



Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

jaargang 42, 2007, nummer 2

inhoud

Redactioneel

epidemiologie

Trends in de prevalentie van tandcariës, tanderosie en gebitsverzorging bij de Haagse jeugd in de periode 1996-2005

volksgezondheid

TPM-ers in Den Haag

Het toenemend signaleren van geweld binnenshuis:

Oog voor kindermishandeling, meldingen bij het AMK

Het Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld: twee jaar ervaring

Ouderenmishandeling, lange tijd een onderschat fenomeen

Een verkennende studie naar de eigen beleving van het ouder worden onder Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen in Den Haag

Korte berichten

Colofon

juni 2007, 42ste jaargang nr. 2

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 (hoofredacteur), GGD Den Haag

Redactieadres

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn
GGD, Postbus 12652, 2500 DP Den Haag
Bezoekadres: Thorbeckelaan 360
mw. H. Schreiner-Heynen;
tel.: 070-353 71 05, fax: 070-353 72 92
e-mail: h.schreiner-heyne@ocw.denhaag.nl
*Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij
mw. Schreiner.*

Epidemiologisch Bulletin op internet:

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

Lay out en productie

Facilitaire Dienst/Multimedia Den Haag

Uitgave

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, GGD Den Haag
Directeur Volksgezondheid

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

De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en vormgeving van het
bulletin. Overname van artikelen is in vele gevallen mogelijk in overleg
met de redactie. De richtlijnen voor auteurs kunnen op het
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

Trends in de prevalentie van tandcariës, tanderosie en
gebitsverzorging bij de Haagse jeugd in de periode
1996-2005

*G.J. Truin, J.E. Frenken, J. Mulder, A.J. Kootwijk,
E. de Jong* 2

Volksgezondheid

- TPM-ers in Den Haag
A.J. Kootwijk, E. de Jong 12
- Het toenemend signaleren van geweld
binnenshuis: 14
 - Oog voor kindermishandeling, meldingen bij
het AMK
W.G.H. van Rijssel 15
 - Het Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld
P.J.M. Uitevaal 21
 - Ouderenmishandeling, lange tijd
een onderschat fenomeen
H.E. Meijer 23

Een verkennende studie naar de eigen beleving
van het ouder worden onder Turkse en Hindostaans-
Surinaamse ouderen in

Den Haag
C. Bode, C.H.C. Drossaert, E. Dijkstra 26

Korte berichten 33

Redactioneel

De juiste dingen doen

In dit nummer onder meer aandacht voor geweld achter de voordeur en de dilemma's die dit geeft in de beroepspraktijk: wanneer doe je er goed aan het ene te doen en wanneer is het beter een andere lijn te volgen? Bijna vanzelfsprekend gaan we ervan uit dat geweld achter de voordeur niet in onze eigen omgeving voorkomt. We kennen het fenomeen, maar hebben er over het algemeen hooguit professioneel mee van doen. In Den Haag bestaat inmiddels veel ervaring met professionele hulpverlening bij geweld achter de voordeur. Artikelen over het Algemeen Steunpunt Huiselijk Geweld (ASHG) en het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) doen daar verslag van. De kunst voor professionals is vooral het tijdig signaleren van geweld achter de ogenschijnlijk 'normale' voordeuren. En dan volgt meteen het dilemma. De samenleving verwacht in toenemende mate dat u zich als professional actief opstelt. Uw positie maakt dat echter soms lastig. U wilt toegang houden tot het betreffende gezin, tegelijk wilt u actie ondernemen om het geweld te beëindigen. Medewerkers van het AMK vertellen over hun ervaringen met professionals in deze. Het artikel over de beleving van het ouder worden bij Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen roept de vraag op of we wel steeds door de juiste bril naar onze omgeving kijken. We zijn in het huidige tijdsbestel en in de huidige samenleving geneigd iedereen over één kam te scheren. Sociaal-culturele en sociaal-economische achtergrond zouden geen verschil moeten maken. Het artikel laat echter zien dat wanneer we op bovengenoemde wijze professioneel handelen, we grote afstand creëren tot dat wat oudere allochtone medeburgers van ons verwachten. Ook hier de vraag waar je als professional goed aan doet.

Tenslotte aandacht voor het periodiek onderzoek dat de faculteit Sociale Tandheelkunde van de Katholieke Universiteit Nijmegen doet op scholen in Den Haag naar het voorkomen van tandcariës en tanderosie en – in het laatste onderzoek – ook naar het poetsgedrag en tandartsenbezoek. In hun artikel doen de onderzoekers verslag van de stand van zaken in 2005. Dat jaar waren er nogal wat alarmerende berichten in de landelijke pers over de slechte staat van de gebitten van de jeugd. In Den Haag lijkt het mee te vallen. Wellicht heeft dit te maken met de inspanningen van de Tandheelkundig Preventief Medewerkers van de GGD Den Haag? Zij gaan bij het opzetten hun voorlichtingsactiviteiten uit van de uitkomsten van het periodieke Nijmeegse onderzoek en – vooral – van de belangstelling van de beoogde doelgroep.

Trends in de prevalentie van tandcariës, tanderosie en gebitsverzorging bij de Haagse jeugd in de periode 1996-2005¹

Wordt het kindergebit slechter?

G.J. Truin, J.E. Frencken, J. Mulder, A.J. Kootwijk en E. de Jong

In 2005 schonken de media uitgebreid aandacht aan het feit dat de kindergebitten weer slechter zouden zijn geworden. Aanleiding vormde het verschijnen van het rapport Signalement Mondzorg 2004 van het College voor Zorgverzekeringen (1). Basis van het rapport vormden de resultaten van een onderzoek naar veranderingen in mondgezondheid en preventief gedrag van jeugdige ziekenfondsverzekerden (2).

In 2006 kreeg de gebitsgezondheid bij de jeugd opnieuw aandacht in de media naar aanleiding van een evaluatie onderzoek bij regionale instellingen voor jeugdtandverzorging (3). De slechter wordende gebitsgezondheid en met name de restauratieve verzorgingsgraad van het melk- en blijvende gebit (het aantal door de tandarts behandelde caviteiten in tanden en kiezen) bij de jeugd was wederom onderwerp van discussie. Veel tandartsen en mondhygiënist bevestigden in de media dat de gebitten van de kinderen die in de praktijk komen, duidelijk slechter zijn dan die van een paar jaar geleden.

In de gemeente Den Haag wordt het voorkomen van tandcariës bij 6- en 12-jarige schoolkinderen al vele decennia periodiek onderzocht (4-6). Vanaf 2002 wordt ook het voorkomen van tanderosie bij 12-jarigen onderzocht. Onderstaand artikel doet verslag van de editie 2005 van dit onderzoek.

Blijkt hieruit dat het slechter gaat met de kindergebitten in Den Haag?

De steekproef bestond uit 814 leerlingen van 12 basisscholen in Den Haag. De resultaten laten zien dat de trend van de toename van het percentage kinderen met een cariësvrij melkgebit respectievelijk blijvend gebit zich na 2002 heeft voortgezet. Bij de niet-cariësvrije kinderen valt op dat in de periode 1996-2005 in het algemeen niet de hoeveelheid opgetreden tandcariës (dmfs-respectievelijk DMFS-score) is veranderd, maar dat het aandeel van de samenstellende componenten van de dmfs-, respectievelijk DMFS-score is gewijzigd. De restauratieve verzorgingsgraad is zowel bij de 6- als bij de 12-jarigen in de periode 1996-2005 significant teruggelopen. In 2005 bedroeg de restauratieve verzorgingsgraad van de melkidentitie bij niet-cariësvrije 6-jarigen 25%; voor de blijvende dentitie bij de 12-jarigen was dit percentage 48%. Het percentage 12-jarigen met tanderosie is in 2005 ten opzichte van 2002 onveranderd gebleven (24%).

Dit onderzoek toont aan dat er geen sprake is van een toename van tandcariës en tanderosie bij de jeugd van 6 en 12-jaar in Den Haag.

Materiaal en Methode

Steekproef

De wijze van steekproeftrekking in 2005 was identiek aan de steekproeftrekkingen in 1996, 1998 en 2002 (7). Den Haag kent een indeling van wijken op basis van zogenaamde achterstandscore. Aan de hand van deze scores zijn de wijken in vijf groepen ingedeeld, lopend van 1-wijken met de meeste achterstand tot 5-wijken met de minste achterstand. Na hergroepering van de

vijf groepen van stadswijken naar drie (code 1 en 2: laag SES; code 3 en 4: midden SES en code 5: hoog SES) koos de Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn van de gemeente Den Haag basisscholen voor het onderzoek uit stadswijken die representatief werden geacht voor 'laag', 'midden' en 'hoog' sociaal niveau. Alle scholen die ook aan het onderzoek in 2002 hadden deelgenomen werden benaderd. Daarnaast is één extra school uit het hoge milieu gevraagd deel te nemen. De leerlingen van deze school hadden dus

¹ Dit artikel is een compilatie van het artikel dat is aangeboden aan het Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde. De studie is mogelijk gemaakt door subsidie van de Suikerstichting Nederland te Baarn.

Over de auteurs:

Prof. dr. G.J. Truin, tandarts, is hoofd van de afdeling Preventieve en Curatieve Tandheelkunde bij de Faculteit der Medische Wetenschappen van het UMC St. Radboud in Nijmegen; dr. J.E. Frencken, tandarts, is directeur van het WHO Collaborating Centre in Oral Health Care Planning and Future Scenarios bij het cluster Tandheelkunde van het UMC St. Radboud te Nijmegen; ing. J. Mulder is statistisch analist en eveneens werkzaam bij het cluster Tandheelkunde; mw. A.J. Kootwijk en mw. E. de Jong zijn beiden als tandheelkundig preventief medewerker verbonden aan de afdeling Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding van de GGD Den Haag.



Poster, ontwikkeld voor één van de TPM-projecten in Den Haag: 7 eetmomenten per dag

niet aan het onderzoek in 2002 deelgenomen. Alle scholen gaven toestemming. Vervolgens werd aan alle ouders van de leerlingen van groep 2 en groep 8 van de geselecteerde scholen gevraagd hun medewerking aan het onderzoek te verlenen. Van 46 leerlingen (5%) weigerden de ouders deelname aan het onderzoek. Op de dag van het onderzoek was 9 % van de leerlingen ($n=81$) afwezig. De namen, geboortedatum, nationaliteit en het woonadres van de aan het onderzoek participerende leerlingen zijn evenals in de voorafgaande jaren van onderzoek, door de scholen verstrekt. De nationaliteit van de kinderen is gebaseerd op de nationaliteit van de moeder. De SES indeling van de leerlingen werd gebaseerd op basis van de wijk waar de school was gelokaliseerd.

Klinisch onderzoek

Het tandheelkundig onderzoek vond op school plaats. Bij het klinisch onderzoek werd door twee tandarts-epidemiologen, na het droogblazen van de gebits-elementen, vastgelegd of er sprake was van een aangetast (d =decayed), geëxtraheerd (m =missing) of

Statistische analyse

Per SES-groep zijn de percentages cariësvrije kinderen (met 95% betrouwbaarheidsinterval) berekend. Met behulp van de Chi-kwadraat toets zijn de verschillen in percentages cariësvrije kinderen tussen de SES-groepen getoetst. De SES indeling van de leerlingen is daarbij gebaseerd op de SES van de woonwijk van de leerling. Bij het analyseren van de percentages kinderen met een gave melk-, respectievelijk blijvende dentitie per leeftijds-groep en jaar van onderzoek is regressie analyse toegepast (2e graads polynome regressie met onderzoeksjaar). Dit gebeurde voor de drie sociale niveaus bij kinderen met de Nederlandse nationaliteit en in het lage sociale niveau voor de kinderen van Turkse, Marokkaanse en Nederlandse afkomst afzonderlijk. De restauratieve verzorgingsgraad per kind werd berekend door de d -component te delen door de optelsom van d - en f -component ($ds/ds + fs$). Met behulp van variantie-analyse werden de effecten van sociaal niveau, nationaliteit, jaar van onderzoek op de gemiddelde DMFS-waarden van kinderen met een niet gaaf melk-, respectievelijk blijvend gebit getoetst. Verschillen met een p -waarde <0.05 werden als statistisch significant beschouwd. De verschillen in percentages 12-jarigen met tanderosie tussen de SES-groepen, de verschillende nationaliteiten en het geslacht werden getoetst met behulp van de Chi-kwadraat toets. Analyse van de enquête gegevens tussen de SES-groepen en tussen de nationaliteiten vond plaats met de Chi-kwadraat toets.

gerestaureerd (f =filled) tandvlak (s =surface). De dmfs-/DMFS-scores, die dit oplevert, zijn een maat voor de opgetreden tandcariës in het melk- (dmfs-score), respectievelijk blijvend gebit (DMFS-score). Een dmfs-score van nul betekent bij de zesjarigen een gaaf melkgebit, een DMFS-score van nul bij de twaalf-jarigen een gaaf blijvend gebit. Bij het klinisch tandcariësonderzoek werden geen röntgenfoto's gemaakt.

Het onderzoek naar tanderosie bij 12-jarigen richtte zich op de occlusale vlakken van de eerste blijvende molaren en de palatinale² vlakken van het bovenfront. Aan de vlakken werden de volgende scores toegekend: 0=geen verlies van glazuur of dentine; 1=verlies van tandglazuur, dentine is er niet bij betrokken; 2=weefsel-verlies, dentine is er bij betrokken. Deze criteria zijn ook in 1998 en 2002 gebruikt bij onderzoek naar erosieve gebitsslijtage bij de Haagse jeugd (7).

² occlusaal vlak = de naar het kauwvlak gerichte zijde van een tand of kies
palatinaal vlak = de naar het verhemelte toe gerichte vlakken van tanden en kiezen in de bovenkaak

Tabel 1

Aantal 6- en 12-jarige leerlingen opgesplitst naar sociaal niveau (SES) en nationaliteit. Steekproefgegevens in 2005. De stratificatie van de leerlingen naar SES is gebaseerd op de wijk waarin de school is gelokaliseerd.

SES	Nationaliteit	6-jarigen	12-jarigen
Laag	Nederlands	78	51
	Turks	56	26
	Marokkaans	49	32
	Anders	47*	10*
Midden	Nederlands	148	58
	Turks	2*	-
	Marokkaans	-	-
	Anders	1*	1*
Hoog	Nederlands	127	118
	Anders	7*	10*
Totaal onderzocht		515	299
Totaal in analyse		458	278

* andere nationaliteit; andere SES; niet betrokken in de analyses

Enquête van de leerlingen

In 2005 werden voor het eerst de 6-jarigen geënuquêteerd. Een onderzoeksassistente vroeg hen hoe vaak per dag hun tanden werden gepoetst en of zij door hun ouders werden geholpen met het poetsen (het napoetsen door de ouders). Ook werd de kinderen gevraagd met welke tandpasta zij poetsten. Hiervoor waren 16 verschillende kleuter-, peuter-, junior- en volwassen tandpasta's op een tafel uitgesteld, de kinderen mochten aanwijzen met welke tandpasta werd gepoetst. Vervolgens kregen de kinderen een tandenborstel en werd hen gevraagd hun tanden te poetsen. Beoordeeld werd hoe het kind poetste (systematisch versus niet systematisch) en volgens welke borstelmethode. Na het klinisch onderzoek stelde de tandarts-onderzoeker de 12-jarigen vragen over het tandarts-bezoek, of zij bij ieder periodiek onderzoek een fluoride applicatie kregen, hoe frequent zij poetsten en of zij poetsten voor het naar bed gaan. Deze vragen waren ook in 2002 aan de 12-jarigen gesteld.

Tabel 1 geeft het overzicht van het aantal onderzochte 6- en 12-jarige schoolkinderen naar leeftijd, sociaal niveau (SES) en nationaliteit. In 2005 namen 814 leerlingen deel aan het onderzoek. De gemiddelde leeftijd van de 6-jarigen was 5 jaar en 7 maanden en van de 12-jarige leerlingen 11 jaar en 11 maanden. Kinderen met een andere dan Nederlandse,

Marokkaanse of Turkse nationaliteit zijn in de analyses niet meegenomen. Dit geldt ook voor de Turkse en Marokkaanse kinderen (n=3) in midden SES.

Resultaten

Zesjarigen

Het percentage 6-jarigen met een cariësvrije melkidentitie in de respectievelijke jaren van onderzoek staat in tabel 2. In de periode 1996-2005 is het percentage cariësvrije 6-jarigen in het lage sociale niveau gemiddeld met 12% significant ($p < 0,05$) toegenomen. Deze toename in het percentage kinderen met een cariësvrije melkidentitie wordt zowel bij de Nederlandse als bij de Turkse en Marokkaanse 6-jarigen gevonden. De toename van het percentage kinderen met een cariësvrije melkidentitie heeft met name plaatgevonden na 1998. Over alle jaren bestaan significante verschillen ($p < 0,05$) in de cariësprevalentie van kinderen van Nederlandse en Marokkaanse nationaliteit ten opzichte van die van de Turkse kinderen. Bij de 6-jarigen uit het midden en hoge sociale niveau is de cariësprevalentie niet significant veranderd in de periode 1996-2005. In 2005 bestaan nog steeds significante ($p < 0,01$) verschillen in het percentage 6-jarigen met een gave melkidentitie tussen de drie sociale niveaus.

