astma/bronchitis/CARA

Bij 8,8% van de Haagse bevolking komen chronische luchtwegaandoeningen voor. Vrouwen rapporteren deze aandoeningen vaker dan mannen (10,3% in vergelijking met 7,4%). Oudere mannen (60-74-jarigen) lijden vaker aan chronische luchtwegaandoeningen dan 16-29-jarige mannen.

Er bestaan geen noemenswaardige verschillen in het voorkomen van astma, bronchitis en/of CARA tussen de autochtone Hagenaars en de andere etnische groepen. Een ongunstige uitzondering hierop vormen de Hindostaanse Surinaamse mannen. Zij rapporteren significant vaker chronische luchtwegaandoeningen (10,9%; OR=1,93). Het niveau van opleiding en het voorkomen van astma, bronchitis en/of CARA vertonen een duidelijk verband. Ongeacht geslacht en leeftijd geldt dat ten opzichte van laagopgeleide Hagenaars de hoogopgeleide Hagenaars minder vaker aan astma, bronchitis en/of CARA lijden (11,5% ten opzichte van 6,3%; OR = 0,58).

### Hartkwaal, hartinfarct en CVA

3,6% Van de Haagse bevolking lijdt aan een hartkwaal, heeft een hartinfarct en/of een cerebrovasculaire aandoening (CVA) gehad. Deze aandoeningen komen significant vaker voor bij mannen en op hogere leeftijd. Voor de groep 60-74-jarigen bedraagt de prevalentie voor Haagse mannen en vrouwen respectievelijk 12,1% en 9,1%. In vergelijking met de autochtone Hagenaars is de kans op aandoeningen aan het hart en het vaatstelsel verhoogd voor Turkse mannen (OR=2,85) en Hindostaanse vrouwen (OR=2,48), terwijl onder Marokkaanse vrouwen juist nauwelijks sprake is van deze aandoeningen (0,6%, allemaal in de leeftijdscategorie 60-74 jaar). Ook onder Marokkaanse

mannen komen weinig hartkwalen, hartinfarcten en cerebrovasculaire aandoeningen voor (1%). Tot slot geldt dat de hoogopgeleide Hagenaar een kleinere kans heeft op het krijgen van aandoeningen aan het hart en het vaatstelsel dan de laagopgeleide Hagenaar (2,1% ten opzichte van 4,4%; OR=0,50).

### Hoge bloeddruk

Meer vrouwen (11,4%) dan mannen (9,6%) en meer ouderen dan jongeren hebben een hoge bloeddruk. Van alle 16-29-jarige respondenten rapporteert slechts 1,7% een hoge bloeddruk. Dit percentage stijgt naar 17,8% voor Hagenaars in de leeftijdscategorie 45-59 jaar tot zelfs 24,5% voor Hagenaars de leeftijdscategorie 60-74 jaar. Etnische afkomst en niveau van opleiding spelen geen grote rol bij het voorkomen van hoge bloeddruk bij Haagse mannen. Voor Haagse vrouwen ligt dit anders. Bij alle onderzochte allochtone groepen komt vaker een hoge bloeddruk voor dan bij autochtone Haagse vrouwen. Het risico is het hoogst bij Turkse vrouwen (OR=2,67), gevolgd door niet-Hindostaans Surinaamse vrouwen (OR=1,98), Marokkaanse (OR=1,78) en Hindostaans Surinaamse vrouwen (OR=1,69). Onder vrouwen bestaat ook een relatie tussen het voorkomen van hoge bloeddruk en opleidingsniveau. Hoogopgeleide Haagse vrouwen hebben een kleinere kans op een hoge bloeddruk dan laagopgeleide Haagse vrouwen (4,6% ten opzichte van 17,3%; OR=0,49).

### Zweer aan maag en twaalfvingerige darm

In de periode 2001-2003 rapporteert 2,5% van Haagse bevolking een zweer aan de maag of twaalfvingerige darm. In Den Haag is de prevalentie onder vrouwen hoger dan onder mannen (3,0% in vergelijking met 1,9%). Ook krijgen meer ouderen dan jon-

geren ermee te maken. Opvallend is dat voor Turkse mannen reeds op jonge leeftijd een hoge prevalentie geldt (8% van de 16-29-jarigen). Ongeacht leeftijd en geslacht hebben allochtone Hagenaars vaker een zweer aan maag of twaalfvingerige darm dan autochtone Hagenaars. Van alle allochtone groepen hebben Turkse mannen en vrouwen het hoogste risico, gevolgd door de Marokkanen en Hindostaanse Surinamers (tabel 4). Ook de niet-Hindostaanse Surinaamse mannen hebben een verhoogd risico (niet significant) vergeleken bij autochtone Haagse mannen. De vrouwen uit deze etnische groep verschillen echter niet van de autochtone Haagse vrouwen (tabel 4). Hagenaars met een gemiddeld (OR=0,56) of hoog (OR=0,55) opleidingsniveau rapporteren minder vaak een zweer aan maag of twaalfvingerige darm dan Hagenaars met een lage opleiding.

### Kwaadaardige aandoeningen

In de periode 2001-2003 had 1,7% van de Haagse bevolking tussen de 16 en 74 jaar kanker. Meer vrouwen dan mannen geven aan kanker te hebben (2,2% ten opzichte van 1,2%), echter dit verschil tussen mannen en vrouwen is niet significant. Vooral ouderen worden door kanker getroffen. Het percentage 60-74-jarige Hagenaars dat kanker rapporteert ligt op 5,4%, terwijl dit percentage voor 16-44-jarigen nog geen 1% bedraagt. Omdat het aantal gevallen van kanker gering is, is het moeilijk om de verschillende etnische groepen met de autochtone Hagenaars te vergelijken. Er lijkt voor alle allochtone groepen een iets kleinere kans te bestaan op het voorkomen van kanker in vergelijking met autochtone Hagenaars, echter dit kan in de statistische analyse niet bevestigd worden. Wanneer de allochtone Hagenaars gezamenlijk worden vergeleken met de autochtone Hagenaars blijkt er geen significant

Tabel 4.

*Prevalenties en statistisch significante Odds Ratio's voor het voorkomen van een zweer aan maag of twaalfvingerige darm naar etnische achtergrond, na correctie voor leeftijd en de invloed van opleiding.*

	Zweer aan maag of twaalfvingerige darm			
	% mannen	% vrouwen	OR mannen	OR vrouwen
<b>Etnische achtergrond</b>				
Autochtoon	0,8	2	1	1
Hindostaans Surinaams	2,8	4,4	3,54	3,16
Niet-Hindostaans Surinaams	2,7	1,5	ns <sup>1</sup>	ns
Turks	10,2	13,8	14,58	14,04
Marokkaans	6,7	8,8	8,17	8,99

1 niet statistisch significant



verschil te zijn in het voorkomen van kanker tussen allochtone en autochtone Hagenaars. Het niveau van opleiding heeft geen invloed op de prevalentie van kwaadaardige aandoeningen.

### Diabetes

Bijna 4% van de Haagse bevolking lijdt aan diabetes. Er zijn geen verschillen in prevalentie tussen mannen en vrouwen. Wel neemt de prevalentie van diabetes sterk toe met het stijgen van de leeftijd. Zo rapporteert nog geen 1% van de 16-29-jarigen diabetes, maar wel 6,0% van de 45-59-jarigen en 10,3% van de 60-74 jarige Hagenaars. Alle allochtone groepen, en dan vooral de vrouwen, hebben een verhoogde kans op diabetes in vergelijking met de autochtone Hagenaars. Onder de Hindostaanse Surinamers komt diabetes het vaakst voor, gevolgd door de Marokkaanse bevolking, de Turken en de niet-Hindostaanse Surinamers. 30% Van de Hindostaans Surinaamse Hagenaars tussen de 60 en 74 jaar lijdt aan diabetes. Significante Odds Ratio's voor de verschillende etnische groepen staan vermeld in tabel 5. Onder Hagenaars met een hoog opleidingsniveau is minder vaak sprake van diabetes in vergelijking met de laagopgeleide Hagenaars (1,7% ten opzichte van 6,4%; OR=0,49).

### Zorgebruik

In de Stadsenquêtes van 2001 en 2003 werd gevraagd of en in welke mate gebruikgemaakt wordt van diverse eerstelijns zorgverleners.

### Huisarts

Bijna 80% van de Hagenaars komt jaarlijks ten minste één keer bij de huisarts. Meer vrouwen (86,5%) dan mannen (71,9%) bezoeken de huisarts minstens jaarlijks. Meer oudere Haagse mannen bezoeken mini-

maal eens per jaar de huisarts dan jongere Haagse mannen. Dit percentage loopt geleidelijk op van 62% voor 16-29 jarige Haagse mannen tot 84,8% voor 60-74 jarige Haagse mannen. Bij Haagse vrouwen is het percentage constant, en vergelijkbaar met dat van de categorie 60-74 jarige Haagse mannen. Hindostaanse Surinamers, Turken en Marokkanen verschillen wat betreft huisartsenbezoek van de autochtone Hagenaars. Meer Hindostaans Surinaamse mannen en meer Turkse mannen en vrouwen gaan, ongeacht leeftijd en geslacht, minimaal eens per jaar naar de huisarts. De Marokkaanse groep vertoont een ander beeld. Meer Marokkaanse mannen maar juist minder Marokkaanse vrouwen bezoeken minimaal eens per jaar de huisarts in vergelijking met autochtone Haagse mannen en vrouwen. Significante Odds Ratio's staan vermeld in tabel 6. Het niveau van opleiding heeft geen significante invloed op de prevalentie van het bezoek aan de huisarts.

Respondenten kunnen in de Stadsenquête tevens aangeven hoe vaak per jaar zij de huisarts per jaar bezoeken. We beschouwen ten minste vijf huisartsenbezoeken per jaar als frequent bezoek. Een kwart van de Haagse vrouwen en 15,9% van de Haagse mannen bezoekt minstens vijf maal per jaar de huisarts. Voor Haagse mannen geldt weer dat dit percentage stijgt met het stijgen van de leeftijd. Voor Haagse vrouwen is geen duidelijke stijging of daling te zien met het stijgen van de leeftijd. Allochtone Hagenaars bezoeken de huisarts vaker frequent dan autochtone Hagenaars. Dit geldt voor alle allochtone groepen behalve de niet-Hindostaanse Surinamers. Voor Turkse vrouwen is het percentage zelfs meer dan twee maal zo hoog in vergelijking met autochtone Haagse vrouwen (45,7% ten opzichte van 21,3%). De significante Odds Ratio's voor de verschillende etnische groepen

Tabel 5.

*Prevalenties en statistisch significante Odds Ratio's voor het voorkomen van diabetes naar etnische achtergrond, na correctie voor leeftijd en de invloed van opleiding.*

	Diabetes			
	% mannen	% vrouwen	OR mannen	OR vrouwen
<b>Etnische achtergrond</b>				
Autochtoon	2,9	3,7	1	1
Hindostaans Surinaams	7,3	10,9	3,91	6,05
Niet-Hindostaans Surinaams	8,6	4,5	4,17	ns <sup>1</sup>
Turks	4,2	5,2	2,59	3,08
Marokkaans	5,3	7,3	3,14	5,06

1 niet statistisch significant

staan ook weergegeven in tabel 6. De kans om per jaar minimaal vijf keer de huisarts te bezoeken is kleiner voor gemiddeld en hoogopgeleide Hagenaars in vergelijking met Hagenaars met een laag opleidingsniveau (OR=0,80 voor gemiddeld opgeleide en OR=0,63 voor hoogopgeleide Hagenaars).

### Tandarts

Tandartsbezoek hangt sterk samen met het al dan niet dragen van een kunstgebit. Voor de analyse van het tandartsbezoek laten we Hagenaars met een kunstgebit daarom buiten beschouwing. Van de Haagse bevolking gaat 85,9% minimaal één keer per jaar naar de tandarts. Vrouwen (89,1%) iets meer dan mannen (82,7%). De invloed van leeftijd op tandartsbezoek is

gering. Etnische afkomst en opleidingsniveau zijn hierop echter wel van invloed. Voor Haagse allochtone vrouwen geldt dat zij minder vaak jaarlijks de tandarts bezoeken dan autochtone Haagse vrouwen. Voor de Haagse mannen geldt dit alleen voor mannen van Marokkaanse afkomst. Slechts 46% van de 60-74-jarige Marokkaanse mannen bezoekt jaarlijks de tandarts (ten opzichte van 79,4% voor 60-74-jarige autochtone mannen). Hagenaars met een gemiddelde of hoge opleiding bezoeken vaker minimaal een maal per jaar de tandarts dan laagopgeleide Hagenaars. De significante resultaten voor tandartsbezoek worden gepresenteerd in tabel 7.

Frequent tandartsbezoek (meer dan 5 keer per jaar) komt niet vaak voor (2,8% van alle Hagenaars). Er is

Tabel 6.

Prevalenties en statistisch significante Odds Ratio's voor huisartsbezoek (ten minste één maal per jaar) en frequent huisartsbezoek (minimaal 5 keer per jaar) naar etnische achtergrond, na correctie voor leeftijd en de invloed van opleiding.

	Huisartsbezoek (minimaal 1 keer per jaar)				Frequent huisartsbezoek (minimaal 5 keer per jaar)			
	% mannen	% vrouwen	OR mannen	OR vrouwen	% mannen	% vrouwen	OR mannen	OR vrouwen
<b>Etnische achtergrond</b>								
Autochtoon	71,1	86,5	1	1	14,3	21,3	1	1
Hindostaans Surinaams	76,9	88,4	1,56	ns <sup>1</sup>	21,9	37,9	2,29	2,19
Niet-Hindostaans Surinaams	67,6	86,1	ns	ns	15	28,8	ns	ns
Turks	75,1	90,8	1,59	1,61	27,2	45,7	2,94	3,2
Marokkaans	73,3	80,1	1,46	0,62	22,8	33,6	2,43	1,65

1 niet statistisch significant

Tabel 7.

Prevalenties en statistisch significante Odds Ratio's voor tandartsbezoek (ten minste één maal per jaar) naar etnische achtergrond en opleiding, na correctie voor leeftijd en de invloed van opleidingen etnische achtergrond onderling.

	Tandartsbezoek (minimaal 1 keer per jaar)			
	% mannen	% vrouwen	OR mannen	OR vrouwen
<b>Etnische achtergrond</b>				
Autochtoon	83,8	92,1	1	1
Hindostaans Surinaams	83,6	87,6	ns <sup>1</sup>	0,59
Niet-Hindostaans Surinaams	73,8	82,6	ns	0,4
Turks	72,2	70,1	ns	0,21
Marokkaans	70,2	81	0,46	0,34
<b>Opleidingsniveau</b>				
Laag	75,9	85,7	1	1
Gemiddeld	83,8	93,5	1,42	1,58
Hoog	87,1	89,9	1,7	ns

1 niet statistisch significant

geen duidelijke invloed van leeftijd, geslacht, etnische afkomst en niveau van opleiding op de prevalentie van frequent tandartsbezoek van Hagenaars. Marokkaanse vrouwen vormen hierop de enige uitzondering. Zij bezoeken ruim twee maal zo vaak (OR=2,15) de tandarts minimaal vijf keer per jaar dan autochtone Haagse vrouwen.

### Fysiotherapeut of oefentherapeut

Eén op de vijf Hagenaars bezoekt jaarlijks een fysiotherapeut of oefentherapeut (Mensendieck, Cesar). Vrouwen (23,5%) meer dan mannen (18,1%) en ouderen meer dan jongeren (oplopend van 15,2% voor groep 16-29-jarigen tot 26,1% voor 60-74-jarigen). Over het algemeen is er geen invloed van etnische afkomst of het niveau van opleiding op het al dan niet bezoeken van een fysio- of oefentherapeut. Alleen Marokkaanse vrouwen geven aan minder vaak gebruik te maken van een fysiotherapeut of oefentherapeut dan autochtone Haagse vrouwen (14,5% ten opzichte van 23,5%; OR=0,59).

### Alternatieve geneeswijzen

7,2% Van de Haagse bevolking maakt minimaal eenmaal per jaar gebruik van alternatieve vormen van genezing, zoals homeopathie, acupunctuur, natuurgeneeskunde, religieuze of gebedsgenezing, magnetisme, paranormale geneeswijzen, iriscopie of geneeswijzen uit andere landen. Vrouwen maken vaker gebruik van alternatieve geneeswijzen dan mannen (8,6% ten opzichte van 5,8%). Bij Haagse vrouwen speelt leeftijd geen rol bij het al dan niet bezoeken van een alternatieve genezer. Haagse mannen in de leeftijdscategorieën 30-44 jaar en 45-59 jaar maken vaker gebruik van alternatieve geneeswijzen in vergelijking met 16-29-jarige Haagse mannen (6,4% en 7,0% ten opzichte van 3,3%). Er is geen invloed van etnische afkomst op het al dan niet bezoeken van een alternatieve genezer. Wel blijkt dat hoogopgeleide Haagse vrouwen vaker gebruikmaken van alternatieve geneeswijzen dan Haagse vrouwen met een laag opleidingsniveau (12,9% ten opzichte van 6,3%; OR=1,86).

### Bespreking van de resultaten

Een belangrijke vraag is in hoeverre de resultaten van dit onderzoek vergelijkbaar zijn met de resultaten die beschreven worden in het in 2002 verschenen artikel in het Epidemiologisch Bulletin over de Stadsenquête 2001 (1). Deels zijn namelijk dezelfde gegevens gebruikt en er zijn vergelijkbare analyses uitgevoerd. Zoals we in de inleiding al schreven verwachten we geen grote verschillen te vinden.

De resultaten voor het gebruik van de genotmiddelen tabak en alcohol zijn eigenlijk onveranderd. Turkse mannen blijken ook nu weer het meest ongunstige rookgedrag te vertonen, en de autochtone Hagenaar vertoont het meest ongunstige gedrag wat betreft (excessief) alcoholgebruik.

