



Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

jaargang 41, 2006, nummer 4

inhoud

Redactioneel

epidemiologie

Sterfte in Den Haag in de periode 1996-2002

Veranderingen in kennis en gedrag bij Haagse Hindostanen gedurende een vierjarig preventieproject over diabetes

Etnische groep en leefstijl bepalen vitamine D-status bij niet-westerse allochtonen in Nederland

volksgezondheid

De Wmo in Den Haag

De Wmo in de praktijk

Korte berichten

Colofon

december 2006, 41ste jaargang nr. 4

Redactie

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

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

B. Potemans, huisarts in Den Haag

mw. W. van Rijssel (redactiesecretaris/eindredacteur)

prof.dr. W.J. Schudel, GGD Den Haag;

M.H. Waterman (hoofdredacteur), GGD Den Haag

Redactieadres

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn
GGD, Postbus 12652, 2500 DP Den Haag
Bezoekadres: Thorbeckelaan 360

mw. H. Schreiner-Heynen;

tel.: 070 - 353 71 05, fax : 070 - 353 72 92

e-mail: h.schreiner-heynen@ocw.denhaag.nl

*Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij
mw. Schreiner.*

Epidemiologisch Bulletin op internet:

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

Lay out en productie

Facilitaire Dienst /Multimedia Den Haag

Uitgave

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

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

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

Het bulletin verschijnt vier maal per jaar.

ISSN 0921-6219

Inhoud

Redactioneel	1
Epidemiologie	
• Sterfte in Den Haag in de periode 1996-2002 <i>M.P.H. Berns, E.A. van Lier</i>	2
• Veranderingen in kennis en gedrag bij Haagse Hindostanen gedurende een vierjarig preventie- project over diabetes <i>I.M. van der Meer, A.P. van Dijk</i>	11
• Etnische groep en leefstijl bepalen vitamine D- status bij niet-westerse allochtonen in Nederland <i>I.M. van der Meer, A.J.P. Boeke, P. Lips, B.J.C. Middelkoop</i>	17
Volksgezondheid	
• De Wmo in Den Haag <i>Y.K. van Pareren</i>	21
• De Wmo in de praktijk <i>Y.K. van Pareren, W.G.H. van Rijssel</i>	24
Korte berichten	28

Redactioneel

Vinger aan de pols in de grote stad

In dit nummer schetsen wij een aantal complexe (onderzoeks)vraagstukken zoals die spelen op gebied van de volksgezondheid in Den Haag.

Veel belangstelling is er momenteel voor de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning), die per 1 januari 2007 wordt ingevoerd. Wij besteden in twee artikelen aandacht aan de Wmo.

'*Wmo in Den Haag*' bevat een korte schets van de werkingssfeer van de nieuwe wet. Het compensatiebeginsel zoals in de wet beoogd, zal meer ruimte geven aan de gemeenten om invulling te geven aan de doelstellingen met de wet. De gemeenten krijgen echter ook meer bewijslast, namelijk: leidt het gerealiseerde samenhangende aanbod ook daadwerkelijk tot zelfredzaamheid en maatschappelijke deelname?

In '*Wmo in de praktijk*' komt een aantal zorgaanbieders aan het woord over het effect dat zij verwachten op het Haagse zorgaanbod. Wat voor kansen zien de zorgaanbieders in de nieuwe wet, en wat voor gevaren? In een van de volgende bulletins zullen we verslag doen van de ervaringen van deze aanbieders. Interessant is dan vooral de vraag of en hoe de nieuwe prijs-kwaliteitverhouding het Haagse zorgaanbod heeft veranderd.

Typische grote stadsproblematiek in het artikel over sterfte in Den Haag. Vooral de omvang van de lage SES-problematiek is mede bepalend voor het ongunstiger sterfjepatroon. Den Haag investeert al enige jaren in het terugdringen van sociaal economische gezondheidsachterstanden. Het belang hiervan krijgt in het licht van deze sterftecijfers extra gewicht.

Het artikel over diabetes laat de complexiteit zien van het meer evidence based werken in de preventieve zorg. Door de diversiteit en de wijze van blootstelling aan de interventieboodschap blijft het de vraag welke interventie welke bijdrage levert aan het uiteindelijk gemeten effect en welke andere factoren ook van invloed kunnen zijn geweest.

Het artikel over vitamine D gaat over een ander gezondheidsprobleem: niet-westerse allochtonen in Nederland hebben veel vaker een vitamine D-tekort dan autochtone Nederlanders. Reden genoeg voor een signaal naar de zorg om alert te zijn op diffuse (spier)pijnklachten of moeheid bij niet-westerse patiënten.

Sterfte in Den Haag in de periode 1996-2002

M.P.H. Berns, E.A. van Lier

De ontwikkeling van sterftcijfers is een belangrijke indicator voor de volksgezondheid. In tegenstelling tot bijvoorbeeld gegevens verkregen uit gezondheidsenquêtes, verschaft de ontwikkeling van sterftcijfers een meer objectieve maat voor gezondheid.

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) verzamelt en verwerkt gegevens over sterfte en doodsoorzaken in Nederland. Bij het overlijden van een persoon is in Nederland de arts of lijkschouwer verplicht aangifte te doen van de doodsoorzaak; een gedeelte van deze aangifte (het B-formulier) wordt voor statistische doeleinden naar het CBS gestuurd. Onderstaand artikel bevat een analyse van de bevolkings- en sterftcijfers van Den Haag, in de periode 1996 tot en met 2002, op basis van de gegevens van het CBS. Vanwege efficiëntie en inhoudelijke redenen zijn de sterftcijfers samen met zes andere GGD-en in Zuid-Holland aangevraagd, geanalyseerd en gerapporteerd (1).

Berekend zijn de levensverwachting bij geboorte, levensverwachting op 65-jarige leeftijd, absolute sterfte, bruto sterfte en Standardized Mortality Ratio (zie uitleg kader op pagina 4). Ook komt het begrip 'verloren levensjaren' aan de orde. Bij de sterftcijfers en verloren levensjaren gaan we in op de belangrijkste doodsoorzaken. Omdat de bevolkingsamenstelling van invloed kan zijn op de sterfte volgt allereerst een korte beschrijving van die samenstelling.

Bevolkingsamenstelling

Aangezien de meeste sterfgevallen plaatsvinden na het 65^e levensjaar, is het aandeel jongeren en ouderen van invloed op het absolute en bruto aantal sterfgevallen. De leeftijdsopbouw in Den Haag wijkt af van die van Nederland. Vergelijken met Nederland wonen in Den Haag vooral minder 5-19-jarigen en meer 75-plussers. Er zijn verschillen in sterfte tussen niet-westerse allochtonen en autochtonen, afhankelijk van leeftijd, geslacht en herkomst. In Den Haag was per 1 januari 2003 30,4% van de inwoners van niet-westerse herkomst, in Nederland was dit 10,0%.

De sociaal-economische status (SES) is gerelateerd aan sterfte; mensen met een lagere SES overlijden eerder dan mensen met een hogere SES. Gekeken naar het inkomen heeft iets meer dan de helft van de Haagse inwoners (51,5%) een laag inkomen (minder dan 20.100 euro per jaar), voor Nederland is dit percentage 40,0%.

Levensverwachting

De levensverwachting geeft het aantal verwachte levensjaren bij de geboorte weer (zie kader op pagina 4). In de periode 1996-2002 is de gemiddelde levensver-

wachting bij de geboorte voor Haagse mannen 74,4 jaar en voor Haagse vrouwen 79,9 jaar. Landelijk is die levensverwachting hoger: voor mannen één jaar hoger en voor vrouwen iets minder dan één jaar hoger (tabel 1).

In Nederland en Den Haag leven vrouwen langer dan mannen maar het verschil wordt kleiner. Dit komt doordat de levensverwachting bij vrouwen in 1996-2002 minder toeneemt dan bij mannen.

Op 65-jarige leeftijd leven Haagse mannen gemiddeld nog 15,1 jaar, vergelijkbaar met landelijke cijfers. De levensverwachting voor Haagse vrouwen op 65-jarige leeftijd is gemiddeld 19,1 jaar, iets lager dan landelijk (tabel 2).

Gezonde levensverwachting

De gezonde levensverwachting is het gemiddeld aantal levensjaren dat mensen mogen verwachten 'in goede gezondheid' door te brengen (zie kader). Gebruikmakend van een onderzoek met cijfers uit de periode 1995-1999 blijkt de gezonde levensverwachting van Haagse mannen én Haagse vrouwen ruim 56 jaar (2). De gezonde levensverwachting van Nederlandse mannen en vrouwen is ongeveer 5 jaar hoger (figuur 1).

Over de auteurs:

Drs. M.P.H. Berns is epidemiologisch onderzoeker bij de GGD Den Haag, afdeling Epidemiologie; ir. E.A. van Lier is epidemioloog, tijdens dit project werkzaam bij de GGD Nieuwe Waterweg Noord, tegenwoordig bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu in Bilthoven.

Tabel 1*Levensverwachting bij de geboorte naar geslacht. Den Haag en Nederland, 1996-2002.*

	Mannen		Vrouwen	
	Den Haag	Nederland	Den Haag	Nederland
1996	73,8	74,7	79,9	80,4
1997	74,3	75,2	79,8	80,6
1998	74,1	75,2	80,6	80,8
1999	74,4	75,3	79,5	80,5
2000	74,5	75,6	80,2	80,6
2001	74,8	75,8	79,9	80,8
2002	75,0	76,0	79,6	80,7
Gemiddelde over 1996-2002	74,4	75,4	79,9	80,6

Tabel 2*Levensverwachting op 65-jarige leeftijd naar geslacht. Den Haag en Nederland, 1996-2002.*

	Mannen		Vrouwen	
	Den Haag	Nederland	Den Haag	Nederland
1996	14,8	14,8	19,2	19,1
1997	15,0	15,1	19,2	19,3
1998	15,0	15,1	19,4	19,3
1999	15,1	15,2	18,8	19,2
2000	15,2	15,4	19,0	19,3
2001	15,3	15,6	19,0	19,4
2002	15,4	15,6	18,7	19,3
Gemiddelde over 1996-2002	15,1	15,2	19,1	19,3

Omdat de gezonde levensverwachting voor mannen en vrouwen nagenoeg gelijk is en vrouwen gemiddeld ouder worden dan mannen, leven vrouwen een aantal jaren langer in ongezondheid.

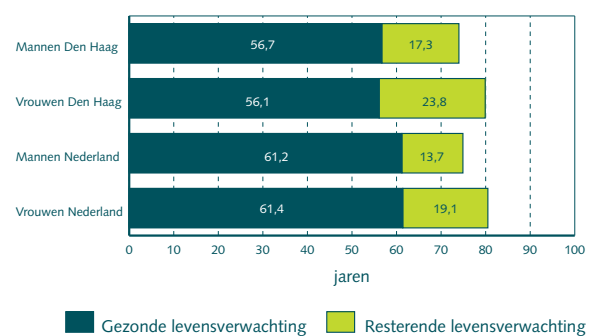
Totale sterfte

In de periode 1996-2002 stierven in Den Haag gemiddeld 5.077 mensen per jaar, 2.821 vrouwen en 2.256 mannen. De meeste sterfgevallen (ongeveer vier op de vijf) vinden net als in de rest van Nederland plaats na het 65^e levensjaar (tabel 3).

De totale bruto sterfte (zie kader) is in Den Haag hoger vergeleken met Nederland, dit heeft vooral te maken met de meer vergrijsde bevolking in Den Haag. Ook binnen de meeste afzonderlijke leeftijdscategorieën is te zien dat de bruto sterfte in Den Haag hoger is dan in Nederland.

Omdat de Standardized Mortality Ratio (SMR) corrigeert voor bevolkingsopbouw en leeftijdsopbouw is het een geschikte maat voor een vergelijking van de sterfte in Den Haag met de sterfte in Nederland (zie kader).

In Den Haag was in de periode 1996-2002 de SMR onder mannen gemiddeld 104, de sterfte in Den Haag was dus 4% hoger dan de sterfte in Nederland; onder vrouwen was het vergelijkbaar met Nederland (1% hoger).

Figuur 1*Gezonde levensverwachting bij de geboorte in jaren en naar geslacht. Den Haag en Nederland, 1995-1999.*

Levensverwachting

De levensverwachting bij geboorte en op 65-jarige leeftijd is het aantal te verwachten levensjaren bij geboorte, respectievelijk op 65-jarige leeftijd. De levensverwachting is gebaseerd op de relatieve sterfte per leeftijd. Een levensverwachting bij geboorte van 75 jaar betekent dat een pasgeborene naar verwachting gemiddeld 75 jaar zal worden indien de huidige leeftijdsspecifieke sterfecijfers (over de periode 1996-2002) gedurende zijn leven op precies hetzelfde niveau blijven.

Gezonde levensverwachting

De gezonde levensverwachting is het gemiddeld aantal levensjaren dat mensen mogen verwachten in goede gezondheid door te brengen. Dit geldt alleen onder de voorwaarde dat in de toekomst de kansen op sterfte en 'ongezondheid' op elke leeftijd constant blijven. Deze gezondheidsmaat geeft een combinatie van de lengte én de kwaliteit van leven weer. Voor dit artikel zijn gegevens van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) gebruikt; het RIVM definieert de gezonde levensverwachting op basis van drie gezondheidsmaten: levensverwachting in goede ervaren gezondheid, levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen en levensverwachting in goede geestelijke gezondheid.

Sterfte

Absoluut: het gemiddeld aantal overledenen in een bepaalde periode. Er wordt geen rekening gehouden met verschillen in bevolkingsomvang of leeftijdsopbouw.

Bruto: het gemiddeld aantal overledenen per 100.000 inwoners in een bepaalde periode. Bruto sterfecijfers houden wel rekening met verschillen in bevolkingsomvang, maar niet met die in de leeftijdsopbouw. In een gebied met relatief veel ouderen is de bruto sterfte in het algemeen hoger dan in gebieden met minder ouderen.

Standardized Mortality Ratio (SMR)

De Standardized Mortality Ratio (SMR) is een relatieve maat voor sterfte in een indexpopulatie (de bevolking in een bepaald gebied, in dit artikel Den Haag) ten opzichte van een standaardpopulatie (in dit artikel de Nederlandse bevolking). De SMR corrigeert voor verschillen in bevolkingsomvang en leeftijdsopbouw. De SMR geeft aan of er sprake is van oversterfte of ondersterfte. Als de SMR gelijk is aan 100, is de sterfte in Den Haag gelijk aan die in Nederland. Bij een SMR hoger dan 100 is er sprake van oversterfte en bij een SMR lager dan 100 van ondersterfte. Bijvoorbeeld: een SMR van 115 geeft aan dat de sterfte in Den Haag 15% hoger is dan de sterfte in Nederland.

Years of Potential Life Lost

De 'Years of Potential Life Lost' (YPLL) is een maat die aangeeft hoeveel levensjaren er in een bevolking verloren gaan door (vroegtijdige) sterfte ten opzichte van een vastgestelde grensleeftijd. Bij gebruik van deze maat is het mogelijk de ernst van verschillende doodsoorzaken tegen elkaar af te wegen, er wordt namelijk rekening gehouden met de leeftijd op het moment van overlijden. Dit betekent dat aan sterfte op jonge leeftijd meer gewicht wordt toegekend dan aan sterfte op oudere leeftijd.

Meestal wordt als grensleeftijd 65 jaar gehanteerd om inzicht te krijgen in de belangrijkste doodsoorzaken tot 65 jaar, de 'vermijdbare sterfte'. Voor de ondergrens worden in de praktijk verschillende leeftijden gehanteerd. In veel gevallen wordt gekozen voor de periode 0 tot 65 jaar, nadeel is dat aandoeningen rond de geboorte dan zwaar meewegen. In het rapport is daarom gekozen voor de leeftijd van 20 tot 65 jaar.

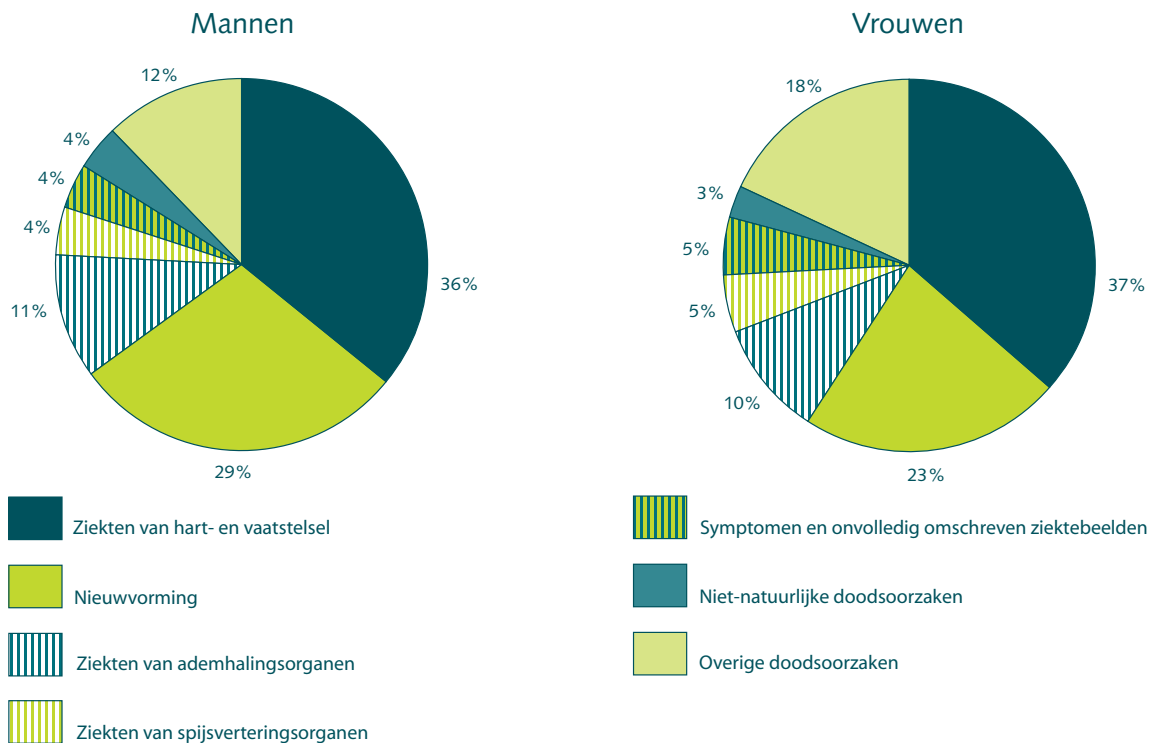
Tabel 3

Absolute sterfte (gemiddeld aantal overledenen per jaar) en bruto sterfte (gemiddeld aantal overledenen per 100.000 inwoners per jaar) totaal, naar geslacht en naar leeftijd. Den Haag en Nederland, 1996-2002.

