



Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

jaargang 46, 2011, nummer 1

inhoud

Redactioneel

volksgezondheid

“Er wordt in ons land heftiger gediscussieerd over hoofddoekjes en boerka’s dan over gezondheid. Dat moet anders”

In gesprek met de wethouder Volksgezondheid

epidemiologie

Midden- en Oost-Europeanen in Den Haag. Een sociaal-economische verkenning van een betrekkelijk nieuwe migrantengroep

Geringe deelname migrantenvrouwen aan borstkankerscreening

volksgezondheid

Met geweld een relatie

Een confronterende voorstelling van de jongerengroep van de Haagse theatergroep Drang

Korte berichten

Colofon

Maart 2011, 46ste jaargang nr. 1

Redactie

mw. dr. G.A.M. Ariëns, GGD Den Haag
(kernredacteur)
dr. P.K. Chandie Shaw, internist, Medisch Centrum
Haaglanden, Den Haag
mw. dr. I.M. van der Meer, GGD Den Haag
(kernredacteur)
prof. dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Den Haag
(hoofdredacteur)
E. Pieters, Parnassia Bavo Groep
B. Potemans, huisarts in Den Haag
mw. W. van Rijssel (redactiesecretaris/eindredacteur)
L.M.J. Staal, GGD Den Haag (kernredacteur)
mw. K. van der Voorn, STIOM Den Haag

Redactieadres

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn
GGD, Postbus 12652, 2500 DP Den Haag
Bezoekadres: Thorbeckelaan 360
Secretariaat EMG
tel.: 070 - 3537266, fax : 070 - 353 72 92
e-mail: jessica.roos@denhaag.nl
Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij mw. Roos.

Epidemiologisch Bulletin op internet

[www.denhaag.nl/home/bewoners/top/
Gezondheidsonderzoek.htm](http://www.denhaag.nl/home/bewoners/top/Gezondheidsonderzoek.htm)

Ontwerp en productie

Gemeente Den Haag
Intern Dienstencentrum

Uitgave

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, GGD Den Haag
Directeur Volksgezondheid

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

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

Bij wijziging van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen. Voor het bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier.

Het bulletin verschijnt vier maal per jaar.

ISSN 0921-6219

Inhoud

Redactioneel	1
Volksgezondheid	
“Er wordt in ons land heftiger gediscussieerd over hoofddoekjes en boerka’s dan over gezondheid. Dat moet anders” In gesprek met de wethouder Volksgezondheid <i>Wicky van Rijssel</i>	2
Epidemiologie	
Midden- en Oost-Europeanen in Den Haag. Een sociaal-economische verkenning van een betrekkelijk nieuwe migrantengroep <i>Jan Starrenburg en Enas Baraya</i>	6
Geringe deelname migrantenvrouwen aan borstkankerscreening <i>Maria van den Muijsenberg en Bertine Vermeer</i>	12
Volksgezondheid	
Met geweld een relatie. Een confronterende voorstelling over liefde, haat en vriendschap door de jongerengroep van de Haagse theatergroep Drang <i>Paul ter Wee</i>	16
Korte berichten	18

Redactioneel

De volksgezondheid voorop

Deze aflevering van het Epidemiologisch Bulletin opent met het inmiddels traditionele interview met de nieuwe wethouder. Nou ja, nieuw: Rabin Baldewsingh was natuurlijk ook al wethouder in het vorige college van Burgemeester en Wethouders, zij het met een andere portefeuille. Inmiddels is hij alweer enige tijd wethouder van Volksgezondheid, Duurzaamheid, Media en Organisatie. Dit spreekt de redactie natuurlijk aan: de volksgezondheid voorop. Maar ook mooi is de combinatie met duurzaamheid, die nieuw is voor Den Haag. De wethouder is duidelijk niet van plan om de gezondheidsbelangen van de Haagse burgers te gaan verkwanselen in het bezuinigingsgeweld dat ons allen ongetwijfeld staat te wachten. In het interview leest u nog veel meer behartigenswaardigs.

De samenstelling van de Haagse bevolking, en dan vooral in bepaalde wijken, heeft de afgelopen jaren een stevige verandering doorgemaakt. Deze verandering heeft alles te maken met de grote gebeurtenissen in de wereldgeschiedenis, zoals het wegvallen van het IJzeren Gordijn en de uitbreiding van de Europese Unie met Midden- en Oost-Europese landen. De ontwikkelingen hebben onder meer geleid tot een forse toename van het aantal Hagenaars afkomstig uit wat we vroeger noemden 'de tweede wereld'. In dit nummer van het Bulletin wordt in kort bestek de kennis gepresenteerd die de gemeente heeft verzameld over deze bevolkingsgroepen. Afgaande op de beschikbare informatie lijkt het wenselijk dat ook meer gegevens worden verzameld over de gezondheid van deze mensen.

Al veel langer wonen in Den Haag mensen die afkomstig zijn uit de derde wereld. Over de gezondheid van deze groepen is vaak gepubliceerd in het Epidemiologisch Bulletin. Meestal sprak uit de artikelen dat er reden was tot enige zorg. Maar in dit Bulletin kunt u lezen over een positieve trend op het gebied van de preventie van borstkanker.

Ten slotte een onderwerp dat toenemend in de belangstelling staat van het (gezondheids)beleid, namelijk geweld. In dit geval geweld tussen jongeren. De GGD heeft het onderwerp -in dit geval samen met theatergroep Drang- met enig succes bespreekbaar gemaakt met en tussen jongeren, en het Bulletin doet verslag van deze inspirerende activiteit.

Aan de lezers van het Epidemiologisch Bulletin is vorig jaar gevraagd om mee te werken aan een lezersenquête, waarmee de redactie hoopt het blad nog verder te verbeteren. De respons op de enquête overtrof onze verwachtingen: ongeveer één op de drie lezers nam de moeite ons een en ander te laten weten. Ongeveer de helft van de respondenten was arts; de andere helft kende een grote variëteit qua functies. Natuurlijk realiseren wij ons dat de respondenten geen representatieve steekproef behoeven te zijn van het totale lezerspubliek, maar toch waren we aangenaam verrast door de hoge mate waarin men het Bulletin interessant vindt en relevant voor de eigen praktijk. Wat dat betreft voelen wij ons vooral aangemoedigd. De meer kritische geluiden betroffen voornamelijk de vormgeving. Over de suggesties op dat punt beraadt de redactie zich nog, wetend dat dit niet het meest gelukkige moment is voor kostenverhogende veranderingen. Wij gaan het komend jaar zeker met de suggesties (ook andere dan hier genoemd) aan de slag.

Het eerstvolgende Bulletin wordt een themanummer over de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. Deze extra dikke uitgave zal als nummer 2/3 van deze jaargang verschijnen in september. Maar nu: eerst veel leesplezier met dit nummer.



“Er wordt in ons land heftiger gediscussieerd over hoofdoekjes en boerka's dan over gezondheid. Dat moet anders”

In gesprek met de wethouder Volksgezondheid

Wiky van Rijssel

Bijna een jaar is Rabin Baldewsingh nu in functie als wethouder Volksgezondheid in Den Haag. In dat jaar heeft hij zicht gekregen op het brede terrein dat Volksgezondheid nu eenmaal is, en vastgesteld wat de problemen zijn die hij wil aanpakken. Een aantal zaken heeft hem daarbij duidelijk geraakt: “Ik wil in volle vaart continueren wat goed gaat en zeker ook een paar nieuwe accenten leggen”.

Speerpunten

Waar denkt u vooral aan bij gezondheid?

Het terrein is heel breed. Daarom heb ik voor de komende periode een aantal speerpunten benoemd. Een van de dingen die ook de afgelopen periode speelde, speelt nog steeds: de sociaal-economische gezondheidsverschillen. Ik vind dat daarop nog niet voldoende vooruitgang is geboekt. Ik maak me ontzettend zorgen dat ik woon in een stad in een hoogontwikkeld land, waar mensen in sommige wijken gewoon zes jaar eerder doodgaan dan in wijken met meer welstand en waar men ook nog eens gemiddeld zestien jaar in slechtere gezondheid leeft. Dat kan gewoon niet. Dat betekent dat er de komende periode iets gedaan moet worden aan het verkleinen van die sociaal-economische gezondheidsverschillen. Met wat mij betreft veel voorlichting, scholen erbij betrekken, concrete programma's opzetten. In de krachtwijken zijn we nu bezig met het programma Gezondheid en Sport, daar komt geld voor. Met 27 partners gaan we aan de slag om actieve sportbeoefening te stimuleren en een gezonde leefstijl te bevorderen. Die partners kunnen woningcorporaties zijn, sportorganisaties, welzijn, ziekenhuizen, huisartsenpraktijken, zorgverzekeraars, noem maar op.

