



Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

jaargang 43, 2008, nummer 2/3

inhoud

Redactioneel

epidemiologie

Public health, in het bijzonder de gezondheid van groepen in achterstandsituaties

Oratie van prof. dr. B.J.C. Middelkoop, 6 juni 2008, Leiden

Zijn de care-voorzieningen klaar voor de groeiende groep Turkse en Marokkaanse ouderen in Den Haag?

Meningen en opvattingen van Haagse MBO-leerlingen over veilig vrijen

volksgezondheid

Week van de Liefde, een dagboek

Academisering van de Openbare gezondheidszorg: de eerste leerstoel

Korte berichten

Colofon

juni/september 2008, 43ste jaargang nr. 2/3

Redactie

dr. G.A.M. Ariëns, GGD Den Haag (kernredacteur)
mw. A.S.T. Boersma, beleidsmedewerker
volksgezondheid dienst OCW (kernredacteur)
mw. I. Burger, GGD Den Haag (kernredacteur)
mw. F.L. van Leeuwen, arts, Stichting Transmurale
Zorg Den Haag e.o.
prof. dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Den Haag
E. Pieters, Parnassia, psycho-medisch centrum
Den Haag
B. Potemans, huisarts in Den Haag
mw. W. van Rijssel (redactiesecretaris/eindredacteur)
prof. dr. W.J. Schudel, GGD Den Haag;
M.H. Waterman (hoofdredacteur), GGD Den Haag

Redactieadres

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn
GGD, Postbus 12652, 2500 DP Den Haag
Bezoekadres: Thorbeckelaan 360
secretariaat EMG;
tel.: 070-353 71 96, fax: 070-353 72 92
e-mail: i.burger@ocw.denhaag.nl
Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij mw. Burger.

Epidemiologisch Bulletin op internet:

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

Ontwerp en productie

Intern Dienstencentrum

Fotografie

Peter van Oosterhout, Jan-Willem de Klerk en
Anneke van Soest

Uitgave

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, GGD Den Haag
Directeur Volksgezondheid

Via het bulletin wil de redactie de communicatie aanmoedigen tussen hulpverleners, leidinggevers, 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	
Public health, in het bijzonder de gezondheid van groepen in achterstandsituaties <i>B.J.C. Middelkoop</i>	2
Zijn de care-voorzieningen klaar voor de groeiende groep Turkse en Marokkaanse ouderen in Den Haag? <i>I. Burger</i>	13
Meningen en opvattingen van Haagse MBO-leerlingen over veilig vrijen <i>P.J.M. Uitewaal</i>	30
Volksgezondheid	
Week van de Liefde, een dagboek <i>P. ter Wee</i>	37
Academisering van de Openbare gezondheidszorg: de eerste leerstoel <i>Y.K. van Pareren</i>	41
Korte berichten	44

Redactioneel

Terugdringen gezondheidsachterstanden

Voor u ligt een unieke uitgave van het Epidemiologisch Bulletin. Zo vaak gebeurt het niet dat we een inaugurale rede integraal publiceren. Het betreft de rede van prof. dr. Barend Middelkoop - lid van de redactie van dit blad - bij het aanvaarden van het ambt van bijzonder hoogleraar Public health, met als speciaal aandachtsterrein de gezondheid van groepen in achterstandsituaties. Met deze bijzondere leerstoel hoopt de gemeente Den Haag meer kennis te ontwikkelen over vraagstukken die verband houden met gezondheidsachterstanden. Het terugdringen van gezondheidsachterstanden is een speerpunt in het Haags lokaal gezondheidsbeleid. In zijn rede stelt Middelkoop een aantal zeer kritische vragen die we ons als lokale en regionale zorgaanbieders en beleidsmakers kunnen aantrekken. Middelkoop doet een sterk beroep bestaande maatschappelijke verhoudingen kritisch te bekijken en deze indien gewenst deze ter discussie te stellen, teneinde te komen tot een krachtiger intersectorale aanpak en gezondheidsachterstanden daadwerkelijk aan te kunnen pakken.

Voor de gemeente Den Haag ligt er een directe relatie tussen deze bijzondere leerstoel en de Academische Werkplaats Openbare Gezondheidszorg in onze regio. De leerstoel is gekoppeld aan de academische werkplaats binnen de afdeling Public health en eerstelijns geneeskunde van het LUMC, en biedt daardoor veel perspectief op inzicht in en vernieuwing van de relatie tussen nulde en eerste lijn. Voor Den Haag bij uitstek het thema waar het om draait bij het terugdringen van gezondheidsachterstanden.

Het bulletin is direct na het uitspreken van de rede beschikbaar.

Elders treft u in het bulletin een kort overzichtsartikel aan over het ontstaan en de ontwikkelingen binnen deze Academische Werkplaats Openbare Gezondheidszorg Noordelijk Zuid-Holland.

Het tweede grote artikel in deze uitgave betreft een literatuurverkenning naar de vraag of de care-voorzieningen klaar zijn voor de groeiende groep Turkse en Marokkaanse ouderen in Den Haag. Het artikel staat stil bij het vraagstuk van cultureel bepaalde gezondheidsachterstanden. De auteur constateert dat we weliswaar het nodige weten, maar dat we met een weerbarstige praktijk te maken hebben.

Het artikel van Uitewaal staat stil bij opvattingen over veilig vrijen onder MBO- en VMBO-leerlingen. Ook hier treffen we culturele verschillen aan, die tot specifieke interventies zullen moeten leiden. Tenslotte het relaas van de dagelijkse praktijk van Haagse voorlichtingsactiviteiten over veilig vrijen, via een dagboek over de Week van de Liefde.

Public health, in het bijzonder de gezondheid van groepen in achterstandsituaties

B.J.C. Middelkoop

Op 6 juni aanvaardde Barend Middelkoop zijn benoeming tot bijzonder hoogleraar met als leeropdracht: 'Public health, in het bijzonder de gezondheid van groepen in achterstandsituaties' met het uitspreken van zijn oratie. De leerstoel is door de gemeente Den Haag ingesteld en gevestigd bij het Leids Universitair Medisch Centrum. Barend Middelkoop is tevens coördinator van de Academische Werkplaats Public health Noordelijk Zuid-Holland, waarover elders in dit bulletin wordt bericht. Leerstoel en Academische Werkplaats zijn nauw met elkaar verbonden, zoals ook uit de tekst van de oratie blijkt.

Onderstaande versie van de tekst van de oratie is gedateerd 12 mei 2008. Het is dan ook mogelijk dat de uitgesproken tekst op onderdelen afwijkt van de hier afgedrukte tekst.

“Meneer de Rector Magnificus, leden van het College van Burgemeester en Wethouders van de gemeente Den Haag, leden van het Curatorium van deze bijzondere leerstoel, zeer gewaardeerde toehoorders,

Afgelopen najaar was ik aanwezig op een seminar in Oslo met de welluidende titel 'Diabetes in diaspora'. Thema van het symposium was diabetes onder immigranten in westerse landen. Met bijzondere aandacht voor de Hindostaanse bevolkingsgroep. Een van de sprekers was professor Samad Shera, de voorzitter van de Diabetes Vereniging van Pakistan. Professor Shera hield een boeiende voordracht, waarin hij op een gegeven moment te spreken kwam over de oorlog in Irak. "De Amerikanen hebben gezocht naar massavernietigingswapens, maar ze hebben ze niet gevonden", aldus professor Shera. "Waren ze er dan ook niet? Jawel, ze waren er wel. De Amerikanen hebben gewoon niet goed gekeken. Kunnen deze massavernietigingswapens binnen 45 minuten de westerse wereld bereiken, zoals de toenmalige Britse premier Blair zei? Het is nog veel erger. Deze wapens hebben het Westen al lang bereikt. Ze zijn trouwens niet alleen in Irak te vinden. Je kunt ze overal zien in het Midden Oosten. En ook in Pakistan. Juist omdat hier Hindostanen wonen, die

extra kwetsbaar zijn voor deze wapens, is het zo erg dat deze wapens zo massaal aanwezig zijn. Het zijn meedogenloze en trefzekere moordenaars." En terwijl professor Shera dit vertelde liet zijn powerpoint presentatie de ene na de andere vestiging zien van McDonalds.

Ik zal later ingaan op de vraag wat de voordracht van professor Shera te maken heeft met mijn leerstoel. Ik wil u eerst laten kennis maken met de familie Turkdogan. De familie Turkdogan is van Turkse afkomst. Ze bewoont een portiekwoning in de Haagse Schilderswijk. Vader Turkdogan is een aantal jaren geleden afgekeurd en heeft nu eigenlijk niets om handen. Het is een wat apathische man. Ik weet niet hoe hij vroeger was, misschien heeft zijn bestaan als arbeidsongeschikte hem wel zo gemaakt. Hij komt 's morgens niet op tijd uit bed om zijn kinderen nog te zien voor ze naar school gaan. Het huwelijk van vader en moeder Turkdogan was indertijd een gearrangeerd huwelijk. Zij woonde in een dorp in Anatolië, terwijl hij al enkele jaren in Nederland werkte. Zij is hem dus naar Nederland gevolgd, maar heeft zich hier nooit thuis gevoeld. Ook zij heeft niet veel levensschwang meer. 's Morgens een ontbijt klaarmaken voor de kinderen kost haar te veel energie. De kinderen gaan meestal met een zakje

Over de auteur:

Prof. dr. B.J.C. Middelkoop is arts-epidemioloog bij de afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn en bij de afdeling Public health en Eerstelijngeneeskunde, Leids Universitair Medisch centrum (LUMC), Leiden.
E-mail: b.j.c.middelkoop@ocw.denhaag.nl

chips naar school en kopen vaak zelf nog een energy drank. Vier van hun zeven kinderen, drie jongens en een meisje, bezoeken een openbare basisschool in de Schilderswijk. Gelet op hun verstandelijke vermogens moet het, met wat extra aandacht en inspanningen, mogelijk zijn dat zij succesvol de basisschool doorlopen. Maar ze zijn weinig gemotiveerd en vertonen soms minder gewenst gedrag. Bovendien lukt het de school niet om goede afspraken te maken met de ouders over op tijd komen. Ook is ongeoorloofd verzuim soms een probleem. Moeder spreekt gebrekkig Nederlands en heeft bovendien weinig gezag bij de jongens. Vader zit 's middags vaak in de moskee. De school heeft niet de indruk dat het gezin sterk gelovig is. Het lijkt er meer op dat de vader in de moskee rust vindt en de ook voor hem minder prettige thuisomgeving ontvlucht. De school ervaart weinig betrokkenheid van de ouders bij schoolse zaken en de ontwikkeling van hun kinderen. Bijvoorbeeld als men de vorderingen van de kinderen wil bespreken. De ouders krijgen hiervoor een oproep, met datum en tijd van het gesprek. Dat blijkt niet goed te werken. De leerkracht zit op het afgesproken tijdstip vergeefs op de ouders te wachten. Schoolreisjes kosten geld. Het kost moeite om de ouders over te halen om voor hun kinderen te betalen. Zij hebben het niet breed en besteden hun geld liever aan zaken die zij meer noodzakelijk vinden dan een schoolreisje.

De kinderen Turkdogan zijn tamelijk self-supporting voor hun leeftijd. Ze zorgen bijvoorbeeld vaak zelf voor hun eten, en meestal is dat dan in de vorm van een patatje. Ondanks deze zelfstandigheid lijken zij niet het idee te hebben veel kans te hebben op een normale loopbaan in onze maatschappij. Hun vrijetijdsbesteding speelt zich grotendeels af achter de computer en de televisie. Als ze de volgende dag vertellen over de programma's die ze hebben gezien, verbazen de leerkrachten zich soms, omdat zij zelf ook hebben gekeken en dus weten hoe laat dat programma was. De kinderen gaan blijkbaar erg laat naar bed.

Dames en heren, even genoeg anekdotes. Ik wil het met u hebben over het thema van mijn leerstoel, de gezondheid van groepen in achterstandsituaties.

Enkele jaren geleden becijferde het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, het RIVM, dat de levensverwachting van mannen die alleen lager



Prof. dr. Barend Middelkoop

onderwijs hebben genoten, circa vijf jaar lager ligt dan van mannen die hoger beroeps- of wetenschappelijk onderwijs hebben genoten. Voor vrouwen was het verschil iets kleiner. Vooral bij de mannen werd het verschil naar sociale klasse nog groter wanneer niet werd gekeken naar de totale levensverwachting, maar naar de zogeheten gezonde levensverwachting. Daarmee doelt men op het aantal jaren dat iemand door zal brengen zonder ernstige gezondheidsproblemen en beperkingen. Bij de mannen bedroeg het verschil in gezonde levensverwachting maar liefst twaalf jaar. Dit betekent dat we niet alleen te maken hebben met sociaal-economische verschillen in sterfte, maar ook met sociaal-economische verschillen in gezondheid. Een schrijnend detail: gemiddeld genomen zijn de mannen met alleen lager onderwijs al overleden vóórdat ze op de leeftijd zijn gekomen waarop de gemiddelde man met een hogere beroeps- of wetenschappelijke opleiding pas *begint* aan zijn minder gezonde laatste jaren. Met andere woorden: de *totale* levensverwachting van de man met alleen lager onderwijs is lager dan de *gezonde* levens-

verwachting van de hoog opgeleide man. In de westerse wereld en zeker ook in Nederland zijn de sociaal-economische gezondheidsverschillen in de afgelopen tien, vijftien jaar niet afgenomen, maar juist toegenomen. Het belang van dit onderwerp voor het totale terrein van de public health kan nauwelijks worden overschat. Immers, in de meeste westerse landen is de grootste winst in de volksgezondheid momenteel te bereiken door het opheffen van gezondheidsachterstanden bij de lagere sociaal-economische klassen.

De door het RIVM gepresenteerde waarnemingen, die kunnen worden aangevuld en verrijkt met talloze gegevens uit vele onderzoeken uit binnen- en buitenland, roepen veel vragen op. De belangrijkste vragen zijn: 1. Wat is de oorzaak van deze sociaal-economische gezondheids- en sterfteverschillen? En 2. Wat kunnen we eraan doen? Mensen die behoren tot groepen in achterstand-situaties bevinden zich aan de ongunstigste zijde van het spectrum van deze verschillen. In het kader van mijn leeropdracht hoop ik enig licht te kunnen werpen op het antwoord op deze twee vragen.

U vraagt zich misschien af: 'weten we het dan nog niet?' We doen al tientallen jaren onderzoek naar sociaal-economische gezondheidsverschillen. En we zijn inmiddels ook al in de fase dat we initiatieven nemen om er wat aan te doen. Een mooi voorbeeld is het actieprogramma 'Gezondheidsachterstand moet wijken' dat is uitgevoerd in Den Haag en dat een vervolg krijgt in de huidige collegeperiode. Hierbij wordt aangehaakt bij de prachtwijkenpolitiek van de rijksoverheid. Het actieprogramma richtte zich op drie domeinen: een gezonde leefstijl, een gezonde leefsituatie en versterking van de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg. Ik vind dit heel verstandige keuzen, maar eigenlijk denk ik dat we nog onvoldoende weten welke gunstige effecten met deze benadering kunnen worden bereikt. Ik zal daar straks meer over zeggen.

Het is tamelijk gebruikelijk om tijdens reflecties over de public health, terug te grijpen op onze grote voorgangers, zo niet de founding fathers van de moderne public health, in de negentiende eeuw. Mijn reflecties zullen hier geen uitzondering op zijn. Ik wil het met u hebben over Rudolf Virchow en over John Snow.

Rudolf Virchow, Solomon Neumann en Rudolf Leubuscher waren prominente leden van een groep

Duitse medici, die elkaar vonden in hun gemeenschappelijke belangstelling voor de gevolgen van de industriële revolutie voor de gezondheid. Virchow en de zijnen formuleerden de volgende oogmerken van de public health: 1. De gezonde geestelijke en lichamelijke ontwikkeling van de burger; 2. De preventie van alles wat de gezondheid bedreigt; en 3. De controle van ziekten. Dit zijn de doelstellingen van de public health, zoals Neumann die op 30 maart 1849 opschreef in een voorstel aan de Berlijnse Maatschappij van Genees- en Heelkundigen. Met andere woorden, zo schreef hij: de public health moet zorgdragen voor de samenleving als geheel door die algemene fysieke en sociale condities in ogenschouw te nemen die op een negatieve manier invloed kunnen hebben op de gezondheid, zoals bodem, industrie, voeding en huisvesting; en ze moet elk individu beschermen door die condities in ogenschouw te nemen die hem of haar ervan weerhouden goed voor de eigen gezondheid te zorgen. Voorbeelden van zulke condities zijn armoede en ziekte en gebrek.

We horen in deze tekst de echo van die tijd. Het was niet alleen de tijd van de industriële revolutie. Een halve eeuw eerder had de Franse revolutie plaatsgevonden. En het midden van de negentiende eeuw was een roerige periode in de Europese geschiedenis. Het jaar 1848, bijvoorbeeld, was het jaar van de verschijning van het Communistisch Manifest en ook het jaar van de Parijse Commune. Kortom, het was een tijd waarin er een roep was om hervormingen.

De zojuist genoemde Duitse medici gingen uit van enkele basisprincipes. Het eerste principe luidde dat de volksgezondheid een zaak is van direct maatschappelijk belang. De maatschappij heeft de plicht om de gezondheid van haar leden te beschermen en te verzekeren. Het tweede principe was het uitgangspunt dat sociale en economische omstandigheden een belangrijke invloed hebben op gezondheid en ziekte, en dat deze verbanden onderwerp moeten zijn van wetenschappelijk onderzoek. Het derde principe volgt hier logisch uit: de stappen die genomen moeten worden om de gezondheid te bevorderen en ziekte te bestrijden, moeten zowel sociaal als medisch zijn.

Deze opvattingen worden tegenwoordig breed gedeeld binnen de public health, overigens ongeacht de vraag of men nog een warm gevoel krijgt bij het lezen van het Communistisch Manifest. Virchow en de zijnen hebben ons denken in belangrijke mate beïnvloed om ziekte en gezondheid te plaatsen binnen

de bredere context van de maatschappelijke verhoudingen.

Ik wil het nu met u hebben over die andere negentiende eeuwse medicus, de anesthesist John Snow. Velen van u zullen Snow kennen als de man die in 1854 de waterpomp afsloot in Broad Street en aldus de cholera-epidemie wist te bedwingen die Londen in haar greep had. Ik wil u het verhaal een beetje uitgebreider vertellen. Halverwege de negentiende eeuw waren de dokters het onderling behoorlijk oneens over de vraag hoe infectieziekten werden veroorzaakt. Sommigen waren aanhangers van een al lang bestaande theorie die zei dat er een soort specifieke ziekteverwekker moest zijn, die een bepaalde infectieziekte veroorzaakte. Deze groep werd aangeduid als de contagionisten. De contagionisten wezen op het nut van bijvoorbeeld de quarantaine, een maatregel waarbij zieke personen afgezonderd werden van de rest van de bevolking. Bij de bestrijding van pestepidemieën was deze maatregel zeer succesvol geweest. Tegenover de contagionisten stond een groep die erop wees dat het nog steeds niemand was gelukt om die veronderstelde ziekteverwekkers aan te tonen, bijvoorbeeld via een chemische analyse. Daarom vonden zij dat het contagionisme een zeer speculatieve theorie was. Bovendien kon het contagionisme veel zaken *niet* verklaren. Bij cholera, bijvoorbeeld, was helemaal geen rechtstreeks contact tussen individuen nodig. Ook zonder dat verspreidde de ziekte zich epidemisch. En, ondanks de hoge pretenties, kon het contagionisme ook veel andere vragen niet beantwoorden, zoals de vraag wie ziek werd, en waar en waarom. Deze tweede groep veronderstelde dat er kwalijke dampen in de lucht waren, die ze aanduidden met de term miasma's. Deze miasma's veroorzaakten ziekten. Men noemt deze groep de miasmatici. Snow behoorde tot de contagionisten. In zijn tijd vormde die groep de minderheid. Snow stelde dus een interventie voor waarvan de wetenschappelijke onderbouwing bepaald niet onomstreden was. Ik wil straks een parallel laten zien met de hedendaagse situatie bij de bestrijding van diabetes en hart- en vaatziekten.

Even terug naar de Londense cholera-epidemie. Snow veronderstelde dat deze werd veroorzaakt door een specifieke ziekteverwekker. Het viel hem op dat er veel sterfgevallen waren in de omgeving van de openbare waterpomp in Broad Street. En hij veronderstelde dat hier het probleem zou kunnen zitten. Hij ging, als een epidemioloog *avant la lettre*,

ook heel precies rekenen. Om hoe veel sterfgevallen ging het? En was het aantal sterfgevallen per 1000 gebruikers ook echt hoger dan onder mensen die water haalden bij een andere pomp?

Woonhuizen hadden in die tijd nog geen waterkraan, aangesloten op een waterleidingnet. Voor je watervoorziening was je aangewezen op openbare pompen, die dus een soort collectieve voorziening waren. Het beheer over de Broad Street pomp lag bij de lokale kerkelijke parochie. Snow wist, zij het met veel moeite, het bestuur te overtuigen dat de pomp moest worden afgesloten. Zoals gezegd ging zijn verklaring in tegen de miasmatheorie, die op dat moment dominant was. Daarbij, de epidemie was al aan het afnemen. Dus het afsluiten van de pomp leek niet zo heel urgent. Hoe dan ook, Snow kreeg het wél voor elkaar, wat ongetwijfeld te maken zal hebben gehad met het feit dat hij een zeer gezaghebbend medicus was. Overigens, een paar weken later, de cholera-epidemie was nu echt aan het verdwijnen, werd de pomp weer in gebruik genomen. Men moest toch ergens zijn water vandaan halen?

Jammer genoeg heeft Snow het ultieme bewijs van zijn gelijk niet mogen meemaken. Pas in 1883 toonde Koch de *Vibrio Cholerae* aan onder zijn microscoop. John Snow was toen al lang dood en begraven.

Waarom vertel ik dit verhaal zo uitgebreid? Ik wil even terug naar het moment waarop Snow begon te wijzen naar de pomp. Snow was contagionist, en dacht dus aan een specifieke ziekteverwekker. Maar hoe kwam hij erbij om te denken dat de epidemie te maken kon hebben met een pomp? Hij ging immers niet zo maar in het wilde weg sterftecijfers verzamelen om die vervolgens te delen op bevolkingscijfers en naar associaties te zoeken. Nee, er zat een idee achter, een theorie, die hem ertoe bracht om te denken aan de openbare pomp als besmettingsbron. Snow keek heel goed naar het klinische beeld van de cholera. Het leek er sterk op dat cholera een ziekte was van het maagdarmkanaal. Daarom vond Snow het waarschijnlijk dat het gif via de mond binnenkwam. Snow vermoedde dat het om een levende ziekteverwekker ging, die in staat was zich in het maagdarmkanaal van de mens te vermenigvuldigen. En die vervolgens met de faeces weer naar buiten kwam. Dat betekende dus dat besmetting kon plaatsvinden zonder dat er direct contact was tussen personen. Het was genoeg als iemand op de een of andere manier iets naar binnen kreeg van de faeces van een patiënt. Nu wilde het geval dat het water van de Broad Street pomp afkomstig was van een plek in de Thames waar ook fecaliën werden geloosd. Om kort te gaan, Snow had

heel uitgewerkte ideeën over de oorzaken van de cholera. En hij had antwoorden op de kritiek die de aanhangers van de miasmatheorie hadden op het contagionisme.

Van Snow leren we dus het belang van theorie en van het goed kijken naar en interpreteren van de feiten. Geen goede public health zonder goed gebruik van de beschikbare medische kennis en zonder goed gebruik van de epidemiologie.

Wat hebben wij aan deze historische uitstapjes als we ons bezig willen houden met de hedendaagse sociaal-economische gezondheidsverschillen?

Virchow en de zijnen zeiden dat het de taak is van de public health om alle condities in ogenschouw te nemen die de burger ervan weerhouden goed voor de eigen gezondheid te zorgen. Nu hebben wij inmiddels in onderzoek gevonden dat mensen in de lagere sociaal-economische klassen minder goed in staat zijn voor hun gezondheid te zorgen dan mensen uit hogere klassen. Wij hebben prachtige modellen van gezondheidsbevordering ontwikkeld die ons kunnen helpen om dit te verklaren. Ik noem als voorbeeld het ASE-model, waarbij de A staat voor Attitude, de S voor de Sociale invloed en de E voor de Eigen effectiviteitsverwachting. Het ASE-model stelt dat voorlichting niet voldoende is om mensen te motiveren tot gezonder gedrag. Voorlichting leidt wel tot vergroting van kennis, en dat is meestal wel een noodzakelijke voorwaarde voor gedragsverandering. Maar mensen die weten dat roken dodelijk is, zullen niet om die reden stoppen. Hun houding, hun attitude, moet ook worden beïnvloed. Hun sociale omgeving moet ondersteunend werken. En ze moeten het gevoel hebben dat ze zelf iets kunnen verbeteren aan hun kansen op een goede gezondheid. Dan pas bestaat er een reële kans dat zij zich gezonder gaan gedragen.

Op zich wil ik niets zeggen ten nadele van het ASE-model. Maar wat in het hedendaagse gebruik ervan doorklinkt is het volgende. Als we erin slagen om mensen uit lagere sociale klassen zo te beïnvloeden dat zij zich gezonder gaan gedragen, dan krijgen zij uiteindelijk dezelfde kansen op gezondheid als de mensen uit de hogere sociale klassen. Met andere woorden, we kunnen de sociaal-economische gezondheidsachterstanden opheffen als we erin slagen iedereen zo ver te krijgen dat zij zich even gezond gedragen als de rijke bovenlaag van de bevolking. We weten dat het een hele toer is om iedereen zo ver te krijgen, maar hier ligt wel de sleutel tot de oplossing.

De vraag is of dit waar is. Er zijn waarnemingen die hier niet helemaal mee in overeenstemming zijn. Ik noem er drie.

De INTERHEART studie was een wereldwijde case control studie onder circa 25.000 mensen uit 52 landen naar risicofactoren voor sterfte aan hartinfarct. Men was vooral geïnteresseerd in risicofactoren waar je invloed op zou kunnen uitoefenen, zoals roken, voeding, fysieke activiteit en gebruik van alcohol. De INTERHEART studie leverde tal van intrigerende bevindingen op. Voor mijn verhaal vond ik de opmerkelijkste dat psychosociale factoren een eigen, onafhankelijke invloed bleken te hebben. Daarbij had men gekeken naar zaken als depressie, ervaren stress en ingrijpende levensgebeurtenissen. Ook was gemeten waar iemand zijn of haar 'locus of control' plaatste: binnen zichzelf of buiten zichzelf. Met andere woorden, of iemand het idee heeft zelf veel invloed te hebben op de eigen situatie of zich daarin juist tamelijk machteloos voelt. Op dit punt van gevoel van controle over de eigen situatie kom ik nog uitgebreider te spreken.

Wat moeten we concluderen uit de INTERHEART studie? Dat stress leidt tot hartinfarcten? Hoe dan? Doordat mensen die aan stress blootstaan, zich ongezonder gedragen, bijvoorbeeld door meer te roken? Hier ligt de verklaring niet, want zoals ik zei, de invloed van de psychosociale factoren was onafhankelijk, dat wil zeggen dat er was gecorrigeerd voor verschillen in gedrag. Blijkbaar spelen er andere mechanismen. Psychosociale factoren hebben, los van het feitelijke gedrag, invloed op het cardiovasculaire risico.

