



Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

jaargang 42, 2007, nummer 1

inhoud

Redactioneel

epidemiologie

Diabetes en Hindostanen: oorsprong in de baarmoeder? Opzet van een verkennend onderzoek naar geboortegewicht en vetverdeling van Hindostaanse en Nederlandse baby's in Den Haag

Kennisoverdracht over HIV/AIDS door een voorlichter eigen taal en cultuur in Turkse theehuizen

volksgezondheid

Sikkelcelziekte en thalassemie in Den Haag: een perspectief voor een Haags Hemoglobinopathie Centrum?

Actie tegen overgewicht

Academisering van de Openbare Gezondheidszorg. Eerste project van start

Korte berichten

Colofon

maart 2007 42ste jaargang nr. 1

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-heyne@ocw.denhaag.nl
*Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij
mw. Schreiner.*

Epidemiologisch Bulletin op internet:

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

Lay out en productie

Facilitaire Dienst, Multimedia

Uitgave

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

Via het bulletin wil de redactie de communicatie aanmoedigen tussen hulpverleners, leidinggevenden, beleidsmedewerkers en onderzoekers in de gezondheid in de regio Den Haag. De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en vormgeving van het bulletin. Overname van artikelen is in vele gevallen mogelijk in overleg met de redactie. De richtlijnen voor auteurs kunnen op het redactiesecretariaat worden opgevraagd. Bij wijziging van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen. Voor het bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier. Het bulletin verschijnt vier maal per jaar.

ISSN 0921-6219

Inhoud

Redactioneel

1

Epidemiologie

- Diabetes en Hindostanen: oorsprong in de baarmoeder? Opzet van een verkennend onderzoek naar het geboortegewicht en de vetverdeling van Hindostaanse en Nederlandse baby's in Den Haag
N.S. Karamali, J.T. Tamsma, G.A.M. Ariëns, C.J. de Groot, J.P. Dör, H.H.H. Kanhai, B.J.C. Middelkoop 2
- Kennisoverdracht over HIV/AIDS door een voorlichter eigen taal en cultuur in Turkse theehuizen
P.J.M. Uitewaal, A.P. van Dijk, I. van den Burg 7

Volksgezondheid

- Sikkcelziekte en thalassemie in Den Haag: een perspectief voor een Haags Hemoglobinoopathie Centrum?
J.L.H. Kerkhoffs, P. Giordano, P.W. Wijermans 14
- Actie tegen overgewicht
H.S. van Leeuwen, I. Burger, E.C.C. Kuipers, E.C.A.M. Houdijk 20
- Academisering van de Openbare gezondheidszorg
B.J.C. Middelkoop, W.J.J. Assendelft

Korte berichten

29

Redactioneel

Kritische reflectie in de grote stad

In dit bulletin veel aandacht voor complexe gezondheidsproblemen, die door onbekendheid en het ontbreken van 'evidence' voor een adequate aanpak weinig in de belangstelling staan. Dankzij de vasthoudendheid en bereidheid tot samenwerking van een aantal professionals en andere betrokkenen zijn we in Den Haag in staat om -zelfs vroegtijdig- dergelijke belangrijke gezondheidsproblemen op de agenda te krijgen.

In dit perspectief is de ontwikkeling van de academische werkplaats Openbare Gezondheidszorg Noordelijk Zuid-Holland interessant. In het artikel van Middelkoop wordt de start van de academische werkplaats geschetst en het potentieel van deze werkplaats voor -uiteindelijk- de inwoners in Den Haag. De academische werkplaats moet onder meer een forum gaan bieden, waar bovengenoemde gezondheidsproblemen vroegtijdig en kritisch worden gesignaleerd en waar ze een adequate inbedding krijgen.

Een typisch voorbeeld van de beoogde toegevoegde waarde van de academische werkplaats Openbare Gezondheidszorg Noordelijk Zuid-Holland vormt de totstandkoming van het onderzoek naar de vraag of foetale ontwikkeling een rol speelt bij het hoge diabetesrisico van Hindostanen. Het artikel over diabetes en Hindostanen beschrijft het in Den Haag gestarte onderzoek hiernaar.

Voorts besteden we aandacht aan de aanpak van hemoglobinopathie, een serieus gezondheidsprobleem in Den Haag. Het aantal dragers van deze erfelijke vorm van bloedarmoede neemt toe. Op basis van schattingen van het aantal dragers in 2015 blijkt het van belang zwangere vrouwen op dergelijke aandoeningen te screenen. Het artikel beschrijft de opzet en uitvoering van zo'n screening. Interessant is de vraag of dergelijk screeningsonderzoek alleen aan zwangere vrouwen van allochtone afkomst moet worden aangeboden, of aan alle zwangeren.

Het bestrijden van overgewicht is een voorbeeld van de aanpak van een probleem waarvoor een uitgebreid samenwerkingsnetwerk en een programmatische werkwijze onontbeerlijk zijn. Het artikel over het programma 'Gezond Gewicht' laat een typisch Haagse aanpak van zo'n brede samenwerking zien, inclusief een speciale polikliniek voor kinderen met ernstig overgewicht in het Juliana Kinderziekenhuis.

En dan is er het artikel over kennisoverdracht over HIV/AIDS, dat een kritische reflectie bevat op de inzet van VETC in Den Haag. Hoe effectief en efficiënt zijn dergelijke preventieve interventies op grootstedelijke problematiek? Voor de academische werkplaats wellicht een interessante uitdaging om een deel van haar energie te gaan richten op evaluatieonderzoek.

Laten we niet alleen kritisch zijn op wat we zien aan problematiek in de stad, maar laten we vooral ook kritisch zijn (en blijven) op dat wat we aan die problematiek doen.

Diabetes en Hindostanen: oorsprong in de baarmoeder? Opzet van een verkennend onderzoek naar het geboortegewicht en de vetverdeling van Hindostaanse en Nederlandse baby's in Den Haag

N.S. Karamali, J.T. Tamsma, G.A.M. Ariëns, C.J. de Groot, J.P. Dör, H.H.H. Kanhai, B.J.C. Middelkoop

Diabetes komt onder Hindostanen veel voor. Dat bleek o.a. uit de postenquête die de GGD in 1996 hield onder Hindostaanse Hagenaars: bijna 40% van de 60+ ers gaf aan diabetes te hebben, evenals veel Hindostanen uit de jongere leeftijdscategorieën (50-59: 27,7%; 31-49: 6,4%) (1). Diabetes komt niet alleen veel voor onder Hindostanen in Nederland. Ook in India, waar Hindostanen oorspronkelijk vandaan komen en onder Hindostanen in andere Westerse landen, zoals in Engeland en de Verenigde Staten, komt diabetes erg vaak voor (2). Opmerkelijk is verder dat Hindostaanse diabetespatiënten vaak jonger zijn, vaker complicaties krijgen en een hogere sterfte kennen dan Kaukasische diabetespatiënten (3)(4)(5).

Als oorzaken van het hoge voorkomen van diabetes onder Hindostanen worden in de literatuur verschillende mogelijkheden genoemd, waaronder erfelijke oorzaken en een ongunstige leefstijl. Ook denken steeds meer experts dat de foetale ontwikkeling mogelijk een rol speelt bij het hoge diabetesrisico van Hindostanen. Dit is gebaseerd op de 'fetal origins'-hypothese (6). Onderstaand artikel gaat over deze hypothese en over het onderzoek dat zojuist is gestart door de GGD en het LUMC om de hypothese te testen onder Hindostanen in Den Haag.

'Fetal origins of health and disease-hypothese'

De basis voor de 'fetal origins'-hypothese werd gelegd in de jaren '90 toen uit onderzoek van Barker en Hales naar voren kwam dat een laag geboortegewicht en het voorkomen van coronaire hartziekten op latere leeftijd met elkaar geassocieerd waren. Aan de hand van deze bevindingen stelden de onderzoekers de hypothese op dat een foetus die wordt blootgesteld aan een ongunstige voedingssituatie in de baarmoeder (wat zich onder meer uit in een laag geboortegewicht) een 'zuinig' metabolisme ontwikkelt door blijvende veranderingen te maken in de structuur en functie van

bepaalde organen en weefsels. Als de baby vervolgens geboren wordt in een omgeving waar (meer dan) voldoende voedingsstoffen aanwezig zijn, vergroten deze aanpassingen het risico op het ontwikkelen van chronische ziekten op latere leeftijd, waaronder diabetes (7). De naam van de 'fetal origins'-hypothese is inmiddels veranderd in de 'Developmental Origins of Health and Disease origins'-hypothese op basis van de bevinding dat ook omgevingsinvloeden na de geboorte een rol spelen bij het risico op chronische ziekten op latere leeftijd. De hypothese richt zich nu ook niet enkel op voeding, maar stelt wat algemener dat negatieve

Over de auteurs:

Drs. N.S. Karamali is junior wetenschappelijk medewerker afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, dienst OCW; dr. J.T. Tamsma is internist-vasculaire geneeskunde, afdeling Endocrinologie en Algemene Inwendige Geneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum; dr. G.A.M. Ariëns is senior wetenschappelijk medewerker, afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, dienst OCW; dr. G.J. de Groot en dr. J.P. Dör zijn gynaecoloog, afdeling Gynaecologie en Verloskunde, Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde; prof. H.H.H. Kanhai is hoogleraar Foetale Geneeskunde en hoofd afdeling Verloskunde, Leids Universitair Medisch Centrum; dr. B.J.C. Middelkoop is hoofd afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, dienst OCW, en coördinator Academische Werkplaats Public Health noordelijk Zuid-Holland, verbonden aan de afdeling Public health en Eerstelijngeneeskunde van het Leids Universitair Medisch Centrum.

invloeden (bijv. zuurstofgebrek) tijdens de ontwikkeling, in het bijzonder tijdens de foetale ontwikkeling, kunnen leiden tot een verhoogd risico op chronische ziekten in het volwassen leven (8).

'Fetal origins' en Hindostanen

Er zijn aanwijzingen dat de 'fetal-origins'-hypothese van toepassing zou kunnen zijn op de Hindostaanse populatie:

- Veel Indiase baby's hebben een laag geboortegewicht (6) en ook in Nederland komt een laag geboortegewicht relatief vaak voor onder Hindostaanse baby's (9).
- In India is gevonden dat kinderen met een laag geboortegewicht op 4- en 8-jarige leeftijd al een licht gestoorde reactie vertonen op de toediening van suiker (10)(11). Vergelijkbare resultaten werden gevonden bij een ander onderzoek in India onder 1492 mannen en vrouwen in de leeftijd van 26 tot 32 jaar: mannen en vrouwen met een lager geboortegewicht hadden twee uur na toediening van suiker een hogere glucose- en insulineconcentratie in hun bloed dan mannen en vrouwen met een hoger geboortegewicht (12).
- In een ander onderzoek werd de antropometrie¹ van Indiase en Britse baby's met elkaar vergeleken. Het gemiddelde geboortegewicht van de Indiase baby's was zoals verwacht veel lager dan dat van de Britse baby's. Bij vergelijking van Indiase en Britse baby's met hetzelfde geboortegewicht vielen enkele zaken op: de Indiase baby's hadden een kleinere buik- en bovenarmomtrek, maar de subcapulaire huidplooï² was dikker dan bij de Britse baby's. Dit suggereert dat de Indiase baby's kleinere inwendige organen en minder spiermassa hebben, maar dat ze meer centraal vet hebben: een dunne, maar ook 'vette' baby

(13). Deze bevindingen werden bevestigd in een ander gelijksoortig onderzoek; de onderzoekers noemden dit de 'thin-fat Indian' baby (14).

- In een van bovengenoemde onderzoeken werd eveneens navelstrengbloed afgenomen vlak na de geboorte. Hieruit bleek dat Indiase baby's bij de geboorte al vaker een vorm van insulineresistentie vertonen in vergelijking met Britse baby's (13).
- In een ander grootschalig onderzoek in India (Pune Maternal Nutrition Study) is onderzoek gedaan naar de invloed van de voedingstoestand van de moeder tijdens de zwangerschap op de antropometrie van haar baby, onder andere op het geboortegewicht en de dikte van de subcapulaire en tricephuidplooï². De belangrijkste determinanten van foetale groei bleken de frequentie van inname van micronutriëntenrijke voedingsgroepen zoals bladgroente, fruit en melk en de concentraties foliumzuur en vitamine C in het bloed van de moeder (15).

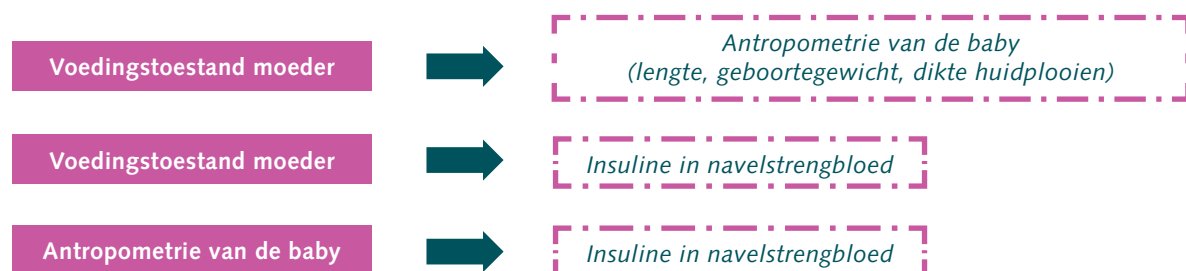
De 'fetal origins'-hypothese kan dus een mogelijke verklaring zijn voor het hoge voorkomen van diabetes onder Hindostanen.

Gepland onderzoek in Den Haag

Een onderzoek als de Pune Maternal Nutrition Study (PMNS) is nog niet uitgevoerd onder Hindostanen in Westerse landen. Dit is echter wel nodig, omdat de resultaten die zijn gevonden in India niet hoeven te gelden voor de Hindostanen in Westerse landen. De leefomgeving is anders en de leefstijl van de Hindostanen in Westerse landen is aangepast aan de Westerse leefstijl. De GGD Den Haag en het LUMC hebben daarom besloten om een gelijksoortig onderzoek als de PMNS uit te voeren in Den Haag. Net als in Puna

Figuur 1

Hypothesen die getest zullen worden in het hoofdonderzoek.



¹ Onderzoek naar de afmetingen en verhoudingen van het menselijk lichaam

² De dikte van huidplooien zegt iets over de vetverdeling en het vetpercentage. De tricephuidplooï zegt iets over het perifere vet (op armen, benen); de subcapulaire huidplooï over het centrale vet (op de romp).

zal worden onderzocht of de voedingstoestand van de moeder een relatie vertoont met de antropometrie van haar baby. Een aanvulling op het onderzoek uit India is dat in het Haagse onderzoek ook zal worden onderzocht of de voedingstoestand van de moeder verband houdt met de insulinegevoeligheid van de baby en of de antropometrie van de baby een relatie vertoont met zijn/haar insulinegevoeligheid (figuur 1). De insulinegevoeligheid van de baby zal onderzocht worden door vlak na de geboorte de concentraties glucose en insuline in het navelstrengbloed te bepalen. Dit grootschalig onderzoek wordt gefinancierd door het Diabetesfonds.

Het grootschalig onderzoek wordt voorafgegaan door een pilotonderzoek waarin wordt nagegaan of het 'thin-fat' fenotype ook voorkomt onder Hindostanen in Den Haag. Dit pilotonderzoek dat geheel wordt gefinancierd uit eigen middelen van de GGD en het LUMC, is inmiddels (eind 2006) van start gegaan. Hieronder gaan we nader in op het pilotonderzoek, dat we het InDIA-onderzoek hebben genoemd: 'Indian and Dutch Infants and their Anthropometry'.

Doelen van het pilotonderzoek

Het pilotonderzoek heeft drie primaire doelen, namelijk:

1. *Nagaan of de 'thin-fat', insulineresistente baby voorkomt onder Hindostanen in Den Haag en in welke mate.*
Hiertoe zal het geboortegewicht en het vetpercentage van Hindostaanse en Nederlandse baby's met elkaar vergeleken worden. Bij een deel van de populatie zal ook navelstrengbloed worden afgenomen om de glucose-, insuline- en triglyceridenconcentraties te kunnen bepalen. Er is een Nederlands-Kaukasische controlegroep nodig, omdat er geen referentiewaarden zijn voor het vetpercentage en de glucose-, insuline- en triglyceridenspiegels in het navelstrengbloed van Kaukasische baby's.
2. *Testen van de haalbaarheid en bruikbaarheid van de onderzoeksmethoden die gebruikt zullen worden in het hoofdonderzoek.*
In het pilotonderzoek zullen voor het grootste gedeelte dezelfde onderzoeksmethoden worden gebruikt als in het hoofdonderzoek. In het pilotonderzoek kan worden nagegaan hoe deze onderzoeksmethoden werken in de praktijk, indien nodig kunnen ze worden aangepast.
3. *Het ontwikkelen van een voedingsvragenlijst voor Hindostaanse vrouwen.*
In het hoofdonderzoek zullen we gedetailleerd vragen naar de voeding van de zwangere. Hiertoe hebben we een vragenlijst ontwikkeld speciaal voor

Hindostanen. In het pilotonderzoek zullen we deze vragenlijst valideren door de vrouwen te vragen om naast de voedingsvragenlijst ook een voedingsdagboek bij te houden.

Opzet van het pilotonderzoek

In Den Haag woont een groot aantal Hindostanen: naar schatting is ongeveer 10% van de Hagenaars Hindostaans. Dit biedt goede mogelijkheden om de pilotstudie in Den Haag uit te voeren, bovendien kunnen Hindostaanse en Nederlandse baby's uit dezelfde leefomgeving met elkaar worden vergeleken.

Figuur 2

schematische weergave van het verloop van de pilotstudie en het hoofdonderzoek.