	Absoluut		Bruto	
	Den Haag	Nederland	Den Haag	Nederland
Totaal	5.077	139.224	1.140	880
Mannen	2.256	68.489	1.042	875
Vrouwen	2.821	70.736	1.232	884
0-24 jaar	63	2.335	48	48
25-44 jaar	155	4.520	104	90
45-64 jaar	645	20.462	667	535
65-79 jaar	1.607	49.103	3.306	3.001
80-plus	2.607	62.805	11.901	12.426

Figuur 2

Aandeel van de afzonderlijke doodsoorzaken in de totale sterfte onder mannen en vrouwen. Den Haag 1996-2002.



Sterfte naar doodsoorzaak

De drie belangrijkste groepen doodsoorzaken onder de Haagse bevolking en onder de Nederlandse bevolking zijn hart- en vaatziekten, nieuwvormingen (kanker en goedaardige tumoren) en ziekten van de ademhalingsorganen. Van alle overleden Haagse mannen in die periode stierf 36% aan hart- en vaatziekten, 29% aan nieuwvormingen en 11% aan ziekten van de ademhalingsorganen. Voor Haagse vrouwen bedroegen deze percentages respectievelijk 37%, 23% en 10% (figuur 2).

Hieronder wordt de sterfte naar de belangrijkste doodsoorzaken voor Den Haag vergeleken met de sterfte voor Nederland. Voor deze vergelijking wordt gebruik gemaakt van de SMR.

Hart- en vaatziekten

In vergelijking met Nederland is de sterfte aan alle hart- en vaatziekten onder Haagse mannen 4% hoger. De sterfte onder Haagse mannen is vooral verhoogd voor de ischemische hartziekten (+11% vergeleken met Nederland), waaronder het acute hartinfarct (+17%).

Voor Haagse vrouwen geldt dat het sterftecijfer als gevolg van alle hart- en vaatziekten vergelijkbaar is met het sterftecijfer voor Nederlandse vrouwen. Maar uitsplitsing naar de afzonderlijke hart- en vaatziekten laat zien dat onder Haagse vrouwen, vergeleken met de Nederlandse vrouwen de sterfte aan ischemische hartziekten, waaronder het acute hartinfarct is verhoogd (+7%, respectievelijk +13%) en de sterfte aan cerebrovasculaire aandoeningen (CVA, waaronder hersenbloeding- en infarct) en aan overige hartziekten (waaronder hartfalen) is verlaagd (-5%, respectievelijk -7%).

Nieuwvormingen (kanker en goedaardige tumoren)

De sterfte onder Haagse mannen aan nieuwvormingen is vergelijkbaar met de Nederlandse mannen. Bij Haagse mannen komt sterfte aan longkanker het vaakst voor, gevolgd door sterfte aan prostaatkanker en dikke darmkanker (tabel 4).

Voor Haagse vrouwen is de sterfte aan nieuwvormingen 5% hoger in vergelijking met Nederlandse vrouwen. Vooral de sterfte aan longkanker is onder Haagse vrouwen aanzienlijk hoger (+42%). Van alle sterfgevallen door nieuwvormingen overleden de meeste Haagse vrouwen aan borstkanker, gevolgd door longkanker en dikke darmkanker.

Tabel 4

Top 3 doodsoorzaken nieuwvormingen Haagse mannen en vrouwen 1996-2002.

Mannen	Vrouwen
1. Longkanker	1. Borstkanker
2. Prostaatkanker	2. Longkanker
3. Dikke darmkanker	3. Dikke darmkanker

Ziekten van de ademhalingsorganen

De sterfte aan ziekten van de ademhalingsorganen is onder Haagse mannen gemiddeld iets lager dan onder Nederlandse mannen. Onder Haagse vrouwen is de sterfte gemiddeld iets hoger dan onder Nederlandse vrouwen. Binnen de hoofdgroep ziekten van de ademhalingsorganen zijn bij de Haagse mannen en vrouwen CARA (astma en chronische obstructieve longziekten, 46%) of een longontsteking (45%) de meest voorkomende doodsoorzaken.

Bij Haagse vrouwen is vooral de sterfte aan CARA (astma en chronische obstructieve longziekten) verhoogd (+16%).

Niet-natuurlijke doodsoorzaken

De sterfte aan niet-natuurlijke doodsoorzaken (vooral ongevallen en zelfdoding) is voor zowel Haagse mannen als vrouwen verhoogd in vergelijking met Nederlandse mannen en vrouwen (respectievelijk +8% en +9%). Vooral de sterfte aan zelfdoding is verhoogd (mannen +17%, vrouwen +37%).

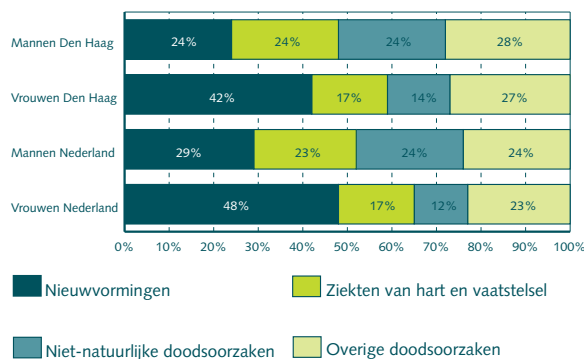
Verloren levensjaren

De ernst van een doodsoorzaak wordt niet alleen bepaald door het aantal overleden personen, maar ook door de leeftijd waarop iemand sterft. Iemand die jong sterft verliest op basis van de gemiddelde levensverwachting meer levensjaren dan iemand die op oudere leeftijd sterft. Een veelgebruikte maat in dit verband is de 'Years of Potential Life Lost' (YPLL, zie uitleg kader). In Nederland gebruiken we hiervoor de term 'verloren levensjaren'.

Ziekten van het hart en vaatstelsel, niet-natuurlijke doodsoorzaken en nieuwvormingen dragen in de periode 1996-2002 het meeste bij aan het totale aantal verloren levensjaren onder Nederlandse en Haagse mannen en vrouwen in de leeftijd van 20 tot 65 jaar. Vergeleken met mannen is voor vrouwen de relatieve bijdrage van niet-natuurlijke doodsoorzaken en ziekten van hart en vaatstelsel kleiner en van nieuwvormingen aanzienlijk groter. Voor Den Haag geldt zowel voor mannen als vrouwen dat de relatieve bijdrage van nieuwvormingen iets lager is in vergelijking met Nederland als geheel (figuur 3).

Figuur 3

Relatieve bijdrage van de drie belangrijkste doodsoorzaken aan het totale aantal verloren levensjaren voor 20-65-jarigen naar geslacht. Den Haag en Nederland, 1996-2002.



Uit het oogpunt van preventie is het ook van belang om te weten welke aandoeningen binnen de hoofdgroepen het meest bijdragen aan het totaal aantal verloren levensjaren.

Binnen de hoofdgroep nieuwvormingen zijn dat bij de mannen longkanker, kanker van lymfatisch en bloedvormend weefsel en dikke darmkanker. Bij de vrouwen zijn dat borstkanker, longkanker, kanker van lymfatisch en bloedvormend weefsel, eierstokkanker en dikke darmkanker.

Binnen de hoofdgroep ziekten van hart- en vaatstelsel dragen bij de mannen de ischemische hartziekten (waaronder het acuut hartinfarct) het meeste bij aan het aantal verloren levensjaren. Voor de vrouwen is dat naast de ischemische hartziekten ook hersenvaatstelsel ofwel cerebrovasculaire aandoeningen (CVA, waaronder hersenbloeding en -infarct).

Binnen de hoofdgroep niet-natuurlijke doodsoorzaken komt de grootste bijdrage van zelfdoding en ongevallen; bij vrouwen is de relatieve bijdrage van zelfdoding groter en van ongevallen kleiner dan voor mannen.

De top drie van belangrijkste doodsoorzaken op basis van het aantal verloren levensjaren is voor Den Haag en voor Nederland gelijk (tabel 5). Wel is voor de Haagse mannen, in vergelijking met de Nederlandse mannen, de relatieve bijdrage van ongevallen lager. Voor Haagse vrouwen is, in vergelijking met de Nederlandse vrouwen, de relatieve bijdrage

Tabel 5

Top 3 belangrijkste doodsoorzaken op basis van het aantal verloren levensjaren in de leeftijd van 20 en 65 jaar van mannen en vrouwen in Den Haag en in Nederland, 1996-2002.

Mannen	Vrouwen
1. Ischemische hartziekten	1. Borstkanker
2. Ongevallen	2. Longkanker
3. Zelfdoding	3. Zelfdoding

van longkanker en zelfdoding hoger en van borst - kanker lager.

Op individueel niveau worden de meeste levensjaren verloren vanwege niet-natuurlijke doodsoorzaken en dan vooral moord en doodslag. Een vrouw uit Zuid-Holland tussen de 20 en 65 jaar verliest gemiddeld 12 levensjaren als ze overlijdt aan borstkanker, bij moord of doodslag verliest ze gemiddeld 31 levensjaren.

Beschouwing

Het sterftepatroon in Den Haag is minder gunstig dan in de rest van Nederland. Dit ongunstiger sterftepatroon is ook te zien in Amsterdam, Rotterdam en Utrecht (3)(4).

Volgens eerder onderzoek wordt het ongunstige sterftepatroon in de grote steden voor een groot deel verklaard door de oververtegenwoordiging van mensen met een lage sociaal-economische status (SES) (4). Uit bevolkingsgegevens uit Den Haag blijkt dat verschillen in sterftecijfers tussen wijken voor een belangrijk deel worden bepaald door verschillen in sociaal-economische status tussen bewoners van die wijken (5). Landelijke cijfers laten zien dat het verschil in levensverwachting tussen iemand met alleen lagere school en iemand met meer opleiding bijna 5 jaar is (6). Bij een lage SES is er sprake van een slechtere gezondheid, onder meer veroorzaakt door een minder gezonde leefstijl (meer roken, minder beweging en 'ongezondere' voeding) en slechtere woon- en werk-omstandigheden.

In de grote steden wonen relatief ook meer niet-westerse migranten. Bij deze groep hangt gezondheidsproblematiek voor een deel samen met een lagere SES maar is er ook sprake van specifieke gezondheidsproblemen. Bij niet-westerse migranten is, in vergelijking met autochtonen, de gezondheidstoestand in het algemeen minder gunstig en hebben sommige groepen een ongezondere leefstijl, vooral wat betreft roken (7)(8). Dit leidt in zijn algemeenheid echter niet tot een verhoogde sterfte onder niet-westerse migranten. De sterftecijfers in Den Haag over de periode 1995-2003 zijn voor niet-westerse migranten zelfs wat gunstiger dan voor autochtonen

(9)(10). Daarbij worden wel verschillen naar leeftijd en etniciteit gezien, met een hogere sterfte onder jongere niet-westerse migranten en een lagere sterfte onder oudere niet-westerse migranten. Bij Turkse en Marokkaanse mannen vanaf circa 30 jaar wordt een lagere sterfte gevonden, vergeleken met autochtone mannen, maar bij Surinaamse mannen is het risico op sterfte na hun 20e jaar groter dan bij autochtone mannen. Vanaf 35-44 jaar is de sterfte onder allochtone vrouwen lager dan de sterfte onder autochtone vrouwen. Ook uit landelijk onderzoek blijkt dat de totale sterftecijfers van niet-westerse migranten en autochtonen nauwelijks verschillen en ook hier is, in vergelijking met autochtonen, bij de niet-westerse migranten sprake van een hogere sterfte op jongere leeftijd en een lagere sterfte op oudere leeftijd (11) (12). Uit dit landelijke onderzoek komen ook verschillen naar doodsoorzaken naar voren. Bij niet-westerse migranten is de sterfte aan infectieziekten en niet-natuurlijke doodsoorzaken (ongevallen en geweld) relatief hoog maar de sterfte aan hart- en vaatziekten, kanker en respiratoire aandoeningen relatief laag. Overigens blijkt in Den Haag de sterfte aan hart- en vaatziekten onder Surinamers, vergeleken met autochtone Hagenaars, niet verlaagd maar vergelijkbaar te zijn. De verschillen naar doodsoorzaak verklaren voor een deel de verschillen in sterfte naar leeftijd omdat infectieziekten en niet-natuurlijke doodsoorzaken meer op jongere leeftijd voorkomen en hart- en vaatziekten, kanker en respiratoire aandoeningen meer op oudere leeftijd.

Voor de paradox van een slechtere gezondheidstoestand maar gunstiger sterftecijfers voor de niet-westerse migranten in vergelijking met autochtonen worden verschillende verklaringen gegeven. Kort samengevat komt het erop neer dat de gezondheidsaandoeningen die veel bij migranten voorkomen, niet levensbedreigend zijn. Verder loopt het sterftepatroon achter bij het ziektepatroon; veranderingen in ziekte gaan vooraf aan veranderingen in sterftecijfers. Daarom is het niet uitgesloten dat de sterftecijfers voor de niet-westerse migranten de komende jaren in ongunstige zin veranderen (13).

Ook bij de autochtone bevolking van de grote steden

is sprake van een slechtere gezondheid. Dit wordt veroorzaakt door de oververtegenwoordiging van inwoners met een lage SES en dit hangt weer samen met de uitstroom van de midden- en hogere inkomensgroepen naar de voorsteden en groeikernen (4).

In Nederland is in de periode 1950-2003 de levensverwachting voor mannen met 5,8 jaar gestegen tot 76,2 jaar en die van vrouwen met 8,3 jaar tot 80,9 jaar. Overigens is deze stijging vergeleken met andere Europese landen gering en ligt de levensverwachting van de Nederlandse vrouw in de Europese middenmoot; die van de Nederlandse mannen ligt hoger maar niet aan top (14).

De mannen lopen de achterstand ten opzichte van de vrouwen langzaam in. Dit komt deels doordat bij de vrouwen de toenemende levensverwachting sinds eind jaren tachtig is gestagneerd. Deze stagnatie wordt vooral toegeschreven aan het toenemende aantal vrouwen dat in het verleden is gaan roken. Afgaande op de meest recente gegevens lijkt er echter een einde te zijn gekomen aan die stagnatie bij de vrouwen. De stijging in de levensverwachting is vooral toe te schrijven aan de sterke daling in de sterfte aan hart- en vaatziekten en in mindere mate aan de daling in

sterfte aan kanker. De toename in de levensverwachting betekende vooral extra gezonde levensjaren: in het bijzonder de levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen is toegenomen door een daling van beperkingen in mobiliteit, gehoor en gezichtsvermogen (14).

Ook in Den Haag is dit patroon van een toenemende levensverwachting en een afname van het verschil tussen de mannen en vrouwen te zien. Dat ook in Den Haag het roken bij vrouwen een belangrijke rol speelt in de sterftecijfers blijkt uit het sterk verhoogde sterftecijfer voor longkanker (+ 42% vergeleken met Nederlandse vrouwen).