Tweede voorbeeld. In de Amerikaanse longitudinale CARDIA studie werd - binnen een subgroep van ruim 750 deelnemers - gevonden dat een lage sociaal-economische positie samenhangt met een verhoogd cardiovasculair risico. Dat verband bleef zichtbaar nadat gecorrigeerd was voor leeftijd, geslacht, etnische achtergrond, fysieke activiteit, body mass index, roken en systolische bloeddruk. In de CARDIA studie probeert men om biologische mechanismen te vinden die de samenhang tussen sociaal-economische positie en verhoogde incidentie van en sterfte aan coronaire hartziekten kunnen verklaren. Ik kom hier aanstonds nog op terug.

Derde voorbeeld. In Engeland wordt al sedert tientallen jaren een beroemde studie naar sociaal-economische gezondheidsverschillen uitgevoerd. Ik

doel op de Whitehall studie, een onderzoek onder 18.000 Londense ambtenaren. Deze ambtenaren werden verdeeld in vier sociaal-economische strata. Over een periode van 25 jaar werden de verschillen bestudeerd in sterfte als gevolg van coronaire hartziekten. De sterftekans in de laagste sociaal-economische groep was maar liefst 1,8 maal zo hoog als in de hoogste sociaal-economische groep. De onderzoekers waren benieuwd of dit kwam door verschillen in gedrag. Zij herhaalden daarom hun analyse, maar corrigeerden voor verschillen in rookgedrag en voor verschillen in voeding. Iets preciezer: de onderzoekers corrigeerden onder meer voor verschillen in rookgedrag, cholesterolspiegel in het bloed, bloedsuiker en systolische bloeddruk. En inderdaad, na al deze correcties was het verschil in sterftekans kleiner geworden, maar was de sterftekans in de laagste sociaal-economische groep nog steeds zo'n anderhalf keer hoger dan in de hoogste klasse. Dit betekent dat ongeveer eenderde van het oorspronkelijke sterfteverschil kon worden verklaard uit verschillen in gedrag. Natuurlijk is dat interessant. Maar minstens zo interessant is de vraag hoe het dan zit met die onverklaarde andere tweederde. Ik wil deze Engelse sterfecijfers gebruiken voor mijn verhaal over de Nederlandse situatie. En ik wil het niet alleen hebben over verschillen in *sterfte* aan hart- en vaatziekten, maar ook over verschillen in incidentie, dus in het vóórkomen van hart- en vaatziekten, los van de vraag of men eraan overlijdt. Laat ik voorzichtigheidshalve in het vervolg van dit verhaal niet spreken van een verdeling éénderde tegenover tweederde, maar van de kleinste helft en de grootste helft. De kleinste helft van de sociaal-economische verschillen in het vóórkomen van hart- en vaatziekten kunnen we dus verklaren uit bekende risicofactoren, met name uit het gedrag van mensen. De grootste helft van de sociaal-economische verschillen in het vóórkomen van hart- en vaatziekten kunnen we niet verklaren.

Ik hoop dat u mij wilt volgen als ik het thema van de sociaal-economische gezondheidsachterstanden toespits op diabetes en hart- en vaatziekten. Diegenen die weten waar ik mij bij de GGD Den Haag vooral mee heb bezig gehouden, namelijk diabetes bij Hindostanen, zullen hier wel begrip voor hebben. Het gaat overigens niet om een willekeurige keuze. Indertijd hebben wij in de Haagse sterftestudie aangetoond dat juist diabetes en hart- en vaatziekten de grootste bijdragen leveren aan de sociaal-economische sterfteverschillen in de stad.

Laten we ons eerst concentreren op die kleinste helft van de cardiovasculaire sterfteverschillen die verklaarbaar is uit gezondheidsgedrag. Dan gaat het om zaken als bewegingsarmoede, ongezonde eetgewoonten, overgewicht en roken. Zullen we, met goede campagnes van gezondheidsbevordering, dit gedeelte van deze sterfteverschillen uitbannen?

Dat is minder zeker dan menigeen denkt. We weten dat ongezonde leefgewoonten scheef zijn verdeeld. Dat de mensen uit de lagere sociaal-economische lagen vaker ongezond gedrag vertonen dan de mensen uit de hogere sociaal-economische lagen. Maar we weten slechts ten dele hoe dat komt. Als we de ongezonde leefgewoonten aanwijzen als oorzaken van gezondheidsverschillen, dan gaat het mij nu om de vraag wat dan de oorzaken van die ongezonde leefgewoonten zijn. De 'causes of the causes', zoals de bekende Engelse epidemioloog Michael Marmot ze noemt. Marmot, overigens een van de belangrijke mannen van de genoemde Whitehall studie, wijst erop dat stressverwekkende levensomstandigheden ongelijk zijn verdeeld over de sociale strata. En dat de mate waarin mensen zelf controle kunnen uitoefenen over hun levensomstandigheden eveneens ongelijk verdeeld is. Kortom, aan de sociaal-economische verschillen in gezond gedrag liggen sociaal-economische verschillen in levensomstandigheden ten grondslag.

Ik moet onwillekeurig denken aan een bekende tijdgenoot van Virchow en Snow. Ik doel op een revolutionaire filosoof die godsdienst 'het opium van het volk' noemde. Godsdienst was datgene waarmee het gewone volk zichzelf als het ware troostte in een kommervol bestaan. In het hiernamaals zou het allemaal beter zijn. Hoe ligt dit heden ten dage? We leven in een geseculariseerde maatschappij en voor de overgrote meerderheid van de bevolking is godsdienst niet meer zo heel belangrijk. Maar heeft men tegenwoordig dan geen troost meer nodig? Wat zouden we vandaag het opium van het volk kunnen noemen? Ik geef een complex van ongezonde leefgewoonten een goede kans op deze titel. Passief hangen voor de televisie, liefst met programma's die licht verteerbaar zijn, en met een sigaretje, een calorierijk blikje frisdrank en een snack of een patatje onder handbereik.

Het is een wrang beeld dat ik hier schets. De maatschappelijke ongelijkheid leidt ertoe dat groepen aan de onderkant van de samenleving ongezonder gaan leven. Tegelijk biedt een liberale economie alle ruimte aan onder meer de tabaks- en voedingsindustrie om geld te verdienen aan deze ongezonde

leefgewoonten. Ook als de overheid hier regulerend in optreedt, bijvoorbeeld door een rookverbod in openbare ruimten, is dit dus niet meer dan symptoombestrijding. Hetzelfde moet worden gezegd van de meeste campagnes van gezondheidsbevordering, vooral als zij zich beperken tot het bevorderen van gezond gedrag. Voor alle duidelijkheid: hiermee is niet gezegd dat overheidsregulering niet moet of dat gezondheidsbevordering onzinnig is. Integendeel, het zou het toppunt van cynisme zijn indien we deze strategieën zouden verlaten. Maar wij moeten ons bewust zijn van de principiële beperktheid van hun betekenis.

Vergeleken met het negentiende eeuwse opium van het volk is het hedendaagse opium van het volk in zeker opzicht veel schadelijker. Immers, in de negentiende eeuw was het vooral een manier om te dealen met een zwaar dagelijks bestaan, zonder dat je van dat opium nou direct ziek werd. Het hedendaagse opium echter is, zoals professor Samad Shera het noemde, een massavernietigingswapen. Als de bestaande maatschappelijke verhoudingen mede verantwoordelijk zijn voor de productie en het gebruik van dergelijke vernietigingswapens, dan moet de conclusie luiden dat het bijzonder moeilijk is geworden om gezondheidsachterstanden te bestrijden zonder tegelijk de maatschappelijke verhoudingen aan de orde te stellen. Misschien geldt dit anno 2008 nog wel sterker dan ten tijde van onze inspirator Rudolf Virchow.

Laten we de maatschappelijke aspecten even laten rusten en ons richten op de medisch-wetenschappelijke aspecten. Ik heb u eerder gezegd dat ik zekere parallellen zie in de huidige stand van de medische wetenschap en de tegenstellingen in de negentiende eeuw tussen de miasmatici en de contagionisten. Een belangrijk verschil is wel dat men zich toen beter leek te realiseren dat er nog veel onzeker en onbekend was. Tegenwoordig lijkt wel eens de mening te overheersen dat de medische wetenschap nog slechts enkele details hoeft in te vullen en dat men het meeste wel weet. Toegespitst op diabetes en hart- en vaatziekten vraag ik me af of dat klopt.

Wat weten wij over hetgeen zich in een lichaam afspeelt wanneer het bijvoorbeeld te dik is geworden? Welke evenwichten zich instellen? We weten dat zich dan diabetes kan ontwikkelen. Dat is een nieuw soort evenwicht, een onomkeerbaar evenwicht en een evenwicht tussen aanhalingstekentjes, want geen echt evenwicht. Maar hoe zit het precies vóór die tijd? Dus als iemand bijvoorbeeld wel een gestoorde

glucosetolerantie heeft, maar nog geen diabetes? Of als iemand alleen maar veel te dik is? We weten steeds meer over neurologische en hormonale mechanismen die een rol spelen bij zaken als hongergevoel en gevoel van verzadiging en bij de regulering van ons energieverbruik. Het vetweefsel zelf produceert ook hormonen die in die regulering een rol spelen. Kan het zo zijn dat wanneer iemand eenmaal te dik is, dat de normale reguleringsmechanismen niet meer goed functioneren? Dat er nieuwe metabole evenwichten zijn ontstaan die het erg moeilijk, zo niet onmogelijk maken dat iemand louter op wilskracht een normaal gewicht kan bereiken? Kortom, dat de biologie de beperkende factor is geworden?

We weten het niet, al nemen onze inzichten wel toe. Hier past dus wel enige bescheidenheid als we denken dat we evidence based programma's kunnen ontwikkelen om overgewicht te bestrijden en fysieke fitheid te bevorderen. Net als bij de bestrijding van de cholera-epidemie hebben we voor de bestrijding van de obesitas-epidemie behoefte aan een goed wetenschappelijk inzicht in de oorzakelijke processen. Kortom, John Snow kan onze tweede inspiratiebron zijn.

Dan nu aandacht voor die grootste helft van de sociaal-economische verschillen in het voorkomen van hart- en vaatziekten. Het gedeelte dat we niet kunnen verklaren uit de bekende risicofactoren. En dat dus niet zal verdwijnen, ook niet als we ervoor zouden kunnen zorgen dat iedereen zich net zo gezond gaat gedragen als de hoogste sociaal-economische laag.

Er zijn wetenschappers die hebben nagedacht over de mechanismen die ten grondslag liggen aan deze grootste helft van de sociaal-economische cardiovasculaire gezondheidsverschillen.

Onderzoekers van de eerder genoemde CARDIA studie zien een rol voor het parasymphatische zenuwstelsel in de verklaring van sociaal-economische verschillen in cardiovasculaire gezondheid. Via dit deel van het autonome zenuwstelsel wordt in ieder geval de werking van het hart beïnvloed. En zij hebben hierbij sociaal-economische verschillen aangetoond.

De onderzoekers van de eveneens eerder genoemde Whitehall studie denken dat cortisol, ook wel aangeduid als het stresshormoon, een belangrijke rol speelt. Stress zou dan via de zogeheten hypothalamus - hypofyse - bijnier - as zorgen voor verhoogde cortisolspiegels. Dit zou dan leiden tot het metabool

syndroom, een voorstadium van diabetes dat gekenmerkt wordt door insulineresistentie, een vergrote buikomvang, een verhoogde bloeddruk en een ongunstige samenstelling van de vetten in het bloed.

Marmot zegt in dit verband enkele behartigenswaardige dingen. In westerse samenlevingen is het in zijn algemeenheid niet zo dat de mensen met een lage sociaal-economische positie onvoldoende materiële welvaart hebben om gezond te kunnen leven. Maar ook indien de materiële welvaart boven een bepaald minimumniveau uitstijgt, is niet aan de voorwaarden voldaan om een optimale gezondheid te bereiken. Mensen die minder controle hebben over hun bestaan, die minder in staat zijn om in de maatschappij te participeren, hebben daarmee levensomstandigheden die leiden tot een slechtere gezondheid. Voor een deel loopt dit via de weg van het ongezondere gedrag, maar voor het grootste deel via andere, meer direct lopende biologische mechanismen.

U hoort het misschien tussen de regels door: deze biologische verklaringen zijn deels nog speculatief. Ook is nog onvoldoende duidelijk hoe groot het deel is van de gezondheidsverschillen dat door deze mechanismen wordt veroorzaakt. Alweer moet ik denken aan de wetenschappelijke discussies rond de cholera-epidemie. Net als toen, hebben we nog onvoldoende wetenschappelijke inzichten. En ook nu vraag ik me af of deze gezondheidsverschillen kunnen worden bestreden zonder de maatschappelijke verhoudingen erin te betrekken die aan de verschillen ten grondslag liggen. Immers, het lijkt er sterk op dat een lage sociaal-economische positie leidt tot psychosociale spanningen en stress en dat deze op hun beurt biologische reacties oproepen in het lichaam die een verhoogde kans geven op hart- en vaatziekten. Kortom, ook bij het nadenken over deze onverklaarde grootste helft van de cardiovasculaire gezondheidsverschillen, kunnen Snow en Virchow onze inspirators zijn.

Als u mij toestaat om op dit moment een uitstapje te maken naar de Hindostanen, dan gelden alle onzekerheden die ik noemde misschien nog wel sterker. We weten inmiddels dat gezond gedrag bij deze bevolkingsgroep geen honderd procent garantie geeft tegen het optreden van diabetes en hart- en vaatziekten. We weten dat deze bevolkingsgroep extra risico's draagt, waaronder een fragiel vaatstelsel, een hoger vetpercentage bij een gelijke body mass index,

in vergelijking met mensen van West-Europese afkomst, en een bij de geboorte al aantoonbaar verhoogd risico in de zin van een relatief hoog percentage lichaamsvet en een verhoogde insulineconcentratie in het navelstrengbloed. De Hindostanen behoren in meerderheid tot de lagere sociaal-economische klassen in Den Haag, maar hebben blijkbaar daarnaast een verhoogd cardiovasculair en diabetesrisico dat specifiek is voor deze bevolkingsgroep. Overigens vonden wij in Den Haag, althans op jongere leeftijd, een duidelijk verschil in vóórkomen van suikerziekte onder Hindostanen al naar gelang hun sociaal-economische positie. Beneden de leeftijd van vijftig jaar komt onder Hindostanen die in de Schilderswijk en Transvaal wonen, diabetes bijna vier keer zo vaak voor als onder de Hindostanen die in de wat betere wijken wonen.

Ik kom tot de volgende conclusies.

Ten eerste kunnen we de grootste helft van de cardiovasculaire oversterfte in de laagste sociaal-economische klasse niet verklaren uit de bekende risicofactoren, waaronder gedragsfactoren zoals lichamelijke activiteit, voeding en roken. Hoe we deze grootste helft wél moeten verklaren weten we nog onvoldoende.

Ten tweede hebben we onvoldoende inzicht in de sociale mechanismen die de ongelijke verdeling verklaren van ongezond gedrag over de sociaal-economische strata.

Ten derde hebben we onvoldoende inzicht in de biologische mechanismen die ten grondslag liggen aan de diverse aspecten van cardiovasculaire gezondheid, zoals gevoel van honger dan wel verzadiging, adipositas, insulinegevoeligheid et cetera.

Ik pleit daarom voor meer, ook fundamenteel onderzoek naar de oorzaken van sociaal-economische gezondheidsverschillen, met daarbij apart aandacht voor verschillen die gerelateerd zijn aan verschillen in etnische achtergrond. Dit fundamentele onderzoek moet zich enerzijds richten op de maatschappelijke mechanismen die verantwoordelijk zijn voor gezondheidsachterstanden en anderzijds op de betrokken biologische mechanismen. Ik citeer nogmaals Virchow en de zijnen: de public health moet zorg dragen voor de samenleving als geheel door die algemene fysieke en sociale condities in ogenschouw te nemen die op een negatieve manier invloed kunnen hebben op de gezondheid. En net als

Snow moeten we al onze kennis en denkracht aanwenden om de mogelijke biologische mechanismen te doorgronden. Met andere woorden, de public health moet enerzijds een alliantie onderhouden met de sociale en gedragswetenschappen en anderzijds met de 'medical body of knowledge', ik zeg het maar even in mijn beste Nederlands. Deze laatste alliantie is misschien in de achterliggende periode wat verwaarloosd.

Ik ga nog even terug naar de familie Turkdogan in de Haagse Schilderwijk. U hebt vast tijdens mijn beschrijving op verschillende momenten mogelijkheden gezien om tot verbetering te komen. Ik denk ook dat wij die mogelijkheden moeten proberen te benutten. Ik denk ook dat de public health daar essentieel in is. Bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg, die in mijn ogen een buitengewoon belangrijke rol kan spelen. Niet alleen in de zorgverlening en begeleiding van ouders en kinderen, maar ook als regisseur. Ik wil ook dat u mijn verhaal niet misverstaat. Ik heb gewezen op vele beperkingen in onze kennis. Maar dat mag ons niet weerhouden van het aanbieden van interventies waarvan wij weten of waarvan het voldoende aannemelijk is dat zij de familie Turkdogan ten goede komen. En ik weet van creatieve en inspirerende initiatieven op dit gebied. Van jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. Van huisartsen. Van leerkrachten. Ik noem, als willekeurig voorbeeld, de Haagse sporttuinen. Enkele leerkrachten gymnastiek hebben de handen ineengeslagen om op een braakliggend terreintje in de Schilderswijk iedere middag sport- en spelactiviteiten aan te bieden aan de kinderen van hun basisscholen. Dit vergde en vergt forse investeringen, niet alleen van de kant van de gemeente, maar ook van de scholen die dit betalen en van de betrokken leerkrachten. Maar ze dóen het wel!

Dames en heren, mijn betoog heeft uiteraard alles te maken met de manier waarop ik invulling hoop te geven aan de leerstoel 'Public health, in het bijzonder de gezondheid van groepen in achterstandsituaties'. De voorgeschiedenis van deze leerstoel is als volgt. Enkele jaren geleden besloot het LUMC om de toenmalige afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde uit te bouwen tot de huidige afdeling Public health en Eerstelijns-geneeskunde. Hiermee kwam bij het LUMC weer een volwaardige plek voor de discipline Sociale Geneeskunde. In diezelfde periode kwam ZonMw, het grote Nederlandse fonds voor gezondheidsonderzoek, met het programma 'Academische werkplaatsen Publieke

gezondheid'. Doel van dit programma is om een brug te slaan tussen de universiteit en de praktijk van de openbare gezondheidszorg, met name de GGD-en. De toen nog vier, na een fusie inmiddels drie GGD-en in onze regio, TNO Kwaliteit van Leven en het LUMC richtten de Academische Werkplaats Public health Noordelijk Zuid-Holland op. Met succes werd een aanvraag ingediend bij het zojuist genoemde ZonMw-programma. Parallel aan de ontwikkeling van deze academische werkplaats vestigde de gemeente Den Haag een leerstoel Public health bij het LUMC. Deze bijzondere leerstoel is nauw gekoppeld aan de academische werkplaats. Binnen de LUMC-afdeling Public health en Eerstelijns-geneeskunde is een sectie Public health gevormd, waar ik als bijzonder hoogleraar leiding aan mag geven. Naast mijn 70% aanstelling ten behoeve van de leerstoel, inclusief het coördinatorschap van de academische werkplaats, blijf ik voor 30% verbonden aan de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag. Ik heb het voorrecht om als het ware in eigen persoon een deel van de genoemde brug te vormen tussen universiteit en GGD. De leeropdracht 'Public health, in het bijzonder de gezondheid van groepen in achterstandsituaties' impliceert onder meer dat ik geacht word om, zij het met andere middelen, de lijn voort te zetten die ik al bij de GGD Den Haag volgde. Er zijn natuurlijk belangrijke verschillen. Een GGD-epidemioloog doet vooral beschrijvend onderzoek. Universitaire onderzoekers zijn vooral geïnteresseerd in meer fundamenteel onderzoek. Bijvoorbeeld naar de oorzaken van het verhoogd voorkomen van bepaalde ziekten bij bepaalde bevolkingsgroepen. En dat is dan weer informatie die nuttig kan zijn bij het ontwikkelen van preventiestrategieën, dus daar kunnen de GGD-en weer hun voordeel mee doen. En de universiteit kan, vanuit een meer gedistantieerde en onafhankelijke positie, een bijdrage leveren aan de evaluatie van preventieve activiteiten, óók die van de GGD-en. Kortom, de academische werkplaats en de leerstoel bieden in mijn ogen uitstekende kansen waarbij het beste van de twee werelden kan worden gecombineerd.

Wat betekent dit alles nu voor het onderwijs en het onderzoek aan het LUMC?

Eerst het onderwijs. De afgelopen jaren hebben een ontwikkeling laten zien waarbij in toenemende mate werd samengewerkt met GGD-en ten behoeve van het onderwijs in de fase vóór de coassistentenschappen. Ik doel hierbij niet alleen op gastcolleges, maar ook op de begeleiding van het kleinschalige werkgroep-

onderwijs door medewerkers afkomstig uit alle drie de GGD-en. Voor de GGD-medewerkers een inspirerende ervaring, voor de studenten een uitmuntende mogelijkheid om rechtstreeks in contact te komen met mensen uit de dagelijkse praktijk van de openbare gezondheidszorg.

Voor de GGD-en is dit tegelijk een diepte-investering om ook in de toekomst juist de goede medische studenten te kunnen aantrekken voor functies in de openbare gezondheidszorg.

Natuurlijk komt ook hier de liefde niet van één kant. Het LUMC gaat nascholingen verzorgen voor GGD-medewerkers. Op dit moment zijn wij aan het nagaan wat daarvoor de meest geëigende thema's en terreinen zijn, waar bij de GGD-en behoefte aan is. Ook dit is een veelbelovend aspect van de academische werkplaats.

Dan het onderzoek. Ik noemde al dat de Academische Werkplaats Noordelijk Zuid-Holland een aanvraag toegekend heeft gekregen uit het ZonMw-programma Academische werkplaatsen. Daarnaast zijn uit diverse andere bronnen subsidies verkregen. Al met al spreken we inmiddels van vijf lopende promotie-trajecten, of misschien zes, afhankelijk van een nog te verkrijgen deelfinanciering. Al deze onderzoeken zijn gebaseerd op behoeften die geformuleerd zijn door medewerkers van de drie betrokken GGD-en. En dan praat ik niet alleen over GGD-epidemiologen, maar ook over gezondheidsbevorderaars, infectieziekte-artsen en jeugdartsen.

Al voor de opbouw van de sectie Public health had de LUMC-afdeling Public health en Eerstelijns-geneeskunde twee prioritaire velden benoemd, te weten de Ouderengeneeskunde en de Preventie. Hier kan de sectie Public health natuurlijk uitstekend bij aansluiten. Een voorbeeld. Twee promovendi ontwikkelen en testen een programma voor preventief gezondheidsonderzoek voor ouderen. Dit zal onder meer leiden tot afgewogen inzichten in de voors en tegens van zogeheten Consultatiebureaus voor Ouderen.

Ik zal niet alle lopende projecten bespreken. Ik wil twee aspecten naar voren halen: de invulling van de leeropdracht en de samenwerking met andere medische disciplines.

De invulling van de leeropdracht, ik zei het al, impliceert onder meer een bepaalde vorm van voortzetting van mijn werk bij de GGD Den Haag. Zo zullen twee medewerkers van de afdeling Epidemiologie van deze GGD promoveren op onderzoek naar de gezondheid van niet-westerse

allochtonen. Beide projecten zijn meteen voorbeelden van samenwerking met klinische disciplines. In het ene onderzoek staat de vitamine D status centraal van niet-westerse allochtonen. In dit onderzoek werken we samen met huisartsen in Den Haag, Amersfoort, Amsterdam en Haarlem, met het landelijke onderzoeksinstituut Nivel en met de Vrije Universiteit, te weten het EMGO-instituut en de afdeling Endocrinologie. In het andere onderzoek wordt nagegaan wat de mogelijke invloed is van de omstandigheden tijdens de zwangerschap van Hindostaanse vrouwen, op het verhoogde risico op diabetes en hart- en vaatziekten van hun nageslacht. Dit verhoogde risico is al bij de geboorte van Hindostaanse baby's aantoonbaar aanwezig. In dit onderzoek werken we intensief samen met Vasculaire Geneeskunde en met de afdeling Verloskunde van het LUMC. Daarnaast werken we samen met de Universiteit van Southampton, de bakermat van de achterliggende theorie, die we wel aanduiden als de 'fetal origins'-, of beter 'developmental origins'-hypothese. De Universiteit van Southampton heeft in India onderzoek uitgevoerd naar de invloed van fetal origins waar wij met ons Haagse onderzoek erg goed bij kunnen aansluiten.

Zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheid van niet-westerse allochtonen zal onderwerp van studie zijn in het kader van de leerstoel. Wat betreft de geestelijke gezondheid denk ik natuurlijk meteen aan de bevindingen van de GGD Den Haag, namelijk dat Turkse en Hindostaanse jonge vrouwen buitengewoon vaak een poging tot zelfdoding ondernemen, zij het gelukkig meestal zonder dodelijke afloop. Tegelijkertijd moeten we niet vergeten dat er ook autochtone groepen in achterstandsituaties bestaan. Als ik weer mag putten uit mijn verleden bij de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag, moet ik bijvoorbeeld denken aan het onderzoek naar overgewicht onder Haagse schoolkinderen. Bij oververdeling naar woonwijk sprong de *witte* achterstandswijk Duindorp hier extreem ongunstig uit. Het hedendaagse opium voor het volk vindt blijkbaar ook slachtoffers onder autochtone Hagenezen, en al op jonge leeftijd.

U merkt het, de leerstoel floreert dankzij de academische werkplaats en de werkplaats floreert dankzij de leerstoel. En zo hoort het ook. Bij alle lopende promotieonderzoeken zijn GGD-medewerkers betrokken. De academische werkplaats is dus niet alleen samenwerking, maar ook een vorm

van opleiding van GGD-medewerkers. Natuurlijk zal de leerstoel zich niet beperken tot de endocrinologie, de metabole stoornissen en de hart- en vaatziekten. De ontwikkeling van de leerstoel zal worden gestuurd door de inhoud van de leeropdracht, en de leerstoel zal zich dus ook richten op gezondheidsachterstanden op andere terreinen. Daarnaast zal via de academische werkplaats input komen van de drie GGD-en die in de werkplaats participeren. Om dit te faciliteren zijn binnen de werkplaats themagroepen gevormd op de terreinen Infectieziektebestrijding, Gezondheidsbevordering, Openbare Geestelijke Gezondheidszorg en Jeugd-gezondheidszorg, met binnen deze laatste themagroep een bijzondere positie voor TNO Kwaliteit van Leven. Op al deze terreinen zijn en worden onderzoeksprojecten ontwikkeld en zullen nieuwe onderzoeken ontwikkeld worden. Het zal u duidelijk zijn geworden dat ik daarbij graag samenwerking nastreef met de andere afdelingen van het LUMC en overigens ook met andere onderdelen van de Universiteit Leiden. In het bijzonder noem ik de Faculteit der Sociale Wetenschappen, waarmee al toenemend samengewerkt wordt.