In figuur 2 is het verloop van het onderzoek schematisch weergegeven. Surinaams-Hindostaanse en Nederlandse vrouwen worden door hun verloskundige of gynaecoloog om medewerking gevraagd als ze ongeveer twintig weken zwanger zijn. Surinaams-Hindostaanse zwangeren komen in aanmerking als haar

beide ouders Surinaams-Hindostaans zijn en de vader van de baby en zijn beide ouders ook Surinaams-Hindostaans zijn. Voor Kaukasisch-Nederlandse vrouwen geldt hetzelfde: beide ouders van zowel de moeder als de vader van de baby moeten Kaukasisch-Nederlands zijn. Minderjarige zwangeren en vrouwen die zwanger zijn van een meerling vallen buiten het onderzoek. Alle verloskundigenpraktijken in Den Haag zijn aangeschreven in verband met dit onderzoek, er is geen bewuste keuze gemaakt voor bepaalde verloskundigenpraktijken. Inmiddels hebben acht van de zestien verloskundigenpraktijken in Den Haag hun medewerking toegezegd, ook de gynaecologen van het MCH Westeinde zullen vrouwen vragen om mee te werken aan het onderzoek. Enkele praktijken gaven aan op dat moment geen tijd te hebben, maar in een later stadium eventueel wel mee te willen werken.

Medewerking van de zwangere aan het onderzoek houdt in dat er metingen gedaan zullen worden bij de zwangere en bij de baby. Bij de zwangere worden enkele lichamelijke metingen gedaan als ze 28 weken zwanger is, waaronder lengte, gewicht, bovenarmomtrek en dikte van vier huidplooien. Ook wordt de vrouwen gevraagd om een vragenlijst in te vullen, waarin onder andere naar enkele algemene kenmerken en de familie-anamnese voor diabetes en hart- en vaatziekten wordt gevraagd. Naast deze vragenlijst krijgen de Hindostaanse vrouwen ook een voedingsvragenlijst en een voedingsdagboek (voor het valideren van de voedingsvragenlijst). De gevalideerde voedingsvragenlijst zal in het hoofdonderzoek gebruikt worden.

Bij vrouwen die in het MCH Westeinde bevallen wordt direct na de bevalling navelstrengbloed afgenomen. Hierin worden de glucose-, insuline- en triglyceridenconcentraties bepaald. Het navelstrengbloed moet binnen één uur na afname verwerkt worden om betrouwbare uitslagen te verkrijgen, daarom is er voor gekozen om alleen navelstrengbloed af te nemen bij de ziekenhuisbevallingen. Hierover zijn afspraken gemaakt met het klinisch-chemisch laboratorium van het MCH Westeinde en mogelijk zullen we dat in de toekomst ook doen met de andere ziekenhuizen in Den Haag.

Bij de baby zullen binnen 72 uur na de geboorte ook enkele metingen worden gedaan, namelijk lengte, bovenarm-, buik- en hoofdometring en dikte van triceps- en subscapulaire huidplooien. Alle metingen,

zowel aan de baby als aan de zwangere worden door dezelfde persoon verricht.

Verder zullen na de bevalling in het dossier van de zwangere enkele kenmerken met betrekking tot de zwangerschap en de bevalling worden nagezocht om andere factoren die van invloed zouden kunnen zijn op het geboortegewicht of de vetverdeling, te noteren en mee te nemen in de analyse.

Het pilotonderzoek is inmiddels van start gegaan in twee verloskundigenpraktijken en op de afdeling Gynaecologie van het MCH Westeinde. Het plan is om geleidelijk de praktijken die toegezegd hebben mee te werken aan het onderzoek te laten starten met werven van vrouwen. Het streven is om metingen te verrichten bij 100 Hindostaanse en 100 Nederlandse zwangeren en hun baby's.

Na de pilot: het hoofdonderzoek

Het pilotonderzoek is zoals beschreven slechts het begin. Het is de bedoeling dat het hoofdonderzoek van start gaat zodra de voedingsvragenlijst is gevalideerd. De verwachting is dat dit na de zomer zal zijn. De opzet van het hoofdonderzoek zal in grote lijnen hetzelfde zijn als de opzet van de pilot met dit verschil dat er ook bloed zal worden afgenomen bij de zwangere bij 28 weken zwangerschap (figuur 2). Dit als aanvulling op de voedingsvragenlijst, omdat er nu niet alleen naar het voedingspatroon wordt gekeken, maar ook naar de spiegels van bepaalde voedingsstoffen in het bloed van de zwangere. Om de vraagstellingen van het hoofdonderzoek te beantwoorden (figuur 1) is deelname van 500 Hindostaanse vrouwen nodig; we schatten dat dit aantal in 2,5 jaar zal worden gehaald. In het hoofdonderzoek is geen controlegroep van Nederlands-Kaukasische vrouwen nodig, omdat de Hindostaanse vrouwen onderling (op basis van hun voedingstoestand) zullen worden vergeleken.

De pilotstudie en het hoofdonderzoek tezamen moeten meer inzicht geven in de mogelijke oorzaken van het hoge voorkomen van diabetes bij Hindostanen en helpen bij het ontwikkelen van nieuwe preventieve maatregelen. Op basis van het onderzoek in Puna is bijvoorbeeld een interventieonderzoek gestart in de sloppenwijken van Mumbai (voorheen bekend als Bombay, een grote stad in India) waarbij de vrouwen vóór en tijdens de zwangerschap een voedingssupplement krijgen aangeboden in de vorm van een snack. De onderzoekers hebben de resultaten van de PMNS gebruikt om dit voedingssupplement te ontwikkelen

(16). Het is de bedoeling dat een dergelijk interventie-onderzoek ook zal volgen na de uitvoering van de pilotstudie en het hoofdonderzoek in Den Haag. Zoals eerder beschreven zijn ook invloeden in het postnatale leven belangrijk. Daarom hopen we in de gelegenheid te zijn om de baby's die hebben meegewerkt aan de pilotstudie en het hoofdonderzoek, te kunnen volgen tot in hun kindertijd. Eerst is het echter zaak om de pilot en hoofdonderzoek tot een succes te maken. Dit is alleen mogelijk met medewerking van verloskundigen en zwangeren in Den Haag. Uiteraard zullen de eerste resultaten zodra deze bekend zijn worden gepubliceerd in het Epidemiologisch Bulletin.

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. McKeigue PM, Miller GJ, Marmot MG. Coronary heart disease in South Asians overseas: a review. *J Clin Epidemiol* 1989;42:597-609.
3. Samanta A, Burden AC, Jagger C. A comparison of the clinical features and vascular complications of diabetes between migrant Asians and Caucasians in Leicester, UK. *Diabetes Res Clin Pract* 1991;14:205-13
4. Mather HM, Chaturvedi N, Fuller JH. Mortality and morbidity from diabetes in South Asians and Europeans: 11-year follow-up of the Southall Diabetes Survey, London, UK. *Diabet Med* 1998;15:53-9
5. Chandie Shaw PK, Vandenbroucke JP, Tjandra YI, Rosendaal FR, Rosman JB, Geerlings W, De Charro FT, Es LA van. Increased end-stage diabetic nephropathy in Indo-Asian immigrants living in the Netherlands. *Diabetologia* 2002;45:337-41
6. Yajnik CS. Nutrition, growth and body size in relation to insulin resistance and type 2 diabetes. *Curr Diab Rep* 2003;3:108-14
7. Barker DJP. Mothers, babies and disease in later life. BMJ Publishing Group Londen 1994
8. Gluckman PD, Hanson MA, Pinal C. The developmental origins of adult disease. *Matern Child Nutr* 2005; 1(3):130-41
9. Schulpen TWJ. Mortaliteitsverschillen tussen allochtone en autochtone kinderen in Nederland. Utrecht: Centre for Migration and Child Health, September 1996.
10. Yajnik CS, Fall CH, Vaidya U, Pandit AN, Bavdekar A, Bhat DS, Osmond C, Hales CN, Barker DJP. Fetal growth and glucose and insulin metabolism in four-year-old Indian children. *Diabet Med* 1995;12:330-6.
11. Bavdekar A, Yajnik CS, Fall CHD, Bapat S, Pandit AN, Deshpande V, Bhawe S, Kellingray SD, Joglekar C. Insulin resistance syndrome in 8-year-old Indian children. Small at birth, big at 8 years, or both? *Diabetes* 1999;48:2422-9.
12. Bhargava SK, Sachdev HS, Fall CHD, Osmond C, Lakshmy R, Barker DJP, Biswas SKD, Stat M, Ramji S, Prabhakaran D, Reddy KS. Relation of serial changes in childhood body-mass index to impaired glucose tolerance in young adulthood. *N Engl J Med* 2004;350:865-69
13. Yajnik CS, Lubree HG, Rege SS, Naik SS, Deshpande JA, Deshpande SS, Joglekar CV, Yudkin JS. Adiposity and hyperinsulinemia in Indians are present at birth. *J Clin Endocrinol Metab* 2002;87:5575-80.
14. Yajnik CS, Fall CHD, Coyaji KJ, Hirve SS, Rao S, Barker DJP, Joglekar C, Kellingray S. Neonatal anthropometry: the thin-fat Indian baby. The Pune Maternal Nutrition Study. *Int J Obes* 2003;27:173-80.
15. Rao S, Yajnik CS, Kanade A, Fall CHD, Margetts BM, Jackson AA, Shier R, Joshi S, Rege S, Lubree H, Desai B. Intake of micronutrient-rich foods in rural Indian mothers is associated with the size of their babies at birth: Pune Maternal Nutrition Study. *J Nutr* 2001;131:1217-24.

Kennis overdracht over HIV/AIDS door een voorlichter eigen taal en cultuur in Turkse theehuizen

P.J.M. Uitewaal, A.P. van Dijk, I. van den Burg

Allochtonen laten zich relatief laat testen op HIV. Het aantal SOA-consulten en diagnoses onder allochtonen in Amsterdam neemt toe. Bij Turken werd 2,5 maal vaker een SOA-diagnose gesteld dan bij Nederlanders en -vergeleken met Surinaamse jongeren- blijken Turkse jongeren slechter geïnformeerd over SOA/AIDS. Bovendien waren Turkse en Marokkaanse jongeren negatiever over condoomgebruik dan Surinamers. Alle reden derhalve om voorlichting over HIV/AIDS te entameren, speciaal voor Turkse jongeren. Een mogelijkheid hiertoe bieden voorlichtingsbijeenkomsten in Turkse theehuizen door VETC-ers (Voorlichters Eigen Taal en Cultuur). De afgelopen jaren zijn dergelijke bijeenkomsten veelvuldig gehouden, en de effectiviteit ervan is onderzocht.

Onderstaand artikel doet verslag van het onderzoek naar bereik en effectiviteit van deze manier van voorlichten.

Inleiding

Door een taboe op seksualiteit en AIDS en door onbekendheid met de Nederlandse gezondheidszorg laten allochtonen zich pas relatief lang na een besmetting testen op HIV. Uit de SOA registratie in Amsterdam blijkt dat het aantal bij de GGD geregistreerde SOA consulten en ook het aantal gestelde diagnoses onder allochtonen toeneemt. En: bij Turken werd 2,5 keer vaker een SOA gediagnosticeerd dan bij Nederlanders (1).

Vergelijking van Marokkaanse, Turkse en Surinaamse jongeren liet grote verschillen zien op het gebied van kennis en houding ten aanzien SOA/AIDS. Turkse jongeren bleken slechter geïnformeerd over SOA/AIDS en meer Turkse jongeren waren zelf ook van mening dat ze middelmatig tot slecht geïnformeerd zijn over SOA's en de preventie hiervan. Toch bleken ze minder behoefte te hebben aan dergelijke informatie dan Surinamers (Turken 16% versus 39% bij Surinamers). Turken en Marokkanen stonden negatiever tegenover allerlei aspecten van condoomgebruik (minder voelen, hinderlijke onderbreking, niet bij de hand hebben, schroom bij het kopen) dan Surinamers (2). Ook zou de intentie tot condoomgebruik bij Turken en Marokkanen minder zijn dan bij autochtonen (54% versus 83%) (1).

Bij een in 2001 gepubliceerd onderzoek werd eenmalige HIV/AIDS voorlichting gegeven aan bezoekers

van Turkse theehuizen door VETC-ers (Voorlichters Eigen Taal en Cultuur). Hierbij bleek de kennis over HIV/AIDS toegenomen, ook was na de voorlichting de houding tegenover condoomgebruik positiever (3). Sindsdien zijn door de betere behandelmogelijkheden bij HIV-besmetting de overlevingskansen verbeterd, maar is ook bij sommige groepen de mening ontstaan dat veilig vrijen minder noodzakelijk zou zijn (4). Mogelijk zijn ook de kennis en houding ten aanzien van HIV/AIDS van bezoekers aan Turkse theehuizen veranderd.

In 2004 werden in Den Haag in totaal 267 voorlichtingsbijeenkomsten gegeven door VETC-ers, waarvan 111 bijeenkomsten (42%) over HIV/AIDS. De meeste HIV/AIDS voorlichting (99 bijeenkomsten) werd gegeven in Turkse theehuizen, wat in verhouding met het totale pakket aan voorlichting onevenredig groot was. Hoewel naar schatting ongeveer 80% van de Turkse mannen regelmatig in een theehuis komt en de voorlichting dus voor het grootste deel van de Turkse mannen beschikbaar is, is er twijfel gerezen aan het nut (is er niet inmiddels voldoende kennis over HIV/AIDS bij bezoekers aan Turkse theehuizen?) en de effectiviteit (luistert men goed en is er voldoende kennistoename) van deze bijeenkomsten. Dit is onderzocht.

Doel van de studie is een antwoord te krijgen op de vragen:

- is het geven van voorlichting door een voorlichter

Over de auteurs:

Dr. P.J.M. Uitewaal, senior wetenschappelijk onderzoeker afdeling Epidemiologie (EMG) en huisarts; drs. A.P. van Dijk, epidemiologisch onderzoeker afdeling Epidemiologie (EMG); ir. I. van den Burg, functionaris SOA/AIDS, afdeling GVO (EMG).



Turkse voorlichter aan het werk.

eigen taal en cultuur (VETC) haalbaar (worden voldoende Turkse mannen bereikt)?

- is het geven van deze manier van voorlichting effectief, in de zin van: leidt de voorlichting tot kennisvermeerdering en beïnvloedt de voorlichting positief de gedragsdeterminanten ten aanzien van condoomgebruik en testgedrag op HIV?

Ook is gekeken naar verschillen in effectiviteit van de voorlichting tussen de theehuizen en de samenhang tussen kennistoename en verandering van de intentie het gedrag te veranderen.

Methode

Het aantal deelnemende theehuizen was te beperkt voor een randomisatie van de theehuizen in twee condities (een conditie met alleen een voormeting en een conditie met alleen een nameting). Daarom is gekozen voor een niet-gecontroleerde opzet met een voor- en een nameting. De voormeting zal daarbij een effect hebben gehad op de aandacht voor onderwerpen uit de vragenlijst (vragenlijsteffect), bij de nameting wordt dan ook het gecombineerde effect gemeten van het invullen van de vragenlijst plus het bijwonen van de voorlichting. De antwoorden in de nameting kunnen toch alleen beter beantwoord worden, wanneer de deelnemende mannen goed naar de voorlichtings-

boodschap geluisterd hebben. Omdat de interventie slechts tot doel had kennis over te brengen, zagen we dit niet als bezwaarlijk gezien. Naar de grootte van dit vragenlijsteffect hebben we geen onderzoek gedaan. De vragenlijst kon niet al te uitgebreid zijn. Er werd geen non-respons onderzoek gedaan en er kon ook geen uitspraak worden gedaan over de karakteristieken van mensen die niet aan het onderzoek wilden deelnemen.

Eigenaren van theehuizen in Den Haag werden door de Turkse voorlichter vooraf benaderd om toestemming voor HIV/AIDS voorlichting. Hierbij werden een datum en tijdstip afgesproken. De voorlichting werd vooraf, vaak mondeling, aangekondigd in het theehuis.

Interventie

Turkse mannen in verschillende theehuizen in Den Haag kregen eenmalig voorlichting over HIV/AIDS. Deze voorlichting verliep op de manier zoals die eerder gebruikt en beschreven is (3). De voorlichter vroeg de aandacht, stelde zichzelf voor en nodigde de aanwezigen uit om de voorlichting over HIV/AIDS bij te wonen. Aan de hand van op posters geplakte foto's gaf hij informatie over HIV/AIDS. Ook gaf de voorlichter een demonstratie van condoomgebruik. Voorafgaand aan deze voorlichting werd aan de Turkse mannen gevraagd een vragenlijst in te vullen.

De voorlichting

De voorlichting werd gegeven door een goed getrainde en ervaren voorlichter van Turkse afkomst, die vloeiend Turks sprak. De begeleiding van de voorlichter gebeurde door een medewerker van de GGD Den Haag.

De voorlichting duurde tussen de 40 en 60 minuten en had tot doel de deelnemers inzicht te geven in: 1) de verspreiding van het AIDS virus (hoe kan HIV worden overgedragen en misverstanden over verspreiding van HIV), 2) preventie strategieën (condoomgebruik) en 3) goed gebruik van een condoom door middel van een condoomdemonstratie. Bij de voorlichting werd gebruik gemaakt van grote platen/posters waarop telkens 6 foto's geplakt waren met een korte tekst. Tijdens de voorlichting was er ruimte voor discussie en konden de deelnemers vragen stellen. Na afloop volgde vaak een discussie met enkele deelnemers.