Hoewel er verschillen bestaan in de wijze van 'meten' van de ervaren gezondheid van de respondenten in 2001 en 2003, vertonen de resultaten geen grote verschillen. In 2001 gaf de respondent op een 5-puntschaal (slecht/matig/goed/zeer goed/uitstekend) aan hoe de gezondheid werd ervaren, in 2003 gaf de respondent een rapportcijfer tussen de 0 en 10. Respondenten die in 2001 aangaven hun gezondheid als minder dan goed (slecht/matig) te ervaren werden beschouwd als de groep met een slecht ervaren gezondheid. In 2003 werden respondenten die een cijfer lager dan 7 gaven beschouwd als de groep met een slecht ervaren gezondheid. Waarom hebben we gekozen voor een afkappunt van 7? In 2001 gaf 17% van de Haagse bevolking aan een slecht ervaren gezondheid te hebben. Nu vinden we een iets hogere prevalentie van bijna 19%. Echter, wanneer we de grens bij het rapportcijfer 6,5 leggen (lager dan 6,5 betekent een slechte gezondheid), is de prevalentie 14,6%. Omdat bij een afkappunt van 7 voor een al dan niet als goed ervaren gezondheid de prevalentie het meest overeenkomt met de prevalentie uit 2001, is voor dit afkappunt gekozen. Overigens zouden de resultaten en conclusies niet wezenlijk veranderen als we toch voor het afkappunt 6,5 hadden gekozen. Het enige opvallende verschil zou zijn dat vrouwen en mannen dan wel significant zouden verschillen in ervaren gezondheid, en wel zo dat vrouwen vaker dan mannen de ervaren gezondheid als slecht beoordelen (OR=1,20). Een ander argument om te kiezen voor een afkappunt van 7 is bovendien dat in 2001 het percentage Hagenaars met een slecht ervaren gezondheid vergelijkbaar was met het percentage van Nederland en Amsterdam. Het ligt dan voor de hand dat dit in 2003 ook het geval is. Met een afkappunt van 7 is dit het geval.

De resultaten van de verschillende chronische aandoeningen vertonen sterke overeenkomsten in beide artikelen. Echter, de (niet-significant) verhoogde prevalentie van hart- en vaatziekten onder Hindostaans Surinaamse mannen en de lagere prevalentie onder Marokkaanse mannen worden in het onderhavige artikel niet bevestigd. Opvallend verschil met de resultaten in het vorige artikel is verder dat op basis van alleen gegevens uit de Stadsenquête van 2001 allochtone Hagenaars minder vaak kwaadaardige aandoeningen rapporteerden dan autochtone Hagenaars.

In de analyses voor het huidige artikel is dit verschil tussen allochtonen en autochtonen niet aangetoond. De resultaten over het gebruikmaken van verschillende vormen van eerstelijns zorgverlening vertonen duidelijke overeenkomsten met de resultaten in het artikel uit 2002. Toch zien we hier ook verschillen, met name voor het zorggebruik van vrouwen. In 2002 werd geconcludeerd dat etnische achtergrond niet van invloed is op het aantal vrouwen dat ten minste één maal per jaar bij de huisarts komt. Op basis van de huidige analyses blijkt dat Hindostaans Surinaamse en Turkse vrouwen wel vaker ten minste een maal per jaar bij de huisarts komen, en dat Marokkaanse vrouwen juist minder vaak jaarlijks de huisarts bezoeken. Verder zijn het volgens de laatste analyses niet de Turkse vrouwen, maar juist de Marokkaanse vrouwen van wie een hoger percentage frequent de tandarts bezoekt. Marokkaanse vrouwen doen, in vergelijking met autochtone Haagse vrouwen, minder vaak een beroep op de fysio- of oefentherapeut. Ten slotte zijn, deels in tegenstelling tot de resultaten uit 2002, geen significante verschillen aangetoond in het aantal allochtone en autochtone Hagenaars dat jaarlijks een alternatieve genezer bezoekt.

Wij nemen aan dat de verschillen in de resultaten en conclusies tussen het huidige artikel en het artikel uit 2002 niet verklaard kunnen worden door werkelijke verschuivingen in de gezondheid van de Haagse bevolking tussen 2001 en 2003. Een logischer verklaring is dat de gevonden verschillen ontstaan zijn door de gegevens van de Stadsenquête van 2001 en 2003 samen te voegen. Het grotere aantal respondenten dat op deze manier werd verkregen heeft geleid tot stabielere uitkomsten. Uiteraard kan het feit dat we in dit artikel terecht rekening hebben gehouden met het opleidingsniveau van de Haagse burger ook hebben geleid tot verschillen in de resultaten. In het artikel uit 2002 werd hier nog geen rekening mee gehouden.

In het artikel van 2002 wordt in een kritische beschouwing uitgebreid stilgestaan bij een aantal kanttekeningen van het onderzoek. Deze opmerkingen zijn ook nu weer van toepassing. Zo wordt in het artikel uit 2002 bijvoorbeeld stilgestaan bij de non-respons van de Stadsenquête en de gevolgen die een selectieve non-respons heeft op de uitkomsten en daaraan te verbinden conclusies van het onderzoek. Het is bijvoorbeeld bekend dat bij enquêtes met een relatief hoge non-respons juist personen in een maatschappelijk ongunstige positie, zoals allochtonen of mensen met een laag opleidingsniveau vaker niet participeren. Zij zijn daar-

door ondervertegenwoordigd in de onderzoeksgroep, maar hebben vaak juist wel een minder gunstige gezondheid. Personen die verkeren in een betere maatschappelijke positie zijn eerder geneigd deel te nemen aan enquêteonderzoek en zijn daardoor oververtegenwoordigd. Over het algemeen verkeren zij ook in een betere gezondheid. De kans is groot dat er naast een relatief grote non-respons op de Stadsenquête sprake is geweest van een selectieve non-respons. De onderzoeksresultaten moeten daarom met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

### Conclusies

Er bestaan duidelijke verschillen tussen Haagse mannen en vrouwen in genotmiddelenconsumptie, gezondheid en zorggebruik. Mannen roken meer en drinken meer alcohol dan vrouwen. Er bestaat geen

### Odds Ratio (OR)

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 bijvoorbeeld om de kans aan een aandoening te lijden. Stel dat de kans om een aandoening te hebben voor een Marokkaan 12,5% bedraagt en voor een autochtone Nederlander 10%. Dan bedraagt de Odds voor de Marokkanen van die leeftijd één tegen zeven (12,5% heeft de aandoening wel en 87,5% niet) en de Odds voor een autochtone Nederlander van die leeftijd één tegen negen (10% heeft de aandoening wel en 90% niet). De Odds Ratio van het hebben van die aandoening voor de Marokkanen ten opzichte van de autochtone Nederlanders bedraagt dan  $1/7$  gedeeld door  $1/9 = 9/7$  oftewel 1,29.

verschil tussen mannen en vrouwen in ervaren gezondheid, hoewel mannen hun gezondheid iets vaker een rapportcijfer van 7 of hoger geven. Vrouwen lijden vaker aan chronische aandoeningen, met als uitzondering hart- en vaatziekten. Deze komen vaker bij mannen voor. Vrouwen maken tevens meer gebruik van de verschillende onderzochte vormen van eerste-lijns zorgverlening.

### **De invloed van de etnische groep**

#### **Gebruik van genotmiddelen**

Marokkaanse en Hindostaans Surinaamse vrouwen roken minder vaak dan autochtone Haagse vrouwen. Zwaar roken komt bij alle allochtone Haagse vrouwen minder vaak voor in vergelijking met autochtone Haagse vrouwen. Voor de mannelijke Haagse bevolking geldt dat er weinig verschillen zijn in rookgedrag tussen allochtonen en autochtonen. Alleen Marokkaanse mannen roken minder dan autochtone Haagse mannen. Opvallend is wel dat er zich onder de Turkse mannen meer zware rokers bevinden dan onder de autochtone mannelijke bevolking. Normaal en excessief alcoholgebruik gebeurt vaker onder autochtone dan onder allochtone Hagenaars.

#### **Gezondheid**

Allochtone Hagenaars, met uitzondering van de niet-Hindostaanse Surinamers, ervaren hun gezondheid slechter dan autochtone Haagse mannen en vrouwen, dat wil zeggen ze geven hun gezondheid vaker een rapportcijfer lager dan 7. Dit betekent overigens niet automatisch dat zij ook vaker aan chronische ziekten of aandoeningen leiden. Wel komen diabetes, een hoge bloeddruk (alleen vrouwen) en zweren aan maag of twaalfvingerige darm vaker voor bij alle onderzochte allochtone groepen, terwijl hart- en vaatziekten alleen vaker voorkomen bij Turkse mannen en Hindostaans Surinaamse vrouwen, en chronische luchtwegaandoeningen vaker bij Hindostaans Surinaamse mannen. Voor kanker bestaat geen significant verschil in prevalentie tussen allochtone en autochtone Hagenaars.

#### **Zorggebruik**

Alle onderzochte allochtone groepen, met uitzondering van de niet-Hindostaans Surinaamse Hagenaars, maken vaker gebruik van de huisarts. Dit geldt ook voor frequent huisartsbezoek. Voorts gaan allochtone Haagse vrouwen minder vaak ten minste jaarlijks naar de tandarts. Er bestaan echter geen verschillen tussen allochtone en autochtone Hagenaars in frequent tandartsbezoek, bezoek aan fysiotherapeut en het gebruik

maken van alternatieve geneeswijzen.

Het zorggebruik van de Marokkaanse Hagenaars wijkt af van het hierboven geschetste beeld. Marokkaanse vrouwen gaan, in vergelijking met autochtone Haagse vrouwen, minder vaak ten minste één keer per jaar naar de huisarts. In vergelijking met het tandartsbezoek van autochtone Hagenaars gaan Marokkaanse mannen minder vaak ten minste één keer per jaar en Marokkaanse vrouwen juist vaker frequent naar de tandarts. Tot slot bezoeken Marokkaanse vrouwen minder vaak een fysiotherapeut in vergelijking met autochtone Haagse vrouwen.

### **De invloed van het niveau van opleiding**

#### **Gebruik van genotmiddelen**

In vergelijking met Haagse mannen en vrouwen met een laag opleidingsniveau roken hoogopgeleide Hagenaars minder maar zij zijn vaker alcoholgebruiker.

#### **Gezondheid**

Laag opgeleide Haagse mannen en vrouwen voelen zich minder gezond. Laag opgeleide Hagenaars lijden vaker aan langdurige ziekten en aandoeningen zoals luchtwegaandoeningen, hoge bloeddruk (alleen vrouwen), ziekten aan hart- en vaatstelsel, zweer aan maag of twaalfvingerige darm en diabetes. De prevalentie van kanker is niet verschillend voor Hagenaars met een laag of hoog niveau van opleiding.

#### **Zorggebruik**

Hoogopgeleide Hagenaars bezoeken minder vaak frequent (meer dan 5 keer per jaar) de huisarts, maar bezoeken wel vaker jaarlijks de tandarts dan laagopgeleide Hagenaars. Voor hoogopgeleide Haagse vrouwen geldt bovendien dat zij vaker gebruikmaken van alternatieve geneeswijzen in vergelijking met laagopgeleide Haagse vrouwen.

#### **Literatuur**

1. Struben HWA, Middelkoop BJC. Gezondheidsvragen in de Stadsenquête Den Haag 2001; de uitkomsten bekeken in relatie tot de etnische achtergrond. *Epidemiol Bul Grav* 2002; 37 nr. 4: 2-14.
2. Gemeente Den Haag. Bestuursdienst. Stadsenquête Den Haag 2001.
3. Gemeente Den Haag. Bestuursdienst. Stadsenquête Den Haag 2003: doelgroepenmonitor.
4. Gemeente Den Haag, Dienst Burgerzaken. Den Haag in cijfers, [www.denhaag.nl](http://www.denhaag.nl), geraadpleegd januari 2006.
5. Centraal Bureau voor de Statistiek. Statline, [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl), geraadpleegd januari 2006.

# ZORGelijke tijden?

## Verwachtingen van een aantal Haagse sleutelfiguren bij de invoering van het nieuwe zorgstelsel

*A.S.T. Boersma en W.J. Schudel*

Door technologische ontwikkelingen op medisch gebied en de vergrijzing in Nederland stijgen de kosten van de gezondheidszorg sterk. Om gezondheidszorg op termijn betaalbaar en van goede kwaliteit te houden, heeft de overheid besloten het zorgstelsel grondig te wijzigen. Dit heeft geleid tot de ontwikkeling van een verplichte zorgverzekering voor alle Nederlandse ingezetenen: het nieuwe zorgstelsel, dat op 1 januari 2006 is ingevoerd.

In de aanloop naar de invoering van het nieuwe zorgstelsel hebben we zes personen geïnterviewd, allen in een positie waarin zij de gevolgen van het nieuwe stelsel direct zullen ondervinden. Het betreft:

- een huisarts van het gezondheidscentrum Nieuw Schilderswijk
- twee fysiotherapeuten van Transvaal Fysiotherapiepraktijk
- een specialist (gynaecoloog) van het Medisch Centrum Haaglanden
- een lid van de Raad van Bestuur van het Medisch Centrum Haaglanden
- de voorzitter van de Cliëntenraad Meavita Thuiszorg, tevens actief lid van het Regionale Patiënten/ Consumenten Platform

Vornoemde personen zijn afzonderlijk ondervraagd aan de hand van vooraf opgestelde thema's. In ieder gesprek stond het verzoek centraal om op persoonlijke titel aan te geven welke gevolgen het nieuwe stelsel volgens de geïnterviewde zal hebben voor patiënt en zorgverlener. Alle geïnterviewden zullen aan het einde van het jaar opnieuw worden benaderd om te kijken in hoeverre hun verwachtingen zijn uitgekomen.

### Welke voordelen biedt het nieuwe zorgstelsel voor (uw) patiënten?

*Lid Raad van Bestuur:* het nieuwe zorgstelsel prikkelt om efficiënt en klantgericht te werken, dat betekent dat de wensen en behoeften van patiënten beter zullen aansluiten op de geleverde zorg.

*Fysiotherapeuten:* de aselechte toelating, het feit dat iedereen zonder medische keuring wordt toegelaten tot een zorgverzekering. Veel mensen in deze wijk zijn onvoldoende verzekerd voor fysiotherapie. De afgelopen jaren zijn veel van onze patiënten bij hun zorgverzekeraar tegen een muur van weerstand aangelopen toen zij zich aanvullend wilden verzekeren. Wij hebben het idee dat de mensen die problemen hebben (gehad) met hun gezondheid nu van de mogelijkheid gebruik maken en zich aanvullend gaan verzekeren.

*Specialist:* één basispakket voor iedereen. Hoewel, eigenlijk waren er al geen verschillen meer te onderscheiden tussen ziekenfonds en particulier verzekerden.

*Voorzitter Cliëntenraad/ lid RPCP:* als er al voordelen zijn dan alleen voor de mondige, goed geïnformeerde burgers. De keuzevrijheid is bijvoorbeeld een voordeel, immers mensen zijn verschillend en hebben verschillende behoeften. Echter dit voordeel is voor sommige personen ook een nadeel. Je verdiepen in hetgeen een verzekeraar je te bieden heeft en het nemen van een beslissing is niet voor iedereen dagelijks werk. Inmiddels kan ik mezelf wel ervaringsdeskundige noemen. Zelf heb ik veel baat bij een behandeling in een ziekenhuis in een andere regio dan waar ik zelf woon. Ik heb dus eerst uitgezocht of de verzekeraar wel een contract heeft met het betreffende zie-

Over de auteur:

Drs. A.S.T. Boersma, beleidsmedewerker volksgezondheid, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, gemeente Den Haag en prof.dr. W.J. Schudel, emeritus hoogleraar klinische en sociale psychiatrie Erasmus Universiteit Rotterdam tevens werkzaam bij de afdeling epidemiologie, GGD Den Haag Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn.

kenhuis. Toen dit niet het geval bleek, heb ik moeten achterhalen welke gevolgen het had. Bijvoorbeeld wat kost de behandeling en kan ik dat wel betalen? Dat is toch wel even wat anders dan die meneer op televisie die zegt dat je niets hoeft te doen.

#### Welke nadelen verwacht u dat het nieuwe zorgstelsel heeft voor (uw) patiënten?

*Voorzitter Cliëntenraad/ lid RPCP:* er zijn veel zaken verwarrend. Dat bleek ook uit de opkomst bij de voorlichtingsbijeenkomsten die de afgelopen periode door de patiëntenverenigingen zijn gehouden. Er kwamen drie keer meer belangstellenden dan verwacht. En veel vragen van toeschouwers konden niet worden beantwoord, omdat die te specifiek waren. Een ander voorbeeld komt van mijn kinderen, beiden student en woonachtig in een groot studentenhuus. De één ontvangt zorgtoeslag, de ander partnertoeslag, omdat ze in huis van meer dingen gezamenlijk gebruik maken. Dat is toch verwarrend?

Voor chronisch zieken is de inhoud van het pakket van de aanvullende verzekering erg belangrijk. Wat gebeurt er na maart, kunnen patiënten dan worden geweigerd of uit de aanvullende verzekering worden gezet? En wat gebeurt er als zorgverleners, als gevolg van marktwerking, in de toekomst andere afspraken met elkaar maken. Kan ik dan nog wel terecht bij de aanbieder van de door mij gewenste behandeling? Ik heb nog veel vraagtekens bij de praktische uitwerking van het nieuwe zorgstelsel.

*Fysiotherapeuten:* 90-95% van de patiënten van onze praktijk is ziekenfondsverzekerd. Veel bewoners van deze wijk zijn niet in staat om een afgewogen keuze voor een zorgverzekering te maken. Onze inschatting is dat slechts 25% van de patiënten daar op dit moment mee bezig is. De kosten van de verzekering zijn voor deze groep hoog. We kunnen alleen maar hopen dat het kostenaspect niet de doorslag geeft in de keuze voor de verzekering.

Ook een punt van aandacht is de privacy. Diagnoses worden weliswaar gecodeerd aangeleverd maar de betekenis van de codes is volgens mij bekend bij alle professionals die een patiënt behandelen. Daarnaast worden de codes opgenomen in een centrale databank bij de zorgverzekeraars. Naar onze mening komt de privacy van de patiënt daarmee in het geding.

*Specialist:* zojuist heb ik nog even met mijn collegae over het nieuwe zorgstelsel gesproken. Zelfs deze goed opgeleide mensen wisten niet voor welke ziekte-kostenverzekering ze zelf zouden kiezen en wat nou

echt de voordelen zijn van het nieuwe stelsel. Zoals het nu lijkt, gaan mensen met een kleine portemonnaie er op achteruit. Een IVF-behandeling kost ongeveer 2.500 euro. Er zijn niet veel mensen die dat zo even op kunnen brengen. Daar is de vereniging van gynaecologen dan ook tegen opgekomen.

Veel patiënten vragen mij of ze komend jaar nog wel bij me terecht kunnen. Mijn antwoord is dan dat ik denk van wel. Het baart mij echter zorgen dat de inhoud van het basispakket speelbal is van de politiek. De minister kan via een algemene maatregel van bestuur een wijziging in het basispakket doorvoeren. Dat betekent dat hij redelijk autonoom kan handelen. Ik vraag mij af of dat een gewenste ontwikkeling is.