De *caries experience* (dmfs-scores) bij de 6-jarige kinderen met een niet-cariësvrij melkgebit in het lage

Tabel 2

Percentages (%) 6- en 12-jarige kinderen met een gaaf gebit (dmfs, respectievelijk DMFS=0 en BI=95% betrouwbaarheidsintervallen) en de gemiddelde dmfs-/DMFS-score (SD=Standaard Deviatie) per kind met een niet-gaaf gebit in 1996, 1998, 2002 en 2005, opgesplitst naar sociaal niveau (SES) en nationaliteit. De gegevens bij de 6-jarigen betreffen het melkgebit; bij de 12-jarigen het blijvende gebit.

SES LAAG	6-jarigen (melkgebit)			12-jarigen (blijvend gebit)		
	Gaaf gebit	Niet-gaaf gebit		Gaaf gebit	Niet-gaaf gebit	
	%	95% BI	dmfs (SD)	%	95% BI	DMFS (SD)
<i>Ned. nat.</i>						
1996	49	35-63	9,3 (9,0)	50	36-64	3,2 (2,4)
1998	36	21-50	6,7 (6,9)	62	46-77	5,3 (5,5)
2002	48	38-58	7,9 (7,6)	88	79-96	5,2 (5,7)
2005	58	46-70	7,1 (8,1)	90	80-99	4,8 (2,5)
<i>Turkse nat.</i>						
1996	31	15-46	7,7 (6,6)	41	20-62	5,7 (3,6)
1998	21	12-32	8,7 (7,6)	46	30-62	3,9 (2,7)
2002	28	17-39	10,3 (9,9)	69	55-83	3,1 (2,5)
2005	39	26-52	7,5 (6,8)	78	61-95	2,5 (1,6)
<i>Marok. nat.</i>						
1996	43	24-62	8,9 (7,1)	28	7-52	4,0 (3,4)
1998	41	27-56	7,0 (7,1)	40	22-58	2,5 (1,8)
2002	45	31-59	7,3 (7,8)	78	62-94	3,8 (2,9)
2005	55	48-70	10,5 (11,3)	84	71-98	2,2 (1,6)
SES MIDDEN						
<i>Ned. nat.</i>						
1996	79	69-89	4,9 (5,5)	89	83-96	3,6 (2,6)
1998	75	68-82	4,4 (5,9)	87	80-94	1,4 (0,5)
2002	68	59-76	3,3 (3,2)	88	81-95	2,3 (2,1)
2005	76	68-83	4,1 (3,9)	88	79-97	1,3 (0,5)
SES HOOG						
<i>Ned. nat.</i>						
1996	84	74-93	4,7 (5,1)	86	76-96	2,3 (2,1)
1998	87	81-93	3,7 (3,0)	93	88-98	1,1 (0,4)
2002	79	72-86	3,2 (2,7)	80	71-88	1,9 (1,2)
2005	86	80-92	3,6 (3,7)	92	88-97	1,7 (0,9)

sociale milieu varieerde in de verschillende jaren van onderzoek. Bij de Nederlandse kinderen neemt de gemiddelde caries experience in de tijd enigszins af; bij Marokkaanse kinderen neemt de caries experience in de tijd enigszins toe. Bij statistische toetsing is echter geen sprake van een significante toe- of afname van de dmfs-score bij Nederlandse, Turkse of Marokkaanse 6-jarigen met een niet-cariësvrije melkdentitie in de periode 1996-2005. Ook bij de kinderen uit het midden en hoge sociale niveau is de

caries experience van de kinderen met een niet-cariësvrij melkgebit niet significant toe- of afgenomen in bovengenoemde periode. Binnen het lage sociale niveau verschilden in 2005 de gemiddelde dmfs-score niet significant tussen de Nederlandse, Turkse en Marokkaanse kinderen. In alle jaren van onderzoek bestonden significante verschillen ($p < 0,05$) in de dmfs-score tussen enerzijds de kinderen uit het lage en anderzijds de kinderen uit het midden en hoge sociale niveau.

Tabel 3

De gemiddelde restauratiegraad (%) bij kinderen met een niet-cariësvrij gebit in 1996, 1998, 2002 en 2005, opgesplitst naar sociaal niveau (SES) en nationaliteit. De gegevens bij de 6-jarigen betreffen het melkgebit; bij de 12-jarigen het blijvende gebit.

SES LAAG	6-jarigen	12-jarigen	SES MIDDEN		
<i>Ned. nat</i>	%	%	<i>Ned. nat</i>		
1996	43	94	1996	14	100
1998	27	100	1998	11	96
2002	15	90	2002	21	42
2005	23	17	2005	27	57
<i>Turkse nat.</i>			<i>SES HOOG</i>		
1996	56	85	<i>Ned. nat.</i>		
1998	27	93	1996	52	71
2002	23	73	1998	34	71
2005	20	72	2002	26	69
			2005	22	70
<i>Marok. nat.</i>					
1996	52	97			
1998	34	89			
2002	16	79			
2005	25	74			

In de periode 1996-2005 is restauratieve verzorgingsgraad van het melkgebit bij de kinderen uit het lage sociale niveau significant ($p < 0,01$) afgenomen (tabel 3). Ook bij de kinderen uit het hoge sociale niveau is in bovengenoemde periode de restauratiegraad van het melkgebit significant ($p < 0,05$) verminderd.

Twaalfjarigen

Het percentage 12-jarigen met een cariësvrije blijvende dentitie is in het lage sociale niveau, zowel bij Nederlandse, Turkse als Marokkaanse kinderen, in de periode 1996-2005 significant ($p < 0,01$) toegenomen met ongeveer 40% (tabel 2).

Bij 12-jarigen uit het midden en hoge sociale niveau is in bovengenoemde periode de cariësprevalentie niet

significant veranderd. De toename van het percentage cariësvrije 12-jarigen in het lage sociale niveau heeft tot gevolg dat in 2005 géén significante verschillen in de cariësprevalentie bestaan tussen kinderen uit het lage, midden en hoge sociale niveau ($p = 0,63$). De gemiddelde DMFS-waarden bij de 12-jarige kinderen met een niet-cariësvrij blijvend gebit is in de periode 1996-2005 bij Turkse en Marokkaanse kinderen afgenomen. De afname van de DMFS-score bij de Turkse kinderen is significant ($p < 0,05$) met gemiddeld 0,3 DMFS per jaar. De gemiddelde DMFS-score bij kinderen uit het midden en hoge sociale niveau is in bovengenoemde periode niet significant veranderd. In 2005 bestaan geringe, maar niet significante, verschillen in de gemiddelde

Tabel 4

Percentage 12-jarigen met enige vorm van tanderosie op de occlusale vlakken van de eerste blijvende molaren, of op de palatinale vlakken van het bovenfront naar sociaal niveau (SES) en nationaliteit in 2002 en 2005.

SES	Nationaliteit	2002		2005	
		%	BI	%	BI
Laag	Nederlands	21	10-31	34	18-51
	Turks	26	12-40	26	8-44
	Marokkaans	26	8-44	22	7-37
Midden	Nederlands	20	12-29	34	21-47
Hoog	Nederlands	24	15-33	20	12-27

Tabel 5

Enquêtevragen aan de 6-jarigen. Percentage antwoorden naar sociaal niveau (SES) en etniciteit.

		Laag SES			Midden SES	Hoog SES
		Ned.	Turks	Mar.		
<i>Poetsfrequentie</i>						
1 keer per dag		26	39	20	21	18
2 keer per dag		71	50	72	74	71
Meer dan 2 keer per dag		3	11	4	5	11
Nooit		0	0	4	0	0
<i>Poetsen zelf of je ouders</i>						
Zelf		41	78	72	23	36
Ouders		20	17	20	13	26
Beiden		39	5	8	64	37
<i>Poetstechniek</i>						
Systematisch		42	47	56	70	82
Zonder systematiek		56	53	44	29	14
Pak borstel verkeert, geen beweging		0	0	0	2	2
Meting niet mogelijk		2	0	0	0	2
<i>Type tandpasta</i>						
Peutertandpasta		56	57	38	38	41
Jeugdtandpasta		44	43	62	62	59

Tabel 6

Enquêtevragen aan de 12-jarigen. Percentage antwoorden naar sociaal niveau (SES) en etniciteit in 2002 en 2005.

Tandartsbezoek	Laag SES						Midden SES		Hoog SES	
	Ned.		Turks		Mar.		2002	2005	2002	2005
	2002	2005	2002	2005	2002	2005				
Ja	94	78	98	93	85	78	99	93	100	98
Niet ieder jaar	0	5	0	0	0	6	1	7	0	0
Alleen bij klachten	0	2	0	0	3	10	0	0	0	0
Weet niet	6	15	2	7	12	6	0	0	0	2
<i>Fluoride applicatie</i>										
Ja	26	23	31	22	11	31	48	58	37	53
Neen	42	40	14	4	22	19	36	31	46	28
Soms	24	35	52	63	60	47	12	9	17	10
Weet niet	9	2	3	11	7	3	4	2	0	9
<i>Poetsfrequentie</i>										
Nooit	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0
Wel eens, niet elke dag	0	5	19	15	4	6	0	2	1	0
1 keer per dag	17	8	19	33	11	41	20	15	17	6
2 keer per dag	76	82	55	37	74	53	73	79	77	89
Meer dan 2 keer per dag	7	5	7	15	7	0	7	3	5	5
<i>Poetsen voor het naar bed gaan</i>										
Ja	93	90	76	70	92	69	92	93	98	96
Neen	0	5	2	15	4	22	3	7	0	2
Soms	7	5	22	15	4	9	5	0	2	2

DMFS-score van kinderen met een niet cariësvrij blijvend gebit tussen de drie niveaus, ten gunste van de 12-jarigen in het midden en hoge milieu.

In de periode 1996-2005 is er sprake van een signifi-

cante ($p < 0,01$) daling van de restauratiegraad van het blijvend gebit bij de kinderen uit het lage en midden sociale niveau (tabel 3).

Tanderosie

Enige vorm van tanderosie werd in 2002 waargenomen bij 21 tot 26% van de kinderen (tabel 4). Dit percentage varieerde in 2005 tussen de 20 en 34%. Tussen 2002 en 2005 en tussen de sociale niveaus verschilde dit percentage niet significant. In 2005 waren bij de 12-jarige kinderen met tanderosie in 36% van de gevallen alleen de eerste blijvende molaren aangedaan, bij 18% van de kinderen betrof het alleen het front en bij 46% van de 12-jarigen vertoonden zowel de eerste blijvende molaren als de palatinale vlakken van het bovenfront tanderosie. Bij het merendeel van de kinderen met tanderosie beperkte de slijtage zich tot het glazuur (92%). Bij 8% van de kinderen was het dentine erbij betrokken.

Enquête tandverzorging

Zesjarigen

Bijna alle 6-jarigen (98%) beweerden hun tanden dagelijks te poetsen. Tussen de sociale niveaus verschilde dit percentage niet significant. In alle niveaus werd door het merendeel van de 6-jarigen één tot tweemaal per dag de tanden geïetst (tabel 5).

Kinderen uit het midden sociale niveau antwoordde significant ($p < 0,01$) vaker dat zowel zij als de ouders of de ouders alleen de tanden van de kinderen poetsten. Binnen het lage sociale niveau beweerde een significant ($p < 0,01$) lager percentage kinderen van Nederlandse nationaliteit de tanden alleen te poetsen (zonder de hulp van de ouders) vergeleken met hun leeftijdsgenoten van Turkse of Marokkaanse afkomst. Het percentage kinderen met een systematische poetstechniek was in het midden en hoge sociale niveau significant ($p < 0,01$) hoger dan dat van hun leeftijdsgenoten in het lage sociale niveau. Tussen de 38 en 57% van de 6-jarigen beweerde peutertandpasta te gebruiken. Significante verschillen in type van tandpasta-gebruik (peuter- versus jeugd tandpasta) tussen de sociale niveaus bestonden niet. Minder dan 5% van de kinderen beweerde nog fluoride tabletten te gebruiken (niet in tabel opgenomen).

Twaalfjarigen

Opvallend is dat in 2005 een significant ($p < 0,01$) lager percentage Nederlandse kinderen uit het lage milieu beweerde de tandarts ieder jaar te bezoeken dan in 2002 (tabel 6). Een geringe, niet significant, daling in het periodieke tandartsbezoek is ook zichtbaar bij de Turkse en Marokkaanse kinderen. Nagenoeg alle kinderen uit het midden en hoge milieu beweerden in 2005 ieder jaar de tandarts te bezoeken voor een periodiek onderzoek. In 2005 beweerde een hoger percentage van de kinderen uit het midden en hoge milieu, respectievelijk 58 en 53% in 2005, ten opzichte van 48 en 37% in 2002, tijdens het periodieke onderzoek een fluoride applicatie te krijgen.

Van de Turkse en Marokkaanse kinderen uit het lage milieu poetsten in 2005 respectievelijk 37 en 53% tweemaal per dag. Dit percentage is significant lager ($p < 0,01$) dan bij Nederlandse (82%) kinderen uit het lage milieu. Opvallend bij de Turkse en Marokkaanse kinderen is het verschil in beweerde poetsfrequentie tussen 2002 en 2005. Significant ($p < 0,05$) lagere percentages Turkse en Marokkaanse kinderen uit het lage milieu antwoordden in 2005 vergeleken met de percentages in 2002, de tanden tweemaal daags te poetsen. Het percentage Turkse en Marokkaanse 12-jarigen dat beweerde niet te poetsen voor het slapen gaan, is, weliswaar niet significant ($p = 0,06$), in 2005 ten opzichte van 2002 gestegen, respectievelijk van 2 naar 15% en van 4 naar 22%.



TPM-poster in bij het project: Poets ze sterk

Discussie

Gave gebitten

Bij de 6-jarigen blijven de verschillen in het percentage kinderen met een cariësvrij melkgebit tussen de SES-strata ook in 2005 bestaan. De toename van het percentage cariësvrije 6-jarigen in het lage sociale niveau, die met name heeft plaatsgevonden na 1998, heeft er niet toegeleid dat verschillen in de cariës-prevalentie tussen de sociale niveaus zijn verdwenen. Echter, bij de 12-jarigen zien we dat in de periode 1996-2005 de sterke toename van het percentage cariësvrije leerlingen, met name na 1998, wel tot resultaat heeft dat de verschillen in de cariës-prevalentie, voor wat betreft de blijvende dentitie, tussen de SES-strata zijn verdwenen.

Opvallend daarbij is dat dit geldt voor zowel de 12-jarige kinderen van Nederlandse, Turkse als Marokkaanse nationaliteit. Deze constatering was ook al eerder gedaan op basis van de vergelijking van de onderzoeksresultaten van 2002 met die van de daaraan voorafgaande jaren van tandheelkundig onderzoek in Den Haag (7). De resultaten van het onderzoek in 2005 tonen daarnaast aan dat de verschillen in het percentage cariësvrije 12-jarige leerlingen na 2002 verder zijn verkleind.

Niet-gave gebitten

De ontwikkelingen in de mondgezondheid (caries experience) bij niet-cariësvrije leerlingen in de periode 1996-2005 laten een verschillend beeld zien. Bij de 6-jarigen is de hoogte van de dmfs-score (caries experience van het melkgebit) tussen 1996 en 2005 niet significant toe- of afgenomen. De grootste veranderingen in de mondgezondheid bij deze leeftijdsgroep doen zich voor in de samenstellende componenten van het dmfs-getal. De restauratieve verzorgingsgraad van het melkgebit is bij de 6-jarigen uit het lage sociale en hoge sociale niveau tussen 1996 en 2005 sterk afgenomen. In het lage sociale niveau is daarentegen het gemiddelde aantal geëxtraheerde melkvlakken (ms-score) in de betreffende periode significant toegenomen. Of aan deze ontwikkelingen in de tijd een veranderde behandelfilosofie van de tandheelkundige professie (eerder extraheren dan restaureren) ten grondslag ligt of dat dit wijst op ernstiger vormen van carieuze laesies in de melkdentitie die eerder noodzaken tot extractie, is niet duidelijk.

Bij de 12-jarigen zien we wat betreft de restauratieve verzorgingsgraad van de blijvende dentitie een vergelijkbaar beeld als bij de verzorgingsgraad van de

melkdentitie bij de 6-jarigen. In de periode 1996-2005 is er sprake van een significante daling van de restauratiegraad van het blijvende gebit bij de 12-jarigen uit het lage en midden sociale niveau. In vergelijking met de voorafgaande jaren van onderzoek worden in 2005 in het algemeen meer niet-behandelde dentine laesies in de blijvende dentitie bij deze groepen waargenomen.

Wordt het kindergebit slechter?

Het beeld van niet-behandelde dentine laesies bij de 12-jarigen kan mogelijk ten grondslag liggen aan de uitspraak dat het slechter gaat met de mondgezondheid bij de jeugd. Het beeld is echter genuanceerder. In de periode 1996-2005 is het percentage cariësvrije 12-jarigen in het lage sociale niveau met ongeveer 40% toegenomen; bij de kinderen uit het midden en hoge sociale niveau is dit percentage onveranderd hoog (80 tot 90%) gebleven. Bij de niet-cariësvrije 12-jarigen is het gemiddelde DMFS-getal (caries experience in de blijvende dentitie) bij Turkse en Marokkaanse kinderen in de periode 1996-2005 significant afgenomen. Bij de 12-jarige leerlingen van Nederlandse nationaliteit is het algemene beeld dat de hoogte van het DMFS-getal bij de niet-cariësvrije 12-jarigen stabiel is gebleven of enigszins is afgenomen. De resultaten van het onderzoek in Den Haag sluiten aan bij de resultaten van het onderzoek naar veranderingen in mondgezondheid en preventief tandheelkundig gedrag van jeugdige ziekenfondsverzekerden (3).