Metingen

Voor en direct na de voorlichting werd een vragenlijst afgenomen met 28 vragen (zie tabellen 1 en 2): drie vragen over de achtergrondkarakteristieken van de

respondenten (leeftijd, vaste partner, eerdere voorlichting in een theehuis), twee vragen naar de mening van de respondent over de meest geschikte locatie voor voorlichting, en een vraag over de voorlichtingsbehoefte voor en na de voorlichting. Daarnaast waren er veertien kennisvragen over HIV/AIDS en negen vragen over gedragsdeterminanten. Per vraag waren er twee antwoordcategorieën mogelijk: ja of nee. De vragenlijst is afgeleid van een eerder bij onderzoek gebruikte vragenlijst (2), waarbij drie kennisvragen zijn weggelaten en zeven vragen zijn toegevoegd (drie vragen over condoomgebruik en vier vragen over testen op HIV). De vragen zijn vooraf becommentarieerd door de Turkse voorlichter en de coördinator Turkse voorlichting. (zie tabellen 1 en 2)

De vragen werden niet vertaald in het Turks. Respondenten die moeite hadden met het invullen van de vragen werden geassisteerd bij het invullen van de vragenlijst door twee Turks sprekende onderzoeksassistenten.

Analyses

De analyses zijn uitgevoerd met behulp van SPSS12.01. De afzonderlijke items van de vragenlijst zijn geanalyseerd met non-parametrische toetsen (Wilcoxon Signed Rank test, Chi kwadraat toetsen). Het effect van de voorlichting op kennis is onderzocht met behulp van gepaarde t-toetsen. De verschillen in effect van de voorlichting tussen de theehuizen is gemeten met een analyse voor herhaalde metingen van de variantie binnen de theehuizen (ANOVA).

Resultaten

Er is voorlichting gegeven in twaalf theehuizen, aan groepjes van gemiddeld 9 man (minimum 7 maximum 14). In het totaal deden 104 aanwezigen mee aan de voor- en nameting. Dit was slechts een deel van de 10 tot 60 aanwezigen in de theehuizen. Een deel van de aanwezigen luisterde wel naar de voorlichting maar deed niet mee dan aan het onderzoek.

De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 32,3 (SD 8,5) jaar. De jongste was 18 jaar en de oudste 55 jaar. Van deze groep was 76% getrouwd.

Van de 102 respondenten (2 missing) hadden er 17 (16,7 %) al eens eerder voorlichting over dit onderwerp gehad.

Kennis

De kennis werd vastgesteld aan de hand van vijftien kennisvragen. Het gemiddeld aantal goede antwoorden in de voormeting was 9,6 (SD 2,5) en in de nameting 12,8 (SD 2,0). Het gemiddelde verschil tussen de voor- en nameting was 3,2 (SD 3,1; $p < 0,001$).

Twintig procent van de mannen had voor de voorlichting een gebrekkige kennis over HIV en AIDS (de helft of minder van de vragen goed) en 28% had vooraf al een goede kennis over HIV/AIDS (>80 % van de antwoorden goed). Na de voorlichting scoorde 2% minder dan de helft van de vragen goed en 85% goed.

Bij de voormeting wist bijna iedereen dat HIV via seksueel contact wordt overgebracht (92%), dat een condoom beschermt (91%) en dat een condoom maar één keer kan worden gebruikt (91%). Tegelijk wist 45% niet dat een condoom te oud kan zijn om te worden gebruikt. In de nameting was dit nog 14%. Ongeveer een derde van de mannen had een verkeerd idee over hoe zij een HIV besmetting zouden kunnen oplopen, na de voorlichting was dit nog maar 1%. Bij de voormeting dacht 56% van de mannen dat iemand die met HIV besmet is, zich niet gezond kan voelen en 45% dat HIV besmetting aan iemands uiterlijk te zien is, wat na de voorlichting duidelijk afgenomen was naar respectievelijk 15% en 19%. Ook dacht bij de voormeting 39% zich te kunnen beschermen tegen een HIV besmetting door zich regelmatig te wassen, tegen 19% in de nameting. (tabel 1)

Er werden geen significante verschillen in kennis gevonden tussen mannen die wel en mannen die niet eerder voorlichting over HIV/AIDS hadden gehad, en tussen mannen met of zonder partner. Ook was er geen significante relatie tussen kennistoename en leeftijd.

Gedragsdeterminanten

1. Condoomgebruik

Er waren zes vragen over gedragsdeterminanten ten aanzien van condoomgebruik. In de voormeting antwoordde 44% positief ten aanzien van condoomgebruik op een of twee vragen en 15% positief op vier of meer vragen. Niemand antwoordde positief op alle gevraagde aspecten. Na de voorlichting stonden meer mannen positief ten opzichte van het kopen van een condoom (60% in de nameting versus 34% in de voormeting) en het gebruik van condooms. De intentie om een condoom te gebruiken bij een nieuwe relatie was in de voormeting hoog (88,5%) en veranderde vrijwel niet (89,4%). (tabel 2)

2. Testen op HIV

Uit de voormeting bleek dat 75% van deelnemende mannen zich op HIV wilde laten testen bij het krijgen van een nieuwe seksuele partner. (tabel 2)

In de voormeting gaf 2% geen enkel en 30% één positief antwoord ten gunste van het laten testen op HIV, 31% beantwoordde alle drie de vragen positief.

Tabel 1

Kennisvragen: aantal mensen (% van totaal) dat een vraag juist beantwoord heeft in de voor- en nameting.

	Aantal respondenten	Voormeting	Nameting
- Kan HIV (het virus dat AIDS veroorzaakt) door muggen worden overgebracht? (nee)	103	64 (61.5%)	103 (100%) *
- Kan HIV worden overgebracht via een (vieze) wc? (nee)	103	75 (72,8%)	102 (99%) *
- Kan HIV worden overgebracht door zoenen? (nee)	103	69 (67%)	101 (98%) *
- Kan HIV worden overgebracht door geslachtsgemeenschap (ja)	103	95 (92,2%)	97 (94,2%)
- Loopt een man, die seksuele contacten heeft met meerdere vrouwen en niet altijd een condoom gebruikt, het gevaar om besmet te worden met HIV? (ja)	102	75 (73,5%)	94 (92,2%) *
- Loopt de vrouw van een man die overspel pleegt en hierbij geen condoom gebruikt het gevaar om besmet te worden met HIV? (ja)	101	85 (84,1%)	96 (95%) *
- Kan iemand die besmet is met HIV zich gezond voelen? (ja)	103	45 (43,3%)	90 (86,5%)*
- Kan je zien of iemand besmet is met HIV, wanneer je goed op iemands uiterlijk let? (nee)	102	57 (54,8%)	84 (80,8%)*
- Bescherm je jezelf goed wassen' na het vrijen tegen HIV besmetting? (nee)	103	63 (60,6%)	84 (80,8%) *
- Bescherm je het gebruik van een condoom tegen HIV besmetting? (ja)	100	95 (91,3%)	94 (90,4%)
- Worden alle prostituees in Nederland regelmatig getest op HIV besmetting? (nee)	102	48 (47%)	75 (73,5%) *
- Kan een condoom te oud zijn om nog te gebruiken? (ja)	101	55 (54,5%)	87 (86,1%) *
- Kan je een condoom meer dan één keer gebruiken? (nee)	102	93 (91.1%)	101 (99.0%) *
- Is het extra veilig om twee condooms over elkaar te doen? (nee)	102	76 (74,5%)	98 (96,1%) *

* Wilcoxon Signed Rank test: $P < 0.01$

Dit was onafhankelijk van leeftijd, theehuis, wel of geen eerdere voorlichting en wel of geen partner. Na de voorlichting antwoordde 70% positief op alle drie de vragen, 4% gaf op geen enkele of slechts één vraag een positief antwoord. In de nameting antwoordde 88% zich te willen laten testen op HIV bij het krijgen van een nieuwe seksuele partner.

Tenslotte werden in de voor- en nameting nog twee algemene vragen gesteld over: 1) de behoefte aan nog meer voorlichting over dit onderwerp, 2) de meest geschikte plek voor dit soort voorlichting. Voor de voorlichting zei 88% behoefte te hebben aan voor-

lichting over HIV/AIDS, na de voorlichting had nog steeds 81% behoefte aan meer voorlichting. Bij de vraag in de nameting naar wat een geschikte plek voor HIV/AIDS voorlichting zou zijn koos de meerderheid (78%) voor het theehuis. Minder mannen dachten dat het buurthuis (54%), de moskee (28%) of een vereniging (37%) ook geschikt zou zijn. Dit verschilde niet met de antwoorden in de voormeting.

Discussie

Dit onderzoek laat zien dat het voor één voorlichter mogelijk is binnen één maand 12 theehuizen te bezoeken, waarbij 104 mannen meedoen aan het onderzoek

Tabel 2

Gedragdeteterminanten: aantal mensen (% van totaal) dat een wenselijk antwoord gaf in voor- en nameting.

	Aantal respondenten	Voormeting	Nameting
Attitude			
- Vrijen met een condoom is niet zo fijn (minder bevredigend) (nee)	104	62 (59.6%)	75 (72.1%) *
- Met een condoom vrijen is niet echt vrijen (nee)	100	47 (47%)	68 (68%) *
Eigen effectiviteit			
- Weet u waar u naar toe moet om u te laten testen op HIV? (ja)	104	63 (60,6%)	97 (93,3%) *
- Ik weet precies hoe ik een condoom moet gebruiken. (ja)	103	82 (79,6%)	98 (95,1%) *
Mening van anderen			
- Zouden uw vrienden het verstandig vinden wanneer u zich zou laten testen op HIV? (ja)	104	66 (63,5%)	88 (84,6%) *
- Mijn vrienden zouden het gebruik van een condoom afkeuren. (nee)	104	77 (74%)	85 (81,7%) *
Barrières			
- Ik vind het vervelend om condooms te kopen. (nee)	102	35 (34,3%)	61 (59,8%) *
Intentie			
- Wanneer uzelf een nieuwe seksuele partner krijgt, zou u zich dan laten testen op HIV? (ja)	103	77 (74,8%)	91 (88,3%) *
- Ik denk dat ik in de toekomst een condoom ga gebruiken wanneer ik een nieuwe seksuele relatie zou krijgen. (ja)	104	92 (88,5%)	93 (89,4%)

* Wilcoxon Signed Rank test: $P < 0.01$

en het gehoor nog groter is doordat een aantal mannen wel luistert naar de voorlichting maar niet meedoet aan het onderzoek. Het theehuis lijkt daarom een geschikte plek voor voorlichting over HIV/AIDS. Uit dit onderzoek blijkt ook dat een meerderheid van de Turkse mannen de voorkeur geeft aan HIV/AIDS voorlichting in theehuizen. Dit lijkt specifiek te zijn voor Turkse mannen (5). Uit de voormeting van dit onderzoek bleek dat er bij een flink aantal Turkse mannen hiaten in de kennis over HIV/AIDS waren. Bovendien had 88% van de mannen ook behoefte aan voorlichting over HIV/AIDS. Voor deze mannen lijkt deze voorlichting dus nuttig te zijn. De voorlichting gaf een duidelijke vermeerdering van de kennis en een duidelijke verschuiving in het geven van positieve antwoorden op vragen naar gedragsaspecten van condoomgebruik en HIV-testgedrag ten gunste van de

nameting. De voorlichting lijkt op de korte termijn dus effectief te zijn.

De meeste mannen wisten al dat een condoom beschermt tegen een HIV besmetting en gaven aan bij een nieuwe seksuele relatie ook een condoom te zullen gebruiken. De intentie om een condoom te gebruiken is in dit onderzoek bij de voormeting veel hoger dan bij eerdere onderzoeken eind jaren negentig (2)(3). Dit valt misschien deels te verklaren uit feit dat de groep Turken in dit onderzoek gemiddeld iets ouder was en ouderen vaker een condoom gebruiken dan jongeren (3). Het is echter ook goed mogelijk dat condoomgebruik door Turkse mannen op dit moment meer wordt geaccepteerd dan eind jaren '90. Betere acceptatie van condoomgebruik kan afgeleid worden uit het feit dat in vergelijking met eerder onderzoek

van Kocken (3) meer mannen in de voormeting aangaven vrijen met een condoom niet minder bevredigend te vinden dan vrijen zonder condoom (60% versus 17% bij Kocken), en dat minder mannen uit dit onderzoek het eens waren met de stelling dat vrijen met condoom niet 'echt vrijen' is (53% versus 66% bij Kocken). Echter bij de voormeting van dit onderzoek geven ten opzichte van het onderzoek van Kocken meer mannen aan moeite te hebben met het kopen van een condoom (65% versus 50%). Dit percentage vermindert in ons onderzoek wel significant van 65% naar 40%. Mogelijk dat het vrijuit praten over dit onderwerp de gêne vermindert.

Zoals al eerder opgemerkt dwong de setting van Turkse theehuizen ons tot beperkingen in het onderzoeksdesign. Dit heeft mogelijk geleid tot verschillende vormen van bias:

1. *Testbias*

We hebben bij deze studie gekozen voor een opzet met een voor- en nameting. Het resultaat zegt dus alleen iets over de verandering van kennis toename en de gedragsdeterminanten op de korte termijn. Onderzoek naar kennisbehoud op de wat langere termijn is gezien de setting van de theehuizen niet goed mogelijk. Het afnemen van de vragenlijst vóór de voorlichting zal zeker het uiteindelijke resultaat (de nameting) hebben beïnvloed (5). Helaas is de grootte van dit effect niet te schatten, maar mogelijk is dit substantieel en zou dergelijke voorlichting standaard moeten beginnen met een toets.

2. *Selectiebias*

Het invullen van de vragenlijsten is door een selectie van mensen gedaan die aanwezig waren in het theehuis. Volgens de onderzoeksassistenten ervoeren de meeste respondenten het twee maal invullen van de vragenlijst als belastend ('Ik heb dit net toch al ingevuld?'). Waarschijnlijk heeft dit ertoe geleid dat alleen de wat beter gemotiveerde mannen aan het onderzoek hebben meegedaan. In sommige theehuizen moesten de onderzoeksassistenten aanzienlijk meer hun best doen om de vragenlijsten te laten invullen dan in andere, waar de mannen meer coöperatief waren. De vragenlijst was niet in het Turks vertaald en de vragen bleken ook na vertaling door de onderzoeksassistent voor sommige mannen te moeilijk. Ook verduidelijking van de vragen was soms nodig. De vragen plenair voorlezen bleek niet mogelijk, doordat men erdoorheen praatte en niet goed oplette. De vragenlijsten

werden daarom met kleine groepjes tegelijk ingevuld. Achteraf gezien zou het misschien beter zijn geweest gebruik te maken van een vertaalde of tweetalige vragenlijst. Toch denken we niet dat de vertaling door de onderzoeksassistenten geleid heeft tot grote interpretatieverschillen omdat dezelfde onderzoeksassistenten bij alle voorlichtingsbijeenkomsten aanwezig waren. Ondanks genoemde problemen heeft een groot aantal deelnemers aan de voorlichting de vragenlijsten twee keer ingevuld. We hebben geen onderzoek kunnen doen naar de non-respons en weten dus niet waarom juist deze Turkse mannen meewerkten aan het onderzoek en anderen niet.

Alle voorlichtingen zijn door één voorlichter gedaan. Hoewel de methode van voorlichten goed gedocumenteerd is, is het niet vanzelfsprekend dat een andere voorlichter precies dezelfde resultaten zal boeken. Wel bevestigt dit onderzoek de resultaten van het onderzoek van Kocken (3), namelijk dat deze vorm voorlichting over HIV/AIDS nog steeds effectief is in de zin van kennisvermeerdering en een positieve beïnvloeding van de gedragsdeterminanten ten aanzien van condoomgebruik en testgedrag op HIV.

Dit onderzoek laat zien dat het in een korte periode mogelijk is ruim 100 mensen met vrij beperkte middelen voorlichting te geven over een gevoelig onderwerp. Dit terwijl deze groep gezien mag worden als een moeilijk te bereiken groep. Helaas blijkt dergelijke voorlichting niet goed mogelijk voor alle allochtone groepen. Marokkaanse VETC-ers in Den Haag zijn van mening dat zij niet welkom zijn in Marokkaanse theehuizen voor het geven van HIV/AIDS voorlichting. Andere allochtone groepen zoals sub-Sahara Afrikanen en Antillianen hebben andere ontmoetingsplaatsen zoals de kerk en sportgelegenheden. Op deze locaties is het tot nu toe niet of minder goed gelukt om HIV/AIDS voorlichting te geven. Ook zijn Turkse theehuizen exclusief voor mannen. Voorlichting aan vrouwen moet dus op een andere manier worden georganiseerd.

Voorlichting over HIV/AIDS aan deze groep Turkse mannen lijkt nodig en nuttig. Omdat de groep vergeleken met andere allochtone groepen gemakkelijk te bereiken is, bestaat echter het gevaar dat deze groep onevenredig veel voorlichting krijgt. Dit is in het verleden in Den Haag ook inderdaad gebeurd. Naast voortzetting van deze voorlichting is het van belang te blijven zoeken naar passende mogelijkheden om ook andere allochtone groepen HIV/AIDS voorlichting te geven.

Met dank aan de voorlichter Aha Yagmur, en onderzoeksmedewerkers Erman Orman en Muzaffer Orman.

Literatuur

1. Programma Aids bestrijding allochtonen 2003-2005. Het Aidsfonds 2002. <http://www.aidsfonds.nl/folders/ProgAlloch.pdf>
2. Bergh MYW von, Sandfort TGM. Veilig vrijen en condoomgebruik bij Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse jongeren en jong-volwassenen. Een vergelijking met autochtone Nederlanders Nisso/Universiteit van Utrecht 2000.
3. Kocken P, Voorham T, Brandsma J, Swart W. Effects of peer-led AIDS education aimed at Turkish and Moroccan male immigrants in The Netherlands. A randomised controlled evaluation study. Eur J Public Health. 2001 Jun;11(2):153-9
4. Seksueel gedrag Oorzaken en preventie Wat zijn de mogelijke oorzaken van onveilig seksueel gedrag? RIVM. http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1446n19092.html
5. Voorham AJJ. Gezondheidsbevordering voor-en-door de doelgroep; Theoretische onderbouwing en evaluatie bij migranten en ouderen. Proefschrift.
6. Koelen MA, Ban AW van den. Health education and health promotion. Wageningen academic publishers 2004: 179-203.