*Huisarts:* afgelopen jaren hebben we veel geïnvesteerd in de zelfredzaamheid van patiënten. In andere culturen gaan mensen veel eerder naar de dokter, bij koorts of een verkoudheid zijn zij vaak meteen ongerust. Hier in Nederland hoeft dat niet meteen. We hebben uitgelegd wanneer ze bij de dokter horen te komen. Het nieuwe zorgstelsel kan ertoe leiden dat artsen belang hebben bij een hogere productie. Dan zijn deze belangrijke initiatieven voor niets geweest. Een ander nadeel is dat de aandacht wordt verschoven naar productie in plaats van preventie of overleg met een patiënt over zijn of haar zorg. Wanneer patiënten bij verschillende specialisten lopen, is de huisarts de enige die de zaken nog kan overzien en de regie kan houden. Hoe minder tijd de huisarts heeft, hoe meer dat naar de achtergrond zal schuiven. Ruimte voor uitleg of tijd om één keer in de zoveel tijd met een chronische patiënt een en ander op een rijtje te zetten, gaat verminderen of verdwijnen. Naar mijn mening is het grootste risico van het nieuwe zorgstelsel dan ook het negatieve effect op empowerment.

Een ander punt van aandacht is het volgende. Veel patiënten uit deze wijk willen een doorverwijzing naar een specialist, aanvullend onderzoek of medicatie. Wanneer professionals daar gemakkelijker mee instemmen, omdat er immers extra inkomsten mee kunnen worden gegenereerd, kunnen de kosten van de gezondheidszorg gaan toenemen. Uiteindelijk wordt de patiënt, is wetenschappelijk bewezen, er niet beter van.

#### Welke voordelen biedt het nieuwe stelsel voor zorgverleners?

*Huisarts:* in ons gezondheidscentrum zien wij patiënten gemiddeld vijf en een half keer per jaar met betaling volgens het abonnementstarief (dat uitgaat van drie en een half keer per jaar). Dat gaat met het

nieuwe zorgstelsel veranderen. Productie telt, dus gaat het gezondheidscentrum er financieel op vooruit. Omdat het gezondheidscentrum een non-profit organisatie is, heeft het geen winstoogmerk. Daar schuilt wel een risico in. De winst van het centrum stroomt terug in de gemeentekas, het centrum is afhankelijk van subsidie. Wanneer wordt besloten om deze subsidie -als gevolg van de hogere omzet- terug te schroeven, kan er een probleem ontstaan.

*Specialist:* er zou een stimulans kunnen ontstaan om effectiever te gaan werken, om patiënten minder vaak terug te laten komen en om bijvoorbeeld 'patiëntenpaden' te maken. Ook kan concurrentie als gevolg van marktwerking leiden tot kwaliteitsverbetering. Maar of het ook echt zal gebeuren moeten we afwachten.

*Lid Raad van Bestuur:* mijn slogan voor het nieuwe zorgstelsel is een nieuw elan, meer mogelijkheden. Een van de voordelen van het nieuwe zorgstelsel is de bekostigingsstructuur. Van outputfinanciering gaan we naar een prijs-prestatie financiering, het systeem van Diagnose Behandeling Combinaties<sup>1</sup>. Er wordt een inzichtelijke bedrijfsvoering verlangd, waardoor het gemakkelijker zal zijn om bedrijfseconomische risico's te berekenen. Kort door de bocht, het is dus niet meer zo dat een ziekenhuis in het begin van het jaar een zak geld binnen krijgt en het maar de vraag is wat daar aan het einde van het jaar van over is. Ik verwacht dat veel zaken hierdoor bespreekbaar en inzichtelijk zullen worden die dat voorheen niet waren. Hierdoor kan er efficiënter worden gewerkt. Het wel eens gestelde percentage van 30%, lijkt mij echter te hoog gegrepen. Het betekent dat je goed je best moet doen om je te profileren en dat is een stimulans in het werk. Ook door de marktwerking zie ik veel prikkels om te innoveren. Ondernemingslust gaat gestimuleerd en beloond worden.

*Fysiotherapeuten:* wij zien onszelf als ondernemers en we verwachten dat er met de komst van het nieuwe zorgstelsel veel meer mogelijk is. Er worden veel producten onderscheiden en we zien veel mogelijkheden om nieuwe producten te ontwikkelen. We zijn ook gemotiveerd om te innoveren. Bijvoorbeeld door samen te werken met verschillende disciplines (denk aan preventieve fysiotherapie en groepsfysiotherapie). Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij goede

verslaglegging en protocollering verwachten om de kwaliteit te kunnen toetsen. We vragen ons wel af of al die administratie daar daadwerkelijk toe leidt. De transparantie zal in ieder geval toenemen. Voor de zorgverzekeraar wordt het op deze manier veel inzichtelijk. De verwachting is dat er op een gegeven moment voorkeurspraktijken komen waar een hoger tarief mag worden gerekend. We ervaren dit als een prikkel om accuraat en hard te werken, maar het werkt ook benauwend.

#### Welke nadelen heeft het nieuwe zorgstelsel voor zorgverleners?

*Raad van Bestuur:* veel zaken zijn op dit moment nog niet te overzien. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat zorgverzekeraars patiëntenstromen gaan sturen. De importantie hiervan is echter nog niet bekend. En wat betekent het nieuwe zorgstelsel voor de relatie tussen ziekenhuis en specialist? Het zou wel eens zo kunnen zijn dat een ziekenhuis niet meer met zekerheid kan zeggen of er werk blijft voor zijn specialisten. Worden artsen dan vrij ondernemer of komen ze misschien gewoon in loondienst? En hoe zit het met buitenlandse aanbieders?

*Specialist:* zoals eerder gezegd, concurrentie kan leiden tot kwaliteitsverbetering. Het tegenovergestelde is echter ook mogelijk. Naar mijn mening zijn DBC's voor multidisciplinaire (en vaak complexe) patiëntenzorg dringend noodzakelijk. Denk bijvoorbeeld aan bekkenbodempromblematiek. Nu is er een multidisciplinaire benadering voor deze patiënten. Wanneer het niet mogelijk blijkt om daar een DBC voor te maken, loopt de financiering en daarmee de zorg vast. Een ander voorbeeld is endoscopische chirurgie. Deze wijze van opereren heeft veel voordelen voor een patiënt (boven een 'open' OK). Het kost alleen zowel meer tijd als meer geld. Er is dus geen financieel voordeel voor een ziekenhuis. De tijd zal moeten uitwijzen in hoeverre dit negatieve gevolgen heeft voor de kwaliteit. Ook dreigt het gevaar dat er te goedkope DBC's worden aangeboden. Wat gebeurt er als een ziekenhuis op een gegeven moment wordt gedwongen om de prijzen te verlagen (met het oog op de concurrentie), wat gaat dat betekenen voor de zorg? Het ziekenhuis heeft nu al krappe budgetten. Er wordt op dit moment bijvoorbeeld gesteggeld over het terugbrengen van het perso-

<sup>1</sup> Vanaf 2005 krijgt elk ziekenhuis geld voor de 'zorgproducten' die zij leveren aan patiënten. Deze zorgproducten bestaan uit zogeheten Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). Een DBC is een code die in het ziekenhuis wordt gebruikt om de diagnose en behandeling die bij de gezondheidsklacht hoort, vast te leggen. Dit nieuwe systeem van vastleggen is wettelijk verplicht.



neel in de nachtdienst op de verloskamers van drie naar twee verpleegkundigen. Mijn verwachting is dat de werkdruk verder zal toenemen. Dit zal ten koste gaan van directe patiëntenzorg, onderwijs en opleiding.

*Fysiotherapeuten:* vorig jaar hebben we een diskette ontvangen waarmee we de gemiddelde prijs voor een consult konden berekenen. De administratie van onze praktijk heeft alle gegevens ingevoerd en een gewenst tarief vastgesteld. Al snel bleek echter dat zorgverzekeraars een contract aanboden en dat er geen ruimte was om te onderhandelen. Er werd een voorstel gedaan, 'take it or leave it'. De tarieven zijn iets omhoog gegaan maar we zijn er niet echt tevreden mee. De tarieven zijn jaren lang 'vastgehouden' dus we hadden gehoopt dat we meer zouden stijgen.

*Huisarts:* er is gebrek aan aandacht voor zorgcoördinatie. In ons gezondheidscentrum werken meerdere disciplines, daarnaast maken we gebruik van bijvoorbeeld tolken, voorlichters en zorgconsulenten. Het nieuwe zorgstelsel is niet bepaald een stimulans om onze zorg goed op elkaar af te stemmen. Sterker nog, wanneer we tijd inruimen voor multidisciplinair overleg, lopen we inkomsten mis omdat we in die tijd geen consulten doen.

Huisartsen die winst maken, blijven dat vanaf 2006 doen. Huisartsen die dreigen erop achteruit te gaan, zullen meer productie gaan draaien. Die laten een patiënt dan eerder een keer te vaak komen. Of misschien laten ze iedereen die dat wil gewoon langskomen. Vooral nog lijkt dat niet direct ons probleem te worden maar wat als de subsidie naar beneden gaat? Inmiddels zijn we al zo lang geopend dat we niet kunnen verwachten dat meer patiënten zich zullen inschrijven in onze praktijk. Dat betekent dat ook wij extra consulten zullen moeten doen. Even snel gerekend, wanneer we 30.000 euro worden gekort (het begrote financiële voordeel) en we uitgaan van 200 werkdagen per jaar komt dat uit op zes tot zeven consulten extra per dag. Wanneer er zoveel patiënten extra komen neemt het belang van goede triage significant toe.

Dat brengt mij op het volgende punt van aandacht. Er is nu van alles gaande in de eerste lijn. Er komen organisaties in de eerste lijn die huisartspraktijken overnemen en die organiseren met een winst oogmerk. Winst ontstaat alleen wanneer er sprake is van hoge productie, dat wil zeggen dat er veel patiënten worden gezien op het spreekuur. Een hoge productie leidt echter tot óf veel verwijzingen óf kortere consulten

(met de kans op fouten). Het is dus zeer wel mogelijk dat de kwaliteit van de zorgverlening hierdoor afneemt en de kosten van de zorgverlening toenemen. Op dit moment zijn er geen instrumenten beschikbaar om deze ontwikkelingen te kunnen volgen. Zorgverzekeraars hebben als enige kwaliteitsindicator de hoeveelheid consulten. Er zijn geen meetinstrumenten ontwikkeld om de kwaliteit van een consult te meten.

#### Welke organisatorische consequenties heeft het nieuwe zorgstelsel?

*Lid Raad van Bestuur:* door het opheffen van de contracteerverplichting zijn zorgverzekeraars niet verplicht om afspraken met ziekenhuizen te maken. Op korte termijn zal er nog niet veel worden gewijzigd, maar wat er daarna gebeurt? Verder is het aantal administratieve handelingen dat het nieuwe systeem met zich meebrengt, enorm onderschat. Het Medisch Centrum Haaglanden heeft twee jaar geleden een projectorganisatie aangesteld om alles in goede banen te leiden. In totaal zijn er tien personen met allerlei achtergrond (van administratief tot arts) extra in dienst genomen. Deze projectorganisatie heeft de invoering van het nieuwe systeem voorbereid en de medewerkers gemotiveerd en geholpen om het nieuwe systeem te implementeren.

Mijn inschatting is verder dat de productie omhoog gaat omdat specialisten meer uren en verrichtingen zullen gaan maken.

*Voorzitter Cliëntenraad/ lid RPCP:* er zijn nog veel zaken onduidelijk die grote organisatorische consequenties met zich mee kunnen gaan brengen, bijvoorbeeld de no-claim. De no-claim moet een soort dremmel zijn waardoor je niet te snel naar het ziekenhuis gaat. Gaat een Parkinson patiënt met dure medicijnen minder medicijnen gebruiken door deze maatregel? En een chronische patiënt wil ook echt niet vaker naar de arts dan strikt noodzakelijk. En wat te denken van iemand die toch al eigenlijk nooit naar de dokter gaat, bijvoorbeeld een student. Is het nou echt zo dat die door deze no-claim helemaal niet meer gaat? Ik geloof daar niets van.

*Fysiotherapeuten:* het probleem is dat niet de professional, maar de zorgverzekeraar de spil is van de zorgverlening. Bijvoorbeeld de no-claim. Deze geldt alleen voor gemaakte kosten binnen de basisverzekering. Afgelopen periode zijn er echter ook door de zorgverzekeraars kosten voor de aanvullende verzekering doorberekend aan patiënten. Controle op dergelijke fouten is lastig en brengt veel extra werk met zich

mee. De zorgverzekeraar heeft door deze positie (te) veel macht.

Er zijn inderdaad nog steeds erg veel zaken onduidelijk die grote organisatorische consequenties kunnen hebben. Op dit moment worden fysiotherapeuten beoordeeld op basis van hun behandelingsgemiddelde, veertien keer per jaar is gemiddeld. Ondanks het feit dat we op dit moment nog slechts acht dagen zijn verwijderd van 2006, hebben we nog steeds niet van alle zorgverzekeraars een gewenst gemiddelde (prestatie-indicator) gekregen.

Volgende week heb ik de hele week vrij genomen om de administratie te doen. Kostte het bijhouden van de administratie voorheen ongeveer één uur in de week, op dit moment is dat ruim vier uur in de week. Deze tijdsbesteding gaat ten koste van de directe patiëntenzorg. Op dit moment wordt onze administratie bijgehouden door een fysiotherapeut die door omstandigheden niet in de directe patiëntenzorg kan werken. Zij besteedt hier tussen de vijftien en twintig uur per week aan. We balen flink van de vele wijzigingen in de procedure van administreren die de afgelopen periode hebben plaats gevonden. Eerst moest het op papier, toen met een diskette en nu moet de administratie via internet worden aangeleverd. Er zit veel tijd in het omgooien van de boel iedere keer!

*Specialist:* het is nog steeds onzeker of bepaalde ingrepen door de verzekering worden vergoed. Het kost alle artsen veel tijd om hierover met patiënten en zorgverzekeraars te bellen of brieven te schrijven. Het doel van de DBC's is om inzichtelijk te maken wat er (ook financieel) door medici wordt gedaan. Ik vind dit een legitiem doel. Er zijn echter wel heel veel personen met deze administratie bezig. In ons ziekenhuis is een projectorganisatie van tien personen extra in dienst genomen. En ook in onze maatschap van tien specialisten en twaalf assistenten was er het afgelopen jaar gemiddeld één gynaecoloog continu bezig met de sores rondom de DBC's.

Al die administratie werkt demotiverend maar een goede registratie is wel van groot belang. Daarom controleren elke dag twee of drie maten de administratie (duur ongeveer een half uur). Op dit moment is er geen mogelijkheid om de administratie door anderen te laten doen. Ten eerste is daar geen ruimte voor. Een tweede probleem is dat er nog veel discussie is over de DBC's. Er zitten behoorlijk wat haken en ogen aan veel DBC's, en het zijn er gewoon te veel. De kosten van het nieuwe stelsel voor ons ziekenhuis zullen waarschijnlijk ook hoog oplopen.

*Huisarts:* het wordt een ramp! We hadden eigenlijk al in oktober een verklaring van alle patiënten moeten regelen dat wij hun zorgverlener zijn. Deze bewijzen hadden we vervolgens moeten overleggen aan de zorgverzekeraars. Maar dat is niet gebeurd. Je kunt het vergelijken met de organisatie van de grieprik. Je maakt allemaal afspraken en dan komt de ene helft wel en de andere helft niet. We hebben besloten om het allemaal maar even af te wachten. En dat is maar goed ook. Want recent hebben de zorgverzekeraars namelijk bedacht dat ze de lijst met de stand van zaken van december gaan hanteren. Ze hebben ook gezegd dat ze pas in juni volgend jaar kunnen zeggen welke patiënt waar zit. Als mensen tot maart van verzekering mogen veranderen hoe kan je dan weten wie waar zit en waar alles naartoe moet? Dat wordt dus administratief een gigantische puinzooi.

**In hoeverre verwacht u dat, na invoering van de zorgwet, de solidariteit voldoende kan blijven gewaarborgd?**

*Voorzitter Cliëntenraad/ lid RPCP:* naar mijn mening brengt het nieuwe zorgstelsel veel risico's met zich mee waardoor mensen buiten de boot (kunnen) vallen. Ik maak me zorgen dat de implicaties van het beleid niet goed zijn doordacht op het ministerie. Veel mensen zijn gewend dat de verzekering wordt ingehouden van het salaris. Dat gaat heel anders worden, iedereen moet straks maandelijks zijn eigen verzekering betalen. De zorgverzekering wordt dus een individuele verantwoordelijkheid. Het is maar de vraag of iedereen die verantwoordelijkheid aankan. Zal de zorgtoeslag altijd gebruikt worden voor de premie? Sommige gemeenten hebben geregeld dat de verzekering alsnog wordt verrekend voor inwoners die in de bijstand zitten. Echter niet alle gemeenten doen dat. Ik vind het raar dat er niet is gekozen voor een uniforme oplossing.

*Fysiotherapeuten:* wij checken nu al, voorafgaand aan de behandeling, actief de wijze van verzekeren. Onverzekerden betalen vooraf en krijgen een reçu mee. Deze oplossing is uit nood geboren en zullen wij indien noodzakelijk continueren. Wij verwachten dat het probleem zal toenemen. Wij denken ook dat wie zich in mei onverhoopt nog niet heeft ingeschreven bij een verzekering niet meer zal worden toegelaten.

*Huisarts:* één op de drie inwoners van deze wijk heeft een schuld van 10.000 euro of meer. Tja hoe doe je dat zo meteen met onverzekerden? Eerlijk gezegd heb ik geen idee. Ik denk dat deze problematiek bij onze

receptie voor heel veel problemen zal zorgen. We hebben hier een pinautomaat, er wordt ook nu al wel door on(der)verzekerden rechtstreeks betaald. Eigenlijk zouden we een studiegroepje moeten instellen om naar andere oplossingen op zoek te gaan. Er zijn in deze wijk veel COPD- en diabetespatiënten waarvan je écht hoopt dat ze gebruik gaan maken van de aanvullende verzekering. Het kan een idee zijn om iets af te spreken met schuldhulpverlening. Helaas hebben we hier nog niet over nagedacht. We hebben nog maar net bedacht wat de stelselwijziging voor ons, voor het centrum, gaat betekenen. Zo ver zijn we nog niet.