De confrontatie van de universitaire wereld en de GGD-wereld leidt tot interessante ontwikkelingen, heb ik gemerkt. Zo staat in mijn ervaring het denken over een onderwerp als 'de gezondheid van groepen in achterstandsituaties' binnen het LUMC nog in de kinderschoenen. Omgekeerd zie ik mogelijkheden om de nauwe verbinding die binnen de LUMC-afdeling Public health en Eerstelijns geneeskunde bestaat tussen de eerstelijns mensen en de public health-mensen te vertalen naar de praktijk. Bijvoorbeeld door nauwere samenwerkingsrelaties tot stand te brengen tussen GGD-en en eerste lijn. Als afsluiting van mijn schets van de plannen met de leerstoel wil ik hier graag een lans voor breken. Want naar mijn overtuiging liggen hier nog veel onbenutte kansen om te komen tot een veel krachtiger preventie, met name voor de zogeheten 'moeilijk bereikbare groepen'.

Voor de GGD zijn dit prioriteitsgroepen, die met zeer wisselend succes worden bereikt; voor de huisarts zijn het individuen aan wie alleen met extra inspanningen goede zorg kan worden verleend. Preventie voor deze groepen wordt maar al te gauw het slachtoffer van deze situatie. Samenwerking tussen nulde en eerste lijn kan dit doorbreken, mits goed en geprogrammeerd opgezet. Zelf hoop ik hieraan bij te dragen vanuit de ervaringen van de GGD Den Haag, die al veel en intensief samenwerkt met name met zorgverleners in achterstandswijken: huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten, verloskundigen, verpleegkundigen, praktijkondersteuners et cetera. Een sluitende preventieketen kan leiden tot preventie die echt iedereen ten goede komt, ook de groepen in achterstandsituaties. Pas dan kunnen we spreken van public health zonder aanzien des persoons.”

Literatuur:

- Rosen G. A History of Public health. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press 1958 / 1993.
- Houwaart ES. De hygiënisten. Artsen, staat & volksgezondheid in Nederland 1840 - 1890. Groningen: Historische Uitgeverij 1991.
- Marmot M. Status syndrome. London: Bloomsbury 2004.
- Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, Blackett KN, Sitthi-amorn C, Sato H, Yusuf S, for the INTERHEART investigators. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004;364:953-62.
- Sloan RP, Huang MH, Sidney S, Liu K, Williams OD, Seeman T. Socioeconomic status and health: is parasympathetic nervous system activity an intervening mechanism? Int J Epidemiol 2005;34:309-15.
- Valassi E, Scacchi M, Cavagnini F. Neuroendocrine control of food intake. Nutr Metab Cardiovasc Dis 2008;18:158-68.

Zijn de care-voorzieningen klaar voor de groeiende groep Turkse en Marokkaanse ouderen in Den Haag?

Een literatuurverkenning

I. Burger

Dit artikel van het Epidemiologisch Bulletin inventariseert beschikbare kennis en vaardigheden die nodig zijn om de Turkse en Marokkaanse ouderen in Den Haag een cultuurpassende verzorgde 'oude dag' te kunnen bieden. Het verkent de Nederlandse literatuur over (passende) care-voorzieningen¹ voor Turkse en Marokkaanse ouderen. De afgelopen tien jaar wordt steeds meer gepubliceerd over dit onderwerp en vindt met regelmaat - meestal kleinschalig - onderzoek plaats. Eerder is in dit tijdschrift beschreven dat in Den Haag de groep Turkse en Marokkaanse ouderen substantieel groeit (1). De Surinaamse ouderen nemen eveneens in aantal toe. Vanzelfsprekend is ook voor deze allochtone groep 'passende care' noodzakelijk en kan ook voor hen de zorg nog beter worden afgestemd. Bij Turkse en Marokkaanse ouderen spelen echter specifieke aspecten, waar velen minder vertrouwd mee zijn en dat komt niet alleen door de taalbarrière die in deze groep in vergelijking tot hun Surinaamse leeftijdgenoten, veel sterker aanwezig is.

Het artikel vangt aan met enkele demografische kengetallen en epidemiologische gegevens over mate van (on)gezondheid bij Turkse en Marokkaanse ouderen. Na een algemeen deel over mogelijke oorzaken van het beperkte gebruik van ouderenzorg door Turken en Marokkanen, krijgen de verschillende typen care-voorzieningen afzonderlijk aandacht, aangezien (de wijze van) gebruik afhankelijk is van het type care-voorziening (2). Aan het einde van het artikel komen kort mogelijkheden voor empowerment en participatie van Turkse en Marokkaanse ouderen aan de orde. Het voordeel van deze opbouw is dat de paragrafen over voorzieningen afzonderlijk kunnen worden gelezen, maar heeft ook tot gevolg dat er enige herhaling optreedt doordat bij verschillende voorzieningen dezelfde mogelijkheden en knelpunten kunnen spelen. Het artikel - de literatuur - is niet primair gericht op Den Haag, maar is wel op Den Haag van toepassing en voorzien van Haagse voorbeelden. Het biedt informatie om de care-voorzieningen voor Turkse en Marokkaanse ouderen

verder af te stemmen en te verbeteren. Het terrein is in beweging en krijgt bij instanties gelukkig steeds meer aandacht. Hierdoor kan niet worden uitgesloten dat sommige uitkomsten van onderzoek, bijvoorbeeld van enige jaren geleden, bij werkers die actief zijn in dit veld al niet (meer) spelen. Evenmin hoeven ze te gelden voor alle Turkse en Marokkaanse ouderen. Zeker is dat er nog lange een weg te gaan is.

Aantallen en mate van (on)gezondheid

Veel eerste-generatie Turkse en Marokkaanse ouderen zullen in Nederland hun 'oude dag' doorbrengen. Van oorsprong waren velen dit niet van plan. De meesten wilden na een periode van werken en geld verdienen terugkeren naar hun geboorteland. Ook nu nog dromen velen van een terugkeer. Maar de werkelijkheid is weerbarstig. Turkije en Marokko veranderen, kinderen wonen hier en de financiële situatie en gezondheidszorg in Nederland bieden betere perspectieven. Al zien we dat het aanbod van curatieve voorzieningen in bijvoorbeeld de grotere steden in Turkije verbeteren.

¹ Gericht op langdurige verzorging en verpleging, in tegenstelling tot de cure-voorzieningen die op genezing en behandeling zijn gericht.

Over de auteur:

Mw. I. Burger, epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn.
Email: i.burger@ocw.denhaag.nl

Alleen al door hun aantal tellen de Turkse en Marokkaanse ouderen steeds meer mee. Op dit moment (2008) wonen in Den Haag ruim tweeduizend Marokkanen van 55 jaar en ouder. Naar verwacht zullen dat er in 2022 - over veertien jaar - bijna 4.500 zijn (3). Voor de Turken valt de prognose hoger uit: bijna 2.200 nu, naar 6.000 in 2022. Na de eerste-generatie Surinamers (momenteel circa 6.800 55-plussers) zijn dit de grootste migrantengroepen in opkomst in Den Haag.

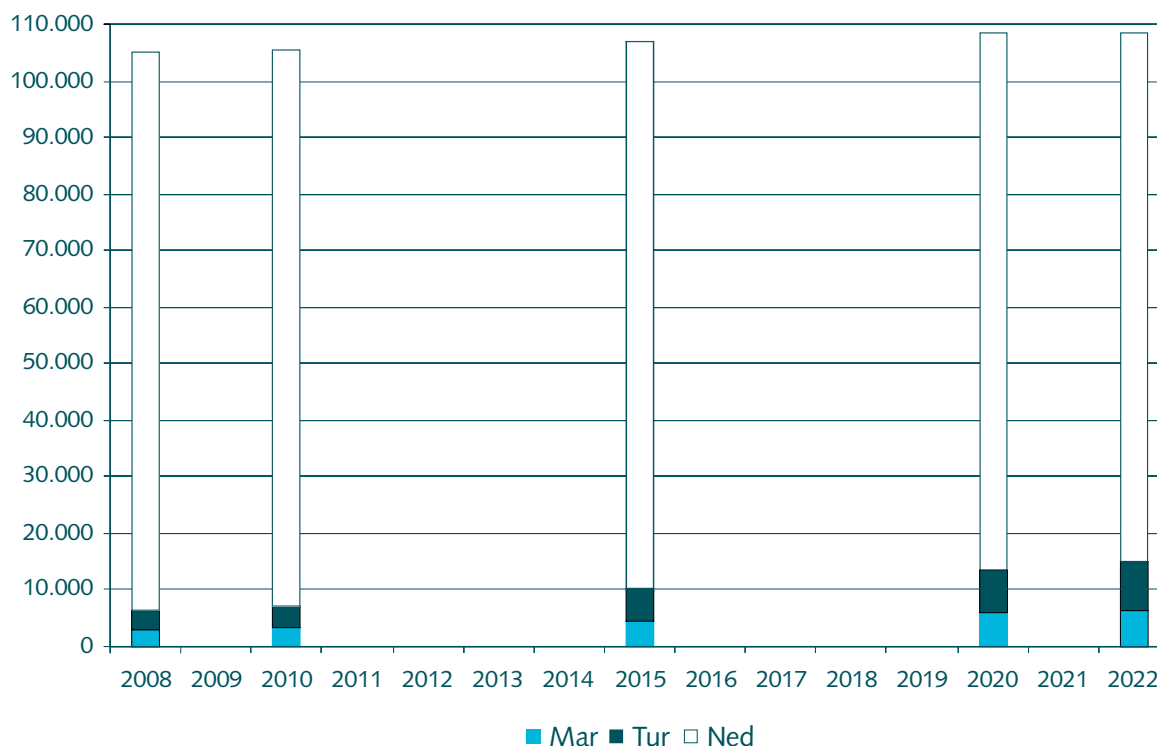
Autochtone Nederlanders zullen zichzelf wanneer ze 55 jaar worden niet meteen classificeren als 'oudere' of 'senior', zeker niet wanneer ze gezond zijn en volop participeren in de maatschappij. Maar bij Turken en Marokkanen in Nederland ligt dit anders. Hun gezondheidsbeleving is over het algemeen minder goed, waardoor ze zich eerder 'oud' voelen. Om de oudere generatie Turken en Marokkanen aan te duiden kiezen beleidsmakers en onderzoekers steeds vaker voor een lagere leeftijdsgrens, van 50 jaar en soms zelfs van 45 jaar (4)(5)(6). Bij een leeftijdsgrens van 50 jaar wonen in 2022 in Den Haag circa 8.800 Turkse ouderen en 6.500 Marokkaanse ouderen².

De verhouding tussen autochtone Haagse 50-plussers en Turkse of Marokkaanse Haagse 50-plussers is dan circa 6 : 1 (zie figuur 1).

Door zware lichamelijke arbeid - vaak onder slechte omstandigheden - hebben veel oudere Turkse en Marokkaanse mannen gezondheidsproblemen gekregen. Veel onderzoeken bevestigen de slechtere gezondheid van Turkse en Marokkaanse ouderen. Zo is het aantal zelfgerapporteerde chronische aandoeningen³ door Turkse en Marokkaanse ouderen in Nederland (gemiddeld 3,4 en 2,8 aandoeningen) hoger dan dat van hun Surinaamse, Antilliaanse en autochtone landgenoten (respectievelijk 2,3; 1,6 en 1,7) (7). 46% Van de Turkse en 57% van de Marokkaanse ouderen hebben ernstige fysieke beperkingen (Surinaamse ouderen 25%; Antilliaanse 12% en autochtone 15%) (7). Ook de prevalentie van zelfgerapporteerde depressieve verschijnselen is vele malen hoger: 61,5% onder de Turkse migranten van 55 jaar en ouder en 33,6% onder de Marokkaanse, tegenover 14,5% onder de autochtone Nederlanders (8). De veelal slechte gezondheid van Turkse en

Figuur 1.

Prognosecijfers van het aantal Marokkaanse, Turkse en Nederlandse Hagenaars van 50 jaar en ouder. Den Haag 2008, 2010, 2015, 2020 en 2022 (3).



² Turkse en Marokkaanse ouderen uit kleine dorpen zullen hun exacte leeftijd niet altijd weten.

³ Suikerziekte, hartaandoeningen, astma, gewrichtsklachten en hoofdpijn.



Marokkaanse ouderen leidt er toe dat zij vaak al rond het 55ste jaar behoefte hebben aan zorghulp (7).

De context van hulp- en zorgbehoefte

Ondanks dat veel Turkse en Marokkaanse ouderen in Nederland gezondheidsproblemen hebben, is het gebruik van de care-voorzieningen voor ouderen (zoals thuiszorg, maaltijdvoorziening, vervoermogelijkheden, respijtzorg⁴ of verzorgingshuizen), nog beperkt. Ze oriënteren zich nauwelijks op de ouderenvoorzieningen in Nederland.

Dit in tegenstelling tot het gebruik van de curatieve zorgvoorzieningen (9)(10), die in vergelijking tot het thuisland, over het algemeen ook als kwalitatief beter worden ervaren. Schellingerhout e.a. stellen dat gezondheidsbeleving en het zoeken van (medische) hulp ook een culturele component heeft (7). Oudere Turken en Marokkanen zouden zich bij (ouderdoms)-gebreken eerder terugtrekken uit het maatschappelijke leven. Daar komt bij dat door religie, cultuuropvattingen, persoonlijke migratiegeschiedenis en arbeidsverleden, hun verwachtingen en mogelijkheden bij het ouder worden anders zijn dan die van de hier geboren en getogen Nederlanders. De meeste Turkse en Marokkaanse ouderen zijn laag opgeleid en verkeren in een slechte financiële positie, mede doordat ze vanwege een beperkt verblijf in Nederland geen volledige AOW-uitkering krijgen. Ze hebben

weinig te besteden waardoor ze zich beperkt voelen in hun mogelijkheden.

De verwachting hulp van hun kinderen te krijgen of de stille wens de oude dag in hun geboorteland door te kunnen brengen houdt hen veelal tegen te anticiperen op de ouderdom. Ze zijn het ook minder gewend in concrete termen over de toekomst na te denken, al komt hier langzaam verandering in. Het langdurig zorg verlenen aan ouderen is ook nieuw voor Turken en Marokkanen. Door onder andere de goede medische voorzieningen in Nederland blijven ouderen langer in leven. Het model dat kinderen hun ouder(s) in huis nemen zoals in het land van herkomst voorkomt, is niet berekend op langdurige zorg (11).

De taalbarrière is bij de eerste-generatie Turkse en Marokkaanse ouderen, anders dan bij de Surinaamse en Antilliaanse ouderen, een steeds terugkerend groot probleem: 61% van de Turkse ouderen en 53% van de Marokkaanse heeft taalhulp nodig bij bezoek aan de huisarts (7). Vooral de vrouwen spreken vrijwel geen Nederlands, zijn nooit naar school zijn geweest en hebben nooit leren lezen en schrijven. Ze zijn in het kader van gezinshereniging naar Nederland gekomen en zijn vaak een stuk jonger dan hun echtgenoot (12). Veel Turkse en vrijwel alle Marokkaanse oudere vrouwen zijn volledig financieel

⁴ Respijtzorg is een verzamelterm voor voorzieningen die mantelzorgers in de gelegenheid stellen hun zorgtaken af en toe of regelmatig over te dragen aan een beroepskracht of vrijwilliger.

afhankelijk van hun man en leven sociaal geïsoleerd, vooral als de kinderen eenmaal uit huis zijn. Doordat zij hun partner overleven zullen veel vrouwen alleen komen te staan, buitengesloten van de collectieve zorg die de mannen onder elkaar regelden (13). Maar ook de mannen hebben door lange werkdagen en gebrek aan scholing maar beperkt de gelegenheid gehad zich de Nederlandse taal goed eigen te maken. Onder andere vanwege die taalbarrière vindt verwijzing naar specifieke care-voorzieningen voor ouderen onvoldoende plaats. Daar komt bij dat elkaars taal spreken nog niet hetzelfde is als elkaar goed verstaan.

Turkse en Marokkaanse ouderen maken dus nog onvoldoende gebruik van het aanbod. Om hier verandering in te brengen moeten de care-voorzieningen voor ouderen meer worden afgestemd op de wensen, behoeften en het zorggedrag van de Turkse en Marokkaanse ouderen. Anderzijds kan, zonder dit uitgangspunt te laten varen, ook een beroep worden gedaan op de eigen verantwoordelijkheid en de empowerment van de ouderen en hun omgeving. Dit laatste vloeit voort uit de vraaggerichtheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Bij deze vraaggerichtheid ziet Morée niet alleen een individuele component maar ook een sociale en culturele (14). Vraaggerichtheid vereist volgens haar, naast kennis en inzicht in de andere cultuur, ook de durf de eigen zorgopvattingen ter discussie te stellen.

‘Gezien de drempels die Turkse en Marokkaanse ouderen ervaren, kan het nodig zijn dat medewerkers van care-voorzieningen hen actief benaderen. Met andere woorden, outreachend werken’

Gezien de drempels die Turkse en Marokkaanse ouderen ervaren om professionele zorg in te schakelen, kan het bijvoorbeeld nodig zijn dat medewerkers van care-voorzieningen deze ouderen actief benaderen, met andere woorden outreachend werken. Hierbij is een gunstig neveneffect dat inzichten in een beter bereik van allochtone groepen ook van nut kunnen zijn bij het bereiken van minder draagkrachtige autochtone Nederlanders met een lagere opleiding. Zij hebben wat betreft zorggedrag veel met allochtone families gemeen (15). Ook zij raken vaak de weg kwijt in de lappendeken van care-voorzieningen in Nederland en ook zij hebben moeite om hulp te vragen aan buitenstaanders (16).

De beleving van ziekte, ouder worden en zorg-

behoefte is ingebed in een complexe culturele, familiale en sociale context. De drang bijvoorbeeld om zo mobiel mogelijk te blijven lijkt bij Turkse en Marokkaanse ouderen minder te bestaan, ze trekken zich terug op een steeds kleiner domein (17). In ziekteverhalen van 42 (chronisch zieke) patiënten van Marokkaanse herkomst kwam naar voren dat door het afgesneden zijn van het land van herkomst en de daar bestaande collectief gedeelde interpretaties van ziekte, het delen van ziekte-ervaringen ernstig wordt bemoeilijkt (18). Een ‘zelf’ in relatie tot de ziekte leek bij het merendeel van deze groep afwezig. De zieke voelde zich afhankelijk van God (die uiteindelijk voor genezing zal zorgen) en van artsen (die Gods instrument zijn tot genezing). Aandacht voor deze wijze van het ervaren van ziekte kan het rendement van de zorgverlening bevorderen. Vooral het serieus nemen van de mensen en het oog hebben voor hun persoonlijke situatie zijn daarbij van belang (2). De eerder vermelde hoge prevalentie van depressieve klachten is veelvuldig in verband gebracht met de migratie en de problematische werk- en woon-geschiedenis die hierop volgde (19). Vanwege de automatiseringsgolf en de economische recessie zijn veel Turkse en Marokkaanse mannen ontslagen.

‘Toen er nieuwe machines in de fabriek kwamen, werd ik ontslagen. Ik voelde me afgedankt. Ik ben ziek geworden van de teleurstelling. Ik had tien jaar van mijn leven verloren en was mijn gezondheid kwijt’ (19).

Over het algemeen zijn Turkse en Marokkaanse mannen min of meer vrijwillig naar Nederland geëmigreerd, maar voor hun vrouwen geldt dit in veel mindere mate (20). Ondanks de teleurstellingen en de ongemakken geeft slechts een kleine minderheid aan uiteindelijk te willen of kunnen remigreren (11% van de Turkse en 13% van Marokkaanse ouderen (7)). En ook pendelen kent zijn beperkingen, zeker voor mensen met een aanvullende bijstandsuitkering, zij mogen maximaal 13 weken per jaar in het buitenland verkeren (20). Door ziekte en/of zorg is bezoek aan het thuisland ook vaak niet meer mogelijk. Door heimwee en het gemis van contact met familieleden in het land van herkomst lopen de telefoonkosten vaak hoog op. Hoewel er vele redenen zijn dit niet na te streven, biedt het ‘op de oude dag’ wonen in concentratiewijken aan oudere allochtone groepen juist veel voordelen. Bekenden, familie en voorzieningen zijn daar immers dichtbij, zo stelde Yerden vast voor de Turkse gemeenschap (17).

Informele of formele zorg?

In geval van hulpbehoevendheid heeft de beschikbaarheid van informele zorg invloed op het moment waarop formele zorg wordt ingeschakeld (6). In het zogenoemde 'hierarchical compensatory model van Castor (21) staat de hulpbehoevende zelf centraal, die voorkeuren heeft voor mogelijke hulpverleners. Hun verwachting is dat zorg als eerste door het meest dichtbijzijnde en meest beschikbare lid van het sociaal netwerk zal worden gegeven, in volgorde van voorkeur: partner, kinderen, en daarna familie en vrienden. Pas als die bronnen van zorg niet beschikbaar zijn, wordt volgens Castor formele zorg ingeschakeld. Choi brengt in zijn onderzoek naar voren dat ook inkomen en etniciteit bepalen in hoeverre formele zorg wordt ingeschakeld, maar bovenal dat waarden en normen over ouderenzorg en kennis van de sociale kaart de keuze voor formele zorg bepalen (22). Yerden noemt religie, opvoeding, structuur van familierelaties en de migratiegeschiedenis als beïnvloedende factoren op de zorgwensen en -verwachtingen (23)(24). En Schellingerhout stelde in 2004 vast dat driekwart van de Marokkanen en ruim de helft van de Turken van mening zijn dat hun kinderen, in bijzonder de oudste zoon (en vrouw) voor hen moeten zorgen als zij op leeftijd zijn. Wanneer zelfstandig wonen niet meer mogelijk is willen ze het liefst bij hun kinderen inwonen (7).

De geboden hulp en zorg (men maakt geen onderscheid tussen gebruikelijke zorg en de extra zorg die nodig is bij ziekte, de geïndiceerde zorg) vormen een graadmeter van liefde van de kinderen. Het zijn de 'onuitgesproken wetten': vanuit de Islam is het van groot belang voor de ouders te zorgen, niet alleen is het een plicht voor het leven hier op aarde, het dient ook om in het hiernamaals zegeningen te verwerven (13). Het getuigt van respect voor elkaar als familieleden uit zichzelf voldoen aan de verwachtingen. Ze zouden het binnen het gezin als een schande ervaren wanneer deze zorg aan (professionele) handen van derden zou moeten worden overgelaten. Maar Yerden stelde onder Turken in Nederland vast dat families die nog geen zorg nodig hadden, hier stringenter in waren dan degenen die zorg ontvingen (23)(24). En Kraal verwacht dat Turkse en Marokkaanse ouderen in Nederland minder traditioneel zullen leven omdat zij vanwege hun migratie ook niet voor hun ouders hebben kunnen zorgen (25).

Volgens de traditie van Turken en Marokkanen - die in Nederland steeds meer onder druk komt te staan - geldt de zorgplicht behalve voor de partner en de kinderen, ook voor de verdere familie. In de Turkse



cultuur bijvoorbeeld, zijn er duidelijke (ongeschreven) regels over wie welke zorg op zich hoort te nemen wanneer ouderen zorgbehoeftig worden (17)(23). De (oudste) zoon en diens vrouw dragen de verantwoordelijkheid voor de totale verzorging (bakim). Daaronder vallen de huishoudelijke zorg, voedselzorg, ziekenbezoek ontvangen, lichamelijke zorg en financiële ondersteuning. Zorgen voor je ouders betekent alles voor ze doen, alles voor ze over hebben. In de praktijk wordt de zorg meestal gegeven door de schoondochter. Om dit alles mogelijk te maken woont - volgens de traditie - de zoon die verantwoordelijk is voor de zorg, met zijn gezin bij zijn ouders in, of andersom wonen de ouders bij de zoon in. Inwonen van de ouders bij de dochter en schoonzoon is niet gewenst omdat de vader dan onder het gezag van een vreemde man komt te staan. En de moeder wordt door inwoning bij de schoonzoon in verlegenheid gebracht (4). Een dochter kan volgens deze traditie dus geen zorg verlenen aan haar eigen ouders. Zij verhuist met haar echtgenoot naar de ouders van haar man (17). Een dochter kan wel hulp (yardim) bieden, zoals dat ook van ooms, tantes, neven en nichten wordt verwacht. Daaronder vallen het organiseren van hulp bij praktische zaken als boodschappen doen, financiële zaken regelen of tolken (23). Van burens wordt contact verwacht ter voorkoming van eenzaamheid, niet zozeer voor zorg (26). Over het algemeen kennen deze groepen

allochtonen een uitgebreid informeel netwerk van streek- en landgenoten, waar ze voor allerlei praktische zaken op kunnen terugvallen. Turkse en Marokkaanse ouderen ontvangen in Nederland mede vanwege deze tradities veel informele zorg, veel meer dan autochtonen en ook meer dan andere allochtone groepen in Nederland. Bij de Marokkaanse ouderen krijgt zelfs meer dan de helft van de 55-plussers hulp van het eigen netwerk (7). Berg constateerde ten slotte dat de bemoeizorg en de controle van de instanties dikwijls als negatief worden beoordeeld. Ze willen vooral instrumentele steun in concrete situaties en tastbare hulp, 'praten kunnen ze wel in eigen kring' (27).

Uit onderzoek naar de woonbeleving van allochtone ouderen blijkt dat minder dan 20% van de Turkse ouderen daadwerkelijk verwacht bij de kinderen of familie te kunnen wonen (28). In de meeste gevallen omdat zij hun kinderen niet willen belasten, maar ook omdat de kinderen dit niet (meer) willen of omdat het gewoon praktisch gezien onmogelijk is. Een derde deel van de Turkse ouderen verwacht zelfstandig te wonen met familie en kinderen in de buurt. De praktijk wijst uit dat Turkse en Marokkaanse ouderen in Nederland hun zorgwensen en verwachtingen meer en meer bijstellen. Dat geldt ook voor de kinderen, ook zij worden geconfronteerd met het verschil tussen cultureel-normatieve ideaalbeelden en de zorgpraktijk die zij hun ouders kunnen aanbieden (23)(24). De Nederlandse praktijk is dat ze vaak op afstand wonen van hun ouders, economisch onafhankelijker zijn of de opvoeding van eigen kinderen met een baan moeten combineren (25). Ook komt het voor dat de partner de zorgplicht niet accepteert omdat hij/zij van Nederlandse herkomst is. Tegemoet komen aan de traditionele zorgplicht stuit dus op vele problemen. Maar op het praten over de invulling van de zorg in familiekring rust nog een taboe. De zorg voor ouders is vanzelfsprekend, en iets wat vanzelfsprekend is daar praat je niet gemakkelijk over. Dit geldt niet alleen voor de ouders maar ook voor de kinderen. Kinderen vrezen dat wanneer ze (professionele) invulling van zorg aan de orde zouden stellen, dit zo zal worden opgevat dat ze niet voor hun ouders willen zorgen, en dat hun ouders teleurgesteld in hen zullen zijn. Ook voor kinderen voelt het ongemakkelijk niet voor de eigen ouders te kunnen zorgen: het is niet alleen de 'schaamte' maar ook 'het veilige gevoel' dat zij hun ouders graag willen bieden. Kinderen komen hierdoor gemakkelijk in een spagaat terecht. De zorgtraditie staat volgens Yerden een open

communicatie binnen families in de weg en dat maakt acceptatie en het zoeken naar andere oplossingen extra moeilijk (23)(24)(29). Met als gevolg dat zelfs bedlegerige ouderen geen gebruik maken van professionele hulp, omdat zij zich schamen voor het feit dat ze niet geholpen worden door hun kinderen op de traditionele manier. Zij vallen volgens Yerden in het gat tussen de traditionele zorg en de professionele zorg in Nederland. Het moment dat de oudere bedlegerig wordt is dan ook een cruciaal moment. Voor ouders en kinderen wordt in deze fase duidelijk in welke mate de geboden zorg/hulp afwijkt van het traditionele beeld (17).