Een speerpunt zal zeker ook zijn het bestrijden van overgewicht. Dat handhaaf ik uit het oude programma, maar ik ga er wel wat concrete dingen aan toevoegen. In Den Haag is op dit moment 1 op de 7 jongeren te dik. Bij bepaalde culturele groepen is het nog erger, 1 op de 3 Marokkaanse kinderen is te dik, 1 op de 4 Surinaamse kinderen net zo. We hebben als eerste van de grote steden het convenant JOGG ondertekend (*Jongeren Op Gezond Gewicht, een initiatief om overgewicht onder kinderen aan te pakken door samenwerking van de politiek, de publiek-private sector, wetenschappelijk onderzoek en sociale marketing. WvR*). Ik heb de dienst opdracht gegeven acties te ontwikkelen om JOGG in te vullen. Aansprekende en ook meetbare acties. Hoeveel kinderen krijgen we in beweging? Hoeveel worden ze lichter? Straks moet het zijn 1 op de 10 kinderen in plaats van 1 op de 7.

Een ander punt dat steeds terugkeert en waarvoor de aandacht moet worden gecontinueerd is het genotmiddelengebruik - roken en alcohol. Het gebruik stijgt en de gebruikers worden jonger, nu blijkt ook nog dat de meisjes de jongens aan het inhalen zijn met alcoholgebruik. Aan de andere kant neemt het alcoholgebruik onder ouderen toe.

Over de auteur:

Wiky van Rijssel is freelance journalist, eindredacteur en redactiesecretaris van het Epidemiologisch Bulletin.

E-mail: w.van.rijssel@kpnplanet.nl.

Ouderen die alleen zijn en eenzaam pakken steeds vaker alcohol, terwijl zij vaak ook medicijnen slikken waarvan de combinatie met alcohol gevaarlijk is. Of de medicijnen werken niet door de alcohol. Ook hier is veel voorlichting nodig, met goede partners zoals huisartsen en apothekers.

Verder wil ik nadrukkelijk de aandacht vasthouden voor het probleem huiselijk geweld. Het aantal meldingen stijgt, met aardig wat excessen. Nog dit jaar kom ik met een nota met mijn visie, vertaald in acties. Net als elders komt ook in Den Haag flink wat huiselijk geweld voor. Ook in de ergste vorm, tot en met eergegerelateerd geweld. Ik vind dat nogal wat. De afgelopen periode lag het accent van de aanpak veelal op de dader en op het slachtoffer. Maar er zijn meer slachtoffers, wat dacht je van de kinderen? En het gezin zelf, waarvan de sociale structuur verbrokkelt en dat in een isolement raakt. Daarom vind ik dat de aanpak gericht moet zijn op alle betrokkenen en ook niet per se op het beëindigen van de relatie.

'De meldingsbereidheid moet omhoog. Als het om huiselijk geweld gaat geldt: klikken is goed'

Veel vrouwen kiezen er toch voor om weer terug te gaan, dan moet je de dader ook direct bij de hulpverlening betrekken. Belangrijk is dat er op korte termijn hulpverlening op gang komt, met gesprekken met alle betrokkenen om ze waar mogelijk nader tot elkaar te brengen. Wat de hulpverlening betreft moet er sterker worden ingezet op de ketenaanpak. Want die hapert. We hebben nu alle partners bij elkaar gekregen en dat moet worden bestendigd, maar het moet meer smooth verlopen. En de meldingsbereidheid moet omhoog, ook door omstanders. Als het om huiselijk geweld gaat geldt: klikken is goed. Dit alles met de middelen die op dit moment beschikbaar zijn. Ik ben niet bereid hierop nog meer bezuinigen door te voeren.

Andere speerpunten zijn wat mij betreft het aantal parasuïcides onder bepaalde bevolkingsgroepen in Den Haag, het gehandicaptenbeleid en het programma Den Haag onder Dak. De afgelopen periode zijn er zeven woonvoorzieningen gerealiseerd voor doorstroming van daklozen uit de opvang. Nu willen we het programma doorzetten, ondanks de bezuinigingen. Ook deze mensen horen erbij, wij kunnen ervoor zorgen dat ze op eigen benen gaan

staan. Tegelijk proberen we zo de overlast in openbare ruimtes te verminderen. Complicerende factor op dit moment is het feit dat steeds meer mensen uit Midden- en Oost-Europese landen hierheen komen om te werken. Wanneer zij werkloos worden, doen ze een beroep op de opvang. Zij behoren niet tot de doelgroep, maar je kunt ze ook niet aan hun lot overlaten, dus drukken ze wel op het budget. Samen met mijn collega van Integratie ben ik naar oplossingen aan het zoeken. Ik vind dat dit ook landelijk moet worden aangepakt, door de ministers van Volksgezondheid en van Integratiebeleid, met de nodige financiering. Komt die er niet dan moeten wij de mensen weghalen uit de voorzieningen, want het is nu niet eerlijk naar de mensen toe die de voorzieningen echt nodig hebben. De doelgroep van Den Haag onder Dak betreft mensen met meervoudige problematiek, de Midden- en Oost-Europeanen hebben meestal gewoon een dak boven hun hoofd nodig. Door hen komt wel een succesvol programma als Den Haag onder Dak onder druk te staan. Daar maak ik mij zorgen over.

Wijkaanpak en andere methoden

Al deze speerpunten zijn gelieerd aan de zes thema's van de nieuwe nota Volksgezondheid, die vanaf 2012 het beleidskader zal vormen. De thema's zijn: Gezonde voeding en bewegen; Gezonde en duurzame leefomgeving; Gezondheid en genotmiddelen; Seksualiteit en zwangerschap; Psychosociale gezondheid; en Toegang tot en bereik van zorg en preventie. De nota wordt nu voorbereid en over de gewenste aanpak van de thema's wil de wethouder de komende tijd een serie stadsgesprekken voeren met "mensen die ervoor doorgeleerd hebben", de werkers in de stad, artsen, maatschappelijk werkers, leraren, mensen die in de krachtwijken werken.

In de vorige collegeperiode stond de wijkaanpak centraal, met de wijkactiebudgetten. Wijkbewoners konden bijvoorbeeld via de bewonersorganisaties plannen indienen voor initiatieven op gezondheidsgebied. Bij goedkeuring kwam er ook geld voor. Het idee daarachter was dat het bevorderen van participatie gezond is doordat mensen meer grip krijgen op hun leven en zich meer bewust worden van hun gezondheid. Zet u die lijn door, dat werken via de wijken, of zegt u: ik ga stadsgesprekken voeren, dan weet ik wat er speelt en betrek ik de stad er zo bij?

Nee, ik zal zeker ook de wijken erbij blijven betrekken. Het instrument wijkactiebudget zal blijven bestaan. Het grote voordeel is dat je mensen bewust

maakt, het bedenken en uitvoeren van die projecten is een vorm van participatie en emancipatie. Ook de sociale cohesie wordt erdoor bevorderd. Het grote minpunt is echter dat op die manier lang niet alle thema's aan bod komen. Met name zaken als het terugdringen van roken en alcoholgebruik vind je niet terug in de wijkaanpak, terwijl die steeds urgenter worden.

'De wijkbudgetten blijven bestaan, maar in het beoordelen van de voorstellen zullen we meer sturend te werk gaan. Belangrijk vind ik dat een activiteit mensen beweegt tot enige gedragsverandering'

Ook een punt als huiselijk geweld komt daar niet in voor. Daarvoor moet je andere methoden hanteren. Ik heb het nu een paar keer in toespraken luidop gehad over huiselijk geweld en dan zie je dat er wel weer bijeenkomsten rond het thema worden georganiseerd, bijvoorbeeld door verschillende organisaties in de Julianakerk. Daar ben ik hartstikke blij mee.

De wijkbudgetten blijven bestaan, maar in het beoordelen van de ingediende voorstellen zullen we meer sturend te werk gaan. We gaan echt kijken naar noodzaak, impact en output. Daarbij moeten de ingediende voorstellen gekoppeld zijn aan de thema's uit de nota Volksgezondheid. Mijn speerpunten zijn daar ook aan gekoppeld, wat mij betreft moeten de wijkbudgetten dienstbaar zijn aan die speerpunten. Uiteraard gaan we er flexibel mee om, maar de stad moet er wel wat aan hebben. Belangrijk vind ik dat een activiteit mensen beweegt tot enige gedragsverandering.

Verantwoordelijkheid

Eigenlijk wilt u het instrumentarium dat je hebt als gemeente om de gezondheid te beïnvloeden, uitbreiden vergeleken bij de vorige collegeperiode...

Inderdaad, en wat ik er ook aan wil toevoegen is het benoemen van verantwoordelijkheid. Zo maak ik me zorgen over het toenemend overgewicht. Ik zie heel veel kinderen die te dik zijn doordat ze te weinig bewegen en ongezond eten. Wat mij betreft zijn de ouders hier de hoofdschuldigen. Ik zie heel veel ouders die alles geven wat de kinderen vragen.



Corrigerend opvoeden is er niet meer bij. Dat is volgens mij het probleem van leven-in-luxe. De kinderen zitten achter de spelcomputer en zie je niet meer op straat, op de playgrounds. Als je nu toestaat dat die kinderen overgewicht ontwikkelen, zit je over twintig jaar met een ongezonde generatie, met een grote kans op hart- en vaatziekten en suikerziekte.