*Lid Raad van Bestuur:* ik denk dat er door het nieuwe zorgstelsel wel eens honderdduizenden mensen meer onverzekerd zouden kunnen raken. Voor het probleem van de onverzekerden zijn er nu verschillende voorzieningen zoals bijvoorbeeld de Koppelingwet<sup>2</sup> en het fonds dubieuze debiteuren. Het fonds dubieuze debiteuren houdt over enige tijd op te bestaan. Er zou dan een waarborgfonds voor onverzekerden moeten komen. Het idee van het MCH is om een aparte afdeling te maken om deze groep te helpen. Daar vindt allereerst triage plaats, welke zorg is spoedeisend en welke zorg kan worden uitgesteld? Spoedeisende hulp vindt direct plaats. Bij de overige patiënten wordt geprobeerd of zij, alvorens er zorg wordt geleverd, niet alsnog kunnen worden verzekerd. Daarmee worden de patiënten extra geholpen en krijgt het ziekenhuis zijn kosten terug.

#### Resumerend

*Huisarts:* er zitten in het proces dat nu gaande is best een heleboel aardige dingen. Bijvoorbeeld over het uitschrijven van goedkope medicatie. Maar dat zijn details. In grote lijnen is het nieuwe zorgstelsel gewoon niet goed. Het is een wangedrocht. En niemand overziet de gevolgen, ook de minister niet. Hij vertelde bijvoorbeeld dat de prijs van een consult

wordt verlaagd wanneer aan het einde van 2006 blijkt dat artsen veel meer consulten hebben uitgevoerd. Dat is natuurlijk geen passende oplossing, volgens mij zullen er dan juist nóg meer consulten plaatsvinden.

*Lid Raad van Bestuur:* ik ben overwegend positief, door de nieuwe bekostigingsstructuur zal er efficiënter en klantgerichter worden gewerkt. Ook zie ik veel kansen voor ondernemende zorgverleners en ziekenhuizen. We moeten echter de macht van de zorgverzekeraars niet onderschatten.

*Voorzitter Cliëntenraad/ lid RPCP:* het maken van een afgewogen keuze voor een zorgverzekering is zo goed als onmogelijk. Ik verwacht dat de kwaliteit van zorg voor chronische patiënten en patiënten met een complexe zorgvraag erop achteruit zal gaan. Ook zullen we de machtsblokken in de zorg in de gaten moeten houden. Toch hoop ik dat uiteindelijk kan worden geconstateerd dat alle veranderingen een positieve impact hebben gehad op de gezondheidszorg.

*Specialist:* de voordelen wegen niet op tegen de nadelen die het nieuwe zorgstelsel met zich meebrengt. De patiënt met de smalle portemonnaie gaat er op achteruit; er is een enorme administratieve rompslomp; onderwijs en opleiding komen in het gedrang en het is nog maar de vraag in hoeverre de continuïteit van multidisciplinaire en/ of complexe zorg is gewaarborgd.

*Fysiotherapeuten:* wij zijn niet zonder meer negatief over het nieuwe zorgstelsel. De centrale positie van de verzekeraar verontrust ons, maar financieel vinden we het stelsel niet onredelijk en we zien veel kansen.

Komend jaar zal blijken in hoeverre de verwachtingen van de geïnterviewden zijn uitgekomen. Begin 2007 zult u hierover worden geïnformeerd in het Epidemiologisch Bulletin.

<sup>2</sup> De Koppelingwet legt een relatie tussen het verblijfsrecht van vreemdelingen en de voorzieningen die door de overheid worden verstrekt. Daartoe zijn het Vreemdelingen Administratie Systeem (VAS) van de vreemdelingendienst van de politie en de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) van de gemeente aan elkaar gekoppeld. Afhankelijk van de vorm van verblijfsrecht zijn sommige voorzieningen wel of niet beschikbaar. Iemand zonder verblijfsrecht (iemand die illegaal in Nederland verblijft) heeft bijvoorbeeld geen recht op voorzieningen die de overheid verstrekt, maar kan wel aanspraak maken op noodzakelijke medische hulp, onderwijs voor leerplichtigen en rechtsbijstand.

# Over leven met diabetes

L. van Hal

De chronische ziekte diabetes mellitus (type 2) komt in Nederland steeds meer voor, ook in Den Haag. De toename doet zich vooral voor onder Hindostanen, Turken en Marokkanen. Behandeling van diabetes verloopt uiteraard doelmatiger wanneer deze aansluit bij de leefwereld en het kennisniveau van de diabetespatiënten, en bij de betekenis die zij aan deze chronische ziekte geven. Maar juist het vinden van deze aansluiting is voor zorgverleners vaak lastig omdat ze niet volledig op de hoogte (kunnen) zijn van de sociale, culturele, psychologische en economische context waarin de diabetespatiënt leeft. Zeker als het gaat om de complexe leefsituatie van een migrant in een achterstandswijk. Dit artikel beschrijft de 'ziekteverhalen' van enkele diabetespatiënten uit de Haagse wijken Schilderswijk en Transvaal. Het haalt als het ware het leven met diabetes van deze patiënten dichterbij. Zo komen praktische punten aan het licht waarmee men bij de preventie rekening kan houden. Ook ontstaat beter zicht op de diversiteit aan kennis van medische zaken en leefregels, en op de verschillende manieren waarop deze vooral allochtone diabetespatiënten de ziekte ervaren en beleven. De uitkomsten zijn gebaseerd op een kleinschalig medisch-antropologisch onderzoek bij een selecte groep diabetespatiënten.

## Methode

Voor een studie naar de betekenis die ziekte voor patiënten heeft kan de holistische benadering van de medisch antropoloog waardevol zijn: met één voet in de medische wereld en één voet in 'het dagelijks leven', kan deze discipline een brug slaan tussen het ziektebeeld van arts en patiënt. In deze studie staat het ziekteverhaal van de diabetespatiënt centraal. Dit in navolging van de medisch antropoloog Kleinman die betoogde dat "*illness narratives edify us about how life problems are created, controlled, made meaningful*" (1). Volgens hem kunnen (ziekte)verhalen inzicht verschaffen doordat ze, net als ziekte, 'meerstemmig' zijn en vaak meer dan één betekenis onthullen (of verbergen). Deze betekenissen kunnen veranderen naar gelang de situatie van de ziek(t)e verandert. Dit kan leiden tot tegenstrijdigheden in iemands verhaal. Van

der Geest en Oderwald vinden dat juist deze tegenstrijdigheden het verhaal geloofwaardig en overtuigend maken omdat zij levensecht zijn (2). Ziekteverhalen zijn volgens Abma geen weergave van de werkelijkheid, maar kunnen gezien worden als een middel om greep te krijgen op die chaotische werkelijkheid (3). De voor het beschreven onderzoek gekozen kwalitatieve methode leidt daarmee niet tot generaliseerbare kennis, wel tot een beter begrip van bepaalde situaties.

Vanuit deze (medisch) antropologische zienswijze heeft de onderzoeker semi-gestructureerde gesprekken gevoerd met diabetespatiënten, over de volgende vraagstellingen:

- Wat weten diabetespatiënten van diabetes?
- Welke verklaringen (oorzaken) geven diabetespatiënten voor het ontstaan van diabetes?
- Hoe ervaren zij het hebben van diabetes?
- Welke veranderingen (voeding, bewegen, medicijngebruik) heeft diabetes in hun leven gebracht en hoe gaan zij daarmee om?

Van maart tot en met mei 2005 zijn semi-gestructureerde interviews gehouden met veertien diabetespatiënten (zeven Hindostanen, drie Marokkanen, twee Nederlanders, één Turk en één Ghanees). Allen wonen in de Schilderswijk en Transvaal, wijken met een laag gemiddeld inkomen per huishouden en veel allochtone bewoners. De onderzoekster is met het grootste deel van de informanten in contact gekomen door mee te lopen met het diabetesprekeuur van een diabetesverpleegkundige in gezondheidscentrum Vailantplein; met enkele anderen door participatie in wijkcentra. De samenstelling van de onderzoeksgroep naar etniciteit komt redelijk overeen met de herkomst van de patiëntenpopulatie van dit diabetesprekeuur. De onderzoeksgroep beperkt zich dus voornamelijk tot de multiculturele patiëntenpopulatie van deze diabetesverpleegkundige. Na uitleg over het onderzoek reageerden de meeste diabetespatiënten positief op het verzoek van de onderzoekster een keer thuis te mogen komen voor

Over de auteur:

Lineke van Hal, medisch antropoloog, ten tijde van het onderzoek laatstejaars student medische antropologie en sociologie aan de Universiteit van Amsterdam.

een gesprek. Leidraad voor de gesprekken vormde een vooraf opgestelde topiclijst waarbij de volgorde van de vragen verschilde per gesprek. De gesprekken verliepen zeer divers, afhankelijk van iemands taalniveau, de behoefte (over een bepaald onderwerp) te praten en de persoonlijke 'klik'. In de meeste gevallen spraken de mensen voldoende tot goed Nederlands, soms werd er getolkt door familie. De duur van de gesprekken varieerde van dertig minuten tot drie uur, de meeste duurden één tot anderhalf uur. Vrijwel alle gesprekken vonden in één sessie plaats. Tijdens de gesprekken maakte de onderzoekster aantekeningen, in enkele gevallen mocht het gesprek op band worden opgenomen. Dezelfde onderzoekster die de gesprekken voerde heeft de informatie aan de hand van (hoofd)thema's geanalyseerd en beschreven.

## Resultaten

### Kennis

Algemeen gesproken gaat men ervan uit - ook de Diabetes Vereniging Nederland doet dit - dat hoe meer (biomedische) kennis de patiënt heeft over diabetes, hoe beter hij of zij met de ziekte kan omgaan. Uit het onderzoek komt naar voren dat de veertien informanten weinig biomedische kennis hebben over diabetes. De heer O was zelfs niet bekend met het feit dat hij diabetes heeft.

Meneer O is 48 jaar, komt uit Ghana en woont sinds veertien jaar in Nederland. Op zijn werk spreekt hij Nederlands, maar tijdens de bezoeken aan de arts of de diabetesverpleegkundige wordt Engels gesproken: want als het over ziekte gaat wil hij alles goed kunnen begrijpen. Hoewel hij onder behandeling is bij de diabetesverpleegkundige, ziet hij zichzelf niet als diabetespatiënt. Dit komt doordat de huisarts niet tegen hem heeft gezegd dat hij medicijnen in verband met diabetes moet slikken. *"Stil I am not sure if I am having it [diabetes] or not. It was on and off. The other time it [the sugar] was high, the next time it is low. Not sure I have it. [...] The next time I will go and ask it."* Wanneer de interviewer vraagt of hij meer informatie wil, zegt hij *"Why not? If it is good to know, I will be happy for my self."*

Anderen kiezen er bewust voor niet teveel te weten. Ze zouden zich met deze kennis juist extra zorgen maken. *"Ik ga me dan alleen maar druk maken, waardoor mijn suiker nog hoger wordt"* is een veel gehoorde redenering.

De kennis over diabetes krijgt men van de huisarts of

de diabetesverpleegkundige of via familieleden en kennissen die ook diabetes hebben. De informatie van de arts of diabetesverpleegkundige wordt het meest vertrouwd. Een deel spreekt (met opzet) bijna niet met familieleden of kennissen over hun ziekte.

Mevrouw C is blij dat ze in het onderzoek anoniem blijft: *"Mensen roddelen snel. Ik praatte altijd veel met mijn buurvrouw. Ik kreeg steun van haar. Maar nu vertelt ze aan iedereen dat ik altijd ziek ben."* Tijdens een later gesprek zegt ze dan ook: *"Nee, ik praat met niemand over zoiets [diabetes]. Ik heb Christa [diabetesverpleegkundige]. [...] Als ik daar ben dan zeg ik wat. Dat is alles."*

De diabetespatiënten die slecht Nederlands spreken, geven aan dat zij de informatie van de huisarts of diabetesverpleegkundige vaak niet kunnen onthouden. Alle informanten kunnen over het belang van gezonde voeding en bewegen vertellen. Zij stellen diabetes vaak gelijk aan de leefregels die in hun ogen met de ziekte verbonden zijn.

Mevrouw C zegt: *"Diabetes is weinig eten."* Ook in Mevrouw H's ideeën over gezondheid spelen leefregels een grote rol: *"Ja, wat gezondheid is. Ja, net wat ik zeg, veel verse groente eten en lekker twee keer per dag fruit eten, veel wandelen, en als je nog kan lekker gymmen."*

Kennis over de consequenties van diabetes is in verschillende mate aanwezig. Problemen met nieren en ogen en amputaties van ledematen worden het meest genoemd. Deze kennis hebben ze voornamelijk uit verhalen van familie of kennissen die ook diabetes hebben.

*"Ik hoor van andere mensen, dat dit een gevaarlijke ziekte is"*, vertelt mevrouw C.

### Verklaringen/oorzaken

De meest gehoorde verklaring die de informanten voor diabetes geven, is *psychosociale stress*. De oorzaken van deze stress liggen onder meer in het zich zorgen maken over de kinderen, het leven als buitenlander in Nederland of het overlijden van familieleden. Zo komen de Marokkaanse meneer A en zijn vrouw tot de conclusie dat het voornamelijk buitenlanders zijn die in Nederland suikerziekte krijgen. Meneer A neemt aan dat dat komt doordat buitenlanders veel stress hebben en 'veel denken'. Hij vertelt dat door de stress zijn 'suiker' omhoog gaat. Hij probeert zelf steeds rustig te blijven en niet boos te worden. Net als meneer A, geeft meneer O uit Ghana aan dat stress van invloed is. Meneer U legt de verantwoordelijkheid

voor zijn gezondheid bij zijn vrouw: zij moet er voor zorgen dat hij niet boos wordt, aangezien deze emotie zijn suiker ongunstig beïnvloedt.

Voor de Hindostaanse diabetespatiënten vertellen dat ze zich veel zorgen maken over hun familie. Dit wordt door hen als een belangrijke oorzaak gezien van de hoge diabetesprevalentie onder Hindostanen.

Als tweede verklaring voor diabetes wordt leefstijl aangehaald. Hieronder vallen het eten van teveel suiker, te vet eten, niet regelmatig eten, overgewicht, het drinken van alcohol, roken en weinig bewegen. Mevrouw K neemt aan dat ze diabetes heeft gekregen door de bloedtransfusie na haar hersenbloeding. Ze plaatst daarmee de oorzaak van haar ziekte buiten zichzelf. Een andere genoemde verklaring die los lijkt te staan van de invloed van de diabetespatiënt, is het klimaat in Nederland. Meneer A vertelt:

*“In Marokko is het warm weer. Daar zweet je veel. De suikerziekte is dan beter dan in Nederland.”*

Ook ouderdom en erfelijkheid worden als verklaringen genoemd. Mevrouw M was de enige die zegt ‘geen idee’ te hebben waardoor ze diabetes heeft gekregen.

#### Leven met diabetes

Er blijken grote verschillen te bestaan in de wijze waarop diabetes wordt beleefd. Er is sprake van angst, berusting, moedeloosheid en optimisme. De meesten reageren geschrokken op de diagnose diabetes. Zo ook mevrouw G:

*“Ik was een beetje bang. Wat gaat er gebeuren? Ik mag veel dingen niet meer eten. Geen suiker, geen ijs. Nog meer mensen in de familie hebben het ook. Ze zeiden tegen mij: ‘Gaat niks gebeuren. Alleen diëten en alles gaat goed. Je moet niet te veel denken’. Die ziekte bestaat. Ik moet niet denken dat het niet goed is. Maar ik ga me toch zorgen maken. Ik maak me nog steeds zorgen.”*

De manier waarop de informanten hun ziekte beleven hangt op verschillende wijzen samen met de kennis van de ziekte. Informanten die op de hoogte zijn van de gevolgen van diabetes, nemen de ziekte vaak zwaarder op. Meneer M vertelt:

*“Het is een heel gevaarlijke ziekte. Het kan je verminderen, je nieren, van alles kan. Je hele leven en gezondheid kunnen in de war raken.”*

Meer kennis over hoe met diabetes om te gaan kan ook voor een meer optimistische houding zorgen. Dit was het geval bij meneer J:

*“Ik zit er niet mee hoor. Je kan er honderd jaar mee*

*worden. Het is geen levensbedreigende ziekte als je aan de regels houdt.”*

Mevrouw S daarentegen geeft aan weinig kennis van diabetes te hebben. Ze zegt niks van diabetes te begrijpen en wordt er moedeloos van:

*“Ik ben moe van die suiker. Soms dit, soms dat [...]”*

Bij meneer A leidt de onwetendheid juist tot een lachnische reactie:

*“Ik dacht ‘het [het hebben van diabetes] is niks’, en ik leefde net als mensen zonder suikerziekte. Totdat het zo slecht met me ging dat ik insuline moest gaan gebruiken.”*

Volgens de geïnterviewde diabetespatiënten maken positieve reacties het hebben van diabetes minder zwaar. Dit kan zowel een lage bloedsuikervaarde op de suikermeter zijn als een complimentje van de diabetesverpleegkundige. Mevrouw H vertelt lachend:

*“Maar zij [de diabetesverpleegkundige] was zeer tevreden over me. ‘Het gaat prima met je’, zegt ze. Dus ik ben nou wel weer gelukkig.”*

Op enkele uitzonderingen na voelen de meeste informanten zich over het algemeen gezond. Ze ervaren (nog) niet de aan diabetes gerelateerde complicaties maar hebben wel andere medische problemen, zoals hoge bloeddruk, longproblemen en problemen met bewegen (door last van gewrichten, botten en zenuwen). Tussen gezond en ziek zit een subjectief gebied, dat gevormd wordt door iemands beleving. Zo vertelt mevrouw N dat binnen de Marokkaanse cultuur dikke mensen mooi en gezond worden gevonden. Nu ze zo is afgevallen door de diabetesbehandeling, denken andere (Marokkaanse) mensen dat ze ziek is. Dat vindt ze niet prettig. Ook kan het gevoel van ‘gezond zijn’ op bepaalde momenten het ‘ziek zijn’ overstemmen. Bij enkelen overstemmen de gezondheidsproblemen. Zo ook bij mevrouw S:

*“Ik voel me niet gezond. Je hebt zelf gezien hoe ik loop, hoeveel pijn ik heb. Ik ben niet gezond.”*

Bij de hindoeïstische en islamitische mensen die zijn geïnterviewd, heeft hun religie invloed op de manier waarop ze met diabetes omgaan en hoe ze hun ziekte beleven. Diabetes heeft soms ook invloed op de uitoefening van hun religie.

Meneer M drukt het als volgt uit:

*“Je gaat naar de dokter, je moet van alles, maar God is de eerste persoon die alles zo laat lopen. Die moet je er ook bijhalen hè. [...] Je bidt tot God dat hij je gezondheid geeft, dat hij zieken beter maakt. [...] Na het gebed voel ik dat ik iets gedaan heb. Je praat met God*

en hij hoort je.”