Ook uit het rapport over mantelzorg in de Turkse cultuur blijkt dat zorgverwachtingen beperkt worden uitgesproken. Discussie daarover is pijnlijk en verloopt veelal indirect (heb het druk met werk). Ouders verwachten dat kinderen weten welke taken van hen verwacht worden en hier spontaan het initiatief in nemen (26). Een aspect in de discussie met de Turkse gemeenschap zou volgens Van Buren moeten zijn de acceptatie van het feit dat zorg door de kinderen niet altijd haalbaar is en dat dus naar alternatieven moet worden gezocht. De kinderen worden beïnvloed door de Nederlandse samenleving: voor hen is de zorg minder vanzelfsprekend en ook moeilijker in de praktijk te brengen. Het vangnet van de familie is voor migrantenouderen aanzienlijk, maar het is niet zo stevig als algemeen wordt aangenomen. Zo krijgt bijvoorbeeld de helft van de Turkse ouderen met een ernstige beperking helemaal geen hulp, niet van een instantie en niet van de familie (30). Maar zodra de nood echt aan de man is, wordt professionele zorg door de oudere meestal wel geaccepteerd, vooral door de vrouwen (17). Meer dan eens is gesteld dat professionele ouderenzorg in het herkomstland vrijwel afwezig is, waardoor de mensen het ook niet gewoon zijn (25)(31). Op studiereis in Ankara en Diyarbakir (Turkije) stelden Smits en de Graaff recent echter vast dat de professionele ouderenzorg in deze grotere steden booming business is geworden. De informele zorg wordt daar meer en meer geprofessionaliseerd. Door urbanisatie, krappe behuizing, arbeidsparticipatie van vrouwen en de grootschalige arbeidsparticipatie in West-Europa komt de traditionele informele zorg voor ouderen ook daar meer en meer in de knel (32).

Mantelzorg

Het Sociaal Cultureel Planbureau schat dat circa 2,4 miljoen Nederlanders langer dan drie maanden meer



dan acht uur per week mantelzorg verrichten (33). Dit betreft volgens de Landelijke Vereniging voor Mantelzorgers en Vrijwilligerszorg (MEZZO) verhoudingsgewijs veel allochtone mantelzorgers. Zij staan nog meer onder druk dan de autochtone mantelzorgers (34). Dit geldt zowel voor de (meestal vrouwelijke) partner als voor de kinderen. De meeste oudere Turkse en Marokkaanse mannen verrichten - traditioneel - geen huishoudelijk werk en bereiden geen maaltijden (29). In noodsituaties wordt dit wel losgelaten. In geval van traditionele informele zorg waarbij (vrijwel) geen gebruik wordt gemaakt van formele zorgvoorzieningen voor ouderen, bestaat een grote kans op overbelasting van de mantelzorgers van Turkse en Marokkaanse ouderen. Wanneer thuiszorg buiten de deur wordt gehouden kunnen de kinderen overbelast raken, zoals het volgende voorbeeld laat zien:

'De hulp die ik mijn ouders kan geven is verminderd. Zij vinden dat eigenlijk niet goed. Ze weten dat ik het druk heb met werk en eigen gezin. Toch willen ze door mij geholpen worden, want ze kennen mij en ik weet hoe je ze moet helpen. Ik wil ook voor mijn ouders zorgen, vooral als ze erg ziek zijn. Ik vind het moeilijk om niet te helpen. Maar ik kom nu minder vaak dan eerst. Dan belt mijn vader op om te vragen waar ik blijf. En als ik dat hoor en denk dat ik het niet meer kan opbrengen ... dan moet ik huilen' (25).

Al in 1997 bepleitte Beljaarts voor een goede voorlichting gericht op allochtone mantelzorgers. De voorlichting diende zich niet te beperken tot hoe goede zorg te verlenen, maar diende vooral de grenzen van de mantelzorg aan te geven en mogelijkheden van in Nederland beschikbare professionele hulp aan te reiken (5). Hierbij kunnen inmiddels de vele technische aanpassingsmogelijkheden in huis 'Domotica'⁵ worden meegenomen (35).

Het Expertisecentrum Informele zorg publiceerde in 2004 een handreiking voor mantelzorgondersteuning ten gunste van allochtone mantelzorgers (36) en recent richtte het centrum zich speciaal tot jonge Marokkanen (37). Laatstgenoemden verlenen vaak al op (zeer) jonge leeftijd mantelzorg. Vooral door het beroep dat hun ouders op hun kinderen doen om hen te begeleiden bij artsbezoek (tolken) zeggen Marokkaanse jongeren regelmatig school of werk af. En uit onderzoek onder Turkse kinderen kwam naar voren dat zij steeds vaker het vervoer voor hun invalide ouder(s) verzorgden, zoals het vervoer naar en van de moskee, bezoek aan familie en bekenden enzovoort (17). Hun behoefte aan privacy en persoonlijke ontwikkeling kwam hierdoor in het gedrang.

Voorlichting over mogelijkheden van uitbesteding van zorg vraagt, zoals blijkt uit bovenstaande, om een

⁵ Het woord Domotica is een samenvoeging van domus (woning) en telematica. Het omvat alle apparaten en infrastructuur in en rond woningen, die elektronische informatie gebruiken voor het meten, programmeren en sturen van functies ten behoeve van bewoners en dienstverleners. <http://www.domotica.nl>

behoedzame benadering (11). Op wie richt je je: op de zorgbehoefte zelf, de mantelzorger of de hele familie? Voor de vrouwelijke partners geldt in veel gevallen dat hulp voor zichzelf vragen ver van hen af staat en ze weinig macht ervaren om zich aan hun zorgplicht te onttrekken. De eer van hun echtgenoot kan in het geding zijn. Het huidige beleid van vraaggericht werken veronderstelt dat hulpbehoeven en zorgende familieleden in staat zijn een duidelijke vraag te formuleren in termen die voor zorgaanbieders begrijpelijk is. Daarvoor is het nodig op de hoogte te zijn van substitutie- en zorgmogelijkheden en bekend te zijn met de te volgen procedures. Hoewel dit ook voor veel (oudere) autochtonen geldt, ervaren Turkse en Marokkaanse ouderen voor zover ze er al bekend mee zijn, de organisatie van de carevoorzieningen voor ouderen als weinig toegankelijk en rigide (lastige aanvraagprocedures, veel regels, strakke tijdschema's, vaste taakverdelingen en -spreiding en organisatorische beperkingen). Oudere hulpbehoevende Turkse en Marokkaanse ouderen (en hun mantelzorgers) begrijpen een verwijzing naar een reeks van instellingen die ieder een apart deeltje van het probleem aanpakken vaak niet. Het vergroot eerder de belasting dan dat zij erdoor worden geholpen. Ook moet, om misverstanden te voorkomen, duidelijk zijn dat professionele hulp aanvullend is en de hulp niet overneemt.

'Voor de vrouwelijke partners geldt in veel gevallen dat hulp voor zichzelf vragen ver van hen af staat en ze weinig macht ervaren om zich aan hun zorgplicht te onttrekken. De eer van de echtgenoot kan in het geding zijn'

Voorlichting in de eigen taal, bij voorkeur met beeldend materiaal door cultuur- en landgenoten die zelf ervaring hebben met vormen van ouderenzorg, kan bij Turkse en Marokkaanse ouderen vertrouwen wekken en hen nader informeren. Daarnaast is belangenbehartiging van mantelzorgers van allochtone ouderen van groot belang. Het landelijke project 'Mantel Der Liefde' waar migrantenvrouwen zich uitspreken over zorg en mantelzorg in allochtone kring is daar een voorbeeld van (38).

De Steunpunten voor Mantelzorg bereiken de mantelzorgers van Turkse en Marokkaanse ouderen nog slecht (25). Dat geldt ook voor Den Haag: de consulenten van de Steunpunten in Den Haag bereiken ze slechts mondjesmaat. Wel zoekt men

actief naar oplossingen (39). Het bereik kan mogelijk verbeteren met categorale inloopsprekuren (11). Ook het outreachend werken van (vrouwelijke) allochtone ouderenconsulenten of mantelzorgmakelaars van de Steunpunten Mantelzorg (met tolk) via huisbezoeken kan het bereik verbeteren (40). Het actief informeren door de huisarts, specialist, thuiszorg, het CIZ enzovoort mag volgens Potter hierbij echter zeker niet ontbreken. En ten slotte zien de Steunpunten Mantelzorg Den Haag als een belangrijk speerpunt: bewustwording bij imams van de dreigende overbelasting van mantelzorgers wanneer hulp van buitenaf wordt afgehouden.

De mantelzorg voor dementerende Turkse en Marokkaanse ouderen kan extra belastend zijn. Turken en Marokkanen zijn over het algemeen minder bekend met dementie of schamen zich voor de ziekte (41). Om stigmatisering van de gemeenschap te voorkomen (gekte; geen goede moslim) wordt dementie zolang mogelijk verborgen gehouden (42). Uit een studie van Osté en Dröes kwam naar voren dat mantelzorgers van allochtone ouderen behoefte hadden aan informatie over dementie, aan een vertrouwenspersoon, praktische steun en een plaats waar activiteiten voor dementerenden worden georganiseerd die aansluiten bij hun interesses en cultuur (43). Dit laatste is voor hen in het bijzonder van belang omdat bij mensen met dementie het verleden meer en meer op de voorgrond treedt. Mede op basis van eerdere studies is een ondersteuningsprogramma geadviseerd bestaande uit informatieve bijeenkomsten en gespreksgroepen voor de zorgende familieleden, een dagsociëteit voor de persoon met dementie en een wekelijks spreekuur en sociale activiteiten voor beiden (43)(44)(45).

Indicatiestelling

Turkse en Marokkaanse ouderen zijn meestal al over een forse drempel heen gestapt voordat ze 'hulp van buiten' accepteren. Het krijgen van de juiste indicering is vervolgens een groot probleem. Behalve dat cultuur- en taalverschillen daar debet aan zijn, staat het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt het verkrijgen van een juiste indicering soms ook in de weg, waardoor de mantelzorger vaak weer aan de kant staat, omdat de ouder op het moment van indicering de geïndiceerde zorg toch niet wenst of het nut er niet van inziet. Dit speelt bij deze groep allochtone ouderen in versterkte mate; ze vallen snel terug in het traditionele, veilige patroon van hulpverlening. Een indicatiestelling bij Turkse en Marokkaanse

gezinnen vraagt veel tijd. Voor een indicatiestelling is echter maar een beperkt aantal uren beschikbaar, vaak onvoldoende voor een bezoek aan huis.

Indicatiestellers vinden dat een absolute voorwaarde om hun werk bij deze groep goed te kunnen doen (46). Het toekennen van een indicatie door het CIZ is vooral gebaseerd op diagnoses en juist diagnoses zijn - in vergelijking tot autochtone ouderen - bij Turkse en Marokkaanse ouderen minder voorhanden. Artsen beperken zich bij hen eerder tot het benoemen van klachten en zien de verschijnselen eerder als een psycho-somatisch klachtenpatroon. Daarnaast stelt de Graaff dat indicatiestellers vaak ten onrechte ervan uitgaan dat zonen en echtgenoten ook mantelzorg kunnen geven, waardoor ze te laag indiceren.

‘Indicatiestellers gaan er vaak ten onrechte vanuit dat zonen en echtgenoten ook mantelzorg kunnen geven. Daardoor indiceren ze te laag’

Maar verzorgen is in de Turkse en Marokkaanse cultuur vrouwenwerk (met uitzondering van financiën en vervoer e.d.). De Graaff constateert ook dat het tolken door een gezinslid bij een indicatiestelling het nadeel heeft dat moeilijk onderscheid kan worden gemaakt tussen de behoefte van het tolkende familie-lid en die van de patiënt (46). Ook volgens het COSBO Amsterdam - het samenwerkingsverband van de Amsterdamse ouderenbonden - krijgen allochtone ouderen met regelmaat te weinig huishoudelijke zorg geïndiceerd (47). Gemeenten kiezen volgens dit samenwerkingsverband te vaak voor huishoudelijke hulp zonder signaleringsfunctie. Dit wordt versterkt door het krachtenspel na de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (48).

Transferverpleegkundigen in ziekenhuizen die nazorg van (terminale) patiënten regelen, constateren dat vanwege de taalbarrière, artsen en verpleegkundigen oudere Turken en Marokkanen dikwijls niet naar hen verwijzen (46). Indicatiestellers en transferverpleegkundigen signaleren een duidelijke onderconsumptie bij Turkse en Marokkaanse patiënten en hun families. Zijn zij eenmaal in gesprek, dan vraagt de familie geregeld om oplossingen voor problemen die buiten het domein van de desbetreffende instantie vallen. Dan blijkt duidelijk dat veel Turkse en Marokkaanse families niet bekend zijn met de werkwijze van de in hun ogen sterk gefragmenteerde Nederlandse gezondheidszorg. Dit beeld wordt bevestigd door tweederde van de ondervraagde huisartsen (46).



Thuiszorg

Slechts 1% van de Marokkaanse ouderen maakt gebruik van thuiszorg. Onder Turken ligt dat percentage hoger (7%), maar nog beduidend lager dan onder autochtone ouderen (16%) (7)(30).

Nederlands sprekende Turkse en Marokkaanse ouderen maken vaker gebruik van thuiszorg. Bij de meest voorkomende verwijzingen naar de thuiszorg blijken zorgvragen gerelateerd aan verpleging 93% en/of persoonlijke verzorging 57% (49).

De thuiszorgorganisaties hebben de taak daar hulp te bieden waar de zelfredzaamheid van mensen thuis in het geding is. Voordat hulp geboden kan worden moet deze eerst zijn aangevraagd en geïndiceerd. Turken en Marokkanen zijn weinig vertrouwd met thuiszorg. In het land van herkomst bestaat het niet en ze geven de zorg thuis niet gemakkelijk uit handen aan derden (zie eerder). En vragen dus niet aan. De familie is intensief betrokken bij de zorgverlening, verzorgen is typisch vrouwenwerk, maar de zonen en echtgenoten zijn vaak wel de gesprekspartners voor de professionals en achten thuiszorg vaak minder nodig dan de vrouwen (46)(49). De beeldvorming van de directe sociale omgeving over de thuiszorg speelt eveneens een grote rol bij het wel of niet aanvragen

van thuiszorg (26).

Voor Turkse en Marokkaanse ouderen die de Nederlandse taal onvoldoende beheersen werken de procedures om thuiszorg te krijgen extra drempelverhogend (veel telefoneren, omvangrijke en talrijke formulieren invullen en het voeren van indicatiegesprekken). Vooral Turkse en Marokkaanse vrouwen (zonder kinderen) vragen aandacht als hun man is overleden en zij de Nederlandse taal niet machtig zijn (7)(25). En ten slotte, niet onbelangrijk, is de eigen bijdrage voor Turkse en Marokkaanse ouderen die weinig draagkrachtig zijn, regelmatig een belemmering thuiszorg aan te vragen (of voort te zetten) (26)(30)(32).

De praktijk leert dat veelal pas in een crisissituatie een beroep wordt gedaan op de thuiszorg (30). Dan zijn vaak al problemen ontstaan die voorkomen hadden kunnen worden, zoals doorligwonden bij de patiënt of rugklachten bij de mantelzorger door gebrek aan hulpmiddelen. Het gebrek aan goede thuiszorg in Turkse en Marokkaanse gezinnen wordt al vele jaren onderkend, de afgelopen jaren is de discussie hoe dergelijke problemen te voorkomen in een stroomversnelling geraakt. Aan huisartsen wordt een belangrijke sleutelrol toebedacht (46)(50). Zij worden veelvuldig geconsulteerd door zieke Turkse en Marokkaanse ouderen. Door de autoriteit die huisartsen vertegenwoordigen hebben zij de mogelijkheid om ook degenen die geen hulp van vreemden accepteren, met enige drang door te verwijzen naar de thuiszorg (14).

Men doet steeds meer ervaring op en Turkse en

Marokkaanse bevolkingsgroepen worden steeds vaker actief benaderd en voorgelicht, bijvoorbeeld in moskees, zeker in de grote steden. Vaak bestaat er angst dat de zorg volledig wordt overgenomen. Is de zorg eenmaal geïndiceerd dan zal een huisbezoek van een thuiszorgmedewerker - zo nodig in de eigen taal - of van een intermediair uit de eigen cultuur, veel misverstanden voor kunnen zijn (26)(51). Deze medewerkers leggen van tevoren uit wat men kan verwachten en inventariseren wat men voor wensen heeft. Cruciaal hierbij lijkt dat er niet alleen overleg plaatsvindt met de mannelijke familieleden die de familie naar buiten toe vertegenwoordigen, maar ook met de primaire mantelzorger. Dit ook om een volledig beeld te vormen van de verhouding tussen draaglast en draagkracht binnen het gezin (46). Wenst het gezin seksspecifieke zorg (persoonlijke verzorging is vaak seksegebonden)? (29). En kan hieraan worden voldaan? Welke religieuze en cultuureigen tradities worden nageleefd (uittrekken van schoenen, halal voeding⁶, enzovoort)? Wenst men juist wel of juist geen thuiszorgmedewerker uit de eigen cultuur. Soms wordt dit uit vrees voor gezichtsverlies en roddel juist niet op prijs gesteld (51). En mag het een bekende zijn?

Wie geeft wanneer, welke hulp en/of zorg? Zullen thuishulpkrachten veel wisselen? Welke aanpassingen (zoals een hoog-laagbed) zijn in de woning nodig, en waarom? Uitleg en praten is steeds nodig en kost tijd, ook wanneer de zorg eenmaal geleverd wordt en ook op momenten dat de indicatie wordt teruggeschoefd. Het kan ook voorkomen dat de thuiszorg - onverwachts vanuit de cliënt - wordt opgezegd.

Tabel 1.

Waarom dient een verzorgingshuis (vooral) aan te voldoen, in volgorde van belangrijkheid?

300 geënquêteerde Turken		300 geënquêteerde Marokkanen	
Voorwaarde (combinaties mogelijk)	Percentage	Voorwaarde (combinaties mogelijk)	Percentage
Aangepast eten	42 %	Marokkaanse medebewoners	36 %
Turkse medebewoners	23 %	Uitoefenen eigen godsdienst	30 %
Mogelijkheid tot uitoefenen van de eigen godsdienst	21 %	Aandacht voor cultuur	24 %
Turks personeel	20 %	Aangepast eten	22 %
Aandacht voor cultuur	14 %	Marokkaans personeel	15 %
Goede 'verzorging'	11 %	Goede 'verzorging'	11 %
		Mannen en vrouwen apart	10 %
Eigen privacy	3 % *)	Eigen privacy	3 % *)

*) Ter vergelijking: 33 % van de autochtonen

⁶ 'Alles wat rechtmatig is' zoals rein ritueel geslacht vlees, geen bloedproducten, geen varkensproducten.

Vanzelfsprekend is het aantrekken van thuiszorg-medewerkers met een Turkse of Marokkaanse achtergrond van groot belang.

Yerden noemt het gebruik van het persoonsgebonden budget (pgb) als een mogelijk alternatief voor de zorg in natura thuis (17). Het pgb biedt de mogelijkheid zorg in te kopen en zelfgekozen zorgverleners in te schakelen. De Turkse en Marokkaanse ouderen kunnen bijvoorbeeld hun kinderen of andere familieleden betalen voor de zorg die zij bieden, wat minder zou botsen met hun traditionele opvattingen over zorgverlening. Maar het pgb kan het onbedoeld gecompliceerd maken, omdat het veel activiteiten van de ouder zelf vraagt en de wetgeving erg ingewikkeld is (25)(41). Bovendien betekent het een rolverschuiving voor de kinderen; het verzakelijk immers de relatie. Ook blijkt in de praktijk dat controle op besteding van het pgb aan feitelijk geleverde zorg moeilijk is en regelmatig vragen oproept over de juiste besteding (overigens ook bij autochtonen). De kosten van het pgb in Nederland stijgen explosief (30% in 2007) (52).

Goede voorlichting - in de eigen taal en met beeldend materiaal - waarin wordt uitgelegd hoe de zorg werkt en die ondersteuning biedt bij het aanvragen van thuiszorg, blijven essentieel (25). Inmiddels bemiddelen - ook in Den Haag - speciale bureaus als ThuiszorgCoach voor Turkse en Marokkaanse ouderen in het vinden van de juiste thuiszorg.

Verzorgingshuis/speciale woonvormen

Vanaf eind jaren tachtig zijn vooral in de grote steden verzorgingshuizen voorzichtig begonnen met interculturalisatie van hun aanbod. In eerste instantie was dit vooral gericht op Surinaamse ouderen (zie kader 1). Turkse en Marokkaanse families staan veel terughoudender tegenover verzorgingshuizen of woonzorgcentra. Die zijn er in hun ogen voor 'eenzame zielige mensen' (26). Verschillende zaken kunnen daarbij meespelen (55). In de eerste plaats betekent wonen in een verzorgingshuis gezichtsverlies, omdat dit inhoudt dat kinderen of familie niet voor de ouderen willen zorgen. In de tweede plaats zijn de tehuizen in het land van herkomst vaak het referentiepunt. Deze verzorgingshuizen zijn vaak slecht (56). In Turkije is een verzorgingshuis een armenhuis, door de overheid gefinancierd (41). Zowel in Marokko als in Turkije bestaan er voor welgestelden wel parti-

Kader 1

Het Zorgcentrum Transvaal in Den Haag was het eerste verzorgingshuis in Nederland dat zich richtte op allochtone bewoners (53)(54). Aangezet door leegstand en de aanwezigheid van veel Hindostaanse oudere bewoners in de directe omgeving, heeft het centrum geleidelijk steeds meer Hindostaanse bewoners gekregen. Economische drijfveren maakten creatief. Het aanbod voor Hindostaanse ouderen breidde zich geleidelijk uit van eerst alleen een ontmoetingscentrum, vervolgens een dagprogramma en maaltijdvoorziening, naar ten slotte een complete woon-zorgvoorziening. In Transvaal heeft men er niet voor gekozen bewoners naar herkomst fysiek te scheiden. De oorspronkelijke autochtone bewoners werden wel voorbereid op de komst van nieuwe medebewoners van Surinaamse afkomst. Inmiddels heeft Zorgcentrum Transvaal ook een dagopvang voor ouderen uit Turkije (DAVET)⁷, waar op velerlei terrein ondersteuning wordt geboden. Het wordt steeds meer een multicultureel huis.

Het verzorgingshuis Rustenburg in Rotterdam heeft ervoor gekozen aan de categorale behoefte van de Turkse en Marokkaanse ouderen tegemoet te komen [Zorginstellingen 2004]. Het huis deelt haar bewoners in naar leefstijlgroep. Turken of Marokkanen wonen in aparte vleugels die de sfeer van het land van herkomst uitstralen. Omdat bij het uitvoeren van religieuze handelingen zoals het gebed, het vasten, het lezen van de koran en het betreden van de moskee een moslim rein moet zijn, beschikt het huis over ruimtes voor ritueel wassen. Ook is er een gebedskamer, een kok die halal eten bereidt, aparte huiskamers voor mannen en vrouwen en werkt de geestelijke verzorger samen met de imam.

culiere bejaardenhuizen van betere kwaliteit (41). En in de derde plaats wordt hun terughoudendheid gevoed doordat ze niet goed op de hoogte zijn van de situatie in de Nederlandse centra (55). Uit onderzoek van Schellinghout onder 300 Turkse en 300 Marokkaanse ouderen blijkt (zie tabel 1) dat het voor deze groepen ouderen belangrijker is met mensen uit de eigen bevolkingsgroep samen te zijn, hun godsdienst uit te oefenen en aangepast eten te krijgen dan 'goede verzorging' te krijgen en 'privacy'

⁷ Het Van Limburg Stirum Huis van de Stichting Eykenburg in de Stationsbuurt heeft een dagopvang voor Marokkanen van 50 jaar en ouder ('Camelia' voor vrouwen en 'De Groene Palm' voor mannen).

te hebben (7). Ook uit eerdere onderzoeken kwam naar voren dat moslims de voorkeur geven aan een verzorgingshuis van eigen signatuur waar men vertrouwd is met hun gewoonten en waar ze hun eigen taal kunnen spreken (41)(51)(57). Met het oud en hulpbehoevend worden krijgt het geloof voor hen veel betekenis omdat het helpt om met het leven en de naderende dood in het reine te komen (32). Meer nog dan jongeren, zoeken ouderen mensen op die gelijke interesses hebben en die elkaars godsdienst, gewoonten en gebruiken begrijpen.

Niet alle verzorgingshuizen/woonzorgcomplexen zullen zo tegemoet (kunnen) komen aan de categorale wensen van Turkse en Marokkaanse ouderen als verzorgingshuis Rustenburg in Rotterdam dat doet (zie kader 1). Dit voorbeeld leert dat communiceren met de Turkse en Marokkaanse oudere bevolkingsgroep over de mogelijkheden en het interculturele beleid van verzorgingshuizen en andere woonvormen van groot belang blijft. Islamitische ouderen-consulenten kunnen dit doen, net als medewerkers van een verzorgingshuis, of 'voorlichters eigen taal en cultuur' op voorlichtingsbijeenkomsten of tijdens rondleidingen. Oudenampen stelt daarbij voor om innovatieve, minder formele vormen van overleg te gebruiken, met communicatie in eigen taal en overleg in eigen kring, bijvoorbeeld door het combineren van overleg met een gezellig, informeel samenzijn (51). Op deze wijze is het ook gemakkelijker om (verandering in) behoeften te leren kennen. Ook voorkeuren van Turkse en Marokkaanse ouderen voor groepswonen kunnen op deze wijze kenbaar worden gemaakt. Haag Wonen in Den Haag heeft specifieke projecten voor groepswonen voor Turkse en Marokkaanse ouderen (zie kader 2). Voor een behoeftepeiling is het belangrijk dat er een sfeer is die aanspreekt. Op individueel niveau kan een zorgbemiddelaar hierin een taak hebben, mits deze zich heeft verdiept in de islamitische cultuur. Bij woonzorgcomplexen ten slotte is de betaalbaarheid een aandachtspunt. Regelmatig blijkt dat Turkse en Marokkaanse ouderen die vaak van een minimum-inkomen moeten rondkomen, de relatief hoge woonlasten niet kunnen betalen (55).

Verpleeghuizen

Veel van wat voor verzorgingshuizen en woonzorgcomplexen geldt, geldt ook voor verpleeghuizen. Net als veel autochtone Nederlanders hebben Turken en Marokkanen een negatief beeld van een verpleeghuis. Maar bij Turken en Marokkanen komt daar de

Kader 2

Woningcoöperatie Haag Wonen in Den Haag biedt groepswonen aan voor Turkse en Marokkaanse ouderen.