Methodische kanttekeningen

Bij de vergelijking van de cariësgegevens in de periode 1996-2005 moet een aantal methodologische kanttekeningen worden geplaatst. De steekproef in 2005 bestond uit 12 basisscholen in de gemeente Den Haag. Eén school uit het hoge sociale niveau had niet eerder aan het cariësonderzoek meegewerkt. Twee van de drie scholen in het midden en hoge milieu waren ook betrokken bij het onderzoek in 1996, 1998 en 2002. De scholen uit het lage sociale niveau hadden wel in 2002 maar niet in 1996 en 1998 aan het onderzoek deelgenomen. De procedure om tot de keuze van scholen te komen, afkomstig uit stadswijken met een sociale stratificatie van laag, midden en hoog, was in 2005 niet wezenlijk anders dan in de voorafgaande jaren van onderzoek. Het feit dat dezelfde steekproefprocedure is gevolgd betekent echter niet dat de samenstelling van de leerlingen in de steekproeven over alle jaren volledig vergelijkbaar is. Woonwijken kunnen bij een gelijkblijvende sociale

stratificatie in de tijd een andere bevolkingssamenstelling krijgen.

De SES-indeling van de leerlingen is gebaseerd op basis van de wijk waar de school is gelokaliseerd. In 2002 was het mogelijk de SES-indeling van de leerlingen op basis van de wijk waar de school staat te vergelijken met de SES-indeling van de leerlingen op basis van hun woonwijk (7). Uit deze vergelijking kwam naar voren dat leerlingen die op basis van hun woonwijk als midden niveau zijn geklassificeerd, vaak scholen bezoeken die in wijken van hoog sociaal niveau zijn gelokaliseerd. Deze gegevens waren niet beschikbaar voor de jaren 1996 en 1998. Het is echter niet uit te sluiten dat de mobiliteit van leerlingen in de periode 1996-2005 veranderingen heeft ondergaan. De vergelijking van de cariësgegevens bij de Nederlandse kinderen uit het lage sociale niveau in de periode 1996-2005 wordt ook bemoeilijkt door de slechts betrekkelijke vergelijkbaarheid van de steekproeven naar nationaliteit in de verschillende onderzoeksjaren. Door voortgaande naturalisaties worden naar verhouding steeds meer kinderen met een niet-Nederlandse afkomst als Nederlands geregistreerd. Het feit dat de toename van het percentage cariësvrije 6- en 12-jarige kinderen heeft plaatsgevonden bij zowel kinderen van Nederlandse als Turkse en Marokkaanse nationaliteit, betekent dat de nationaliteit van het kind een beperkte rol speelt en niet tot ernstige vertekening van de waargenomen verbetering in het lage sociale niveau kan hebben geleid.

Tanderosie

De prevalentie van tanderosie bij de 12-jarige leerlingen in 2005 is niet significant veranderd ten opzichte van die in 2002. Dit percentage bedraagt in beide onderzoeksjaren gemiddeld 24%. Bij het merendeel van de kinderen beperkt de slijtage zich tot het glazuur. Ernstigere vormen waarbij het dentine betrokken is, komt bij 8% van de kinderen met tanderosie voor. Poorterman en Schuller (3) diagnostiseerden in 2003 bij 21% van de 15-jarige ziekenfondsverzekerden op één of meer gebits-elementen kenmerken van tanderosie (3). Ook in dit onderzoek beperkte zich de tanderosie bij het merendeel van de onderzochten tot het glazuur. Bij de vergelijking van deze onderzoeksresultaten dient te worden opgemerkt dat verschillende onderzoeksprotocollen zijn gebruikt om tanderosie vast te leggen en dat de reproduceerbaarheid van deze metingen over het algemeen laag is.

Mondhygiëne en fluoridegebruik

Met het afnemen van de enquête bij de 6-jarigen werd beoogd inzicht te krijgen in mondhygiënegewoonten en fluoridegebruik bij de 6-jarigen in de drie sociale niveaus. Kinderen uit het midden en hoge sociale niveau blijken vaker door de ouders te worden gepoetst en tonen vaker een systematische poetstechniek vergeleken met hun leeftijdsgenoten uit het lage sociale niveau. Onderzoek in de regio Gooi en Vechtstreek bevestigt het beeld dat Marokkaanse en Turkse ouders minder helpen bij het tandenpoetsen van de kinderen dan Nederlandse ouders (8). Het percentage 6-jarigen dat beweerde jeugdtandpasta te gebruiken was eveneens hoger bij de kinderen uit het midden en hoge sociale niveau. De transversale opzet van de studie leent zich niet voor het leggen van verbanden tussen de mogelijke oorzaken en de prevalentie van tandcariës bij de kinderen in de verschillende sociale niveaus. Duidelijk is dat grote groepen van de kinderen niet het basisfluoride advies van het Ivoren Kruis volgen om vanaf 5 jaar tweemaal per dag te poetsen met een fluoride tandpasta voor jeugd of volwassenen. Onderzoeken naar de gebitsstoestand in de regio Gooi en Vechtstreek (8) en in de regio Eindhoven (9) hebben eerder al aangetoond dat het gebruik van peuter-tandpasta bij 5-6-jarigen nog hoog (40 tot 50%) is.

De verschillen tussen de sociale niveaus wat betreft het mondhygiëne gedrag komen ook tot uiting bij de 12-jarigen. Een significant lager percentage Turkse en Marokkaanse 12-jarigen beweerde tweemaal per dag of vaker de tanden te poetsen dan hun Nederlandse leeftijdsgenoten in het lage sociale niveau. Opvallend bij de Turkse en Marokkaanse kinderen is daarnaast dat een lager percentage kinderen beweerde de tanden tweemaal daags te poetsen dan de kinderen in 2002 (6). Dit geldt ook voor het beweerde gedrag wat betreft poetsen voor het slapen gaan. Of er werkelijk sprake is van een veranderend mondhygiëne gedrag bij de Turkse en Marokkaanse kinderen tussen 2002 en 2005 is aan de hand van de enquêtegegevens echter niet betrouwbaar vast te stellen.

Tenslotte

Het onderzoek in Den Haag in 2005 richtte zich op de vraag of zich veranderingen hebben voorgedaan in de cariësprevalentie bij de 6- en 12-jarige schooljeugd ten opzichte van de voorafgaande jaren van cariës-onderzoek in Den Haag. Ook werd met het onderzoek beoogd de vraag te beantwoorden of het 'slechter' gaat met het kindergebit. De resultaten

tonen dat na 2002 de trend van de toename van het percentage kinderen met een cariësvrij melkgebit respectievelijk blijvend gebit zich heeft voortgezet. Op basis van de onderzoeksresultaten in Den Haag over de periode 1996-2005 kan men dan ook niet stellen dat het op dit aspect het slechter gaat met het kindergebit. Wel valt op dat de restauratieve verzorgingsgraad zowel bij de 6- als 12-jarigen in de periode 1996-2005 significant is teruggelopen.

Literatuur

1. Signalement Mondzorg 2004. College van Zorgverzekeringen 2005. Amstelveen 2005.
2. Poorterman JHG, Schuller AA. Tandheelkundige verzorging jeugdige ziekenfondsverzekerden (TJZ). Een onderzoek naar veranderingen in mondgezondheid en preventief tandheelkundig gedrag; tussenmeting 2003. Amsterdam januari 2005. ISBN-nummer: 90-804110-3-5.
3. Schuller AA. Evaluatie Regionale Instellingen voor Jeugd tandverzorging 2005. TNO Kwaliteit van Leven. TNO rapport KvL/B&G/2006.078. Leiden 2006.
4. Truin GJ, König, K.G., Bronkhorst, E.M. Tandbederf bij de jeugd; goed nieuws uit Den Haag. Epid. Bulletin 1993; 28 nr 2: 19-22.
5. Truin GJ, König KG, Mulder J, Hof MA van 't. Tandcariës bij 6- en 12-jarige Haagse schoolkinderen. Epid. Bulletin 1997; 32 nr 3: 26-30.
6. Rijkom HM van, Truin GJ, Hof MA van 't. Prevalentie van tandcariës en erosieve gebitsslijtage bij de Haagse jeugd. Epidemiologisch Bulletin 2002; 37 nr 1: 2-8.
7. Truin GJ, Rijkom HM van, Hof MA van 't, Mulder J. Tandcariës en erosieve gebitsslijtage bij 5- en 6-jarige en 11- en 12-jarige Haagse schooljeugd; verandert de prevalentie Ned Tijdschr Tandheelkd 2004; 111: 74-79.
8. Tang CC. Onderzoek naar gebitstoestand en mondhygiënisch gedrag van kinderen binnen het regulier onderwijs in de regio Gooi en Vechtstreek. Juni 2002.
9. GGD Eindhoven. Laat je tanden zien. Mondgezondheid bij 5-6 en 10-11-jarigen in Eindhoven. Gemeente Eindhoven GGD mei 2002.

TPM-ers in Den Haag

E. de Jong, A.J. Kootwijk

De Tandheelkundig Preventief Medewerkers (TPM-ers) van de afdeling Gezondheidsbevordering van de GGD Den Haag hebben als taak de Haagse bevolking voor te lichten over mondgezondheid. Uiteraard is het daarbij van belang dat de ontwikkelde projecten aansluiten bij de (jonge) doelgroep. Al jaren wordt hiervoor gebruik gemaakt van de onderzoeksresultaten van het tandheelkundig onderzoek door de Radboud Universiteit Nijmegen (zie het voorafgaande artikel (1)). De TPM-ers hebben een diversiteit aan voorlichtingsprojecten ontwikkeld, steeds toegespitst op een bepaalde leeftijdsgroep.

Hiernaast voeren TPM-ers taken uit in het kader van de Wet op de Collectieve Preventie. Dit betreft:

- Het stimuleren van tandartsbezoek. Twee keer per jaar worden er kaartjes verstuurd 'Met 2 jaar naar de tandarts', naar alle ouders en/of verzorgers van wie de kinderen 2 jaar zijn geworden. In totaal zijn dit er 7000 per jaar.
- Het fluoridespoelen. Dit wordt gestimuleerd in de groepen 1 en 2 van het primair onderwijs. Momenteel spoelen in Den Haag 68 scholen met fluoride.
- TGVO (tandheelkundig GVO). Er worden voorlichtingsmaterialen en methodieken ontwikkeld, gericht op de intermediairen en de uiteindelijke doelgroep. Om feeling te houden met de doelgroep geven de TPM-ers zelf ieder jaar ongeveer vijftig voorlichtingen op scholen, twintig ouderbijeenkomsten en vijf deskundigheidsbevorderingen.
- Epidemiologisch onderzoek. Sinds 1996 wordt er in Den Haag tandheelkundig onderzoek gedaan, samen met de Radboud Universiteit Nijmegen. Dit gebeurt elke 3 jaar. Ook evalueren de TPM-ers alle methodieken en materialen die zij ontwikkelen.

ontwikkeld dat met een groep ouders wordt gespeeld onder leiding van de verpleegkundige van het consultatiebureau. Tijdens dit spel komen alle leeftijdgerelateerde items van mondgezondheid aan bod. Tijdens één van de bezoeken krijgen de ouders poetsinstructie en een tandenborsteltje voor hun kind. In 2007 wordt dit project geëvalueerd.

Tante Rosie

Naar aanleiding van de cijfers over tanderosie van het tandheelkundig onderzoek van de Radboud Universiteit Nijmegen hebben de TPM-ers het project 'Tante Rosie' ontwikkeld. In eerste instantie ten behoeve van het Voortgezet Onderwijs. Uit latere onderzoeken bleek ook op het Primair Onderwijs een enorme groei van de aanwezigheid van tanderosie. Er is een lespakket ontwikkeld dat ook landelijk veel aandacht krijgt en door meerdere GGD-en in het land wordt uitgezet op verschillende scholen.

Ouderen

Dit jaar wordt aandacht besteed aan de doelgroep ouderen. Deze groep, vooral in de verzorgings- en verpleeghuizen, wordt tandheelkundig sterk verwaarloosd. Zowel de tandheelkundige verzorging als de dagelijkse mondverzorging laat zwaar te wensen over. Er is een peiling gedaan bij vijftig instellingen naar de behoefte aan bijscholing op het gebied van mondverzorging bij deze doelgroep. De TPM-ers gaan in samenwerking met de Vereniging voor Verpleeghuisartsen en TNO een protocol verspreiden en een bijscholing op het

TPM-projecten

De afgelopen jaren hebben TPM-ers de volgende voorlichtingsprojecten opgezet:

Consultatiebureaus

In het kader van de TGVO is een project uitgezet op alle consultatiebureau's in Den Haag. Er is een protocol ontwikkeld, aan de hand waarvan tijdens het bezoek aan het consultatiebureau aandacht wordt besteed aan de mondgezondheid van het kind. Hierbij is een spel

Over de auteurs:

Eveline de Jong en Anita Kootwijk werken als Tandheelkundig Preventief Medewerker bij de afdeling Gezondheidsbevordering van de GGD Den Haag.

gebied van mondverzorging bij ouderen organiseren voor het verpleegkundig personeel.

Migranten

Voor ouders die de Nederlandse taal moeten leren worden workshops georganiseerd. Tijdens een Nederlandse les wordt informatie gegeven over mondgezondheid en aansluitend hierop worden er traktaties gemaakt. Hierdoor ontstaat een ongedwongen sfeer waardoor de ouders zich vrij voelen om allerlei problemen aan de orde te stellen.

Bijzondere materialen:

Om de voorlichtingen zo aantrekkelijk mogelijk te maken en de boodschap zo leuk mogelijk over te brengen, maken de TPM-ers gebruik van allerlei bijzondere hulpmiddelen, zoals grote poetsbeesten, waarmee de kinderen spelenderwijs leren hoe ze de tanden moeten poetsen. Verder zijn er praatplaten, een tandartsstoeltje en materialen die de tandarts gebruikt en draagt, een doorsnede van een kies, een groot poetsmodel enz. Dit alles om de kinderen visueel duidelijk te maken waar het om gaat. Heel succesvol tijdens een voorlichting is het altijd als de leerlingen zelf aan de slag kunnen. Voor het project 'Tante Rosie' is een lespakket ontwikkeld, waarbij de leerlingen proefjes mogen doen om de PH-waarde van de verschillende drankjes te bepalen.

Bij festivals zijn de TPM-ers duidelijk aanwezig. Uitgedost met een roze pruik, stellen ze de bezoekers vragen over hun poetsgedrag.

Bij bijna alle projecten die ontwikkeld zijn door de TPM-ers hoort een poster, die verspreid wordt door heel Den Haag onder bibliotheken, consultatiebureau's, scholen voor primair en voortgezet onderwijs, kinderdagverblijven en peuterspeelzalen, het Mondriaan college enz.

De posters zijn:

- Met 2 jaar naar de tandarts
- Spoel ze sterk, veel effect, weinig werk
- 7 eetmomenten per dag
- Poets ze sterk
- Tante Rosie

Twee van deze posters zijn bij wijze van illustratie afgedrukt bij het voorgaande artikel.

Literatuur:

1. Truin GJ, Rijkom HM van, Mulder J, Kootwijk AJ, Jong E de. Veranderingen in de prevalentie van tandcariës en erosieve gebitsslijtage bij de Haagse Jeugd. Goed en slecht nieuws. Epidemiol Bul Grav 2003, 38 nr 4: 2-11.

Het toenemend signaleren van geweld binnenshuis

Al een aantal jaren neemt de aandacht van de politiek voor gewelddadig gedrag in de huiselijke sfeer toe. Doordat het zich afspeelt achter de voordeur, heeft de buitenwereld er aanvankelijk – soms jarenlang – geen weet van. Vanaf 1 januari 2004 hebben de gemeenten de regie bij de aanpak van huiselijk geweld. In verschillende gemeenten zijn Advies- en Steunpunten Huiselijk Geweld (ASHG's) opgericht, in november 2004 in Den Haag. Bij dit ASHG kunnen mensen uit Den Haag of omliggende gemeenten terecht, die een vermoeden hebben of op de hoogte zijn van het voorkomen van huiselijk geweld, die daar zelf het slachtoffer van zijn, of die uitsluitend informatie willen inwinnen. De medewerkers van het ASHG zoeken naar oplossingen en verwijzen eventueel naar andere instanties. De contacten verlopen in 99% van de gevallen telefonisch. Bellen naar een ASHG kan anoniem. De medewerkers van de ASHG's hebben geheimhoudingsplicht en mogen zonder toestemming van de beller geen informatie aan anderen geven.

Het ASHG in Den Haag is dag en nacht bereikbaar op telefoonnummer **0900-0443322**.