Sikkelcelziekte en thalassemie in Den Haag: een perspectief voor een Haags Hemoglobinopathie Centrum?

J.L.H. Kerkhoffs, P. Giordano, P.W. Wijermans

In dit tijdschrift signaleerden in 1995 Middelkoop, Haak en Huisman al dat er in de Haagse regio in toenemende mate bij migranten een erfelijke vorm van bloedarmoede werd geconstateerd (1). Deze hemoglobinopathieën, storingen in het hemoglobinemolecuul, komen oorspronkelijk vooral voor in landen rond de Middellandse Zee, Centraal Afrika en grote delen van Azië. Door migratie komen deze aandoeningen ook veel voor in Amerika en het Caraïbisch gebied. In hun artikel beschrijven de auteurs een verwachte toename van dragers van een hemoglobinopathie in de gemeente Den Haag. De schatting was dat het aantal dragers door toenemende immigratie en het gemiddeld hogere kindergetal in deze gezinnen met 50% -100% zou toenemen tussen 1995 en 2005, waarbij het aantal dragers van thalassemie die van sikkelcelziekte ruim zou overtreffen. Deze ontwikkeling vormde eind 2004 de aanleiding voor het starten van een Hemoglobinopathie Centrum in het HagaZiekenhuis, tijdelijk gefinancierd door de ziektekostenverzekeraars. Het Centrum is een samenwerkingsverband tussen de afdelingen Hematologie, Gynaecologie, Kindergeneeskunde, Klinische Chemie van het HagaZiekenhuis, regionale verloskunde praktijken en het Klinisch Genetisch Centrum Leiden, met als doel de behandeling van patiënten te verbeteren, de doelgroep (dragere en hun familieleden) en de zorgverleners beter te informeren en potentiële dragers op te sporen en te begeleiden, in het bijzonder bij zwangerschappen. Ook de centrale overheid heeft de problematiek inmiddels onderkend. Naar aanleiding van een advies van de Gezondheidsraad wordt vanaf 2007 bij de hielprikdiagnostiek ook getest op sikkelcelziekte. In dit artikel worden in het kort de verschillende facetten van hemoglobinopathieën besproken - dit gedeelte heeft een sterk medisch karakter, ons inziens hoeft het de geïnteresseerde lezer niet te hinderen -, als ook de eerste resultaten van het Hemoglobinopathie Centrum en het perspectief voor de toekomst.

Hemoglobinopathie wordt, net als alle erfelijke aandoeningen, overgeërfd via de dragers van onze erfelijke informatie, de genen. Genen bevinden zich op de chromosomen, waarvan we er - afgezien van de geslachtshormonen - in elke lichaamcel telkens twee (totaal: 23 paar) hebben; één geërfd van de moeder, en één geërfd van de vader. Evenals bij veel andere erfelijke aandoeningen komt de ziekte eigenlijk alleen tot uiting wanneer zieke genen worden geërfd van zowel de vader als de moeder. We spreken dan van een homozygote patiënt. Indien slechts één gen is aangedaan, is men in het algemeen niet ziek. We spreken dan van een drager, ook wel een heterozygoot genoemd.

Epidemiologische gegevens

Hemoglobinopathieën vormen met een wereldwijde dragerschapfrequentie van 7% één van de meest voorkomende erfelijke aandoeningen, die leiden tot kwalitatieve en/of kwantitatieve afwijkingen van globineketens, de bouwstenen van hemoglobine. Er zijn honderden, klinisch meer of minder relevante hemoglobinopathieën beschreven. De meest bekende vormen zijn sikkelcelziekte, α - en β -thalassemie. Tabel 1 toont de in Nederland voorkomende ernstige vormen van hemoglobinopathie. De sikkelcelziekten HbS/HbS en HbS/HbC zijn de meest voorkomende typen.

Over de auteurs:

J.L.H. Kerkhoffs, internist-hematoloog, afdeling Hematologie, HagaZiekenhuis Den Haag, P. Giordano, Klinisch Genetisch Centrum Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden en P.W. Wijermans, internist-hematoloog, afdeling Hematologie HagaZiekenhuis Den Haag.

Tabel 1

Ernstige vormen van Hemoglobinopathie in Nederland.

Genotype	Fenotype	Totaal (geschat) aantal patiënten in Nederland 800 - 1.000
β -thal/ β -thal	β -thalassemie major of intermedia	6-8%
β -thal/ HbE	β -thalassemie major of intermedia	1-2%
HbS/ HbS	Sikkelcelziekte	40-45%
HbS/ HbC	Sikkelcelziekte	30-35%
HbS/ β -thal	Sikkelcelziekte	5-10%
HbS/ HbD	Sikkelcelziekte	3-5%
HbS/ HbE	Sikkelcelziekte	3-5%
α^0 -thal/ α^0 -thal	Hydrops foetalis (Hb Barts)	0-1%
α^0 -thal/ α^+ -thal	HbH ziekte	2-4%

Tabel 2

Het geschatte aantal dragers van hemoglobinopathiën in Den Haag (1).

	1995		2005		2015	
	β thalassemie	sikkelcelziekte	β thalassemie	sikkelcelziekte	β thalassemie	sikkelcelziekte
Hindostanen	750-1700	250-500	900-2000	300-600	1.000-2.200	350-700
Creolen	100-200	650-1.000	125-250	750-1300	150-300	800-1.500
Turken	600-1.000	200-400	1.000-1.500	300-600	1.100-1.650	350-700
Marokkanen	375-750	0-200	700-1400	0-350	800-1600	0-400
Antillianen	75-150	600-750	125-250	1.000-1.200	150-300	1.100-1.500
Overigen					400-800	400-800
Totaal	2.000-4.000	1.700-3.000	3.000-5.500	2.500-4.000	3.600-6.850	3.000-5.600

In tabel 2 wordt de schatting weergegeven die in het Epidemiologisch Bulletin in 1995 werd gedaan van het aantal dragers op dat moment en de verwachte aantallen in 2005 (1). Nu wordt hier een nieuwe schatting over de verwachte aantallen in 2015 aan toegevoegd. Het grootste aantal dragers bevindt zich naar verwachting onder Hindostanen en Turken (β thalassemieën) en Creolen en de Antillianen (sikkelcelziekten).

Medische achtergrond

De aanwezigheid van een heterozygote hemoglobinopathie (dragerschap, trait) is in de regel asymptomatisch. Echter bij homozygote of samengestelde (compound) heterozygote vormen is meestal sprake van ernstige acute en chronische morbiditeit met een verkorte levensverwachting. Hoewel er geleidelijk aan meer wetenschappelijke interesse voor deze ziektebeelden ontstaat zijn er tot heden geen behandelingen, die de gevolgen van deze aandoening afdoende

bestrijden. De enige in potentie effectieve behandeling is een allogene bloed-stamcel-transplantatie, die echter slechts beperkt beschikbaar is en niet zonder risico's. Preventie door middel van efficiënte screeningsprogramma's en adequate voorlichting blijven daarom noodzakelijk.

Sikkelcelziekte wordt veroorzaakt door een puntmutatie in het β -globine gen. Centraal bij zowel de acute als chronische complicaties staan de veranderde chemische eigenschappen van hemoglobine. Sikkelhemoglobine (HbS) vormt polymeren na het afstaan van zuurstof in de perifere circulatie, die leiden tot beschadiging van rode bloedcellen, activatie van leukocyten, trombocyten en beschadiging van endotheelcellen. De eerste klinische verschijnselen ontstaan veelal na de eerste 6 levensmaanden, wanneer het foetale hemoglobine geleidelijk wordt vervangen door volwassen hemoglobine. De meest bekende

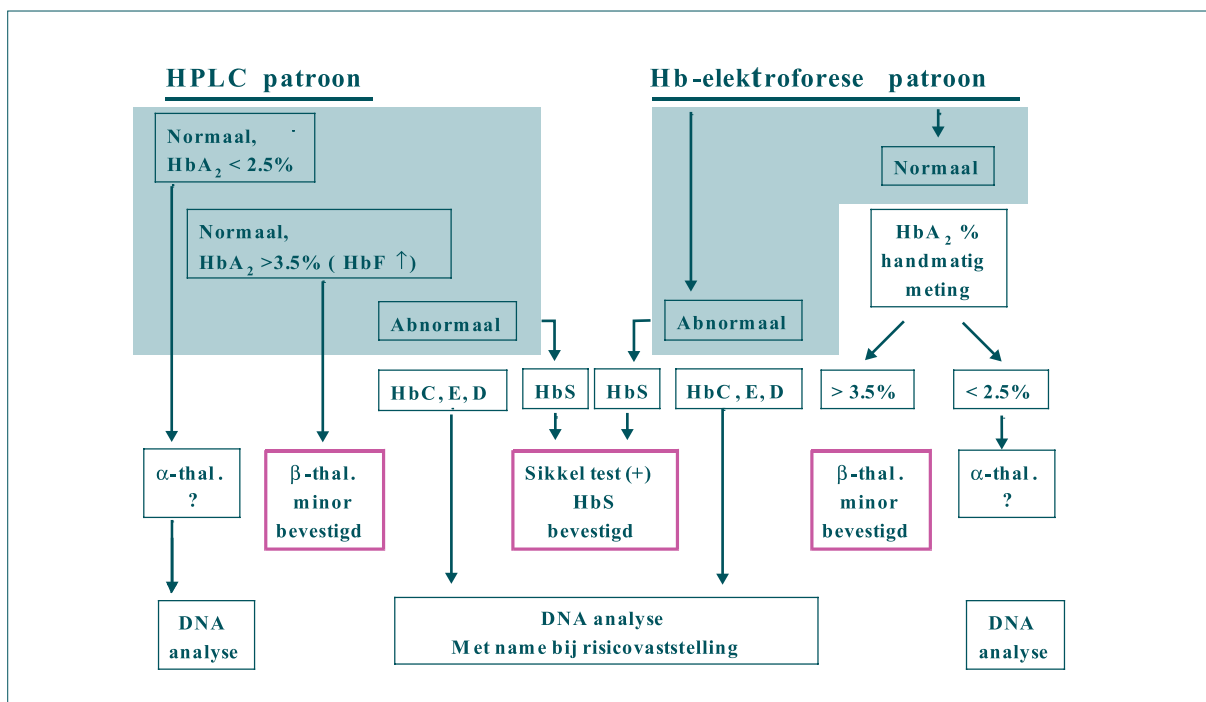
¹ De schattingen zijn gebaseerd op de bevolkingsaantallen per etnische groep in combinatie met de prevalentiecijfers voor de etnische groep in het land van herkomst. Deze prevalentiecijfers kunnen echter binnen het land van herkomst ook nog sterk verschillen. De bevolkingsaantallen in 2015 zijn gebaseerd op de bevolkingsprognose Den Haag 2004-2020: de toekomstige ontwikkeling van bevolking, huishoudens en etniciteit. Dienst Stedelijke Ontwikkeling, directie Beleid/afdeling Onderzoek. Gemeente Den Haag september 2004.

manifestaties van sikkelcelziekte zijn de pijnaanvallen ten gevolge van botinfarcten en ernstig verlopende infecties ten gevolge van een functioneel asplenisme. Vroege opsporing van sikkelcelziekte met het starten van antibiotica profylaxe en vaccinatieschema's hebben geleid tot sterke reductie van morbiditeit en mortaliteit in de eerste levensjaren (2). Andere bekende complicaties zijn acute CVA's, het acute 'chest syndrome', miltsequestratie, priapisme, hemolytische en aplastische crisis (parvo B19). Naast acute complicaties ontstaan bij een groot percentage van de patiënten chronische complicaties met als belangrijkste: blindheid ten gevolge van retinopathie, pulmonale hypertensie, chronische pijn ten gevolge van vergroeide gewrichten en nierinsufficiëntie. Sikkelcelziekte is te beschouwen als een ernstige chronische aandoening, waarbij behandeling in teamverband essentieel is. De behandeling en begeleiding vinden bij voorkeur plaats in centra, waar een groot aantal disciplines aanwezig is. De huidige behandeling bestaat uit opvang en preventie van pijnaanvallen, behandeling en preventie van infectieziekten en het screenen en indien nodig behandelen of voorkomen van chronische complicaties, indien mogelijk. Daarnaast is psychosociale en maatschappelijke ondersteuning van deze patiënten een belangrijk punt van aandacht (3).

De meest voorkomende ernstige thalassemie is β -thalassemie (tabel 1). In de homozygote vorm (thalassaemia major) ontbreken beide β -globine-ketens met ernstige transfusie-afhankelijke bloedarmoede tot gevolg. Ook bij patiënten met een β -thalassemie ontstaan de klachten veelal vanaf de 6e levensmaand. Een belangrijk kenmerk van deze aandoening is een inefficiënte en sterk toegenomen aanmaak van rode bloedcellen met beenmergexpansie en een verhoogde ijzeropname. Onbehandeld (zonder bloedtransfusies) leidt deze aandoening tot een verstoorde groei en skeletontwikkeling. Bij een groot deel van de kinderen moet al vanaf het 1e levensjaar worden gestart met chronische transfusies, met als belangrijke complicatie het ontstaan van ijzerstapeling. Ontijzeringsbehandeling ter preventie van levercirrose, endocrinopathie en cardiale problemen is een belangrijk onderdeel van de behandeling en vergt doorzettingsvermogen van de patiënt, familie en behandelend arts. De behandeling met de tot heden beschikbare medicijnen, zoals desferroxamine, is zowel wat betreft de toediening als het bijwerkingenprofiel niet eenvoudig. Vaker dan bij patiënten met sikkelcelziekte wordt al op de kindereleeftijd gezocht naar een geschikte bloed-stamcel-donor, hoewel adequate ontijzeringsbehandeling wel heeft bijgedragen aan een verbeterde overleving.

Schema:

Na hematologische (microcytaire hypochrome parameters) of etnische indicatie of 'reflex testing' volgt de scheiding van de Hb fracties en eventueel moleculaire analyse.



Diagnostiek

Steeds meer artsen binnen de eerste en de tweede lijn vragen dragerschapdiagnostiek voor hun patiënten aan. Dit veelal op basis van recidiverende bloedarmoede, die niet reageert op het toedienen van ijzer. Echter, meer dan 80% van de HbS, C en D dragers, heeft geen bloedarmoede en zal nooit naar een laboratorium worden verwezen. Gelukkig wordt steeds vaker vanwege de ethnische herkomst onderzoek verricht, waarmee de basis gelegd wordt voor preventie bij een grote en groeiende groep binnen de Nederlandse populatie(4). Alle Haagse laboratoria zijn uitgerust voor de basisdiagnostiek van Hemoglobinoopathie en kunnen met een eenvoudige HPLC analyse (High Performance Liquid Chromatography, de opvolger van de Hb elektroforese) dragers van alle relevante vormen diagnosticeren (zie schema).

Wanneer in het laboratorium dragerschap wordt vastgesteld conform de laboratoriumrichtlijnen van de Vereniging Hematologisch Laboratoriumonderzoek (VHL), wordt aan de uitslag een advies voor de aanvrager toegevoegd. Afhankelijk van de leeftijd van de patiënt wordt geadviseerd ouders, partner of familieonderzoek te laten verrichten om risicoparen op te sporen. In verband met verhoogd risico bij toekomstige kinderen kunnen gediagnosticeerde of verdachte risicoparen die op deze wijze worden opgespoord, worden verwezen naar het klinisch genetisch centrum voor counseling, genotype onderzoek en desgewenst preventie (5).

Ziekte preventie

Omdat informatievoorziening centraal staat bij de preventie van erfelijke aandoeningen werd in 2004 gestart met een Hemoglobinoopathie Centrum in het HagaZiekenhuis. Bij de start werd tevens ten behoeve van familieonderzoek een database aangelegd. In deze database werden alle verrichte screenings geregistreerd met indien beschikbaar de familierelaties. Sinds eind 2004 werden in totaal 1800 onderzoeken geregistreerd, waarbij er bij 54% sprake was van dragerschap (sikkelceldragerschap 11%, heterozygote β -thalassemie 22%, heterozygote α -thalassemie 13% en andere hemoglobine varianten 9%) (6). Alle nieuw gevonden dragers werden uitgenodigd voor informatie op een speciaal opgezet spreekuur. Ruim twee derde van de uitgenodigde dragers kwam daadwerkelijk op het spreekuur en werd geïnformeerd. Er werden 10 risicoparen geïdentificeerd en bij 2 paren werd prenatale diagnostiek verricht. Hoewel de eerste ervaringen met het spreekuur positief zijn blijkt echter dat nog lang

niet altijd het geadviseerde familie- en partneronderzoek werd verricht. Een belangrijke reden voor het achterwegen blijven van dergelijk onderzoek zijn taalkundige en sociaal-economische barrières.

Om efficiëntie van en medewerking aan dragerschapscreening en familieonderzoek te verbeteren is in het HagaZiekenhuis eind 2006 gestart met een prevalentieonderzoek bij zwangere vrouwen en het intensiveren van de samenwerking met de afdeling Klinische Genetica in Leiden. Tevens zal in 2007 het spreekuur worden versterkt met een verpleegkundige. Hoewel preconceptionele screening de meest ideale vorm van preventie is, lijkt secundaire preventie beter haalbaar door screening van zwangere vrouwen en prenataal onderzoek, evenals tertiaire preventie door middel van neonatale screening. Secundaire preventie van hemoglobinoopathiën is mogelijk door het screenen van zwangere vrouwen in het eerste trimester van hun zwangerschap. In landen rond de Middellandse Zee en Engeland heeft deze vorm van screening en preventie gezorgd voor een aanzienlijke daling van morbiditeit en mortaliteit bij neonaten (7).