In Nederland wordt ook voor Turkse en Marokkaanse ouderen inwonen bij kinderen steeds minder vanzelfsprekend. Ze willen zelfstandig blijven wonen, maar wel in elkaar's nabijheid. Vijf jaar geleden startte Haag Wonen aan de Hoefkade met een aanbod 24 huurwoningen voor groepswonen voor Turkse ouderen (Baris Evi), binnenkort opent men een tweede complex voor Turkse ouderen, eveneens aan de Hoefkade, en inmiddels beheert men ook 34 huurwoningen voor groepswonen voor Marokkaanse ouderen (Dar es Salaam).

De complexen bestaan steeds uit afzonderlijke woningen (geen drempels, lage aanrechten, handgrepen in douche en toilet e.d.) en een gezamenlijke huiskamer. De Marokkaanse vrouwen en mannen kunnen in Dar es Salaam van afzonderlijke gemeenschappelijke ruimten gebruik maken. Voor de samenstelling van de woongroepen werkt Haag Wonen samen met de Nederlandse Islamitische Bond voor Ouderen (NISBO) om zo gemeenschappen van gelijkgestemden te kunnen samenstellen. Er is een wachtlijst, wat het zoeken van gelijkgestemden vergemakkelijkt. Ook de facilitering van de inrichting neemt NISBO op zich. Ze begeleiden de groep van aanmelding tot oplevering van het pand. Belangrijk is dat de woongroep een bestuur heeft (niet noodzakelijk bemand door bewoners) dat het aanspreekpunt vormt voor instanties, zaken coördineert en behartigt en ook kan meegroeien met de (zorg)behoeften van de bewoners. Velen pendelen tussen thuisland en Nederland, maar op de woning wordt gepast. Om in aanmerking te komen voor groepswonen moeten de bewoners ten minste 50 jaar zijn. Een indicering van het CIZ is niet nodig.

schaamte bij: uit een verblijf blijkt dat de familie niet voor een ouderfamilielid kan zorgen, de ouder is van de familie geïsoleerd. Turkse en Marokkaanse ouderen kennen verpleeghuizen vaak onvoldoende; ze zien het meer als een cure-voorziening en minder als een care-voorziening (53).

Volgens de Jong is het in een setting waar je langdurig zeer intensief met elkaar optrekt, extra belangrijk het personeel van hoog tot laag - ook de facilitaire dienst - te trainen in kennis van migratiegeschiedenis, cultuurverschillen,

interculturele communicatie en in inzicht in de cultuurgebondenheid van eigen normen en waarden en manier van handelen (11). De bejegening van de verzorgenden wordt door Turkse en Marokkaanse ouderen dikwijls als vreemd of onprettig ervaren, waardoor ze hun wensen slecht uiten. Het aantrekken van personeel met dezelfde culturele achtergrond kan dit overbruggen. Creatieve werving is daarbij nodig om de valkuil in sollicitatieprocedures te vermijden onbewust diegenen te kiezen met wie het 'vanzelf klikt'. Onderzoek in Turkije bracht aan het licht dat de lagere status van werken in de (ouderen)zorg in Nederland, niet speelt in Turkije (32). Daar bleken voldoende mannen en vrouwen in de zorg te werken en dat ook graag te willen.

In het bijzonder de verpleeghuiszorg krijgt te maken met aspecten die zich voordoen bij vergaande hulpbehoefte (bedlegerig en dementie). Zoals de wens van veel islamitische vrouwen en mannen het liefst door eigen seksegenoten gewassen te worden of het onaanvaardbaar vinden van gemengd verplegen (58)(59). Het wassen neemt überhaupt bij moslims een belangrijke plaats in. Alles wat het lichaam van een moslim verlaat maakt het lichaam onrein (sputum, urine, faeces, sperma of bloed). En dat geldt ook voor de voorwerpen die daarmee in aanraking zijn geweest (zoals linnengoed en kleren). Het wassen met een washandje of doekje vinden moslims niet prettig en niet schoon. Ze zijn gewend veel stromend water te gebruiken (17). Veel moslims vinden dat het scheren van oksel- en schaamhaar de reinheid bevordert. In het bijzonder bij eerste-generatie Turken en Marokkanen met dementie bij wie het verleden op de voorgrond treedt, past een cultuurspecifieke benadering beter bij de beleavingswereld. Ook al hebben ze zich de Nederlandse taal eigen gemaakt, de vaardigheid in het spreken van een tweede taal, op latere leeftijd eigen gemaakt, verdwijnt op hoge leeftijd. Velen vallen in de laatste levensfase terug op de taal die zij tijdens hun kindertijd spraken (23)(24).

Berke constateerde bij haar inventarisatie dat de enkele verpleeghuizen in Nederland die zich actief en open opstelden ten aanzien van allochtonen ook de meeste Turkse en Marokkaanse bewoners hadden (41). Ondanks dat verpleeghuizen het creëren van een thuisgevoel voor hun bewoners het belangrijkste vonden, bleken slechts enkele huiskamers multicultureel ingericht. Een enkel verpleeghuis heeft een afdeling voor islamitische bewoners, met een aparte huiskamer voor vrouwen en een aparte huiskamer voor

Kader 3

Verpleeghuis De Schildershoek in Den Haag, in 1988 gebouwd, was het eerste multiculturele verpleegtehuis in Nederland.

Het verpleeghuis biedt bewoners ruimte voor culturele gebruiken en ze kunnen er voeding krijgen volgens de voorschriften van hun geloof. Het verpleeghuis richt zich op de wensen van het individu, ieder mens heeft zijn eigen geschiedenis, maar iedereen moet met iedereen om kunnen gaan. Zorg is hier zeer flexibel, voor zover het kan. Er wordt per bewoner een dossier gemaakt met informatie over wat de bewoner belangrijk vindt en wat de familie kan doen. Vanwege de multiculturele uitstraling komen allochtonen er graag werken. De voertaal is Nederlands, tenzij het niet anders kan. Voordat iemand wordt opgenomen is er een vooronderzoek en wordt de thuissituatie in kaart gebracht. Leidraad is steeds zorgvuldig kijken, luisteren en creatief naar oplossingen zoeken, waarbij het winnen van vertrouwen van groot belang is. Het verpleeghuis stelt zich zeer open op voor hulp van familie. Daarbij worden wel duidelijke afspraken gemaakt. De familie krijgt medeverantwoordelijkheid in de zorg. Omdat opname vaak als een schande wordt ervaren door de familie en dit tot onderlinge conflicten kan leiden, zorgt men ervoor dat een familielid officieel zorgvertegenwoordiger wordt (60).

mannen. Verpleeghuis De Schildershoek in Den Haag kiest er bewust voor etnische groepen en mannen en vrouwen te mixen. Er verblijven daar mensen uit zeer verschillende culturen, waaronder enkele Turkse en Marokkaanse ouderen (zie kader 3) (41)(60).

Terminale zorg

Ook bij de zorg in de laatste fase van het leven komen cultuurverschillen tussen autochtone Nederlanders en Turkse en Marokkaanse Nederlanders duidelijk naar voren. In de Turkse en Marokkaanse cultuur is het minder de gewoonte expliciet over de naderende dood te spreken, waardoor gespecialiseerde terminale zorg dikwijls uitblijft. Men concentreert zich in cultuureigen kring op de religieuze en spirituele beleving en medicaliseert ziekte en lijden minder. In onderzoek van het NIVEL gaven naasten die direct betrokken waren (geweest) bij de verzorging van terminale Turkse en Marokkaanse ouderen, aan dat 'je voor de familie hoort te zorgen', maar dat overbelasting, gebrek aan kennis en het ontbreken van de juiste verpleegtechnische middelen hen vaak parten speelt

(heeft gespeeld). Thuiszorg als aanvullende zorg achten zij in die fase - achteraf - zeker gewenst (46)(49).

Gedetailleerde voorschriften bepalen het handelen van moslims gedurende de laatste uren van een stervende (zie kader 4). Nadat de dood is geconstateerd volgt volgens de geloofsovertuiging een rituele wassing. Dat is een taak voor familie en geloofsgenoten en in principe niet voor verplegend personeel of een uitvaartondernemer. De overledene moet hiervoor dus worden overgedragen aan familie of de gemeenschap.

De Stichting Islamitisch Begrafeniswezen heeft een protocol ontwikkeld voor stervensbegeleiding van moslims in het ziekenhuis (62). Voor artsen is het bijvoorbeeld belangrijk te weten dat men bij moslim-patiënten na het sterven circa twintig minuten geen enkele handeling mag verrichten behalve het sluiten van de ogen. Afleggen mag niet, kunstledematen - inclusief kunstgebit - worden zoveel mogelijk in of aan het lichaam gelaten, en obductie is in principe verboden. Ten slotte willen Turken en Marokkanen dikwijls in het land van herkomst begraven worden (13).

Empowerment en participatie

Het zorgstelsel in Nederland is marktgericht, het gaat uit van de vraag van degene die hulp en/of zorg nodig heeft. Met het ouder worden en met het achteruitgaan van geestelijke vermogens is deze verwachte mondigheid echter lang niet altijd aanwezig. Dit geldt in het bijzonder voor ouderen die de weg in het zorgstelsel onvoldoende kennen en de Nederlandse taal niet of beperkt machtig zijn, zoals veel oudere Turkse en Marokkaanse Nederlanders. Het zorgstelsel legt ook steeds meer de nadruk op persoonlijke en sociale zelfredzaamheid, zelfsturing, emancipatie en keuzevrijheid, maar veel Turken en Marokkanen kijken vreemd aan tegen deze waarden.

‘Het zorgstelsel legt steeds meer de nadruk op persoonlijke en sociale zelfredzaamheid, zelfsturing, emancipatie en keuzevrijheid, maar veel Turken en Marokkanen kijken vreemd aan tegen deze waarden’

Voor hen getuigt het juist van zorgzaamheid om ouderen veel uit handen te nemen en zij zien veel als God's wil. Hun cultuur is meer relatiegericht en minder doelgericht (6). Dit alles vraagt om een omslag in denken en beleven, waar tijd overheen zal gaan. Enige decennia geleden waren de opvattingen

Kader 4

De stervende ligt op zijn rechterzijde met het gezicht naar de Ka'ba in Mekka en de geloofsbelijdenis (de shahada) wordt hem ingefluisterd. Het is een plicht voor moslims om een stervende te bezoeken. Men praat over de dood, spreekt conflicten uit, verrekenst geestelijke schuld en schenkt elkaar vergiffenis. Ingrijpen tijdens de laatste fase van het leven en cremeren is volgens de islam verboden.

De rituele wassing is de taak van de familie en geloofsgenoten: mannen worden gewassen door mannen, vrouwen door vrouwen. Driemaal wordt de dode gewassen. De eerste keer met lauw water, vervolgens met water met olijfolie en de derde keer met kamfer in het water. De dode wordt besprenkeld met rozenolie en gewikkeld in een witte linnen doek, de kafan, die voor iedereen gelijk is. Uiterlijk vertoon is niet toegestaan. Bij vrouwen wordt het haar eerst helemaal afgedekt (61).

in de hulpverlening over zelfredzaamheid, autonomie en zelfontplooiing ook geen gemeengoed onder autochtone Nederlanders (14). Er is dus nog veel inzet en dialoog nodig, zowel aan de aanbod- als aan de vraagzijde. De krachten worden echter wel steeds vaker gebundeld en inmiddels gestimuleerd door de overheid, maar vragen behalve tijd, wederzijds respect via een open dialoog en ook facilitering. Ten gunste van wonen met zorg is bijvoorbeeld vorig jaar het landelijke netwerk van organisaties van oudere migranten (NOOM) ontstaan, die onder andere de empowerment en participatie van oudere migranten wil bevorderen (63).

Naast de inzet van (vrijwillige) hulpverleners op alle niveaus die mogelijkheden kunnen aanreiken en bedenken, vraagt dit om inzet van (vertegenwoordigers van) Turkse en Marokkaanse ouderen in Den Haag. De ervaring leert dat men hiermee het beste kleinschalig kan starten, met 'korte lijnen', aangepast aan de wensen en mogelijkheden van Turkse en Marokkaanse ouderen. Gemeenten, woningcorporaties en zorg/en welzijnsorganisaties kunnen hiervoor (meer) ruimten ter beschikking stellen. Te denken valt aan ouderensalons/buurtkamers voor Turkse of Marokkaanse ouderen om in ongedwongen vertrouwde sfeer te praten over zaken die hen aangaan; aan ontmoetingsruimten - gekoppeld aan de moskee - voor groepsgerichte activiteiten en ook individuele hulpverlening; aan

huiskamerbijeenkomsten voor mantelzorgers; of aan ontmoeting en dagbesteding in zorgcentra en dagverzorging (13)(20)(25)(51)(63)(64)(65). Zo kunnen gezamenlijke welzijnsactiviteiten ideeën opleveren en aanpassen. Vooral bij Marokkaanse ouderen zal het nodig zijn dit afzonderlijk voor mannen en voor vrouwen te organiseren, hun leefwerelden zijn heel verschillend (13).

Tot slot

In de afgelopen decennia zijn in Nederland en in Den Haag belangrijke stappen gezet ten gunste van een 'passende care' voor zorgafhankelijke Turkse en Marokkaanse ouderen. We beschikken over ervaringen over hoe een organisatie 'cultuurgevoelig' kan worden gemaakt, over onderzoek naar wensen en behoeften van Turkse en Marokkaanse ouderen, over speciale landelijke en lokale internetsites (66) en (internationale) platforms opgericht (zoals het Platform Interculturalisatie Ouderenzorg: PIO) om kennis en ervaringen uit te wisselen. Er doemen echter ook knelpunten op. De praktijk is weerbarstig: geen prioriteit, geen financiële middelen, projecten blijven kleinschalig of contacten komen moeilijk op gang. Vanwege het vasthouden aan tradities, de beperkte organisatiegraad of een zekere mate van exclusiviteit lopen contacten met zelforganisaties van allochtonen regelmatig vast. Voor Turkse en Marokkaanse ouderen zal voorlichting in de eigen taal en cultuur nog lang nodig blijven. Het bij voortduring aangaan van de dialoog is een voorwaarde om nu en in de toekomst een cultuurpassende verzorgde 'oude dag' voor Turkse en Marokkaanse ouderen te kunnen garanderen. Dit geldt zoals in de inleiding is gesteld, ook voor andere allochtone groepen en vaak ook voor laagopgeleide autochtonen. Maar de groep oudere Turken en Marokkanen is extra kwetsbaar, zeker in een verharde samenleving jegens moslims. Het belijden van de islam, waaraan juist veel oudere Turken en Marokkanen zingeving en kracht ontleen, mag voor hen geen bron van lijden worden (67). Behalve het voortdurende besef dat oudere Turken en Marokkanen met een hulpvraag andere culturele referentiekaders kunnen hebben dan een hulpverlener met een andere culturele herkomst, is het volgens Van Dijk ook van belang daarin de voortdurende variëteit te zien. Het 'cultureel andere' is geen vaststaand kenmerk, maar kan steeds variëren per ziekte-episode en behandelsituatie (68): het is tijd, plaats en persoonsgebonden en vraagt continu aandacht.

De onlangs uitgekomen kadernota Seniorenbeleid

2008-2010 'Oud en Wijs genoeg' kiest, zoals dat ook landelijk wordt uitgedragen, voor een vraaggerichte benadering van zorg en welzijn (69) (zie ook elders in dit nummer, pagina 44).

Voor oudere Hagenaars van niet-westerse achtergrond dragen instellingen de verantwoording met hun aanbod rekening te houden met verschillen in culturele achtergrond van hun gebruikers en cliënten, opdat het aanbod aansluit bij hun beleavingswereld. Als actiepunt heeft de gemeente gesteld dat in 2011 elke professionele instelling of voorziening voor senioren in Den Haag een plan van aanpak in uitvoering moet hebben voor interculturalisatie van haar aanbod.

De uitkomsten van de literatuurstudie in dit artikel zijn voor de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag aanleiding de mogelijkheden en de knelpunten in de ouderenzorg voor Turkse en Marokkaanse Hagenaars verder te onderzoeken. Het idee is dit enerzijds op een exploratieve wijze vorm te geven, via gesprekken met directe betrokkenen en sleutelfiguren, en anderzijds de invulling van geïndiceerde individuele zorgbehoeften bij een steekproef van Turkse en Marokkaanse Haagse ouderen op systematische wijze te volgen.

Voor hun kritische commentaar en/of aanvullingen op dit artikel, dank aan:

Nesrin Baran-Madenci, intercultureel projectmedewerker, afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Den Haag;
Jamal Derna, coördinator leefbaarheid van woning-coöperatie Haag Wonen in Den Haag;
Els Enting, coördinator voorlichting migranten vrouwen, de afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Den Haag;
Stans Kraetzer, functionaris migranten, afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Den Haag;
Mia van Leeuwen, directeur Stichting Transmurale Zorg Den Haag en omstreken;
Anneke Overvoorde, stedelijke coördinator Steunpunten Mantelzorg in Den Haag;
Said Ziboub, intercultureel project medewerker, afdeling Gezondheidsbevordering GGD Den Haag.

Literatuur:

1. Burger I. Haagse ouderen nu, en in de toekomst; een sociaal-demografische en epidemiologische Verkenning. Epidemiol Bul Grav 2006; 41 nr. 2/3: 4-16.
2. Uiters AH. Primary Health Care Use among ethnic minorities in the Netherlands. Proefschrift. Erasmus Universiteit Rotterdam. NIVEL, november 2007.
3. Dienst Stedelijke Ontwikkeling/Beleid/Onderzoek.

- Bevolkingsprognose Den Haag 2006-2022: de toekomstige ontwikkeling van de bevolking, de huishoudens en de etniciteitsgroepen. Den Haag, november 2006.
4. Beljaarts MAMM, Verweij AO. Getint grijs: allochtone ouderen in Amsterdam. Instituut voor Sociologisch-Economisch Onderzoek van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Rotterdam 1995.
 5. Beljaarts MAMM. Zorg voor allochtone ouderen. Instituut voor Sociologisch-Economisch Onderzoek van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Rotterdam 1997.
 6. Berg B van den, Sala M. Oud worden ver van huis: tussen wal en schip? Een onderzoek naar de behoeften omtrent zorg, wonen en vrijetijdsbesteding van Turkse en Marokkaanse ouderen in Leerdam. Vrije Universiteit Amsterdam, oktober 2003.
 7. Schellingerhout R (red.). Gezondheid en Welzijn van Allochtone Ouderen. Sociaal en Cultureel Planbureau. SCP-publicatie 2004/16. Den Haag, 2004.
 8. Wurff F van der. Depression in later life: the effects of culture and vascular factors on epidemiology, symptoms profiles and treatment adherence. Proefschrift. Vrije Universiteit, Medisch Centrum Amsterdam. December 2004.
 9. Beljaarts MAMM, Veenman J. Het zorgaanbod door allochtonen bekeken: allochtone zorgvragers in Schilderswijk en Transvaal over hun ervaringen met het zorgaanbod in Den Haag. Instituut voor Sociologisch-Economisch Onderzoek van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Rotterdam 1997.
 10. Hommel A van de. Dienst Zorg en Samenleving. Volkskrant 6 augustus 2007.
 11. Jong Y de, Lier W van, Morée M. Zorg inkleuren ondersteuning en zorg in allochtone families. Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn/Expertisecentrum Informele Zorg. Utrecht 2004.
 12. Gijsberts M, Merens A (red.). Emancipatie in estafette. De positie van vrouwen uit etnische minderheden. Den Haag: SCP/ISEO, 2004.
 13. Achahboun M, Kraetzer S. De oude dag van mensen die van ver komen ... Stichting BOOG i.o.v. de Gemeente Den Haag, januari 2003.
 14. Morée M, Lyke S van der, Jong Y de, Lier W van. Interculturele familiezorg: een literatuurverkenning. Expertisecentrum Informele Zorg. Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. Utrecht 2002.
 15. Paes M. Zorgen doe je met hand, hoofd en hart. Ontwikkeling, betekenis en begeleiding van een informeel buurt-zorgsysteem. Landelijk Centrum Opbouwwerk. Zwolle 1993.
 16. Luijkx KG. Zorg, wie doet er wat aan. Een studie naar zorgarrangementen van ouderen. Proefschrift. Universiteit Wageningen. 2001.
 17. Yerden I. Blijf je in de buurt? Zorg bij zorgafhankelijke Turkse ouderen? Cultuur Migratie Gezondheid 2004; 1 nr. 4: 28-37.
 18. Coppoolse K. Ziektebeleving van chronisch zieken van Marokkaanse afkomst en morele dilemma's in de zorgverlening. Een kwalitatieve analyse. Utrecht: Tijdstroom, 2005.
 19. Boland G, Smits C, Vries W de, Erp R van. 'De kracht van je leven': de narratieve methode in de GGZ-preventie bij Turkse en Marokkaanse ouderen met depressieve klachten. Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid 2007; 62 nr. 6: 487-99.
 20. Kloosterboer D. 'Wij komen eraan ...'. Wensen, behoeften én ambities van oudere migranten in Nederland. Landelijke Overleg Minderheden. Utrecht 2004.
 21. Rock K, Schuster TL. Compensatory Processes in the Social Networks of older adults. In: Handbook of social support and the family, hoofdstuk 10. New York: Plenum Press, 1996.
 22. Choi NG. Patterns and determinants of social services utilization: comparison of the childless elderly and elderly parents living with or apart from their children. Gerontologist 1994; 34: 353-62.
 23. Yerden I. Zorgen over zorg. Traditie, verwantschapsrelatie, migratie en verzorging van Turkse ouderen in Nederland. Het Spinhuis. Amsterdam, 2000.
 24. Yerden I. Blijf je in de buurt? Zorg bij zorgafhankelijke Turkse ouderen. Aksant. Amsterdam 2003.
 25. Kraal K, Wolff R. Zorg voor ons: een onderzoek naar Marokkaanse ouderen en zorg. Askant. Amsterdam 2005.
 26. Buren LP, Hallich B, Cleven M e.a. Mantelzorg in de Turkse cultuur: zorg aan chronische zieke Turkse ouderen in Nederland. GGD Rotterdam e.o. Rotterdam, juni 2005.
 27. Berg M van den. Leven en overleven met steun: de sociale ondersteuning van Marokkaanse eerste-generatie vrouwen. Migrantenstudies: 2007; 23 nr. 3: 158-79.
 28. Smartagent @ Company. Woonbeleving 2001: allochtone groeperingen. Leusden, 2001.
 29. Yerden I, Koutrik K van. Voor je familie zorgen? Dat is gewoon zo mantelzorg bij allochtonen: mantelzorg bij Antillianen, Surinamers, Marokkanen en Turken in Nederland. Purmerend: PRIMO, juni 2007.
 30. Olsthoorn S. Oudere migranten een zorg. Binnenlandsbestuur, week 21, mei 2006.
 31. Schellingerhout R. Cijferrapport allochtone ouderen. Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag, 2004.
 32. Smits C, Graaff FM de. Tussen informele en formele zorg: Turkse ouderen in Turkije en Nederland. Denkbeeld 2007; april: 12-5.
 33. Boer AH de (red). Rapportage ouderen 2006: veranderingen in de leefsituatie en levensloop. Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag, 2006.
 34. Morée M. Mantelzorg multicultureel. In: Handboek Thuis-

- zorg. Hoofdstuk B 2.6. Maarssen. Elsevier Gezondheidszorg, 2003.
35. Kenniscirkel Domotica voor Wonen en Zorg, Vilans, Kennisinstituut voor de Langdurige Zorg, augustus 2007.
 36. www.eiz.nl
 37. www.zorgvoorjeouders.marokko.nl
 38. www.stichtingbmp.nl
 39. Overvoorde A. Quick Win4: Ambassadeurs allochtone mantelzorgers. Stedelijke Coördinatie Steunpunten Mantelzorg. Den Haag, maart 2008 (concept).
 40. Potter T (red.) Over de positie van allochtone mantelzorgers: allochtone mantelzorgers aan het woord. Alleato Centrum voor Maatschappelijke Ontwikkeling. Utrecht, maart 2007.
 41. Betke P. Zorgen voor kleurrijke ouderen: een onderzoek naar zorg voor Turkse en Marokkaanse ouderen in Nederlandse verzorgings- en verpleeghuizen. Faculteit Sociale Wetenschappen, Sociologie. Erasmus Universiteit Rotterdam, 2003.
 42. 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. Tijdschr Gerontol Geriatr 2005; 36: 194-201.
 43. Osté J, Dröes RM. Een ontmoetingscentrum voor Surinamers met dementie en hun mantelzorgers: ontwikkeling en implementatie van cultuurspecifieke gecombineerde ondersteuning. Tijdschr Gerontol Geriatr 2005; 36: 232-42.
 44. Dröes RM, Breebaart E, Tilburg W van e.a. The effect of integrated family support versus day care only on behavior and mood of patients with dementia. Int Psychogeriatr 2000; 12 nr. 1: 99-116.
 45. Dröes RM, Breebaart E, Meiland FJM e.a. Effect of meeting centres support programme on feeling of competence of family caregivers and delay of institutionalization of people with dementia. Aging Ment Health 2004; 8 nr 3: 201-211.
 46. Graaff FM de, Hasselt TJ van, Francke AL. Thuiszorg voor terminale Turkse en Marokkaanse patiënten. Ervaringen en opvattingen van naasten en professionals. Eindrapport. Utrecht: NIVEL 2005.
 47. Klein Tiessink. Cosbo Amsterdam Algemeen Dagblad, Zorg en Welzijn, 23 juli 2007.
 48. Pareren van YK, Rijssel WGH van. De WMO in de praktijk: een jaar verder en een reactie van wethouder Van Alphen. Epidemiol Bul Grav 2008; 43 nr. 1: 14-21.
 49. Graaff FM de. Tips voor terminale thuiszorg voor Turkse en Marokkaanse ouderen. NIVEL/Zon NW. Utrecht/-Den Haag, 2002.
 50. Hugte van G, Smulders R. Zolang ik leef kan ik nog beter worden, chronisch zieke oudere Turken en Marokkanen. NCBDG, Utrecht 1997.
 51. Oudenampsen D, Gruijter M de. Woon-, zorg en welzijns-wensen van Marokkaanse ouderen. Vraaggericht werken aan voorzieningen voor Marokkaanse ouderen in Gouda en Schoonhoven. Verwey Jonker Instituut. Utrecht 2002.
 52. Janssen R, Waard M de. Rijksbegroting: goedgevulde schatkist door economisch hoogtij maakt het lastig politieke druk voor extra uitgaven te weerstaan. NRC Handelsblad. 1 april 2008: 2.
 53. Interculturele zorginstellingen: multiculti met vallen en opstaan. Zorginstellingen 2004; 29 nr. 1 en 2: 25-7.
 54. Bosma B. Pioniers in intercultureel zorgland. Thema-nummer Den Haag Transmuraal 2006; maart: 22-4.
 55. Schellingerhout R, Klerk M de. Woonwensen en allochtone ouderen. Rooilijn 2005; nr. 2: 64-8.
 56. Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. Factsheet allochtone ouderen en wonen. NIZW/FORUM. Utrecht, juni 2003.
 57. Meijenfelt FD von Moerbeek S. Teruggaan en blijven, Denkbeelden van oudere migranten in kaart gebracht. Stichting Bevordering Maatschappelijke Participatie Amsterdam, 2001.
 58. Werkgroep Interculturele Verpleging en Verzorging. Cultureel passende zorg in de praktijk. Consultatie als middel. Elsevier/de Tijdstroom. Utecht, 1999.
 59. Kuijzen J van, Hamid J, Smits A. Tijd dat wij klanten worden. Literatuuronderzoek woon- en zorgwensen. Turkse en Marokkaanse ouderen. Multicultureel Instituut Utrecht en Schakels. Utrecht, 2002.
 60. Booij J. Niets nieuws onder de zon? 12 jaar interculturalisatie in verpleeghuis Schildershoeck. Culturen binnen psychiatrische muren 2001: 1-11.
 61. www.rouwrituelen.nl
 62. Stichting Islamitisch Begrafeniswezen (IBW). Protocol over stervensbegeleiding van moslims in het ziekenhuis. 2007. <http://www.stichtingibw.nl>
 63. Witter Y. Woonwensen van allochtone 65-plussers. Weten voor wie je bouwt. Aedes-magazine 2007; 15-16: 54-7. (www.kcwz.nl).
 64. Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. Aandachtspunten voor het organiseren van spreekuren met en voor Turkse mantelzorgers in de wijk. Utrecht, april 2006.
 65. Distelbrink M, Gruijter M de, Pels T. Zelfredzaamheid bevorderen voor allochtone vrouwen. Handreiking aan gemeenten. Verwey-Jonker Instituut. Utrecht, november 2007.
 66. www.vilans.nl/diversiteitinlangdurigezorg.nl
 67. Jacobs G. 'Wij blijven alle problemen verzamelen' Gezond leven, migranten ouderen en empowerment. Cultuur Migratie Gezondheid 2006; 3 nr. 2: 88-100.
 68. Dijk R van. Interculturele zorg: een kwestie van allochtonen of cultureel anderen. Cultuur Migratie Gezondheid 2007; 4 nr. 1: 36-44.
 69. Kadernota Seniorenbeleid 2008-2010 'Oud en Wijs genoeg'. Gemeente Den Haag, februari 2008.