‘Ik zou graag zien dat de zelforganisaties van migranten hun verantwoordelijkheid nemen om een dergelijk maatschappelijk onderwerp - gezondheid - aan te snijden’

Vooraf om de migrantengroepen maak ik me zorgen, want daarbinnen is de neiging om diabetes te ontwikkelen groter. Dat weten we allemaal, maar wat doen de zelforganisaties van migranten er aan? Veel te weinig! Ik word al jaren -ook in mijn vorige functie als wethouder van o.a. burgerschap- veel te weinig uitgenodigd voor bijeenkomsten die met dit soort zaken te maken hebben. Dat betekent dat dergelijke bijeenkomsten niet worden georganiseerd. Er wordt in ons land heftiger gediscussieerd over integratie, hoofddoekjes en boerka's dan over gezondheid. Ik zou graag zien dat de zelforganisaties van migranten, moskeeën, kerken, tempels etc. hun verantwoordelijkheid nemen -los van hun spirituele werk- om een dergelijk maatschappelijk onderwerp aan te snijden en mensen in beweging te brengen. Doen zij dat niet, dan staan we toe dat we collectief falen op volksgezondheidsgebied.

U noemt ook als speerpunt het aantal gevallen van parasuicide onder bepaalde bevolkingsgroepen. Gaat u daar ook met de migrantenorganisaties over praten?

Jazeker, ik vind het schokkend dat er aantoonbaar meer gevallen van parasuicide voorkomen in de Hindostaanse en Turkse hoek. Hoe komt het dat mensen op een gegeven moment geen uitzicht meer zien? Er zijn zoveel voorzieningen. Dat betekent dat er iets mis is in de hulpverlening, in de ketenbenadering, in de gezinscultuur. En zeker ook in de sociale gemeenschapscultuur. Dat moet niet worden toegedekt, daar moet actie op worden ondernomen. Iets anders dat gevoelig ligt is het thema Seksualiteit en zwangerschap. Ik ben blij dat we dat hebben opgenomen in de komende nota. We gaan het heel algemeen benaderen, maar het zal mij niet verbazen als gaandeweg blijkt dat er voor sommige migrantengroepen extra aandacht nodig is. Ik bedoel, als je het hebt over tienerzwangerschappen, waar komt dat het

meeste voor? Bij de Antilliaanse groep. Die meisjes staan er veelal alleen voor. Het heeft ermee te maken dat in sommige culturen de sociale structuren erg beknellend worden ervaren door jongeren, met ongewenste zwangerschappen als gevolg. Ik vind dat wij de zorgplicht hebben mensen hierover te informeren. Ik zal niemand verbieden om seks te hebben, maar als je het doet doe het dan wel goed en veilig. We zullen dit thema aanpakken samen met de GGD, het Soacentrum en wellicht nog andere partners, zoals de zorgverzekeraars.

Badwater

Tot slot, dit is een interview voor het Epidemiologisch Bulletin, blad van de GGD Den Haag: hoe ziet u de rol van de GGD in dit gezondheidsgebeel?

Ik ervaar de GGD in Den Haag als heel deskundig, heel efficiënt georganiseerd. Van collega's in het land hoor ik ook: die GGD van jou, die is zo slecht nog niet. De GGD is een belangrijke uitvoeringspartner, onder meer van de Wet publieke gezondheid, met de jeugdgezondheidszorg en de gezondheidsbevordering. Ik ben trots op de manier waarop dat gebeurt, ook op de manier waarop Den Haag onder Dak vorm krijgt. Het JOGG-project moeten we nog invullen, ook daarbij is de GGD partner.

Wat mij betreft is de GGD een belangrijk goed. Of het een regionale functie moet krijgen moeten we nog bezien. Ik sta daar niet afwijzend tegenover, maar ik wil er wel voor waken dat we niet het kind met het badwater weggoeien. We hebben hier veel deskundigheid. Ik ben bereid regionale verantwoordelijkheid te dragen, met de partners in de regio in goede harmonie, maar ik zou wel graag belangrijke verantwoordelijkheden willen blijven neerleggen bij Den Haag als centrumgemeente. Ik voel er niets voor op avontuur te gaan.

Een minpuntje bij de GGD is misschien dat de mensen in Den Haag niet weten wat ze allemaal doen. De GGD mag daar wel wat meer outreachend in zijn. Een beetje eigen lof toezwaaien zou niet verkeerd zijn!

Midden- en Oost-Europeanen in Den Haag. Een sociaal-economische verkenning van een betrekkelijk nieuwe migrantengroep

Jan Starrenburg en Enas Baraya

Vanaf 2004 hebben zich in Den Haag ongeveer 30.000 mensen uit Midden- en Oost-Europese landen gevestigd (in het vervolg van dit artikel MOE-landers genoemd). Zij werken veelal in het Westland of in de Bollenstreek en wonen -al dan niet tijdelijk- in bepaalde Haagse wijken. Soms leidt dit tot fricties in de buurt. Om te inventariseren wat er bekend is over deze bevolkingsgroepen heeft de afdeling Onderzoek Integrale Vraagstukken van de dienst OCW een monitor opgezet. Aan de hand van deze monitor kunnen de MOE-landers de komende jaren op een aantal punten worden gevolgd. Onderstaand artikel bevat een eerste verkenning. Zodra er met name meer gezondheidsinformatie vrijkomt, zullen we hier in het Epidemiologisch Bulletin op terugkomen.

Inleiding

De afgelopen vijftien jaar hebben zich substantiële groepen migranten uit Midden- en Oost-Europa in Nederland gevestigd. Aanvankelijk ging het vooral om asielmigranten uit voormalig Joegoslavië en de voormalige Sovjet-Unie en huwelijksmigranten uit onder andere Polen. Sinds de uitbreiding van de Europese Unie (EU) in 2004 en 2007 heeft de arbeidsmigratie een vlucht genomen.

In 2004 traden Polen, Hongarije, Tsjechië, Slowakije, Estland, Letland, Litouwen en Slovenië toe tot de EU en in 2007 volgden Bulgarije en Roemenië.

De toetreding tot de EU maakte het voor mensen uit deze Midden- en Oost-Europese landen (MOE-landen) gemakkelijker om in Nederland te werken en heeft een sterke -en voortdurende- toename van het aantal arbeidsmigranten uit MOE-landen tot gevolg gehad.

Een relatief groot aantal arbeidsmigranten uit MOE-landen, naar schatting bijna 30.000, vestigde zich de afgelopen jaren in Den Haag. Dat heeft vooral te maken met de werkgelegenheid in de nabije omgeving, met name in het Westland en in mindere mate in de Bollenstreek. De aanwezigheid van

groepen MOE-landers in Den Haag trekt vervolgens weer andere landgenoten naar de stad. Sommigen vestigen zich hier permanent, maar de meesten verblijven hier vooralsnog tijdelijk. Dat kan zijn voor een paar weken (studenten die in het seizoen wat komen bijverdienen), een paar maanden of enkele jaren. De komst van pakweg 30.000 MOE-landers naar de stad, in een tijdsbestek van ongeveer zes jaar, bleef en blijft uiteraard niet onopgemerkt. Hoewel het merendeel van de MOE-landers hier rustig werkt en woont, valt hun aanwezigheid op. Zeker in de buurten waar zij wonen en recreëren. In wijken als het Zeeheldenkwartier, Regentes, Valkenbos, Rustenburg-Oostbroek, Transvaal en Laak groeit de kamerverhuur explosief. Al of niet illegaal. In enkele buurten verandert het straatbeeld. Bewoners worden geconfronteerd met een toeloop van nieuwe en steeds wisselende burens uit Midden- en Oost-Europa. Soms gaat dat goed, soms leidt het tot fricties.

In 2007 trok de PvdA fractie in de Haagse gemeenteraad voor het eerst aan de bel. De directe aanleiding waren signalen over illegale woonsituaties van MOE-landers, malafide kamerverhuur en daarmee samenhangende overlast in bepaalde buurten

Over de auteurs:

J. Starrenburg en drs. E.Baraya zijn beiden als onderzoeker verbonden aan de productgroep Onderzoek en Integrale Vraagstukken van de dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, gemeente Den Haag. E-mail: jan.starrenburg@denhaag.nl.

van de stad. Een initiatiefvoorstel van de PvdA om de situatie van MOE-landers in de stad te verbeteren werd in 2008 overgenomen door het college van B&W. Kort samengevat stelden B&W in daaropvolgende raadsmededelingen, dat de omstandigheden waaronder MOE-landers in Den Haag wonen en leven voor verbetering vatbaar zijn en dat negatieve effecten op het woon- en leefklimaat in de stad voorkomen en bestreden moeten worden. B&W willen uitsluiting (en uitbuiting) voorkomen en burgerschap en integratie bevorderen van MOE-landers die zich duurzaam in de stad vestigen. Ook MOE-landers die kortdurend in de stad wonen en werken moeten de mogelijkheid krijgen hun weg te vinden in de Haagse samenleving.