Bij het Haagse ASHG kunnen ook specifiek gevallen van ouderenmishandeling worden gemeld, op hetzelfde telefoonnummer (**0900-0443322**). Er werkt een coördinator ouderenmishandeling, die overdag bereikbaar is voor advies, informatie, het op gang brengen van hulp, etc.

Speciaal voor het melden van (vermoedens van) kindermishandeling zijn de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK's) opgericht. De AMK's bestaan al sinds 1998 en zijn een voortzetting van de Bureaus Vertrouwensarts. Het AMK in Den Haag is bereikbaar op telefoonnummer **0900-1231230**. Ook hier kan iedereen die weet heeft van of een vermoeden heeft van een geval van kindermishandeling, daar melding van maken of bellen voor advies. Ook hier geldt geheimhouding en bestaat in principe de mogelijkheid anoniem te blijven.

Behalve informeren, adviseren en hulp op gang brengen, doen de drie meldpunten aan registratie van de telefoontjes en meldingen die zij binnenkrijgen. De drie volgende artikelen gaan over de genoemde advies/meld/steunpunten: over de meldingen die vanaf 2001 binnenkomen bij het AMK in Den Haag. Waar gaan ze over, wie zijn de melders, wat wordt ermee gedaan? Twee medewerkers van het AMK in Den Haag geven aan uit welke beroepsgroepen zij nog meer meldingen verwachten en wat de barrières kunnen zijn voor het melden van kindermishandeling. Verder een verslag van twee jaar ervaring met het ASHG Den Haag, een uiteenzetting van de verschillende vormen waarin ouderenmishandeling voorkomt en hoe het meldpunt in Den Haag te werk gaat bij deze vorm van huiselijk geweld.

Oog voor kindermishandeling, meldingen bij het AMK

W.G.H. van Rijssel

Volgens recent onderzoek waren in 2005 in Nederland 107.200 kinderen slachtoffer van mishandeling (1): fysieke mishandeling, geestelijke mishandeling, emotionele of materiële verwaarlozing of seksueel misbruik door hun ouders of verzorgers. Landelijk wordt inmiddels zo'n 38.000 keer in een jaar contact opgenomen met het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) vanwege een vermoeden van kindermishandeling. Dit aantal is de afgelopen jaren flink gestegen. Het AMK geeft advies of stelt een onderzoek in en brengt, afhankelijk van de uitkomst, de hulpverlening voor het gezin op gang (zie kader 1).

In onderstaand artikel gaan we in op de meldingen die binnenkomen bij het AMK Haaglanden en wat daarmee wordt gedaan. Vervolgens staan we stil bij waar de meldingen vandaan komen. Regiomanager Paul Baeten en teamleider Dorine Wynants van het AMK Haaglanden buigen zich over het relatief geringe aantal meldingen uit bepaalde beroepsgroepen.

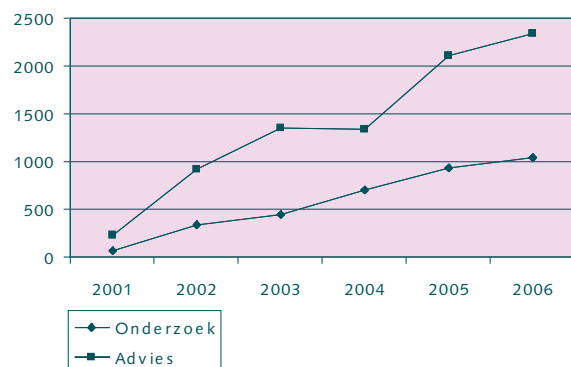
Meldingen in regio Haaglanden Bij een vermoeden van kindermishandeling wordt steeds vaker voor een advies of een nader onderzoek een beroep gedaan op het AMK. Tussen 2002 en 2005 is het aantal mensen dat contact opnam met een AMK in Nederland gestegen met 50% (van circa 25.000 naar circa 38.000 gevallen). Tot de leeftijd van 14 jaar verschilt het aantal onderzoeken naar kindermishandeling per levensjaar niet veel. Kinderen in de leeftijd van 14 tot 18 jaar worden duidelijk minder gemeld. De onderzoeken naar kindermishandeling betreffen vrijwel evenveel jongens als meisjes.

Meestal komt de melding van iemand uit de privé-omgeving van het kind of via de politie, zo ook bij het AMK in Den Haag (onderdeel van Bureau Jeugdzorg Haaglanden). In de regio Haaglanden nam in deze periode in 25% van de gevallen iemand uit de privésfeer contact op met het AMK en in 45% de politie (tabel 1). De aard van de mishandeling, zoals dit voor heel Nederland in 2005 door de AMK's is geregistreerd, betreft vooral affectieve verwaarlozing (42%), op enige afstand en al dan niet in combinatie gevolgd door het getuige zijn van geweld in het gezin (28%), lichamelijke verwaarlozing (22%), psychisch geweld (22%) en lichamelijke mishandeling (21%). Eveneens op basis van landelijke cijfers is vastgesteld dat het kind of de kinderen in ruim een derde van de gevallen opgroeien in éénoudergezinnen. Dat is boven het Nederlandse gemiddelde van 15%

éénoudergezinnen. Andere risicofactoren zijn: laag opgeleide ouders, werkloosheid van beide ouders, een allochtone achtergrond -alleen als de ouders laag opgeleid zijn-, en grotere gezinnen (meer dan drie kinderen).

Figuur 1

Aantal adviezen en onderzoeken vanwege een vermoeden van kindermishandeling. Advies en Meldpunt Kindermishandeling. Haaglanden 2001-2006.



In figuur 1 staan voor de jaren 2001 tot en met 2006 de aantallen adviezen en onderzoeken weergegeven die het AMK in Den Haag in behandeling kreeg voor de jongeren in regio Haaglanden. Het aantal meldingen (adviezen en onderzoeken samen) in 2006 in Haaglanden betreft 8% van het aantal meldingen in

Over de auteur:

Wiky van Rijssel is redactiesecretaris en eindredacteur van het Epidemiologisch Bulletin.

Nederland. Op grond van het aantal inwoners van Den Haag stemt dit goed overeen met het aantal landelijke meldingen. Er worden beduidend meer adviezen gegeven dan onderzoeken uitgevoerd. Beide vormen van bemoeienis laten een forse stijging zien.

Tabel 1

Melders¹ van een vermoeden van kindermishandeling, waarna een onderzoek volgde. Haaglanden 2006.

Iemand die kind en/of ouders uit privé-omgeving kent	214	25%
Iemand die kind en/of ouders beroepshalve kent	630	75%
Politie	380	45%
Ziekenhuis	58	6,9%
Bureau Jeugdzorg	48	5,7%
Onderwijs	24	2,8%
GGZ-jeugd	19	2,2%
GGD	19	2,2%
Algemeen maatschappelijk werk	18	2,1%
MEE*	17	2,0%
Consultatiebureau	16	1,9%
GGD volwassenen	13	1,5%
Huisarts	10	1,2%
Leerplichtambtenaar	8	0,9%
Totaal	844	100%

¹ Bij 19% was de melder niet geregistreerd

* Hulp aan mensen met een geestelijke beperking

Degenen die de kindermishandeling melden bij het AMK komen uit de kring van privé bekenden rondom het gezin -familieleden, burenen- en vooral uit het circuit van mensen die beroepshalve met het gezin te maken hebben, zoals medewerkers van de politie, het ziekenhuis en Bureau Jeugdzorg (tabel 1). Relatief weinig meldingen krijgt het AMK in Den Haag tot nu toe van huisartsen, jeugdartsen en mensen uit het onderwijs.

Een onderzoek duurt gemiddeld twee maanden. In 2006 was in Haaglanden geen sprake meer van een wachtlijst. Na afronding van het onderzoek wordt één op de vier jongeren verwezen naar Bureau Jeugdzorg. Bij 18% wordt contact opgenomen met onderwijsinstanties, eveneens bij 18% wordt de Raad van Kinderbescherming ingeschakeld (tabel 2).

Tabel 2

Instantie(s) waarnaar is verwezen na een onderzoek bij een vermoeden van kindermishandeling. Haaglanden 2006.

Instantie	Aantal	%
Bureau Jeugdzorg	235	22.6
Onderwijsvoorzieningen	191	18.3
Raad voor de Kinderbescherming	190	18.3
Algemeen Maatsch Werk	98	9.4
Huisarts	90	8.6
Consultatiebureau	78	7.5
GGZ-jeugd	78	7.5
Psychiatrisch ziekenhuis	60	5.8
GGZ-volwassenen	48	4.6
GGD	29	2.8
MEE	23	2.2
Verslavingszorg	17	1.6
Politie	13	1.2

‘Je moet er als het ware in geloven, wil je het kunnen zien’

Twee medewerkers van het AMK Haaglanden, regiomanager Paul Baeten en teamleider Dorine Wynants, over de meldingen en mogelijk belemmerende factoren om te melden.

- Eigenlijk zou je verwachten dat juist huisartsen, die de gevolgen van mishandeling onder ogen krijgen, en leerkrachten, die het kind iedere dag zien, degenen zijn die het AMK bellen...

De mogelijkheden van huisartsen om mishandeling te signaleren worden erg overschat: ouders komen met allerlei klachten bij de huisarts, het kind heeft last van buikpijn of vertoont gedragsproblemen, zonder dat geweld ook maar enigszins ter sprake komt. Betrokkenen hebben de neiging te verbergen wat er is gebeurd, ook het kind probeert meestal het te verhullen. De huisarts is arts van het hele gezin, waardoor nogal eens een neutrale blik naar het gezin toe ontbreekt. Dan ligt het vermoeden dat geweld een rol speelt niet zo voor de hand. De huisarts ziet het kind doorgaans ook niet vaak. Vergeleken met de leerkrachten op school bijvoorbeeld, krijgen zij het kind maar weinig te zien, veelal te weinig om een gedragsverandering bij het kind te signaleren.

Daar komt bij dat veel kwetsuren vanzelf genezen, ouders gaan pas na verloop van tijd met hun kind naar de huisarts. Of ze mijden de huisarts en gaan met een verwonding naar de Spoedeisende Hulp afdeling van het ziekenhuis. SEH-artsen bellen trouwens wel vaker het AMK over kindermishandeling. Zij worden vaak directer geconfronteerd met de gevolgen van mishandeling en verwaarlozing en melden dat ook vaker.

In Den Haag komen relatief weinig meldingen vanuit het onderwijs: 2,8% van degenen die melden. Landelijk ligt dit hoger, namelijk 7,8%. Het kan te maken hebben met het feit dat het onderwijs hier zijn eigen zorgnetwerken heeft. Den Haag loopt namelijk voorop met de ontwikkeling van netwerken rond het onderwijs. Leerkrachten kunnen in die netwerken overleggen met jeugdartsen, Bureau Jeugdzorg en andere hulpverleners over problemen die zich bij kinderen voordoen. Op die manier kan er veel vroegtijdig worden gesignaleerd en opgepakt. Het AMK komt in beeld in die gevallen waarin echt onderzoek nodig is en zeker ook wanneer de ouders niet openstaan voor bemoeienis van buitenaf.

- *Vindt u dat professionals over het algemeen meer moeten melden dan ze nu doen? En waardoor worden ze dan eventueel belemmerd?*

Er zou inderdaad meer gemeld kunnen worden. Dat geldt voor alle beroepsgroepen. Ongeloof overheerst nog vaak. Men is niet gespitst op de mogelijkheid dat er sprake kan zijn van mishandeling. Je moet er als het ware in geloven, wil je het kunnen zien. Bij kinderen die regelmatig te laat op school komen, er slecht uitzien, slecht slapen, blauwe plekken hebben ('gevallen') of angstig en teruggetrokken zijn denkt men niet in eerste instantie aan mishandeling.

'Soms mijden ouders de huisarts en gaan met een verwonding van hun kind meteen naar de afdeling Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis. De artsen daar bellen vaker het AMK over kindermishandeling'

Het is moeilijk te herkennen, dat is de voornaamste belemmering. Pas als de beroepskracht alerter wordt op de mogelijkheid dat er geweld in het spel zou kunnen zijn en de signalen daarvan opmerkt, kan hij doorvragen hoe een bepaalde verwonding tot stand is gekomen. Eigenlijk moet men – de huisarts, de leerkracht, de maatschappelijk werker – bij de geringste

Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK)

In Nederland fungeren 16 AMK's. Ze maken deel uit van de bureaus Jeugdzorg en hebben een geheel eigen taak, te weten het behandelen van meldingen en adviesvragen rond kindermishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik.

Voor *advies* kan men overleggen met de maatschappelijk werker of de vertrouwensarts van het AMK. Zij kunnen helpen de situatie in te schatten, adviseren hoe men z'n vermoeden met de ouders kan bespreken, of hoe men anderszins kan helpen. Zo'n adviesgesprek kan volkomen anoniem worden gevoerd, het AMK onderneemt dan zelf geen actie. Men kan ook een *melding* doen van een vermoeden van kindermishandeling. In dat geval stelt het AMK een onderzoek in naar de gezinssituatie. Dat betekent dat het AMK met de ouders praat, – afhankelijk van de leeftijd – ook met het kind, en met anderen die het kind beroepshalve kennen, zoals de leerkracht, schoolarts, huisarts of verpleegkundige van het consultatiebureau (het AMK praat voor zo'n onderzoek niet met familie of bureaus).

Blijkt het kind inderdaad in de problemen te zitten dan organiseert het AMK alle hulp die nodig is om de situatie voor het kind te verbeteren.

Wanneer er niet voldoende hulp kan worden ingeschakeld om het kind te beschermen, of als de ouders niet bereid zijn om hulp te accepteren, kan het AMK de Raad voor de Kinderbescherming inschakelen. Eventueel doet het AMK aangifte bij de politie.

Bij een melding moet het AMK kunnen beschikken over de naam, functie en het adres van de melder en over die van het kind. Het AMK wil naar de ouders zo open mogelijk met meldingen omgaan, omdat men hun medewerking nodig heeft.

Maar soms is dat niet verstandig. Privé personen hebben daarom een wettelijk recht om *anoniem* te blijven.

Mensen die vanuit hun beroep met het gezin te maken hebben kunnen anoniem blijven wanneer het bekendmaken van hun naam een bedreiging kan vormen voor het kind, voor de melder of voor de vertrouwensrelatie met het gezin.

Beroepskrachten met een *beroepsgeheim* hebben het recht dit geheim te doorbreken wanneer zij een vermoeden van kindermishandeling willen melden bij het AMK. Hiervoor hebben zij geen toestemming nodig van ouders of kind.

Telefoonnummer AMK: 0900-123 1230

Meer informatie op: www.amk_nederland.nl

twijfel een collega raadplegen over zijn vermoeden, en uiteindelijk ook het AMK. Professionals die alleen werken moeten bij een vermoeden van kindermishandeling meteen het AMK bellen. Dan kan men met de vertrouwensarts overleggen over de inschatting van de situatie. En vaak gaat het AMK dan actief op zoek naar wat er aan de hand is.

Bij een vermoeden hoeft de beroepskracht niet de namen van de betrokken mensen te noemen, wel zijn eigen naam en werkadres (zie onderstaand kader). Blijkt er na overleg aanleiding tot verder onderzoek, dan moet het AMK uiteraard wel weten om welk gezin het gaat.

- *Is het inschakelen van een instantie als het AMK niet strijdig met het beroepsgeheim van de arts? Hij heeft toch een zwijgplicht?*

De arts heeft een beroepsgeheim, maar dat mag hij doorbreken als het noodzakelijk is om de kindermishandeling te laten stoppen of om te laten onderzoeken of er inderdaad sprake van is. Veel artsen zijn daar niet van op de hoogte. Daarom heeft de KNMG over dit dilemma – melden of niet in verband met het beroepsgeheim – in 2002 de *'Meldcode voor medici inzake kindermishandeling'* uitgegeven, die aan alle artsen – huisartsen, specialisten, instellingsartsen – is toegestuurd.

Meldcode voor medici inzake kindermishandeling

De meldcode bevat de stappen die een arts moet overwegen in geval van een vermoeden van kindermishandeling.

De arts moet in eerste instantie zijn vermoeden zo goed mogelijk verifiëren. In geval van twijfel dient hij een ter zake kundige collega te raadplegen, op grond van geanonimiseerde gegevens. Blijkt de twijfel gegrond dan kan de arts advies inwinnen bij het AMK, eveneens met geanonimiseerde gegevens, wel met vermelding van zijn eigen naam en werkadres. Zo kan de arts overleggen over zijn vermoeden en over wat te doen.

De arts kan bij een gegrond vermoeden ook melding doen bij het AMK. Indien mogelijk vraagt hij toestemming aan het kind en/of de ouders voor het verstrekken van gegevens aan het AMK. Maar: *melden kan ook zonder deze toestemming*. De arts schendt dan zijn beroepsgeheim. Dat mag als het noodzakelijk is om de kindermishandeling te laten stoppen, of om een redelijk vermoeden daarvan te laten onderzoeken. Of er sprake is van zo'n situatie beoordeelt de arts aan de hand van zes criteria:

De Meldcode bevat richtlijnen voor artsen voor het omgaan met een vermoeden van kindermishandeling, in het bijzonder wanneer men zijn geheimhoudingsplicht opzij mag zetten en een melding kan doen bij het AMK. (zie kader 2)

Helaas is de code zonder specifieke instructie of begeleiding toegestuurd, waardoor het nog maar de vraag is hoeveel artsen op dit moment de code raadplegen. Terwijl de code beslist houvast biedt. Overigens zijn de richtlijnen uit de Meldcode niet vrijblijvend: blijkt op een gegeven moment dat de arts ten onrechte verzuimd heeft stappen te ondernemen naar aanleiding van een situatie van mishandeling, dan kan een tuchtrechtprocedure volgen.