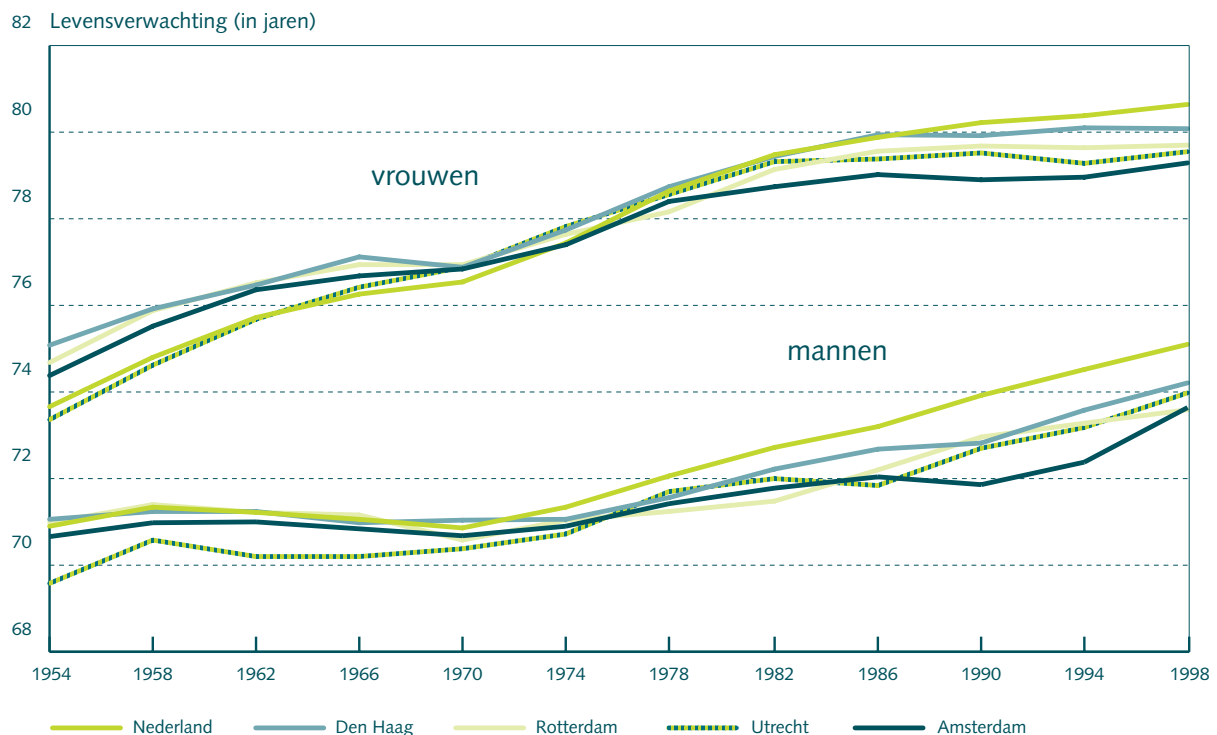
De levensverwachting in Den Haag is, zo blijkt uit onderzoek van het RIVM, sinds enkele decennia over het algemeen hoger dan in de andere drie grote steden (figuur 4) (4).

Opvallend is het gevonden forse verschil tussen Den Haag en Nederland in de gezonde levensverwachting. Blijven de verschillen in de levensverwachting bij geboorte en op 65-jarige leeftijd tussen Den Haag en Nederland beperkt tot maximaal één jaar, de gezonde levensverwachting is voor de Haagse mannen en vrouwen respectievelijk 4,5 en

Figuur 4

Ontwikkeling van de levensverwachting naar geslacht.

Den Haag, de drie andere grote steden en Nederland, vijfjaarsgemiddelden, 1952-2000. Bron: RIVM



5,3 jaar korter dan voor Nederlandse mannen en vrouwen. Dit heeft te maken met het grotere aandeel inwoners met een lage sociaal-economische status. Het zijn vooral de regio's waar veel mensen wonen met een lage sociaal-economische status die een relatief geringere gezonde levensverwachting kennen (14). Uit een ander landelijk onderzoek van het RIVM blijkt dat de verschillen in gezonde levensverwachting tussen degenen met een lage en met een hoge opleiding groot zijn. Mannen met alleen lagere school leven gemiddeld 64 jaar zonder een lichamelijke beperking en daarna nog 9 jaar met een lichamelijke beperking. Mannen met een hogere opleiding leven gemiddeld 74 jaar zonder een lichamelijke beperking en 4 jaar met een lichamelijke beperking. De totale levensverwachting van mannen met alleen lagere school is daarmee lager dan de levensverwachting zonder een lichamelijke beperking van mannen met een hogere opleiding, respectievelijk 73 en 74 jaar (6).

Bijna tweederde van alle sterfgevallen in Den Haag en ook in Nederland is toe te schrijven aan hart- en vaatziekten of nieuwvormingen. In Nederland neemt de sterfte aan hart- en vaatziekten af onder andere door betere behandelingsmethoden voor de ziekte zelf en de risicofactoren (hoge bloeddruk of ongunstige cholesterolwaarden) en door preventiemaatregelen (stoppen met roken, betere voeding). Ook de sterfte aan kanker daalt, maar niet zo snel als bij hart- en vaatziekten. De verwachting is dan ook dat in de komende jaren in plaats van hart- en vaatziekten kanker de belangrijkste doodsoorzaak wordt (14)(15). Voor deze aandoeningen geldt dat leefgewoonten als roken, ongezonde voeding, gebrek aan beweging en alcoholgebruik een belangrijke rol spelen bij het ontstaan ervan.

Tabaksgebruik, overmatig alcoholgebruik en overgewicht zijn verantwoordelijk voor een aanzienlijk deel van de totale ziektelast in Nederland (14). Dit biedt aanknopingspunten voor preventie, want deze ongezonde leefgewoonten zijn te beïnvloeden. Het laatste decennium is bijvoorbeeld op het gebied van rookpreventie veel bereikt, vooral bij de jongeren; in Den Haag en ook landelijk blijft het percentage rokende scholieren dalen (16)(17). De 'epidemie' van overgewicht onder volwassenen en kinderen duidt er echter op dat op het gebied van voeding (groente- en fruitconsumptie) en beweging nog veel gedaan moet worden. Hetzelfde geldt voor het alcoholgebruik onder volwassenen en jongeren.

De sterfte aan niet-natuurlijke doodsoorzaken is in Den Haag hoger dan landelijk, dit geldt ook voor de regio Amsterdam. Omdat een niet-natuurlijke dood relatief veel voorkomt op jongere leeftijd dragen deze doodsoorzaken in aanzienlijke mate bij aan het totaal aantal verloren levensjaren.

Voor de sterfte aan zelfdoding is opvallend veel hoger, dit wordt ook gezien in de regio Amsterdam. De mogelijke verklaring is dat in de grote steden relatief meer psychisch kwetsbare mensen wonen (18).

Concluderend: het sterftepatroon in Den Haag is ongunstiger vergeleken met Nederland maar vergelijkbaar met de andere grote steden. Het ongunstiger sterftepatroon valt vooral toe te schrijven aan het relatief grote aantal inwoners met een lage sociaal-economische status met de daarmee samenhangende slechtere gezondheid, veroorzaakt door een ongezondere leefstijl en slechtere woon- en werkomstandigheden. Het ongunstiger sterftepatroon kan niet zozeer worden verklaard door het grotere aandeel van niet-westerse migranten in de grote steden.

De achterliggende oorzaken van veel aandoeningen liggen veelal op het gebied van ongezonde leefgewoonten als roken, drinken, te weinig beweging en een ongezond voedingspatroon. Dit zijn leefgewoonten die beïnvloed kunnen worden. Gezondere leefgewoonten zullen niet alleen leiden tot een hogere levensverwachting maar vooral ook tot een hogere gezonde levensverwachting.

Literatuur

1. Lier A van. Sterfte in Zuid-Holland. Analyse van sterftecijfers in de provincie Zuid-Holland 1996-2002. Gezamenlijke uitgave van de GGD'en in de provincie Zuid-Holland, december 2005.
2. Hoeymans N, Mulder YM. Levensverwachting in goed ervaren gezondheid 1995-1999. In: Volksgezondheid Toekomstverkenning. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, www.nationaalkompas.nl, geraadpleegd september 2005.
3. Lier A van. Sterfte in Noord-Holland en Flevoland. Analyse van sterftecijfers in de provincies Noord-Holland en Flevoland 1996-2002. Gezamenlijke uitgave van de GGD'en in de provincies Noord-Holland en Flevoland, september 2005.
4. Lucht F van der, Verkleij H. Gezondheid in de grote steden: Achterstanden en kansen. RIVM rapport nr. 27055003. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2002.

5. Gemeente Den Haag. Dienst Burgerzaken. Bevolkingsgegevens 31-12-1977 tot en met 31-12-1998 en 31-12-1999 tot en met 31-12-2004 en gegevens over mortaliteit 2000-2004.
6. Hoeymans N, Lucht F van der. Zijn er verschillen naar sociaal-economische status?. In: Volksgezondheid Toekomstverkenning. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, www.nationaalkompas.nl, geraadpleegd september 2005.
7. 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(4):2-14.
8. Ariëns GAM, Middelkoop BJC, Smilde-van den Doel DA, Struben HWA. Gezondheidsvragen in de Stadsenquête Den Haag 2001 en 2003; de uitkomsten bekeken in relatie tot etnische achtergrond en opleidingsniveau. *Epidemiol Bul Grav* 2006;41(1):2-13.
9. Middelkoop BJC, Koolwijk AFM van. Sterfte naar etniciteit en sociaal-economische positie: gunstige cijfers voor de Hagenaars van mediterrane afkomst. *Epidemiol Bul Grav* 2002;37(4):15-23.
10. Gemeente Den Haag. Dienst Burgerzaken. Bevolkingsgegevens 31-12-1994 tot en met 31-12-2003 en gegevens over mortaliteit 1995-2003.
11. Mackenbach JP, Bos V, Garssen MJ, Kunst AE. Sterfte onder niet-westerse allochtonen in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk*, 2005;149; 917-23.
12. Bos V, Kunst AE, Keij-Deerenberg IM, Garssen MJ, Mackenbach JP. Ethnic inequalities in age- and cause-specific mortality in The Netherlands. *International Journal of Epidemiology*. 2004;33 (5); 1112-9.
13. Middelkoop BJC, Struben HWA. Sterfte en gerapporteerde gezondheid van migranten, een paradox? *Epidemiol Bul Grav* 2002;37(4):25-6.
14. Hollander AEM de, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM van (Eindredactie). *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2006.
15. Garssen MJ, Hoogenboezem J. Achtergronden van recente ontwikkelingen in de Nederlandse sterfte. *Ned Tijdschr Geneesk*, 2005;149;2554-60.
16. Berns MPH, Gelton AJM, Zwartendijk-Schats MATW. Roken, alcohol- en druggebruik onder Haagse scholieren vanaf 10 jaar. *Epidemiol Bul Grav* 2005;40(2):2-11.
17. Monshouwer K, Dorsselaer SAFM van, Gorter A, Verdurmen JEE, Vollebergh WAM. *Jeugd en riskant gedrag. Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek 2003*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2004.
18. Verkleij H, Verheij RA (Eindredactie). *Zorg in de grote steden. RIVM rapport 270556007*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2003.

Veranderingen in kennis en gedrag bij Haagse Hindostanen gedurende een vierjarig preventieproject over diabetes

I.M. van der Meer, A.P. van Dijk

Uit Haags onderzoek dat in 1996 in dit tijdschrift is gepubliceerd bleek de zelfgerapporteerde diabetes mellitus ¹ onder Hindostanen zes tot tien keer zo hoog als onder autochtone Nederlanders (1). Een volledige verklaring van het veelvuldig voorkomen van diabetes bij Hindostanen is nog niet voorhanden. In verschillende theorieën, zoals het 'centrale adipositas – insulineresistentiesyndroom' en het obesitas-inactiviteit syndroom (2), vervult overgewicht een belangrijke rol. De hypothese is dat een gezonder gedrag, direct en via overgewicht, de kans op het ontwikkelen van diabetes verkleint.

In 2002 is de GGD Den Haag gestart met een vierjarig project: 'Preventie van diabetes mellitus en hart- en vaatziekten bij Hindostanen in Den Haag'. Met dit project wordt beoogd door gezonder gedrag de kans op diabetes te verkleinen. Voor een dergelijke gedragsverandering moeten mensen over de nodige kennis beschikken en zich bewust zijn van (het risico op) diabetes en gezond gedrag. Om kennis, bewustzijn en gedrag te beïnvloeden is een aantal interventies uitgevoerd. Ieder projectjaar werd ook een groep Haagse Hindostanen ondervraagd over kennis, bewustzijn en gedrag. Onderstaand artikel doet verslag van dit onderzoek.

Projectbeschrijving

Het project 'Preventie van diabetes mellitus en hart- en vaatziekten bij Hindostanen in Den Haag' is uitgevoerd door de GGD Den Haag (afdeling Gezondheidsbevordering), Diabetes Vereniging Nederland (afdeling Den Haag), Stichting Federatie Eekta, Thuiszorg Den Haag en Sportsupport, onder leiding van de afdeling Gezondheidsbevordering van de GGD Den Haag. De stuurgroep werd gevormd door de GGD Den Haag, Stichting Surinaams Regionaal Steunpunt en Stichting Federatie Eekta (Hindostaanse zelforganisaties).

In het kader van het project zijn in de periode 2002-2005 diverse activiteiten uitgevoerd, vooral gericht op: kennis en bewustwording (1^e jaar), bewegen (2^e en 4^e jaar) en voeding en overgewicht (3^e en 4^e jaar).

Een overzicht:

- voorlichting over diabetes tijdens Milan, een jaarlijks Hindostaans festival in het Zuiderpark;
- toneelstukken over diabetes en over overgewicht;
- extra aandacht voor de deelname van Hindostanen aan de nationale gezondheidstest van TNO;

- radioprogramma's op radiozenders die door veel Hindostanen worden beluisterd (locaal en landelijk);
- artikelen in kranten en bladen die door veel Hindostanen worden gelezen;
- folders en flyers, waarvan enkele nieuw ontwikkeld;
- groepsvoorlichting door VETC-ers (voorlichters in eigen taal en cultuur);
- expertmeeting georganiseerd door de Hindoeraad Nederland;
- versterking Diabetes Vereniging Nederland afdeling Den Haag.

Onderzoek tijdens het project

De afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag heeft gedurende het project onderzoek gedaan naar veranderingen bij de volwassen Haagse Hindostanen op het gebied van:

- kennis/bewustzijn: de grotere kans op diabetes bij Hindostanen, risicofactoren van diabetes;
- gedrag: lichaamsbeweging, consumptie van groente en fruit.

¹ In het vervolg wordt diabetes mellitus (suikerziekte) met diabetes aangeduid.

Over de auteurs:

Ir. I.M. van der Meer en drs. A.P. van Dijk zijn beiden epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn.

In alle vier de projectjaren is kwantitatief onderzoek verricht onder de Haagse Hindostanen van 16 jaar en ouder. Een controlegroep kon niet worden samengesteld, omdat in principe alle Hindostanen aan de interventies blootgesteld konden worden, ook die uit andere steden die bijvoorbeeld als controlegroep hadden kunnen dienen. Om deelnemers voor het onderzoek te werven zijn interviewers ingezet op locaties waar veel Hindostanen komen: 1) Milan, een jaarlijks (eind juli) Hindostaans festival in het Zuiderpark 2) huisartsen met een grote Hindostaanse patiëntenpopulatie en 3) religieuze huizen (mandirs en een moskee) waar veel Hindostanen komen. Bij de keuze voor deze locaties is rekening gehouden met de leeftijdsverdeling van de bezoekers, zoals een jongere populatie bij Milan en een oudere populatie bij de huisartsen en religieuze huizen. Op de gekozen locaties werd geprobeerd zo veel mogelijk mensen die in aanmerking kwamen voor het onderzoek (Haagse Hindostaan van 16 jaar of ouder) een vragenlijst te laten invullen.

De metingen vonden elk jaar plaats van eind juli tot eind augustus. In de zomer van 2002 was de eerste meting. Omdat de interventies op dat moment van start gingen kan deze meting worden gezien als nulmeting. Na de vierde meting (2005) zijn geen interventies meer uitgevoerd, waardoor deze meting als eindmeting van de evaluatie wordt beschouwd. De resultaten betreffen hierdoor alleen de veranderingen gedurende de looptijd van het project.

De methode van gegevensverzameling is aangepast aan de locatie. Zo hebben tijdens het festival jaarlijks twaalf (geïnstreerde) Hindostanen mondeling de vragenlijst afgenomen bij zoveel mogelijk Haagse Hindostaanse bezoekers. Hierdoor werd voorkomen dat de vragenlijst werd beschouwd als folder die men aannam en weggooidde of die men na het invullen vergat naar een inzamelpunt te brengen. Ook werd zo voorkomen dat de deelnemer tijdens het invullen werd afgeleid en stopte. In de wachtkamer van de huisarts werd in verband met de privacy -alle andere wachtenden kunnen daar immers meeluisteren- de vragenlijst zoveel mogelijk door de deelnemers zelf ingevuld. Er was een interviewer aanwezig voor het uitdelen en inzamelen van de vragenlijst, en voor het beantwoorden van eventuele vragen of hulp aan mensen die bijvoorbeeld geen Nederlands konden lezen of geen bril bij zich hadden. In de mandirs en de moskee waren drie of vier interviewers aanwezig om na afloop van de dienst zoveel mogelijk vragenlijsten uit te delen. Tijdens de dienst vroeg de pandit, imam of bestuurder al aandacht voor het onderzoek. Hiermee werd voorkomen dat de bezoekers na de dienst direct zouden opstaan en weggaan. Zodra de vragenlijsten waren uitgedeeld hielpen de interviewers de deelnemers die de vragen niet zelf konden beantwoorden, de overige deelnemers vulden de lijst zelf in. Gezien de methode van gegevensverzameling is de vragenlijst kort gehouden, het invullen kon in vijf minuten. Met behulp van regressieanalyse en correctie voor geslacht, leeftijd, het hebben van diabetes en de locatie van gegevensverzameling is per vraag onderzocht

Tabel 1

Percentage deelnemers per jaar naar locatie van onderzoek, geslacht, leeftijd en het hebben van diabetes.