Tegelijkertijd merkten B&W op, dat de aanwezigheid en problematiek van MOE-landers een nieuw aandachtsveld is waarvan nog niet duidelijk is (we spreken over eind 2008) hoe een en ander zich gaat ontwikkelen. De Dienst OCW kreeg vervolgens opdracht in overleg met andere gemeentelijke diensten de problemen in kaart te brengen en beleid en een plan van aanpak te ontwikkelen. Aan de onderzoeksafdeling van de Dienst OCW (afdeling OIV) werd gevraagd een inventarisatie te maken van beschikbare gegevens over MOE-landers in Den Haag. In eerste instantie bestond er vooral behoefte aan demografische gegevens. Verder ging het om 'wat weten we al' en nog niet zozeer om 'wat willen we weten'.

Eind 2009 is een eerste plan van aanpak MOE-landers gemaakt en aangenomen door de gemeenteraad. Eind 2010 is die aanpak verder uitgewerkt. In het plan van aanpak van 2009 (raadsmededeling 2009.934, oktober 2009) is de ontwikkeling van een monitor MOE-landers als actiepunt opgenomen. De letterlijke tekst luidt: 'Om demografische en andere ontwikkelingen rond MOE-landers te volgen, wordt gebruik gemaakt van monitors. Indicatoren zijn demografische gegevens, huisvesting, werk, inburgering en taal, onderwijs, gezondheid, verslavingszorg, dak- en thuisloosheid en criminaliteit'. De Politie Haaglanden maakt de monitor over criminaliteit. Voor wat betreft de overige onderwerpen is OCW/OIV verantwoordelijk.

In 2009 heeft OIV voor het eerst gegevens over MOE-landers verzameld als opzet voor een monitor. Het betrof toen, zoals gezegd, vooral demografische gegevens en een beperkt aantal andere kwantitatieve gegevens. In 2010 is de monitor uitgebreid met de onderwerpen die B&W hebben aangegeven. Over deze monitor 2010 gaat het in dit artikel.

Methoden van gegevensverzameling

De centrale vraag bij de opstelling van de monitor 2010 luidde 'wat is er binnen de aangegeven onderwerpen en beleidsgebieden bekend over MOE-landers in Den Haag?'. Welke (mogelijke) bronnen zijn er, welke bronnen zijn beschikbaar en welke relevante gegevens kunnen daaruit worden verzameld. Kortom, inventarisatie en exploratie. Voor het vullen van de monitor zijn we als het ware gaan 'winkelen' binnen de Dienst OCW en bij beleids- en onderzoeksafdelingen van andere gemeentelijke diensten. Doorgaans waren gegevens over MOE-landers niet direct voorhanden. Soms omdat er niet geregistreerd wordt op etniciteit of nationaliteit, maar vaker omdat gegevens over MOE-landers verstopt zitten in algemene gegevensbestanden. Tot voor kort waren MOE-landers immers nog geen doelgroep van beleid. Collega's van de verschillende afdelingen en diensten hebben op verzoek gegevens van of over MOE-landers uit de bestaande bestanden geselecteerd en aangeleverd voor de monitor. OIV heeft die gegevens bewerkt, geordend en voorzien van tekst en uitleg.

De monitor 2010 bevat dus gegevens die, al dan niet na bewerking, reeds beschikbaar zijn. Alleen voor het onderwerp dak- en thuisloosheid is afzonderlijk aanvullend onderzoek gedaan. Dat gebeurde op verzoek van de destijds verantwoordelijke wethouder naar aanleiding van signalen over de toeloop van MOE-landers in de maatschappelijke opvang. Voor het hoofdstuk middelen- en alcoholgebruik is geput uit een eerder in 2010 uitgevoerd onderzoek door OIV naar 'intraveneus druggebruik en spuitomruil'.

Enige resultaten uit de monitor 2010

Vanwege het encyclopedische karakter van een monitor is het onmogelijk een samenvatting te geven van de inhoud. Om toch een indruk te geven van de inhoud van de monitor worden in het vervolg van dit artikel een aantal gegevens gepresenteerd.

Demografie

Op 1 januari 2010 stonden 10.265 MOE-landers ingeschreven in het Haagse bevolkingsbestand. Dat is 20% meer dan een jaar eerder. Aangenomen dat gemiddeld slechts een op de drie MOE-landers zich inschrijft bij een gemeente, kan het werkelijke aantal MOE-landers in Den Haag zo rond de 30.000 liggen. Polen en Bulgaren vormen verreweg de grootste groepen (bij GBA ingeschreven: 4.734 Polen en 3.625 Bulgaren). Circa de helft van de in het GBA ingeschreven MOE-landers is man (51%).

De helft van de ingeschreven MOE-landers is tussen de 26 en de 40 jaar (figuur 1). In alle leeftijdsgroepen zien we een forse toename ten opzichte van 2009. Het aandeel kinderen van 0-3 jaar is nog vrij klein, maar groeide getalsmatig het hardst (van 370 in 2009 naar 553 in 2010, dat is bijna + 50%).

De meeste ingeschreven MOE-landers wonen in de stadsdelen Centrum (27%), Escamp (24%), Laak (20%) en Segbroek (14%) (figuur 2). Vergeleken met 2009 zien we een (heel) lichte verschuiving van Centrum en Segbroek naar Escamp en Laak. Kijken we wat preciezer naar de spreiding, dan zien we dat driekwart van alle MOE-landers woont in een tiental wijken. De meesten wonen in Laakkwartier en Spoorwijk (20%), Transvaalkwartier (10%),

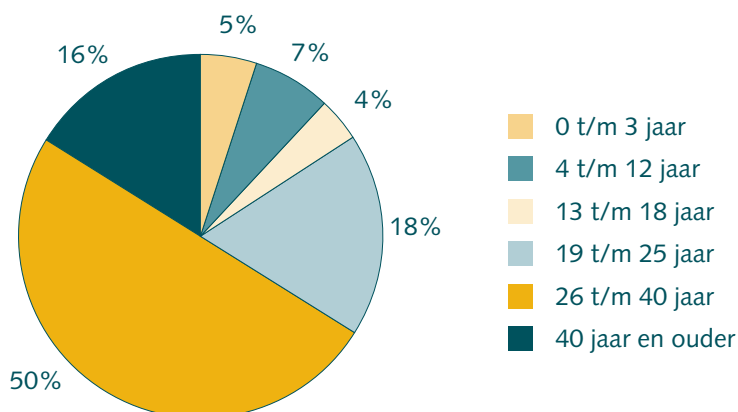
Rustenburg/Oostbroek (10%), de Schilderswijk (9%) en in Valkenboskwartier (8%). Andere relatief wat grotere concentraties vinden we in Regentessekwartier, Moerwijk, Bouwlust, Centrum en Stationsbuurt. In 2010 verblijft 41% van de Midden- en Oost-Europese migranten die in het GBA zijn ingeschreven, twee jaar of langer in Den Haag. In 2009 was dit percentage 29%.

Onderwijs

In juni 2010 zaten 1.058 in Den Haag woonachtige leerlingen met een Midden- of Oost-Europese nationaliteit op een reguliere Haagse school (tabel 1). Het aantal Midden- en Oost-Europese peuters en kleuters op de voorschool heeft zich in een jaar tijd meer dan verdubbeld: van 95 in 2008 naar 222 eind 2009.

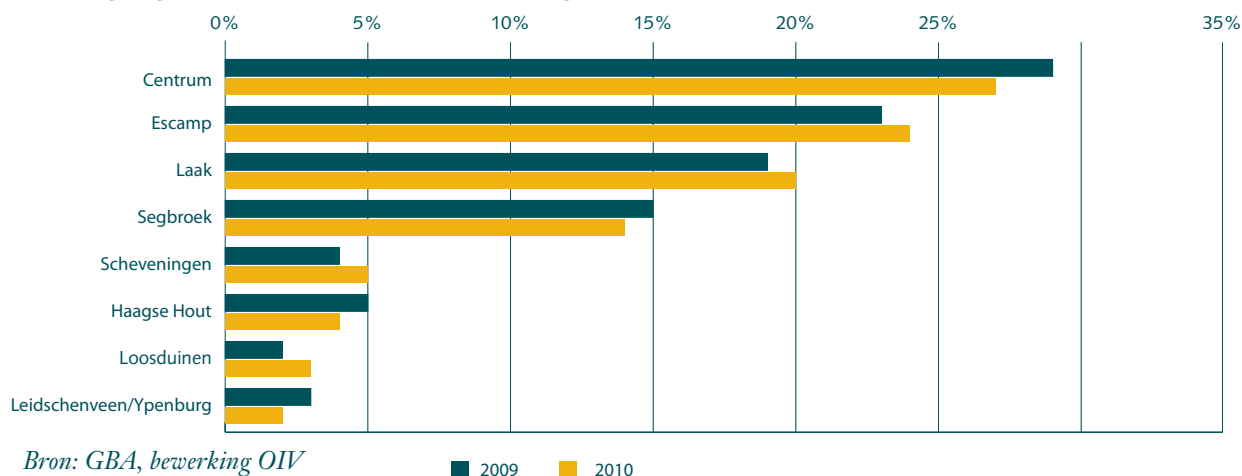
Figuur 1.