- *Het beroepsgeheim beschermt de patiënt, maar in zekere zin ook de arts. Hoe zit het met de anonimiteit? Komt het gezin te weten dat de arts of een andere beroepskracht degene is die de kindermishandeling bij het AMK heeft gemeld?*

Het AMK streeft naar een zo groot mogelijke openheid naar het betreffende gezin, omdat dat de beste condities schept voor hulpverlening, we moeten voorkomen dat het gezin zich afsluit van de buitenwereld. Maar de wet geeft wel degelijk de mogelijkheid aan de melder om anoniem te blijven. Niet naar het AMK, maar wel naar het gezin toe.

1. Het is niet mogelijk toestemming te krijgen.
2. Handhaving van het beroepsgeheim brengt de arts in gewetensnood.
3. Handhaving beroepsgeheim kan voor het kind verdere ernstige schade opleveren.
4. Doorbreken beroepsgeheim kan verdere ernstige schade voor het kind voorkomen.
5. Het geheim wordt zo min mogelijk geschonden.
6. De arts ziet geen andere weg dan doorbreken van het beroepsgeheim.

De arts kan bij melding ook anoniem blijven, dan zorgt het AMK ervoor dat aan anderen geen informatie wordt verstrekt die kan leiden tot herkenning van de betreffende arts.

Een arts die werkt in een stelling en heeft gemerkt dat iemand die bij die instelling werkt zich mogelijk schuldig maakt of heeft gemaakt aan kindermishandeling, dient onmiddellijk het bestuur van de instelling op de hoogte te stellen.

Meer informatie via e-mail: arsteninfo@fed.knmg.nl en op www.knmg.nl en www.artsennet.nl.

Mensen uit de privé kring kunnen so wie so anoniem blijven. Mensen die het AMK vanuit hun beroepsmatige betrokkenheid benaderen, of die door het AMK worden benaderd voor aanvullende informatie, kunnen anoniem blijven wanneer het bekendmaken van hun identiteit een bedreiging vormt voor het kind of voor de melder, of wanneer daardoor de vertrouwensrelatie van de melder met het gezin wordt verstoord. In dat geval krijgt het gezin het dossier niet te zien, of wordt alles dat tot de identiteit van de melder kan leiden, uit het dossier verwijderd.

Overigens hebben we het steeds over 'melders', voor hen geldt het bovenstaande.

'Er zou inderdaad meer kunnen worden gemeld. Dat geldt voor alle beroepsgroepen. Ongeloof overheerst nog vaak. Men is niet gespist op de mogelijkheid dat er sprake kan zijn van mishandeling'

Maar mensen kunnen ook het AMK bellen met het vermoeden dat een kind wordt mishandeld, verwaarloosd of misbruikt, en advies vragen over wat ze zelf het beste kunnen doen: in 70% van alle telefoontjes kunnen de bellers het probleem zelf oplossen, met een deskundig advies van het AMK. In geval van adviesvragen blijft de beller altijd anoniem ten opzichte van het gezin. Het AMK neemt naar aanleiding van een advies geen contact op met het gezin en registreert uitsluitend de gegevens van de adviesvrager, niet van het kind of gezin.

- *Wat voor middelen heeft u om ervoor te zorgen dat beroepskrachten kindermishandeling eerder gaan herkennen en ook melden?*

Meer kennis van en training in het signaleren van kindermishandeling zijn heel belangrijk. Dat zien we bij beroepsgroepen als ziekenhuismedewerkers, medewerkers van Jeugdzorg of de politie. Die hebben zo'n training gehad en doen ook veel vaker melding bij het AMK. SEH-medewerkers zijn speciaal getraind in het hanteren van een signaleringsprotocol. Het AMK Haaglanden werkt samen met JSO (Jeugd en Samenlevingsopbouw) uit Gouda, die voorlichting geeft aan beroepsgroepen. Zo geeft JSO dit jaar voorlichting over het herkennen en melden van kindermishandeling aan de kraamzorg. In de kraamperiode komen vaak de kwetsbaarheid en de draagkracht van een gezin tot uiting, de kraamverpleegkundige die er kennis van heeft kan beter

letten op eventuele signalen die duiden op kindermishandeling. Het AMK vertelt op die bijeenkomsten over onze ervaringen en hoe men van het AMK gebruik kan maken. Ook Bureau Jeugdzorg heeft vorig jaar een voorlichtingsproject voor huisartsen georganiseerd met veel aandacht voor kindermishandeling en het AMK. En de districts-huisartsenverenigingen besteden er aandacht aan, met thema-avonden en op congressen.

'De wet geeft wel degelijk de mogelijkheid aan de melder om anoniem te blijven. Niet naar het AMK, maar wel naar het gezin toe'

Het aantal telefoontjes naar het AMK neemt ieder jaar toe, vooral die van beroepsmensen. Je kunt zeggen dat de tolerantie in de maatschappij ten opzichte van kindermishandeling aan het afnemen is. Die houding van 'ik bemoei me niet met de burens, iedereen moet het zelf maar uitzoeken' is aan het veranderen in verontwaardiging en ongerustheid. Dat heeft o.a. te maken met een aantal gruwelijke incidenten die in de publiciteit zijn geweest en toch ook met een toenemende bekendheid van het AMK. Steeds meer beroepskrachten kennen het AMK, nou moeten ze er nog vaker toe komen ons in te schakelen.

Casus 1

Een kinderarts belt het (AMK) dat er in het ziekenhuis een baby van 6 weken is op genomen die uitgedroogd en ondervoed is en waarvan de moeder ernstig in de war is. Moeder vertelt dat zij bevallen is met een keizersnede en dat ze daarom nog in haar buik kan kijken of de baby er nog is. Zij wist voor de bevalling niet dat zij zwanger was en is wel eens bij de GGZ geweest met een concentratiestoornis, zoals zij zelf zegt. Zij is bevallen in een ziekenhuis en een tante heeft zich daarna over haar ontfermd. Moeder heeft verder geen sociaal netwerk, zelf is ze geadopteerd. Met hulp van het maatschappelijk werk van het ziekenhuis is ter ondersteuning gespecialiseerde gezinszorg ingezet. Tegelijkertijd is moeder voor schuldsanering aangemeld bij het Algemeen Maatschappelijk werk. De eerste weken was moeder blij met alle aanloop en hulp, maar nu heeft zij genoeg van al die bemoeials en doet ze na het weekend de deur niet meer voor ze open. Met veel overreden lukt het de hulpverlening om binnen te komen. Het kindje drinkt niet goed en lijkt uitgedroogd, de hulpverleenster wil samen met

moeder naar de huisarts. Moeder vindt dit onzin want het kindje slaapt juist zo lekker. Uiteindelijk krijgt de hulpverleenster van moeder toestemming om met het kindje naar de huisarts te gaan. Deze stuurt haar meteen door naar het ziekenhuis, waar de baby wordt opgenomen. Vanuit het ziekenhuis wordt moeder gebeld. Zij komt naar het ziekenhuis. Hier komt moeder zeer welbespraakt maar wel ernstig verward over. Dezelfde dag praten een vertrouwensarts en een maatschappelijk werker met moeder. Het AMK onderzoekt de sociaal-medische achtergrond van moeder en haar huidige woon- en werksituatie, om een indruk te krijgen van haar opvoedingscapaciteit en de veiligheid van haar kindje. Na meerdere gesprekken onder meer met eerdere behandelaars van moeder, wordt besloten dat moeder tezamen met de baby wordt opgenomen op een psychiatrische afdeling met als doel moeder te behandelen en de moeder-kind interactie te onderzoeken. Bij de geringste twijfel aan moeders capaciteit zal de Raad voor de Kinderbescherming worden ingeschakeld en zal het kindje in een pleeggezin worden geplaatst.

Casus 2

De kinderarts belt het AKM dat er een jongetje van 8 maanden is opgenomen met een gebroken bovenarm- en ribbreuken ten gevolge van een ongeval. De toedracht van het ongeval past volgens de chirurg niet bij de opgelopen verwondingen. Volgens het protocol van het ziekenhuis heeft hij daarom de kinderarts geconsulteerd. Dezelfde dag spreekt een vertrouwensarts van het AMK met de ouders. De ouders lijken erg geschrokken. Zij geven onafhankelijk van elkaar verschillende versies van het gebeurde. Ook degenen die aanwezig zijn wisselen. In het ene verhaal was het kindje zelf naar de trap gekropen en bij het andere hield moeder hem vast en was zij met hem van de trap gelopen en gestruikeld. Bij doorvragen of moeder ook zelf letsel had opgelopen ontstaat een snijdende spanning tussen de ouders. Vader breekt het gesprek abrupt af en wil verder geen bemoeienis met zijn gezin. Hij heeft zeer slechte ervaringen met Jeugdzorg. Na het opnieuw uitleggen van de zorg die er vanuit het ziekenhuis en het AMK is, wordt besloten om dezelfde dag ter plekke te gaan kijken hoe het voorval heeft plaatsgevonden. Gezien de heftige reactie van vader wordt bij de politie geïnformeerd in hoeverre het gezin bekend is vanwege huiselijk geweld. Er zijn alleen incidenten van burengerucht bekend. Het AMK onderzoek wijst uiteindelijk uit dat vader

moeder van de trap geduwd heeft tijdens een ruzie. Moeder durft geen aangifte te doen uit angst om nog meer klappen te krijgen. Uiteindelijk duikt moeder onder en doet het AMK aangifte.

Casus 3

De huisarts meldt een jongetje van 5 jaar in een ongezonde opvoedingssituatie. Het kind heeft een lichte vorm van astma en heeft een buitensporig hoge medische consumptie, bij de huisarts en bij de kinderarts.

Moeder is zwakbegaafd, heeft suikerziekte en taalproblemen. Zij is in behandeling bij de GGZ voor verwardheid en randpsychotisch gedrag. Vader is gewelddadig, hij is bekend bij de politie en zit momenteel in voorarrest. Volgens bureaus schopt vader het jongetje letterlijk van zich af.

De huisarts voorziet dat zijn vertrouwensrelatie met het gezin zal worden verbroken wanneer hij de melding bij het AMK met de ouders gaat bespreken. Hij kiest er daarom voor anoniem te blijven ten opzichte van het gezin.

Literatuur:

1. IJzendoorn MH van, Prinzie P, Euser EM, Groeneveld MG, Brilleslijper-Kater SN, van Noort-van der Linden AMT, Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F, Mesman J, Klein Velderman M, San Martin Beuk M, Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2005), Kindermishandeling Leiden Attachment Research Program, Leiden 2007.

Het Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld: twee jaar ervaring

P.J.M. Uitewaal

In november 2004 is het Haagse Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld (ASHG) geopend. De mate van bekendheid van het ASHG is zes maanden na de start geëvalueerd met de Haagse stadsenquête. En de eerste ervaringen met het ASHG zijn aan de hand van registratiegegevens van de hulpverleners van het ASHG in kaart gebracht (1). In 2006 zijn beide aspecten opnieuw onderzocht. Dit artikel beschrijft de resultaten en vergelijkt ze met die van 2005.

Bekendheid met het Advies- en Steunpunt Huiselijk geweld

De bekendheid van het Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld (ASHG) onder de Haagse bevolking is toegenomen van 35% in 2005 naar 45% in 2006. Er blijken hierin geen grote verschillen te zijn tussen de verschillende bevolkingsgroepen. Vrouwen en 65-plussers zijn wat vaker op de hoogte, mannen het minst vaak. Een onveranderd percentage van 9% kent iemand in zijn of haar omgeving die geconfronteerd wordt met huiselijk geweld. Antillianen en Marokkanen geven vaker aan zo iemand te kennen. Van de mensen die iemand kennen blijkt iets minder dan de helft (48%) diegene ook te adviseren het huiselijk geweld bij een instantie te melden. De politie wordt hierbij veruit het vaakst (66%) genoemd, terwijl het ASHG op een derde plaats staat met 14%. Dit laatste lijkt anderhalf jaar na de opening van het ASHG (het moment dat de stadsenquête gehouden werd) een goede prestatie. Toch zegt 42% van de ondervraagden die zelf met huiselijk geweld in hun omgeving te maken hebben gehad, nog te weinig te weten van het steunpunt. Dit gegeven én het feit dat nog steeds 55% van de Haagse bevolking onbekend is met het ASHG impliceert dat er nog steeds gewerkt moet worden aan het vergroten van de bekendheid van het ASHG binnen Den Haag.

Registratie hulpverleners

Met behulp van het in 2005 ontwikkelde en in 2006 aangepaste registratieformulier konden de telefonische contacten met het ASHG worden geanalyseerd. In de periode januari t/m december 2006 waren er 1187 telefonische contacten, een stijging van 43% ten opzichte van 2005. Het aantal telefoontjes over specifieke geweldssituaties steeg in deze periode van gemiddeld 30 per maand in 2005 naar 39 per maand in 2006.

De registratie van vervolcontacten startte pas later waardoor een goede vergelijking met dezelfde periode in 2005 niet helemaal mogelijk is. Over de periode waarin dit wel geregistreerd werd, viel echter geen trend van toename of afname te ontdekken. Net als in 2005 werd in 2006 het vaakst gebeld over partnergeweld. Mensen met een niet-Nederlandse culturele achtergrond (met uitzondering van Antillianen) en vooral Marokkanen bellen vaker naar het ASHG dan de autochtone Nederlanders. Dat Marokkanen vaker bellen komt overeen met de resultaten van de stadsenquête waarin Marokkanen vaker dan de autochtone populatie aangeven iemand in hun omgeving te kennen die geconfronteerd wordt met huiselijk geweld. Naar aanleiding van de 397 contacten over specifieke geweldssituaties zijn 100 cliënten door een medewerkster van het ASHG verwezen naar een andere instantie en legden 64 cliënten zelf contact met een andere instantie. In 2006 werd het vaakst verwezen naar het algemeen maatschappelijk werk. In ten minste 48% van de gevallen maakten kinderen deel uit van de woonsituatie waarin huiselijk geweld voorkwam (bij 10% was deze vraag niet beantwoord, dus mogelijk is dit percentage ruim 50%). In de gezinnen waar kinderen betrokken waren bij het huiselijk geweld woonden gemiddeld 1,2 kind. Van de betrokken kinderen was 42% jonger dan zes jaar. Ondanks de frequente aanwezigheid van kinderen bij geweldssituaties werd er in 2006 minder vaak dan in 2005 verwezen naar jeugdzorg of het AMK (8% versus 17%). Een aantal van de betrokken kinderen bleek al bekend bij de hulpverlening en soms werd verwezen naar een andere instantie, zoals de kindertelefoon of een vertrouwenspersoon van school. Bij de helft van de kinderen was het onduidelijk of zij al hulpverlening hebben of hebben gekregen.

Over de auteur:

dr. P.J.M. Uitewaal, huisarts en wetenschappelijk onderzoeker afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs en Cultuur.

Samengevat

De bekendheid van het ASHG is sinds 2005 met 10% toegenomen naar 45%. Er zijn nog meer publiciteitsacties nodig om de bekendheid verder te vergroten. Tussen 2005 en 2006 is er een toename van het aantal telefoontjes over specifieke geweldssituaties van gemiddeld 30 naar 39 per maand. Allochtonen en in het bijzonder Marokkanen, bellen relatief vaker naar het ASHG dan autochtone Nederlanders. Dat groeperen allochtonen meer melden hoeft niet te betekenen dat onder hen ook meer huiselijk geweld voorkomt. Mogelijk melden Nederlanders huiselijk geweld eerder bij andere instanties, of melden zij inderdaad minder vaak huiselijk geweld. De in dit artikel gepresenteerde gegevens hebben voornamelijk betrekking op de bekendheid van het ASHG. Ruim 40% van de cliënten die bellen over een speci-

fieke geweldsituatie wordt verwezen naar een andere instantie. Ondanks dat kinderen frequent aanwezig zijn bij geweldsituaties wordt slechts in beperkt aantal verwezen naar de jeugdzorg of het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (zie elders in dit nummer). De komende evaluatie zal hier nadrukkelijker aandacht aan besteden.

Literatuur:

1. Uitewaal PJM. Het Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld: eerste ervaringen. Epidemiologisch Bulletin 2006; 41 nr. 1: 30-4.

Ouderenmishandeling, lange tijd een onderschat fenomeen

H.E. Meijer

Veel van wat zich bij ouderen achter de voordeur afspeelt blijft verborgen en als het wordt ontdekt is er veelal ongelof en ontkenning. Toch blijkt uit onderzoek dat circa één op de twintig mensen van 55 jaar en ouder te maken heeft met ouderenmishandeling, bijvoorbeeld met fysiek geweld, chronische verbale agressie of financiële uitbuiting (1). Wanneer is er sprake van ouderenmishandeling, wat moet je doen als je weet of vermoedt dat een oudere wordt mishandeld en wat kan er dan worden gedaan om de mishandeling te laten ophouden?