	2002	2003	2004	2005	Totaal
	%	%	%	%	%
Locatie:					
Milan	72	75	72	74	73
Huisartsen	18	16	18	14	16
Mandirs/moskee	11	9	10	12	11
Geslacht:					
Man	50	47	49	54	50
Vrouw	50	53	51	47	50
Leeftijd:					
16-29 jaar	42	47	40	37	42
30-49 jaar	39	34	36	43	38
50-59 jaar	12	11	12	12	12
60 jaar en ouder	7	7	12	8	9
Heeft diabetes:					
Ja	17	11	14	13	14
Nee	83	89	86	88	87
Aantal deelnemers:	1.436	1.393	1.278	1.384	5.491

of er een verandering is in de tijd. Op deze manier is ook gekeken of er op deze gebieden verschillen zijn tussen mannen en vrouwen, tussen diverse leeftijdscategorieën en tussen de deelnemers met en zonder diabetes; bij de analyses is rekening gehouden met de locatie van gegevensverzameling. Indien in de resultaten geen verschillen tussen de subgroepen vermeld staan zijn de gevonden verschillen niet significant.

Onderzoeksgroep

Het streven was elk jaar gegevens van 1.400 Haagse Hindostanen te verzamelen op de drie locaties. In tabel 1 staat het percentage deelnemers weergegeven per geslacht, leeftijdscategorie en het hebben van diabetes. Daarin is tevens het aantal Haagse Hindostanen weergegeven dat elk jaar meedeed.

In totaal zijn 5.491 door Haagse Hindostanen ingevulde vragenlijsten verzameld. Het streefaantal van 1.400 deelnemers per jaar is, bij benadering, elk jaar gehaald. In 2004 is het laagste aantal deelnemers gehaald, waarschijnlijk als gevolg van het slechte weer tijdens Milan in dat jaar. In totaal werd bijna driekwart (73%) van de interviews gehouden tijdens Milan. Aan het onderzoek hebben ongeveer evenveel mannen als vrouwen deelgenomen. De verdeling van de deelnemers per leeftijdscategorie is vergeleken met de leeftijdsverdeling van de Surinamers in Den Haag. Hieruit blijkt dat aan het onderzoek relatief meer 16-29 jarigen hebben deelgenomen, en relatief minder 30-50 jarigen dan er in Den Haag wonen. Om deze reden zijn de vervolganalyses gewogen naar leeftijd. Dit is een wiskundige methode om ondanks de onder- en oververtegenwoordiging van deelnemers in leeftijdsgroepen toch uitslagen te berekenen die representatief zijn voor de gehele groep.

Bijna één op de zeven deelnemers (14%) gaf aan diabetes te hebben. Dit percentage varieerde per jaar (11%-17%).

Resultaten

Kennis/bewustzijn

Grotere kans op diabetes

De deelnemers is gevraagd of Hindostanen een grotere kans op diabetes hebben dan Nederlanders. Het goede antwoord is ja: Hindostanen hebben een grotere kans op diabetes dan Nederlanders. De meerderheid van de Hindostanen (gemiddeld 85%) gaf het goede antwoord. Dit percentage steeg van 80% in 2002 tot 89% in 2005.

Tussen 2002 en 2005 is het percentage goede antwoorden vooral in de groep 16-29 jarigen toegenomen (figuur 1). Vrouwen en deelnemers met diabetes gaven vaker dan mannen en deelnemers zonder diabetes aan, dat Hindostanen een grotere kans hebben op diabetes.

Risicofactoren

De deelnemers werd gevraagd of overgewicht, het eten van rijst, het eten van vis en het voorkomen van diabetes in de familie de kans op het krijgen van diabetes vergroot. Bij overgewicht en het voorkomen van diabetes in de familie is de kans op het krijgen van diabetes inderdaad groter, bij het eten van rijst en vis is dit niet het geval. In 2002 bleek dat deze vragen verkeerd werden begrepen. Daarom is de formulering van deze vragen in de volgende jaren aangepast en is in de analyses het jaar 2002 buiten beschouwing gelaten.

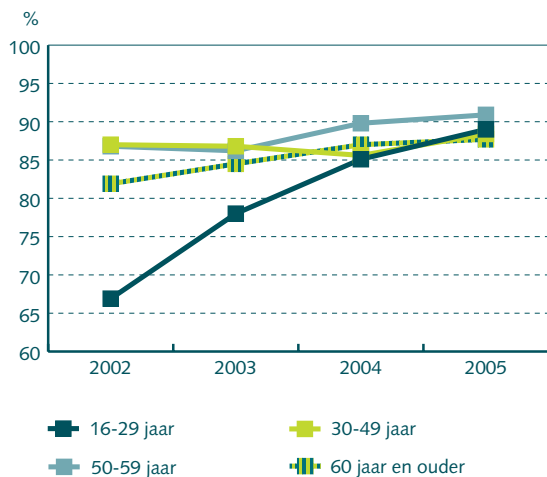
Bij alle vier de vragen steeg het aantal goede antwoorden tussen 2003 en 2005. In totaal heeft in het laatste onderzoeksjaar (2005) meer dan tachtig procent de vragen over overgewicht (84%), vis (84%) en het voorkomen van diabetes in de familie (88%) goed beantwoord. Dat het eten van rijst niet een grotere kans op diabetes geeft was bij veel minder Hindostanen bekend, deze vraag werd in 2005 door slechts 27% goed beantwoord. Vrouwen gaven bij de vragen over overgewicht, vis en het voorkomen in de familie vaker een goed antwoord dan mannen. Mannen gaven bij de vraag over rijst vaker een goed antwoord. Op de vragen over overgewicht en diabetes in de familie gaven mensen met diabetes vaker een goed antwoord dan mensen zonder diabetes. Ouderen gaven vaker dan jongeren een goed antwoord op de vraag over het eten van rijst.

Gedrag

Ten aanzien van het gedrag is gevraagd naar de lichaamsbeweging, de consumptie van groente en de consumptie van fruit. Voor elk van deze gedragingen werd de deelnemers gevraagd uit te gaan van een gemiddelde week en aan te geven op hoeveel dagen van de week zij dit doen. Ook werd gevraagd naar de hoeveelheid, maar niet voldoende nauwkeurig om te kunnen vergelijken met de landelijke normen. Omdat de vragen elk jaar hetzelfde waren is een trendanalyse gedaan op basis waarvan wel kan worden geconcludeerd of de hoeveelheid (beweging/groente-/fruitconsumptie) in de periode 2002-2005 is veranderd. Tevens kan worden geconcludeerd dat iedereen die met het aantal dagen onder de aanbeveling zit, dit

Figuur 1

Percentage dat aangeeft dat Hindostanen een grotere kans hebben op diabetes dan Nederlanders (goede antwoord) naar leeftijd en jaar van meting. Den Haag 2002 - 2005.



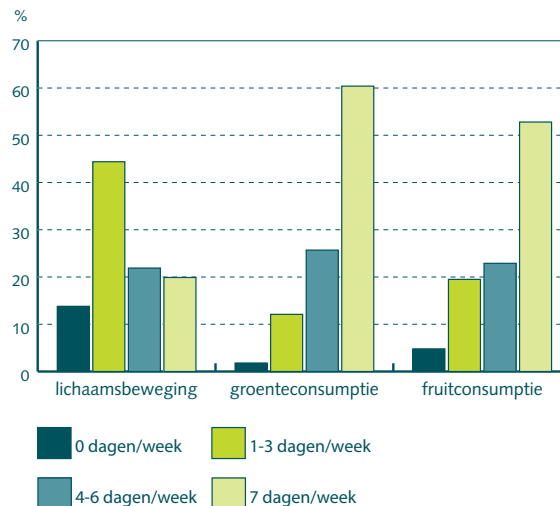
gedrag in ieder geval onvoldoende vertoont en niet aan de norm voldoet.

Lichaamsbeweging

Bij de vraag naar lichaamsbeweging werd als voorbeeld 'sporten, fietsen, yoga, dansen, tuinieren en dergelijke' genoemd. Wij beschouwen de intensiteit van deze activiteiten als matig intensief of zwaarder. De Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) is voor volwassenen tenminste vijf dagen per week 30 minuten matig actief bewegen, maar bij voorkeur elke dag (3). Het gemiddeld aantal dagen dat de deelnemers in het laatste onderzoeksjaar (2005) per week aan lichaamsbeweging deden was 3,4; dit verschilde niet per jaar van meting. In de loop van het project is het percentage deelnemers dat niet beweog afgenomen, het percentage deelnemers dat 1 tot 4 dagen beweog nam toe, en het percentage deelnemers dat 7 dagen per week beweog nam af. In de totale groep beweog in het laatste onderzoeksjaar 34% tenminste vijf dagen per week, wat betekent dat tweederde in ieder geval niet aan de NNGB voldoet. Twintig procent beweog in het laatste onderzoeksjaar elke dag (figuur 2). Mannen deden op meer dagen per week aan beweging dan vrouwen. Ook personen ouder dan 50 jaar gaven aan op meer dagen per week aan beweging te doen dan personen jonger dan 50. De trendanalyse van de totale tijdsduur die per week aan lichaamsbeweging werd besteed liet zien dat er tot 2004 een stijging was. In 2005 daalde dit aantal uren echter weer tot het niveau van 2002.

Figuur 2

Percentage deelnemers naar aantal dagen per week lichaamsbeweging, groente- en fruitconsumptie in het laatste onderzoeksjaar. Den Haag 2005.



Groente

De landelijk aanbevolen hoeveelheid groente per persoon is elke dag tenminste 200 gram (4 opscheplepels) (4). In alle onderzoeksjaren at ruim de helft van de deelnemers elke dag groente, in 2002 en 2003 was dat 55%, dit is gestegen naar 61% in 2004 en 60% in 2005. Het gemiddeld aantal dagen dat groente werd gegeten is tussen 2003 en 2004 licht gestegen, waarna het in 2005 stabiel bleef. In het laatste onderzoeksjaar (2005) werd gemiddeld 5,9 dagen per week groente gegeten. Ongeveer één op de zeven (13%) deelnemers at in het laatste onderzoeksjaar drie dagen per week of minder groente, dit is minder dan om de dag (figuur 2).

Meer vrouwen dan mannen aten elke dag van de week groente. De 60-plussers aten vaker groente dan de 16-29-jarigen. De totale hoeveelheid gegeten groente nam toe tot 2004, in 2005 daalde de hoeveelheid gegeten groente tot het niveau van 2002/2003.

Fruit

In Nederland wordt aanbevolen om dagelijks twee porties fruit (200 gram) te eten. De helft van de deelnemers at dagelijks fruit. Het percentage deelnemers dat dagelijks fruit at steeg van 48% in 2002 naar 53% in 2005. Het percentage deelnemers dat 1 tot 3 dagen in de week fruit at daalde in diezelfde periode van 27% naar 20%. Het gemiddeld aantal dagen dat er fruit werd gegeten nam met de jaren toe. Gemiddeld werd er in het laatste onderzoeksjaar (2005) op 5,3 dagen in de week fruit gegeten. (zie ook figuur 2).

Meer vrouwen dan mannen aten elke dag fruit. Jongeren aten minder vaak dagelijks fruit, in tegenstelling tot 60-plussers (73% bij 60-plussers ten opzichte van 33% bij 16-29 jarigen). Na de meting in 2002 was er een toename van de totale hoeveelheid fruit, vanaf 2003 nam deze consumptie weer wat af.

Conclusies

Vooraf onder de 16-29 jarigen is het bewustzijn van het grotere risico op diabetes van Hindostanen gestegen. In alle leeftijdsgroepen samen wist in het laatste onderzoeksjaar 89% van dit grotere risico.

De kennis over risicofactoren is gedurende de looptijd van het project gestegen. Ruim tachtig procent van de deelnemers wist in het laatste onderzoeksjaar dat overgewicht (84%) en het voorkomen van diabetes in de familie (88%) de kans op diabetes vergroten, en dat de consumptie van vis de kans op diabetes niet vergroot (84%). Bijna driekwart (73%) van de Hindostanen dacht nog steeds foutief dat de consumptie van rijst de kans op diabetes vergroot.

Het gemiddeld aantal dagen per week dat men in het laatste onderzoeksjaar (2005) aan lichaamsbeweging deed is 3,4; dit verschilde niet per jaar van meting. Eenvijfde van de deelnemers deed in het laatste onderzoeksjaar elke dag aan lichaamsbeweging.

Het aantal dagen dat men groente at is tussen 2003 en 2004 licht gestegen, waarna het in 2005 stabiel bleef. In het laatste onderzoeksjaar (2005) werd gemiddeld 5,9 dagen per week groente gegeten, 60% van de deelnemers at elke dag groente.

Het gemiddeld aantal dagen dat er fruit werd gegeten nam met de jaren toe. In het laatste onderzoeksjaar werd er gemiddeld op 5,3 dagen in de week fruit gegeten, ruim de helft (53%) van de deelnemers at dagelijks fruit.

Over het algemeen kan worden geconcludeerd dat kennis en bewustzijn zijn gestegen, en dat deze in het laatste onderzoeksjaar op een hoog niveau waren. Van de gedragsaspecten is een toename te zien in het aantal dagen dat groente en fruit werd geconsumeerd. Het aantal dagen dat aan lichaamsbeweging werd gedaan is gelijk gebleven. Voor zowel lichaamsbeweging, groente- als fruitconsumptie is in ieder geval een verdere verhoging van het aantal dagen noodzakelijk om aan de nationale aanbeveling te kunnen voldoen.

Bespreking

De deelnemers zijn geworven op locaties waar veel Hindostanen komen. Het trekken van een aselechte steekproef, bijvoorbeeld uit het bevolkingsregister, heeft over het algemeen de voorkeur in dit type onderzoek. Een aselechte steekproef is representatief en geeft meer inzicht in algemene kenmerken (leeftijd en geslacht) van het deel van de populatie dat niet wordt bereikt. Voor een dergelijke steekproeftrekking is niet gekozen omdat de verwachting was dat na een mondelinge of telefonische uitnodiging veel meer Hindostanen tot deelname bereid waren dan na een schriftelijke. De telefonische benadering was ook geen optie omdat de telefoonnummers niet in het bevolkingsregister staan, slecht bekend zijn en veel wijzigen waardoor het achterhalen van deze nummers onvoldoende resultaat zou opleveren. Een andere reden waarom niet voor de aselechte steekproef is gekozen is dat in het bevolkingsregister niet geregistreerd staat wie Hindostaans is. Daardoor zou een inschatting gemaakt moeten worden op basis van de Surinaamse herkomst en de achternaam.

De representativiteit van de deelnemers aan dit onderzoek ten opzichte van de totale groep volwassen Haagse Hindostanen is zoveel mogelijk gewaarborgd door de verschillende locaties waar de deelnemers werden geworven. Daarnaast was de ervaring van de interviewers dat de meeste aangesproken Hindostanen bereid waren om mee te werken. Dit laatste betekent dat er waarschijnlijk een lage non-respons is, waardoor de kans op vertekening ten gevolge van non-respons klein is.

De gegevens werden verzameld in de periode eind juli – augustus, een periode waarin veel mensen met vakantie zijn. De verwachting is echter dat dit geen groot probleem is, omdat veel Hindostanen tijdens Milan nog niet op vakantie zijn. Omdat de gegevens elk jaar in dezelfde periode werden verzameld, zal een eventuele selectie in de onderzoekspopulatie door de vakantie niet van invloed zijn op de gevonden veranderingen gedurende de looptijd van het project. Het onderzoeken van veranderingen door interventies die gericht zijn op het bevorderen van gezond gedrag in een algemene populatie is methodologisch lastig. Dat speelt ook bij dit onderzoek. Een controlegroep mag niet worden blootgesteld aan de interventies, en in dit project is dit niet te vermijden door de activiteiten op Milan en de aandacht in de lokale en landelijke media. Door het ontbreken van een controlegroep is het onduidelijk of de bereikte resultaten ook het

gevolg zijn van de ingezette interventies. Gezien de veelheid aan interventies is de verwachting dat de interventies van dit project wel een bijdrage zullen hebben geleverd aan het bereikte resultaat. Echter, het blijft onduidelijk welke interventie nu precies welk effect heeft gehad.

Ondanks de beperkingen zoals hierboven genoemd, zijn er gedurende de projectjaren verschillende toenames op de gebieden kennis/bewustzijn en gedrag. Gezien de grote inzet van activiteiten en het ingeschatte bereik is de verwachting dat het project heeft bijgedragen aan deze positieve veranderingen. Op het terrein van gedragsverandering valt echter nog winst te boeken, aangezien de nationale normen (gerelateerd aan het aantal dagen) door een groot deel van de doelgroep nog niet worden gehaald.

Dankwoord. De auteurs willen allen die een bijdrage aan het diabetesproject en het hier gepresenteerde onderzoek hebben geleverd van harte bedanken. In het bijzonder dank aan alle interviewers die de ruim vijfduizend ingevulde vragenlijsten hebben verzameld.

Het volledige rapport over dit onderzoek is op te vragen bij Mw. H. Schreiner, tel.: 070 – 353 71 05, e-mail: h.schreiner-heyne@ocw.denhaag.nl.

Kennis/bewustzijn over diabetes en gezond gedrag bij Haagse Hindostanen; een onderzoek tijdens het vierjarige project 'Preventie diabetes mellitus en hart- en vaatziekten bij Hindostanen in Den Haag'. Gemeente Den Haag Dienst OCW, Productgroep Epidemiologie, Maatschappelijke Zorg en Gezondheidsbevordering. Ir. I.M. van der Meer, drs. A.P. van Dijk. December 2006.

Literatuur

1. Middelkoop BJC, Ramsaransing GN, Sadhoeram SM, Burger I, Struben HWA. Suikerziekte onder Hindostaanse Surinamers. Verontrustende ziekte- en sterftegegevens. Epidemiologisch bulletin 1996;31(2):5-11.
2. Middelkoop BJC. Waarom hebben Hindostanen zo vaak suikerziekte? Een overzicht van de literatuur. Epidemiologisch bulletin 1999;34(4):15-21.
3. <http://www.bewegingsvraagstukken.nl/themas/NBN.html>. Geraadpleegd op 29-09-2006.
4. http://www.voedingscentrum.nl/voedingscentrum/Public/Dynamisch/hoe+eet+ik+gezond/hoeveelheden+per+dag/hoeveelheden+per+dag_.htm. Geraadpleegd op 29-09-2006.