Percentage in GBA ingeschreven Midden- en Oost-Europese migranten, naar leeftijd. Den Haag, 2010.



Figuur 2.

Percentage ingeschreven Midden- en Oost-Europese migranten, naar stadsdeel waar zij wonen.



Tabel 1.

Aantal Haagse Midden- en Oost-Europese leerlingen op een reguliere Haagse school, naar nationaliteit. Juni 2010.

	Basisonderwijs (inclusief voor- school kleuters)	Voortgezet onderwijs	MBO	Totaal
Polen	397	180	9	586
Bulgarije	180	116	17	313
Roemenie	22	8	0	30
Hongarije	28	9	2	39
Litouwen	21	12	2	35
Slowakije	21	9	0	30
Tsjechië	5	6	1	12
Estland	5	0	0	5
Letland	5	0	1	6
Tsjechië	0	2	0	2
	684	342	32	1058

Bron: Civision, bewerking OIV

Zij zitten vooral op voorscholen in Spoorwijk en Rustenburg/Oostbroek. Ook op de basisscholen en de VO scholen is het aantal Midden- en Oost-Europese leerlingen toegenomen: respectievelijk met 30% en met 13%. De basisschoolleerlingen gaan vooral naar scholen in Escamp, Laak en Centrum. De Midden- en Oost-Europese leerlingen in het VO zitten voornamelijk op het VMBO (254 van de 342). Het MBO in Den Haag registreerde dit jaar in totaal 32 leerlingen uit Midden- en Oost-Europa. Verder zaten het afgelopen schooljaar 78 Midden- en Oost-Europese leerlingen op een internationale school of een school of centrum voor speciaal onderwijs.

Werk en sociale voorzieningen

In januari 2009 (recenter cijfers zijn niet beschikbaar) stonden 40 MOE-landers ingeschreven bij het CWI als 'niet werkende werkzoekende'. Het aantal MOE-landers met een uitkering op grond van de Wet Werk en Bijstand was nog gering: 10 in 2008 en 25 in 2009. Van ongeveer 11% van de MOE-landers is bekend dat zij een inkomen hebben dat lager is dan 130% van het sociaal minimum. Van de overige 89% is het inkomen niet bekend. 370 MOE-landers hadden in 2009 een Ooievaarspas. Het beroep van MOE-landers op de verschillende minima-fondsen is tot dusver (heel) laag. Verreweg de meeste uitkeringen aan

MOE-landers zijn gedaan vanuit het schoolkosten-fonds (37). Vorig jaar zijn in totaal 4 MOE-landers geholpen met een WMO voorziening Huishoudelijke Verzorging of Voorzieningen Gehandicapten.

Dak- en thuislozen en maatschappelijke opvang

Op jaarbasis maken nu ongeveer 600 MOE-landers gebruik van de dagopvang van het Leger des Heils. Dat is bijna 5 à 6 keer zoveel als drie jaar geleden. Zeker in koudere periodes, als de toeloop het grootst is, treedt er een zekere verdringing op van andere groepen. Dat is ook gebeurd in de specifieke winteropvang (de regeling dat in principe alle daklozen 's nachts binnen kunnen slapen als het erg koud is). Het aantal MOE-landers in de winteropvang van het Leger des Heils, St. Barbaraweg en Binckhorst, liep in het winterseizoen 2009-2010 op van gemiddeld 19 per nacht in het begin van de winter tot gemiddeld 44 in de koudste perioden. In februari en maart 2010 was rond de 80% van de gebruikers van de winteropvang aan de St. Barbaraweg een MOE-lander. Op de Binckhorst was dat ongeveer een kwart maximaal. De Kessler Stichting bood ook winteropvang, maar heeft geen registratie bijgehouden van het aantal MOE-landers dat binnenkwam.

Door regels over regiobinding komen de meeste

MOE-landers niet aanmerking voor reguliere nachtopvang. Het Leger des Heils herbergt geen MOE-landers in de nachtopvang. De Kessler Stichting wel, daar overnachtten in 2010 gemiddeld 20 à 30 MOE-landers in het passantenverblijf. Deze groep is 'blijven hangen' na de winteropvang.

Middelen- en alcoholgebruik

Bij de beide Haagse gebruikersruimten komen MOE-landers aan de deur met een hulpvraag. Zij vormen veelal geen doelgroep voor de gebruikersruimte, ondermeer omdat ze niet bekend staan als overlastveroorzaker. Als ze niet voldoen aan de toelatingseisen, kunnen ze niet worden toegelaten als cliënt. Wel worden ze binnengenoemd voor een kop koffie om na te gaan wat er precies aan de hand is. Verreweg in de meeste gevallen gaat het om mensen met een alcoholprobleem en in mindere mate om drugsproblemen. Indien nodig worden ze doorverwezen naar de Brijdervestiging aan de Zoutkeetsingel. De methadonvoorziening op de Zoutkeetsingel signaleerde afgelopen jaar een nieuwe groep van circa 50 gebruikers, voornamelijk Portugezen en MOE-landers.

Bij de gebruikersruimten worden sinds een jaar of twee, door een vaste groep van 8 á 9 MOE-landers spuiten omgeruild. Dit zijn vooral Polen, een enkele Roemeen en een Tsjech en allen ouder dan 35 jaar.

Ze hebben geen actieve eigen hulpvraag en ze willen niet naar binnen voor een gesprek.

Criminaliteit

In 2004 was 1,7% van alle verdachten in Haaglanden afkomstig uit Midden- en/of Oost Europa, in 2008 is dit aandeel gestegen naar 3,9% (tabel 2).

Naar verhouding blijft de stijging van het aantal verdachten in 2008 ver achter bij de stijging van het aantal ingeschreven MOE-landers. In vier jaar steeg het aantal ingeschreven MOE-landers met 31% en het aantal verdachten met 15%. De meeste verdachten (60%) zijn Polen.

Het merendeel van de verdachten, van wie het woonadres bekend is, woont in de bureaugebieden van Laak, de Heemstraat, Segbroek, Zuiderpark en het Westland. Deze concentratie hangt samen met de spreiding van MOE-landers in de stad.

Relatief veel en een toenemend aantal MOE-landers wordt aangehouden voor 'rijden onder invloed'. De politie constateert een toename van overlast wegens drankgebruik door Polen in de periode 2005-2008 (figuur 3). Die toename zette zich door in het eerste halfjaar van 2009. De overlast door drankgebruik concentreert zich vooral in de bureaugebieden Laak, Hoefkade, de Heemstraat en

Tabel 2.

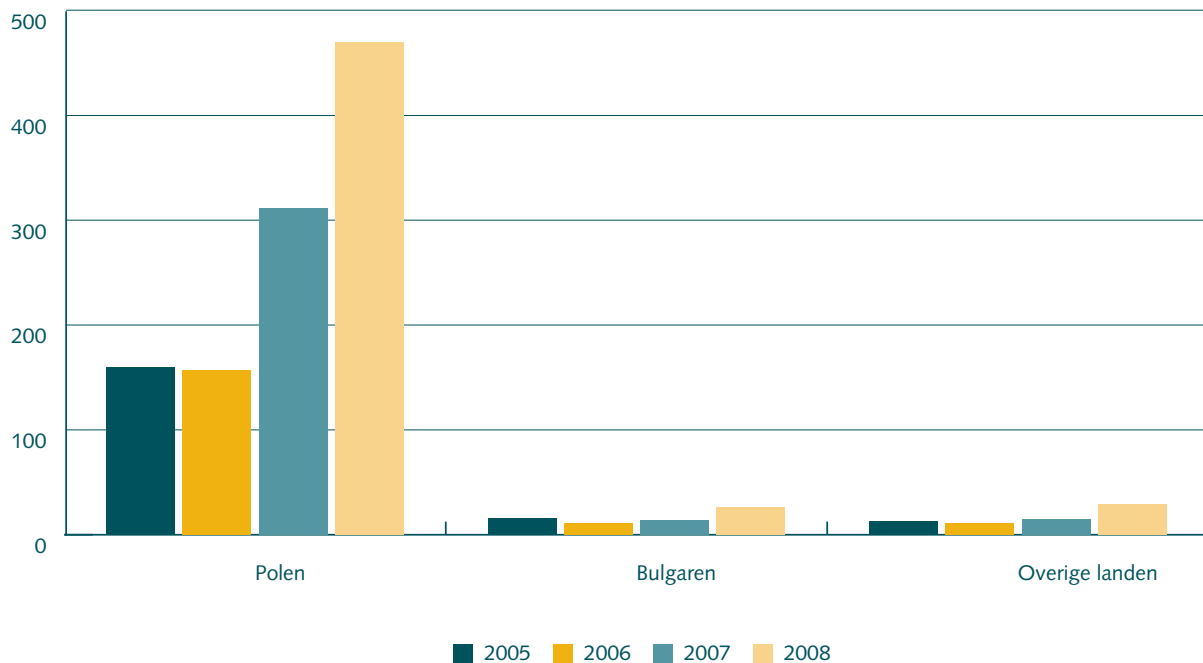
Aantal verdachte MOE-landers in regio Haaglanden naar land van herkomst. 2004-2008.