Wat is ouderenmishandeling?

Het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv) hanteert de volgende definitie van ouderenmishandeling:

Onder mishandeling van een ouder persoon (iemand vanaf 55 jaar) wordt verstaan al het handelen of het nalaten van handelen van al degenen die in een persoonlijke en/of professionele relatie met de oudere staan, waardoor de oudere persoon (herhaaldelijk) lichamelijke en/of psychische en/of materiële schade lijdt, dan wel vermoedelijk zal lijden en waarbij van de kant van de oudere sprake is van een vorm van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid (1).

Ongeveer een derde van de mantelverzorgers van demente ouderen maakt zich schuldig aan een vorm van ouderenmishandeling (2). Ouderen worden bij achteruitgang van hun lichamelijk en/of geestelijk functioneren voor hulp en verzorging steeds afhankelijker van anderen. Die hulpbehoevendheid kan leiden tot mishandeling. Dat kunnen professionele verzorgers teweegbrengen of familieleden of vrienden (mantelzorgers). Soms is er sprake van bewuste systematische mishandeling, soms ook van ontspoorde zorg, uit onmacht, onwetendheid of onkunde. De noodzakelijke zorg voor de oudere is dan te veelomvattend, te veeleisend en overschrijdt de mogelijkheden en draaglast van de verzorgende. Daarbij hoeft niet eens sprake te zijn van opzet. Een situatie kan langzaam veranderen van goede zorg naar ontspoorde zorg, van goed naar kwaad tot erger (3). Volgens het Landelijk Platform Bestrijding Ouderenmishandeling is het echter van belang om ook bij ontspoorde zorg te spreken van 'mishandeling'

omdat juist de invoelbaarheid een oplossing – bijvoorbeeld meer professionele (intramurale) zorg – te gemakkelijk in de weg kan staan. Het probleem mag niet worden ontkend of gebagatelliseerd: al is het soms nog zo invoelbaar, het is en blijft ontoelaatbaar.

Ouderenmishandeling komt voor in alle lagen van de bevolking en kan zich overal afspelen: thuis, in verzorgingshuizen en verpleeghuizen. De verwachting is dat door de vergrijzing van de bevolking en het tot op hoge leeftijd thuis blijven wonen van ouderen met een groot beroep op mantelzorg, ouderenmishandeling eerder toe dan af zal nemen. Zelf zijn ouderen vaak niet in staat om iets te doen tegen hun mishandeling, zeker niet als ze dementerend, depressief of in de war zijn. Ook bij geestelijk gezonde ouderen zullen afhankelijkheid, schaamte en angst hen er vaak van weerhouden melding te doen van mishandeling. Als de dader een familielid is, komt daar nog een loyaliteitsprobleem bij. Ouderenmishandeling is, in tegenstelling tot kindermishandeling, lange tijd een onderschat fenomeen geweest. Vanwege de andere zorgafhankelijkheid vraagt het ook om een aparte behandeling.

De volgende vormen van ouderenmishandeling worden onderscheiden:

1. lichamelijke mishandeling (slaan, schoppen, vastbinden aan stoel of bed, drogeren)
2. psychische mishandeling (beledigen, bedreigen, treiteren, intimideren, vernederen, vals beschuldigen)

Over de auteur:

Helene Meijer is coördinator ouderenmishandeling bij het Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld, Den Haag.

3. verwaarlozing (onthouden van lichamelijke en/of medische zorg, negeren behoeften van geestelijke ondersteuning/behoefte aan aandacht)
4. uitbuiting (afpersen, ontvreemden van geld of goederen, financieel kort houden, misbruik van goedgelovigheid, valse beloftes)
5. seksueel misbruik (aanranding, verkrachting, ongewenst confronteren met pornografisch materiaal)
6. schending van rechten (geen vrijheid, geen privacy, zelfbeschikking wordt ingeperkt, geen bezoek, geen telefoon)

Ouderenmishandeling in Den Haag

Den Haag heeft sinds enige jaren een stedelijk meldpunt waar (vermoedens van) ouderenmishandeling gemeld kunnen worden. Sinds 2004 is dit meldpunt ingebed in de grotere structuur van huiselijk geweld: het Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld (ASHG, zie elders in dit nummer). Het ASHG heeft een publiekstoegankelijk telefoonnummer (0900-0443322) waar een coördinator ouderenmishandeling overdag bereikbaar is.

De coördinator ouderenmishandeling heeft de volgende taken:

- registratie van meldingen
- consultatie/advisering hulpverlener(s) en/of burgers
- case-coördinatie; zorgen voor samenhangende hulp, controleren van de voortgang tot afhandeling van de melding
- eventueel zelf hulp bieden
- evaluatie van de geboden hulp
- voorlichting en deskundigheidsbevordering van hulpverleners en burgers (ouderen zelf, burens enz.)
- signalering van hiaten in de aanpak van ouderenmishandeling

Met de melder wordt een probleeminventarisatie en een stappenplan opgesteld. Er wordt onderzocht of er inderdaad sprake is van ouderenmishandeling, om welke soort mishandeling het gaat, wie de dader is, waarom er mishandeling plaatsvindt, welke hulpverleners er al bij betrokken zijn en wie de meest geschikte persoon zou zijn om de situatie bespreekbaar te maken en te interveniëren. Indien er geen hulpverleners aan huis komen, kan de coördinator zelf een huisbezoek afleggen om een inschatting van de situatie te maken. Bij het vinden van een oplossing en tegengaan van escalatie wordt veel samengewerkt met huisartsen, thuiszorg-medewerkers, maatschappelijk werkers, ouderenadviseurs, ggz-professionals en wijkagenten.

Cijfers over 2006 in Den Haag

In 2006 zijn er 62 gevallen van ouderenmishandeling gemeld. Het betrof 50 meldingen en 12 adviesvragen. Het verschil tussen een melding en een adviesvraag is dat er bij een melding bekend is om wie het gaat en er een verzoek tot interventie ligt. Bij een adviesvraag beperkt de bemoeienis van de coördinator zich tot het uitbrengen van een advies en blijft onbekend wie het slachtoffer is. De aard van de interventie bij een melding loopt uiteen van advies geven en coördineren van de hulp, tot huisbezoeken of casusbesprekingen met organisaties.

Van de 62 gevallen van ouderenmishandeling, was geestelijke mishandeling (20 keer) de meest voorkomende vorm van geweld, gevolgd door lichamelijke mishandeling (16 keer) en financiële uitbuiting (15 keer). De pleger was in verreweg de meeste gevallen een zoon of dochter (26 keer) of de partner (23 keer). De relatie tot het slachtoffer lag in de overige situaties meer op afstand (overige familieleden; burens en kennissen). In 2006 kwamen nauwelijks meldingen binnen van 'ontspoorde zorg' door de mantelzorger.

Het ASHG werd in de meeste gevallen benaderd door de privé-omgeving van het slachtoffer (familie/burens/kennissen/vrienden) of het slachtoffer zelf (beide 15 keer), als ook door het algemeen maatschappelijk werk en de ouderenconsulent (13 keer).

Slechts incidenteel kwamen er in 2006 meldingen van de politie en andere hulpverlenende instanties, zoals GGZ-volwassenen.

Het komt overigens regelmatig voor dat in onderlinge samenspraak door de instanties die al bemoeienis hebben met het slachtoffer, de zaak wordt opgelost. In die gevallen krijgt de coördinator hier geen melding van. Maar buiten dat, krijgt het meldpunt ASHG lang niet alle gevallen van ouderenmishandeling binnen. Afgaande op het onderzoek van Comijs kunnen vele duizenden Haagse ouderen te maken krijgen met enige vorm van ouderenmishandeling. De cijfers illustreren slechts het topje van de ijsberg. Daarom vormen voor het meldpunt van het ASHG het doorbreken van taboes in de algemene populatie, de bewustmaking van mogelijke vormen van ouderenmishandeling, signalering en informatie over de mogelijkheid om hierbij hulp te krijgen, belangrijke speerpunten.

In 2006 is de bemoeienis van het ASHG bij 33 van de 62 gevallen van ouderenmishandeling beëindigd.

In de helft van die gevallen kon passende zorg worden ingezet. In de overige gevallen werd het vermoeden niet bevestigd (6 keer), was geen interventie

noodzakelijk (6 keer) of was er geen contact meer mogelijk (5 keer).

Deskundigheidsbevordering en speciale opvang

Bewustwording van het probleem en het leren signaleren van ouderenmishandeling zullen leiden tot meer meldingen van ouderenmishandeling. Sinds de start van het meldpunt ouderenmishandeling is er veel gedaan aan voorlichting en deskundigheidsbevordering. Maar aandacht blijft nodig.

Onder andere huisartsen, fysiotherapeuten en thuiszorgmedewerkers kunnen immers een belangrijke signalerende rol vervullen. Blauwe plekken, striemen, een lege koelkast, geen geld op de bankrekening (aanmaningen), schrikachtige reacties, maar ook het buiten de deur houden/buiten zetten van de zorg en het niet alleen mogen praten met een hulpverlener kunnen belangrijke signalen zijn. Om het bereik van de voorlichting te vergroten wordt gezocht naar mogelijkheden om de algemene kennis over huiselijke geweld structureel in onderwijsprogramma's op te nemen.

Ouderenmishandeling vraagt vanwege de hoge leeftijd van het slachtoffer en vaak ook vanwege de hoge leeftijd van de pleger om een aparte benadering. Een tachtigjarige dementerende partner van een slachtoffer kan vanwege ontspoorde zorg moeilijk uit

huis worden geplaatst of een huisverbod krijgen.

Ook passende opvang van het slachtoffer vraagt vanwege lichamelijke en/of geestelijke gebreken om een specifieke voorziening. Bij wijze van pilot zijn in Den Haag momenteel twee gemeubileerde kamers beschikbaar voor mishandelde ouderen.

In samenwerking met Meavita en Stichting Wende zijn deze kamers per september 2006 beschikbaar. De ouderen krijgen hier begeleiding aangeboden. De pilot loopt tot september 2008. In 2006 kwamen zeven ouderen in aanmerking voor deze opvang. Slechts twee hebben de stap gezet naar deze opvang te gaan. Voor de overige vijf bleek deze stap te groot.

Literatuur:

1. Comijs HC e.a. Aggressie tegen en benadering van ouderen. Een onderzoek naar ouderenmishandeling. Vrije Universiteit Amsterdam, 1996.
2. Pot AM, Dyck R van, Jonker C, Deeg DJ. Verbal en physical aggression against demented elderly by informal caregivers in The Netherlands, in: Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology 1996; 31: 156-162.
3. Heerwaarden Y van, Schaafsma K. Je ziet het pas als je het gelooft: preventie en bestrijding van ouderenmishandeling. DSP-groep BV. Amsterdam, 2005.

Een verkennende studie naar de eigen beleving van het ouder worden onder Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen in Den Haag

C. Bode, C.H.C. Drossaert, E. Dijkstra

Hoe beleven mensen het feit dat ze ouder worden? Ervaren ze vooral achteruitgang, fysiek en sociaal? Of ligt het accent toch op het vergroten van mogelijkheden en bekwaamheden, zoals het verwezenlijken van plannen, genieten van kleinkinderen, meer tijd hebben voor partner en hobby's? En hoe ervaren mensen met een allochtone achtergrond in Nederland het ouder worden? Verschilt dat met de beleving van autochtone ouderen?

Uit onderzoek is gebleken dat de beleving van het ouder worden over het algemeen sterk samenhangt met welbevinden (1), fysiek functioneren (2), preventief gezondheidsgedrag (3) en zelfs met levensduur (4). Onderstaand artikel beschrijft een exploratieve studie over de beleving van het ouder worden bij allochtone ouderen. De vraagstelling komt voort uit een 'hot issue' uit de praktijk, namelijk de vraag hoe de gezondheidszorg het beste met de groter wordende groep van oudere migranten rekening kan houden, hoe ze op hun behoeften kan inspelen en hoe preventieve maatregelen vorm moeten krijgen om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de belevingswereld van de doelgroep.

Inleiding

De gezondheidssituatie en het zorggebruik van oudere migranten in Nederland staan de afgelopen vijf jaar meer in de belangstelling (5-15). Op dit moment wonen in Nederland nog niet veel oudere allochtonen (vanaf 65 jaar en ouder). Echter, aangenomen mag worden dat hun aandeel de komende jaren snel zal toenemen (5). Van de 140.000 inwoners van Den Haag die 50 jaar en ouder zijn, zijn een kleine 40.000 Hagenaars van allochtone afkomst. De Surinamers vormen de grootste groep, daarna Hagenaars die uit Turkije afkomstig zijn en als derde de groep burgers met een Marokkaanse achtergrond (16)(17).

Westerhof (1) heeft onder autochtone Nederlandse ouderen onderzocht hoe zij hun ouder worden beleven, zowel op positieve als op negatieve aspecten. Uit dit onderzoek blijkt dat autochtone ouderen fysiek verlies als de belangrijkste negatieve dimensie van het ouder worden beschouwen. Ook op de sociale dimensie wordt verlies ervaren, waarbij het vooral

gaat om het verlies van sociale contacten, kleiner wordende netwerken en toenemende afhankelijkheid. Autochtone ouderen beleven het ouder worden echter niet louter negatief, maar ook als positief. Daarbij wordt op de sociale dimensie vooral als positief beschouwd het wegvallen van verplichtingen en (daarmee samenhangend) het meer kunnen genieten van persoonlijke relaties. Ook op het psychische vlak beleven autochtone ouderen positieve aspecten, zoals levenservaring, wijsheid en rust. Naar de beleving van het ouder worden bij allochtone ouderen is nog niet veel systematisch onderzoek gedaan. Wel hebben Clappers en Woortmeijer (18) voor hun afstudeeronderzoek interviews afgenomen onder Turkse en Marokkaanse ouderen. Hieruit kwam naar voren dat Turkse en Marokkaanse ouderen het ouder worden vooral op een negatieve manier ervaren en veel minder als positief. Vooral de domeinen 'fysiek' en 'psychisch' werden als negatief ervaren. Ook Meyboom en Van Eekelen (19) hebben interviews gehouden met Turkse ouderen in

Over de auteurs:

dr. Christina Bode is psycholoog en werkt als universitair docent aan de Universiteit Twente, afdeling Psychologie en Communicatie van Gezondheid en Risico; drs. Constance Drossaert is gezondheidswetenschapper en werkt als universitair docent aan de Universiteit Twente, afdeling Psychologie en Communicatie van Gezondheid en Risico; Engelen Dijkstra MsC is afgestudeerd in de Toegepaste Communicatiewetenschap en werkt als projectmedewerker Gezondheidsbevordering en Communicatie bij de GGD Eemland.

Tabel 1

Overzicht van de achtergrondvariabelen (frequentieverdelingen en gemiddelden) van de respondenten naar land van herkomst.

	Hindostaans-Surinaams (n=29)	Turks (n=25)	Totaal (n=54)	
Geslacht	vrouw	55%	52%	54%
	man	45%	48%	46%
Leeftijd	minimum	55	50	50
	maximum	79	68	79
	gemiddeld	65.4	59.5	62.7
Aantal jaren in Nederland	minimum	11	15	11
	maximum	42	40	42
	gemiddeld	32.2	30.6	31.5
Burgerlijke staat	gehuwd	35%	80%	56%
	ongetrouwd	17%	8%	13%
	gescheiden	17%	4%	11%
	weduwe/weduwnaar	31%	8%	20%
Opleiding	geen	0%	80%	15%
	basisschool	24%	8%	35%
	middelbare school	24%	4%	17%
	MBO	31%	8%	22%
	HBO/Universiteit	21%	0%	11%
Aantal jaren opleiding	minimum	3	0	0
	maximum	35	13	35
	gemiddeld	12.9	4.5	9.0
Werk	niet gewerkt	7%	20%	13%
	(zwaar) lichamelijk werk	27%	64%	44%
	administratief	41%	0%	22%
	zorg/welzijn/onderwijs	17%	4%	11%
	anders	7%	12%	9%
Aantal jaren gewerkt	minimum	0	0	0
	maximum	60	35	60
	gemiddeld	29.6	14.4	22.7

Nederland. De Turkse ouderen rapporteerden veel lichamelijke klachten die in verband kunnen worden gebracht met stress en overspannenheid. Deze bevindingen zijn in overeenstemming met onderzoek waaruit blijkt dat allochtone ouderen (met name van Turkse en Surinaamse afkomst) een slechtere lichamelijke en geestelijke gezondheid rapporteren dan autochtone ouderen (5). Uit het onderzoek van Meyboom en van Eekelen komt ook naar voren dat Turkse ouderen het ouder worden beleven in termen van *Yipratmak*. Dit Turkse werkwoord betekent

verslijten, uitputten, ruïneren, kapot maken, vermurwen en vroeg oud worden. Deze uitkomst komt overeen met interviews onder Marokkaanse en Turkse ouderen (14). Over de beleving van het ouder worden van Hindostaans-Surinaamse ouderen is nog nauwelijks iets bekend en ook bij ouderen met Turkse achtergrond is de beleving van het ouder worden niet systematisch vergeleken met de bevindingen van autochtone ouderen.

Onze onderzoeksvragen voor deze verkennende studie luiden dan ook:

Tabel 2:

Antwoorden op SELE-zinstammen van Hindostaans-Surinamers, Turken en autochtone Nederlandse ouderen.