Mevrouw G vraagt in haar gebed niet om genezing:

*“Ik vraag niet of ik beter kan worden. Wat je gepland hebt, kun je oogsten. Je moet het doen met wat je gedaan hebt. Als je kousenband gezaaid hebt, kun je geen bonen oogsten.”*

Diabetes en ramadan lijken lastig te combineren. Alle islamitische informanten doen echter wel aan de ramadan mee. Meneer A zegt dat alles goed gaat met suikerziekte en medicijnen tijdens deze periode. Maar meneer U vindt suikerziekte en ramadan moeilijk te combineren. Hij is voor raad naar zijn huisarts en naar zijn imam geweest. Zijn imam heeft ook suikerziekte. Meneer U vertelt dat als je niet vast, je dan geld moet geven aan andere mensen. Hij heeft uiteindelijk besloten om tijdens de ramadan twee of drie dagen per week te vasten.

## Veranderingen

### Voeding en beweging

De geïnterviewden zien diabetes voornamelijk in het licht van geboden en verboden: weinig eten, gezond eten, met regelmaat eten, bewegen en niet te zwaar worden. Allen noemen de voedingsregels de grootste verandering.

Mevrouw T, een Hindostaanse vrouw, vindt deze veranderingen moeilijk en vooral frustrerend wanneer resultaat uitblijft:

*“Dieet, zeggen ze. Ik weet het, maar het werkt niet. Hele komkommer heb ik daar [ze wijst naar de tafel], maar de suiker gaat niet zakken. Je weet, Surinaamse mensen koken heel lekker. Als je eet, suiker is hoog geworden. Moeilijk is het [...] Als ik kook moet ik niet veel zout eten. Dat zijn dingen die je niet moet eten: zout, als je dat eet gaat je suiker omhoog. Olie, vette dingen, eet ik niet zoveel. In Suriname moeten mensen hard werken voor hun geld. Veel zweten is goed [voor de suiker]. Hier in Nederland alleen gymmen [...]”*

En mevrouw G zegt:

*“Ik heb 12 jaar lang geen suiker in m'n thee gedaan, maar ik ben er geen kilo door afgevallen”.*

Maar de meesten lijken de voedingsadviezen in eerste instantie niet te lastig te vinden, volgens hen mag alles gegeten worden, zolang het maar met mate gebeurt. Mevrouw H vertelt:

*“Dat zei zij [de diabetesverpleegkundige] tegen me: ‘Mag gerust hoor, eens in de week. Je hebt wel eens trek in zoetigheid, maar dan moet je een moorkop nemen. Daar zitten de minste calorieën in.’ Ja. Dus dat neem ik dan wel eens.”*

De voedingsadviezen leiden ook tot praktische problemen. Soms durft men niet bij anderen te eten; bang om verkeerde dingen aangeboden te krijgen. Men eet dan alleen thuis of bij bepaalde familieleden.

Mevrouw G lost het op door zelf wel eens wat mee te nemen:

*“Als ik bij mensen op bezoek ga, is het moeilijk om te eten of te drinken. Soms heb ik iets bij me. Zo niet, dan neem ik even een klein beetje eten [...]”*

En mevrouw H blijft er laconiek onder:

*“Ze bieden me nooit veel aan, want ze weten automatisch dat ik suikerpatiënt ben”.*

Geen van de informanten gaat naar een diëtiste.

Mevrouw B doet dit bewust niet omdat daar elke keer wordt teruggekomen op voeding en van haar wordt verwacht dat ze zich aan de voedingsadviezen gehouden heeft. Dat vindt ze moeilijk. Anderen geven aan dat ze voldoende informatie krijgen van diabetesverpleegkundige ‘Christa’ en daarom geen diëtiste nodig hebben. Sommige diabetespatiënten hebben zelf uitgesproken ideeën wat goed is: meneer K eet alleen half rijpe bananen, omdat de rijpe bananen te zoet zijn en mevrouw G drinkt veel warm water, omdat dit er voor zou zorgen dat ‘je vet smelt’.

Allen zijn op de hoogte van het belang van bewegen, maar geven er een minder hoge prioriteit aan dan aan goede voeding. De meest toegepaste bewegingsvorm is wandelen. Ongeveer de helft gymt of doet aan aerobic in een wijkcentrum.

### Medicijngebruik

Vrijwel alle respondenten gebruiken medicijnen. Het gebruiken van medicijnen wordt gezien als een teken dat je suikerziekte hebt. Wanneer men geen tabletten (meer) hoeft te slikken gaat men er vaak van uit dat de suikerziekte over is. Ook wordt insulinegebruik in verband gebracht met een zwaardere vorm van suikerziekte.

Het gebruik van medicijnen levert vaak praktische bezwaren op. Zo klaagt men over moeheid als gevolg van de tabletten die men slikt of de insuline die men spuit. Het gebeurt ook dat mensen vergeten hun medicijnen in te nemen. Vooral bij het gebruik van insuline levert dat problemen op. Velen moeten ook wennen aan het spuiten. Mevrouw G zei:

*“Nu vind ik het niet meer moeilijk, ik ben er aan gewend. Vroeger vond ik het eng. Nu weet ik de goede plaatsen om te spuiten. Soms doet het wel pijn, dan moet ik heel lang blijven wrijven [wrijft met haar hand over haar bovenbeen].”*

Meneer J vertelt dat het in de zomer, in de auto, vaak lastig is om insuline te bewaren.

*“Daar wordt het wel 30 tot 40 graden. Zou het nog wel goed zijn?”* vraagt hij zich dan af. *“Dan sla ik liever een keer over en neem ik een pilletje.”*

Meneer A leunt sterk op het advies van zijn dokter. Het vertrouwen in de kennis en kunde van zorgverleners is over het algemeen hoog. Zo zegt meneer O:

*“The only person I will trust is the ‘huisarts’. When I go to the ‘huisarts’ and he gives me some medicine to drink, I have to take it because I believe him [...]”*

Meneer M bepaalt zijn bloedsuikerspiegel niet zelf. Hij heeft geen bloedsuikermeter. Aan de ene kant zou hij het wel willen, aan de andere kant legt hij de verantwoordelijkheid liever bij de zorgverlener neer: *“Als ik hem laat kijken is het beter”* Het streng opvolgen van de adviezen van zorgverleners hangt mogelijk samen met de geringe biomedische kennis die veel diabetespatiënten over hun ziekte hebben. Mevrouw B controleert daarentegen zelf haar bloedsuikerspiegel. *“Ik ben nou eigen dokter”*, zegt ze. Ze verklaart dat ze eigenlijk drie keer per dag moet prikken, maar dat ze daar niet elke dag zin in heeft. Als ze zich niet lekker voelt prikt ze wel. Ze voelt zelf aan wanneer haar bloedsuiker omhoog of omlaag is gegaan.

### Bespreking

De voornamelijk allochtone onderzoeksgroep bezat weinig tot geen kennis over de biomedische oorzaken en het verloop van de chronische ziekte diabetes. Soms wilden ze het ook niet te veel weten, omdat ze zich dan maar zorgen zouden maken. Hun redenering was dat dan hun bloedsuikerspiegel alleen nog maar meer zou stijgen. Respondenten die meer kennis over de gevolgen van diabetes hadden, vatten het hebben van diabetes zwaarder op.

Volgens Parthasarathy leidt een toename in biomedische kennis tot een toename in empowerment van de patiënt (5). Maar kan het bewust ontwijken van bepaalde, te confronterende kennis, niet ook een vorm van empowerment zijn? Het onderscheid dat Garro maakt in kennis over oorzaken en gevolgen van diabetes, en kennis over leefregels helpt daarbij (6). De kennis die vaak ontweken wordt, is de kennis over oorzaken en gevolgen. Dit gebeurt niet alleen omdat mensen het niet willen weten, maar ook omdat deze kennis - door taalproblemen of door het ontbreken over kennis van het lichaam - vaak moeilijk te begrijpen is. Bovendien geeft deze theoretische kennis geen praktische handvatten voor het dagelijks leven met

diabetes. Praktische kennis over leefregels geeft die wel. De geïnterviewde diabetespatiënten bezaten deze praktische kennis meestal wel. Mensen die aangaven dat ze voldoende informatie hadden, waren over het algemeen diegenen die in het dagelijks leven goed met hun diabetes uit de voeten konden. Een deel van de onderzoeksgroep gaf aan meer kennis over diabetes te willen hebben, maar daarbij ging het vooral om kennis die hen hielp om met ‘diabetes te leven’.

De geïnterviewde diabetespatiënten hanteerden vaak verschillende ziekteverklaringen naast elkaar. Naast leefstijl en genetische factoren noemden de allochtone patiënten het meest sociaal-emotionele problemen, die zich uiten in ‘veel denken’ en stress. De meeste diabetespatiënten legden de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid niet bij zichzelf. Opvattingen over voeding en beweging kwamen voor een groot deel voort uit de informatie die arts of diabetesverpleegkundige gegeven hadden. Het grote vertrouwen in de kennis en de kunde van deze zorgverleners leek voort te komen uit de geringe (theoretische) kennis die de respondenten zelf hebben over diabetes. De ideeën van zorgverleners werkten sterk door in het dagelijks leven van de diabetespatiënten, ook als deze leefregels lastig zijn na te leven.

Veel diabetespatiënten reageerden angstig op de diagnose diabetes. Daar staat tegenover dat velen in de loop van hun verhaal aangaven ‘gewend’ te zijn aan het leven met diabetes, ondanks het moeten slikken van medicijnen, het moeten veranderen van voedingsgewoonten en de noodzaak meer te bewegen. Mogelijk zijn de ziekteverhalen geen weergave van de werkelijkheid, maar kunnen ze worden gezien als een middel om greep te krijgen op de werkelijkheid (3). Door een verhaal te vertellen waarin doorschemert dat het lastig is om diabetes te hebben, en tegelijk te laten merken dan je inmiddels aan dit leven gewend bent, kun je meer grip krijgen op je leven met diabetes.

### Enkele lessen die getrokken kunnen worden:

- Deze diabetespatiënten beschikten meestal over weinig biomedische kennis. Voor een goede communicatie tussen zorgverlener en diabetespatiënt dient de *kennisoverdracht* afgestemd te zijn op de behoefte en het kennisniveau van de patiënt. Daarbij moet het belang van kennis over het ontstaan en de gevolgen van diabetes niet uit het oog worden verloren.
- Deze diabetespatiënten gaven veel *verklaringen* voor het ontstaan van diabetes. De verklaringen kwamen niet altijd overeen met de verklaringen



van de zorgverlener, men legde de verklaring ook dikwijls buiten zichzelf. Om de ziektebeleving van de diabetespatiënt beter te kunnen begrijpen is het van belang oog te houden voor deze veelvoud aan en complexiteit van de verklaringen die de patiënten zelf hebben.

- Voedings-, bewegings- en medicijnvoorschriften botsten soms met de leefomstandigheden en opvattingen van de diabetespatiënt. Voor een goede therapietrouw is het belangrijk om als zorgverlener op de hoogte te zijn van deze leefomstandigheden en opvattingen.
- De verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de diabetespatiënt werd regelmatig bij familieleden gelegd. Het lijkt zinvol om de familieleden, voor zover dat nog niet gebeurt, bij de behandeling te betrekken.
- Er werd vaak veel waarde gehecht aan de *uitspraken* van zorgverleners. Uitspraken kunnen te letterlijk genomen worden, of onrust veroorzaken. Het is daarom goed om zich bewust te zijn van de impact die uitspraken op diabetespatiënten kunnen hebben.

#### Literatuur:

1. Kleinman A. The Illness narratives: Suffering, healing and the human condition. Basic Books, Inc. 1988.
2. Geest S van der en A Oderwald. Weg van de gehuurde gezinnen, dichter bij ziekte. Medische antropologie en literaire verbeelding. Medische antropologie 2000; 12 nr 1: 103-115.
3. Abma T. Ziekteverhalen van TB patiënten. Omgaan met de broosheid van het bestaan. Medische Antropologie 2004; 16 nr. 2: 291-310.
4. Website Diabetesfonds: [www.diabetesfonds.nl](http://www.diabetesfonds.nl) (geraadpleegd op 18-02-2005).
5. Parthasarathy S. Knowledge Is Power: Genetic Testing for Breast Cancer and Patient Activism in the United States and Britain. In: T. Pinch & N. Oudshoorn (eds), How Users Matter: The Co-Construction of Users and Technology. Cambridge: MIT Press: 133-50.
6. Garro LC. Explaining High Blood Pressure: Variation in Knowledge about Illness. American Ethnologist 1988; 15 nr, 1: 98-9.

# Suïcidaal gedrag onder Hindostanen

## Werkbezoek aan Nickerie in Suriname

*Beatriz Cueva*

Zowel in Den Haag als in het district Nickerie in Suriname zijn de verontrustende cijfers over het hoge voorkomen van suïcidaal gedrag onder Hindostanen aanleiding geweest tot het initiëren van verschillende preventieve activiteiten. In Nickerie is de niet-gouvernementele organisatie 'Welzijnsinstituut Nickerie' (NGO WiN) onder leiding van klinisch psycholoog/psychoanalist Tobi Graafsma, verantwoordelijk voor het 'Suicide Prevention Program'. En in Den Haag richt in bijzonder het project 'Aan de grenzen', zich op preventie van suïcidaal gedrag onder allochtone jongeren (1)(2).

Op uitnodiging van Tobi Graafsma bracht een team van 'Aan de grenzen' in oktober 2005 een werkbezoek aan Nickerie. In het district Nickerie liggen immers de wortels van veel Hindostaanse gezinnen in Den Haag. Doel van het bezoek was om ervaringen en expertise uit te wisselen en de mogelijkheden voor een gezamenlijke aanpak te bekijken. De uitwisseling vond plaats in het kader van de samenwerkingsovereenkomst tussen de gemeente Den Haag en de Republiek Suriname.

De Surinaamse media hebben aan het bezoek van de Haagse delegatie aan Nickerie veel aandacht besteed. Dit lijkt te hebben bijgedragen aan de openheid waarmee de delegatie te woord werd gestaan. De vele gesprekken met vertegenwoordigers van de overheid, ziekenhuisartsen, leerkrachten, buurthuiswerkers, politieagenten, ouders en jongeren leverden veel informatie op over de achtergronden en de leefsituatie van de gezinnen en jongeren in Nickerie.

### Incidentiecijfers van suïcidaal gedrag

Zowel onder de Surinamers in Den Haag als in het district Nickerie komen relatief veel parasuïcides voor. In Den Haag betreft het vooral de Surinaamse meisjes en jonge vrouwen. In artikelen in eerdere bulletins zijn over de periode 1987-1993 en 2002-2003 Haagse cijfers van parasuïcide gepubliceerd (3)(4). In 1987-1993 registreerden ambulante en klinische instellingen in Den Haag per jaar op de duizend 15-19-jarige en 20-24-jarige Surinaamse vrouwen zes à zeven gebeurtenissen van parasuïcide; in 2002-2003 waren dit er vier à vijf. In vergelijking tot hun autochtone vrouwelijke leeftijdsgenoten lagen deze cijfers twee tot drie keer hoger en ten minste drie keer hoger dan bij hun Surinaamse mannelijke leeftijdsgenoten. Inname van medicijnen was het meest gekozen middel. De oorzaken werden gerelateerd aan de mogelijk beperkte keuze- en bewegingsvrijheid van vooral Hindostaans-Surinaamse meisjes en hun minder open communicatie met en stimulering van hun ouders (5). Gedurende de jaren 2002-2004 registreerde het streekziekenhuis in het Nickerie-district twee tot drie

gebeurtenissen van parasuïcide per duizend 15-plussers per jaar (circa 80 gevallen per jaar) (6). Over 2004 zijn absolute aantallen parasuïcides geteld naar leeftijd, geslacht en etniciteit. Het overgrote deel (ruim 80%) bleek van Hindostaanse afkomst. In tegenstelling tot de Haagse cijfers was de man-vrouw verhouding in Nickerie vrijwel gelijk. Net als in Den Haag deden zich de meeste gevallen (40%) onder de 16-25-jarigen voor<sup>1</sup> (11% < 16 jaar; 20% 26-35 jaar; 19% 36-45 jaar). Boven de 45 jaar is parasuïcide in Nickerie een zeldzaamheid. In de meeste gevallen (80%) deden de betrokkenen een poging zichzelf te vergiften. Bijna de helft nam een pesticide in, waarbij vaak het middel Gramoxone<sup>2</sup> werd gekozen. Medicijnen werden veel minder gebruikt.

In 2004 pleegden twintig mensen in Nickerie suïcide. Dit waren in hoofdzaak mannen en Hindostanen. De meest gekozen methoden van suïcide waren pesticidevergiftiging en ophanging. In Den Haag kwam suïcide onder mannen ook meer voor dan onder vrouwen (7). De Haagse mannen kozen vooral voor ophanging of verstikking als methode voor suïcide.

Over de auteur:

Mevr. B. Cueva van der Beek is cultureel antropoloog en projectleidster project 'Aan de grenzen', Bureau Public Health, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, Den Haag.

<sup>1</sup> Hierbij is geen onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen.

<sup>2</sup> Een giftig onkruidverdelger.

De hoge (para)suïcidecijfers zijn van oudsher een serieus mentaal gezondheidsprobleem in Suriname en in de kleine gemeenschap van Nickerie (8).

Nickerie is een district van 5000 km<sup>2</sup>, grenzend aan Brits-Guyana. Het ligt 250 kilometer ten westen van de Surinaamse hoofdstad Paramaribo. De belangrijkste inkomstenbron is de landbouw, in het bijzonder het verbouwen van rijst, Nickerie was voorheen een welvarend rijstdistrict. Er is weinig werkgelegenheid in de landbouw door de mechanisatie van de rijstteelt, het grootgrondbezit en het feit dat de Surinaamse rijst op de binnenlandse markt niet kan concurreren met geïmporteerde rijst. Er is geen industrie en nauwelijks handel. In het district wonen 38.000 inwoners waarvan 70% met een Hindostaanse etnische afkomst. Ongeveer 40% van de bevolking woont in de stad Nieuw Nickerie die daarmee, na Paramaribo, de tweede stad van Suriname is. Vanuit Nieuw Nickerie zijn de polders via deels verharde wegen bereikbaar.