Etnische groep en leefstijl bepalen vitamine D-status bij niet-westerse allochtonen in Nederland

I.M. van der Meer, A. J. P. Boeke, P. Lips, B. J. C. Middelkoop, namens de werkgroep vitamine D bij niet-westerse allochtonen¹.

De afgelopen jaren is in twee kleinschalige onderzoeken in Nederland geconstateerd dat relatief veel volwassen immigrantenvrouwen van niet-westerse herkomst een tekort aan vitamine D hebben. Omdat hiermee niet bekend was of het vitamine D-tekort alleen vrouwen betreft, en men evenmin wist hoe zo'n tekort kan worden voorkomen, was een grootschaliger onderzoek gewenst. Dat onderzoek – 'Vitamine D-status bij niet-westerse allochtonen' – is inmiddels uitgevoerd door de GGD Den Haag in samenwerking met het VU medisch centrum, het NIVEL en diverse huisartsen in onder andere Den Haag. In onderstaand artikel wordt er verslag van gedaan.

Vitamine D

Vitamine D is voor het functioneren van het menselijk lichaam een onontbeerlijke stof. Het wordt enerzijds aangemaakt in de huid onder invloed van zonlicht en anderzijds opgenomen via voedingsbronnen zoals vette vis en margarine. In Nederland vindt de aanmaak in de huid alleen plaats in de maanden april tot en met september. In de overige (winter)maanden staat de zon te laag, waardoor de intensiteit te gering is voor de productie van vitamine D. Om eenzelfde hoeveelheid vitamine D aan te maken hebben personen met een donkere huid meer blootstelling aan zonlicht nodig dan personen met een lichte huid. Onvoldoende blootstelling aan zonlicht en/of onvoldoende vitamine D via de voeding kan leiden tot een vitamine D-tekort. Vitamine D-tekort leidt tot spierpijnen en spierzwakte (hypovitaminose D myopathie) en uiteindelijk tot botafwijkingen, zoals botweekheid (osteomalacie) bij volwassenen en Engelse ziekte (rachitis) bij kinderen. Een lage consumptie van calcium (zuivel) verergert het effect van dit tekort. Niet-westerse allochtonen die leven in noordelijke landen, zoals Nederland, vormen een risicogroep voor vitamine D-tekort. Zij hebben over het algemeen een

donkerder huid dan autochtone Nederlanders, waardoor een grotere blootstelling aan zonlicht gewenst is. Bovendien vindt in deze groepen mogelijk vaker zonnijdend gedrag plaats (keuze voor in de schaduw in plaats van in de zon) en een verminderde consumptie van vitamine D-rijke en calciumrijke voedingsmiddelen.

Eerder onderzoek

In de jaren zeventig van de vorige eeuw kwamen er signalen dat het aantal gevallen van rachitis toenam. Uit Haags onderzoek bleken 0-4 jarige kinderen uit immigrantengezinnen de belangrijkste risicogroep voor rachitis te zijn (1). In de jaren tachtig zijn vervolgonderzoeken uitgevoerd en werd een antirachitiscampagne gestart (2-6).

Jaren later, in 2002, is onderzocht of er op dat moment weer aanwijzingen waren voor vitamine D-tekort in deze jonge groep (7). Het bleek dat de kennis over vitamine D bij de ouders niet optimaal was en dat een substantieel deel van de 0-4 jarigen niet voldeed aan de door de Gezondheidsraad aanbevolen hoeveelheid supplementen. Hiervoor is opnieuw aandacht gevraagd bij Thuiszorg Den Haag.

¹ Overige leden van de werkgroep: M.A. Blankenstein, klinisch chemicus, VUmc, Amsterdam; L.M. Bouter, epidemioloog, EMGO Instituut, Amsterdam; W.L.J.M. Devillé, arts-epidemioloog, Nivel; I. Grootjans-Geerts, huisarts, Amersfoort; J.P.M. Wielders, klinisch chemicus, Meander Medisch Centrum, Amersfoort; J.D. Wuister, huisarts, Gezondheidscentrum De Rubenshoek, Den Haag; C. Zwart, huisarts, Haarlem.

Over de auteurs:

Ir. I.M. van der Meer, epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn; dr. A.J.P. Boeke, huisarts, Amsterdam en senior onderzoeker, Onderzoeksgroep Huisartsgeneeskunde, EMGO Instituut, Vrije Universiteit (VU) medisch centrum, Amsterdam; prof. dr. P. Lips, internist-endocrinoloog, afdeling Endocrinologie, VU medisch centrum, Amsterdam; dr. B.J.C. Middelkoop, arts-epidemioloog, afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn en afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), Leiden.

Eveneens in 2002 werden twee pilotonderzoeken over het vóórkomen van vitamine D-tekort bij volwassen immigrantenvrouwen in Nederland gepubliceerd (8)(9). Veel vrouwen bleken een vitamine D-tekort te hebben. Ook onderzoek onder zwangere vrouwen toonde aan dat de meerderheid van de niet-westerse zwangeren een vitamine D-tekort had (10)(11). De conclusie van de onderzoekers was dat vervolgonderzoek gewenst was, omdat niet bekend was of het tekort alleen bij vrouwen zo vaak voorkwam (het gepresenteerde onderzoek betrof immers alleen vrouwen) en hoe het tekort voorkómen zou kunnen worden. Om hier meer inzicht in te krijgen is de GGD Den Haag in samenwerking met het VU medisch centrum, het NIVEL en diverse huisartsen in onder andere Den Haag het onderzoek 'Vitamine D-status bij niet-westerse allochtonen' gestart.

Opzet onderzoek

Voor het onderzoek is een steekproef getrokken uit de personen van 18 t/m 65 jaar in de patiëntenpopulatie van tien huisartsenpraktijken of gezondheidscentra in Amersfoort, Amsterdam, Den Haag en Haarlem. De steekproef werd gestratificeerd naar geslacht en etnische groep, een manier om ervoor te zorgen dat uit deze groepen voldoende personen in de steekproef kwamen. In totaal zijn 2.397 personen uitgenodigd, ongeveer 200 per geslacht en etnische groep: autochtoon Nederlands, Turks, Marokkaans, Hindostaans, Creools en sub-Sahara Afrikaans. In deze fase werd de etnische groep bepaald op basis van de inschatting van de huisartsen.

De personen uit de steekproef werden geïnformeerd over doel en opzet van het onderzoek en de vrijwilligheid van deelname, en uitgenodigd aan het onderzoek deel te nemen. Vanwege de invloed van zonlicht werd elk kwartaal een kwart van de personen uit de steekproef aangeschreven en verzocht een afspraak te maken voor het onderzoek. De afspraak voor het onderzoek vond plaats in de huisartsenpraktijk, het gezondheidscentrum of op een locatie in een dichtbij gelegen gebouw. Aan de deelnemers werd gevraagd een vragenlijst in te vullen en verschillende metingen (onder andere lengte en gewicht) te ondergaan. In de vragenlijst waren naast enkele algemene vragen, vragen over de consumptie van vitamine D- en calciumrijke voedingsmiddelen en vragen over de blootstelling aan zonlicht opgenomen. Voor bloedafname werden de deelnemers verwezen naar het dichtstbijzijnde bloedafname laboratorium. Het afgenomen bloed werd afgedraaid en naar het VU medisch centrum in Amsterdam vervoerd. Daar werd

de serum 25-hydroxyvitamine D-concentratie (25(OH)D) bepaald en al dan niet gekwalificeerd als een tekort (serum 25(OH)D < 25 nmol/l).

Om deelnemers te stimuleren aan het onderzoek deel te nemen zijn diverse maatregelen genomen.

Zo werd er een beloning in het vooruitzicht gesteld voor deelname aan het onderzoek. Wie na de eerste schriftelijke uitnodiging niet had gereageerd werd, indien mogelijk, telefonisch benaderd. Omdat veel telefoonnummers onbekend waren werden ook herhalingsuitnodigingen verzonden. Een kleine groep werd thuis bezocht, maar vanwege de grote personele inzet die dit vergde en de zeer magere opbrengst is dit niet op grote schaal gebeurd.

De verzamelde gegevens werden (ontdaan van de identificeerbare persoonsgegevens) ingevoerd in een digitale database. Met SPSS versie 12.0.1 werden de statistische analyses uitgevoerd.

Opkomst

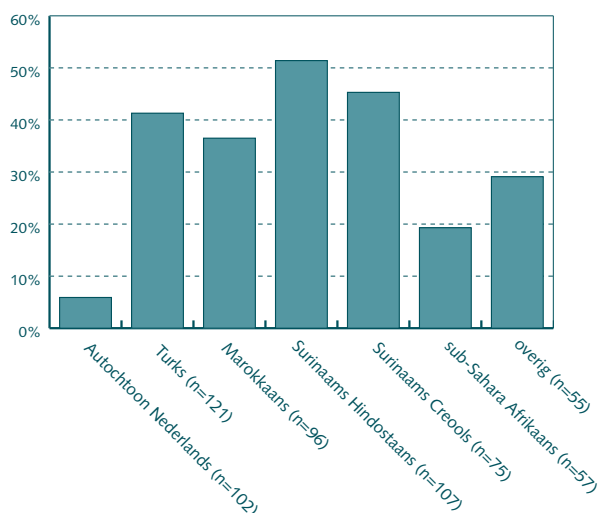
In totaal hebben 677 personen (28%) aan het onderzoek deelgenomen. De opkomst was hoger bij vrouwen (34%) dan bij mannen (22%). Sub-Sahara Afrikanen hadden een lagere opkomst (18%) dan de autochtone Nederlanders (29%). Bij een aantal personen ontbraken essentiële gegevens (bijvoorbeeld vitamine D-concentratie of de geboortelanden voor de bepaling van de etnische groep) en een aantal anderen viel buiten de steekproef (bijvoorbeeld verkeerde leeftijd). Uiteindelijk konden voor de analyse de gegevens van 613 personen worden gebruikt.

Resultaten

De aantallen per etnische groep en het vóórkomen van vitamine D-tekort in deze groepen staan weergegeven in figuur 1.

Figuur 1

Voorkomen van vitamine D-tekort (serum 25(OH)D < 25 nmol/l) per etnische groep.



Tijdens de steekproeftrekking werd de etnische groep bepaald aan de hand van de inschatting van de huisartsen. Tijdens de analyse echter, werd de etniciteit gebaseerd op de geboortelanden van de deelnemer en zijn/haar ouders. Doordat de indelingen op basis van deze methode niet altijd overeenkwamen, is er een extra etnische groep gevormd met personen die een andere herkomst bleken te hebben.

Vitamine D-tekort blijkt substantieel en significant vaker voor te komen in de niet-Nederlandse groepen.

Analyse met een combinatie van risicofactoren liet zien dat, in volgorde van sterkte, een hogere consumptie van vette vis, het gebruik van supplementen, een hoger percentage onbedekte huidoppervlakte, het gebruik van de zonnebank, een hogere consumptie van margarine en een voorkeur voor in de zon zijn, significant en positief geassocieerd waren met de vitamine D-concentratie. Dit betekent dat al deze factoren een onafhankelijke en gunstige invloed hebben op de vitamine D-status. Uit de analyse bleek ook dat zwangerschap/lactatie een onafhankelijke determinant van de vitamine D-concentratie was: zwangere en lacterende vrouwen hadden een lagere vitamine D-concentratie.

De prevalentie van vitamine D-tekort was hoger bij vrouwen (35,6%) dan bij mannen (30,8%), maar het verschil bleek niet significant. Na correctie voor de andere risicofactoren (zie vorige alinea) bleek geslacht niet onafhankelijk van invloed op de vitamine D-concentratie. Dit betekent dat het verschil in vitamine D-concentratie tussen mannen en vrouwen verklaard wordt door de risicofactoren voor vitamine D. Een deel van deze verklaring is de negatieve associatie tussen zwangerschap/lactatie en de vitamine D-concentratie. Daarnaast consumeerden vrouwen ten opzichte van mannen minder margarine en vette vis (deze laatste niet significant) en hadden minder vrouwen een voorkeur voor in de zon zijn (niet significant).

Conclusie en bespreking

Uit dit onderzoek blijkt dat niet-westerse allochtonen in Nederland veel vaker een vitamine D-tekort hebben dan autochtone Nederlanders, het verschil tussen mannen en vrouwen is niet significant. Een hogere consumptie van vette vis, het gebruik van supplementen, een hoger percentage onbedekte huidoppervlakte, het gebruik van de zonnebank, een hogere consumptie van margarine en de voorkeur

voor in de zon zijn, zijn onafhankelijk en positief geassocieerd met de vitamine D-concentratie; zwangerschap/lactatie bleek onafhankelijk negatief geassocieerd met de vitamine D-concentratie. Het veelvuldige vóórkomen van vitamine D-tekort bij niet-westerse allochtonen komt overeen met de eerder genoemde kleinschaliger onderzoeken (8)(9) en met resultaten die in andere noordelijke landen zijn gevonden (12)(13).

In de eerdere Nederlandse onderzoeken onder niet-westerse allochtonen is het vóórkomen van vitamine D-tekort alleen bij vrouwen onderzocht (8)(9). Uit het hier gepresenteerde onderzoek blijkt dat vitamine D-tekort vaker voorkomt bij vrouwen dan bij mannen, maar dit verschil is niet statistisch significant. Dat een vitamine D-tekort ook bij niet-westerse mannen veel voorkomt is inmiddels ook door een huisarts uit Delft geconstateerd (18). Nadat de eerdere onderzoeken waren gepubliceerd werd onder andere in de lokale media gesuggereerd dat het gebruik van hoofddoekjes en sluiers een belangrijke reden voor vitamine D-tekort bij de niet-westerse vrouwen zou zijn. In het hier gepresenteerde onderzoek is niet gevraagd naar het dragen van hoofddoekjes en sluiers. Er is uitgegaan van een meer generaliseerbare maat, namelijk het percentage onbedekte huidoppervlakte (nagevraagd door uit te gaan van lichaamsdelen, zoals gezicht, handen enz.). Hieruit blijkt dat hoe hoger het percentage onbedekte huidoppervlakte, hoe kleiner de kans op vitamine D-tekort. Omdat het dragen van hoofddoeken van alle groepen in dit onderzoek waarschijnlijk het vaakst voorkomt bij de Turken en Marokkanen, hebben we deze twee groepen apart bekeken. Het percentage onbedekte huidoppervlakte bleek niet significant te verschillen tussen mannen en vrouwen. Al met al blijkt dus dat a) ook allochtone mannen vaak een vitamine D-tekort hebben en b) het percentage onbedekte huidoppervlakte niet de verklaring vormt voor het verschil in vóórkomen van vitamine D-tekort tussen mannen en vrouwen.

De in dit onderzoek gehanteerde grenswaarde voor vitamine D-tekort van 25 nmol/l is gebaseerd op de referentiewaarde van het laboratorium dat de bepalingen deed (VU medisch centrum), en is beargumenteerd in de literatuur (14). Er bestaat echter geen consensus over wat de juiste grenswaarde zou moeten zijn, er worden hogere grenswaarden voorgesteld (15-17). Een hogere grenswaarde impliceert dat een vitamine D-tekort bij een nòg groter deel van de bevolking voorkomt. Zo zou volgens de resultaten van dit onderzoek bij een grenswaarde van 50 nmol/l 84,0% van de allochtone Nederlanders een vitamine

D-tekort hebben, ten opzichte van 23,5% van de autochtone Nederlanders.

Van de uitgenodigde personen heeft 28% aan het onderzoek deelgenomen. Dit kan hebben geleid tot selectie en een vertekening van de resultaten, doordat personen die weinig buiten komen mogelijk minder snel geneigd zullen zijn om aan het onderzoek deel te nemen. Indien dit het geval is zullen de werkelijke prevalenties van personen met een vitamine D-tekort nog hoger zijn dan de hier gepresenteerde resultaten. Medische hulpverleners zouden zich bewust moeten zijn van het veelvuldig vóórkomen van vitamine D-tekort bij niet-westers allochtonen, zowel bij mannen als bij vrouwen. Zelfs bij de in dit onderzoek gehanteerde (lage) grenswaarde voor vitamine D-tekort (25 nmol/l), bleek ongeveer de helft van de niet-westerse deelnemers een vitamine D-tekort te hebben. Het is belangrijk dat hulpverleners alert zijn op dit tekort bij niet-westerse patiënten met diffuse (spier)pijnklachten of moeheid, en dat dit wordt behandeld. De behandeling bestaat uit het toedienen van vitamine D, eventueel in combinatie met calcium. Wat de meest optimale behandeling is, is nog niet bekend. Aan het VUmc wordt hier momenteel onderzoek naar gedaan. Om zoveel mogelijk te voorkómen dat personen een vitamine D-tekort ontwikkelen is aandacht voor vette vis, margarine, supplementen en blootstelling aan zonlicht noodzakelijk.

Dankwoord. De auteurs willen alle huisartsen, -assistenten, interviewers, VETC-ers, laboratoriummedewerkers e.a. bedanken voor hun inzet. En natuurlijk ook alle deelnemers. Het onderzoek kon worden uitgevoerd dankzij een financiële bijdrage van Stichting Nuts Ohra.