Meningen en opvattingen van Haagse MBO-leerlingen over veilig vrijen

P.J.M. Uitewaal

Uit een landelijk onderzoek naar de seksuele gezondheid onder jongeren anno 2005 (1) blijkt dat jongeren die MBO of VMBO volgen, gemiddeld op jongere leeftijd geslachtsgemeenschap hebben dan de jongeren op de HAVO of het VWO. In de leeftijd van 12 tot 13 jaar zijn de jongens op het MBO en VMBO wat dit betreft meer ervaren dan de meisjes. Vanaf 14 jaar verdwijnt dit verschil. Uit hetzelfde onderzoek blijken opvallende verschillen tussen etnische groepen.

Hoewel dit onderzoek, 'Seks onder je 25e', naar eigen zeggen een rijkdom aan gegevens en inzichten heeft opgeleverd, laat het weinig zien over de gedachtenwereld van de jongeren rond het thema veilig vrijen. Het Haagse onderzoek beschreven in onderstaand artikel probeert meer inzicht te geven in hoe de jongeren denken over aspecten van veilig vrijen. Het richt zich specifiek op de MBO-jongeren.

Aanleiding

Jongeren op het MBO/VMBO hebben op jongere leeftijd geslachtsgemeenschap dan die op het HAVO/VWO (1). En meer jongens van 12 of 13 jaar die MBO of VMBO volgen dan meisjes in deze leeftijdscategorie hebben geslachtsgemeenschap gehad (11% van de jongens versus 4% van de meisjes). Bij de 14-15 jarigen verdwijnt dit verschil (jongens 26%, meisjes 28%), bij de oudere jongeren lijken meisjes iets vaker geslachtsgemeenschap te hebben gehad dan jongens (16-17 jarigen: jongens 52% en meisjes 60%; 18-19 jarigen: jongens 73% en meisjes 80%).

Hierin blijken echter opvallende verschillen te bestaan tussen etnische groepen. Van de jongens hebben Nederlandse jongens in de leeftijdsgroep 12-17 jaar het minst vaak ervaring met geslachtsgemeenschap (20%), Marokkaanse, Antilliaanse en Turkse jongens wat vaker (38-45%) en Surinaamse jongens het vaakst (51%). In deze leeftijdscategorie hebben meisjes met een Marokkaanse achtergrond het minst vaak geslachtsgemeenschap gehad (6%), gevolgd door Turkse meisjes 11%. Van de Nederlandse en Antilliaanse meisjes heeft respectievelijk 23% en 39% ervaring met geslachtsgemeenschap. Ze zijn hiermee vergelijkbaar met de jongens uit hun eigen etnische groep. In vergelijking met de Surinaamse jongens hebben Surinaamse meisjes minder vaak geslachtsgemeenschap gehad (23%).

Het Haagse onderzoek probeert inzicht te krijgen in hoe de MBO-jongeren denken over veilig vrijen. Dit is gebeurd met behulp van een kwantitatieve methode door middel van een vragenlijst, en een kwalitatieve methode met behulp van focusgroeps gesprekken. Bij het kwantitatieve onderdeel van dit onderzoek zal in het bijzonder worden gekeken naar verschillen tussen jongens en meisjes en die tussen autochtone en allochtone jongeren. Het onderzoek is in 2007 uitgevoerd door twee stagiaires HBO-Verpleegkunde in het kader van een zo genoemde differentiatiestage.

Methode

Vijf verschillende afdelingen van de Mondriaan onderwijsgroep in Den Haag zijn benaderd met de vraag medewerking te verlenen aan een onderzoek onder hun leerlingen naar meningen en opvattingen over veilig vrijen. Vier afdelingen (Toerisme, Vrede & Veiligheid, Welzijn en Mode & Kleding) wilden meewerken, de afdeling Techniek en Economie weigerde medewerking.

Het onderzoek bestond uit twee delen. Het eerste deel (kwantitatieve deel) bestond uit een enquête van 12 vragen over SOA's en veilig vrijen: twee algemene vragen over veilig vrijen, zes vragen over SOA's (kennis van en omgaan met SOA's) en vier vragen over condoomgebruik. Het tweede deel (kwalitatieve deel) bestond uit twee focusgroepsbijeenkomsten. De enquête omvatte deels gesloten en deels open vragen. De vragenlijsten werden klassikaal uitgedeeld

Over de auteur:

Dr. P.J.M. Uitewaal is huisarts en senior onderzoeker afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs en Cultuur.

E-mail: p.uitewaal@ocw.denhaag.nl

Tabel 1.

Absolute aantallen en percentages van de deelnemende jongens en meisjes naar leeftijd en etnische groep. Den Haag, 2007.

	Jongens		Meisjes		Totaal
	Aantal (%)		Aantal (%)		Aantal (%)
Totaal aantal respondenten *	155	(36)	274	(64)	429 (100)
Leeftijdscategorie**					427 (100)
Jonger dan 16 jaar	1	(0,2)	2	(0,5)	3 (0,7)
16-21 jaar	145	(34)	251	(59)	396 (93)
22-25 jaar	2	(0,5)	14	(3)	16 (4)
Ouder dan 25 jaar	6	(1,6)	6	(1,6)	12 (3)
Etnische groep ***					412 (100)
Nederlands	111	(27)	165	(40)	276 (67)
Turks	11	(3)	29	(7)	40 (10)
Marokkaans	9	(2)	24	(6)	33 (8)
Hindostaans	-		10	(2)	10 (2)
Surinaams	6	(1,4)	9	(2)	15 (4)
Antilliaans	2	(0,5)	3	(0,7)	5 (1)
Overig	11	(3)	22	(5)	33 (8)

* 1 waarde ontbreekt, ** 3 waarden ontbreken, *** 18 waarden ontbreken

en de twee stagiaires bleven gedurende het invullen van de vragenlijsten in de klas aanwezig. De antwoorden op de open vragen zijn gecategoriseerd en gerangschikt naar frequentie van voorkomend antwoord.

De analyses zijn uitgevoerd met behulp van SPSS15.0. De verschillen tussen de subgroepen zijn geanalyseerd met Chi kwadraat toetsen.

Na de enquête zijn focusgroepsbijeenkomsten georganiseerd, waarin dieper werd ingegaan op enkele resultaten van de enquête. Ook wilden de onderzoekers een idee krijgen over hoe de seksuele voorlichting werd gewaardeerd en wat een goede manier van voorlichting zou zijn. Verder is aandacht besteed aan condoomgebruik, SOA's en het laten testen op SOA's.

De gesprekken zijn opgenomen en letterlijk uitgeschreven.

Onderzoekspopulatie

De enquête

Van de beoogde 500 ingevulde vragenlijsten zijn er uiteindelijk 430 ingevuld geretourneerd.

De focusgroeps gesprekken

Er zijn twee focusgroeps gesprekken gehouden. Beide groepen bestonden uit zes personen, drie meisjes en drie jongens. De gemiddelde leeftijd van groep één

was 19,2 jaar (range 16 tot 25 jaar) en van groep twee 18,3 jaar (range 18-19 jaar). In groep één waren drie autochtone en drie allochtone jongeren, in groep twee waren één autochtone en vijf allochtone jongeren.

De resultaten van de enquête worden hieronder waar mogelijk aangevuld met opmerkingen uit de focus-groeps gesprekken.

Resultaten

(Veilig) vrijen

Het merendeel (ruim 70%) van de jongeren beschouwt veilig vrijen als vrijen waarbij het meisje de pil gebruikt en de jongen een condoom (dubbel Dutch). Veilig vrijen wordt door 90% geassocieerd met condoomgebruik al dan niet met pilgebruik en slechts een minderheid van 5% denkt dat veilig vrijen bestaat uit alleen het gebruik van de pil. Er bestaan hierin wel wat verschillen tussen jongens en meisjes. Meer meisjes dan jongens kiezen voor het alternatief 'veilig vrijen is gebruik van zowel condoom als de pil' (meisjes 77% tegenover jongens 62%). Ook bestaat er een verschil tussen autochtone jongeren en allochtone jongeren. 80% Van de autochtone jongeren vindt veilig vrijen, vrijen met pil en condoom tegenover 55% van de allochtone jongeren.

De vraag 'Hoeveel tijd nadat je een leuke jongen/

Tabel 2.

Uitkomst op de vraag wanneer je bereid bent met iemand die je ontmoet hebt naar bed te gaan. Den Haag, 2007.

	Jongens		Meisjes	
	Autochtoon Aantal (%)	Allochtoon Aantal (%)	Autochtoon Aantal (%)	Allochtoon Aantal (%)
Bij de eerste ontmoeting	20 (18)	15 (34)	1 (1)	1 (1)
Binnen 1 week	16 (14)	11 (25)	5 (3)	3 (3)
Binnen 1 maand	37 (33)	5 (11)	32 (19)	4 (4)
Binnen 3 maanden	18 (16)	4 (9)	62 (38)	14 (13)
Niet, tenzij getrouwd	5 (5)	7 (16)	10 (6)	72 (66)
Anders/niet ingevuld	15 (14)	2 (5)	55 (33)	15 (14)
Totaal	111 (100)	44 (100)	165 (100)	109 (100)

(significant verschil tussen de groepen: $p < 0.001$)

meisje hebt ontmoet, zou je met hem/haar naar bed gaan' werd door 343 (80%) jongeren beantwoord. Autochtone meisjes en jongens antwoorden verschillend op deze vraag. Veel autochtone meisjes zijn na één tot drie maanden bereid met een jongen naar bed te gaan, terwijl de meeste autochtone jongens dit binnen een maand wel zouden willen. Meer meisjes dan jongens geven daarbij de aanvulling: 'wanneer ze er klaar voor zijn' (42 meisjes versus 8 jongens). Het verschil tussen allochtone jongens en meisjes is echter veel opvallender. Relatief veel allochtone jongens zouden bij de eerste ontmoeting met iemand naar bed willen gaan en 70% zou dit binnen een maand willen. De meerderheid van de allochtone meisjes wil pas met iemand naar bed gaan nadat zij getrouwd zijn en slechts 7% zou dit binnen een maand willen.

Kennis en meningen over SOA's

Een derde van de jongeren zegt geen SOA te kunnen benoemen. Allochtone jongeren kunnen dit minder vaak dan autochtone jongeren (47% tegenover 78%). Het vaakst worden chlamydia (154 keer) en Aids (152 keer)/Hiv (119 keer) genoemd.

Dit onderwerp kwam ook bij de focusgroepsdiscussies ter sprake. De jongeren hebben vaak wel iets gehoord over SOA's, maar een van de deelnemers merkt op: 'ik weet echt niet veel over SOA's'. Een jongen zegt dat hij wel eens plaatjes van SOA's over de mail toegestuurd heeft gekregen: 'heel walgelijk'. Men kan een aantal SOA's noemen en ook een aantal klachten die dit geeft, maar hier is ook onzekerheid over: 'Pijn bij het plassen toch, of zo?' 'Is schaamluis ook een SOA'? Op de vraag of ze voldoende zijn ingelicht over SOA's wordt geantwoord: 'Ik denk het niet, ik weet alleen dat je het niet moet hebben' en 'Ik weet het niet'.

Autochtone jongeren denken vaker risico te hebben gelopen een SOA te krijgen dan allochtone jongeren. Hierbij zijn geen verschillen tussen meisjes en jongens gevonden. De vraag 'Denk je dat jij ooit het risico hebt gelopen om een SOA te krijgen, en waarom?' is door 75 van de 267 autochtone jongeren met 'ja' beantwoord (28%) en door 17 van de 138 allochtone jongeren (12%). Het merendeel van de jongeren (64%) die denken risico te hebben gelopen, denkt dit omdat ze zonder condoom gevreeën hebben. Hierbij zijn geen verschillen tussen de subgroepen. Op de vraag 'Waarom je denkt geen risico op een SOA te hebben gelopen?' antwoordt het merendeel van de autochtone jongeren en de allochtone jongens 'omdat ze veilig hebben gevreeën met een condoom' (65% van de autochtone jongeren en 67% allochtone jongens). Allochtone meisjes denken geen risico op een SOA te lopen omdat ze geen seks hebben gehad (70% van de meisjes die dit hebben ingevuld).

De vraag 'Ben je wel eens bang geweest een SOA te hebben opgelopen?' is door 18% (76 van de 430) van de jongeren met ja beantwoord. Hierbij zijn geen significante verschillen vastgesteld tussen meisjes en jongens en tussen jongeren van autochtone of allochtone afkomst.

Van deze 76 jongeren die denken wel een risico op een SOA te hebben gelopen is ongeveer de helft naar de (huis)arts (28 keer) of SOA-poli (9 keer) geweest. De andere helft (36 keer) antwoordt niet naar een arts te zijn geweest. Drie jongeren hebben deze vraag niet beantwoord.

De vraag naar wat je zou doen wanneer je net ontdekt hebt dat je een SOA hebt, en je een leuke jongen of meisje ontmoet waar je mee zou willen vrijen, wordt

Tabel 3.

Uitkomst op de vraag naar de periode condoomgebruik bij nieuwe partner. Den Haag, 2007.

	Jongens		Meisjes	
	Aantal	(%)	Aantal	(%)
Ik zou geen condoom gebruiken	11	(7)	25	(9)
Maximaal 1 week	15	(10)	5	(2)
Maximaal 1 maand	18	(12)	14	(5)
Maximaal 3 maanden	22	(14)	25	(9)
Maximaal 1 jaar	5	(3)	15	(5)
Pas nadat we alle twee getest zijn	31	(20)	85	(31)
Altijd	41	(26)	65	(24)
Niet ingevuld/anders	12	(8)	40	(14)
Totaal	155	(100)	274	(100)

(verschil jongens meisjes: $p < 0,001$)

door meisjes en jongens anders ingevuld. Van de jongens zou 5% onbeschermd willen vrijen, 40% zou hierbij een condoom gebruiken en 49% van de jongens zou zich eerst willen laten testen. Bij de meisjes zou 0,4% (1 meisje) onbeschermd willen vrijen, 17% zou wel willen vrijen maar met een condoom en 65% van de meisjes zou zich eerst willen laten testen.

Op de vraag waarop je het vertrouwen in je partner baseert dat hij/zij geen SOA heeft, antwoordt 41% 'omdat ze zich samen hebben laten testen' (jongens 36%, meisjes 43%) en 29% 'omdat zij/hij heeft gezegd geen SOA te hebben' (jongens 36%, meisjes 25%). Verder is dit vertrouwen bij jongens en meisjes gebaseerd op het gegeven dat het voor beiden de eerste keer was (16%) en bij een klein deel omdat het geslacht van de partner er schoon uitzag (5%).

Uit de enquête blijkt dat jongeren wel bereid zijn zich te laten testen op SOA's (zie ook resultaten condoomgebruik). *Van de jongeren die deelnamen aan de focus-groepsgesprekken hadden slechts enkelen zich ooit op SOA's laten testen. Veel kenden hier wel verhalen over: 'ik hoorde dat het bij jongens heel erg pijnlijk is om je te laten testen', 'is dat met een stokje?' Redenen die genoemd werden waarom je je zou laten testen waren vooral: wanneer je hebt gevreeën met iemand die je niet helemaal kan vertrouwen. Vertrouwen speelt kennelijk een grote rol bij condoomgebruik en het besluit je te laten testen. Een jongen zegt hierover: 'ik ken mijn sekspartners en ik weet met wie ze seks hebben gehad, dus ik weet dat ze niets hebben' en één meisje zegt: '... maar als het iemand is die je kent en je weet zeker dat ie geen SOA heeft, ja, dan kan het wel' (vrijen zonder condoom).*

Het voordeel van testen is dat je na het testen zeker weet geen SOA te hebben. Toch ervaart niet iedereen dit als geruststellend of veilig. Een jongen zegt: 'ik leef lekkerder... met het gevoel dat ik niets heb. Als ik me zou laten testen dan open ik een bepaalde deur voor mezelf en dan ga ik twijfelen'. In het algemeen wordt wel erkend dat je pas echt veilig zonder condoom met elkaar kunt vrijen nadat je je op SOA's hebt laten testen. De deelnemers aan de gesprekken weten ook waar ze zich kunnen laten testen.

Condoomgebruik

Gevraagd werd naar hoelang je een condoom gebruikt, wanneer je een nieuwe partner hebt?

Meisjes en jongens antwoorden verschillend op deze vraag. Een klein percentage van zowel de meisjes als van de jongens zou geen condoom willen gebruiken (meisjes 9% en jongens 7%), maar een duidelijk verschil bestaat er voor het antwoord zonder condoom te willen vrijen 'pas nadat we beiden getest zijn' (jongens 20% en meisjes 31%).

De vraag naar wat een reden zou zijn om geen condoom te gebruiken is door ongeveer de helft (222 van de 430) beantwoord. De belangrijkste redenen om geen condoom te gebruiken zijn voor hen: 'condooms zijn te duur' (91 van de 222 respondenten = 41%), er 'nooit aan denken om condooms te kopen' (69 van de 222 respondenten = 31%), en 'geen condooms durven te kopen' (53 van de 222 respondenten = 24%). Vooral allochtone meisjes antwoorden geen condooms te durven kopen (26 van de 63 allochtone meisjes = 41%), terwijl minder allochtone meisjes condooms te duur vinden (11 allochtone meisjes = 17%). Allochtone meisjes verschillen daarmee significant van autochtone meisjes ($p < 0,001$).

Tabel 4.

Aantal jongeren dat wel eens seks gehad heeft zonder een condoom te gebruiken. Den Haag 2007.

	Seks gehad zonder condoom		Totaal subgroep	
	Aantal (%)		Aantal (%)	
Autochtone jongens ¹	41	(38)	109	(100)
Allochtone jongens ¹	16	(38)	42	(100)
Autochtone meisjes ²	81	(49)	164	(100)
Allochtone meisjes ³ *	15	(14)	104	(100)
Totaal	153	(37)	419	(100)

¹) 2 waarden ontbreken, ²) 1 waarde ontbreekt, ³) 5 waarden ontbreken.

* Significant verschil tussen allochtone en autochtone meisjes: $p < 0.001$

Deze resultaten werden aan de focusgroepen voorgelegd. Het gegeven uit de enquête dat veel jongeren condooms te duur vonden wordt door enkele van de groepsleden beaamd. Anderen brengen hier tegenin dat er ook heel goedkope condooms bestaan (JIP-condooms). Bij sommige deelnemers heerst echter de gedachte dat deze goedkope condooms minder goed zijn dan de duurdere merkcondooms. Er werd verder gediscussieerd over andere redenen om geen condoom te gebruiken bij een nieuwe partner, die je ontmoet hebt. Hierover werd gezegd dat je niet altijd een condoom bij je hebt en 'je denkt niet als je op straat loopt: oh, geen condoom op zak, even terug naar huis'. Over de barrière van het aanschaffen van condooms werd gezegd dat het voor sommigen moeilijk is om condooms te kopen. Een jongen merkt op: 'De eerste keer stond ik echt met een rood hoofd. Je moet 's weten hoe snel ik daar weg was'. Dit zou gemakkelijker en anoniem moeten kunnen.

Als reden om bovengenoemde vraag niet te beantwoorden geven 208 respondenten: 'er is geen reden om geen condoom te kopen' (91 jongeren = 43%), 'daar moet mijn partner (jongen) voor zorgen' (12 jongeren = 6%), ik doe niet aan seks (10 jongeren = 5%) en 'ik gebruik de pil' (11 jongeren = 5%). De overige respondenten geven uiteenlopende redenen op deze vraag.

Ten slotte is gevraagd naar het gebruik van condooms onder de jongeren. Tabel 4 laat het resultaat hiervan zien voor jongens en meisjes en autochtone en allochtone jongeren.

De belangrijkste reden voor zowel jongens als meisjes om zonder condoom te vrijen is dat vrijen met een condoom niet lekker is (60 van de 128 jongeren die deze vraag hebben beantwoord = 47%). Andere belangrijke redenen: 'mijn partner had geen SOA' (17%) en 'door de opwindning vergeten' (16%). Er zijn geen belangrijke verschillen tussen autochtone

en allochtone jongeren. Hierbij moet worden opgemerkt dat het aantal allochtone meisjes dat deze vraag beantwoord heeft, klein is (10 meisjes).

De vraag naar de reden om juist wel een condoom te gebruiken is door 241 jongeren beantwoord. De belangrijkste redenen zijn: angst voor een SOA (85 respondenten; 35%), angst voor zwangerschap (75 respondenten; 31%), ik heb geleerd altijd een condoom te gebruiken (75 respondenten; 31%).

De beslissing wel of geen condoom te gebruiken begint bij het voorhanden zijn van condooms (durven en kunnen aanschaffen, wel of niet bij je hebben). Vervolgens moet worden besloten om het condoom daadwerkelijk te gebruiken. Kan en durf je dit bij je nieuwe relatie ter sprake te brengen? Hoe gemotiveerd ben je een condoom te gebruiken bij een nieuwe relatie?

Bij de focusgroeps gesprekken werd op dit onderwerp verder ingegaan. Een meisje zei: 'Ik heb maar één keer seks gehad en dat was zonder condoom. We zijn er allebei niet over begonnen'. Vaak komt het condoomgebruik pas ter sprake tijdens het vrijen zelf. Een jongen merkte op: 'als ik net bezig ben, zeg ik wel: moeten we geen condoom om doen of zo'? Wanneer het meisje de pil blijkt te gebruiken wordt het gebruik van het condoom niet nodig gevonden: 'dan denk je niet eens aan ziektes ...'. Dit laatste werd door anderen beaamd: 'als het meisje de pil gebruikt doe je het sneller zonder (condoom) dan met'.

Het lijkt raar om voorafgaand aan het vrijen over een condoom te beginnen. Het juiste moment om het condoom ter sprake te brengen is tijdens het vrijen, maar soms wordt er niet over gepraat en moet het 'automatisch' gaan: 'ik doe het gewoon, het hoort er bij'.

Het motto 'ik vrij veilig of ik vrij niet' wordt ook wel gebanteerd. Een meisje merkte op dat ze bij een beginnende vrijpartij had gezegd: 'heb je wel iets bij je, want anders doe

ik het gewoon niet'. Het gesprek op condooms brengen lijkt van groot belang.

Men vindt het eerder logisch om een condoom te gebruiken bij een one-nightstand met iemand die men niet kent of niet vertrouwt dan bij iemand die men wel kent.

De motivatie om een condoom te gebruiken komt voor een belangrijk deel voort uit de angst voor zwangerschap en in mindere mate voor een SOA. Een jongen zei hierover: 'de vrouw zal meer schade oplopen, zij kan straks met een kind zitten ... Een man heeft dat wat minder, ja hij kan wel ziektes krijgen...'. Ook wordt wel erkend dat sommigen het gewoon zonder condoom doen. Dit wordt door de deelnemers wel als 'stoerdoenerij' gezien. Een jongen merkte op: 'Je moet de verantwoordelijkheid bij jezelf houden. Je moet aan het ergste denken en ik denk dat je dan wel condooms gaat gebruiken'.

De redenen waarom je wel een condoom zou moeten gebruiken zijn duidelijk: het voorkomt ziekten en zwangerschap. Toch zijn er ook redenen geen condoom te gebruiken. Zonder condoom vrijen is goedkoper, het wordt als lekkerder en intiemer ervaren en het vrijen hoeft niet onderbroken te worden. Sommigen denken niet aan de risico's, of willen er op dat moment niet aan denken. Anderen zeggen het risico voor zichzelf te willen accepteren.

Voorlichting

Voorlichting wordt vaak op de middelbare school gegeven. Ruim 90% van de jongeren krijgt informatie via de school.

Een meisje zei over de voorlichting op school: 'Ik weet niet of ik wel vragen zou durven te stellen aan mijn eigen leraar, aan een vreemd iemand vraag je het gemakkelijker. Ik denk ook mannen en vrouwen apart'. Een jongen zei: 'Ik vond het in ieder geval niet interessant genoeg, we wisten eigenlijk nog steeds niets'. Een andere jongen: 'Het is wel eens voorgegaan hoe je een condoom om moet doen, er staat me iets vaags van bij'. Anderen vinden de voorlichting die ze hebben gekregen wel voldoende. Uit de twee groeps-gesprekken komt echter niet het beeld naar voren van een gestructureerde seksuele voorlichting over SOA's. Er is gevraagd vanaf welke leeftijd seksuele voorlichting gegeven zou moeten worden en door wie. De deelnemers waren het er over eens dat de voorlichting vanaf een jaar of twaalf gegeven zou moeten worden. Niet iedereen krijgt voorlichting van zijn of haar ouders: 'Nee, dat is taboe bij ons'; 'Je schaamt je om het te vragen'; 'Uit respect praat je niet over seks'. Anderen kunnen juist weer heel vrij met hun ouders over seks praten, maar een jongen merkt op: 'ik kan er wel gewoon met mijn ouders over praten..., maar dat wil ik eigenlijk niet'.

Over hoe voorlichting het best gegeven kan worden is maar een beperkt aantal opmerkingen gemaakt. Een meisje dacht

aan een website. Het voordeel hiervan is dat je dan 'stiekem kon kijken' en een jongen dacht dat hij 'door een website sneller dingen zou oppikken'. Ook voorlichting door de GGD (workshops op school) wordt goed gewaardeerd.