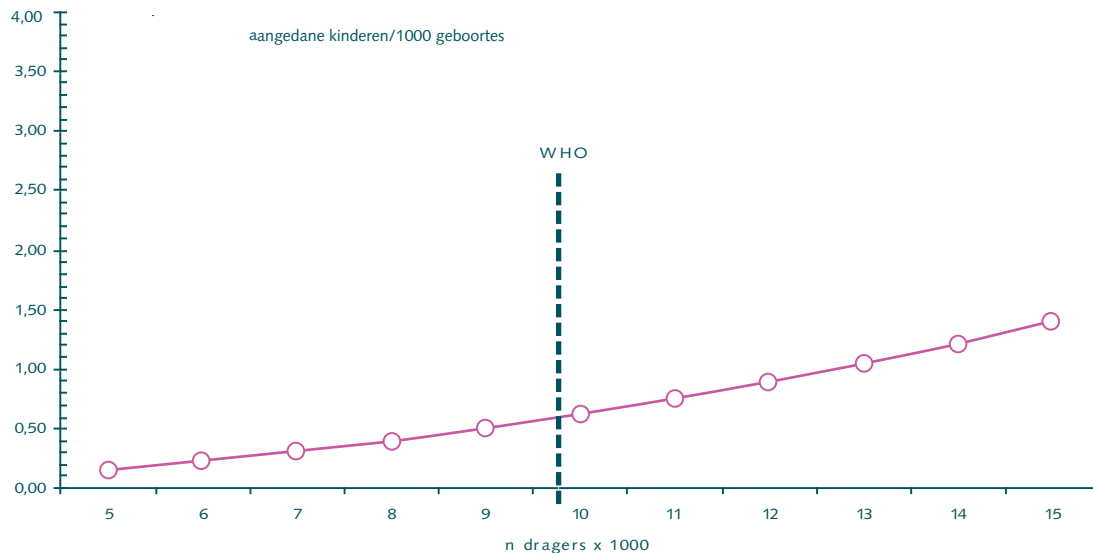
De WHO adviseert toepassing van screening bij populatiegroepen bij een te verwachte geboortefrequentie van kinderen met een homozygote afwijking van meer dan 0.5 per 1.000 (zie figuur 1). De frequentie van een homozygote hemoglobinoopathie onder migranten in Nederland wordt geschat op tenminste 0,9 per 1.000 geboorten. Dit komt neer op minstens 60 nieuwe patiënten per jaar.

Een pilotstudie die onlangs in Gouda is gehouden, heeft aangetoond dat een hemoglobinoopathieanalyse van zwangere vrouwen en eventueel hun partners een effectieve preventiestrategie is. In de recent gestarte prospectieve studie onder 1.000 zwangere vrouwen zal worden onderzocht of dit screeningsonderzoek alleen aan vrouwen van allochtone afkomst of aan alle zwangeren moet worden aangeboden. Daarnaast zal de prevalentie van hemoglobinoopathie worden onderzocht bij pasgeborenen in de Haagse regio door middel van een prospectief onderzoek van navelstrengbloed. Een belangrijk secundair eindpunt is de medewerking van de partner en medewerking aan prenataal onderzoek.

Voor de twaalfde week wordt bij alle zwangere vrouwen bloed afgenomen om te screenen op verschillende infecties (HIV, lues, hepatitis B en rubella), de bloedgroep en over het algemeen een bepaling van het hemoglobinegehalte. In het Haagse prevalentie-

Figuur 1

De relatie van de dragerschapincidentie (x-as) en het aantal te verwachten geboorten van kinderen met een homozygote afwijking (y-as), uitgaande van de populatie in Den Haag.



onderzoek wordt tevens een screening verricht op hemoglobinopathieën. In het onderzoek wordt er naar gestreefd dat de uitslag binnen één week bekend is bij de behandelende gynaecoloog of verloskundige. Als blijkt dat een vrouw drager is van een hemoglobinopathie zal de partner getest worden om risicoparen te identificeren. Een dragerpaar heeft namelijk een kans van 25% op een kind met een ernstige vorm van een hemoglobinopathie; als blijkt dat de foetus is aangedaan met een ernstige vorm van een hemoglobinopathie, kan de pasgeborene direct na de geboorte verwezen worden voor specialistische behandeling. Ook zou in specifieke gevallen voor de 24e zwangerschapsweek besloten kunnen worden tot afbreken van de zwangerschap. In landen waar al langer preventie wordt toegepast is gebleken dat vooral paren met een eerder ernstig aangedaan kind voor deze mogelijkheid kiezen als in een volgende zwangerschap blijkt dat de foetus wederom is aangedaan. Gezien de samenstelling van de bevolking in Den Haag wordt verwacht dat bij 5% van de geteste zwangere vrouwen sprake zal zijn van dragerschap. Tot op dit moment zijn in dit onderzoek 81 vrouwen getest, waarvan bij 4 sprake was van dragerschap. Een groot voordeel van de studie is de actieve participatie van zowel de afdeling Gynaecologie en Verloskunde als van diverse verloskundige praktijken. Dit zal leiden tot een grotere bekendheid van de aandoening en de zeer noodzakelijke verbetering van de voorlichting. De voordelen van dit laatste zijn evident in studies aangetoond (8).

Samenvatting

De hemoglobinopathieproblematiek in de regio heeft ons genoodzaakt om vanuit het HagaZiekenhuis een samenwerkingsverband op te zetten dat tijdelijk gefinancierd wordt door de ziektekostenverzekeraars; een zogenaamd zorgvernieuwingsproject.

Dit project heeft tot doel de behandeling van patiënten te optimaliseren, de doelgroep (dragere en hun familieleden) en zorgverleners beter te informeren en potentiële dragere op te sporen en daarna te kunnen begeleiden, in het bijzonder bij zwangerschappen. Tevens willen we inventariseren hoeveel dragere van deze aandoeningen er in de gemeente Den Haag zijn om beleidsmakers voor de zorg de juiste keuzes te laten maken. Centralisatie van de kennis over en de behandeling van deze patiëntengroep lijkt voor de hand te liggen. Ook zijn we geïnteresseerd in de vraag of screening van pasgeborenen op aandoeningen als thalassemie nodig is, zoals al onderkend wordt voor sikkelcelziekte. Het geschatte aantal dragere van hemoglobinopathieën in Den Haag (zie tabel 2) geeft samen met de eerste ervaringen van onze projectgroep betreffende de kans op ernstig zieke kinderen aan dat intensieve aandacht voor de hemoglobinopathieproblematiek in de Haagse regio noodzakelijk is.

Aandacht voor het toenemende aantal dragere onder allochtone inwoners van een genetische afwijking leidend tot hemoglobinopathie en de daardoor steeds grotere kans op ernstig zieke kinderen is een geza-

menlijke verantwoordelijkheid van direct betrokken werkers in de gezondheidszorg, ziekenhuizenorganisaties, ziektekostenverzekeraars en overheid (gemeente). Het zorgvernieuwingproject, dat eind 2004 werd opgestart in het HagaZiekenhuis, geeft een aanzet voor deze zorg. Voortzetting van dit project en uitbreiding door deelname van andere ziekenhuizen is van essentieel belang om in de toekomst deze deze onmisbare zorg te kunnen blijven bieden.

Leden van de projectgroep

Jean-Louis H. Kerkhoffs, internist-hematoloog, afdeling Hematologie, HagaZiekenhuis; Liv Freeman, AGNIO Gynaecologie, afdeling Gynaecologie en Verloskunde, HagaZiekenhuis; Frans Lim, gynaecoloog, afdeling Gynaecologie en Verloskunde, HagaZiekenhuis; Alfred van Meurs, kinderarts, afdeling Kindergeneeskunde, HagaZiekenhuis; Anke Selles, verloskundige, Verloskundige praktijk Anno, Den Haag; Ciska Hudig, klinisch chemicus, afdeling Klinische Chemie, HagaZiekenhuis; Piero Giordano, Klinisch Genetisch Centrum LUMC, Leiden; Maartje Sander, AIO, Klinisch Genetisch Centrum LUMC; Leiden, Pierre W. Wijermans, internist-hematoloog, Afdeling Hematologie HagaZiekenhuis Den Haag.

Correspondentie adres:

J.L.H. Kerkhoffs, afdeling Hematologie,
HagaZiekenhuis, Locatie Leyweg, Leyweg 275
2545 CH Den Haag.
email: j.kerkhoffs@hagaziekenhuis.nl

Literatuur:

1. Middelkoop BJC, Haak HL, Huisman W. Erfelijke vormen van bloedarmoede bij migranten. Is een preventief protocol gewenst? Epidemiologisch Bulletin 1995; 10; 3-8.
2. Gaston MH, Verter JI, Woods G et al. Prophylaxis with oral penicillin in children with sickle cell anemia. A randomized trial. NEJM 1986; 314: 1593-99
3. The management of Sickle Cell Disease. NIH (2004).
4. Giordano PC, Harteveld CL. Prevention of hereditary haemoglobinopathies in The Netherlands. NTVG 2006, 150: 2137-41.
5. Giordano PC, Smit JW, Herruer W, Huisman JGJ, Pouwels N, Verhoef N, Idema RN en P Wijermans. Dragerschapsdiagnostiek en preventie van Sikkcelziekte en Thalassemie major. Aanbevelingen van de werkgroep hemoglobinopathieën. Ned Tijdschr Klin Chem Labgeneesk 2006; 31: 301-5.
6. Kerkhoffs JLH, Persoon LAL, Wijermans PW. Jaarverslag Hemoglobinopathie Centrum 2006.
7. Henthorn JS, Almeida AM, Davies SC. Neonatal screening for sickle cell disorders. Br J Haem 2004; 124: 259-63.
8. Modell M, Wonke B, Anionwu E, Khan M, See Tai S, Loyd M, Modell B. A multidisciplinary approach for improving services in primary care: randomised controlled trial of screening for haemoglobin disorders. British Med J 1998; 317: 788-91.

Actie tegen overgewicht

H.S. van Leeuwen, I. Burger, E.C.C. Kuipers en E.C.A.M. Houdijk

Overgewicht is een steeds groter wordend gezondheidsprobleem, ook in Nederland. Uit onderzoek in Den Haag, Amsterdam en Rotterdam onder verschillende leeftijdsgroepen blijkt dat overgewicht ook veelvuldig voorkomt onder kinderen, al vanaf 6 jaar. De geconstateerde toename van overgewicht bij kinderen, de gevolgen daarvan voor individu en maatschappij en de noodzaak in een vroegtijdig stadium te behandelen vormen voor de landelijke overheid redenen om het tegengaan van overgewicht tot speerpunt van beleid te maken. De gemeenten vullen de programma's hiervoor op eigen wijze in.

In Den Haag ging op 1 februari 2006 het grootschalig actieprogramma 'Gezond Gewicht' van start, gericht op het voorkomen van overgewicht, vroegtijdig signaleren en op zo jong mogelijke leeftijd behandelen. In het Juliana Kinderziekenhuis in Den Haag is twee jaar geleden voor kinderen met ernstig overgewicht een speciale polikliniek geopend. Onderstaand artikel beschrijft de activiteiten van het gemeentelijk actieprogramma en de opzet en praktijk van de polikliniek voor kinderen met overgewicht.

In de westerse landen, waaronder Nederland wordt overgewicht een steeds groter gezondheidsprobleem. In de periode 1998-2001 had 55% van de mannen en 45% van de vrouwen tussen de 20 en 70 jaar (matig of ernstig) overgewicht (zie kader 1 op pagina 23). Ernstig overgewicht (obesitas) kwam voor bij ongeveer 10% van de bevolking, vaker bij vrouwen en vaker bij mensen met een laag opleidingsniveau (1)(2). Uit verschillende onderzoeken komt verder naar voren dat overgewicht meer voorkomt bij allochtonen dan bij autochtonen (2).

Onderzoek in Den Haag, Amsterdam en Rotterdam onder verschillende leeftijdsgroepen heeft uitgewezen dat overgewicht ook al veelvuldig voorkomt onder kinderen (tabel 1) (3)(4)(5).

Het aantal mensen met obesitas is in de periode 1987-2001 gestegen, zowel bij mannen als bij vrouwen en in alle leeftijdsklassen. Zo liet de Vierde Landelijke Groeistudie in 1996/1997 ten opzichte van 1980 een flinke toename zien van overgewicht bij jeugdigen (6)(7). De grootste toename werd gevonden rond het 6e jaar. Als de stijgende trend uit de voorgaande jaren zich voortzet, zijn er in 2024 in Nederland ongeveer 5,5 miljoen volwassenen van 20 jaar en ouder met matig overgewicht (41%) en 2,5 miljoen met obesitas (18%) (8).

De oorzaak van de toename van overgewicht in de westerse landen wordt vooral gezocht in de verstoring van de energiebalans: minder lichaamsbeweging (een

Tabel 1

Percentage kinderen met overgewicht naar geslacht. Den Haag 1998-2002, Amsterdam 2003, Rotterdam 2003/2004 en Nederland 2003.

		Percentage met overgewicht	
		jongens	meisjes
Den Haag	1 jaar t/m 16 jaar	16	20
Amsterdam	Tweede klas Voortgezet Onderwijs*	12	9
Rotterdam	Groep 2 Basisschool	16	20
	Eerste klas Voortgezet Onderwijs	14	12
	Derde klas Voortgezet Onderwijs	18	12
Nederland	2 t/m 19 jaar*	12	10

* In tegenstelling tot Den Haag en Rotterdam betreft het hier schattingen op basis van zelfgerapporteerde lengte en gewicht; het is daarom mogelijk dat er hier sprake is van een onderschatting van het percentage kinderen met overgewicht.

Over de auteurs:

Drs. H.S. van Leeuwen, projectleider overgewicht, afdeling Gezondheidsbevordering; mw. I. Burger, epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie; mw. E.C.C. Kuipers, jeugdarts, afdeling Jeugdgezondheidszorg, allen werkzaam bij de GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn; E.C.A.M. Houdijk, kinderarts-endocrinoloog, werkzaam op de obesitaspolikliniek van het Juliana Kinderziekenhuis van het Hagaziekenhuis in Den Haag.

laag energiegebruik) in combinatie met een steeds ongezonder eetpatroon (een hoge energie-inname). Overgewicht verlaagt de kwaliteit van leven onder andere omdat het risico op het krijgen van ouderdomssuikerziekte, hart- en vaatziekten, bepaalde vormen van kanker, galstenen, artrose (gewrichtsslijtage) en depressie wordt verhoogd. Naar schatting wordt ongeveer 6% van de jaarlijkse sterfte veroorzaakt door overgewicht (1).

Overgewicht op kinderleeftijd en met name tijdens de puberteit is voorspellend voor overgewicht, ziekte en sterfte op volwassen leeftijd. Dit risico stijgt met de leeftijd en met het gewicht op de kinderleeftijd. Veel kinderen met overgewicht blijven ook als volwassene te zwaar (9)(10). Gezien de geconstateerde toename van overgewicht bij kinderen en gevolgen daarvan voor individu en maatschappij, is het van belang overgewicht te voorkomen en in een vroegtijdig stadium te behandelen. De landelijke overheid heeft dit tot speerpunt van beleid gemaakt en in het kader van het 'Grootstedenbeleid' met de 31 grootste steden van Nederland afspraken gemaakt om programma's te ontwikkelen gericht op het tegengaan van overgewicht bij de jeugd. De gemeenten mochten de programma's op hun eigen wijze invullen. Op basis van het inwoneraantal van de gemeente heeft het Rijk geld ter beschikking gesteld. Voor Den Haag is dit voor de periode van vijf jaar ruim drie miljoen.

Op 1 februari 2006 is in Den Haag een grootschalig actieprogramma 'Gezond Gewicht' van start gegaan. Het programma in Den Haag richt zich zowel op het voorkómen van overgewicht als op het vroegtijdig signaleren van overgewicht en behandeling op zo jong mogelijke leeftijd. In het Juliana Kinderziekenhuis in Den Haag is voor kinderen met ernstig overgewicht twee jaar geleden een speciale polikliniek geopend, die duidelijk in een behoefte blijkt te voorzien. In een samenwerkingsverband met onder andere de jeugdgezondheidszorg, jeugd GGZ, thuiszorg, een vrijevestigd diëtist, de gemeente en het Juliana Kinderziekenhuis trachten deze organisaties de verwijzing en de behandeling van kinderen met overgewicht in de regio te verbeteren.

Actieprogramma 'Gezond Gewicht'

Het actieprogramma 'Gezond Gewicht' (www.welzongezond.nl/gezondgewicht) stelt zich ten doel het aantal kinderen in Den Haag met een ongezond gewicht in ieder geval niet verder te laten toenemen. Om het belang van een gezond gewicht breed onder de aan-

dacht te brengen worden via verschillende kanalen en methoden acties in gang gezet gericht op het zo vroeg mogelijk signaleren van overgewicht, het begeleiden van kinderen met overgewicht en, natuurlijk, het voorkómen van overgewicht.

Voorkómen van overgewicht

Op het gebied van het voorkómen van overgewicht richten verschillende acties zich op het belang van gezonde voeding en lekker bewegen en hoe je dit in de opvoeding kunt meenemen. Voor de jongste kinderen is er het 'Hopla-project', waarin kinderen en ouders van kinderen tussen de 0-6 jaar worden gewezen op het belang van een gezonde leefstijl.