	2004	2005	2006	2007	2008	Totaal	%
Bulgarije	71	124	137	120	146	598	20
Estland	0	4	0	1	4	9	0
Hongarije	17	20	19	13	26	95	3
Letland	1	3	3	3	10	20	1
Litouwen	5	14	23	52	41	135	5
Polen	196	311	320	438	509	1.774	60
Roemenie	13	29	28	46	41	157	5
Slovenië	1	3	2	5	4	15	1
Slowakije	14	20	22	34	37	127	4
Tsjechië	4	6	5	6	9	30	1
Totaal	322	534	559	718	827	2.960	100

Bron: Politie Haaglanden, rapport Midden- en Oost Europeanen in Haaglanden 2009

Figuur 3.

Aantal dag- en nachtrapporten overlast drankgebruik Midden- en Oost Europeanen in de regio Haaglanden. 2005-2008.



Jan Hendrikstraat. Bij aanhoudingen in verband met overlast wegens drankgebruik gaat het vooral om Poolse mannen tussen de 25 en 44 jaar.

Afsluiting

De monitor is samen met een voortgangsrapportage van de beleidsafdeling Burgerschap over het plan van aanpak MOE-landers besproken in het college van B&W en vervolgens in de gemeenteraad. Daaruit zijn verschillende acties en opdrachten tot nader onderzoek voortgekomen, onder andere naar het gebruik van voorzieningen voor maatschappelijke opvang door MOE-landers en het voorzieningen-gebruik (of niet) van kinderen van MOE-landers. Andere (voorgenomen) acties en onderzoeken betreffen vooral handhaving en bestrijding van illegale verhuur en overlast, huisvesting, arbeidsomstandigheden, inburgering en taal, remigratie van dak- en thuisloze MOE-landers die hier verder geen perspectief hebben. Deze opsomming is niet uitputtend.

De monitor MOE-landers is in ontwikkeling. De onderwerpen liggen ongeveer vast. In 2010 is een voorzichtig begin gemaakt met het duiden en combineren van gegevens. Komende jaren zal de monitor verder worden uitgewerkt en geactualiseerd. Met de monitor willen wij per onderwerp of beleidsgebied maatregelen en resultaten volgen en gaandeweg ontwikkelingen en trends in beeld brengen. Daarmee kan de monitor uitgroeien tot een informatiebron voor beleid. Dat is ten slotte het doel.

De monitor 'Midden- en Oost-Europeanen in Den Haag 2010' kan worden opgevraagd bij de Dienst OCW Den Haag, afdeling OIV.

Contactpersonen:

Enas Baraya, email: enas.baraya@denhaag.nl, tel. 070-353 5558

Jan Starrenburg, email: jan.starrenburg@denhaag.nl, tel. 070-353 5536

Geringe deelname migrantenvrouwen aan borstkankerscreening

Maria van den Muijsenbergh, Bertine Vermeer

In Nederland vindt bevolkingsonderzoek plaats naar borstkanker. Elke twee jaar worden vrouwen tussen de 50 en 75 jaar uitgenodigd röntgenfoto's te laten maken van hun borsten, om te zien of zij borstkanker hebben. Uit onderzoek in de regio Noord-Holland/Flevoland bleek dat hier de opkomst van migrantenvrouwen bij de screening laag was (1). Landelijke gegevens waren nog niet beschikbaar. Daarom heeft Pharos, het landelijk kennis- en adviescentrum op het gebied van de gezondheid van migranten en vluchtelingen, besloten om landelijke cijfers te analyseren. Doel was te achterhalen hoe hoog de opkomst was van vrouwen van verschillende etnische groepen bij het bevolkingsonderzoek naar borstkanker (2-3). Hierbij zijn de perioden 1997-1998 en 2007-2008 met elkaar vergeleken. In onderstaand artikel worden de resultaten van dit onderzoek beschreven, gespecificeerd naar de opkomst in de regio Zuidwest Nederland. Tevens wordt aandacht besteed aan redenen van Turkse en Marokkaanse vrouwen om niet aan het bevolkingsonderzoek deel te nemen, en de mogelijke rol van voorlichters in eigen taal en cultuur (VETC'ers) bij het stimuleren van de opkomst van migrantenvrouwen.

Achtergrond

Borstkanker is de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen in Nederland; zij hebben een kans van meer dan 10% om tijdens hun leven borstkanker te krijgen (4). Om borstkanker in een vroeg stadium te ontdekken vindt in Nederland bevolkingsonderzoek plaats. Het wordt landelijk gecoördineerd door het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu). Ten tijde van het hier beschreven onderzoek werd de uitvoering gedaan door acht regionale organisaties, zie figuur 1¹. De gemeenten in Haaglanden vielen onder de regio BoBWest.

Verzamelde gegevens

Deze acht regionale organisaties leverden de gegevens voor de analyse. In de periode 1997-1998 werden vrouwen van 70 jaar en ouder nog niet uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek, inmiddels is dit wel het geval. Voor de vergelijkbaarheid zijn daarom alleen de gegevens gebruikt van vrouwen die 50-69 jaar oud waren. Eveneens bleek dat in de periode 1997-1998 in de regio van de organisatie SVOKON (Oost-Nederland) niet alle uitgenodigde vrouwen waren geregistreerd. Daarom zijn de gegevens uit deze periode in deze regio niet in de analyse meegenomen.

In de regio van de organisatie SBBZWN (Zuidwest Nederland) waren alleen gegevens beschikbaar van vrouwen met een Nederlandse, Turkse, Marokkaanse en Antilliaanse herkomst.

Opkomst

In totaal zijn er in Nederland in 2007-2008 1.279.982 vrouwen uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Hiervan heeft 83% deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek. Van de uitgenodigde vrouwen was 96% van Nederlandse herkomst. Tien jaar eerder was de opkomst (exclusief de regio Oost Nederland; SVOKON) bij het bevolkingsonderzoek naar borstkanker met 80% iets lager. De opkomst bij het bevolkingsonderzoek naar borstkanker per etnische groep is weergegeven in figuur 2.

Behalve bij de vrouwen van wie het herkomstland onbekend was, was in alle groepen de opkomst in 2007-2008 hoger dan tien jaar eerder. De opkomst was het hoogst in de groep vrouwen van Nederlandse afkomst; 84% in 2007-2008. De opkomst was lager bij de vrouwen van Europese of andere westerse afkomst, en het laagst bij de vrouwen van niet-westerse afkomst. In 2007-2008 was de opkomst bij vrouwen

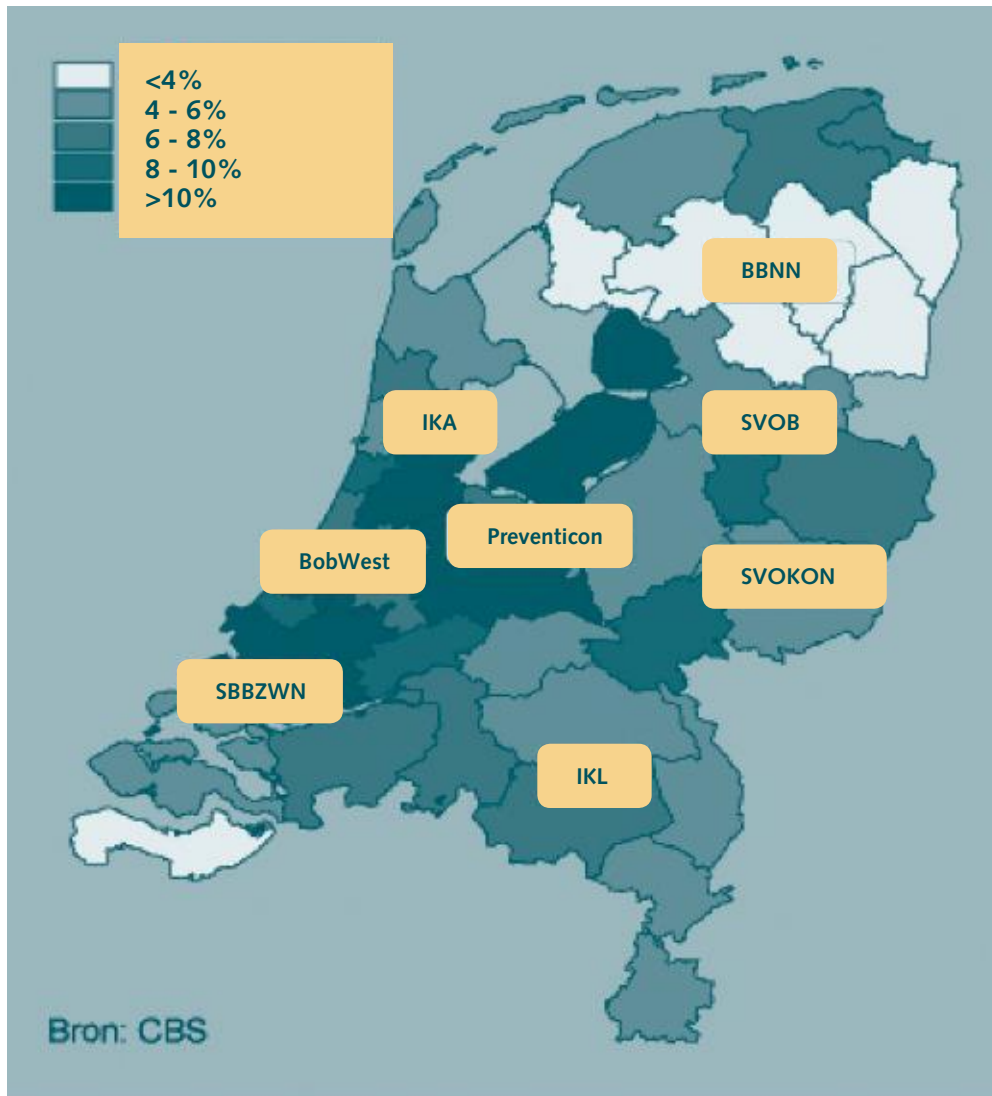
Over de auteurs:

Mw. drs. B. Vermeer Msc was tijdens het onderzoek student International Public Health bij de Vrije Universiteit Amsterdam; mw. dr. M.E.T.C. van den Muijsenbergh is senior onderzoeker bij Pharos (landelijk kennis- en adviescentrum op het gebied van de gezondheid van migranten en vluchtelingen) en huisarts. E-mail: m.muijsenbergh@pharos.nl.

¹ Inmiddels zijn er in Nederland 5 regio's; de gemeenten in Haaglanden vallen nu onder de regio Zuid-West (heel Zuid-Holland en Zeeland).

Figuur 1.

Landkaart van Nederland met aanduiding van percentage allochtonen per provincie en aanduiding van de regio's van de acht screenings organisaties.



van Marokkaanse afkomst 55%, en bij vrouwen van Turkse afkomst 64%.

De landelijke gegevens van de periode 2007-2008 zijn ook vergeleken naar leeftijdscategorie. In alle etnische groepen bleek de opkomst hoger in de jongste leeftijdsgroep (50-54-jarigen) dan in de oudste leeftijdsgroep (65-69-jarigen). Zo was bij de vrouwen van Nederlandse afkomst de opkomst bij de 50-54-jarigen 82%, terwijl deze 61% was bij de 65-69-jarigen.

De organisatie BoBWest verzorgde de uitvoering van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker in onder andere de gemeenten in Haaglanden en Leiden.

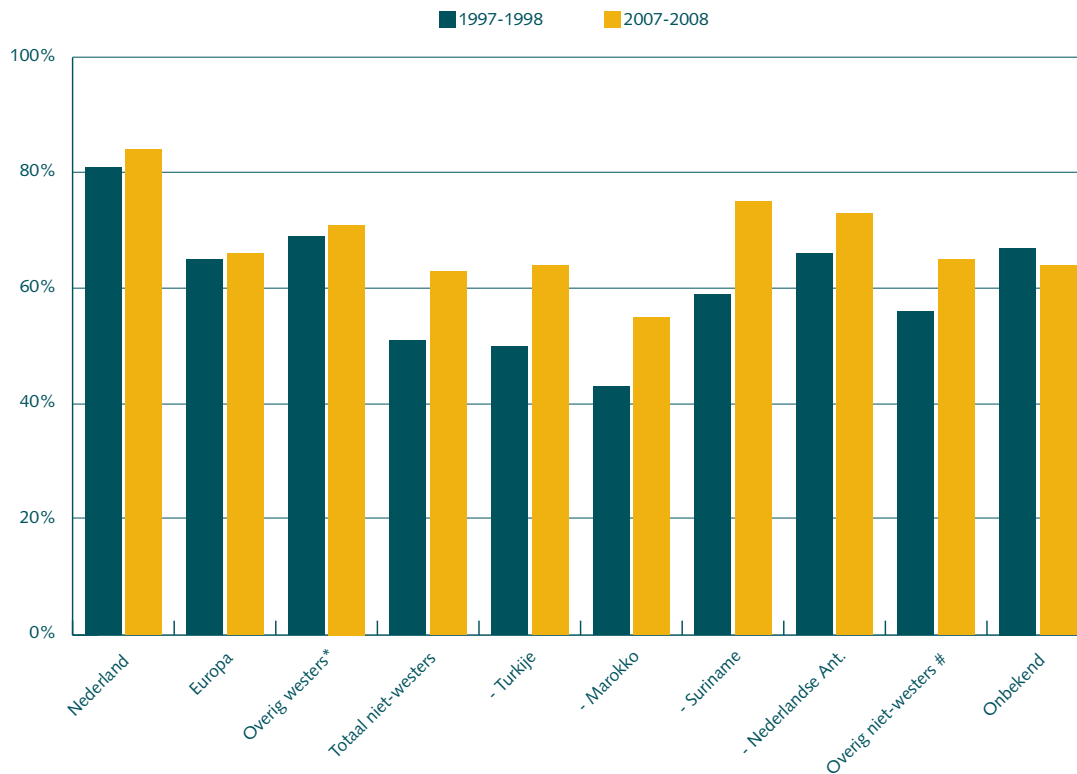
Het beeld in de regio van BoBWest is vergelijkbaar met het beeld in heel Nederland: de opkomst was het hoogst bij de vrouwen van Nederlandse afkomst, en in alle etnische groepen was de opkomst hoger in 2007-2008 dan tien jaar eerder.

Bespreking

De conclusie van dit onderzoek is dat zowel landelijk, als in de regio West Nederland (BoBWest), de opkomst bij het bevolkingsonderzoek naar borstkanker lager was bij de niet-westerse groepen dan bij de autochtone Nederlanders. Wel was de opkomst in alle etnische groepen gestegen ten opzichte van tien jaar eerder. Daarnaast bleek de opkomst in alle etnische groepen hoger bij de jongste leeftijdsgroep.

Figuur 2.

Opkomst van 50-69-jarige vrouwen bij het bevolkingsonderzoek naar borstkanker, uitgesplitst naar land van herkomst. Nederland. 1997-1998 en 2007-2008.



* Verenigde Staten, Australië of Japan

Afrika, Latijns Amerika of Azië (excl. Japan)

De bevinding dat de opkomst lager is bij de niet-westerse groepen komt overeen met de bevinding van Uiters et al., dat er etnische verschillen zijn in het gebruik van medische zorg (5). De stijging van de opkomst bij het bevolkingsonderzoek in 2007-2008 ten opzichte van 10 jaar eerder, was vooral te danken aan een hogere opkomst in de niet-westerse groepen. Het onderzoek bevatte geen gegevens waaruit bleek waarom de opkomst in die groepen hoger was, maar de vrouwen van niet-westerse herkomst in 2007-2008 hadden waarschijnlijk langer in Nederland geleefd dan de niet-westerse vrouwen in 1997-1998. In de Verenigde Staten bleken migranten van verschillende etnische groepen die langer in de Verenigde Staten woonden vaker deel te nemen aan onderzoek naar borstkanker (6).

Redenen om niet deel te nemen

Om de opkomst van vrouwen van niet-westerse herkomst bij het bevolkingsonderzoek naar borstkanker te verhogen is inzicht nodig in redenen

om niet aan het bevolkingsonderzoek deel te nemen. Een onderzoek in de Verenigde Staten concludeerde dat redenen om niet deel te nemen aan onderzoek naar borstkanker per etnische groep verschilden (7). Naast het hier beschreven onderzoek heeft Pharos middels een literatuurstudie (8) en interviews met deze vrouwen (11) onderzocht welke redenen Turkse en Marokkaanse vrouwen zelf noemen om niet deel te nemen aan screening op borstkanker(11). Hieruit bleek dat socio-culturele factoren zoals schaamte en taboe op kanker, gebrek aan vertrouwen in de Nederlandse gezondheidszorg, isolatie van vrouwen en een taalbarrière de belangrijkste redenen waren voor de lagere deelname van de vrouwen aan het bevolkingsonderzoek. Volgens dit onderzoek veroorzaakten deze socio-culturele factoren een gebrek aan kennis en bewustzijn van kanker en preventie, evenals angst voor de diagnose. Deze resultaten geven aan dat vergroting van kennis en bewustzijn een voorwaarde is om de opkomst bij het bevolkingsonderzoek naar borstkanker te verhogen.

De sterkste voorspeller voor deelname aan screening op borstkanker door Turkse vrouwen in Turkije bleek het feit dat men iets had gehoord of gelezen over borstkanker (9). Andere redenen om niet deel te nemen aan screening op kanker waren bijvoorbeeld dat men de uitnodiging niet had ontvangen of dat men de Nederlandse taal niet beheerste (10).