Literatuur

- Nijhuis HGJ, Zoethout HE, de Jong GM. De terugkeer van een volksziekte: rachitis. *Epidemiologisch Bulletin* 1982;17(3):7-15.
- Nijhuis HGJ, Struben HWA, Avezaat JJM, Lutjehuis MJT. Rachitis onder eerste-generatie immigranten. *Epidemiologisch Bulletin* 1983;18(4):15-24.
- Nijhuis HGJ. De antirachitiscampagne te Den Haag 1983-1984. *Epidemiologisch Bulletin* 1985;20(1):8-19.
- Nijhuis HGJ. Rachitis-surveillance. *Epidemiologisch Bulletin* 1986;21(3):24-5.
- Verkade-Burger I, de Jong GM. Rachitis in Den Haag; de stand per 31 december 1986. *Epidemiologisch Bulletin* 1987;22(4):28-30.
- Nijhuis HGJ, Zoethout HE. Rachitis in Den Haag; andere risicogroepen uit de vitamine D-deficiëntie-ijsberg. *Epidemiologisch Bulletin* 1986;21(1):23-9.
- Hornstra R, van der Meer IM, Bleeker JK. Vitamine D bij 0-4-jarigen; Zijn er aanwijzingen voor een mogelijk tekort? *Epidemiologisch Bulletin* 2003;38(2):14-9.
- Grootjans-Geerts I, Wielders JP. Pilotonderzoek naar hypovitaminose D bij ogenschijnlijk gezonde gesluiserde Turkse vrouwen: ernstige vitamine D-deficiëntie bij 82%. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002;146(23):1100-1.
- Wuister JD, van der Meer IM, Huisman W, Lutjehuis MJT. Herontdekking vitamine D-tekort; gegevens uit de Schilderswijk. *Epidemiologisch Bulletin* 2002;37(2):8-11.
- Karamali NS, van der Meer IM, Wuister JD, Verhoeven I. Vitamine D-tekort bij zwangere vrouwen: gegevens van een verloskundigepraktijk uit Den Haag. *Epidemiologisch Bulletin* 2004;39(4):10-4.
- Wielders JP, van Dormael PD, Eskes PF, Duk MJ. Ernstige vitamine D-deficiëntie bij ruim de helft van de niet-westerse allochtone zwangeren en hun pasgeborenen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006;150(9):495-9.
- Holvik K, Meyer HE, Haug E, Brunvand L. Prevalence and predictors of vitamin D deficiency in five immigrant groups living in Oslo, Norway: the Oslo Immigrant Health Study. *Eur J Clin Nutr* 2005;59(1):57-63.
- Nesby-O'Dell S, Scanlon KS, Cogswell ME, Gillespie C, Hollis BW, Looker AC, et al. Hypovitaminosis D prevalence and determinants among African American and white women of reproductive age: third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Am J Clin Nutr* 2002;76(1):187-92.
- Lips P. Vitamin D deficiency and secondary hyperparathyroidism in the elderly: consequences for bone loss and fractures and therapeutic implications. *Endocr Rev* 2001;22(4):477-501.
- Malabanan A, Veronikis IE, Holick MF. Redefining vitamin D insufficiency. *Lancet* 1998;351(9105):805-6.
- Dawson-Hughes B, Heaney RP, Holick MF, Lips P, Meunier PJ, Vieth R. Estimates of optimal vitamin D status. *Osteoporos Int* 2005;16(7):713-6.
- Hollis BW. Circulating 25-hydroxyvitamin D levels indicative of vitamin D sufficiency: implications for establishing a new effective dietary intake recommendation for vitamin D. *J Nutr* 2005;135(2):317-22.
- Schreuder F. Vitamine D-gebrek bij allochtonen: ook bij mannen. *Huisarts en wetenschap* 2006;49(2):72-4.

De Wmo in Den Haag

Y.K. van Pareren

Per 1 januari 2007 wordt de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) van kracht. Vanaf die datum worden gemeenten verantwoordelijk voor maatschappelijke ondersteuning. Onderstaand artikel beschrijft de consequenties van de invoering.

Wat verandert er in Den Haag en wat loopt gewoon door? In het bijzonder de huishoudelijke verzorging komt ter sprake, een belangrijk element van maatschappelijke ondersteuning, dat voortaan onder de gemeenten ressorteert.

De wet

Het doel van de nieuwe wet is alle mensen te laten participeren in de samenleving, al of niet geholpen door vrienden, familie of bekenden. Hierbij wordt de term *civil society*¹ geïntroduceerd. Voor ondersteuning van mensen die het zelf niet redden wordt eerst gekeken naar hun naaste omgeving; wanneer daar niet voldoende steun aanwezig is kan men voor passende individuele hulp aankloppen bij de gemeente. De gemeente zorgt dan voor de activiteiten en voorzieningen die het mogelijk maken dat de mensen zelfstandig kunnen blijven wonen en participeren in de samenleving. Uiteindelijk moet de Wmo zorgen voor een samenhangend lokaal beleid op het gebied van wonen, welzijn en zorg.

In de nieuwe wet wordt een aantal bestaande wetten gebundeld: de Welzijnswet, Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg), een aantal subsidieregelingen uit de AWBZ² (o.a. mantelzorgondersteuning, diensten bij wonen met zorg), de Huishoudelijke Verzorging uit de AWBZ en de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) uit de WCPV³.

De gemeenten waren al verantwoordelijk voor de uitvoering van de Welzijnswet, de Wvg en de OGGZ. Daarnaast krijgen zij per 1 januari 2007 de verantwoordelijkheid voor de huishoudelijke verzorging en een aantal subsidieregelingen uit de AWBZ. Nieuw is ook dat de gemeenten verantwoording af moeten leggen aan hun burgers. Daartoe zullen de gemeenten elke vier jaar een beleidsnota opstellen waarin de voorgenomen actie op in de wet omschreven prestatievelden wordt beschreven. Deze prestatievelden zijn:

1. bevorderen van de sociale samenhang en leefbaarheid in dorpen, wijken en buurten;
2. op preventie gerichte ondersteuning bieden aan jongeren met problemen met opgroeien en aan ouders met problemen met opvoeden;
3. geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;
4. ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers;
5. bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en mensen met een psychosociaal probleem;
6. verlenen van voorzieningen aan deze mensen ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer;
7. maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang en opvang bij huiselijk geweld;
8. bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen;
9. bevorderen van verslavingsbeleid.

In de Wmo wordt een nieuw begrip geïntroduceerd, het compensatiebeginsel, dat in de plaats komt van het recht op specifieke voorzieningen waarvan sprake is in de AWBZ. Gemeenten krijgen hiermee de opdracht voorzieningen te treffen om mensen een gelijkwaardige uitgangspositie te geven, dat wil zeggen zelfredzaam te zijn en in staat tot maatschappelijke participatie. De voorzieningen betreffen het voeren van het huishouden, zich verplaatsen in en om

¹ Civil society is een systeem van verbanden waar mensen vrijwillig deel van uitmaken. De verbanden in een civil society vallen buiten de sfeer van 'gevestigde' verbanden, zoals overheid, de markt en de verbanden van familie en vrienden. De civil society gaat uit van betrokkenheid van burgers bij de publieke zaak, vergroting van maatschappelijk zelfbestuur, minder overheidsbemoediging, beperking van commerciële invloeden en versterking van gemeenschapszin en tolerantie. (www.invoeringwmo.nl, d.d. 25 september 2006)

² Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

³ Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid.

Over de auteur:

Dr. Y.K. van Pareren is arts Maatschappij en gezondheid, werkzaam als medisch adviseur Volksgezondheid bij de GGD Den Haag.

de woning, zich lokaal verplaatsen per vervoermiddel en het ontmoeten van medemensen. Welke voorzieningen hiervoor in aanmerking komen kunnen de gemeenten zelf bepalen, zolang het maar leidt tot het gewenste resultaat –zelfredzaamheid en maatschappelijke deelname.

Onder de Wmo kunnen burgers en hulpverleners voor alle vragen over maatschappelijke ondersteuning terecht bij één loket. Daarnaast zullen burgers worden betrokken bij de ontwikkeling van het gemeentelijk Wmo-beleid.

Voor mensen die begeleiding of zwaardere zorg nodig hebben, blijft de AWBZ bestaan. De functies Persoonlijke verzorging, Verpleging, Ondersteunende begeleiding, Activerende begeleiding, Behandeling en Verblijf blijven binnen de AWBZ, de indicatiestelling blijft in handen van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en de uitvoering in die van de zorgaanbieders, na tussenkomst van het zorgkantoor.

Gemeente Den Haag⁴

Voor de lange termijn ontwikkelt de gemeente Den Haag het meerjarenbeleidsplan 2007-2010, waarin de verschillende prestatievelden van de Wmo centraal staan. Naar verwachting is dit plan eind 2006 klaar. Voor de korte termijn wordt gewerkt op basis van het al vastgestelde 'Beleidsplan Wmo 2007 Den Haag'. Per 1 januari 2007 moet de gemeente voldoen aan de eisen van de nieuwe wet en er tevens voor zorgen dat de continuïteit in de dienstverlening wordt gewaarborgd. Dit betekent dat vanaf dat moment de voormalige AWBZ-taak huishoudelijke verzorging geregeld moet zijn, dat het loket maatschappelijke ondersteuning functioneert en dat burgers en belangenorganisaties worden betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van het beleid.

De huishoudelijke verzorging

Gemeenten bepalen zelf hoe de toegang tot de huishoudelijke verzorging⁵ er bij hen uitziet. De gemeente Den Haag zal het beoordelen van de aanvragen voor huishoudelijke verzorging in eigen beheer uitvoeren. Bij aanvragen van AWBZ-zorg werkt de gemeente samen met het CIZ. In het eerste (overgangs-) jaar wordt gebruik gemaakt van de al bestaande Wvg-loketten van de dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW). Voor de beoordeling van

aanvragen die niet protocollair kunnen worden opgelost wordt gebruik gemaakt van de afdeling Sociaal-Medische Advisering van de GGD.

Op basis van ervaringen met de Wet voorzieningen gehandicapten en van de ervaring van het CIZ zal worden getoetst op de volgende criteria:

1. *medische omstandigheden* die het verzorgen van het huishouden beperken;
2. de aanwezigheid van *gebruikelijke zorg*: de normale, dagelijkse zorg die partners of ouders en inwonende kinderen geacht worden elkaar onderling te bieden omdat ze als leefeenheid een gezamenlijk huishouden voeren en op die grond een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben voor het functioneren van dat huishouden. Uitwonende kinderen vallen hier buiten;
3. de beschikbaarheid van *mantelzorg*. Mantelzorg is zorg die op vrijwillige basis door personen uit de directe omgeving van betrokkene verleend wordt, waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie. Mantelzorg is zorg die de gebruikelijke zorg overstijgt;
4. het gebruik maken van *voorliggende voorzieningen*. Er zijn voorzieningen die kunnen voorkomen dat huishoudelijke verzorging nodig is (zoals kinderopvang, oppascentrale, maaltijddienst, honden-uitlaatservice).

Onder de Wmo zijn de gemeenten verplicht om burgers de keuze te bieden tussen een voorziening in natura of een persoonsgebonden budget (Pgb). Dit geldt ook voor de huishoudelijke verzorging. Den Haag kiest ervoor om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de AWBZ-regeling voor het Pgb. En net als in de AWBZ zal er een eigen bijdrageregeling gelden. Den Haag neemt hiervoor grotendeels het huidige AWBZ-model over⁶.

De toegang

De toegang tot de maatschappelijke ondersteuning verloopt via het click-call-face principe. Dit wil zeggen dat er informatie is via internet of per email (click), telefoon (call) of post. Op termijn zal een aantal diensten online worden geleverd, zoals het digitaal aanbieden van aanvraagformulieren. Voor persoonlijk contact (face) kan men terecht bij de gemeentelijke loketten maatschappelijke ondersteuning, waarvan er

⁴ Beleidsplan Wmo 2007 Den Haag. Vastgesteld door de gemeenteraad op 14 september 2006.

⁵ Onder toegang wordt verstaan de gehele dienstverlening van informatie en advies vooraf, het behandelen van de aanvraag, de beoordeling, de beslissing en de toewijzing van een voorziening.

⁶ Meer informatie over de eigen bijdrage AWBZ kunt u vinden op de website <http://www.consumenten.cvz.nl/> onder 'eigen bijdrage' en 'Thuiszorg'.

in ieder Haags stadsdeel één komt. De bestaande aparte loketten van de verschillende afdelingen verdwijnen en gaan op in dit loket. De burger kan er terecht voor:

1. informatie, advies en doorverwijzing op het gebied van Wmo en inkomensondersteuning;
2. hulp bij het invullen van formulieren;
3. indienen van aanvragen voor huishoudelijke verzorging, voorzieningen voor gehandicapten, de taxibus en het Fonds ouderen & gehandicapten;
4. ondersteuning bij het aanvragen van zorgtoeslag, huurtoeslag en kwijtscheldingen;
5. aanvragen bijzondere bijstand 65+ (deze worden ook bij het loket afgehandeld);
6. sociaal-juridische en financiële hulpverlening.

Ter plekke kan men (vervolg-)afspraken maken met dienstverleners, ook als het AWBZ-hulpvragen betreft. Zo tracht de gemeente te voorkomen dat de burger op meerdere plekken een aanvraag moet indienen.

Naast het stadsdeelloket organiseren de welzijnsinstellingen in iedere wijk de wijkinloopsteunpunten (Wisp), ook wel I-Shops genoemd, voor informatie en advies over o.a. de reguliere welzijnsactiviteiten gericht op eenzaamheidsbestrijding, actieve dagbesteding en maaltijdvoorzieningen. In de toekomst zullen deze inloopsteunpunten zich verder ontwikkelen tot brede wijkserviceloketten, waarin wordt samengewerkt met andere partijen in de stad, zoals zorgaanbieders en woningcorporaties.

De gemeente onderzoekt nog of er een aparte telefoonlijn kan komen waar professionele hulpverleners en loketmedewerkers met meer complexe vragen terecht kunnen.

De inspraak

Als voorbereiding van dit beleidsplan zijn er bijeenkomsten geweest met de aanbieders (zorg-, woon- en welzijnsinstellingen) en de organisaties die de belangen behartigen van huidige gebruikers van toekomstige Wmo-voorzieningen en hun directe netwerk (familie, vrijwilligers, mantelzorgers). Het beleidsplan en de conceptverordening zijn in juli 2006 vrijgegeven voor een formele inspraakprocedure.

Bezwaren en klachten

Alle beslissingen over de aanvraag voor huishoudelijke verzorging vallen, net als voor de Wvg-aanvragen, onder de Algemene wet bestuursrecht (Awb). Dat betekent dat de gemeente moet zorgen voor een faciliteit voor het afhandelen van bezwaar- en beroepsschriften.

Als de huishoudelijke verzorging wordt toegewezen sluiten de zorgvrager en de leverancier van huishoudelijke verzorging een zorgovereenkomst af. Hierin worden de omvang, activiteiten, planning en de rechten en plichten vastgelegd. Bij geschillen over de zorgovereenkomst is de klachtenregeling van de betreffende leverancier van toepassing. De belangen van de cliënt worden vertegenwoordigd door de cliëntenraad van de leverancier.

Eind 2006 komt er meer duidelijkheid over het Wmo-meerjarenbeleid 2007-2010. In de nota waaraan nog wordt gewerkt, ligt de focus meer op de overige onderdelen van de Wmo en minder op de huishoudelijke verzorging. Na vaststelling van het beleid in de gemeenteraad zal de redactie van het Epidemiologisch Bulletin het onderwerp Wmo weer oppakken.

Meer informatie vindt u op www.welzogezond.nl (link naar Wmo) en www.denhaag.nl/wmo.

De Wmo in de praktijk

Y.K. van Pareren, W.G.H. van Rijssel

'Het blijft ons wel degelijk ook gaan om de sociale aspecten van de hulp: naast schoonmaken, helpen bij het invullen van een formulier, bellen met de belastingdienst, briefje aan de koningin...'

Met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) beslist de gemeente voortaan over wie huishoudelijke hulp krijgt en wie die hulp uitvoert. Wat voor gevolgen heeft dat voor de organisaties die in Den Haag de zorg aanbieden c.q. indiceren?

De thuiszorgorganisaties zijn de huidige uitvoerders van de huishoudelijke verzorging en mogelijk ook de toekomstige, maar dan in opdracht van de gemeenten. Hoe zien zij de komst van de Wmo? Wat gaat er voor hen veranderen? Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) doet momenteel de indicatiestelling voor de AWBZ, waaronder nu nog de huishoudelijke zorg, en in sommige gemeenten ook voor de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg). Voor de huishoudelijke zorg wordt de rol van het centrum per 1 januari overgenomen door de gemeenten. Wat betekent dit voor het CIZ? Ook voor de Stichting MantelZorg zal de invoering van de Wmo gevolgen hebben. Nu wordt volgens

landelijk protocol vastgesteld wanneer huishoudelijke verzorging nodig is, volgend jaar kan dit per gemeente verschillen.

Over de consequenties van de overheveling van de huishoudelijke verzorging naar de Wmo hebben we gesproken met: Guus van Weelden, bestuurder Florence; Frank Robert, directeur Meavita Zorg; Anneke Overvoorde, stedelijk coördinator Stichting MantelZorg Den Haag; en Jaap van der Mei, directeur CIZ regio Den Haag.

Aan iedere gesprekspartner is de vraag gesteld: gezien vanuit uw specifieke organisatie, wat ziet u als de voordelen

Wat ziet u als voordelen aan de Wmo?