Hopla! is een vrolijke campagne die kinderen van 0 tot 6 jaar stimuleert om gezond te eten en lekker te bewegen. Hun ouders worden geholpen om hierin consequent op te voeden. Experts bezoeken scholen, peuterspeelzalen en kinderopvanginstellingen. Daar leren ze de professionals hoe ze kinderen gezonder kunnen laten bewegen en eten. Alle kinderen krijgen een Hopla!-kaart waarmee ze gratis kennis kunnen maken met bewegen in de wijk. De ouders kunnen op locaties in de wijk themabijeenkomsten bezoeken met discussies en spelvormen.

Het primaire onderwijs promoot het 'schoolgruiten' (het eten van groente en fruit op school) en de gezonde schoolcompetitie 'Ga voor Gezond!' (www.gavoorgezond.nl) waar inmiddels meer dan 120 Haagse scholen aan meedoen.

In september 2006 is op de Haagse Klim Op-school de aftrap van 'Ga voor Gezond!' gegeven. Eén van de vijf thema's in deze schoolcompetitie betreft voeding ('smikken en smullen'), een ander bewegen ('voeten van de vloer'). In het kader van het actieprogramma 'Gezond Gewicht' hebben dit schooljaar alle Haagse scholen gratis kennis kunnen maken met het (les)pakket. Het is een interactief pakket waar het competitie-element tussen de scholen voorop staat. De scholieren kunnen gezondheids-tests doen en daar punten voor de school mee verdienen, of zelf gezonde activiteiten in schoolverband organiseren (bijvoorbeeld een week - een deel - naar school rennen). In april vindt de landelijke uitreiking van 'Ga voor Gezond!' plaats en aan het eind van het schooljaar wordt gekeken welke Haagse school de meeste punten heeft verdiend, de winnende school ontvangt een prijs ter waarde van 5.000 euro van de gemeente.

In het voortgezet onderwijs vinden ook vele (nieuwe) acties plaats zoals het promoten van het drinken van

water via tenq's (wateroplaadpunten) en het fruit eten via de fruitdate (www.fruitdate.nl). Daarnaast volgen leerlingen het lespakket 'Weet wat je eet' en nemen drie scholen uit het voortgezet onderwijs deel aan het project 'De gezonde schoolkantine'.

Gedurende het actieprogramma wordt het verloop van deze preventieve activiteiten geëvalueerd.

Vroegtijdige opsporing van overgewicht

Aandacht voor vroegtijdige opsporing van overgewicht is er bij het bezoek van ouders met hun baby's en peuters aan het consultatiebureau en tijdens het periodiek geneeskundig onderzoek van vijf-, tien- en veertienjarige kinderen bij de jeugdgezondheidszorg komen. Tijdens die contactmomenten worden lengte en gewicht van kinderen gemeten en de Body Mass Index (BMI) bepaald (zie kader 1). Wanneer er sprake is van overgewicht of obesitas wordt in overleg met de ouder(s) en/of de jongere bepaald welke vorm van begeleiding het meest passend is. Dit kan variëren van een advies over voeding en bewegen en een verwijzing naar het opvoedsteunpunt tot het doorverwijzen naar de polikliniek voor ernstig overgewicht van het Juliana Kinderziekenhuis. Laatstgenoemde verwijzing naar de kinderarts vindt plaats volgens vaste verwijscriteria (zie kader 2, pagina 24).

Bij vermoeden van overgewicht kan een kind ook tussentijds worden gezien door de jeugdgezondheidszorg, bijvoorbeeld op verzoek van de ouders, huisarts of school. In de praktijk gebeurt dat nog niet zo vaak, terwijl juist bij kinderen tussen de vijf en tien jaar het percentage met overgewicht de laatste jaren sterk blijkt te zijn toegenomen.

Om het vroegtijdig signaleren een extra impuls te geven is in het schooljaar 2006/2007 gestart met het project 'de gewichtige vakleerkracht lichamelijke opvoeding' (www.gewichtigeleerkracht.nl). Inmiddels doen ruim twintig scholen mee.

De vakleerkracht LO meet op school tijdens of buiten de gymles en al dan niet met hulp van de groepsleerkracht, stagiaires of ouders de lengte en het gewicht van de leerlingen uit groep één tot en met acht. De ouders van de kinderen zijn vooraf op de hoogte gesteld en konden eventueel bezwaar aantekenen. Om piekbelasting van de vakleerkracht en de jeugdgezondheidszorg in Den Haag te voorkomen, vinden de metingen gespreid over het jaar plaats. De metingen worden ingevoerd in het zogenoemde 'Gezond Gewicht Leerlingvolgsysteem', het computerprogramma berekent de BMI en geeft aan of er

sprake is van overgewicht en of doorverwijzing naar de jeugdgezondheidszorg noodzakelijk is. In dat geval zal de vakleerkracht LO contact leggen met de ouders. Hoe dat plaatsvindt (telefoon, persoonlijk op school, groepsvoorlichting) is afhankelijk van de situatie of persoonlijke voorkeur. Voor de doorverwijzing vult de vakleerkracht een 'Aanvraag onderzoek/advies' in, laat dit door één van beide ouders ondertekenen en stuurt het op naar de jeugdgezondheidszorg. De ouders van het kind krijgen dan een oproep voor een consult thuis gestuurd.

De vakleerkracht wordt ook gevraagd meer in algemene zin een gezonde en actieve leefstijl op en buiten de school te promoten. Voor de extra inspanningen kunnen scholen subsidie krijgen van de gemeente in de vorm van extra aanstellingsuren van de vakleerkracht LO (één uur per week en bij meer dan 400 leerlingen twee uur per week). Gedurende het schooljaar 2006/2007 wordt dit project door de GGD geëvalueerd om te kijken of er via deze vorm van meting en verwijzing daadwerkelijk meer kinderen met (ernstig) overgewicht bij de jeugdgezondheidszorg komen en welke factoren het besluit van de ouders beïnvloeden om wel of juist niet met hun kind naar de jeugdgezondheidszorg te gaan. Tijdens de evaluatie wordt ook gekeken naar verbeterpunten in de werkwijze, zodat daar in het volgende schooljaar rekening mee kan worden gehouden.

Begeleiding van kinderen met overgewicht

Per 1 april 2006 is individuele begeleiding mogelijk via de integrale jeugdgezondheidszorg. In grote lijnen komt dit neer op extra contactmomenten waarin met ouders en kind/jongere wordt gewerkt aan een plan om gezonder te gaan eten en drinken en meer te gaan bewegen ten einde een gezond gewicht te bereiken. Zonodig wordt in dit traject naar andere specialismen verwezen, variërend van de dietist(e), begeleiding in groepen, tot de obesitaspolikliniek van het Juliana Kinderziekenhuis.

Casus:

Een moeder komt met haar 5,5 jarig zoontje naar het periodiek geneeskundig onderzoek van de jeugdgezondheidszorg. Zijn BMI is 18,5 wat overeenkomt met een volwassen BMI tussen de 25 en 30. Er is sprake van matig overgewicht. Verder is hij gezond en gebruikt geen medicatie. In de familie komen geen diabetes en/of hart- en vaatziekten voor.

Moeder vertelt dat haar andere twee kinderen ook stevig waren op deze leeftijd, maar dat beiden nu slank zijn. Ze maakt zich geen zorgen over het gewicht van haar zoon. Hij eet redelijk gezond, snoept weinig en drinkt weinig zoete dranken. Hij eet wel veel macaroni of spaghetti.

Kader 1: grenswaarden onder- en overgewicht

Volwassenen *)

Ondergewicht:	BMI < 18,5;
Normaal gewicht:	BMI tussen de 20 en de 25;
Matig overgewicht:	BMI vanaf 25 tot en met 30;
Ernstig overgewicht (obesitas):	BMI > 30.

De BMI wordt berekend door het gewicht (in kilogram) te delen door het kwadraat van de lengte (in meter).
Voorbeeld: voor iemand van 1,70 meter (l) die 65 kilogram (g) weegt is de BMI $\text{g/l}^2 = 65/1,70^2 = 22,3$

Kinderen

Aangezien bij kinderen de lichaamsbouw en -samenstelling nog sterk aan verandering onderhevig is is bovenstaande indeling voor hen niet bruikbaar. Voor de bepaling van (ernstig) overgewicht bij kinderen zijn referentietabellen beschikbaar waarop per leeftijd en per geslacht de internationaal gehanteerde grenswaarde voor overgewicht en ernstig overgewicht kan worden afgelezen (3)(7). Vanwege hun van autochtone afwijkende lichaamsbouw is het gewenst om voor allochtone kinderen over etnisch-specifieke referentiewaarden te beschikken (3).

*) Bij ouderen (70 jaar en ouder) moet, vanwege verandering van lengte en lichaamssamenstelling, de BMI met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd

Moeder krijgt tijdens het consult uitleg over de risico's van overgewicht, en schrijft hier erg van. We adviseren haar over gezonde voeding en meer bewegen, en ze krijgt een informatiefolder mee over gezonde voeding. We maken over vier weken een nieuwe afspraak, voor een extra consult.

Voor alle leeftijdscategorieën is er ook de mogelijkheid tot begeleiding in groepen

www.welzogezond.nl/gezondgewicht.

Voorbeelden hiervan zijn:

- 'Peuterfunfit', een cursus in stadsdeel Segbroek voor 2,5 - 4-jarigen en hun ouders, van thuiszorgorganisatie 'Meavita';
- 'Meevallers Bewegen' waarbij studenten van de academie voor sportstudies twee keer in de week gaan bewegen met 5-12-jarige Haagse kinderen;
- 'Door dik en dun' een cursus in Haagse Hout voor 9-12-jarigen aangeboden door Wezel voedingsadvies;
- 'Real Victory' aangeboden door Victory for life bij Sportcity voor de oudste groep jongeren in de leeftijd van 12-18 jaar in stadsdeel Laak.

In alle programma's wordt aandacht besteed aan gezonde voeding en goed bewegen. Sommige geven ook voedingsadvies. De aanmelding verloopt bij voorkeur via de jeugdgezondheidszorg. Zorgverzekeraars vergoeden soms de kosten van de cursussen met vaak kostbare programma's.

Om de effecten van de verschillende begeleidingstrajecten (individuele en groepsbegeleiding) en de vroegsignaleringsprojecten te onderzoeken startte in 2006 TNO, Kwaliteit van Leven samen met de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag een effectevaluatie. Daarbij wordt bekeken of er gedurende de begeleiding/het project inmiddels sprake is van een gezond beweeg- en voedingspatroon en of het gewicht gestabiliseerd is dan wel afgenomen (d.m.v. voor- en nameting, en meting zes maanden na beëindigen interventie bij de kinderen/jongeren in het extra zorgtraject en/of in een begeleidingsgroep). Ook zal de waardering van de zorgverleners en ouders/kinderen voor het project worden geëvalueerd.

Behandeling van kinderen met ernstig overgewicht

Het Juliana Kinderziekenhuis van het Hagaziekenhuis is in samenwerking met de stichting de Jutter, centrum voor Jeugd-GGZ Haaglanden, in april 2005 gestart met een obesitaspolikliniek, waar kinderen in de leeftijd van 8-17 jaar met (morbide) obesitas worden behandeld. De polikliniek heeft een regionale functie en richt zich op de naar schatting 5.000 kinderen met obesitas in de regio Den Haag. De meeste kinderen die naar deze polikliniek worden verwezen hebben géén hormonale stoornis. Het overgewicht is meestal ontstaan door een verkeerde eetgewoonte en onverstandige voedingskeuze (teveel en te vaak hoog-energetische voedingsproducten). Het belang van

Kader 2: verwijzing naar een kinderarts vindt plaats bij één of meerdere van onderstaande situaties.*Bij verdenking op onderliggende pathologie:*

- Er is sprake van overgewicht of obesitas én mentale retardatie, kleine gestalte en dysmorphieën (syndrooma o.a. Prader-Willi).
- Er is sprake van overgewicht of obesitas én een afname van lengtegroeisnelheid = afbuigende lengtegroei (o.a. hypothyreoïdie, M. Cushing).
- Er is sprake van rood haar, extreme gewichtstoename én hyperfagie (sterke eetlust, vraatzucht) in het eerste levensjaar (monogenetische obesitas).
- Er is sprake van morbide obesitas (zie afkappunten).

Bij verdenking op co-morbiditeit:

- Er is anamnestic sprake van snurken, stokkende ademhaling tijdens slaap, leer- en concentratiestoornissen, bedplassen, gewrichtsklachten (heup/knie) en/of onregelmatige menses.
- Er is bij lichamelijk onderzoek sprake van acanthosis nigricans, hirsutisme, een hoge bloeddruk, een opvallende centripetale vetzucht en/of pijnlijk grote lever.
- Er is in de familie anamnese sprake van een 1e of 2e graads familielid met type 2 diabetes of hypercholesterolemie of een myocardinfarct/CVA op een leeftijd jonger dan 55 jaar.
- Er is sprake van obesitas én een Marokkaanse, Hindostaanse of Aziatische etniciteit.
- Er is sprake van obesitas én een dysmaturitas bij geboorte.

ingrijpen op jonge leeftijd en verandering van eetgedrag en leefstijl in het gezin is uiteraard groot, zeker gezien de al op jonge leeftijd voorkomende co-morbiditeit bij de obesitas.

De polikliniek staat onder leiding van een kinderarts-endocrinoloog. Zij onderzoekt of mogelijk een lichamelijke stoornis de obesitas verklaart en of er al sprake is van bijkomende ziekten ten gevolge van de obesitas. Een multidisciplinair team, bestaande uit een kinderpsycholoog, een ouderbegeleider, een diëtist en een kinderfysiotherapeut, ziet daarna de kinderen en hun ouders. De kinderpsycholoog beoordeelt waarom eten een centrale rol in het leven van het kind en gezin speelt. Zij kijkt ook of het kind met obesitas een depressieve ontwikkeling doormaakt die met veel eten gepaard gaat. In dat geval is dat het eerste behandeldoel. De ouderbegeleider maakt een inschatting van de gezinssituatie en biedt hulp daar waar nodig. Een diëtist inventariseert samen met de ouders wat er op een dag wordt gegeten en hoeveel. Door middel van een dagboek maakt ze kinderen en ouders bewust van hun voedingspatroon. Een kinderfysiotherapeut stimuleert, afgestemd op de conditie en praktische mogelijkheden in het gezin, sportieve activiteiten met als doel minimaal twee maal per week sporten (bv. zwemmen in groepsverband / Fitkids). In een gedragsmatige training in groepsverband leren de kinderpsycholoog en de diëtist de kinderen waar eten eigenlijk voor bedoeld is en krijgen ze handige tips hoe op moeilijke momenten

toch het juiste voedingsproduct te kiezen. Afvallen door gedragsverandering is het belangrijkste behandeldoel. De kinderen leren een gezond voedings- en bewegingspatroon en technieken om de adviezen te blijven volgen ondanks wellicht pesterijen van anderen. Het behandelprogramma duurt drie maanden en bestaat uit zeven groepsbijeenkomsten. Per groep is plaats voor circa tien kinderen. De ouders van de kinderen worden nadrukkelijk bij de behandeling betrokken, want: als ouders er anders over denken dan de hulpverlening, kunnen de kinderen het niet volhouden. De ouders zien elkaar in een viertal groepsbijeenkomsten en een laatste gezamenlijke bijeenkomst met de kinderen erbij. Na afronding van het behandelprogramma blijven de kinderen nog twee jaar onder controle en vindt een aantal korte 'opfris' bijeenkomsten plaats.

In april 2007 start in het Juliana Kinderziekenhuis, in samenwerking met het Leids Universitair Medisch Centrum, een wetenschappelijk onderzoek naar het effect van bovenbeschreven multidisciplinaire groepsbehandeling.

Casus:

Een moeder komt met haar twaalfjarige zoon, op haar verzoek en verwezen door de huisarts, naar de polikliniek voor dikke kinderen in het Juliana Kinderziekenhuis.

Moeder heeft zelf haar leven lang problemen gehad met haar gewicht, overigens net als haar zusters en moeder.

Moeder kampt met hypertensie en een te hoog cholesterol en

*haar moeder en een zus hebben type 2 diabetes mellitus. Moeder krijgt binnenkort een maagbandje en vindt dat er nu ook iets aan het gewicht van zoonlief moet gebeuren. Zijn vader is eveneens zwaar, maar onlangs flink afgeval-
len. Hij is niet bij het consult en de ouders zijn al langer gescheiden. De relatie met zijn zoon zou goed zijn en zij zien elkaar geregeld. Ook blijft de zoon wel bij vader eten. Zoon's BMI is ruim 28 (obesitas), hij wordt gepest op school. Met leren gaat het overigens goed en hij verwacht naar de HAVO te kunnen gaan. Hij sport niet, maar moeder meldt dat hij wel twee keer in de week gym heeft op school en zij heel goed let op wat hij eet. Bij navraag blijkt hij o.a. circa 4 liter Cola light per dag te drinken! Hij is weinig spraakzaam en duidelijk niet op zijn gemak. Toch zegt hij wel te willen afvallen.*

Bij lichamelijk onderzoek valt op dat de huid in de plooiën van zijn buikvetschort smet en dat dit niet goed verzorgd is en dat er veel schaamte over zijn uiterlijk bestaat. Er is (nog) geen hypertensie en er zijn overigens geen afwijkingen. Afsproken wordt dat hij door alle leden van het multidisciplinaire team gezien zal worden en dat er, nuchter, bloed zal worden afgenomen om te beoordelen of er al sprake is van een te hoog cholesterol of b.v. veranderingen in het glucose/insuline evenwicht. Reden om te denken aan een syndromale afwijking als oorzaak voor het overgewicht is er bij hem niet.

Als alle leden van het team vinden dat de motivatie tot deelname voldoende is, zal hij in een groep van kinderen met obesitas van ongeveer gelijke leeftijd (circa 10-13 jaar) worden ingedeeld en starten met het programma. Zo niet dan wordt hem en zijn ouders een alternatief motivatie traject aangeboden.