Bespreking

Jongens en meisjes en autochtone en allochtone MBO-leerlingen verschillen op een aantal punten van mening over (veilig) vrijen. Negentig procent van de jongeren associeert veilig vrijen met condoomgebruik. Het merendeel (70%) van de jongeren verstaat onder veilig vrijen 'vrijen met een condoom én het gebruik van de pil'. Dit geldt in het bijzonder voor autochtone jongeren (80%) en in mindere mate voor allochtone jongeren (55%).

Er bestaan grote verschillen tussen allochtone jongens en meisjes over de opvatting na hoeveel tijd je met je partner naar bed zou willen gaan. Het merendeel van de allochtone meisjes wil dit pas nadat ze getrouwd zijn, terwijl de allochtone jongens dit het liefst binnen een maand zouden willen, ook zonder getrouwd te zijn.

Van de ondervraagde jongeren denkt 23% ooit een risico te hebben gelopen om een SOA te krijgen. Het merendeel denkt dit omdat ze wel eens zonder condoom hebben gevreeën.

Bij het schatten van het risico blijkt vertrouwen in de sekspartner een grote rol te spelen. Elkaar niet goed kennen speelt hierbij een grote rol. Wanneer iemand die je goed kent zegt dat hij geen SOA heeft, is dit vaak voldoende om aan te nemen dat dit ook zo is. Uit opmerkingen uit de focusgroepsdiscussie is verder op te maken dat de angst voor zwangerschap een belangrijker rol speelt bij de beslissing veilig te vrijen, dan de angst voor een SOA.

De helft van de ondervraagde jongeren die bang was een SOA te hebben opgelopen is hiervoor niet naar een arts geweest. Uit de gegevens kan niet worden opgemaakt waarom deze jongeren dachten een SOA te hebben en wat zij dan wel hebben gedaan of nagelaten.

Uit het rapport 'Seks voor je 25^e' blijkt dat 9% van de jongens en iets meer meisjes (14% zich hebben laten testen op SOA's. Dit geldt ten minste voor jongeren ouder dan 18 jaar. Jongere kinderen lijken zich minder vaak te laten testen, maar hierover zijn onvoldoende gegevens beschikbaar om een betrouwbare uitspraak te doen. Redenen om je te laten testen op SOA's zijn: voor de zekerheid, na onveilige seks of bij klachten en dus vaak voortkomend uit de angst een SOA te hebben. In wat

mindere mate is het testen gekoppeld aan de wens om veilig te vrijen, zoals: bij een nieuwe relatie, binnen een vaste relatie kunnen stoppen met condooms, het verstandig vinden je regelmatig te laten testen (1).

Uit het onderzoek 'Seks onder je 25^e' blijkt dat meer jongeren (ongeveer 25%) geen condoom hebben gebruikt bij de laatste partner en dat een enigszins vergelijkbaar percentage (eenderde van de jongens en een vijfde van de meisjes) altijd een condoom zou gebruiken (1). Condoomgebruik komt minder vaak voor bij meisjes en naarmate men ouder is. Een belangrijke reden die genoemd wordt om geen condoom te gebruiken is dat condooms te duur zouden zijn. In de focusgroepsdiscussie wordt hier nog bij opgemerkt dat alleen de duurdere condooms veilig zouden zijn. Uit onderzoek onder de volwassen Nederlandse populatie wordt het kostenaspect van condooms door slechts een klein aantal mannen genoemd als reden om geen condoom te gebruiken (2). Het is mogelijk dat juist dit aspect bij jongeren belangrijker is, hoewel het te duur zijn van condooms bij 'Seks onder je 25^e' niet genoemd wordt als beïnvloedende factor (1).

Uit het rapport 'Seks voor je 25^e' blijkt dat 90% van de jongeren seksuele voorlichting krijgt via school. Hieronder verstaat men dat er 'enige informatie' is gegeven. Ook blijkt dat de kennis van jongeren over seksualiteit op een aantal punten tekort schiet. Meisjes zijn over het algemeen beter geïnformeerd dan jongens en autochtone jongeren beter dan allochtone jongeren. Dit geldt zowel voor hoog- als voor laag-opgeleide jongeren. Deze enquête laat zien dat

allochtone jongeren minder vaak SOA's kunnen benoemen en mogelijk minder kennis van SOA's hebben dan autochtone jongeren.

De meeste jongeren krijgen voorlichting op school. Uit de focusgroepsinterviews blijkt dat deze voorlichting vaak weinig gestructureerd is en maar één of enkele malen wordt gegeven. Omdat scholen de belangrijkste plaats innemen in het geven van seksuele voorlichting, zou deze voorlichting meer aandacht moeten krijgen. De voorlichting moet gestructureerd worden gegeven in verschillende opeenvolgende jaren. Behalve aan kennisaspecten moet er juist aandacht worden besteed aan relationele aspecten en culturele aspecten, met als doel te zorgen dat zowel autochtone als allochtone jongeren verantwoorde beslissingen kunnen en willen nemen binnen hun seksuele relatie.

Met dank aan Aletta Belt en Rosa Dym voor het uitvoeren van dit onderzoek.

Literatuur:

1. Graaf H de, Meijer S, Poelman J, Vanwesenbeeck I. Seks onder je 25^e: seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005. Rutgers Nisso Groep/SOA Aids Nederland. Uitg. Eburon Delft, 2005.
2. Bakker F, Vanwesenbeeck I. Seksuele gezondheid in Nederland 2006. Rutgers Nisso Groep/SOA Aids Nederland. Uitg. Eburon Delft, 2006.

Week van de Liefde, een dagboek

P. ter Wee

Vanaf 2003 staan Den Haag en omgeving ieder jaar een week lang in het teken van de liefde. Organisaties op het terrein van voorlichting over seksualiteit en relaties -RutgersHuis, COC, SOA-centrum, JIP, GGD/Gezondheidsbevordering en bibliotheken, onder aanvoering van Centrum 1622 (zie kader)- halen tijdens de Week van de Liefde alles uit de kast om Haagse scholieren te voorzien van informatie en op een speelse manier aan te zetten tot nadenken en praten over dat onderwerp dat eigenlijk iedereen bezighoudt. Liefde, seksualiteit, verkering, relaties. Dit jaar voor de vijfde keer, van 7 februari tot en met 15 februari.

Op verzoek van de redactie van het Epidemiologisch Bulletin noteerde GGD-medewerker Paul ter Wee zijn bevindingen in onderstaand dagboek.

Donderdag 7 februari

's Ochtends vroeg de wekker, dit is het begin van de Week van de Liefde! Op naar Hans en Frans om vijf hartentaarten te halen en dan door naar kantoor voor nog wat voorbereidingen. 's Middags naar de Haagse Hogeschool, waar studenten laten zien wat voor les ze hebben voorbereid over veilig vrijen. De studenten zijn afkomstig van de studierichtingen HBO-Verpleegkunde en Culturele Maatschappelijke Vorming. Midden januari hebben ze een training gehad over seksualiteit, van medewerkers van het RutgersHuis, het SOA-centrum, Centrum 1622 en COC Haaglanden, georganiseerd door het JIP en ondergetekende. Inderdaad, voor de Week van de Liefde wordt samengewerkt!

De studenten gaan een vrij veilig-les geven aan leerlingen in de derde klas van het voortgezet onderwijs. Met deze extra menskracht kunnen we tijdens de Week van de Liefde op nog meer scholen seksuele voorlichting geven.

De studenten doen hun presentatie. Ze hebben per schooltype een andere les gemaakt. Het speciaal en praktijkonderwijs krijgt een afwisselende les waar beweging bij te pas komt. Bij het VMBO ligt de nadruk op zowel kennis als vaardigheden en bij de HAVO/VWO-les worden meer moeilijke woorden gebruikt maar ook hier worden vaardigheden geoefend. Met oefenen van vaardigheden bedoel ik leren weerbaar zijn en leren omgaan met een condoom. Het is belangrijk dat jongeren weten wat ze wel en niet willen en dat ze alleen met iemand vrijen als ze dat zelf willen. Wanneer het gebeurt bepaal je zelf. Nog een vaardigheid die je kunt leren: goed communiceren met je partner en samen ontdekken

wat liefde en seksualiteit inhouden.

Het oefenen met een condoom gebeurt om veilig te kunnen vrijen en om SOA en zwangerschap te voorkomen. Het oefenen is een belangrijk onderdeel van de vrij veilig-les.

Na de presentatie gaan we met een aantal studenten naar het Transvaal College. Hier wordt de Week van de Liefde geopend. Op deze school voor speciaal onderwijs heeft de afgelopen jaren de Liefdescarrousel gedraaid, een voorlichtingsproject van de GGD en het RutgersHuis. Onderdeel van de carrousel is een condoomdemonstratie, met behulp van de zogeheten 'pikkenplank': allemaal stokjes op een plank, waarover een condoom kan worden gedaan. Het Transvaal College heeft voor de condoomdemonstratie een groot aantal goed gelijkende pikkies gemaakt, allemaal verschillend van vorm, maat en kleur. Er is een boekje bij verschenen met alle afbeeldingen en het geheel duiden we aan met 'het pikkiesproject'.

Bij wijze van opening van de vijfde Week van de Liefde wordt het Liefdesmagazine gepresenteerd, dat de komende week wordt uitgedeeld op alle scholen in het voortgezet onderwijs.

De presentatie is in handen van de 'dokters Love', de dokters die alles weten over liefde en liefdesverdriet. De dokters interviewen Stef de Niet, directeur van Centrum 1622 en organisator van de Week. Hij bedankt de gemeente Den Haag en Fonds 1818 voor hun financiële ondersteuning en vraagt aandacht voor het Liefdesmagazine en het feit dat dit het lustrum is van de Week. En dan volgt de onthulling van de 77 pikkies. Een leerling van het Transvaal College overhandigt er een aan een studente van de Haagse

Over de auteur:

Paul ter Wee is medewerker Gezondheidsbevordering van de GGD Den Haag, voor de groep 12 - 24 jarigen.

E-mail: p.terwee@ocw.denhaag.nl

Hogeschool en voor de aanwezige pers houdt sociaal verpleegkundige Trynke een condoomdemonstratie. De taarten worden aangesneden en de opening is een feit.

Zondag 10 februari

Nadat Paulien van Deutekom wereldkampioen schaatsen is geworden stap ik in mijn auto vol met condooms en de lovebox, richting de remise. Hier vertrekt de Liefdesbus. De medewerkster van het JIP en ik laden onze materialen over in de bus, waarmee we maandag en donderdag langs twee scholen voor voortgezet onderwijs gaan. Op dinsdag en woensdag gaat de bus naar Delft en Zoetermeer. We wensen elkaar een goede week toe, tot morgen bij de scholengroep Zuid/West.

Maandag 11 februari

Vandaag gaan we voorlichting geven met de Liefdesbus op een multiculti VMBO. We krijgen zeven klassen uit het vierde jaar. Als er een klas (20-25 leerlingen) in de bus komt, hebben we een programma van vier onderdelen van tien á twaalf minuten. Daarna sluiten we gezamenlijk af met kraskaarten. Elke leerling krijgt een kraskaart, waarop een vraag met drie mogelijke antwoorden. Als het hartje van het goede antwoord wordt open gekrast, verschijnt een groene smiley.

Allereerst een quiz over seksualiteit en weerbaarheid. Bij ieder goed antwoord mogen de leerlingen een spijker in een houtblok slaan. De vragen zijn grappig en informatief en omdat er een wedstrijdelement in zit, gaan de leerlingen er echt voor.

Vervolgens het onderdeel veilig vrijen en de condoomdemonstratie. Dit is mijn pakkie an. Mijn eerste vraag aan de jongeren is: wanneer ga je vrijen? De antwoorden zijn divers: als je er aan toe bent, als je verliefd bent, als je gaat trouwen. Ik benadruk dat het allerbelangrijkste is dat je het zelf wilt. Daarna vertel ik over veilig vrijen, dus mét een condoom: let op keurmerk en houdbaarheidsdatum, gebruik een glijmiddel op waterbasis, geen vetten en oliën want die tasten het condoom aan. Ik vertel er bij dat het glijmiddel een extra hulp is, en dat het belangrijker is uitgebreid aandacht te besteden aan elkaar tijdens het voorspel.

Terug naar het condoom. Hoe doe je dat om? Met behulp van een houten pikje laat ik zien hoe het moet, waarna ik de jongens op het hart druk dat ze na het klaarkomen altijd het condoom moeten vasthouden als ze uit de vagina gaan, omdat het condoom anders af kan glijden en achterblijven in de



Oefenen met het condoom om de houten pikkies

vagina. Na gebruik van het condoom gaat er een knoopje in en dan weggooien. Niet in de wc, want die kan verstopt raken.

Na de demonstratie oefenen de jongeren zelf met het condoom om de houten pikkies. Het leuke is dat zowel jongens als meiden dit gewoon doen, ongeacht afkomst, geloofsovertuiging of hoofddoek.

Volgend onderdeel van het programma in de bus is een quiz en discussie bij het COC. De jongeren praten met elkaar over wat zij vinden van homo-seksualiteit. De medewerkster die dit begeleidt is een Marokkaanse vrouw, heteroseksueel. Het voordeel van dat zij deze voorlichting geeft is dat het op deze manier niet bedreigend is.

Hierna krijgen de jongeren voorlichting over de anticonceptiekoffer, door een medewerkster van het RutgersHuis. Ze laat de prikpil, het spiraaltje, vrouwencondoom, de pil, implanon, de nuva ring, de pleister en de morning afterpil de revue passeren en vertelt over het sekssprekuur dat elke donderdag plaatsvindt bij het JIP Den Haag van 14.00-17.00.

Het spreekuur is gratis en anoniem en je kunt er terecht met alle vragen over seksualiteit.

Tot slot de kraskaarten.

De vragen op de kaarten zijn erg divers en bieden de gelegenheid nog wat dingen te vertellen over SOA, bijvoorbeeld dat je onvruchtbaar kunt worden van chlamydia, wat het maagdevlies is, dat vrijen geen pijn mag doen, waar je heen kunt als je een SOA oploopt (de huisarts of het SOA-centrum), dat homo's in alle culturen voorkomen enzovoort. Natuurlijk krijgen de leerlingen condoms mee.

Per groep duurt deze hele happening 50 minuten. Het is informatief, gezellig en een aanzet om jongeren bewuster met seks om te laten gaan. De school krijgt van ons nog een houten pikkie met het boekje '77 pikkies' en voorlichtingsmateriaal voor de derde klassen, zodat docenten ook zelf voorlichting kunnen geven.

Dinsdag 12 februari

Vandaag is de docententour. Ik heb met een collega afgesproken boodschappen te doen voor de lunch bij het COC Haaglanden, het begin van de tour. Er zijn 32 docenten, van het voortgezet onderwijs, middelbaar onderwijs en het leerwerktraject Mama Mia. De presentatie van het COC wordt gedaan door de manager van het COC. Ze vertelt over de activiteiten van het COC, zoals de voorlichting aan scholen en het eigen maatschappelijk werk.

Rond half twee staat de HTM Special voor en gaan we met de hele groep de bus in. Op naar het JIP aan de Amsterdamse Veerkade. Daar houdt een van de medewerkers een praatje over de activiteiten van het JIP: de balie diensten, informatieverstrekking en begeleiding van jongeren, voorlichting aan scholen, het jonge moederloket, het sekssprekuur, de JAR (Jongeren Advies Raad), de emailvragen en ga zo maar door.

Hierna gaat de busreis naar het SOA-centrum, gelegen op de parkeerplaats van het MCH op het Westeinde. Een sociaal-verpleegkundige en een arts vertellen hoe het SOA-centrum werkt, met de inloosprekken 's ochtends, de afspraken 's middags, de testen, veilig vrijen, de doelgroepen van het centrum, enzovoort. Na een kopje thee en koffie gaan we richting het RutgersHuis aan de Haringkade in Scheveningen. Het RutgersHuis is gevestigd in de abortuskliniek Preterm. Het RutgersHuis richt zich op informatie voor jongeren over anticonceptie, SOA en seksualiteit. Er volgt nog een rondje door de abortuskliniek.

Het laatste ritje is naar het COC, waar we nog een presentatie krijgen van Mulki Hassan Mohamed. Zij is projectleider Vrouwelijke Genitale Verminking van



Op de foto tijdens het Feest van de Liefde

de GGD afdeling Gezondheidsbevordering. De presentatie gaat over wat meisjes besnijdenis is, waar het gebeurt, dat het strafbaar is, wat voor problemen besneden vrouwen kunnen krijgen, voorlichtingen door zelforganisaties, enzovoort. Mulki werkt samen met haar twee collega's Farhia en Machair op de GGD Thorbeckelaan 360, vijfde etage.

Tot slot een drankje en hapje en rond 18.00 zijn we klaar. Dit was een goede dag, zoals ook blijkt uit de ingevulde evaluatieformulieren. Men is positief over de opzet van de middag, de informatie vooraf en het doel van de tour. Ik ben erg blij met deze reacties.

Woensdag 13 februari

De dag van het feest in 'het Paard'. Om 10.00 uur arriveer ik met een auto vol condoms, de pikken-plank, lovebox, posters en voorlichtingsmateriaal. Gelukkig is er vandaag hulp van de studenten van de Haagse Hogeschool. Zij geven deze week ook twee-aan-twee vrij veilig-lessen op scholen, in totaal 38 lessen op acht verschillende scholen van praktijkonderwijs, speciaal onderwijs tot atheneum. Ze krijgen goede beoordelingen, gezien de evaluatie-

formulieren. Men geeft o.a. aan dat de studenten dichterbij de belevingswereld van de leerlingen staan en dezelfde taal spreken.

In het Paard is van alles te doen. Professor Salvia Zuurmond geeft zoenles, een waarzegster voorspelt de toekomst, het RutgersHuis doet de standjesquiz en bij het COC kun je discussiëren over homoseksualiteit en diversiteit. Dr. Love houdt spreekuur over alle mogelijke liefdesproblemen, het SOA-centrum helpt met oefenen in het condoom-omdoen-in-het-donker, etc. etc.

En natuurlijk optredens van diverse bands.

Twaalfhonderd (!) leerlingen van klas 3 en 4 van diverse scholen uit Den Haag zijn er op af gekomen, onder begeleiding van ruim honderd docenten.

Om 13.00 wordt iedereen begroet door Stef de Niet van Centrum1622. Dan een veiligheidscheck via veiligheidspoortjes en het feest kan beginnen.

Er is volop gelegenheid om aan van alles mee te doen.

Bij alle standjes is het lekker druk en zodra de leerlingen zelf iets kunnen doen hebben ze veel plezier. Het feest is een groot succes. Er zijn geen ongeregelheden en rond 16.00-16.30 is het afgelopen. Dan met z'n allen de boel inpakken en naar huis.

Donderdag 14 februari

De Liefdesbus is weer in Den Haag. Vandaag gaan we naar een lyceum met acht tweede klassen. Met z'n vijven gaan we de acht klassen te lijf. De leerlingen zijn een stuk jonger dan die van maandag. Uit de reacties blijkt dat ze minder seksueel actief zijn.

Logisch natuurlijk. Een meisje vraagt: wanneer weet je dat je er aan toe bent om te vrijen? Opgemerkt wordt dat in de puberteit iedereen heftige gevoelens heeft, die ook weer kunnen verdwijnen. De kans op liefdesverdriet is groot, dus probeer het rustig aan te doen. En liefst met iemand van je eigen leeftijd. Hou het dicht bij jezelf.

Er zijn wel verschillen tussen de acht klassen.

De VMBO-ers zijn altijd meer geneigd om meteen te reageren, terwijl de VWO-ers meer nadenken voor ze wat zeggen.

Met z'n allen ruimen we bus uit. Al met al was het een mooie dag en de Liefdesbus blijft een succes.

Vrijdag 15 februari

Op deze laatste dag begin ik met het rond brengen van de pikkies bij de scholen in het voortgezet onderwijs. Iedere school krijgt er één plus een '77 pikkies boekje' en een doosje condooms. Ik geef er tasjes bij met informatie en foldermateriaal, een



Condom-omdoen-in-het-donker, oefenen in de lovebox

reader met lesmateriaal, leensuggesties van boeken en dvd/video. De komende weken probeer ik alle scholen het materiaal te bezorgen. De reacties op scholen zijn over het algemeen positief.

Het is een mooie week geweest. Volgend jaar weer een!

Het **RutgersHuis** verstrekt informatie en advies over seksualiteit en relaties; het **COC** doet hetzelfde maar dan over homoseksualiteit; het **SOA-centrum** is de polikliniek voor geslachtsziekten bij het Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde, het **Jongeren Informatie Punt (JIP)** biedt jongeren hulp op allerlei gebied, ook dat van seksualiteit; en **Centrum 1622** is een organisatie die op de scholen in Den Haag voorlichting verzorgt over allerlei maatschappelijke onderwerpen, inclusief seksualiteit en relaties.

Academisering van de Openbare gezondheidszorg: de eerste leerstoel

Y.K. van Pareren

Op vrijdag 6 juni 2008 vond in het academiegebouw van de Universiteit Leiden de oratie plaats van Barend Middelkoop, coördinator van de Academische Werkplaats Public health. De Gemeente Den Haag heeft hem benoemd tot bijzonder hoogleraar Public health bij het LUMC (Leids Universitair Medisch Centrum) met als aandachtsgebied 'gezondheid van groepen in achterstandsituaties'. In dit bulletin kunt u zijn oratie lezen. Zijn inauguratie is een mooie gelegenheid om stil te staan bij de Academische Werkplaats Public health Noordelijk Zuid-Holland.

Terug in de tijd

In 2000 constateerde de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) dat er in de sociale geneeskunde grote behoefte bestond aan verbetering van de samenwerking met de universiteiten¹. Hieraan ten grondslag ligt dat in de public health een groot deel van het onderzoek, het onderwijs en de praktijk buiten de universiteiten plaatsvinden. Het RGO-rapport droeg mede bij aan het ontstaan van het ZonMw programma 'Academische werkplaatsen Publieke Gezondheid'. Dit programma werd in het leven geroepen om praktijkgerichte onderzoeksprojecten te financieren en om de infrastructuur te faciliteren van public health academische werkplaatsen. De start van het programma was de directe aanleiding voor een samenwerkingsovereenkomst op het gebied van onderzoek en onderwijs in de openbare gezondheidszorg in de regio Noordelijk Zuid-Holland. Naast de GGD Den Haag participeren hierin het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), TNO Kwaliteit van Leven, de GGD Zuid-Holland West en de GGD Hollands Midden. Deze nieuw gevormde Academische Werkplaats Public health Noordelijk Zuid-Holland zag in april 2006 haar eerste onderzoeksaanvraag gehonoreerd door ZonMw. Op 4 december 2006 vond in Leiden de startbijeenkomst plaats van de academische werkplaats. Snel daarna werd in april 2007 het goed bezochte Nederlands Congres Volksgezondheid georganiseerd met als titel 'Diversiteit in volksgezondheid'.

Infrastructuur

Anderhalf jaar na de startbijeenkomst zien we de eerste resultaten van de samenwerking. Zes keer per jaar

komen de partners op directieniveau samen in de Stuurgroep van de academische werkplaats onder voorzitterschap van Pim Assendelft, hoogleraar van de afdeling Public health en Eerstelijngeneeskunde in het LUMC. In de Stuurgroep wordt actief nagedacht over welke onderzoeksprojecten passen binnen de werkplaats en hoe de samenwerking verder kan worden vormgegeven. De vergaderingen worden voorbereid door het managementteam van de academische werkplaats. Dit managementteam (de voorzitter van de Stuurgroep, de coördinator van de werkplaats, Barend Middelkoop en de secretaris van de Stuurgroep, auteur van dit artikel) is verantwoordelijk voor het dagelijks reilen en zeilen van de werkplaats en legt namens de werkplaats contacten met potentiële samenwerkingspartners.

De Stuurgroep heeft vier themagroepen gevormd waarin GGD-professionals samen met onderzoekers van de universiteit en TNO nadenken over praktijkgerichte onderzoeksvragen. De vier thema's zijn 'jeugd', 'infectieziektebestrijding', 'gezondheidsbevordering ouderen' en 'openbare geestelijke gezondheidszorg'. Deze themagroepen functioneren als ware broedplaatsen voor onderzoeksvragen en vormen als zodanig een waarborg voor meer vraaggestuurd onderzoek binnen de onderzoeksinstituten. Inmiddels zijn drie onderzoeksprojecten gesubsidieerd. De contacten met de werkvloer lopen via de leden van de themagroepen. Zij fungeren op de verschillende locaties als contactpersoon van de academische werkplaats.

Hoe serieus de partners zijn over de samenwerking, blijkt al uit de keuze om de mensen en middelen, die nodig zijn voor de samenwerking, niet te laten

¹ Raad voor Gezondheidsonderzoek. De werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis. Den Haag, 2000.

Over de auteur:

Yvonne van Pareren, arts Maatschappij en Gezondheid, werkzaam als medisch adviseur Volksgezondheid bij de GGD Den Haag en werkzaam bij de Academische Werkplaats Public Health Noordelijk Zuid-Holland.
E-mail: Y.K.van_Pareren@lumc.nl

financieren door het programma van ZonMw. In plaats daarvan zijn in de samenwerkingsovereenkomst duidelijke afspraken opgenomen over personele inzet van alle partners ten behoeve van de infrastructuur. De werkplaats probeert op zoveel mogelijk terreinen van de praktijk van de openbare gezondheidszorg onderzoek te initiëren en zal zich in de toekomst ook bezig gaan houden met nascholing.

Onderwijs

Naast onderzoek leveren medewerkers van de GGD-en een structurele bijdrage aan het verbeteren van het sociaal geneeskundig onderwijs. GGD-medewerkers hebben ook toegang gekregen tot LUMC-faciliteiten, zoals de online medische bibliotheek. In de toekomst gaat het LUMC ook nascholing verzorgen voor GGD-medewerkers. Binnenkort wordt bijvoorbeeld gestart met een bijscholing over hoe bestaande informatie via zoekmachines en onderzoeksdatabases efficiënter te verzamelen voor beantwoording of onderbouwing van een praktijk- of onderzoeksvraag.

Onderzoek

De samenwerking heeft tot dusverre geleid tot subsidiering van drie onderzoeksprojecten. De academische werkplaats ging begin 2007 van start met een onderzoek gesubsidieerd door het ZonMw programma Academische werkplaatsen Publieke Gezondheid. In dit onderzoek, de *Primus-studie* genaamd², wordt een evidence-based preventief gezondheidsprogramma voor ouderen ontwikkeld. Aanleiding voor het onderzoek was enerzijds de vergrijzing in Nederland, in het bijzonder de (dreigende) gezondheidsachterstand bij de oudere migranten, ouderen met een lage SES³ en de oudste ouderen, en anderzijds de opkomst van vele preventieve gezondheidsonderzoeken (PGO) voor ouderen in Nederland. Tot nu toe is er nog geen bewijs dat deze PGO's een passende oplossing vormen voor het beschreven probleem en de specifieke doelgroepen. De eerste fase van de PRIMUS-studie bestaat uit een behoeftepeiling, waarin wordt onderzocht welke vorm van preventieve zorg passend is voor ouderen, met speciale aandacht voor de genoemde risicogroepen. De behoeftepeiling vindt plaats door middel van literatuur-onderzoek, focusgroep interviews⁴ met ouderen en met sleutelfiguren voor ouderenzorg, diepte-interviews en vragenlijsten. Begin 2009 start de tweede fase van het

onderzoek met een pilot waarin drie verschillende preventieve strategieën geëvalueerd worden op effectiviteit. Na vier jaar onderzoek zal de Academische Werkplaats Public health een advies uitbrengen over de wenselijkheid van deze consultatiebureaus voor ouderen en over andere mogelijke vormen van preventief onderzoek. Voor dit onderzoek zijn twee onderzoekers aangenomen die allebei na afloop van de vier jaar hopen te promoveren op dit onderzoek: Yvonne Drewes, arts Maatschappij en Gezondheid, voorheen werkzaam als diensthoofd in een ziekenhuis, en Annemarie van Dijk, psycholoog, voorheen werkzaam als epidemioloog bij GGD Hollands Midden.