#### Mogelijke oorzaken

De oorzaken van het hoge aantal (para)suïcides in Nickerie worden gezocht in de slechte economische situatie en het gebrek aan perspectief aldaar, de armoede onder het grootste deel van de bevolking, vertrek van kansrijke jongeren naar Paramaribo, hoog alcoholmisbruik, huiselijke geweld en de rigiditeit binnen de Hindostaanse cultuur rond familiewaarden. In dit verband zijn de vaste rollen van mannen en vrouwen van betekenis evenals de gearrangeerde huwelijken met bruidsschatten, het hoge risico van problemen met schoonfamilie, hoge verwachtingen aan mannen om voor inkomen te zorgen, bescherming van de 'extended-family' en de onmogelijkheid om te scheiden (6). Deze culturele aspecten beperken de individuele keuzemogelijkheden. Verder kijken veel jongeren in Nickerie - vaak uit verveling - naar soaps en Bollywood films op de televisie, waarin bij persoonlijke problemen regelmatig (para)suïcide wordt gepleegd. Ten slotte is de gemakkelijke toegang tot pesticide genoemd als risicovolle situatie.

Uit de gesprekken die 'Aan de grenzen' heeft gevoerd kwamen parallellen naar voren tussen de situatie van Hindostaanse gezinnen in Nickerie en Den Haag. Ondanks of juist dankzij de migratie naar Nederland blijken veel Hindostanen in Den Haag sterk te hechten aan behoud van hun culturele waarden. Zowel in

Den Haag als in Nickerie worstelen vele gezinnen met de opvoeding van hun kinderen, en is de communicatie tussen ouders en kinderen slecht. Ook de negatieve invloed van de sociale controle en roddel op de gezinsleden en de jongeren komt overeen. Met als gevolg dat jongeren en met name jonge vrouwen in hun vrijheid worden beperkt (5).

#### Zorg, registratie en preventie

In Nickerie is geen (ambulante) GGZ, maatschappelijk werk of jeugdhulpverlening. Alleen houdt een psychiater uit Paramaribo eens in de twee weken vier uur spreekuur. De hulp beperkt zich vrijwel tot het voorschrijven van medicijnen. Het ontbreken van hulp is een groot verschil met de situatie in Den Haag. Voor het bieden van curatieve en preventieve psychosociale zorg is de NGO WiN met gebruikmaking van Nederlandse deskundigheid, gestart met een counselorsopleiding. Inmiddels is de eerste lichte van twintig counselors afgestudeerd. De bevoegdheid onder hen is groot. De counselors zijn werkzaam als politieagent, pandita of leerkracht. Hun etnische herkomst is divers, wat ook een vereiste is, omdat veel jongeren het liefst over hun problemen spreken met niet-Hindostanen, in verband met geheimhouding en de angst voor roddel.

In Den Haag worden op scholen gespreksgroepen voor allochtone jongeren georganiseerd om de jongeren te leren hoe ze hun problemen beter op kunnen lossen en op tijd steun kunnen zoeken. In Den Haag worden ook dialogen met jongeren en ouders uit diverse allochtone gemeenschappen georganiseerd. In buurthuizen, tempels en bij migrantenorganisaties wordt gepraat over de achtergronden van suïcideopgingen van jongeren. In Nickerie is men geïnteresseerd in deze aanpak, die is gericht op het stimuleren van een betere communicatie tussen ouders en kinderen. Recent is in Nickerie een opvoedspreekuur voor moeders gestart.

In Nickerie zijn drie buurtcentra. Het aanbod is voornog minimaal. Er bestaan mogelijkheden om in de naaste toekomst via de buurtcentra meer welzijnsactiviteiten op te zetten die de verveling van de jongeren kunnen verminderen en de eenzaamheid doorbreken. Er is gesproken over de betekenis van religie en de rol van de pandits (hindoegeestelijken) in Nickerie ter voorkoming van suïcidaal gedrag en het doorbreken van taboes. Uit gesprekken met jongeren bleek echter dat zij hun problemen vooral anoniem willen bespreken met een betrouwbaar persoon via een speciale telefoonlijn of via internet. De NGO WiN heeft plan-

nen om zo'n crisislijn te starten. In Den Haag is door het stedelijk maatschappelijk werk van de welzijnsinstelling Centrum recent een 24-uurslijn gestart voor jongeren en hun directe omgeving ter voorkoming van (para)suïcide. De Haagse ervaringen van de 24-uurslijn kunnen in Nickerie van nut zijn.

In nauwe samenwerking met het streekziekenhuis in Nickerie registreert de NGO WiN nauwkeurig de achtergronden en gevallen van (para)suïcides. Deze registratie staat onder begeleiding van professor dr. Kerkhof van de Vrije Universiteit in Amsterdam. Verder is het in Nickerie gebruikelijk 'psychologische autopsie' uit te voeren bij familieleden van degene die een poging heeft gedaan. Mogelijk is deze techniek in Den Haag bruikbaar om de achtergronden van de (para)suïcides verder te achterhalen en bij te dragen aan de verwerking van de gebeurtenis.

Tijdens het bezoek aan het streekziekenhuis werden de Nederlandse delegatie de fatale gevolgen van het gebruik van Gramoxoon duidelijk: een giftige pesticide die door het afsterven van de longen bijna altijd tot de dood leidt. Dit proces kan soms twee weken duren. Een periode waarin de pleger vaak spijt heeft gekregen van zijn impulsieve daad. De NGO WiN heeft zich de laatste jaren samen met het ministerie van landbouw met succes ingezet voor wettelijke maatregelen om het misbruik van pesticiden te beperken. Over de risicovolle gevolgen van gebruik van pesticiden wordt inmiddels op scholen voorlichting gegeven. Ook wordt de boeren geadviseerd de toegang tot pesticide op de erven te bemoeilijken. Binnenkort start met dezelfde boodschap ook een radio-campagne. Hindostanen luisteren graag naar de radio. In Suriname krijgen zelfmoordberichten vaak op een sensationele manier aandacht in de media. De NGO WiN heeft daarom met de lokale pers afspraken gemaakt over de wijze van berichtgeving om het 'besmettingsgevaar' te beperken.

#### Tot slot

Het was voor de delegatie bijzonder leerzaam en inspirerend om de wortels van het sociale en culturele leven van vele Hindostanen in Den Haag te leren kennen. Het heeft geleid tot nieuwe inzichten en vervolginiciatieven. De opvallendste parallellen bleken de opvoedingsproblemen, de gebrekkige communicatie in gezinnen, de angst voor roddel en de invloed van sociale controle.

Met dit bezoek aan Nickerie zijn ideeën, ervaringen en methodieken uitgewisseld voor het organiseren van

dialogen en gespreksgroepen en het opzetten van buurthuisactiviteiten. In de aanpak kunnen de projecten in Nickerie en Den Haag veel van elkaar leren. De NGO WiN heeft tot nu toe op het gebied van welzijn en zorg in Nickerie heel veel bereikt en geniet een groot vertrouwen onder de bevolking en de lokale overheid. Er is echter nog veel te doen en middelen en faciliteiten schieten daarvoor te kort. Dus worden samenwerkingsmogelijkheden onderzocht op de terreinen welzijnswork, hulpverlening, dialogen en opbouwwerk, ook in samenwerking met andere partners in Den Haag.

#### Literatuur:

1. Krikke H, Nijhuis HGJ, Wesenbeek R (red.). Aan de grenzen: suïcidaal gedrag onder allochtone meisjes en jonge vrouwen. Diens Onderwijs, Cultuur en Welzijn, Bureau Public Health. Reeks Maatschappelijke Gezondheidszorg Den Haag nr 1. Amrit 2000.
2. Ferber M. Preventie van suïcidaal gedrag en automutilatie bij allochtone jongeren: project 'Aan de grenzen' enkele nieuwe initiatieven. *Epidemiol Bul Grav* 2005; 40 nr. 2: 22-5.
3. Schudel WJ, Struben HWA, Vroom-Jongerden JM. Suïcidaal gedrag en etnisch-culturele afkomst, Den Haag 1987-1993. *Epidemiol Bul Grav* 1998; 33 nr 4: 7-13.
4. Burger I, AM van Hemert, CA Bindraban, WJ Schudel. Parasuïcides in Den Haag: meldingen in de jaren 2000-2004. *Epidemiol Bul Grav* 2005; 40 nr. 4: 2-8.
5. Salverda E. Laat me los, hou me vast: verslag van een kwalitatief onderzoek naar het psychisch welbevinden van dertig Haagse meisjes van Hindostaanse afkomst. Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, GGD, afdeling Epidemiologie. Den Haag, maart 2004.
6. Graafsma T, Kerkhof A, Gibson D, e.a., 'High rates of suicide and attempted suicide using pesticides in Nickerie, Suriname, South America. Aangeboden aan tijdschrift Crisis, augustus 2005.
7. Schudel WJ. Suïcides in Den Haag, vijftien jaar gevolgd: 1987-2001. *Epidemiol Bul Grav* 2004; 39 nr 2: 3-8.
8. Vries RRP de, Sitalsing AD, Schipperheyn JJ en Sedney MI. Clinical aspects of acetic acid poisoning. *Ned Tijdschr Geneesk* 1977; 121 nr 21: 862-6.
9. Krantenartikelen 'Nickerie: Suicide City', Parool 31 juli 2004 en 'De dood is zeer geliefd in Nickerie' Algemeen Dagblad, 14 mei 2005.

# Thuisdokter blijft...

*C.M.J. Kraetzer*

Ongeveer tien jaar geleden werd duidelijk dat er een groeiend probleem bestond in het Haagse stadsdeel Centrum. De wachtkamers van huisartsen waren overvol -veelal met mensen van allochtone afkomst-, patiënten klaagden over de geringe hoeveelheid tijd die de huisarts voor hen had, en bleven terugkomen met steeds dezelfde klachten. Huisarts en patiënten begrepen elkaar niet als gevolg van taalproblemen en culturele verschillen. De huisartsen, die al te maken hadden met een hoge werkdruk door het huisartsentekort in achterstandswijken, zagen die werkdruk nog verder stijgen. Om dit patroon te doorbreken nam een aantal huisartsen, organisaties en instanties het initiatief om

patiënten beter te informeren en huisartsen te ontlasten. Dit leidde in 1996 tot de pilot van het project De Thuisdokter. Over de beginfase van dit project is verslag gedaan in het Epidemiologisch Bulletin in 2002 (1). Van 2003 tot 2006 is het project ingrijpend uitgebreid, de doelstelling bleef hetzelfde. In onderstaand artikel worden de verworvenheden van het project beschreven.

## De doelstelling

Hoofddoel van De Thuisdokter is het vergroten van de autonomie van bewoners van zgn. achterstandswijken in den Haag ten aanzien van veelvoorkomende



Illustratie bij het onderwerp Stress uit het boekje 'Tips voor de Thuisdokter'

Over de auteur:  
C.M.J. Kraetzer is GVO functionaris en projectleider Thuisdokter.

alledaagse gezondheidsklachten, die men zelf kan oplossen of die vanzelf overgaan. Het neveneffect is het verlagen van de werkdruk van voornamelijk huisartsen.

#### Methodieken en producten

Het unieke van De Thuisdokter zit in de combinatie van samenwerkingspartners, methodieken en doelgroepen. Dankzij het samenwerken van verschillende partners en het inzetten van diverse methodieken wordt de werkbelasting verdeeld en het rendement verhoogd. De Thuisdokter is een samenwerkingsproject van o.a. GGD, JGZ 0-4, huisartsen, STIOM, apothekers, het welzijnswerk, de bibliotheek, ETV (Educatieve TV), volwasseneneducatie en wijkbewoners. Ook een illustrator, poppenspeler, regisseur en muzikanten hebben hun steentje bijgedragen. Tijdens het project werden de volgende methodieken en producten ontwikkeld: een boekje met tips, interactieve voorlichting, een poppen- en een wijktheatervoorstelling, een ETV-serie, lesmateriaal en een website.

#### Het boekje Tips voor de Thuisdokter

Een van de middelen in de pilotfase was een boekje met informatie over veelvoorkomende kwalen getiteld Tips voor de Thuisdokter. Het boekje Tips voor de Thuisdokter was gemaakt in navolging van een waaier uit Zaltbommel naar een idee van huisarts P. van Dijk. De gedachte achter het boekje was dat veel mensen naar de dokter gaan uit onzekerheid. Ze hebben een klacht en gaan ter geruststelling naar de huisarts. Het boekje bevat informatie over alledaagse kwalen, tips wat men er zelf aan kan doen en advies wanneer men al dan niet naar de huisarts moet: een soort naslagwerk voor de patiënten. De betrokken huisartsen deelden de boekjes uit. Het gebruik van het boekje is door de Vrije Universiteit van Amsterdam met huisartsen en patiënten geëvalueerd in een promotieonderzoek (2). De belangrijkste conclusies van dit onderzoek waren dat uitdelen van het boekje tot gevolg had dat patiënten minder vaak op het spreekuur van de huisarts verschenen en vaker zelf oplossingen wisten te vinden voor een aantal kwalen.

In 2003 werd het boekje Tips voor de Thuisdokter vernieuwd en uitgebreid en vormde het de leidraad voor het project. Voortaan werd het boekje behalve door huisartsen ook verspreid door doktersassistentes, apothekers, consultatiebureauteams, docenten volwasseneneducatie en migrantenvoorlichters.

#### Interactieve voorlichting

Omdat het verbeteren van zelfredzaamheid een

belangrijk onderdeel is van het project, is het van belang dat voorlichting interactief is, dat wil zeggen tweerichtingsverkeer, met elkaar praten. Iedereen heeft weleens last van hoofdpijn, koorts of stress, iedereen kan erover meepraten. De voorlichters eigen taal en cultuur (VETC-ers) die de voorlichting zouden gaan geven moesten hiervoor hun werkwijze aanpassen. Ze waren gewend op te treden als deskundige, nu moesten ze ook als gespreksleider functioneren. Na het overwinnen van enige schroom voor deze nieuwe werkwijze (o.a. door het volgen van een training), blijken de voorlichters die op deze manier zijn gaan werken er heel tevreden over. Ook de doelgroep stelt het op prijs. Over en weer worden tips gegeven en de bijeenkomsten zijn er geanimeerder door geworden.

#### Poppentheater De Schuimkoppen

De *poppentheatervoorstelling Au au...*, over waterpokken, is op maat ontwikkeld. De voorstelling moest informatief zijn voor kinderen en ouders, en ook nog leuk en spannend. Dat is gelukt. De combinatie van acteurs, poppen, marionetten, muziek en decor heeft een boeiend spektakel opgeleverd. Er ontstond interactie met de zaal. De spelers reageerden op opmerkingen en gedrag van kinderen en slaagden erin de kinderen bij het stuk te betrekken. De voorstelling werd gespeeld na een voorlichtingstraject, waarin ouders en kinderen in de bibliotheek en in de peuterspeelzaal aandacht hadden besteed aan alledaagse kwalen. In de bibliotheek werd bijvoorbeeld voorgelezen over een kuiken met waterpokken. Terwijl de kleintjes kleurplaten konden inkleuren, kregen de ouders informatie over hoe te handelen bij alledaagse kwalen. Ook wisselden de ouders, puttend uit eigen ervaring, onderling handige tips uit.

Een aantal medewerkers van bibliotheken heeft evaluatieformulieren ingevuld. Het blijkt dat er ouders zijn bereikt die niet eerder in de bibliotheek kwamen. Volgens een medewerkster is het enthousiasme van peuterspeelzaalleidsters onmisbaar voor een goede opkomst van de ouders. De medewerksters vonden de voorstelling perfect aansluiten bij de leskist en de voorlichting. Een van hen beschouwde de voorstelling als 'slagroom op de taart'. Peuterspeelzaalleidsters vonden de combinatie van voorlezen, knutselen en voorlichting levendig, goed en gezellig. Kinderen vonden de activiteiten en de leskist erg leuk en in het theater hebben ze veel gelachen. Ouders stelden veel vragen aan de voorlichtster van de GGD en merkten ook dat ze zelf al veel wisten. Men vond het een leuke voorstelling die voor herhaling vatbaar is.

### Wijktheater uit Laak

Met toneel kun je op een aansprekende manier een boodschap overbrengen en mensen van iets bewust maken. Door het werken met wijkbewoners is de herkenning groot. Om aan te slaan moet in het stuk niet de voorlichting de boventoon voeren, er moet humor in zitten, herkenning en geloofwaardigheid. En er mogen geen onjuistheden in voorkomen. Daarom hebben huisartsen gekeken naar de medische informatie in het scenario van het theaterstuk *De Thuisdokter*. Doordat het stuk in het stadsdeel Laak is ontwikkeld is het proces daar gevolgd door familie, vrienden en bekenden. Dat betekent dat het wijktheater al leefde in de wijk voordat het stuk op de planken werd gebracht. Wanneer de voorstelling in andere stadsdelen werd opgevoerd, ontbrak deze voorfase. Daarom is ervoor gekozen om de voorstelling niet zomaar plompverloren ergens te spelen, maar uitsluitend op verzoek van het stadsdeel en dan alleen als het bij een speciale bijeenkomst past.

Na de première hebben twee studenten van de Pabo aan willekeurige bezoekers gevraagd wat ze ervan vonden. Een paar antwoorden: 'het onderwerp staat dicht bij de mensen', 'een goed initiatief in de wijk', 'een mooi middel' en 'veel humor'. Met de spelers is geëvalueerd. Een greep uit hun reacties: 'Ik had nog nooit gespeeld', 'Het is een drukke tijd geweest', 'Ik vond het geweldig, in mijn eigen land zou ik deze kans nooit gekregen hebben' en 'Ik kom veel mensen tegen die vinden dat het stuk vaker gespeeld moet worden'.

### ETV en lesmateriaal

Televisie is een uitstekend medium voor kennisoverdracht aan mensen die geen of maar een beetje Nederlands spreken en verstaan. Het beeld ondersteunt en verduidelijkt het gesproken woord. Productiebedrijf Idee aan Zee heeft voor ETV een serie gemaakt waarin allerlei onderdelen van het project bijeenkomen. De toneelgroep *'De koning speelt'* uit Amsterdam liet zich inspireren door de illustraties uit het boekje *Tips voor de Thuisdokter*. De acteurs van het wijktheater speelden de rol van toevallige voorbijganger op straat en patiënt bij de huisarts. Een huisarts uit de Haagse Schilderswijk trad op als huisarts. De uitzendingen zijn op DVD en VHS-videoband verkrijgbaar en bruikbaar bij voorlichtingsbijeenkomsten of in de wachtkamer. Bij de serie is lesmateriaal gemaakt dat via Internet kan worden gedownload.