De toekomst

Het actieprogramma 'Gezond Gewicht' richt zich op verschillende aspecten. Er wordt ingezet op het voorkómen van overgewicht, zodat er minder kinderen met overgewicht bijkomen. Extra aandacht is er voor het vroegtijdig signaleren, zodat er in de toekomst minder intensieve begeleiding nodig is. En voor kinderen die nu al (veel) te veel wegen zijn er verschillende vormen van begeleiding om (samen met de ouders of verzorgers) erger te voorkomen.

Nog niet alle onderdelen van het actieprogramma worden even optimaal gebruikt. Er wordt gekeken waar dat aan ligt en of het verbeterd kan worden. Bij al deze inspanningen is het de verwachting dat iedereen die ook maar enigszins gemotiveerd is om met overgewicht aan de slag te gaan, het programma als steun in de rug ervaart, met als resultaat: een Gezond Gewicht!

Literatuur:

1. Schuit AJ, Preventie van overgewicht, feiten en cijfers, vraag (4 juni 2004). In: Brancherapporten VWS. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, www.brancherapporten.minvws.nl.
2. Blokstra A, Schuit AJ. Factsheet overgewicht: prevalentie en trend. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, september 2003.
3. Wilde JA de, Middelkoop BJC, Buuren S van, Verkerk PH. Overgewicht bij Haagse schoolkinderen. Epidemiol Bul Grav 2003; 38 (4): 12-23.
4. GGD Rotterdam. Actieprogramma: Nieuwsflits Voeding en Beweging. www.ggd.rotterdam.nl.
5. Diepenmaat A, Dijkman M. Etnische verschillen in lichamelijke (in)activiteit in relatie tot overgewicht onder Amsterdamse jongeren. Jaarrapportage Volksgezondheid Amsterdam 2003: 97-103.
6. Fredriks AM, Buuren S van, Hirasing R, Wit JM, Verloove-Vanhorick SP. De Quetelet-index ('body mass index') bij jongeren in 1997 vergeleken met 1980; nieuwe groeidiagrammen voor de signalering van ondergewicht, overgewicht en obesitas. Ned Tijdschr Geneesk 2001; 145 (27): 1296-1302.
7. Hirasing RA, Fredriks AM, Van Buuren S, Verloove-Vanhorick SP, Wit JM. Toegenomen prevalentie van overgewicht en obesitas bij Nederlandse kinderen en signalering daarvan aan de hand van internationale normen en nieuwe referentiediagrammen. Ned Tijdschr Geneesk 2001; 145 (27): 1303-8.
8. Bemelmans WJE, Hoogeveen RT, Visscher TLS, Verschuren WMM, Schuit AJ. Toekomstige ontwikkelingen in overgewicht: inschatting effecten op de volksgezondheid. RIVM rapport nr. 260301003. Bilthoven Rijksuniversiteit voor Volksgezondheid en Milieu, 2004.
9. Kemper HC, Post GB, Twist JW, Mechelen W van. Life-style and obesity in adolescence and young adulthood: results from the Amsterdam Growth And Health Longitudinal Study (AGAHLS). Int J Obes Relat Metab Disord 1999; 23 suppl S34-40.
10. Whitaker RC, Pepe MS, Wright JA e.a. Early adiposity rebound and the risk of adult obesity. Pediatrics 1998; 101 (3): E5.

Academisering van de Openbare Gezondheidszorg

Eerste project van start

B.J.C. Middelkoop, W.J.J. Assendelft

Op 1 september 2005 zetten vertegenwoordigers van de GGD-en Den Haag, Hollands Midden (toen nog: GGD Zuid-Holland Noord en GGD Midden Holland) en Zuid-Holland West, het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en TNO Kwaliteit van Leven hun handtekening onder een samenwerkingsovereenkomst. Doel van de overeenkomst is om onderzoek en onderwijs op het gebied van public health in deze regio te versterken. De GGD- en geven hiermee uiting aan het streven hun werk steeds meer 'evidence based' te maken, voor het LUMC en TNO Kwaliteit van Leven betekent dit nieuwe mogelijkheden voor het benutten en doen benutten van hun expertise, en voor het uitvoeren van maatschappelijk relevant onderzoek. Het samenwerkingsverband noemt zich de 'Academische werkplaats Public health Noordelijk Zuid-Holland'. Het eerste project dat, met externe financiering, wordt uitgevoerd is 'Health promotion for community-dwelling elderly: pros and cons of a preventive health centre for the elderly'. In dit project wordt het idee van een Preventief Gezondheidsonderzoek voor Ouderen (in de wandeling ook wel consultatiebureau voor ouderen genoemd) kritisch onderzocht: zin en onzin ervan, hoe eventueel op te zetten, voor welke doelgroepen, etc. Naast dit project bereidt de academische werkplaats op dit moment verschillende andere onderzoeksprojecten voor.

Over de achtergronden en de ratio van de academische werkplaats bericht dit artikel.

Geschiedenis

In de wereld van de public health bestond al langer de vraag of er niet toegewerkt zou moeten worden naar meer evidence based werken in de openbare gezondheidszorg (OGZ). Veel activiteiten in de OGZ zijn nog niet van een stevig wetenschappelijk fundament voorzien. Door nauwere samenwerking tussen universiteit en veld zou de hiervoor benodigde 'evidence' kunnen worden ontwikkeld. Public health keek hierbij met een schuin oog naar de academische ziekenhuizen, waar patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek worden gecombineerd en waar in de jaren '90 de relatie tussen de medische faculteiten en de academische ziekenhuizen werd geïntensiveerd. Dit heeft inmiddels overal in den lande geleid tot de vorming van Universitaire Medische Centra. Deze ontwikkeling maakte extra duidelijk dat een dergelijke academisering nog ontbrak voor de disciplines die binnen het academisch ziekenhuis niet aanwezig zijn, zoals de sociale geneeskunde.

Mede naar aanleiding van enkele adviezen van de Raad

voor Gezondheidsonderzoek (1)(2) startte in 2005 het programma 'Academische werkplaatsen' van ZonMw, het belangrijkste Nederlandse fonds op het gebied van gezondheidsonderzoek. Belangrijkste voorwaarde voor aanvragen bij dit programma is dat er een duidelijke wisselwerking is tussen praktijk, beleid, onderzoek en onderwijs en dat de probleemstellingen voor onderzoek van de GGD afkomstig zijn. In de regio Noordelijk Zuid-Holland vonden het LUMC, TNO Kwaliteit van Leven en de drie GGD-en elkaar voor het gezamenlijk indienen van aanvragen. De partijen bouwen hiermee voort op samenwerking die tussen verschillende partners al bestond; met name tussen LUMC en TNO, maar ook tussen LUMC en GGD Hollands Midden en LUMC en GGD Den Haag. De ontwikkeling sluit goed aan bij de toenemende prioriteit die het LUMC toekent aan public health. Sinds 1 januari 2006 heeft het LUMC een afdeling 'Public health en Eerstelijns geneeskunde', een bundeling van Sociale Geneeskunde, Huisartsgeneeskunde, Medische Antro-

Over de auteurs:

Dr. B.J.C. Middelkoop, hoofd Epidemiologie GGD Den Haag, Dienst OCW, tevens als coördinator Academische werkplaats Public health Noordelijk Zuid-Holland verbonden aan de afdeling Public health en Eerstelijns geneeskunde van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC); prof. dr. W.J.J. Assendelft, hoofd Afdeling Public health en Eerstelijns geneeskunde LUMC.

Dit artikel is geschreven mede namens de overige leden van de Stuurgroep van de academische werkplaats: J.M.M. de Gouw, arts, directeur GGD Hollands Midden; mr. M.T. Greidanus, directeur GGD Zuid-Holland West; M.H. Waterman, productgroepmanager Epidemiologie, Maatschappelijke zorg en Gezondheidsbevordering GGD Den Haag; dr. S.E. Buitendijk, senior onderzoeker TNO Kwaliteit van Leven; prof. dr. R.G.J. Westendorp, hoogleraar Ouderengeneeskunde LUMC en prof. dr. J.H.M. Zwetsloot-Schonk, hoogleraar Klinische Informatiekunde LUMC.

pologie en Verpleeghuisgeneeskunde.

De Academische Werkplaats Public health Noordelijk Zuid-Holland diende drie projectvoorstellen bij het programma 'Academische Werkplaatsen' in, waarvan er één door ZonMw werd gehonoreerd. Statistisch gesproken mag de werkplaats daarmee niet ontevreden zijn: over heel Nederland was voor drie maal zo veel geld aangevraagd als ZonMw voor dit programma beschikbaar had. De twee niet gehonoreerde aanvragen lagen op het gebied van de infectieziektebestrijding en dat van de jeugdgezondheidszorg. De derde, wel gehonoreerde, aanvraag heeft betrekking op Gezondheidsbevordering voor ouderen.

De start van de werkplaats: voor- en nadelen van een 'Consultatiebureau voor ouderen'

In Nederland bestaan tal van initiatieven voor Preventief Gezondheidsonderzoek voor Ouderen (PGO). Een vrij gangbare benaming hiervoor is 'Consultatiebureau voor ouderen', naar analogie van de consultatiebureaus voor 0-4-jarigen. Veel van deze initiatieven zijn ontstaan op grond van de (politieke) wens om 'iets' te doen aan preventieve zorg voor ouderen. Het is echter nog beslist geen uitgemaakte zaak of een PGO voldoet aan de behoeften van de doelgroep, verzorgers en gezondheidswerkers. Bovendien: wat in de ogen van de een heel wenselijk is, is in de ogen van de ander volstrekt onzinnig. Denk in dit verband aan de behoefte tot geruststelling die veel mensen ertoe brengt gebruik te maken van allerlei gezondheidschecks; van sommige van die checks zegt de medische professie dat het pure geldverspilling is en dat ze bovendien nodeloze ongerustheid veroorzaken. Voorts is vrijwel niets bekend over de haalbaarheid en doelmatigheid van grootschalige implementatie van een consultatiebureau voor ouderen. Ook is nog niet erg duidelijk in hoeverre een differentiatie zou moeten worden aangebracht in de preventieve zorg voor ouderen. Het lijkt niet onwaarschijnlijk dat een 70-jarige inwoner van een dorp op het verstedelijkte platteland in noordelijk Zuid-Holland een ander aanbod moet krijgen dan een 75-jarige Hindostaanse inwoner van een Haagse achterstandswijk. Kern van het onderzoek van de werkplaats is daarom het ontwikkelen van een zo rationeel mogelijke basis voor PGO en het in kaart brengen van de voor- en nadelen van verschillende mogelijke vormen.

De laatste jaren is steeds meer aandacht gekomen voor preventiemogelijkheden op hogere leeftijd. Daarbij spelen deels andere vragen dan op jongere leeftijd. Bijvoorbeeld de vraag of ouderen wel zitten te wachten op de oplossingen die professionals voor hen in petto hebben. In Leiden werd bijvoorbeeld bij screening tij-

dens een PGO vaak een verminderd gehoor gevonden. Veel ouderen maakten evenwel geen gebruik van de verstrekte gehoorapparaten; men kon zich zonder zo'n stigmatiserend ding best redden. Een ander punt betreft de vraag of determinanten van gezondheid op hogere leeftijd dezelfde betekenis hebben als die onder de gemiddelde volwassen populatie. Het LUMC (afdeling Ouderengeneeskunde en afdeling Public health en Eerstelijngeneeskunde) heeft veel expertise op dit terrein, terwijl ook binnen TNO Kwaliteit van Leven de nodige kennis voorhanden is. De sectie Klinische en Gezondheidspsychologie van de Faculteit Sociale Wetenschappen van de Universiteit Leiden beschikt over methodologische expertise op het gebied van het planmatig opzetten en evalueren van GVO-activiteiten. Gezamenlijk ontwikkelden deze partijen een onderzoeksvoorstel dat de academische werkplaats indiende bij ZonMw. Dit voorstel werd dus in feite het eerste gezamenlijke product van de GGD-en en de universiteit.

De officiële titel van het gehonoreerde onderzoek luidt (volgens ZonMw-gebruik in het Engels): 'Health promotion for community-dwelling elderly; pros and cons of a preventive health centre for the elderly'. De aanvraag bestaat eigenlijk uit twee onderdelen, die samen een looptijd hebben van vier jaar. In de eerste twee jaar wordt zo goed mogelijk in kaart gebracht wat de preventiebehoeften zijn van ouderen. Het gaat dan om vroegopsporing van aandoeningen ('secundaire preventie') en om voorlichting en stimuleren van bijvoorbeeld een gezonde leefwijze ('primaire preventie'). Hierbij zijn uiteraard de door ouderen zelf ervaren behoeften van belang, maar daarnaast wordt ook naar de mening gevraagd van 'significant others', zoals professionele zorgverleners en mantelzorgers. Voorts wordt nagegaan wat bewezen effectieve preventiestrategieën zijn voor de oudere leeftijdsgroep. Deze eerste fase duiden we aan als de 'needs assessment'. Belangrijkste methoden zijn literatuurstudie, vragenlijstonderzoek en focusgroep interviews. Focusgroep interviews zijn interviews met groepen ouderen of met groepen 'significant others' waarbij mede door de interactie binnen de groep getracht wordt om op een efficiënte manier zo veel mogelijk relevante informatie boven tafel te krijgen.

Na de fase van de needs assessment volgt de zogeheten 'pilot fase'. In deze fase worden verschillende vormen van PGO uitgetoetst. Leidend zijn daarbij enerzijds de bevindingen van de needs assessment, anderzijds de specifieke wijk waar de pilot zich op richt. De verwachting is dat in wijken waar veel mensen met een lage sociaal-economische positie wonen en/of veel

mensen die behoren tot een etnische minderheidsgroep, andere vormen van PGO nodig zullen zijn dan in een witte en/of welgestelde wijk. Ook hebben de oudste ouderen waarschijnlijk een andere benadering nodig dan de relatief jongere en gezondere groep.

Bij de projectopzet is uitgegaan van ten minste drie verschillende strategieën voor PGO, achtereenvolgens 'algemeen', 'doelgroepgericht' en 'op maat'.

De 'algemene' strategie bestaat uit een oproep in de krant voor een eenmalig bezoek aan een consultatiebureau (CB). Hiermee wordt beoogd om de ouderen te motiveren tot een gezondere leefwijze. Dit is de simpelste en goedkoopste variant.

De 'doelgroepgerichte' strategie richt zich op doelgroepen waarvan uit de literatuur bekend is dat zij in veel gevallen slechts met een intensievere benadering kunnen worden gemotiveerd, zoals inwoners van achterstandswijken. Zij worden met een brief persoonlijk opgeroepen naar een CB te komen en beginnen daar met eenzelfde eerste bezoek als de doelgroep van de 'algemene' strategie. Bij de 'doelgroepgerichte' strategie wordt dit bezoek gevolgd door een uitnodiging om een persoonlijk actieplan op te stellen om tot een gezondere leefstijl te komen.

De 'op maat' strategie gaat nog een stap verder. De doelgroep bestaat uit personen van wie de huisarts heeft aangegeven dat zij voor deze benadering in aanmerking komen. Belangrijk kenmerk van deze strategie is vergroting van de sociale steun, bijvoorbeeld in de vorm van self support groepen. Deze variant is waarschijnlijk de duurste, maar voor sommige groepen misschien wel de enige die effectief is.

Uit de evaluatie van de pilots zullen aanbevelingen volgen over de vraag of in Nederland een PGO zinvol is en zo ja, welke vorm dan het beste past bij welke omstandigheden.

Verdere ontwikkeling van de academische werkplaats

Voor de (nog) niet gefinancierde plannen, op de terreinen jeugdgezondheidszorg en infectieziektebestrijding, ontwikkelt de academische werkplaats nieuwe ideeën. Hiervoor worden ook eigen middelen ingezet, met name door het LUMC. Verder vindt ideeënontwikkeling plaats op het gebied van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. Leidraad is steeds de vraag hoe evidence based werken in de openbare gezondheidszorg kan worden versterkt.

De groeiende samenwerking tussen veld en praktijk werkt aan beide zijden inspirerend. Zo bezinnen binnen de participerende GGD-en steeds meer mensen zich op de vraag of zij zich ook niet in wetenschappelijk opzicht verder zouden willen ontwikkelen. Dit kan

hun functioneren ten goede komen, ook binnen de dagelijkse beroepspraktijk. De brug tussen de GGD-en en het LUMC heeft ook al vorm gekregen door de realisering van enkele dubbelaanstellingen. Deze ontwikkeling kan leiden tot een merkbare kwaliteitsverbetering in het werk van de GGD-en. Ook wordt het gemakkelijker om universitaire steun te krijgen als binnen de GGD behoefte ontstaat aan onderzoek dat de eigen mogelijkheden te boven gaat. Aan de kant van de universiteit groeit het enthousiasme om medewerking te verlenen aan onderzoek dat direct bruikbaar is voor de praktijk van de openbare gezondheidszorg. Voorts worden plannen ontwikkeld voor onderwijsactiviteiten voor GGD-medewerkers, verzorgd door het LUMC, en het beschikbaar stellen van LUMC-faciliteiten zoals de bibliotheek voor GGD-medewerkers. Tenslotte spelen GGD-medewerkers een steeds belangrijkere rol in het onderwijs aan Leidse geneeskundestudenten.