	Hindostaans-Surinaamse afkomst (n=29)	Turkse afkomst (n=25)	Totaal allochtone ouderen (n=54)	autochtone ouderen ^a (n=968)
'Wat me aan het ouder worden niet bevalt...'^b				
Fysiek	66%	52%	60%	56%
Sociaal	10%	16%	13%	17%
Psychologisch	3%	8%	6%	5%
Algemeen	0%	8%	4%	7%
Ontkenning	14%	12%	13%	8%
Weet niet	0%	4%	2%	8%
Financieel	7%	0%	4%	Geen code
'Wat me aan het ouder worden bevalt...'^c				
Fysiek	7%	0%	4%	2%
Sociaal	38%	56%	46%	49%
Psychologisch	17%	0%	9%	29%
Algemeen	17%	4%	11%	7%
Ontkenning	17%	36%	26%	8%
Weet niet	3%	4%	4%	6%
Financieel	0%	0%	0%	Geen code

a Gegevens van autochtone ouderen zijn afkomstig van de 'Dutch Aging Study' door Westerhof (1).

b Geen verschillen in antwoordfrequenties tussen Hindostaans-Surinaamse en Turkse ouderen ($\chi^2(54,6)=6.48$; $p=.37$).

c Bijna significant verschil in antwoordfrequenties tussen ouderen van Hindostaans-Surinaamse en van Turkse afkomst ($\chi^2(54,5)=10.9$; $p=.053$). Het verschil deed zich met name voor op de dimensie Psychisch (adjusted residuals <-2 en >2).

1. Hoe is de beleving van het ouder worden bij ouderen met een Hindostaans-Surinaamse en Turkse migratieachtergrond?
2. Verschilt de beleving van het ouder worden van allochtone ouderen met die van autochtone Nederlandse ouderen?

De respondenten zijn alleen geselecteerd op basis van afkomst (Turkse of Hindostaans-Surinaams) en leeftijd (50 jaar of ouder). In Tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de achtergrondgegevens van de deelnemers aan het onderzoek.

Onderzoeksprocedure

Alle vragenlijsten zijn afgenomen met hulp van VETC-ers, die benaderd zijn via de GGD Den Haag. Vier VETC-ers hebben meegewerkt: een vrouwelijke Turkse VETC-er, mannelijke Turkse VETC-er, een vrouwelijke Hindostaans-Surinaamse VETC-er en een mannelijke Hindostaans-Surinaamse VETC-er. Zij zijn ingelicht en getraind voor het afnemen van de vragenlijst door één van de onderzoekers (ED). Ook is geoefend met een rollenspel. De onderzoeker (ED) was bij elk interview aanwezig, en stelde de vragen. Indien gewenst, vertaalde de VETC-er de vragen voor de respondent. Vervolgens vertaalde de VETC-er het antwoord terug naar het Nederlands. De interviews vonden plaats op verschillende locaties in de gemeente Den Haag. De locatie was afhankelijk van waar de respondent geworven was. Het betrof

Methode

Deelnemers

De onderzoeksgroep bestond in totaal uit 54 mensen van Turkse en Hindostaans-Surinaamse afkomst, allen 50 jaar of ouder. De respondenten zijn via verschillende routes geselecteerd. De Turkse mannen zijn benaderd bij een moskee, via het netwerk van de mannelijke Turkse Voorlichter Eigen Taal en Cultuur (VETC). De Turkse vrouwen zijn via verschillende organisaties benaderd: bij Stichting Yasmin, de Sociaal Culturele Vrouwenvereniging AASRA en de Turkse dagopvang Davet. De Hindostaans-Surinaamse mannen en vrouwen zijn benaderd via het netwerk van de mannelijke Hindostaans-Surinaamse VETC-er en de vrouwelijke Hindostaans-Surinaamse VETC-er.

iedere keer een rustige ruimte, waarbij de aanwezigheid van derden zoveel mogelijk werd uitgesloten. De antwoorden werden tijdens het interview door de onderzoeker genoteerd.

Meetinstrumenten

De beleving van het ouder worden is op twee manieren gemeten. Er is gebruik gemaakt van de Beleving van het Ouder Worden Schaal (BOWS) (20) (21) en twee zinstammen van het Selbst Leben (SELE)-instrument (22). Gekozen is voor de combinatie van een kwantitatief en een kwalitatief instrument om te kunnen onderzoeken of de beleving bij ouderen met een migratieachtergrond overeenkomt met die bij autochtone ouderen en ook om de mogelijkheid te bieden om nieuwe, andere aspecten van de beleving van het ouder worden toe te kunnen voegen.

Het SELE-instrument is een zinaanvullijst, waarmee beoogd wordt persoonlijke zingeving te onderzoeken. Twee van de zinstammen verwijzen expliciet naar de beleving van het ouder worden: 'Wat me aan het ouder worden bevalt...' en 'Wat me aan het ouder worden niet bevalt...'.¹

De zinaanvullingen op deze zinstammen zijn gecodeerd in zes brede categorieën, te weten fysieke, sociale, psychologische aspecten, algemene zinaanvullingen, ontkenning en weet niet (zie ook: Westerhof (1)). Eén categorie (financieel) werd toegevoegd. Alle antwoorden werden door één onderzoeker (ED) gecodeerd en volgens het consensusprincipe met de twee andere onderzoekers (CB, CHCD) besproken.

De BOWS meet de beleving van het ouder worden met drie subschalen van elk vier items. De eerste is fysiek verlies (bijvoorbeeld 'ouder worden betekent voor mij minder vitaal en fit te zijn'), de tweede sociaal verlies (bijvoorbeeld 'ouder worden betekent voor mij dat ik minder word gerespecteerd') en de derde voortgezette groei (bijvoorbeeld 'ouder worden betekent voor mij dat ik in staat blijf om nieuwe dingen te leren'). Er wordt een 4-punts antwoord-formaat gebruikt (helemaal niet waar – helemaal waar).

Resultaten

In tabel 2 worden de antwoorden van de Hindostaans-Surinaamse en Turkse ouderen op de twee zinstammen weergegeven en vergeleken met antwoordfrequenties uit de 'Dutch Aging Survey' (1).

'Wat me aan het ouder worden niet bevalt...'

Bij de negatieve zinstam verwees meer dan de helft

van de Hindostaans-Surinaamse en Turkse ouderen naar het fysieke aspect. Dit komt overeen met de bevindingen van Westerhof (1) onder autochtone ouderen. De Hindostaans-Surinaamse ouderen en Turkse ouderen noemden achteruitgang in lichamelijk functioneren zoals 'ik heb overal pijn in mijn lichaam' en 'mijn gezondheid gaat achteruit', en ook specifieke aspecten, zoals 'hoge bloeddruk en suiker'.

Daarnaast werden aspecten van het uiterlijk genoemd die horen bij fysieke achteruitgang. Hindostaans-Surinamers en Turken leken iets vaker dan autochtone ouderen te kiezen voor uitspraken die als ontkenning gecodeerd werden, bijvoorbeeld 'er zijn geen dingen die niet bevallen', 'niets' en 'ik voel me prima'.

Tien procent van de Hindostaans-Surinaamse ouderen en zestien procent van de Turkse ouderen gaf een antwoord in de sociale categorie. Dit betreft deels hun positie als oudere in de maatschappij ('bepaalde jongeren hebben geen respect voor ouderen') en ook het verlies van zelfstandigheid ('afhankelijk worden van anderen', 'andere mensen ondervinden last van je') en verslechterende gezinsbanden ('de hechtheid tussen kinderen en ouders wordt minder').

De gevonden verschillen tussen Turkse en Hindostaans-Surinaamse ouderen bleken niet betekenisvol. En ook de verschillen tussen allochtone ouderen en autochtone ouderen bleken niet significant ($\chi^2(1037,5)=5.59$; $p>.05$).

'Wat me aan het ouder worden bevalt...'

Bij de positieve zinstam kwam de fysieke categorie nauwelijks voor. Antwoorden in de sociale categorie werden door ruim een derde van de Hindostaans-Surinaamse ouderen en door meer dan de helft van de Turkse ouderen gegeven ('met de kleinkinderen bezig zijn', 'je krijgt meer tijd', 'veel aandacht van instanties en van anderen'). Deze frequenties kwamen overeen met de hoeveelheid sociale antwoorden bij de autochtone ouderen. Opvallend was het verschil in antwoorden die verwijzen naar psychologische aspecten (zoals 'je maakt het nu echt mee. Je hebt ervaring en geniet en beleeft alles bewuster. Het is nu meer realiteit'): de allochtone ouderen, vooral die van Turkse afkomst, noemden beduidend minder vaak voordelen op het psychologische vlak dan de autochtonen. Een verschil vonden we ook in de categorie 'ontkenning': één op de vijf Hindostaans-Surinamers en één op de drie Turkse ouderen kon geen enkel voordeel van het ouder worden bedenken. De verschillen tussen allochtone ouderen en autochtone ouderen bleken significant ($\chi^2(1040,5)=28.23$; $p<.001$).

Tabel 3*Gemiddelde scores op de (subschalen van de) BOWS naar land van herkomst (N=54).*

	Hindostaans-Surinaams (n=29)	Turks (n=25)	p ¹	Autochtonen (n=975) ^a
	Gem. (SD)	Gem. (SD)		Gem. (SD)
Fysiek verlies (0-12) ²	7.3 (3.6)	8.8 (2.4)	.17	6.5 (2.5) ³
Sociaal verlies (0-12) ²	2.4 (2.9)	4.9 (3.6)	.01	2.9 (2.3) ⁴
Voortgezette groei (0-12) ²	7.6 (2.9)	6.2 (2.9)	.06	7.4 (2.3) ⁵

^a Gegevens van autochtone ouderen zijn afkomstig van de 'Dutch Aging Study' door Westerhof (1).¹ Verschillen tussen mensen van Turkse en Surinaamse afkomst werden getoetst met Mann-Whitney U toetsen² Een hogere score betekent meer instemming met de schaal, dus resp méér fysiek verlies, méér sociaal verlies, en méér voortgezette groei³ De score van de Turkse ouderen is significant ($p < .001$) hoger dan de score van de autochtone ouderen⁴ De score van de Turkse ouderen is significant ($p < .010$) hoger dan de score van de autochtone ouderen⁵ De score van de Turkse ouderen is significant ($p = .040$) lager dan de score van de autochtone ouderen

Uit de aanvulling van de twee zinstammen kunnen we concluderen dat de geïnterviewde Hindostaans-Surinaamse en Turkse ouderen nauwelijks andere thema's noemen dan Nederlandse ouderen, maar dat de evaluatie van de beleving van het ouder worden duidelijk anders is, ouderen met migratieachtergrond (vooral Turken) ervaren minder positieve kanten, vooral in psychologisch opzicht.

Kwantitatief gevraagd: resultaten op de Beleving van het ouder worden-schaal

In Tabel 3 worden de scores van de respondenten op de BOWS weergegeven. De ondervraagde Hindostaans-Surinaamse ouderen beleven het ouder worden vooral als voortgezette groei en als fysiek verlies, en in mindere mate als sociaal verlies en de Turkse ouderen beleven het ouder worden vooral als fysiek verlies. Daarna, hoewel in mindere mate, ervaren zij het ouder worden als voortgezette groei. In het algemeen ervaren de ouderen van Turkse afkomst het ouder worden als negatiever dan ouderen van Hindostaans-Surinaamse afkomst. Het grootste verschil zit in de beleving van sociaal verlies, Turken ervaren aanzienlijk meer sociaal verlies dan Hindostanen.

Bekend is dat autochtone ouderen het ouder worden vooral ervaren in termen van voortgezette groei, en ook in termen van fysiek verlies. In veel mindere mate ervaren zij het als sociaal verlies (1). De scores van de ondervraagde Hindostaans-Surinaamse ouderen zijn vrijwel gelijk aan die van autochtonen. De Turkse ouderen, daarentegen ervaren hun ouder worden, beduidend negatiever dan de autochtone ouderen, zij rapporteren meer fysiek en sociaal verlies,

en juist minder voortgezette groei.

Discussie

In dit exploratieve onderzoek lijken Hindostaans-Surinaamse ouderen meer dan Turkse migranten op Nederlandse ouderen m.b.t. de beleving van het ouder worden. Hun migratiegeschiedenis (17) en overwegend betere kennis van de Nederlandse taal (23) zouden hierbij een rol kunnen spelen. De geïnterviewde Turkse ouderen zijn het minst positief over het ouder worden. Voordelen van het ouder worden die in hun oorspronkelijke cultuur een grote rol spelen, zoals respect, ervaren deze ouderen in Nederland blijkbaar slechts in geringe mate. Dit resultaat komt overeen met de bevindingen van De Vries en Smits onder Marokkaanse ouderen (13). Zij beschrijven hoe Marokkaanse oudere mannen teleurgesteld zijn over hun leven en ongelukkig over de (afnemende) invloed op hun kinderen en de ontbrekende status als man en oudere in Nederland. Ook de studie van Clappers en Woortmeijer (18) liet zien dat Turkse en Marokkaanse ouderen met name negatieve aspecten van het ouder worden noemen. Beide hier onderzochte allochtone groepen refereren minder aan psychologische aspecten dan de autochtone Nederlandse ouderen. Interventies op psychosociaal gebied doen er goed aan om met deze punten in de ontwerpfase rekening te houden: niet meer psychologische begrippen dan nodig, de eigen ervaringen van de doelgroep voorop stellen en proberen de beleving van hun levensfase iets positiefs mee te geven. Van Buren en collega's (7) stellen voor dat het uitgangspunt moet zijn duidelijk te maken dat de migratie niet mislukt is, maar te benadrukken dat

de oudere een pionier was in het verkrijgen van een succesvolle plek in de Nederlandse samenleving voor de kinderen en kleinkinderen.

De gevonden verschillen tussen de autochtone Nederlandse ouderen en met name de Turkse ouderen kunnen ook te maken hebben met verschillen in de sociaal-economische status. We weten immers dat met slechte levensomstandigheden de beleving van het ouder worden negatiever wordt (20). Maar ook wanneer de bevindingen deels uit sociaal-economische verschillen verklaard kunnen worden, moeten we er rekening mee houden dat ouderen met een Surinaamse en Turkse migratieachtergrond het ouder worden minder positief beleven dan autochtone Nederlandse ouderen.

Tot slot moet gewezen worden op enkele beperkingen van het onderzoek, die de resultaten mogelijk hebben beïnvloed. Ten eerste is de onderzoeksgroep relatief klein en mogelijk niet representatief. Hierdoor is de kans aanwezig dat met een anders samengestelde steekproef de gevonden overeenkomsten en verschillen enigszins anders kunnen zijn. De deelnemers aan het onderzoek zijn geworven via verschillende organisaties; waarschijnlijk zijn daarom juist de actievare mensen in de groep allochtone ouderen bereikt. We verwachten dat onze resultaten daarom eerder een te positief dan een te negatief beeld schetsen. Ten tweede zijn de VETCers van de GGD Den Haag, die dit project ondersteund hebben, geen gediplomeerde tolken. Het is daarom mogelijk dat niet alle antwoorden in de nuance (bijvoorbeeld psychologische abstracties) helemaal correct begrepen en vertaald zijn. Ook vond de dataverzameling in verschillende afnamesettings plaats. De gevonden resultaten komen echter goed overeen met eerder uitgevoerd onderzoek in deze populatie en we hebben geen aanwijzingen dat de bovengenoemde beperkingen in de uitvoering tot systematische vertekeningen van de resultaten geleid hebben. Nader onderzoek onder een grotere groep allochtonen blijft echter noodzakelijk.

Literatuur

1. Westerhof GJ. De beleving van het eigen ouder worden. Multidimensionaliteit en multidirectionaliteit in relatie tot succesvol ouder worden en welbevinden. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2003, 34, p96-103.
2. Levy BR, Slade MD, Kasl SV. Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *Journal of Gerontology* 2002, 57B, P409-P417.
3. Levy BR, Myers BA. Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine*, 2004,39, p625-629.
4. Levy BR, Slade MD, Kasl SV, Kunkel SR. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2002, 83, p261-270.
5. Schellingerhout, R. Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2004.
6. Achahboun M & Kraetzer S. De oude dag van mensen die van ver komen... Een onderzoek naar de situatie van migranten op leeftijd in Bouwlust en Vrederust in het Haagse stadsdeel Escamp. Den Haag, Gemeente Den Haag, afdeling OCW & Stichting BOOG, 2003.
7. Buren L van, Hoeksma J & Voorham T. Visies van oudere migranten op de toekomst en de zorg: een onderzoek onder Turkse en Marokkaanse ouderen. *Geron* 2003, 5(1), p18-22.
8. GGZ Nederland. Handreiking voor oudere allochtonen. Utrecht, GGZ Nederland, 2002.
9. Hamid J & Smits A. 'Tijd dat wij uw klanten worden'. Utrecht, Multicultureel Instituut Utrecht, Schakels, 2002.
10. Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie. Tien jaar Voorlichting in de Eigen Taal en cultuur over gezondheid en opvoeding. Woerden, Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie, 1998.
11. Uniken Venema HP, Garretsen, HFL & Maas PJ van der. Health of migrants and migrant health policy, The Netherlands as an example. *Social Science and Medicine* 1995, 41(6), p809-818.
12. Vries WM de & Smits CHM. Psychische klachten bij Turkse en Marokkaanse ouderen. Een handreiking voor de praktijk. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
13. Vries WM de & Smits CHM. Op zoek naar rust in de ziel Rahat el baal. De beleving van problemen met de geestelijke gezondheid van Marokkaanse ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2005, 36, p194-201.
14. Wurff FB van der, Beekman ATF, Dijkshoorn H, Spijker JA, Smits CHM, Stek ML & Verhoeff A. Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders* 2004, 83, p33-41.