### En nu verder...

Het project liep per 1 januari 2006 af, maar de methoden en materialen blijven behouden. Er is nog een

voorraad boekjes *Tips voor de Thuisdokter*, de migrantenvoorlichters blijven graag de groep betrekken bij voorlichting, het poppentheater *De Schuimkoppen* kan op verzoek overal de voorstelling *Au au...* spelen, de televisieserie is verkrijgbaar op DVD en VHS-video en het wijktheater uit Laak is zo enthousiast geraakt, dat ze een nieuw stuk gaan maken. Informatie over ETV en lesmateriaal staat op [www.etv.nl/dethuisdokter](http://www.etv.nl/dethuisdokter). Informatie over het boekje, het poppentheater en voorlichting bij de GGD afdeling GVO tel. 3537266 of 3533275 of [c.kraetzer@ocw.denhaag.nl](mailto:c.kraetzer@ocw.denhaag.nl). Zie ook de website [www.dethuisdokter.nl](http://www.dethuisdokter.nl).

### Literatuur:

1. Bree KIM. *Tips voor de Thuisdokter*. Epidemiologisch Bulletin GGD Den Haag 2002 (nr.1) 22-26.
2. Plass AMC. Use of primary health care services by Turkish and Dutch patients in The Hague: evaluation of an intervention. Proefschrift Vrije Universiteit 2005.
3. Erp R van, Kraetzer C. *Dialogo tussen huisartsen en migranten*. Verslag van dertien discussiebijeenkomsten. Uitgave werkgroep Huisarts en Migrant. 1997.

# Het Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld: eerste ervaringen

*P.J.M. Uitewaal*

Huiselijk geweld komt veel voor. In 2004 werden er landelijk bij de politie 56355 incidenten van huiselijk geweld gemeld (1). Naar schatting is dit 12% van alle gevallen van huiselijk geweld. Dat zou betekenen dat zo'n 3% van de Nederlandse bevolking jaarlijks te maken heeft met huiselijk geweld, van wie 0,35% dit meldt bij de politie (1). Geschat wordt ook dat 27% van de bevolking ooit slachtoffer is geweest van huiselijk geweld, waarvan ruim een vijfde (21%) langer dan vijf jaar.

Voor een effectieve aanpak van huiselijk geweld is het noodzakelijk dat politie, openbaar ministerie, vrouwenopvang, reclassering, maatschappelijk werk, forensische psychiatrie en andere vormen van hulpverlening nauw met elkaar samenwerken en bindende afspraken maken. Bij voorkeur lokaal of regionaal, en onder regie van de gemeenten. Het kabinet streeft naar een landelijk dekkend netwerk van advies- en steunpunten dat fungeert als front office, waarmee de hulp vanuit lokale of regionale samenwerkingsverbanden toegankelijker wordt (2). De gemeente Den Haag is in 2004 gestart met het project Huiselijk Geweld. De samenwerking tussen de verschillende Haagse organisaties is vastgelegd in een convenant. Het Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld (ASHG) en scholing van hulpverleners (o.a. huisartsen) in het leren herkennen van huiselijk geweld maken deel uit van dit project.

Onderstaand artikel beschrijft de eerste ervaringen met het ASHG, in het bijzonder de bekendheid van het ASHG bij de Haagse bevolking, en het gebruik dat de eerste acht maanden van het ASHG is gemaakt.

## Bekendheid met het advies en steunpunt huiselijk geweld

Voorwaarde voor een goed functionerend ASHG is dat mensen in de regio Den Haag weten dat het bestaat en bereid zijn dit steunpunt te bellen in geval van huiselijk geweld. Bij de opening van het ASHG in november 2004 is een publiekscampagne huiselijk geweld gevoerd, met posters in bus- en tramhokjes, aandacht voor huiselijk geweld in de media (krant, tv en radio), en een internetsite (<http://www.denhaag.nl/smartsite.html?id=35417>).

Doel van de campagne was:

- huiselijk geweld onder de aandacht brengen van de inwoners van de gemeente Den Haag en de participerende deelgemeenten
- slachtoffers, plegers, getuigen en overige betrokkenen van huiselijk geweld laten beseffen dat huiselijk geweld niet normaal is en moet worden gestopt
- bieden van mogelijkheden voor informatie, advies en hulpverlening

De bekendheid van het publiek met het ASHG is zes maanden later geëvalueerd met behulp van vier toegevoegde vragen aan de Stadsenquête (zie elders in dit

tijdschrift). Gevraagd is naar de bekendheid van de inwoners van Den Haag met het ASHG, en de bereidheid van mensen om huiselijk geweld te melden bij het ASHG nadat men in aanraking is gekomen met huiselijk geweld.

Van de 2127 respondenten bleken er 739 (35%) op de hoogte te zijn van het ASHG. Oudere vrouwen (>45 jaar), wonend in één- of tweepersoonsgezin, laag opgeleid, zonder werk en met een laag inkomen waren relatief vaak op de hoogte, terwijl jonge mannen (<40 jaar), alleenwonend met een baan en een hoog inkomen het minst bekend waren met het ASHG. Er werden geen grote verschillen gevonden in bekendheid met het ASHG tussen de vijf grootste etnische groepen. Wel bleek er een significant verschil te bestaan tussen de eerste en de tweede generatie allochtonen. Van de eerste generatie allochtonen zei 39% bekend te zijn met het ASHG, terwijl slechts 26% van de tweede generatie op de hoogte was van het ASHG. Het merendeel van de mensen had de informatie over het ASHG van de televisie (39%) en uit de krant (34%).

Negen procent van de ondervraagden bleek iemand te kennen die te maken heeft met huiselijk geweld; van

Over de auteur:

P.J.M. Uitewaal, huisarts-onderzoeker, werkzaam bij de afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn.



deze groep zegt 60% bereid te zijn die persoon te adviseren contact op te nemen met het steunpunt. Ouderen (65-plussers) gaven minder vaak aan zo iemand te kennen (3%). Verder verschilde dit percentage niet opvallend tussen mannen en vrouwen, hoog en laag opgeleiden, hoog of laag betaalden en wel of niet werkenden. Gemiddeld waren geen verschillen te zien tussen autochtonen en allochtonen. Alleen Antillianen gaven wat vaker aan (15%) één of meerdere personen te kennen die betrokken waren bij huiselijk geweld.

Uit de Stadsenquête bleek 35% van de Haagse bevolking op de hoogte te zijn van het bestaan van het ASHG. Een vergelijking met een Haarlemse enquête naar de bekendheid van het daar in 2000 opgerichte Advies- en Meldpunt Huiselijk Geweld (AMHG) - eveneens vergezeld van een breed opgezette campagne tegen huiselijk geweld - laat een vrijwel gelijk percentage van 36% zien (3). Ook uit dit onderzoek bleek een grotere bekendheid van het AMHG bij vrouwen en ouderen. Wanneer de bekendheid van het ASHG onder de bewoners van Den Haag de komende jaren een vergelijkbare ontwikkeling doormaakt als in Haarlem, is de verwachting dat de bekendheid de komende drie jaar zal verdubbelen.

Ongeveer 9% van de respondenten kende iemand die te maken heeft met huiselijk geweld. Hoewel een eerder onderzoek -van Van Dijk in 2002- een veel hoger percentage liet zien van mensen die zeggen iemand te kennen die te maken heeft gehad met huiselijk geweld (bijna 40% uit de autochtone en 33% uit de allochtonen gemeenschap) (4), liet een recenter Haarlems onderzoek (3) een vergelijkbaar percentage zien van 10-12%. Mogelijk kunnen deze verschillende uitkomsten tussen de enquêtes worden verklaard door een andere selectie van respondenten, of een andere vraagstelling. De stadsenquêtes in Den Haag en Haarlem waren niet specifiek bedoeld voor een ondervraging over huiselijk geweld, terwijl het onderzoek van Van Dijk dit wel was.

De bereidheid van mensen om gevallen van huiselijk geweld te melden bij het Advies- en Steunpunt was 60%, volgens de Haagse Stadsenquête. Dit is 12% hoger dan in het Haarlemse onderzoek. In dit onderzoek werd gevraagd of de respondent het huiselijk geweld ook daadwerkelijk gemeld had, wat concreter is dan de door ons gestelde vraag, die meer hypothetisch was en als gevolg daarvan een wat rooskleuriger beeld schept.

Gevraagd naar de reden van niet melden bleek dat 20% liever contact opneemt met een andere hulpverlener of met de politie en 17% nog te weinig weet van

het ASHG. Uit dit laatste zou kunnen worden geconcludeerd dat de meldbereidheid toeneemt bij een grotere bekendheid van het ASHG. Een betere bekendheid bleek ook de meest genoemde opmerking bij de vraag in de enquête naar ideeën van de respondent over hoe dienstverlening van het ASHG te verbeteren zou zijn. Uit het Haarlemse onderzoek blijkt echter dat men maar weinig bereid is huiselijk geweld te melden bij het Advies- en Meldpunt. In 2004 werd slechts 3,9% van de meldingen gedaan bij het AMHG, tegenover 58,3% bij de politie (in de jaren daarvoor kwam er geen enkele melding bij het AMHG binnen), terwijl het AMHG in 2004 toch bij bijna 73% van de inwoners van Haarlem bekend was.

#### Aantal bellers naar het ASHG

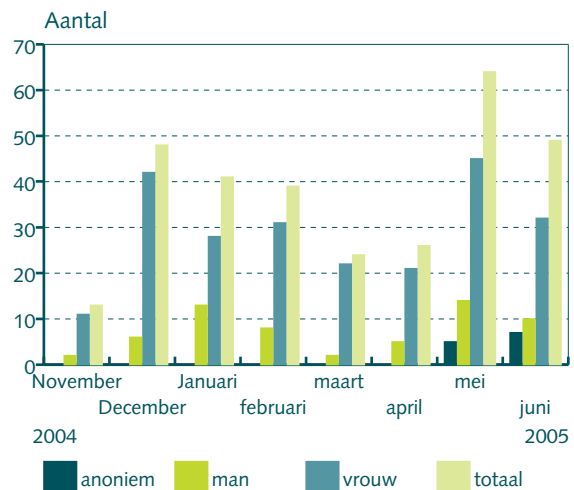
Via een cliëntregistratieformulier van alle bellers naar het steunpunt is bijgehouden hoe vaak er gebeld wordt, wie er belt en met welk probleem of vraag. Dit formulier is tijdens de analysefase enkele malen aangepast. Aanvankelijk werd met de hand geregistreerd, sinds juli 2005 gebeurt het elektronisch.

In de periode november 2004 tot en met juni 2005 hebben in totaal 304 mensen (tussen de 22 en 63 mensen per maand) naar het ASHG gebeld (figuur 1), 82% was vrouw. Van de 304 bellers was verder 28% slachtoffer, 3% pleger, 21% omstander en 43% hulpverlener (5% onbekend).

Gebaseerd op een schatting van het aantal meldingen huiselijk geweld bij de politie van 8400 per jaar in de

**Figuur 1.**

*Aantal bellers naar het Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld, naar geslacht. Den Haag, november 2004 tot en met juni 2005.*



regio Haaglanden (4200 binnen Den Haag), werd er in het werkplan project Huiselijk Geweld van uitgegaan dat in het eerste jaar het aantal bellers naar het ASHG ongeveer 100 per maand zou zijn. Het werkelijke aantal blijft daar met gemiddeld 43 per maand (waarvan het 39 keer een specifieke geweldsituatie betreft) belangrijk bij achter. De schatting was gebaseerd op de meting van het aantal meldingen van incidenten huiselijk geweld bij de politie op slechts één willekeurige dag. Het gemiddelde aantal incidenten van huiselijk geweld gerapporteerd door de politie over 2003 en 2004 blijkt echter 2200; bijna de helft minder (gegevens politie Den Haag). Verder wordt het lage aantal meldingen bij het ASHG mogelijk verklaard door een nog te geringe bekendheid van het ASHG bij de Haagse bevolking. Deze geringe bekendheid blijkt ook uit een kleinschalig tevredenheidsonderzoek dat is gehouden onder 25 bellers naar het ASHG, onder wie 15 slachtoffers. Slechts 6 van deze 15 waren zelf of via familie op de hoogte van het nummer van het ASHG. Het merendeel van de slachtoffers (9 van de 15) kreeg het nummer van de politie of een hulpverlener.

Uit de ervaringen met het ASHG de eerste zes maanden na de opening blijkt dat ongeveer een derde van de Haagse bevolking heeft gehoord van het ASHG. Het aantal bellers naar het ASHG blijft wat achter bij de verwachtingen. Dit wordt deels verklaard door onvoldoende bekendheid van het ASHG bij de Haagse bevolking. Voor een vergroting van de meldbereidheid is echter niet alleen het bekend zijn met het nummer van het ASHG van belang, maar moeten mensen ook vertrouwd raken met de werkwijzen van het ASHG en hierin vertrouwen hebben. Er zal naar mogelijkheden moeten worden gezocht om dit te bereiken.

In de komende jaren (2006-2009) zal het project Huiselijk Geweld verder worden geëvalueerd. Belangrijke doelen van het project zijn: een groeiend aantal mensen dat huiselijk geweld meldt, en een aantoonbaar effectieve hulpverlening, die het geweld daadwerkelijk laat stoppen. Het ASHG kan hierin een belangrijke rol spelen. De bekendheid van het ASHG onder de Haagse bevolking zal ook in de komende jaren met behulp van de Stadsenquête worden onderzocht. Het aantal bellers naar het ASHG en de verrichtingen van het ASHG worden met behulp van de registratie van het ASHG geëvalueerd. Om een indruk te krijgen van de effectiviteit van de hulpverlening zal getracht worden een aantal slachtoffers over wat langere tijd te volgen.

#### Literatuur:

1. Ferwerda HB. Huiselijk geweld: de voordeur op een kier, 2004, Dordrecht (<http://www.huiselijkgeweld.nl/feiten/landelijk/politiecijfers.html>).
2. Ministerie van Justitie. Voortgangsbericht de aanpak van huiselijk geweld in 2004. Den Haag, 6 december 2004. ([www.huiselijkgeweld.nl/doc/beleid/voortgangsbericht\\_%209-12-2004.doc](http://www.huiselijkgeweld.nl/doc/beleid/voortgangsbericht_%209-12-2004.doc))
3. Oord van der Y, Molenaar W, Kuijpers B. Omnibus onderzoek Gemeente Haarlem 2004. Haarlem, Onderzoek en Statistiek Goderie M, Woers S. (Als bijlage in: Meten van geweld achter de voordeur verslag van de pilots lokale vrouwen veiligheidsindex. Verwey Jonker instituut 2005).
4. Dijk van T, Oppenhuis T. Huiselijk geweld onder Surinamers, Antillianen en Arubanen, Marokkanen en Turken in Nederland. Intomart Beleidsonderzoek. Hilversum 2002.

## Waardevol werkbezoek aan Warschau

*H. Meijer, M. Chung*

Bovenstaand artikel beschrijft de tot nu toe opgedane ervaringen met het Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld (ASHG) in Den Haag. In het kader van het project Huiselijk Geweld en het ASHG wordt er veel informatie en ervaring uitgewisseld door de betrokken instellingen. Goede ideeën en praktijken zijn echter niet grensgebonden. In november 2005 vertrok een Haagse delegatie van het project Huiselijk Geweld op werkbezoek naar Warschau, de stad waarmee Den Haag een stedenband heeft. Hieronder een verslag van de uitgewisselde 'good practices'.

Over de auteurs:

Helene Meijer is coördinator ouderenmishandeling, Meilan Chung is coördinator Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld

### 'Good practices' vanuit Warschau

#### Publiekscampagnes

Onze collega's uit Warschau hebben een aantal indrukwekkende campagnes opgezet. De *Nobody's Children Foundation* (een stichting die kinderen behandelt, die slachtoffer zijn van huiselijk en seksueel geweld) maakte bijvoorbeeld een educatieve campagne met posters ondersteund door een internetprogramma voor kinderen tot 12 jaar. De slogan op de poster luidt: 'Je weet nooit wie er aan de andere kant zit'. Op de bijbehorende internetsite kunnen kinderen op een speelse manier leren hoe zij veilig in chatboxen kunnen communiceren (zie bijgevoegd beeldmateriaal)

#### Integrale ketenaanpak

Naast twee congresdagen, was er tijd voor werkbezoeken, zoals aan een centrum voor vrouwenopvang, en het 'Adviespunt ter Voorkoming van geweld', een behandelcentrum voor slachtoffers. In beide centra werken verschillende disciplines in hetzelfde gebouw: een psycholoog, een advocaat, de maatschappelijk werkers, kinderopvang en een weerbaarheidstrainer. De centra

werken met name op wijkniveau, zodat een integrale ketenaanpak optimale kansen krijgt.

#### Nationale hulplijn voor huiselijk geweld

Het ASHG in Den Haag heeft weliswaar een landelijk ogend 0900-nummer, maar alle steunpunten in Nederland hebben een eigen regionaal telefoonnummer. In Polen bestaat al tien jaar een nationale hulplijn voor huiselijk geweld: *Niebieska Linia*, oftewel 'de Blauwe Lijn'. De tien jaar ervaring van de Blauwe Lijn heeft een zeer uitgebreide registratie opgeleverd. Het is interessant om te zien dat de landelijke Poolse cijfers sterk overeenkomen met de cijfers van het ASHG in Den Haag. Ook bij deze lijn zijn de bellers in ruim 40% van de gevallen slachtoffer, 97% is vrouw. Ook betreft slechts 2% van de bellers een pleger van geweld, net als bij het ASHG. Hulpverleners in de regio Den Haag bellen wel vaker naar het steunpunt dan in Polen (36% bij het ASHG tegen 28% naar de Blauwe Lijn). Vermoedelijk is de reden hiervan dat in Den Haag meer aandacht wordt besteed aan het bekendmaken van het ASHG bij hulpverleners in de regio.



(Vertaling)

*Respect me so I can respect others*

*Forgive me so I can forgive others*

*Listen to me so I can listen to others*

*Do not beat me so I won't beat others*

*Do not humiliate me so I won't humiliate others*

*Talk to me so I can talk to others*

*Do not laugh at me*

*Do not offend me*

*Do not ignore me*

*Love me so I can love*

*I am learning life from you*

### Onderzoek

In Warschau gaat niet zoveel geld van de overheid naar hulpverleningsinstellingen, maar wetenschappelijk onderzoek naar de aard en omvang van de problematiek is hier van een indrukwekkende omvang. Waar Nederland nog teert op cijfers van het Intomart onderzoek uit 1997, presenteerde Jerzy Mellibruda van het Instituut voor Psychologie en Gezondheid (PTP) uitkomsten van een grootschalig recent uitgevoerd onderzoek in Warschau. Helaas verschijnt de Engelse vertaling van dit onderzoek pas over enkele maanden.

### 'Good practices' die men in Warschau van ons wil overnemen

#### Ouderenmishandeling

Vanuit de gemeente Warschau is er geen apart budget of specifiek beleid om ouderenmishandeling te voorkomen en aan te pakken. Op het congres bleek echter dat ouderenmishandeling in Polen zeker net zo vaak voorkomt als in Nederland. Monika Czyzewska, werkzaam bij 'de Blauwe Lijn', sprak over 11% van de bellers. In 2005 bedroeg het aantal meldingen ouderenmishandeling bij het Haagse ASHG een vergelijkbare 10% van het totale aantal meldingen.