De verwachting is dat de intensieve samenwerking tussen GGD en universiteit het werk van de GGD zeer ten goed zal komen en daarmee uiteindelijk degenen voor wie de GGD werkt; in ons geval de inwoners van Den Haag. De beoogde opbrengst van het project 'Health promotion for the elderly' laat dit al enigszins zien. Maar op alle GGD-afdelingen speelt de behoefte aan een betere fundering van het dagelijks handelen. Bestrijden we op de meest effectieve en efficiënte wijze een uitbraak van een infectieziekte in een verpleeghuis of op een kinderdagverblijf? Hoe kunnen we inwoners van achterstandswijken beter motiveren om tot een gezondere leefstijl te komen? Met welke instrumenten dringen we de epidemie van overgewicht het beste terug, te beginnen bij de jeugd? Hoe realiseren we voorlichting over bepaalde erfelijke aandoeningen die vooral voorkomen onder etnische minderheidsgroepen, zoals hemoglobinopathieën? Zijn er niet meer mogelijkheden voor primaire preventie van diabetes onder Hindostanen? Het zijn (voor dit artikel betrekkelijk willekeurig gekozen) voorbeelden van vragen waar wetenschappelijk onderzoek de GGD verder kan helpen. Samenwerken met universiteiten deed de GGD al, maar nu wordt er een structurele basis onder gelegd. Al met al lijkt het erop dat het ZonMw-programma 'Academische Werkplaatsen' in elk geval voor onze regio precies op het goede moment is gekomen. De partijen leken er klaar voor, de tijd rijp.

Literatuur:

1. Raad voor Gezondheidsonderzoek. De werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis. Den Haag, 2000.
2. Raad voor Gezondheidsonderzoek. De kennisinfrastructuur public health. Den Haag, 2003.

korte berichten

Vergissing

De Korte Berichten uit het vorige Bulletin openden met de aankondiging dat het artikel *'Vitamine D-tekort bij zwangere vrouwen: gegevens van een verloskundigepraktijk uit Den Haag'* van de auteurs Karamali, Van der Meer, Wuister en Verhoeven, eerder gepubliceerd in het Epidemiologisch Bulletin, deze zomer is gepubliceerd in het American Journal of Clinical Nutrition. Dat artikel gaat dus over Vitamine D-tekort en níet -zoals de kop van het berichtje luidde- over diabetes.

Congres

Nederlands Congres Volksgezondheid

Op 11 en 12 april a.s. wordt in De Doelen in Rotterdam voor de vierde keer het Nederlands Congres Volksgezondheid gehouden. Het congres staat dit keer in het teken van *Diversiteit* en legt de nadruk op de rijke schakering van het veld van de lichamelijke en geestelijke volksgezondheid. Die diversiteit komt tot uiting in voorzittingen (voor jong en oud, rijk en arm, allochtonen en autochtonen, bewoners van stad en platteland), strategieën (voorlichting, interventies, wet- en regelgeving) en in de vele actoren (o.a. OGZ, GGZ, sociale hulpverlening, thuiszorg, gemeenten, verzekeraars, patiënten- en consumentenorganisaties).

Op het programma staan plenaire presentaties van o.a. Sally McIntyre (Universiteit Glasgow), Bert van Alphen (wethouder Volksgezondheid Den Haag), Hans van Oers (RIVM) en Karien Stronks (AMC). En verder twee dagen lang workshops, deelpresentaties en

kennisdess.

Een greep uit de onderwerpen die dan worden behandeld: Diabetes en hart- en vaatziekten, Migranten en gezondheid, Omgeving en gezondheid, Voeding en overgewicht, en Overgewicht en jeugd (in de deelpresentaties); Hoe breng je WMO en WCPV met elkaar in verband, Zorgpreventie en voorlichting via internet voor ouderen, en Gezond verstand: evidence based GGZ-preventie (in de workshops).

'Gastdirigent' van het congres is dit jaar de academische werkplaats Noordelijk Zuid-Holland, het samenwerkingsverband van de GGD-en Den Haag, Hollands Midden en Zuid-Holland West, het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en TNO Kwaliteit van Leven.

Het congres wordt gehouden voor beleidsmedewerkers, bestuurders, onderzoekers, uitvoerders, zorgverzekeraars en anderen, werkzaam op het brede terrein van de volksgezondheid (Public Health, OGZ, GGZ).

Datum: 11 en 12 april in De Doelen, Rotterdam

Kosten: € 250 voor 2 dagen, € 160 voor 1 dag.

Inschrijven via www.decongresbalie.nl en www.ncvgz.nl.

Meer informatie via telefoon 0413 - 209291 en e-mail info@decongresbalie.nl.

Cursussen

Versterking van de OGGZ

Recente studies geven aanleiding tot nieuwe ontwikkelingen en een nieuwe aanpak. Over beleidsvraagstukken nu en in de nabije toekomst van de OGGZ.

Doelgroep: de professional of beleidsadviseur in de publieke gezondheidszorg

Kosten: € 930

Data: woensdag 25 april, 9 en 16 mei 2007

Debatdag: Wat heeft de WMO ons gebracht? Ervaringen tot nu toe! nieuw

Discussieer en deel uw ervaringen over de invoering van de WMO 'tot nu toe'. Wat zijn de effecten, wat gaat er goed en welke aandachtspunten heeft dit tot nu toe opgeleverd?

Doelgroep: de professional of beleidsadviseur in de publieke gezondheidszorg

Kosten: € 310

Data: woensdag 23 mei 2007

Tweede landelijke Zoönosedag

Tijdens dit symposium belichten inspirerende vertegenwoordigers vanuit de (dier-)geneeskundige praktijk, organisaties op het gebied van onderzoek en wetenschap en overheid alle mogelijke strategieën bij zoönosen, vanuit uiteenlopende perspectieven.

Doelgroep: alle artsen, zoals huis-, infectieziekte-, jeugd-, bedrijfsartsen, apothekers, VWA medewerkers, dierenartsen.

Datum: donderdag 24 mei 2007

Locatie: Utrecht, Faculteit Diergeneeskunde

Landelijke ontwikkelingen in de public health: consequenties van beleid

U krijgt inzicht in actuele ontwikkelingen, achtergronden en consequenties van landelijk beleid en wet- en regelgeving in relatie tot

volksgezondheid.

Doelgroep: de professional of beleidsadviseur in de publieke gezondheidszorg

Kosten: € 930

Data: vrijdag 25 mei, 1 juni en 15 juni 2007

Adviesvaardigheden: doelgericht adviseren in de public health

Dé module als u zich wilt bekwaamen in adviesvaardigheden over beleid: hoe zorgt u dat uw advies daadwerkelijk wordt opgevolgd?

Aan de hand van theorieën, inzichten in benodigde vaardigheden en gesprekstechnieken leert u beter advies uit te brengen aan externe partijen.

Doelgroep: de professional of beleidsadviseur in de publieke gezondheidszorg

Kosten: € 1.170

Data: woensdag 30 mei, 6 en 27 juni 2007

Alle cursussen worden -behalve indien anders vermeld- gegeven op de locatie

NSPOH Amsterdam. Nadere informatie via www.nspob.nl, telefoon-nummer 020 - 5664949 en info@nspob.nl.

Aangiften infectieziekten regio Den Haag

Meldingen tijdens het hele jaar 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 ingevoerd worden.

Tabel 1

Overzicht alle infectieziekten 2006 (totaal en per kwartaal), excl. TBC, voor de stad Den Haag

ZIEKTE-EXTRA	2005	2006					4 (2005)
	Totaal	Totaal	1	2	3	4	
Bacillaire dysenterie	29	13	2	1	4	6	9
Brucellose		1			1		
Buiktyphus	1	3	1		1	1	
Cholera		1				1	
Creutzfeldt-Jakob's Disease - K	1	1	1				1
Hepatitis A	7	20	1		9	10	3
Hepatitis B Acuut	10	14	5	1	3	5	4
Hepatitis B Chronisch	145	130	37	16	32	45	47
Hepatitis C Acuut en Drager		1			1		
Kinkhoest	115	100	21	20	20	39	19
Legionellose	8	6			2	4	1
Leptospirose	2	1				1	1
Malaria	30	17	6	4	7		9
Mazelen							
Meningokokkose	6	4	2	1		1	
Ornithose/psittacose	1	4		2	1	1	
Paratyphus A	1	2			2		1
Paratyphus B	1	2			2		
Paratyphus C							
Q-koorts							
Rodehond	4						
Voedselvergiftiging of voedsel	9	12	1	3	6	2	2
Totaal	370	332	77	48	91	116	97

Het aantal aangifteplichtige infectieziekten, door de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg tijdens 2006 gemeld (332, exclusief de meldingen van TBC), is iets lager dan in

2005 (370, idem). Deze afname is toe te schrijven aan een daling van het aantal meldingen van kinkhoest, malaria, bacillaire dysenterie. Er zijn in 2006 wel significant meer gevallen geweest van hepatis

A (van 7 in 2005 naar 20 in 2006). Dit is mogelijk te wijten aan een verminderde opkomst voor vaccinatie bij kinderen van migranten.

Tabel 2*Infectieziekten gemeld door instellingen*

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen over de 7 laatste jaren.

ziektecategorie	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Ander			2	1	2	2	
Bloedoverdraagbare aandoeningen	1						
Geelzucht	5	3	4	6	1	1	
Hersenvliesontsteking	8	7	10	1	3	2	6
Huidziekten	4	4	16	8	6	15	21
Invasieve pathogenen		1		2		2	5
Luchtweginfecties	4	4	11	4	5	5	4
Maag-darmaandoening	13	11	12	17	18	20	29
Vlekjesziekten	5	7	13	6	18	15	19
Totaal	40	37	68	45	53	62	84

De stijgende trend in het aantal meldingen sinds 2003 is mogelijk te danken aan een grotere meldingsbereidheid van de instellingen. Gastro-enteritis blijft de belangrijkste aanleiding om te melden. Deze meldingen betreffen meestal kleine epidemieën van buikgriep in verpleeghuizen. Bij huidziekten gaat het dikwijls om enkele gevallen van krentenbaard of schimmelinfecties in kinderdagverblijven. 'Vlekjesziekten' betreft dikwijls een vermoeden op vijfde ziekte, rode hond en roodvonk in kinderdagverblijven. Ook vermoeden van hersenvliesontsteking is dikwijls aanleiding voor melding, maar doorgaans gaat het om onschuldige virale infecties.

Meldingen tijdens het vierde kwartaal 2006, voor de stad Den Haag

Het aantal aangifteplichtige infectieziekten, door de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het vierde kwartaal 2006 gemeld (116, exclusief TBC-meldingen), is iets hoger dan het aantal in dezelfde periode in 2005 (97). Dit verschil is hoofdzakelijk toe te schrijven aan een verhoogd aantal kinkhoestgevallen.

Hieronder volgen commentaren op enkele gemelde infectieziekten.

Bacillaire dysenterie

Zes gevallen werden gemeld, in alle leeftijden. Bij 3 vond de besmetting plaats in het buitenland. Van de patiënten die in Nederland besmet zijn is geen bron achterhaald. Alle zieken zijn van buitenlandse herkomst.

Buiktyfus

Er is 1 patiënt gemeld met buiktyfus, deze is in India besmet.

Hepatitis A

Er zijn 10 gevallen van hepatitis A aangegeven, bijna alle beneden de leeftijd van 19 jaar. Van deze patiënten zijn er 6 in Nederland besmet, van hen is bij 3 de bron bekend. De 4 overige patiënten zijn tijdens de vakantie in Marokko en Turkije besmet.

Hepatitis B

Het aantal hepatitis B meldingen (50: 45 chronische gevallen en 5 acute gevallen) is iets hoger dan het vorige kwartaal, maar vrijwel identiek aan het zelfde kwartaal in 2005. In de categorie chronische gevallen zijn de mannen iets meer

vertegenwoordigd. De leeftijd is doorgaans tussen 20 en 49 jaar. De besmettingsbron is meestal niet bekend. In een kwart van de gevallen wordt verticale transmissie (via de moeder tijdens de zwangerschap) vermoed. Meestal gaat het om personen afkomstig van landen waar de ziekte veel voorkomt. De 5 patiënten met acute hepatitis B zijn op 1 na in Nederland besmet. In alle gevallen heeft besmetting waarschijnlijk door onbeschermd seksueel contact plaatsgevonden.

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (39) is het dubbele van het aantal gevallen in het zelfde kwartaal van 2005 (19). Over het hele jaar is er echter een daling van ongeveer 15% vergeleken met 2005, een trend die ook landelijk bestaat. Het betreft bijna allemaal gevaccineerde personen van alle leeftijden, maar hoofdzakelijk onder de leeftijd van 14 jaar.

Legionellose

Gedurende het vierde kwartaal zijn 4 gevallen gemeld. De helft van hen zijn in het buitenland besmet. Bij geen van deze gevallen is de

besmettingsbron met zekerheid vastgesteld.

Leptospirose

Eén geval van leptospirose is gemeld. Het betrof een toerist die in Thailand in natuurwater had gezwommen. Leptospirose, ook wel ziekte van Weil of modderkoorts genoemd, is een zeldzame aandoening waarvan de verwekker doorgaans via urine van ratten in het milieu terecht komt en zo de mens besmet. De ziekte kan een grote waaier aan symptomen geven, gaande van een griepachtige aandoening, hepatitis tot aantasting van diverse andere organen.

Meningokokkose

Er is 1 geval gemeld van hersenvliesontsteking bij een zuigeling veroorzaakt door de bacterie meningokok type B. Tegen deze bacterie bestaat nog geen vaccinatie.

Ornithose

Een geval van deze infectieziekte die door vogels aan de mens overgedragen wordt, werd gemeld. De besmettingsbron is niet achterhaald.

Voedselinfecties

Er zijn 2 voedselinfecties gemeld. Hierbij zijn resp. 2 en 3 mensen ziek geworden. De besmetting heeft in Nederland plaatsgehad maar de besmettingsbron is niet met zekerheid vastgesteld.

Infectieziekten gemeld door instellingen

In de onderstaande tabel wordt

een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het vierde kwartaal 2006.

Maag-darmaandoeningen waren de belangrijkste aanleiding om te melden. Er waren 3 explosies van buikgriep in verpleeghuizen, 1 in een kinderdagverblijf, en 1 in een restaurant.

Vlekjesziekten en huidsuitslag betroffen meestal vermoedens op de vijfde ziekte, ringworm, roodvonk en impetigo bij kinderen. Ondanks het feit dat er in september meer hepatitis A is gemeld bij schoolgaande kinderen, zijn er geen uitbraken van deze ziekte in scholen vastgesteld. Dit is waarschijnlijk mede te danken aan het direct instellen van kordate hygiënische maatregelen door de scholen telkens wanneer zich gevallen van hepatitis A voordeden.

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

Bacillaire dysenterie

In het vierde kwartaal zijn er 3 meldingen van Bacillaire dysenterie geweest. De bron ligt in 2 gevallen in India en 1 maal in Indonesië.

Hepatitis A

Er is 1 melding van hepatitis A geweest. Betrokkene was niet in het buitenland geweest. Een bron is niet gevonden.

Hepatitis B

Zestien meldingen van hepatitis B. Het ging om 3 gevallen van acute hepatitis B en 13 dragers. De acute hepatitis B was door een homoseksueel contact opgelopen. Van de andere acute meldingen van hepatitis B is geen bron gevonden.

Kinkhoest

Er waren 46 meldingen van kinkhoest. Het aantal kinkhoestmeldingen is de laatste kwartalen ongeveer gelijk. Dit wijkt niet af van de landelijke trend.

Legionellose

Er zijn 3 meldingen van Legionellose geweest. Geen van de patiënten was in het buitenland geweest. Een bron is niet achterhaald.

Leptospirose

Er was 1 melding van leptospirose. Mogelijk heeft de patiënt de ziekte via zijn werk opgelopen.

Malaria

Er was 1 melding van malaria (*Plasmodium falciparum*). De ziekte was opgelopen in Nigeria. De patiënt komt oorspronkelijk uit Nigeria en had geen profylaxe ingenomen.

Tuberculose

Er zijn 2 meldingen van tuberculose geweest.

Aan deze rubriek werkten mee:

E.J.M. de Coster

E.M. Huisman

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

Tabel 3

Infectieziekten gemeld door instellingen, vierde kwartaal 2006

Ziektecategorie 2006	KDV	overig	school	verpleeghuis	kindercentrum	restaurant	totaal
Huidziekten	1	2	1		1		5
Maag-darmaandoening				3	1	1	5
Vlekjesziekten	1	1	1				3
	2	3	2	3	2	1	13

Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte		Het vierde kwartaal 2006			De voorgaande 4 kwartalen				t/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar	
		GGD Den Haag 4e kw. 2006	GGD-Zuid-Holl. West 4e kw. 2006	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2006	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2005 **)	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2006**)	Tot. regio Haaglanden 2e kw. 2006 **)	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2006**)	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 4e kw 2006	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 4e kw 2005**)
B-ziekten	bacillaire dysenterie	6	3	9	13	5	3	10	27	82
	buiktifus	1		1	1	1		2	4	1
	cholera	1		1					1	
	Creutzfeld-J's disease				1	1			1	2
	hepatitis A	10	1	11	8	2	1	13	27	16
	hepatitis B *)	50	16	66	61	55	29	52	202	202
	hepatitis C							1	1	
	kinkhoest	39	46	85	55	58	41	57	241	302
	legionella pneumonie	4	3	7	3	3	1	6	17	20
	mazelen									
	meningokokkose	1		1	2	5	4		10	12
	paratyfus A				1	1		2	3	1
	paratyfus B (C)							2	2	3
	tuberculose	31	2	33	58	34	40	30	137	186
	voedselvergiftiging of voedselinfectie	2		2	4	1	3	8	16	16
C-ziekten	brucellose							1	1	
	E.coli 0157				1		2		2	
	leptospirose	1	1	2	1		1		3	2
	malaria		1	1	9	6	6	7	20	30
	ornithose/psittacose	1		1			2	1	4	1
	Q-koorts									12
	rode hond									
totaal		147	73	220	168	172	133	192	719	889

*) 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).