15. Smits C. Oudere migranten in de Nederlandse samenleving. In: A.M. Pot, Y. Kuin, M. Vink. Handboek ouderenspsychologie (p.443-455). Utrecht: de Tijdstroom, 2007.
16. Gemeente Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn. Allochtone ouderen in Den Haag. Enkele demografische kenmerken. Den Haag: Gemeente Den Haag, Onderzoek Integrale Vraagstukken, 2005.
17. Centraal Bureau voor Statistiek (2005). Allochtonen per regio naar herkomstgroepering en geslacht, 1 januari, 2005, 's-Gravenhage.
<http://statline.cbs.nl/StatWeb/start.asp?lp=Search/Search> (9 mei, 2006).
18. Clappers A & Woortmeijer M. Insjallah: de beleving van het ouder worden van Turkse en Marokkaanse ouderen. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 2004.
19. Meyboom JK & Eekelen W van. Yipratmak: uitputten, verslijten, kapot maken. Ouderdomsbeleving van oudere Turken in Nederland. Medische Antropologie 1999, 11(2), p377-393.
20. Steverink N, Westerhof GJ, Bode C & Dittmann-Kohli F. The personal experience of growing old, resources and subjective well-being. Journal of Gerontology 2001, 56, p364-273.
21. Steverink N, Bode C, Westerhof GJ, & Dittmann-Kohli F. Het meten van de beleving van het ouder worden. Nijmegen: Universiteit Nijmegen, Sectie Psychogerontologie, 1999.
22. Dittmann-Kohli F & Westerhof GJ. The SELE-sentence completion questionnaire: A new instrument for the assessment of personal meaning in the research on aging. Anuario Psicologia 1997, 73, p7-18.
23. Dijkstra E. Oud worden in Nederland. Enschede: Universiteit Twente, 2006.

korte berichten

Actueel

Als een kind ongeneeslijk ziek is

Onlangs verscheen bij uitgeverij Ten Have het boek *'In het teken van leven. Zorgen voor het ongeneeslijk zieke kind'*. Dit boek volgt de weg die ouders gaan zodra zij te horen krijgen dat hun kind niet meer kan genezen. Het gaat over paniek en de emotionele achtbaan waarin ouders terecht komen. Het gaat over omgaan met hoop, over de rol van de school, over de zorg thuis, over wat een kind begrijpt van de situatie. Maar ook over afscheid nemen, praten over de dood en terugblikken. Het boek geeft praktische tips en adviezen aan ouders en zorgverleners. Het biedt ook herkenning en ondersteuning aan ouders van wie het kind reeds is overleden. Twee van de tien hoofdstukken zijn speciaal voor zorgverleners geschreven. Er is ook een uitgebreide adressengids. *'In het teken van leven'* is geschreven door freelance journalist Rob Bruntink, tevens hoofdredacteur van Pallium, het vakblad over palliatieve zorg. Het voorwoord is van hoogleraar palliatieve zorg Kris Vissers en prof. dr. Peter Hoogerbrugge, hoofd afdeling kinderhematologie en oncologie, beiden van het UMC St. Radboud in Nijmegen. Het boek is te koop in de boekhandel. ISBN 978 90 259 5615 8.

Patiëntenrechten

Vorig jaar werd door onder meer de Inspectie voor de Volksgezondheid en de Raad voor de Volksgezondheid

geconstateerd dat burgers in Nederland onvoldoende op de hoogte zijn van hun rechten als patiënt. En als zij er al van op de hoogte zijn, weten ze vaak niet hoe zij hun recht kunnen halen. Zeventien regionale Zorgbelang-organisaties, verenigd in Zorgbelang Nederland, willen de burger ondersteunen bij het verkrijgen van zijn rechten in de gezondheidszorg. Alle informatie over patiëntenrechten en ondersteuning bij een klacht staat voortaan op de website www.zorgbelang-nederland.nl. Op de website o.a.: informatie over patiëntenrechten, bijvoorbeeld 'mag ik mijn dossier inzien?'; informatie over klachtmogelijkheden, bijvoorbeeld 'hoe klaag ik over mijn indicatie door het CIZ?'; een overzicht van veelgestelde vragen; en hulp bij het indienen van een klacht.

Cursussen

Informatiebijeenkomst Master of Public Health

Professionals, beleidsadviseurs, projectleiders en leidinggevend in de Public Health kunnen zich bij de NSPOH laten opleiden tot regisseurs, goede adviseurs en vernieuwers in dit veld. Op 13 september 2007 start de nieuwe leergang van de opleiding Master of Public Health (MPH). Tijdens de *informatiebijeenkomst* in mei en juni kunnen belangstellenden meer te weten komen over de inhoud en opzet van de opleiding. In de MPH-opleiding verwerven deelnemers de cruciale competenties die zij nodig hebben in de praktijk van de public health.

Competenties die de deelnemer in de opleiding ontwikkelt, liggen op het gebied van strategisch opereren in de politiek-bestuurlijke context, evidence-based werken, veranderen en implementeren en leidinggeven/sturen op resultaat.

Van de vier leertrajecten starten er drie in september. Deze leertrajecten zijn ook los te volgen. In de opleiding werken deelnemers aan een afstudeerproject volgens de methodiek van Action Learning. Naast de MPH-deelnemers staat dit keuzeonderwijs ook open voor andere belangstellenden: de zogenaamde open inschrijvingen.

Kom naar een van de informatiebijeenkomsten over de MPH-opleiding. Hieraan zijn geen kosten verbonden.

Datum: donderdag 14 juni 2007 van 17.00-18.30 uur

Veranderen en implementeren van vernieuwingen in de public health

Dit traject gaat over duurzame implementatie van een vernieuwing in de public health. Het effectief leiden of regisseren van een implementatieproces behelst niet alleen het managen van een project, maar ook het begeleiden van een veranderingsproces. Dit is een complexe taak die vraagt om inzicht, specifieke vaardigheden, een reflectieve houding en creativiteit. Doelgroep: beleidsadviseurs, projectleiders en (aankomende) leidinggevend. U hebt tenminste vijf jaar werkervaring en bent momenteel werkzaam in de publieke gezondheidszorg. Een academisch werk- of denkniveau is een vereiste.

Kosten: €3450

Data: donderdag 6 en
20 september, 4 oktober, 8 en
22 november, 6 en
20 december 2007

Strategisch opereren in de public health, politiek-bestuurlijke context

Kritisch analyseren, doordacht en krachtig opereren, invloed uitoefenen! De public health kenmerkt zich door veelal aanbod gestuurde zorg. Bij de aansturing en uitvoering van die zorg zijn veel verschillende partijen en partners betrokken. Vraagstukken zijn vaak complex. In dit eerste traject van de opleiding Master of Public Health, waarin de bestuurlijke en politieke context van de public health centraal staat, analyseert u relevante netwerken en krachten-velden. U leert hoe deze elkaar beïnvloeden. Om zelf krachtig te kunnen opereren in deze context gaat u op zoek naar strategieën om invloed uit te oefenen op de politieke en bestuurlijke besluitvorming.

Doelgroep: beleidsadviseurs, projectleiders en (aankomende) leidinggevend. U hebt tenminste vijf jaar werkervaring en bent momenteel werkzaam in de publieke gezondheidszorg. Een academisch werk- of denkniveau is een vereiste.

Kosten: €3450

Data: donderdag 13 en
27 september, 11 oktober, 1,
15 en 29 november en
13 december 2007

Griepdag

Deze dag biedt infectieziekten-, bedrijfs-, en huisartsen en medisch microbiologen actuele inzichten bij preventie en behandeling van influenza. U ontmoet collegae en u kunt uw netwerk uitbreiden.

Datum: donderdag 27 september

Kosten: €350

Vaccinologie

Wilt u het Rijksvaccinatie-programma, nieuwe ontwikkeling hierbinnen en vaccinatie-strategieën beter begrijpen en toepassen? Update uw kennis over het functioneren van het normale en afwijkend immuunsysteem, gastheerfactoren, de werking van vaccins, bijwerkingen en (contra) indicaties.

Doelgroep: artsen maatschappij & gezondheid

Kosten: €930

Data: dinsdag 9 en 30 oktober en
6 november 2007

Alle cursussen worden gegeven op de locatie NSPOH Amsterdam. Nadere informatie via www.nspoh.nl, telefoon 020-5664949 en info@nspoh.nl.

Aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Meldingen tijdens het eerste kwartaal van 2007, 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 aangifte-plichtige meldingen ingevoerd worden.

Het aantal aangifteplichtige infectieziekten, door de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het eerste kwartaal 2007 gemeld (103, exclusief de meldingen van TBC), is hoger dan het aantal in dezelfde periode in 2006 (77). Dit verschil is hoofdzakelijk toe te schrijven aan een verhoogd aantal gevallen van kinkhoest en bacillaire dysenterie. Het aantal legionellose patiënten was ook hoger dan verwacht in dit kwartaal. Hieronder volgen commentaren op de gemelde infectieziekten.

Bacillaire dysenterie

Twee mannen en 6 vrouwen van diverse leeftijden werden gemeld. De besmetting vond meestal plaats buiten Nederland.

Buiktyfus

Bij 1 man van 33 jaar is buiktyfus vastgesteld, opgelopen in Pakistan.

Creutzfeld-Jacob's ziekte

Sinds 2003 is ook de dodelijke hersenaandoening Creutzfeld-Jacob's ziekte meldingsplichtig. Een variant van deze aandoening is de gevreesde aandoening die veroorzaakt wordt door prionen, minuscule eiwitten die aangetroffen worden in het zenuwstelsel van dieren die aan gekke koeienziekte lijden. In het eerste kwartaal van 2007 is 1 geval gemeld. Het gaat hier echter om de klassieke vorm, die met de gekke koeienziekte niets te maken heeft en niet besmettelijk is.

Hepatitis A

Er zijn 2 mannen met hepatitis A aangegeven, waarvan 1 besmet is in Marokko. De andere is mogelijk in Nederland besmet, doch de besmettingsbron is niet gevonden.

Hepatitis B

Het aantal hepatitis B meldingen (36 chronische gevallen) is iets lager dan het vorige kwartaal. Er waren iets meer mannen dan vrouwen. Op 1 patiënt na gaat het om personen afkomstig uit landen waar de ziekte veel voorkomt. De besmettingsbron is doorgaans niet bekend. Waarschijnlijk gaat het dikwijls om transmissie binnen het gezin.

Hepatitis C (acute vorm)

Er is 1 geval van acute hepatitis C vastgesteld bij een Marokkaanse man die waarschijnlijk bij een tandarts in Marokko is besmet.

Infectieziekten gemeld door instellingen

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het eerste kwartaal 2007.

Ziekte-categorie	KDV	Overig	School	Verpleeg-huis	Zieken huis	Kinder centrum	Verzorgings-huis	tot
Huidziekten	1	1	3			3		8
Luchtweginfecties	1			2				3
Maag-darmaandoening				5	1	4	2	12
Vlekjesziekten			1			2		3
totaal	2	1	4	7	1	9	2	26

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (37) is hoger dan het aantal gevallen in het zelfde kwartaal van 2006 (21). Het betreft bijna allemaal gevaccineerde personen, meestal tussen 5 en 13 jaar.

Legionellose

Er werden dit kwartaal 6 gevallen van legionellose gemeld. Dit is redelijk hoog voor het seizoen: legionellose wordt hoofdzakelijk tijdens de zomerperiode gezien. Voor deze stijging is geen oorzaak gevonden. Bij twee gevallen van deze ernstige longziekte was de bron een besmetting in het waterleidingsysteem van aanleunwoningen voor ouderen. Kortdate maatregelen zijn genomen om de legionella-besmetting in dit waterleiding-systeem te bestrijden. Twee mensen zijn in het buitenland besmet. Voor de overblijvende twee die in Nederland zijn besmet, is geen bron aangetoond. De GGD Den Haag is sinds ongeveer anderhalf jaar bezig alle koeltorens in de stad te inventariseren. Koeltorens die mogelijk een risico vormen voor verspreiding van legionella bacteriën, worden gecontroleerd en zo nodig legionella-vrij gemaakt.

Malaria

Het aantal gemelde malaria-

gevallen (5) was vergelijkbaar met het aantal van de zelfde periode vorig jaar. Het betreft 5 volwassenen die op 1 na in Afrika zijn besmet. Bij deze patiënten kon de besmetting worden toegeschreven aan het niet of onvolledig innemen van profylaxe.

Meningokokkose

Bij 1 man van 22 jaar is meningokokkose (hersenvlies-ontsteking) gemeld. De patiënt is besmet door een meningokok van het type B, waartegen nog geen vaccin bestaat.

Voedselinfecties

Er is 5 voedselinfecties gemeld. Het betreft allemaal personen die werkzaam zijn in de voedsel-bereiding en daardoor meldingsplichtig zijn. Tweemaal was de persoon in het buitenland besmet.

Het aantal meldingen uit instellingen is vergelijkbaar met het aantal meldingen gedurende het eerste kwartaal 2006. De maag-darmaandoeningen betreffen hoofdzakelijk 9 explosies van buikgriep in verpleeg- en verzorgingshuizen, bijna allemaal veroorzaakt door het norovirus. Vlekjesziekten en huiduitslag betroffen meestal vermoedens op de vijfde ziekte en roodvonk, alsook kleine uitbraken van ringworm en krentenbaard. Het waren vooral kinderdag-

verblijven en scholen die deze aandoeningen gemeld hebben.

Meldingen tijdens het eerste kwartaal 2007 voor de regio Zuid-Holland West

Bacillaire dysenterie

In het eerste kwartaal waren er 2 meldingen van bacillaire dysenterie geweest. Beiden patiënten hadden de ziekte in Egypte opgelopen. In beide gevallen ging het om een Shigella sonnei.

Creutzfeldt-Jakob Disease klassiek

Er was 1 melding van een Creutzfeldt-Jakob Disease klassiek.

Hepatitis B

Negentien meldingen van hepatitis B, waarvan er twee keer sprake was van een acute hepatitis B. Bij één acute hepatitis B was er sprake van verschillende mogelijkheden van transmissie, maar een heteroseksueel contact was de meest waarschijnlijke bron. Van de andere acute hepatitis B was de bron niet te achterhalen.

Kinkhoest

Er zijn 31 meldingen van kinkhoest geweest. Het aantal kinkhoestmeldingen is de laatste kwartalen ongeveer gelijk. Dit wijkt niet af van de landelijke trend.

Legionellose

Er waren 2 meldingen van Legionellose. Geen van de patiënten was in het buitenland geweest. Een bron is niet achterhaald.

Meningokokkose

Twee meldingen van meningokokkose, één patiënt was een 36-jarige man, de andere een zevenjarig meisje. Alle preventieve maatregelen rond de patiënten zijn genomen. In beiden gevallen gaat het om een meningokok type B.

Malaria

Er waren 3 meldingen van malaria. In alle gevallen ging het om een Plasmodium falciparum. De ziekte was opgelopen in Kongo en Kameroen. Bij de derde patiënt was het land onduidelijk. Voor zover bekend was in geen van de gevallen profylaxe geslikt.

Tuberculose

Er zijn 6 meldingen van tuberculose geweest.

Aan deze rubriek werkten mee:

E.J.M. de Coster

E.M. Huisman

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

Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte		Het eerste kwartaal 2007			De voorgaande 4 kwartalen				t/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar	
		GGD Den Haag	GGD-Zuid-Holl. West	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden
		1e kw. 2007	1e kw. 2007	1e kw. 2007	1e kw. 2006 **)	2e kw. 2006**)	3e kw. 2006 **)	4e kw. 2006**)	1e kw. 2007	1e kw. 2006**)
B-ziekten	bacillaire dysenterie	8	2	10	5	3	10	9	10	5
	buiktyfus	1		1	1		2	1	1	1
	cholera	1								
	Creutzfeld-J's disease	1	1	2	1				2	1
	hepatitis A	2		2	2	1	13	11	2	2
	hepatitis B *)	36	19	55	55	29	52	66	55	55
	hepatitis C	1		1			1		1	
	kinkhoest	37	31	68	58	41	57	85	68	58
	legionella pneumonie	6	2	8	3	1	6	7	8	3
	mazelen									
	meningokokkose	1	2	3	5	4		1	3	5
	paratyfus A				1		2			1
	paratyfus B (C)						2			
	tuberculose	31	7	38	34	40	30	33	38	34
	voedselvergiftiging of voedselinfectie	5		5	1	3	8	2	5	1
C-ziekten	brucellose	1								
	E.coli 0157					2				
	leptospirose					1		2		
	malaria	5	3	8	6	6	7	1	8	6
	ornithose/psittacose					2	1	1		
	Q-koorts									
	rode hond									
totaal		134	67	201	172	133	192	220	201	172

*) 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).