Ook blijkt dat in Polen ouderenmishandeling dezelfde vormen aanneemt als in Nederland, zoals financiële uitbuiting, verwaarlozing en geestelijke mishandeling. Omdat er in Warschau geen specifiek beleid op dit onderwerp bestaat, was men zeer geïnteresseerd in de Nederlandse opzet van het ASHG, onderdeel ouderenmishandeling. Hanneke Kerssemeijer (GGD) en Helene Meijer (casemanager ouderenmishandeling) hebben hierover een presentatie verzorgd.

#### Daderhulpverlening

Tot nu toe was er bij de aanpak van huiselijk geweld in Warschau voornamelijk oog voor het slachtoffer. De dader werd vrijwel altijd via de politie in een justitieel traject geplaatst en gestraft. Inmiddels groeit het besef dat dader en slachtoffer toch vaak samen verder willen. Over daderhulpverlening is in Polen nog weinig bekend. In de workshop van Ron van Outsem, therapeut bij daderhulpverlening 'De Waag', werden methodieken uitgelegd om plegers van geweld te behandelen. De workshop werd zeer druk bezocht.

<Anja> Hoi, ik heet Anja en ben 12 jaar oud. Ik zoek een vriend.

<Wojtek> Hallo Anja, ik heet Wojtek en ben ook 12 jaar. Ik wil je graag leren kennen.

#### Slogan:

Je weet nooit, wie er aan de andere kant zit.

## korte berichten

### Actueel

#### Diabetes onder migranten:

##### Deens bezoek

Op 17 en 18 november 2005 was een Deense delegatie op bezoek bij de GGD Den Haag. Aanleiding was de presentatie die de GGD had verzorgd op een conferentie in september 2004 van de World Diabetes Federation (zie Epidemiologisch Bulletin 2004, nr. 4). Tijdens deze presentatie werden de onderzoeken en interventies belicht die in Den Haag zijn uitgevoerd ten behoeve van de preventieve en curatieve diabeteszorg voor Hindostanen. Vanuit Denemarken is belangstelling voor deze activiteiten omdat men daar nog niet zo heel veel heeft op het gebied van diabeteszorg voor migranten. In Kopenhagen gaat het vooral om inwoners van Pakistaanse en Turkse afkomst. De Deense delegatie bestond uit 19 mensen, afkomstig uit de zorg, wetenschap en het gezondheidsbeleid. De eerste dag stond in het teken van de Haagse activiteiten in de jaren negentig: de prevalentiestudie, het diabetesprekeuur dat gezondheidscentrum De Rubenshoek in 1992 startte en het project 'Optimalisering van de diabeteszorg voor Hindostanen' van Thuiszorg Den Haag en de GGD in de periode 1996-1999 (zie voor een beschrijving van al deze projecten de diverse afleveringen van het Epidemiologisch Bulletin uit die periode). Voorts presenteerde Toon Voorham van de GGD Rotterdam de uitgangspunten en de praktijk van de Voorlichting in de Eigen Taal en Cultuur in Nederland. Op de tweede dag speelde het programma zich af in het dia-

betescentrum 'Diabeteszorg Haaglanden' en stonden de bestaansredenen en werkwijze van het centrum centraal. Daarnaast presenteerde Paul Uitewaal zijn onderzoek naar *de meerwaarde van de inzet van allochtone zorgconsulenten in de diabeteszorg voor Turkse patiënten*. Mede door de grote hoeveelheid vragen die de Denen stelden aan de verschillende sprekers verliep het programma erg levendig en lukte het ternauwernood om de gasten tijdig weer richting Schiphol te laten vertrekken.

#### Academische Werkplaats

##### Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland

In september 2005 werd de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland opgericht. In deze werkplaats participeren de afdeling Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde (inmiddels omgedoopt tot afdeling Public health en Eerstelijnsgeneeskunde) van het LUMC, de GGD-en in het noordelijk deel van de provincie Zuid-Holland (na een fusie per 1 januari 2006 zijn dit er nog drie: GGD Hollands Midden, GGD Zuid-Holland West en GGD Den Haag) en TNO Kwaliteit van Leven (voorheen TNO Preventie en Gezondheid). Voorzitter is prof. dr P.J.J. Assendelft, hoofd van bovengenoemde LUMC-afdeling; secretaris/coördinator is dr B.J.C. Middelkoop, hoofd Epidemiologie van de GGD Den Haag, die voor deze taak voor 2,5 dagen per week is gedetacheerd bij de afdeling van prof. Assendelft. De werkplaats heeft tot doel om een brug te vormen tussen enerzijds de universiteit en anderzijds het veld van de openbare gezond-

heidszorg. De GGD-en proberen door middel van het onderzoek dat in het kader van de werkplaats wordt ontwikkeld, te komen tot meer 'evidence based' werkwijzen. Voor de universiteit wordt een nieuw onderzoeksterrein ontsloten. Ook wordt samengewerkt op het gebied van onderwijs. Op dit moment worden diverse onderzoeksplannen ontwikkeld, ook in samenwerking met andere afdelingen van het LUMC en de Universiteit Leiden. Deze plannen bestrijken uiteenlopende terreinen zoals Gezondheidsbevordering, Infectieziektebestrijding en Jeugdgezondheidszorg, maar ook bijvoorbeeld een onderzoek naar de mogelijke oorzaken van de hoge prevalentie van diabetes onder Hindostanen.

### Zojuist verschenen

#### Derde Haagse Gezondheidsmonitor

Medio januari is de derde Haagse Gezondheidsmonitor verschenen. De *Gezondheidsmonitor 2006* schetst een beeld van de gezond-



heid van de Haagse burgers. Onder andere wordt aandacht besteed aan lichamelijke en geestelijke gezondheid, levensverwachting en sterfte, leefstijl en leefomgeving. Ook is er aandacht voor de gezondheid van speciale groepen burgers, zoals de jeugd, ouderen, dak- en thuislozen. Waar mogelijk worden Haagse cijfers vergeleken met landelijke cijfers of cijfers van de andere drie grote steden. Rode draad in deze derde Haagse Gezondheidsmonitor wordt gevormd door de sociaal-culturele en sociaal-economische gezondheidsverschillen tussen groepen Haagse burgers. Wanneer u meer informatie wilt over de derde Haagse Gezondheidsmonitor of een exemplaar wilt ontvangen, kunt u per email contact opnemen met i.vantilburg@ocw.denhaag.nl of met c.bindraban@ocw.denhaag.nl. Een elektronische versie van de Gezondheidsmonitor 2006 staat op onze website [www.denhaag.nl](http://www.denhaag.nl).

### Cursus

#### Opleiding Arts Maatschappij & Gezondheid

In april 2006 start de vernieuwde opleiding *Arts Maatschappij & Gezondheid* van de NSPOH (Netherlands School of Public & Occupational Health). Deze opleiding is voor artsen die werken op het terrein van maatschappij en gezondheid en zich willen specialiseren in de *public health*.

De opleiding Arts M&G bestaat uit een beroepsgerichte fase en een tweede fase gericht op beleid, management en wetenschappelijk onderzoek. De praktijkopleiding vormt het centrale deel van de opleiding. Die vindt plaats op de eigen werkplek van de deelnemer. Afronding van de eerste fase leidt

tot deelregistratie in één van de profielen: jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding, tuberculosebestrijding, forensische geneeskunde, medische milieukunde, sociaal medische indicatiestelling en advisering, beleid en advies of vrije richting. Na de tweede fase kan de opleiding worden afgesloten met de registratie Arts M&G (BIG registratie). De opleiding kan worden gevolgd vanaf iedere sociaal-geneeskundige werkplek. Voorwaarde is dat de deelnemer voor ten minste vijftig procent werkt als arts op het terrein van maatschappij en gezondheid en dat de werkgever erkend wordt als opleidingsinstelling.

Geïnteresseerden vinden meer informatie op [www.nspoh.nl/mg](http://www.nspoh.nl/mg) en via telefoonnummer 5666232/5664949.

### Aangiften infectieziekten regio Den Haag

#### Meldingen tijdens het hele jaar 2005, voor de stad Den Haag

Het aantal aangifteplichtige infectieziekten, door de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg tijdens 2005 gemeld (370), is duidelijk lager dan in 2004 (642). Deze afname is hoofdzakelijk toe te schrijven aan een daling van het aantal meldingen van kinkhoest (van 345 naar 115 gevallen). Tevens werden iets minder hepatitis B en voedselinfecties gemeld.

#### Infectieziekten gemeld door instellingen

Gastro-enteritis blijft de belangrijkste aanleiding om te melden: 20 in 2005, 18 in 2004. Het gaat meestal om kleine epidemieën van buikgriep in verpleeghuizen.

Tabel: Overzicht alle infectieziekten 2005 (totaal en per kwartaal), exclusief TBC

ZIEKTE-EXTRA	2004		2005			
	Totaal	Totaal	1	2	3	4
Bacillaire dysenterie	19	29	10	5	5	9
Brucellose	2					
Buiktyphus	2	1	1			
Creutzfeldt-Jakob's Disease – K	1	1				1
Hepatitis A	24	7	2	1	1	3
Hepatitis B Acuut	20	10	3	2	1	4
Hepatitis B Chronisch	169	145	37	33	28	47
Hepatitis C Acuut en Drager						
Kinkhoest	345	115	50	27	19	19
Legionellose	4	8		4	3	1
Leptospirose	1	2			1	1
Malaria	22	30	9	5	7	9
Mazelen						
Meningokokkose	6	6	5		1	
Ornithose/psittacose		1		1		
Paratyphus A	3	1				1
Paratyphus B	1	1	1			
Paratyphus C						
Q-koorts	1					
Rodehond		4	1	3		
Voedselvergiftiging of voedsel	21	9	2	4	1	2
	<b>642</b>	<b>370</b>	<b>121</b>	<b>85</b>	<b>67</b>	<b>97</b>

Tabel: Meldingen instellingen van de laatste vijf jaar

ziektecategorie	2001	2002	2003	2004	2005
Ander		2	1	2	2
Geelzucht	3	4	6	1	1
Hersenvliesontsteking	7	10	1	3	2
Huidziekten	4	16	8	6	15
Invasieve pathogenen	1		2		2
Luchtweginfecties	4	11	4	5	5
Maag-darmaandoening	11	12	17	18	20
Vlekjesziekten	7	13	6	18	14
	37	68	45	53	61

Daarna volgen de huidziekten: meestal enkele gevallen van krentenbaard of schimmelinfecties in kinderdagverblijven. En dan de 'Vlekjesziekten', meestal een vermoeden op vijfde ziekte, rode hond en roodvonk in kinderdagverblijven.

#### Meldingen tijdens het vierde kwartaal 2005, voor de stad Den Haag

Het aantal aangifteplichtige infectieziekten, door de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het vierde kwartaal 2005 gemeld (97) -exclusief de meldingen van TBC-, is opvallend lager dan het aantal in dezelfde periode in 2004 (217). Dit verschil is hoofdzakelijk toe te schrijven aan een verlaagd aantal kinkhoestgevallen, een trend die ook landelijk is vastgesteld.

#### Bacillaire dysenterie

Negen gevallen, 4 mannen en 5 vrouwen. Acht keer vond de besmetting plaats in het buitenland. Van de patiënt die in Nederland is besmet is geen bron achterhaald. Het gaat om een persoon afkomstig uit Afrika.

#### Creutzfeld-Jacob's ziekte

Sinds 2003 is ook de dodelijke hersenaandoening Creutzfeld-Jacob's ziekte meldingsplichtig. Een variant van deze aandoening is de gevreesde aandoening die veroor-

zaakt wordt door prionen, minuscule eiwitten die aangetroffen worden in het zenuwstelsel van dieren die aan gekke koeienziekte lijden. Het laatste kwartaal van 2005 is 1 geval gemeld. Het betreft hier de klassieke vorm, die met de gekke koeienziekte niets te maken heeft en niet besmettelijk is.

#### Hepatitis A

Er 3 gevallen van hepatitis A, alle in het buitenland besmet.

#### Hepatitis B

Het aantal hepatitis B meldingen (51: 47 chronische gevallen en 4 acute gevallen) is iets hoger dan het vorige kwartaal. In de categorie chronische gevallen zijn de vrouwen iets meer vertegenwoordigd. De besmettingsbron is doorgaans niet bekend. Meestal gaat het om personen afkomstig uit landen waar de ziekte veel voorkomt. De patiënten met acute hepatitis B zijn 1 Nederlandse man en 3 mannen afkomstig uit het buitenland. In 2 gevallen heeft de besmetting waarschijnlijk door onbeschermd seksueel contact plaatsgevonden.

#### Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (19) is slechts een fractie van het aantal gevallen in het zelfde kwartaal van 2004 (133). De dalende trend, die ook landelijk bestaat, lijkt zich voort te zetten.

Het betreft bijna allemaal gevaccineerde personen.

#### Legionellose

Eén geval, een vrouw die in Frankrijk of Italië is besmet.

#### Leptospirose

Eén geval van leptospirose, een toerist die in Thailand in natuurgewater had gezwommen. Leptospirose, ook wel ziekte van Weil of modderkoorts genoemd, is een zeldzame aandoening waarvan de verwekker doorgaans via urine van ratten in het milieu terecht komt en zo de mens besmet. De ziekte kan een grote waaier aan symptomen geven, van een griepachtige aandoening en hepatitis, tot aantasting van diverse organen. In 5% van de gevallen in Nederland loopt de ziekte dodelijk af. Een derde van de gevallen wordt tijdens reizen in de tropen opgelopen.

#### Malaria

Het aantal gemelde malariagevallen (9) was iets hoger dan de zelfde periode vorig jaar (5). Het betreft 7 mannelijke en 2 vrouwelijke personen. Bij alle patiënten kon de ziekte toegeschreven worden aan het niet of onvolledig innemen van profylaxe.

#### Paratyfus

Eén persoon is gemeld met paratyfus, opgelopen in India.

#### Voedselinfecties

Twee meldingen, 1 betrof 6 leerlingen van een middelbare school die op schoolreis in Kenia waren besmet.

#### Infectieziekten gemeld door instellingen

Het aantal meldingen uit instellingen is vergelijkbaar met het vorige kwartaal.

Maag-darmaandoeningen waren

Tabel: Meldingen instellingen in het vierde kwartaal 2005

ziektecategorie	Kinderdag- verblijven	peuter- speelzaal	school	verpleeg- huis	restaurant	overig	totaal
Ander						1	1
Huidziekten	2		1				3
Maag-darmaandoening	2		1	3	1		7
Vlekjesziekten	2	1	1				4
<b>Totaal</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>15</b>

de belangrijkste aanleiding om te melden. Er waren 3 explosies van buikgriep in verpleeghuizen, twee in kinderdagverblijven. De andere maag-darmaandoeningen betroffen een aantal leerlingen die in Kenia op schoolreis waren besmet, en 1 familie die waarschijnlijk in een restaurant was besmet. De meldingen van 'Vlekjesziekten' en huiduitslag betroffen meestal vermoedens van de vijfde ziekte, roodvonk en impetigo. Het waren dan ook vooral kinderdagverblijven die gemeld hebben.

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

##### Bacillaire dysenterie

Vier gevallen van bacillaire dysenterie, 2 toeristen die de ziekte hadden opgelopen in Marokko, een geadopteerd kind uit China en een toeriste die in Egypte de bacterie had opgelopen.

##### Buiktyfus

Eén melding van buiktyfus, een jongen van 13 jaar die in India was geweest. Hij was niet gevaccineerd tegen tyfus.

##### Hepatitis A

Vijf meldingen van hepatitis A, 1 vrouw van 57 jaar die niet was gevaccineerd en naar Turkije op vakantie was gegaan. Een andere vrouw van 64 jaar was ongevacineerd op reis geweest in Syrie en

Turkije. Verder een meisje van zes jaar dat in Irak was geweest, een man van 20 jaar die ongevacineerd naar de Dominicaanse Republiek was vertrokken en een man van 21 jaar die ongevacineerd naar Turkije was gereisd.

##### Hepatitis B

Tien meldingen van hepatitis B waarvan één keer een acute hepatitis B.

##### Kinkhoest

Het aantal meldingen van kinkhoest bedroeg in het derde kwartaal 36.

##### Legionellose

Twee meldingen, 1 patiënt was in Griekenland geweest, de ander in Canada.

##### Meningokokkose

Twee meldingen: een jongen van dertien jaar (typering onbekend) en een vrouw van 60 jaar (type B).

##### Tuberculose

Acht meldingen van tuberculose.

##### Voedselinfectie

Twee gevallen van voedselinfectie waren meldingsplichtig. Een jongeman van zestien jaar die in de keuken van een restaurant stage liep, en een kok werkzaam in een restaurant.

##### E-Coli O157

Deze voedselinfectie is éénmaal gemeld

*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 vierde kwartaal 2005			De voorgaande 4 kwartalen				t/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar	
		GGD Den Haag 4e kw. 2005	GGD-Zuid-Holl.West 4e kw. 2005	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2005	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2004 **)	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2005**)	Tot. regio Haaglanden 2e kw. 2005 **)	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2005**)	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 4e kw. 2005	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 4e kw. 2004**)
B-ziekten	bacillaire dysenterie	9	4	13	16	18	14	37	82	43
	buiktyfus		1	1	1				1	2
	cholera									
	Creutzfeld-J's disease	1		1			1		2	
	hepatitis A	3	5	8	6	2	3	3	16	39
	hepatitis B *)	51	10	61	69	54	48	39	202	258
	hepatitis C									
	kinkhoest	19	36	55	249	110	71	66	302	921
	legionella pneumonie	1	2	3	3	2	5	10	20	11
	mazelen									
	meningokokkose		2	2	2	7		3	12	13
	paratyfus A	1		1	3				1	6
	paratyfus B (C)				1	1		2	3	2
	tuberculose	50	8	58	41	27	72	39	186	176
	voedselvergiftiging of voedselinfectie	2	2	4	8	2	5	5	16	24
C-ziekten	brucellose				1					3
	E.coli 0157		1	1	1				1	1
	leptospirose	1		1	1			1	2	6
	malaria	9		9	6	9	5	7	30	27
	ornithose/psittacose						1		1	
	Q-koorts				1	3	9		12	1
	rode hond									
<b>totaal</b>	<b>147</b>	<b>71</b>	<b>168</b>	<b>408</b>	<b>235</b>	<b>234</b>	<b>214</b>	<b>889</b>	<b>1533</b>	

\*) 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).