Eind 2007 is gestart met een onderzoek naar *afkappunten voor overgewicht voor Hindostaanse kinderen*. Deze studie wordt gesubsidieerd door het actieprogramma 'Gezond gewicht' Den Haag. Onderzoek laat zien dat Hindostanen een aanzienlijk hoger risico hebben op diabetes en hart- en vaatziekten. Deze ziektebeelden komen bij hen vaker voor, ontwikkelen zich op jongere leeftijd en hebben een ernstiger beloop. De diagnose wordt echter vaak laat gesteld, waardoor ernstige complicaties kunnen ontstaan. Overgewicht is een belangrijke risicofactor in de ontwikkeling van deze ziektebeelden. In de bestaande preventieve programma's gericht tegen overgewicht, wordt gewicht en BMI (Body Mass Index) gebruikt om overgewicht te signaleren. Hindostanen hebben echter een lichaams-samenstelling die beduidend anders is dan die bij Nederlanders. Zo hebben Hindostanen een slankere lichaamsbouw met gemiddeld een lager percentage spierweefsel en houden zij sneller vet vast in de buikholte. Het gevolg is dat gebruik van de Nederlandse richtlijnen voor overgewicht, leidt tot onder-signalering van overgewicht en daarmee onder-signalering van gezondheidsproblemen bij Hindostanen. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft om deze redenen de afkappunten voor overgewicht bij volwassen Hindostanen (South Asians) en andere Aziatische groepen naar beneden bijgesteld. De aanpak van overgewicht zou vanuit preventief oogpunt al vroeg moeten beginnen. Alleen voor kinderen van deze bevolkingsgroep zijn er tot op heden geen aangepaste afkappunten vastgesteld. Genoeg reden om een onderzoek te starten naar normaalwaarden voor gewicht van Hindostaanse kinderen. Met behulp van Haagse Hindostaanse

² Primus is een afkorting van 'Prevention: Intervention Mapping Used for Seniors'.

³ SES staat voor Sociaal Economische Status.

⁴ Een focusgroep interview is een vorm van kwalitatief onderzoek, waarbij een groepsgesprek gevoerd wordt over een bepaald thema. Ieder gesprek heeft 6-8 deelnemers. In de PRIMUS-studie worden de focusgroepen met ouderen zodanig samengesteld dat steeds verschillende groepen ouderen met dezelfde achtergrond bij elkaar zitten.

groeigegevens van vóór de 'obesitasepidemie' zullen groeicurven worden geconstrueerd en groepspecifieke afkappunten voor gewicht worden bepaald. Dit alles gebeurt in samenwerking met TNO Kwaliteit van Leven, de makers van de huidige Nederlandse groeicurven (4e landelijke groeistudie uit 1997). Na de constructie van de groeicurven en afkappunten zal de academische werkplaats zich inzetten om de groeicurven en afkappunten te implementeren in de regio. De komende twee jaar voert Jeroen de Wilde, jeugdarts bij GGD Den Haag, het onderzoek uit. Hij hoopt uiteindelijk het onderzoek te kunnen uitbreiden en daarmee te kunnen promoveren.

Het derde onderzoek van de werkplaats heeft als acroniem OP REIIS⁵. Dit onderzoek richt zich op de groter wordende groep mensen met een auto-immuunziekte, waarbij de ziekte zich richt op de afweer van het eigen lichaam. Voor deze chronische ziekte moet afweersysteem-onderdrukkende medicatie worden gebruikt. Door verbetering in de zorg voor deze patiëntengroep, lukt het hen steeds beter een normaal leven te leiden. Dit uit zich bijvoorbeeld in een toename van reizigers met een chronische ziekte naar gebieden waar vaccinaties zijn geïndiceerd. Onbekend is echter of de gehanteerde vaccinatieschema's voor deze groep voldoende bescherming bieden tegen infectieziekten. In dit onderzoek wordt de immuunreactie op vaccinatie bij reumapatiënten die zijn behandeld met afweersysteem-onderdrukkende medicatie, onderzocht. Gegevens worden verzameld door het afnemen van een vragenlijst/dagboekje, bloed en faeces-onderzoek. De uitkomsten⁶ van de autochtone en allochtone reizigers met reuma worden vergeleken met de uitkomsten van hun reisgenoten. Tevens worden deze groepen vergeleken met autochtone en allochtone reizigers met diabetes mellitus. In totaal is het streven om tweeduizend personen te includeren. Zo kunnen de onderzoekers na vier jaar een uitspraak doen over de effectiviteit voor chronische patiënten van de huidige vaccinatieschema's. De uitvoerend onderzoeker is Heinrich Brockhoff, arts Maatschappij en Gezondheid. Hij werkt als arts infectieziektebestrijding bij de GGD Den Haag. Ook hij hoopt na vier jaar op dit onderzoek te promoveren.

Ervaringen

Anderhalfjaar na de start van het eerste onderzoeks-

project kunnen we constateren dat de structurele samenwerking tussen praktijk en universiteit voor alle partijen inspirerend werkt. Een duidelijke meerwaarde is dat men elkaar leert kennen, waardoor sneller contact met elkaar wordt gezocht. Is er een aankondiging van een nieuw onderzoeksprogramma, dan volgt er een belronde. Wordt er nagedacht over de inhoud van onderzoeksprogramma's, dan wordt input gevraagd van de andere partners.

Voor de medewerkers van het LUMC en TNO Kwaliteit van Leven is het stimulerend om aan onderzoek te werken dat direct bruikbaar is in de praktijk van de openbare gezondheidszorg. Door de samenwerking hebben zij makkelijker toegang tot een belangrijke onderzoekspopulatie en via de GGD-en kunnen zij waarborgen dat de opgedane kennis wordt verspreid en geïmplementeerd.

Voor de participerende GGD-en en hun medewerkers geldt dat zij zich wetenschappelijk verder kunnen ontwikkelen. Door onderzoeksvragen gezamenlijk op te pakken worden de partners afzonderlijk minder belast en kan er meer voor GGD-en relevant onderzoek worden gerealiseerd. Via de werkplaats krijgen de uitvoerende medewerkers, samen met de epidemiologen, de gelegenheid om diepgaander onderzoek te doen. Zij kunnen bijvoorbeeld zelf interventies ontwikkelen en deze op effectiviteit onderzoeken. Of zij kunnen zich verder verdiepen in determinanten van ziekte, op basis waarvan weer interventies kunnen worden ontwikkeld die relevant zijn voor de praktijk. Naast het doen van onderzoek, stimuleert de samenwerking ook het kritisch nadenken over de huidige eigen praktijk.

Mocht u een praktijk- of onderzoeksvraag hebben, legt u die dan voor aan de contactpersoon van de academische werkplaats in uw GGD. Voor een overzicht van contactpersonen en voor meer informatie over de Academische Werkplaats Public health Noordelijk Zuid-Holland kunt u surfen naar de website (www.awpnzh.nl) of per email contact opnemen met de auteur (y.vanpareren@ocw.denhaag.nl).

Literatuur:

1. Middelkoop BJC, Assendelft WJJ. Academisering van de Openbare Gezondheidszorg. Eerste project van start. Epidemiologisch Bulletin 2007; 42 nr 1: 26-8.

⁵ OP REIIS staat voor "Onderzoek naar de Prevalentie van Reisgerelateerde Episoden van Infecties bij ImmuunSuppressie."

⁶ De uitkomstmaten zijn:

- a. De vaccin-geïnduceerde antistoffen tegen hepatitis A, hepatitis B, difterie, tetanus, polio en salmonella typhi polysaccharide Vi.
- b. De incidentie en ernst van luchtweg of darminfecties tijdens de reis of familiebezoek
- c. De import en transmissie van buitenlandse ziekenhuispathogenen binnen het gezin in Nederland.

korte berichten

Actueel

Ouderen als sociaal kapitaal van de stad

Den Haag heeft een nieuwe nota ouderenbeleid die binnenkort wordt aangeboden aan de gemeenteraad. *'Oud en wijs genoeg'* heet de nieuwe nota, een titel die neigt naar een zekere recalcitrantie: ik bepaal zelf wel wat ik doe en als ik iets nodig heb, horen jullie het wel. En inderdaad, dat is een levenshouding die wethouder Bert van Alphen graag ziet bij de senioren in de stad: "Wij zien senioren niet als hulpbehoevenden, maar als een bron van kracht" en: "In plaats van een zorggericht beleid waarin problemen centraal staan willen we een kansenbeleid voeren, waarin opsporen, ontwikkelen en optimaal benutten van het maatschappelijk kapitaal van de Haagse senioren voorop staat."

Natuurlijk is het wel de taak van de gemeente te zorgen voor een uitgebreid aanbod aan voorzieningen voor senioren. Zo'n aanbod is er de afgelopen collegeperioden in Den Haag ontstaan, speciaal op het terrein van zorg, inkomen, vervoer, wonen, vrijetijdsbesteding en sport. Het aanbod is er, maar kan nog beter worden toegesneden op de wensen en behoeften van de gebruikers, met als doel dat senioren zo lang mogelijk zelfredzaam blijven én maatschappelijk actief.

Dat is het nieuwe van deze nota ouderenbeleid, het expliciete streven naar het maatschappelijk actief zijn en blijven van senioren. En als zij op enig moment voorzieningen nodig hebben, dan op

eigen aangeven en in eigen regie. Senioren worden in Den Haag gezien als zelfstandige, capabele en ervaren burgers.

Dat gaat uiteraard niet op voor alle ouderen. Door allerlei omstandigheden is de een op hogere leeftijd tot heel wat meer in staat dan de ander. Daarom worden in de nota vier aandachtsgroepen ouderen onderscheiden, volgens het criterium 'kracht'. De nota onderscheidt achtereenvolgens: de groep *'babyboomers'*, de ouderen die relatief jong, mondig en actief zijn, en de steunpilaren vormen van vrijwilligerswerk en mantelzorg. Zij hebben vooral behoefte aan informatie over wat zij kunnen oppakken, en aan ondersteuning daarbij, zoals vormen van respijtzorg. En dan de groep *'redzamen'*, veelal wat ouder, in staat zelfstandig te leven, niet aangewezen op zorg, maar maatschappelijk nauwelijks actief; voorzieningen voor deze groep moeten gericht zijn op het voorkomen van isolement. Vervolgens de groep *'zelfstandige zorgvragers'*, overwegend nog ouder, fysiek beperkt en redzaam mits voorzien van voldoende hulp. Voorlichting moet zichtbaar maken hoe zij mee kunnen doen. Tot slot de groep *'verzorgden'*, de mensen van 75 jaar en ouder, die ernstig beperkt zijn, aangewezen op zorg en voor wie de voorzieningen vooral gericht moeten zijn op behoud van de kwaliteit van leven.

Op deze genuanceerde manier komt de nota tot een groot aantal beleidsaanbevelingen, geconcretiseerd in 18 actiepunten. Een kleine greep: een wervingscampagne om senioren op te

roepen actief te worden als vrijwilliger, het stimuleren van oudere gemeenteambtenaren om werk te combineren met maatschappelijke activiteit, experimenten met 'oudere waakhonden' ter verbetering van de leefbaarheid van wijken, het met hulp van de senioren zelf beter leesbaar maken van informatiemateriaal, etc. etc.

Bijzondere aandacht besteedt de nota aan de groep migrantenouderen in Den Haag. Vorig jaar waren dat er 16.000, in het jaar 2022 zullen er 39.000 migrantenouderen zijn, ofwel bijna een derde van alle Haagse 55-plussers. Deze groep heeft een verhoogd risico op gezondheidsproblemen en maatschappelijk isolement. Dat vraagt om aparte maatregelen, zoals de speciale campagne die dit jaar nog van start gaat, om migrantenouderen te wijzen op bestaande voorzieningen, zoals bijvoorbeeld de thuiszorg, omdat gebleken is dat zij daar op dit moment beperkt gebruik van maken.

Het college van B&W heeft de wijzigingen als gevolg van de inspraak vastgesteld en de nota aangeboden aan de voorzitter van de betreffende raadscommissie. Deze bespreekt de nota op 21 mei.

Week van de Lentekriebels

Elders in dit bulletin berichten we over de Week van de Liefde, die sinds jaar en dag in februari wordt georganiseerd op de Haagse scholen voor voortgezet onderwijs. Voor de basisscholen in Nederland is er sinds 2006 ieder jaar in maart een *Week van de Lentekriebels*, georganiseerd door GGD en de Rutgers Nisso Groep. Doel hier-

van is de basisscholen - dit jaar ruim 250- te stimuleren om voor de groepen 1 tot en met 8 lessen over seksualiteit en relaties op te nemen in hun programma. Tijdens deze Week is het de bedoeling dat iedere deelnemende school elke dag in elke groep een les geeft over relaties en seksualiteit.

De belangstelling van de scholen groeit ieder jaar, dit jaar doen ook veel protestant-christelijke scholen en katholieke scholen mee, en zelfs twee islamitische scholen en een hindostaanse school.

Waarom al op de basisschool?

Omdat kinderen al op jonge leeftijd allerlei vragen hebben over hun lichaam en de verschillen tussen jongens en meisjes, en omdat het zelfbeeld al op jonge leeftijd wordt gevormd. Het accent bij de lessen over seksualiteit en relaties op de basisschool ligt op relatievorming, weerbaarheid en respect. Door dergelijke lessen wil men ook een tegenwicht vormen tegen de eenzijdig geseksualiseerde beelden die kinderen zien op tv en internet.

Tijdens de Week van de Lentekriebels wordt gebruik gemaakt van het bestaande lespakket Relaties en Seksualiteit, dit jaar aangevuld met een multicultureel leskatern, waarin wordt aangesloten bij de verschillende culturele en religieuze achtergronden van leerlingen, zodat leerkrachten een kader hebben om seksualiteit bespreekbaar te maken in multiculturele groepen. Meer informatie hierover op www.weekvandelentekriebels.nl.

Boys R Us

De Rutgers Nisso Groep heeft onlangs ook het spel *Boys R Us* op de markt gebracht, voor jongens tussen 10 en 16 jaar. Het is de tegenhanger van *Girls Choice*, dat in 2006 verscheen.

Uit literatuuronderzoek blijkt dat jongens minder weten over seksualiteit en relaties en minder goed zijn voorgelicht dan meisjes. Programma's voor jongens gaan vooral over wat ze niet (goed) doen, bijvoorbeeld: geen condooms gebruiken, alleen maar seks willen, de grenzen van de ander overschrijden. Het ontbreekt aan een positieve benadering, die aansluit bij de vragen, onzekerheden en behoeften die jongens hebben. Met Boys R Us maken jongens door middel van kennis- en meningsvragen en doe-opdrachten op een speelse en interactieve manier kennis met seksualiteit en relaties. Het bestaat uit twee varianten, voor jongens van 10 tot 13 jaar en voor jongens boven de 13. Het spel is ontworpen door speluitgeverij The Game Master, met steun van de Stichting Kinderpostzegels. Het kost 35 euro (excl. verzendkosten) en kan worden besteld bij www.rutgersnissogroep.nl.

Chatten met professionele hulpverleners op seksualiteit.nl

Nog een laatste bericht van de Rutgers Nisso Groep: vanaf 7 mei kan er op www.seksualiteit.nl worden gechat met professionele hulpverleners. De Rutgers Nisso Groep werkt hiervoor samen met de Stichting Korrelatie, vanouds bekend als instelling waar men - vaak telefonisch - terecht kan met vragen op psycho-sociaal gebied. Mensen met vragen over seksualiteit kunnen kunnen chatten, e-mailen of bellen tijdens kantooruren naar het telefoonnummer van Korrelatie: 0900 - 1450 (30ct p/m). (De bestaande informatielijnen van de Rutgers Nisso Groep komen hiermee te vervallen!)

Waarom chatten? De ervaring van

Korrelatie het afgelopen jaar met hulpverlening op internet is dat vooral jongeren veel gebruik maken van de mogelijkheid te chatten: 'Anoniem chatten maakt hulp vragen laagdrempeliger. Achter de computer kunnen jongeren zich goed concentreren en in alle rust hun gevoelens of vraag verwoorden', aldus Korrelatie.

Hulpverleners van Korrelatie beantwoorden de vragen over seksualiteit van de bezoekers van de website. Zij zijn door de Rutgers Nisso Groep speciaal getraind om vragen over seksualiteit en anticonceptie te kunnen beantwoorden.

Cursussen

Veranderen en implementeren in de public health

Strategieën en methoden voor het in werking zetten en bestendigen van veranderingen en vernieuwingen in de public health. Doelgroep: beleidsmakers, bestuurders en uitvoerders functionerend op academisch denk- en werkniveau, werkzaam in de publieke gezondheidszorg. Kosten: € 3.450

Data: donderdag 4, 18 september en 2, 30 oktober en 13, 27 november en 11 december 2008

Strategisch opereren in de public health, politiek en bestuurlijke context

U gaat op zoek naar strategieën om invloed uit te oefenen op de politieke en bestuurlijke besluitvorming.

Doelgroep: beleidsmakers, bestuurders en uitvoerders functionerend op academisch denk- en werkniveau, werkzaam in de publieke gezondheidszorg.

Kosten: € 3.450

Data: donderdag 11 en 25 september, 9 en 30 oktober, 13 en 27 november en 11 december 2008

*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 Den Haag

Meldingen tijdens het eerste kwartaal 2008, voor de stad Den Haag

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

Het aantal aangifteplichtige infectieziekten, door de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het 1ste kwartaal 2008 gemeld (60, exclusief de meldingen van TBC), is lager dan het aantal in dezelfde periode in 2007 (103). Dit verschil is hoofdzakelijk toe te schrijven aan een verlaagd aantal gevallen van kinkhoest en hepatitis B. Hieronder volgen commentaren op de gemelde infectieziekten.

Bacillaire dysenterie

Twee mannen en 4 vrouwen van diverse leeftijden werden gemeld. De besmetting vond plaats buiten Nederland. Drie patiënten kwamen uit het zelfde gezin en zijn in Brazilië besmet.

Hepatitis A

Er zijn 2 kinderen met hepatitis A gemeld uit eenzelfde gezin, besmet in Florida, en 1 vrouw die besmet is in India.

Vooraankondiging

Leefstijl? Bemoei je er niet mee!

Is vetzucht een collectief probleem net als drugsbestrijding, verkeersveiligheid of het broeikaseffect? Gaat uw werkgever kijken wat er in uw lunchtrommeltje zit? Krijgt u tijdens uw volgende functioneringsgesprek een health check en een fitnessprogramma aangeboden? Over wiens verantwoordelijkheid hebben we het dan?

Op 19 september 2008 organiseert de NSPOH een 'symposium nieuwe stijl':

Leefstijl? Bemoei je er niet mee!

Onder inspirerend dagvoorzitterschap van Ivan Wolffers worden bovenstaande vragen belicht vanuit de wetenschap, de verzekeraar, de professional en de ethiek. Zowel de verrassende 'breaks' als een scala aan workshops staan garant voor een boeiende en inspirerende dag voor professionals in zowel de occupational- als public health.

In dit NSPOH symposium wordt voor het eerst de verbinding gelegd tussen best practices uit het beleid en de preventieprogramma's binnen de openbare gezondheidszorg en het werkveld van arbeid en gezondheid.

Hepatitis B

Het aantal hepatitis B meldingen (23 chronische gevallen) is lager dan in het vorige kwartaal. Er waren iets meer mannen dan vrouwen. Op enkele patiënten na betreft het personen afkomstig van landen waar de ziekte veel voorkomt. De besmettingsbron is doorgaans niet bekend. Bij 3 jonge volwassenen is acute hepatitis B vastgesteld, opgelopen na onveilig seksueel contact. Bij de 4de persoon met acute hepatitis B, afkomstig uit Turkije, is de besmettingsbron niet gevonden.

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (16) is lager dan het aantal gevallen in hetzelfde kwartaal van 2007 (37). Het betreft bijna allemaal gevaccineerde personen, meestal tussen 5 en 13 jaar.

Legionellose

Er is 1 persoon gemeld met legionellose, opgelopen na bezoek aan een sauna.

Malaria

Eén kind en 1 volwassen man zijn gemeld met deze aandoening, opgelopen in Ghana. Bij beide patiënten is de besmetting toegeschreven aan het niet innemen van profylaxe.

Mazelen

Twee gevallen van mazelen zijn gediagnosticeerd. Het betreft een man die in Engeland is besmet en vervolgens in Nederland een niet-gevaccineerde vrouw heeft besmet.

Meningokokkose

Bij 2 volwassen vrouwen is meningokokkose (hersenvliesontsteking) vastgesteld. De patiënten zijn besmet door een meningokok van het type C, waartegen kinderen sinds 2003 worden gevaccineerd. Daarom

Soort instelling	Huidziekten	MRSA	Luchtweg- infecties	Maag-darm- Vlekjes-ziekten aandoening	Totaal
inloophuis daklozen	1		1		2
KDV	2		1	3	7
kindercentrum	2			1	2
overig	1	1		2	4
school	3			1	4
verpleeghuis				4	4
verzorgingshuis				5	5
woonvoorziening	1				1
ziekenhuis				2	2
	10	1	2	17	31

wordt deze bacterie nog bijna uitsluitend bij volwassenen gezien.

Ornitbose

Eén vrouw, besmet door haar eigen parkieten. Deze bacterie kan soms ernstige longontsteking veroorzaken.

Infectieziekten gemeld door instellingen

In de bovenstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het 1ste kwartaal 2008.

Het aantal meldingen uit instellingen is vergelijkbaar met het aantal meldingen gedurende het 1ste kwartaal 2007. De maag-darmaandoeningen betreffen hoofdzakelijk 11 explosies van buikgriep in verpleeg-, verzorgings- en ziekenhuizen, bijna allemaal veroorzaakt door het norovirus. Tevens waren er uitbraken van buikgriep in kinderdagverblijven, een ambulance-dienst en een revalidatiecentrum. Vlekjesziekten en huidziekten betroffen meestal vermoedens van de vijfde ziekte en roodvonk, alsook kleine uitbraken van ringworm en krentenbaard. Vooral kinderdagverblijven en scholen hebben deze aan-doeningen gemeld. Er was een melding van MRSA bij enkele medewerkers en patiënten in de

thuiszorg.

Meldingen tijdens het eerste kwartaal van 2008 voor de regio Zuid-Holland West

Bacillaire dysenterie

In het eerste kwartaal is er 1 melding geweest van Bacillaire dysenterie. De patiënt had de ziekte opgelopen in Nederland. Het betrof een Shigella sonnei. Een bron is niet gevonden.

Hepatitis A

Er was 1 melding van hepatitis A bij een 14 jarige meisje dat in India was geweest. Zij was niet gevaccineerd.

Hepatitis B

Er zijn 18 meldingen van hepatitis B geweest. Het waren allen dragers.

Kinkhoest

Er waren 46 meldingen van kinkhoest. Het aantal kinkhoest-meldingen is fors gedaald ten opzichten van 2007 (1e kwartaal 34; 2e kwartaal: 87; 3e kwartaal: 110; 4e kwartaal: 75).

Legionellose

Vier meldingen van Legionellose. Eén patiënt woonde op de Nederlandse Antillen het had daar

de ziekte opgelopen. De andere 3 patiënten hadden de ziekte in Nederland opgelopen.

Paratyfus A

Er is 1 melding van paratyfus A. De patiënt was in Thailand geweest.

Tuberculose

Er zijn 3 meldingen van tuberculose geweest.

Voedselinfectie

Er is 2 maal een melding geweest van een voedselinfectie die voldeed aan de meldingscriteria. Van de 22 personen die uit eten waren geweest in een restaurant waren er 18 ziek geworden (braken en/of diarree). In samenwerking met de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) heeft uitgebreid onderzoek plaatsgevonden. Uit de feces is het Norovirus gekweekt. De andere melding betrof een vrouw die in de voedselbereiding werkzaam was.

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 2008			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. 2008	1e kw. 2008	1e kw. 2008	1e kw. 2007 **)	2e kw. 2007 **)	3e kw. 2007 **)	4e kw. 2007 **)	1e kw. 2008	1e kw. 2007 **)
B-ziekten	bacillaire dysenterie	6	1	7	10	9	13	14	7	10
	buiktyfus				1	1	2	1		1
	cholera									
	Creutzfeld-J's disease				2					2
	hepatitis A	3	1	4	2	3	6	5	4	2
	hepatitis B *)	27	18	45	55	57	52	54	45	55
	hepatitis C						2	1		
	kinkhoest	16	46	62	68	117	165	136	62	68
	legionella pneumonie	1	4	5	8	9	10	5	5	8
	mazelen	2		2					2	
	meningokokkose	2		2	3	3	4		2	3
	paratyfus A		1	1	2				1	2
	paratyfus B (C)				2					2
	tuberculose	25***	3	28	38	42	40	26	28	38
	voedselvergiftiging of voedselinfectie		2	2	5		8	4	2	5
C-ziekten	brucellose									
	E.coli 0157							2		
	leptospirose									
	malaria	2		2	8	3	14	8	2	8
	ornithose/psittacose	1		1			1	2	1	
	Q-koorts									
	rode hond									
totaal		85	76	161	203	244	317	258	161	203

*) Inclusief dragers

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

***) Dit aantal is een schatting. Door problemen met het computerprogramma kon dit keer het exacte aantal niet worden achterhaald.

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, Wieringen en Pijnacker (de laatste 10 gemeenten vanaf het vierde kwartaal 2002).



Het Epidemiologisch Bulletin is een kwartaaluitgave van de GGD Den Haag. Het blad heeft een semi-wetenschappelijk karakter en belicht de uitkomsten van recent epidemiologisch onderzoek op het terrein van de volksgezondheid. Daarnaast bevat het Bulletin artikelen die signaleren welke gezondheidsproblemen er spelen in een grote stad als Den Haag en wat voor beleid er wordt gevoerd om die het hoofd te bieden.

Geïnteresseerden krijgen het blad *kostenloos* toegestuurd.*

- **Hierbij geef ik mij op als abonnee van het Epidemiologisch Bulletin:**

Naam:
Straat:
Postcode/stad:

- **Ik ben abonnee van het Epidemiologisch Bulletin.**

Mijn oude adres was:
Naam:
Straat:
Postcode/stad:

- **Mijn nieuwe adres is:**

Naam:
Straat:
Postcode/stad:

- **Ik wil het Epidemiologisch Bulletin niet langer ontvangen:**

Naam:
Straat:
Postcode/stad:

* **Stuur deze bon in een ongefrankeerde envelop aan:**
Gemeente Den Haag, Dienst OCW/VG&Z, Antwoordnummer 13034, 2501 VG Den Haag.