Coördinator Stichting MantelZorg Den Haag: De visie achter de wet –het aanspreken van de mensen op hun vermogen tot zelfredzaamheid– spreekt ons zeker aan. Zo werken wij zelf ook al, we stimuleren de mensen al door middel van empowerment tot het zoveel mogelijk zelf oplossen van hun situatie. Dat kan niet nog veel méér worden. Mantelzorgers en hun zorgvragers behoren vaak tot de groep kwetsbare burgers, aan wie de Gemeente Den Haag in het kader van de Wmo ondersteuning moet bieden.

Een voordeel is beslist dat in het kader van de Wmo aanbieders van zorg en welzijn activiteiten kunnen opzetten, waar mantelzorgers iets aan hebben en waardoor ze zich ook als mantelzorger serieus genomen voelen. Voorbeelden van zulke activiteiten zijn een oppasservice, gespreksgroepen voor mantelzorgers, respijtzorg, een mantelzorgerscafé en dergelijke. Van die activiteiten zijn er nog lang niet genoeg.

Directeur Meavita Zorg: Op het niveau van de cliënt is het een voordeel dat de wet nu expliciet omschrijft dat

de overheid zich ervoor moet inspannen de burger zo lang mogelijk zelfstandig te laten blijven, in de eigen woonomgeving. Dat is een duidelijk uitgangspunt.

- En op het niveau van de organisatie?

Door de Wmo komen we langzaam terecht bij het principe van marktwerking voor onderdelen van zorg die daar lange tijd niets mee te maken hadden. Zorgaanbieders worden door deze wet gedwongen om los te komen van de bestaande situatie en kritisch te kijken naar hun kwaliteit en kostprijs en wat ze daarvoor doen. Dat vind ik een goeie zaak. Bovendien kunnen we nu in omliggende gemeenten een kans wagen om daar als Meavita aan de bak te komen. Dat zien wij als een ondernemingskans.

Voorheen zat de markt vast, nu kun je je eigen prijs en aanbod bepalen. Dat maakt de ondernemer in een organisatie wakker, dat is alleen maar goed. Als je dat vergelijkt met hoe het vroeger was: iedere thuiszorgorganisatie zat in zijn eigen gebied en bediende daar zijn eigen mensen. Om daar tussen te komen was verschrikkelijk moeilijk. In feite waren de thuiszorgorganisaties monopolist, ze kregen hun klanten toch

Over de auteurs:

Dr. Y.K. van Pareren is arts Maatschappij en Gezondheid, werkzaam als medisch adviseur Volksgezondheid bij de GGD Den Haag; Wicky van Rijssel is redactiesecretaris en eindredacteur van het Epidemiologisch Bulletin.

wel. Nu zijn het marktpartijen geworden, waardoor de organisaties ook intern veranderen. Het proces van aanbesteden is een enorme klus met veel papierwerk, maar je gaat er wel heel kritisch door kijken naar wat je doet en wat je kunt. De komende tijd zullen we ook heel creatief gaan kijken naar andere vormen van hulp. Bijvoorbeeld iemand die maar voor korte tijd in een huishouden komt, de boel op orde brengt, handige tips geeft en kijkt of de mensen het dan weer zelf kunnen. Of een hondenuitlaatservice, dat soort dingen. Zo zijn er nog wel meer dingen te bedenken om te kijken hoe je als gemeente en aanbieder zo goed mogelijk je klanten kunt helpen.

Bestuurder Florence: Bij de overdracht van de huishoudelijke verzorging van de AWBZ naar de Wmo, heb ik grote moeite om de voordelen te ontdekken, behalve wellicht een grotere keuzevrijheid van de cliënten bij de huishoudelijke hulp. De keuze van wie de huishoudelijke hulp gaat verzorgen wordt gemaakt op basis van aanbesteding. In Den Haag gebeurt dit volgens het zogeheten 'Zeeuwse model', dat wil zeggen dat de gemeente een prijs vaststelt en vervolgens kijkt welke organisaties voor die prijs aan een bepaalde kwaliteit -volgens bepaalde criteria- kunnen voldoen. Uit die organisaties kan de cliënt dan kiezen. En Florence moet ervoor zorgen in dat rijtje te komen, dat is nu bij de AWBZ trouwens net zo. Een voordeel kan ook worden dat er onder de nieuwe wet een betere afstemming komt met welzijn en aspecten van wonen. Dat geeft een grotere kans op samenhang en succesvolle regie van de gemeente. Hoe groot dat voordeel is moet nog blijken. Tot nu toe bevatten 60% van de aanvragen voor huishoudelijke hulp tevens aanvragen voor andere zorg (verpleegkundige zorg, verzorging of begeleiding thuis). Nu, onder de AWBZ, zijn de verschillende soorten zorg geïntegreerd en worden ze door één instantie geregeld. Straks onder de Wmo wordt dat losgeknipt en krijgt men te maken met twee financieringsbronnen en twee loketten.

Directeur CIZ: Naar de voordelen van deze wet moet je over een paar jaar vragen. Nu is iedereen zo gefocust op alle veranderingsprocessen, dat we het zicht op het geheel even kwijt zijn. De gemeente krijgt er een taak bij, de gemeente moet nu de voordelen gaan maken. Wij weten dat de cliënten bij het ouder worden graag een soepele overgang zien naar de nodige zorg. Een soepele overgang tussen 'buren hulp' en professionele zorg, met de mantelzorg daartussenin. De AWBZ biedt op een bepaald moment huishoudelijke verzorging, maar op wat er daarvoor allemaal

gebeurt hebben wij geen zicht. Met de komst van de huishoudelijke verzorging bij de gemeente zou je je kunnen voorstellen dat de overgang tussen huishoudelijke verzorging en de situatie die daarvoor zit soepeler gaat lopen. Maar dat voordeel moet nog worden gemaakt.

Hopelijk zijn wij in staat om zowel vanuit de AWBZ als straks vanuit de Wmo alles toch weer zo naadloos op elkaar aan te laten sluiten, dat de klant het niet merkt.

Bij de gemeenten groeit langzaam het besef dat indicatiestellen een technisch proces is, een soort dienstverlening langs de zijkant, die maatschappelijk noodzakelijk is, maar lastig voor de cliënt. Dus is het het handigste om dat zoveel mogelijk in één hand te brengen. De cliënt wordt dan maar een keer bezocht.

En wat ziet u vanuit uw organisatie als de nadelen?

Directeur Meavita Zorg: Als je een beetje cynisch kijkt naar onze maatschappij dan vraag je je wel af wat ervan terecht gaat komen bij alle verandering in de sociale context: vrouwen gaan meer werken, gezinnen groeien uit elkaar, ouders en kinderen wonen vaak ver van elkaar af, gemeentevoorzieningen nemen af in de wijken, en andere culturen met een andere kijk maken hun entree. De vraag naar huishoudelijke hulp en het volume nemen alleen maar toe en dat heeft alles te maken met de vergrijzing, maar ook met de afname van de mantelzorg en de sociale cohesie.

Vooralsnog ontstaat er onrust onder de cliënten: wat gebeurt er met mijn hulp na januari 2007? Het luistert nauw bij deze vorm van hulp: je komt bij de mensen over de vloer, in hun privé-situatie. Als daar verandering dreigt worden de mensen onrustig. Voor wie nu al huishoudelijke hulp heeft verandert er trouwens niets, alleen nieuwe klanten kunnen kiezen uit verschillende aanbieders. En daarbij is het maar de vraag hoe transparant dat allemaal voor de mensen zal zijn, of ze echt zullen kunnen onderscheiden wat er voor verschillen zijn tussen aanbieder 1 en aanbieder 2.

Voor de zorgverleners zullen de budgetten onder druk komen te staan, die worden krappere. En de kans zit er natuurlijk dik in dat je als aanbieder markt gaat verliezen. Omdat de budgetten voor huishoudelijke hulp zijn overgegaan naar de gemeenten en die als het boven een bepaald bedrag uitkomt verplicht zijn om aan te besteden, krijg je een concurrentieslag. De prijs vormt dan de basis -als gemeente wil je niet meer dan een x bedrag betalen voor een uur hulp- daarna kijk je pas naar wie daarvoor de beste kwaliteit levert. Dat is ook niet gek, de budgetten staan onder druk, de gemeenten

hebben zorgplicht, dan moet je iets aan de prijs doen. Maar als gemeenten heel erg op de prijs gaan zitten, kom je uit bij schoonmaakbedrijven. Die kunnen goedkoop leveren omdat ze een lagere kostprijs hebben dan wij. Het gevolg is dat je dan wel minder kwaliteit bij de mensen over de vloer krijgt: 'huis schoon en bewoner in de war'. Daar moeten we voor waken, want dat zou de keerzijde kunnen zijn van het marktmechanisme. Het blijft ons wel degelijk ook gaan om de sociale aspecten: naast het schoonmaken, helpen bij het invullen van een formulier, even bellen met de belastingdienst, briefje schrijven naar de koningin...

Coördinator Stichting MantelZorg: Mantelzorgers moeten juist meer worden ontlast in plaats van meer belast. Met de komst van de Wmo dreigt dat laatste wel. Eigen onderzoek van de Stichting MantelZorg in de nieuwe wijk Leidschenveen/Ypenburg bevestigt wat al uit landelijk onderzoek was gebleken: ook in wijken met overwegend jonge gezinnen is ondersteuning van mantelzorgers nodig. Daar blijkt dat 1 op de 10 jonge kinderen in een schoolklas opgroeit met een chronisch zieke ouder, of een ouder die kampt met psychische of verslavingsproblematiek. Daarnaast wonen er veel gezinnen waar beide partners werken en zorgen voor hun eigen kinderen, maar ook voor hun ouders, die elders in Den Haag wonen. Met andere woorden, de groep mantelzorgers die ondersteuning hard nodig heeft, neemt alleen maar toe. De wet, het beleid en de uitvoerders zouden meer rekening moeten houden met de kwetsbaarheid van de zorgsituatie, waarin continuïteit en zorgvuldigheid zo belangrijk zijn. Mantelzorgers en zorgvragers hebben baat bij een goede afstemming tussen de verschillende hulpverleners, gericht op samenwerking. Het is nog niet duidelijk of en hoe de Wmo voor een betere afstemming gaat zorgen. Een probleem bij de Wmo is ook de indicering voor hulp. Tot nu toe indiceert het CIZ volgens landelijk protocol, waarin vastligt wat voor soort hulp er wordt geboden. Nu al is er discussie over wat gebruikelijke zorg is en wat ongebruikelijke zorg. Mantelzorg wordt nog te vaak gezien als voorliggende voorziening. Te weinig wordt er gekeken hoe en in welke mate iemand zorg wil en kan verlenen. De positie van de mantelzorger wordt in het indicatiëproces nog te weinig meegenomen. Met de komst van de Wmo is het gevaar groot dat het begrip 'gebruikelijke zorg' wordt opgerekt en er dus minder huishoudelijke verzorging wordt toegewezen.

Bestuurder Florence: De gemeenten gebruiken verschillende definities voor de dienstverlening. Dat schept

onduidelijkheid. Wij hebben te maken met drie verschillende aanbestedingstrajecten – in stad Den Haag, Wassenaar, Voorschoten, Leidschendam, Voorburg, Rijswijk, mogelijk ook in Delft- met bij alledrie verschillende definities voor de soorten dienstverlening. Dat geeft absoluut administratieve lastenvermeerdering, plus grote onduidelijkheid over de product-definities bij het declareren.

Wat ons verder zorgen baart is dat nu één aanbieder de zorg bij één cliënt verzorgt, van huishoudelijke verzorging tot en met persoonlijke verpleging. Dat maakt de coördinatie een stuk eenvoudiger dan wanneer er verschillende aanbieders zijn. Met de komst van de Wmo is het heel goed mogelijk dat er één aanbieder komt voor de huishoudelijke verzorging en een andere voor andere activiteiten. We zullen zien hoe dat uitpakt. Vooralsnog kun je vrezen dat de afstemming verloren gaat, maar dat moeten we nog afwachten. De afstemming zit nu bij de zorgkantoren, die ervoor zorgen dat de gegeven indicatie terecht komt bij de zorgaanbieders. Bij de zorgkantoren heeft men doorgaans één zorgaanbieder die verantwoordelijk is voor de cliënt met al zijn functies. Straks is die alleen nog maar verantwoordelijk voor de AWBZ-zorg, met daarnaast de zorgaanbieder van de gemeente voor de huishoudelijke zorg. Dat kan dan wel eens niet dezelfde zijn. Wie dan verantwoordelijk is voor de afstemming is nog de vraag.

En een nadeel is beslist ook de stijging van de overheadkosten. Dat is ook logisch, 600 gemeenten gaan zich nu bezig houden met wat 30 zorgkantoren deden. Niet bepaald een kostenreductie!

Directeur CIZ: In de Wmo kun je in verschillende gemeenten met verschillende indicatiestellers te maken krijgen. De ene gemeente kan bijvoorbeeld het begrip 'gebruikelijke zorg' heel anders opvatten dan de andere. De zoon die naast zijn moeder woont, wordt in de ene gemeente gezien als 'leverancier' van 'gebruikelijke zorg', terwijl hij dat bij de andere gemeente pas is als hij bij zijn moeder inwoont. Overigens kennen we dergelijke verschillen per gemeente ook nu, bij de Wvg. Je kunt je ook goed voorstellen dat een bepaalde verordening beter past bij een bepaalde maatschappelijke setting. In een plattelandsgemeente kan men onder 'gebruikelijk zorg' iets anders verstaan dan in de grote stad. Met die verschillen weet de maatschappij uiteindelijk prima te leven. Dat zal hier ook mee gebeuren.

Verder dreigen er allerlei potentiële nadelen. Niet vanuit de indicatiestelling gezien, maar wel op allerlei andere momenten. Als er verschillende financierings-

bronnen zijn, ontstaat altijd schuttinggedrag: niemand wil dat zijn budget raakt uitgeput, dus iedereen probeert om de cliënt in het andere vakje te krijgen. Niemand spreekt daarover, maar het gebeurt wel. En er ontstaat nog een hoop wirwarproblematiek. Kijk, de zorgvrager vraagt niet om AWBZ of huishoudelijke verzorging. Die heeft een probleem en denkt niet aan verschillende financieringsvormen. Die komt gewoon ergens met zijn vraag terecht. Maar nu komen er meer plekken waar hij terecht kan komen, met meer kans op verwarring. Want er komen websites en telefoonnummers, brochures van de Wmo. Maar ondertussen zijn al die dingen er ook nog van de AWBZ. Die ver-

warring is lastig voor de klant, maar ook voor iedereen die in de wereld eromheen werkt. Zorgaanbieders, verwijzers, adviseurs, iedereen die een rol heeft in de totstandkoming van de zorg. Zodra het iets gecompliceerder wordt krijgt men problemen met doorverwijzen. Het CIZ probeert dan alle verbindingen weer te leggen en te stroomlijnen.

Wanneer de praktijk onder de Wmo een poosje functioneert zal de redactie van het Epidemiologisch Bulletin bovengenoemde functionarissen opnieuw benaderen, dan met de vraag: wat is er van de door u voorziene voor- en nadelen terecht gekomen?

korte berichten

Internationale publicatie

Aandacht voor artikel over diabetes

In 2004 is in dit tijdschrift het artikel 'Vitamine D-tekort bij zwangere vrouwen: gegevens van een verloskundigepraktijk uit Den Haag' gepubliceerd, van de auteurs Karamali, Van der Meer, Wuister en Verhoeven. Het artikel betrof de resultaten van een onderzoek naar de vitamine D-status van zwangere vrouwen, waaruit bleek dat een meerderheid van de niet-westerse zwangere vrouwen (in sommige groepen ongeveer 80%) een vitamine D-tekort had. Deze bevindingen zijn ook in het Engels opgeschreven en in augustus j.l. gepubliceerd in het *American Journal of Clinical Nutrition*: 'High prevalence of vitamin D deficiency in pregnant non-Western women in The Hague, Netherlands'. In hetzelfde nummer werd er daarnaast een redactioneel artikel aan gewijd en een zogeheten CME (Continuing Medical Education). De CME bestaat uit opgaven over de inhoud van het artikel en vragen over de bruikbaarheid in de patiëntenzorg, bijvoorbeeld: Vind je het artikel en de bijbehorende CME-vragen relevant voor je praktijk? Extra aandacht dus voor dit artikel.

Actueel

Elf wijkservicepunten in Loosduinen geopend

In de Haagse wijk Loosduinen zijn op 27 oktober j.l. in één keer elf wijkservicepunten geopend. De wijkservicepunten zijn gevestigd in het wijkcentrum, zorgcentra en verpleegcentra in de wijk en bij de thuiszorg. Wijkbewoners kunnen hier binnenlopen voor informatie

en advies over allerlei mogelijkheden en voorzieningen in de wijk, die tot doel hebben hen te ondersteunen bij het zelfstandig en zelfredzaam blijven. Alle service-medewerkers maken gebruik van dezelfde website (www.wijkservicepuntloosduinen.nl) en hebben onderling contact, zodat ze ook naar elkaar kunnen doorverwijzen en met elkaar vragen kunnen beantwoorden.

De wijkservicepunten maken deel uit van de nieuwe infrastructuur aan voorzieningen, die in het kader van de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in Den Haag wordt opgezet. Op verzoek van de gemeente Den Haag zullen de Haagse welzijnsorganisaties in alle wijken dergelijke informatie-loketten inrichten. Daarnaast zal in ieder stadsdeelkantoor één 'centraal loket maatschappelijke ondersteuning' worden geopend, waar de burger ook terecht kan voor informatie, maar tevens voor doorverwijzing, hulp bij het invullen van formulieren, aanvragen van huishoudelijke verzorging, voorzieningen gehandicapten, taxi-bus, huurtoeslag, bijzondere bijstand 65+, sociaal-juridische en financiële hulpverlening, etc. Op 1 januari 2007 treedt de nieuwe wet in werking. Zie ook de twee artikelen over de Wmo in ditzelfde bulletin op pagina 21 en 24

Levensverhaalmethoden

Eind november organiseerde het Trimbos-Instituut het congres 'De betekenis van levensverhalen in de geestelijke gezondheidszorg en het welzijnswerk'. Hier werd aandacht besteed aan de functie van herinneringen en levensverhalen voor de vorming van identiteit en het

ervaren van continuïteit in het bestaan. Levensverhaalmethoden zijn volop in ontwikkeling in de geestelijke gezondheidszorg, het welzijns- en sociaal-cultureel werk. Ze beogen de positieve functies van het autobiografische geheugen te versterken. Tijdens het congres werd een nieuw standaardwerk op dit gebied gepresenteerd: 'De betekenis van levensverhalen, beschouwingen en toepassingen in onderzoek en praktijk', waarin dertig wetenschappers en professionals hun visie presenteren op de betekenis van levensverhalen. Meer informatie hierover op www.trimbos.nl/levensverhalen.

Cursussen

Environmental epidemiology; Internationale module (nieuw)

Internationale Engelstalige module met een case-study over een lokale milieuvervuiling, waarbij de methoden aan de orde komen om zo'n probleem aan te pakken. Hierbij gaat het om het primaire onderzoek, risico-evaluatie, risicoschatting en risicocommunicatie, maar ook om het onderzoeksontwerp en de analyse. Doelgroep: professionals en beleidsmakers in de openbare gezondheidszorg, medische milieukundigen en belangstellenden in medische milieukunde die hun kennis en vaardigheden willen verbeteren. Academisch werk- of denkniveau is een vereiste.

Kosten: €3.000.

Data: maandag 15 - vrijdag 26 januari 2007.

Informatie: www.nspoh.nl/environmentalhealth.

Evidence based werken in de public health

De public health werkt steeds meer op basis van effectief gebleken methoden. Dit 2e traject in de opleiding Master op Public Health is los te volgen en gaat over het zoeken, vinden en gebruiken van wetenschappelijke kennis, het opstellen van een goed onderbouwd beleidsadvies.

Doelgroep: beleidsadviseurs, projectleiders en leidinggevendenden met relevante werkervaring in de publieke gezondheidszorg op academisch niveau.

Kosten: € 3.090

Data: donderdag 18 januari, 1 en 15 februari, 8 en 22 maart, 5 april 2007.

Environmental health (nieuw)

Internationale engelstalige module waarin alles draait om de impact van het milieu op onze gezondheid. De verschillende milieucompartimenten op Europees niveau komen aan de orde in voordrachten, werkbezoeken en studieopdrachten.

Doelgroep: professionals en beleidsmakers in de openbare gezondheidszorg, gezondheidbevorderaars en preventiemedewerkers, medische milieukundigen en belangstellenden in medische milieukunde die hun kennis en vaardigheden willen verbeteren. Academisch werk- of denkniveau is een vereiste.

Kosten: € 1.500

Data: maandag 29 januari - 2 februari 2007.

Informatie: www.nspoh.nl/environmentalhealth

Projectmanagement

Vergroot uw vaardigheden om uw projecten planmatig aan te pakken en te coördineren. Zo kunt u uw werkzaamheden resultaatgericht

en efficiënter organiseren.

Doelgroep: professionals en beleidsadviseurs in de publieke gezondheidszorg

Kosten: € 1.240

Data: dinsdag 30 januari, 6, 13 februari en 13 maart 2007.

De ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid en uw beleidsadvies (nieuw)

Lever een actieve en effectieve bijdrage aan de 2e nota lokaal gezondheidsbeleid en zorg dat het beleid van uw organisatie hierbij aansluit! Centraal staan de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid, beïnvloedingsmogelijkheden van de professional met een beleidsadviestaak en een intensieve training schrijven van een beleidsadvies.

Doelgroep: gezondheidsbevorderaars, preventiemedewerkers, beleidsadviseurs, artsen en verpleegkundigen

Kosten: € 1.560

Data: woensdag 31 januari, 7 en 14 februari en 7 maart 2007.

Suriname: werken en gezondheid in de tropen

Leer tijdens excursies en opdrachten de openbare gezondheidszorg, de verwevenheid van Public and Occupational Health en infectieziektebestrijding in de Surinaamse woon- en werkpraktijk in een vergelijkend perspectief kennen en onderzoeken. Accreditatie: 30 uur. Doelgroep: artsen M&G, artsen infectieziektebestrijding, bedrijfs- en verzekeringsartsen, arboconsultants en andere professionals die meer willen weten van dit boeiende land, de arbeidsomstandigheden en de visie op de publieke gezondheidszorg in Suriname.

Kosten: € 2.250

Data: vrijdag 9 t/m dinsdag 13 februari 2007

Alle cursussen worden gegeven op de locatie NSPOH in Amsterdam.

Nadere informatie op www.nspoh.nl, telefoon 020-5664949, info@nspoh.nl

Aangiften infectieziekten regio Den Haag

Meldingen tijdens het 2^e en 3^e kwartaal 2006 voor de stad Den Haag

De hieronder besproken cijfers en analyse zijn gebaseerd op de gegevens van Osiris, de database van het RIVM waar alle aangifteplichtige meldingen worden ingevoerd.

Het aantal aangifteplichtige infectieziekten (exclusief de meldingen van TBC), door de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het 2de en 3de kwartaal 2006 gemeld (139), is iets lager dan het aantal (exclusief de meldingen van TBC) in dezelfde periode in 2005 (152). Dit verschil is hoofdzakelijk toe te schrijven aan een verlaagd aantal gevallen van kinkhoest en hepatitis B.

Hieronder volgen commentaren op de gemelde infectieziekten.

Bacillaire dysenterie

In deze twee kwartalen werden 5 gevallen gemeld. De besmetting van 1 geval vond plaats in Nederland bij een Marokkaanse man, de overige besmettingen vonden plaats in Afrika en Azië.

Brucellose

Een geval werd gemeld. Het betrof een oudere man, die tijdens een reis in het Midden-Oosten meerdere malen verschillende soorten lokale kaas had gegeten, waarschijnlijk gemaakt met ongepasteuriseerde melk. De ziekte begint meestal als een griepachtige aandoening, maar kan verschillende organen aantasten en chronisch worden.

Buiktyfus

Een man van 29 jaar had de ziekte opgelopen tijdens een vakantie in Marokko.

Hepatitis A

Er werden in deze periode 7 mannelijke en 2 vrouwelijke gevallen gemeld. Hoewel het totale aantal gevallen klein is, is er toch sprake van een significante toename vergeleken met de zelfde periode in 2005. De GGD onderzoekt nu of dit geweten kan worden aan een vermindering van het aantal gevaccineerde reizigers. De besmettingen zijn alle te herleiden tot een reis naar een gebied buiten Europa. De meeste mensen (4) werden in Marokko besmet.

Hepatitis B

Het aantal hepatitis B meldingen (52: 48 chronische gevallen en 4 acute) was iets lager dan in de zelfde periode in 2005. De aanleiding tot onderzoek op deze ziekte is divers. Meestal gaat het om onderzoek naar aanleiding van vage klachten of andere ziekten. Bij vrouwen wordt de ziekte dikwijls ontdekt bij het zwangerschapsonderzoek. In de categorie chronische gevallen zijn mannen iets meer vertegenwoordigd dan vrouwen. De besmettingsbron is doorgaans niet bekend. Meestal gaat het om personen afkomstig van landen waar de ziekte veel voorkomt. Acute hepatitis B werd gemeld bij 4 mannen. In 2 gevallen was de besmetting waarschijnlijk

opgelopen door onbeschermd seksueel contact.

Hepatitis C

Bij 1 persoon werd hepatitis C vastgesteld, waarschijnlijk opgelopen door nierdialyse in India.

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (40) is vergelijkbaar met het aantal gevallen in de zelfde periode in 2005. Het betreft bijna allemaal gevaccineerde personen.

Legionellose

Van deze ernstige aandoening werden slechts 2 gevallen gemeld. De vermoedelijke besmettingsbron van beide gevallen lag binnen Nederland, maar is niet aangetoond.

Malaria

Het aantal gemelde malariagevallen (11) was vergelijkbaar met dat in dezelfde periode vorig jaar (12). Het betrof 9 mannen en 2 vrouwen die allen in West-Afrika waren besmet. Bij alle patiënten kon de ziekte toegeschreven worden aan het niet of onvolledig innemen van profylaxe.

Meningokokkose

Er werd 1 jongen van 7 jaar met meningokokkose (hersenvliesontsteking) gemeld. De patiënt was besmet door een meningokok van het type B, waartegen nog geen vaccin bestaat.

Ornithose/psittacose

Van deze aandoening werden 3 gevallen gemeld, waarvan 1 besmet was door een papegaai en 1 in een dierenwinkel.

Paratyfus

Deze ziekte lijkt op buiktyfus maar is doorgaans minder ernstig. Er werden 4 gevallen gemeld, waarvan 1 was besmet in India en een ander in Marokko.

Voedselinfecties

Negen gevallen van voedselinfectie werden gemeld. Het betrof 4 personen die meldingsplichtig waren omdat zij in de zorg of voedselbereiding werkzaam zijn, en 5 gevallen waar 2 of meer personen door een zelfde voedingsbron waren besmet (totaal: 23 zieken).

Infectieziekten gemeld door instellingen

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het 2de en het 3de kwartaal 2006.

Het aantal meldingen uit instellingen lag 50% hoger dan gedurende dezelfde periode in 2005. Mogelijk heeft dit te zien met een grotere bereidheid tot het sneller raadplegen van de GGD. De helft van de meldingen betrof vlekjesziekten en huidziekten. Het ging om vermoedens op de vijfde ziekte en roodvonk, alsook kleine uitbraken van ringworm en krentenbaard. Vooral kinderdag-

ziektecategorie	kinderopvang	overig	school	verpleeghuis	ziekenhuis	restaurant
Hersenvliesontsteking	4		1			
Huidziekten	6	1	3	1		
Invasieve pathogenen	0			2	2	
Luchtweginfecties	2					
Maag-darmaandoening	0	4	1	2	1	1
Vlekjesziekten	4	1	4			
	16	6	9	5	3	1

verblijven en scholen meldden deze aandoeningen.

Er waren 9 explosies van gastro-enteritis in diverse contexten, sommige veroorzaakt door virale verwekkers, andere door salmonella of onbekende verwekkers. Ten slotte waren er 5 meldingen van hersenvliesontsteking, waarvan 4 uiteindelijk geen hersenvliesontsteking bleken te zijn. De interventie van de GGD richt zich vooral op het duidelijk krijgen van de echte diagnose, en het wegwerken van onnodige angst bij de omgeving.

Meldingen tijdens het 2^e en 3^e kwartaal 2006 voor de regio Zuid-Holland West

Bacillaire dysenterie

Er kwamen in het tweede en derde kwartaal in totaal 8 meldingen binnen, opgelopen in Egypte (5x), Ethiopië (2x) en in Nederland (1x).

Buiktyfus

Er werd 1 keer buiktyfus gemeld. Een jongen van veertien jaar had de ziekte waarschijnlijk in Peru opgelopen maar mogelijk ook op de Nederlandse Antillen. Hij was niet gevaccineerd tegen tyfus.

E-Coli O157

Bij de 2 meldingen van E-Coli O157 werd in het kader van een RIVM onderzoek een uitgebreide vragenlijst met de patiënten doorgenomen om aan bronopsporing te doen. De vragenlijst werd zo snel mogelijk afgenomen om de anamnese betrouwbaar te houden. Aanvankelijk werd een locale supermarkt verdacht, later is dit verworpen. Een bron is niet gevonden.

Hepatitis A

Er waren 5 meldingen van hepatitis A. Drie kinderen waren op

vakantie geweest in hun geboorteland: Afghanistan, India en Irak. Geen van hen was gevaccineerd tegen hepatitis A. Rond de kinderen is uitvoerig contactonderzoek gedaan. Eén man had het virus waarschijnlijk opgelopen als ontwikkelingswerker in Nicaragua. Zijn vaccinatiestatus was niet duidelijk. Bij de vijfde melding is de bron niet achterhaald. De patiënt was niet in buiten West-Europa geweest.

Hepatitis B

Hepatitis B werd 29 keer gemeld in deze twee kwartalen. Eén maal patiënt was de bron een homo-seksueel contact, en één maal was de patiënt op vakantie geweest in Zuid-Oost Azië. De andere patiënten waren drager van hepatitis B.

Kinkhoest

Er waren 58 meldingen van kinkhoest. Het aantal kinkhoestmeldingen is de laatste vijf kwartalen ongeveer gelijk. Dit wijkt niet af van de landelijke trend.

Legionellose

Er kwamen 5 meldingen van legionella binnen. Van 1 patiënt werd ondanks uitgebreid onderzoek de bron niet gevonden. Hij was niet in het buitenland geweest. De patiënt behoorde wel tot de risicogroep. Van 4 meldingen lagen de bronnen waarschijnlijk in Nederland, Duitsland, Italië en het Caribisch gebied.

Leptospirose

Er was 1 melding van leptospirose. De melding kwam met grote vertraging binnen. Brononderzoek moet nog plaatsvinden.

Tuberculose

In deze twee kwartalen waren er 9 meldingen van TBC.

Malaria

Malaria werd 2 keer gemeld. Eén patiënt was op vakantie geweest naar zijn geboorteland Ghana. Hij had geen profylaxe gebruikt. De andere patiënt had de malaria in Nigeria opgelopen. Ook hij had geen profylaxe gebruikt in zijn geboorteland.

Meningokokkose

Twee kinderen en een jong volwassene werden gemeld met meningokokkose. Bij alle drie was er sprake van een meningokok groep B. Tussen de drie personen bestond geen verband.

Voedselinfectie

Er waren 2 meldingen van voedselinfectie waarbij één maal patiënt meldingsplichtig was omdat hij in de voedselbereiding werkzaam was. Bij de andere voedselinfectie waren meerdere personen ziek geworden, de bron lag in het buitenland.

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 tweede kwartaal 2006			De voorgaande 4 kwartalen				t/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar	
		GGD Den Haag	GGD-Zuid-Holl. West	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden
		2e kw. 2006	2e kw. 2006	2e kw. 2006	2e kw. 2005 **)	3e kw. 2005**)	4e kw. 2005 **)	1e kw. 2006**)	1e t/m 2e kw. 2006	1e t/m 2e kw. 2005**)
B-ziekten	bacillaire dysenterie	1	2	3	14	37	13	5	8	32
	buiktyfus									
	cholera									
	Creutzfeld-J's disease				1			1	1	1
	hepatitis A		1	1	3	3	8	2	3	5
	hepatitis B *)	17	12	29	48	39	61	55	84	102
	hepatitis C									
	kinkhoest	20	21	41	71	66	55	58	99	181
	legionella pneumonie		1	1	5	10	3	3	4	7
	mazelen									
	meningokokkose	1	3	4		3	2	5	9	7
	paratyfus A						1	1	1	
	paratyfus B (C)					2				1
	tuberculose	34	6	40	72	39	58	34	74	99
	voedselvergiftiging of voedselinfectie	3		3	5	5	4	1	4	7
C-ziekten	brucellose									
	E.coli 0157		2	2			1		2	
	leptospirose		1	1		1	1		1	
	malaria	4	2	6	5	7	9	6	12	14
	ornithose/psittacose	2		2	1				2	1
	Q-koorts				9					12
	rode hond									
totaal	82	51	133	234	212	218	172	305	469	

*) 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, 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).

Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte		Het derde kwartaal 2006			De voorgaande 4 kwartalen				t/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar	
		GGD Den Haag	GGD-Zuid-Holl. West	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden
		3e kw. 2006	3e kw. 2006	3e kw. 2006	3e kw. 2005 **)	4e kw. 2005**)	1e kw. 2006 **)	2e kw. 2006**)	1e t/m 3e kw. 2006	1e t/m 3e kw. 2005**)
B-ziekten	bacillaire dysenterie	4	6	10	37	13	5	3	18	69
	buiktyfus	1	1	2		1	1		4	
	cholera									
	Creutzfeld-J's disease					1	1		1	1
	hepatitis A	9	4	13	3	8	2	1	16	8
	hepatitis B *)	35	17	52	39	61	55	29	136	141
	hepatitis C	1		1					1	
	kinkhoest	20	37	57	66	55	58	41	156	247
	legionella pneumonie	2	4	6	10	3	3	1	10	17
	mazelen									
	meningokokkose				3	2	5	4	9	10
	paratyfus A	2		2		1	1		3	
	paratyfus B (C)	2		2					2	3
	tuberculose	27	3	30	39	58	34	40	104	138
	voedselvergiftiging of voedselinfectie	6	2	8	5	4	1	3	12	12
C-ziekten	brucellose	1		1						
	E.coli 0157					1		2	2	
	leptospirose				1	1		1	1	1
	malaria	7		7	7	9	6	6	19	21
	ornithose/psittacose	1		1				2	3	1
	Q-koorts									12
	rode hond									
totaal	118	74	192	212	218	172	133	497	681	

*) 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, 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).