Migratie op jongere leeftijd, dus langer in Nederland wonen, bleek het relatieve risico op sterfte door kanker te verhogen (12). Ondanks de hogere opkomst van de vrouwen van niet-westerse herkomst in 2007-2008, blijft de lagere opkomst ten opzichte van de autochtone Nederlandse vrouwen ongunstig. Omdat de sterfte aan borstkanker groeit binnen de niet-westerse migranten groep, zijn inspanningen om de opkomst bij deze groepen te verhogen des te harder nodig. Voorbeelden van strategieën om de opkomst te verhogen zijn: het inschakelen van huisartsen voor het geven van informatie; het verzenden van de informatie in de eigen taal; en het inzetten van mensen uit de eigen cultuur (bijvoorbeeld via Voorlichters in Eigen Taal en Cultuur, VETC'ers) bij het verspreiden van gezondheidsinformatie (10-14).

Referenties:

1. Visser O, Van Peppen AM, Öry FG, Van Leeuwen FE. Results of breast cancer screening in first generation migrants in Northwest Netherlands. *Eur J of Cancer Prevention* 2005;14(3):251-255.
2. Vermeer B. Migrant women and the national breast cancer screening program. Their attendance and the role of Lay Health Advisors. Research report. Pharos Utrecht 2009.
3. Vermeer B, Van den Muijsenbergh M.E.T.C. The attendance of migrant women at the national breast cancer screening in the Netherlands 1997-2008. *Eur J Cancer Prevention* 2010;19(3):195-198.
4. Kiemeny LALM, Lemmers FAMO, Verhoeven RHA, Aben KKH, Honing C, de Nooijer J, Peeters PHM, Visser O, Vlems FA. De kans op kanker voor Nederlanders. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008;152:2233-2241.
5. Uiters E, Devillé W, Foets M, Groenewegen PP. Use of health care services by ethnic minorities in the Netherlands: do patterns differ? *Eur J Public Health* 2006;16:388-393.
6. Brown WM, Consedine NS, Magai C. Time spent in the United States and breast cancer screening behaviors among ethnically diverse immigrant women: evidence for acculturation? *J Immigrant Health* 2006;8:347-358.
7. Cronan TA, Villalta I, Gottfried E, Vaden Y, Ribas M, Conway TL. Predictors of mammography screening among ethnically diverse low-income women. *Journal of Women's Health* 2008;17(4):527-537.
8. Hartman E, van den Muijsenbergh ME, Haneveld RW. Breast cancer screening participation among Turks and Moroccans in the Netherlands: exploring reasons for non-attendance. *Eur J Cancer Prev* 2009;18(5):349-353.
9. Çeber E, Turk Soyer M, Ciceklioglu M, Cimat S. Breast cancer risk assessment and risk perception on nurses and midwives in Bornova health district in Turkey. *Cancer Nursing* 2006;29(3):244-249.
10. Lale N, Öry F, Detmar S. Factoren die geassocieerd zijn met het niet deelnemen van Turkse vrouwen aan screening op baarmoederhalskanker. *Tijdschr Soc Geneesk* 2003;81:184-188.
11. Hartman E. Lage participatie van Turkse en Marokkaanse vrouwen aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker, een kwalitatief onderzoek naar redenen die vrouwen zelf geven en aanbevelingen om hun opkomst te verhogen. Onderzoeksverslag. Pharos Utrecht 2009.
12. Stirbu I, Kunst AE, Vlems FA, Visser O, Bos V, Devillé W, Nijhuis HGJ, Coebergh JW. Cancer mortality rates among first and second generation migrants in the Netherlands: Convergence toward the rates of the native Dutch population. *Int J Cancer* 2006;119:2665-2672.
13. Wagemakers A, Corstjens R, Koelen M et al. Participatory approaches to promote healthy lifestyles among Turkish and Moroccan women in Amsterdam. *Promotion & Education* 2008;15(4):17-23.
14. Earp JA, Eng E, O'Malley MS, et al. Increasing use of mammography among older, rural African American women: Results from a community trial. *Am J Public Health* 2002;92:646-655.

Met geweld een relatie

Een confronterende voorstelling over liefde, haat en vriendschap door de jongerengroep van de Haagse theatergroep Drang

Paul ter Wee

Op verzoek van de afdeling Gezondheidsbevordering van de GGD Den Haag ontwikkelde theatergroep Drang de voorstelling *Met geweld een relatie*. Een muzikale en educatieve voorstelling, die vanaf 18 november tot 2 december j.l. werd bezocht door ruim 1300 leerlingen van het ROC Mondriaan.

Aanleiding

De voorstelling is gemaakt in het kader van de 'Week zonder Geweld'.

Onderwerp was het toenemend geweld tussen jongeren, met als rode draad:

- Geweld ontstaat niet zomaar. Er is altijd een aanleiding, die te maken heeft met heel verschillende zaken, zoals misbruik van alcohol en drugs, problematische thuissituaties, verstoorde verhoudingen, identiteitsproblemen, teleurstellingen, depressie, minderwaardigheid enz.
- Geweld vindt plaats in allerlei relaties die jongeren hebben. Het geweld kan in huiselijke kring plaats vinden, maar ook binnen liefdesrelaties en vriendschapsrelaties. Jongeren zijn volop bezig om hun identiteit te ontwikkelen en diverse relaties aan te gaan.
- Geweld vormt jongeren ook en in de huidige maatschappij lijkt het wel of jongeren steeds meer immuun worden voor geweld.

De bedoeling van de voorstelling is jongeren bewust te laten worden van het feit dat geweld niet normaal is en dat er een uitweg is. Na de voorstelling was er steeds een nabespreking met professionals, waar leerlingen hun mening konden geven over de voorstelling en zij informatie kregen over melding, nazorg en preventie. Bij de voorstelling die Drang in 2009 maakte op verzoek van de GGD -Seks en Alcohol- bleek duidelijk hoe belangrijk zo'n nagesprek is.

De voorstelling

In *Met geweld een relatie* ontmoeten acht vrienden elkaar op hun vaste hangplek. Zij delen lief en leed, omdat er op dat gebied thuis weinig te halen valt. Zolang groepsleden zich aan de stilzwijgende regels en codes houden, is er geen vuiltje aan de lucht. Maar als enkelen zich los willen maken uit de groep en voor zichzelf kiezen, slaat de vlam in de pan.

Er worden diverse vormen van geweld uitgelicht, van zacht manipulerende dwang tot grof fysiek geweld. Dit tegen de achtergrond van de verschillende vormen van relaties waarin jongeren op zoek zijn naar hun identiteit: liefde, vriendschap, school, contacten via internet & media, ouders en familie. Hun identiteit is in wording. Er wordt driftig geëxperimenteerd met seks, alcohol en drugs.



Over de auteur:

Drs. P. ter Wee is medewerker bij de afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Den Haag.



Dóór jongeren vóór jongeren

Scènes met confronterende teksten en herkenbare situaties, die de leerlingen ervaren als humoristisch, worden afgewisseld met veel dans en muziek.

De thema's zijn improviserend ontwikkeld door de jonge acteurs van theatergroep Drang. Het maakt dat de voorstelling eigentijds en toegankelijk is voor jongeren. *Met geweld een relatie* houdt de leerlingen een spiegel voor. Door die herkenning worden de leerlingen zich bewust van de keuzes die ze zelf maken, zoals zich weerbaar opstellen, grenzen stellen in de omgang met anderen en het ontdekken van de eigen seksuele voorkeur.

Nabespreking van de voorstelling

De voorstelling werd gespeeld in de oude brandweerkazerne aan de Erasmusweg in Den Haag. Hier vond ook de nabespreking plaats over de thema's geweld en identiteit, begeleid door professionals uit de hulpverlening en studenten van de Haagse Hogeschool. Deze nabespreking was opgezet door de afdeling Gezondheidsbevordering van de GGD en theatergroep Drang.

Leerlingen en docenten werden verdeeld over kleine groepen van ongeveer 10-25 personen. Om te voorkomen dat de leerlingen meteen met persoonlijke ervaringen kwamen, werd de nabespreking gehouden aan de hand van de personages in de voorstelling, hun relaties en de diverse vormen van geweld die in de voorstelling waren getoond: huiselijk geweld, eergereleerd geweld, pesten, seksueel geweld, lichamelijke en geestelijke mishandeling en kindermishandeling. De leerlingen waren heel open en duidelijk over wat ze van de diverse vormen van geweld vonden: het voor jezelf opkomen en weerbaar zijn werd keer op keer onderstreept. Tegelijk gaven ze aan dat ze wel herkenden wat er op het toneel

gebeurde. In dit verband is het zeker van belang dat de docenten bij de nabespreking aanwezig zijn, zodat zij weten wat er speelt onder hun leerlingen en ze er op school verder over kunnen discussiëren.

Ter afronding van dit onderdeel werd besproken wat je kunt doen als je merkt dat iemand in de knoei zit en hulp nodig heeft. Vriendschappen zijn dan belangrijk, vond men, maar ook de decanen en zorgcoördinatoren op school. Daarnaast kunnen oplettende familieleden, de politie of het Steunpunt Huiselijk Geweld een bijdrage leveren om geweld terug te dringen.

Hierna ging het over het maken van keuzes, simpele en ingewikkelde keuzes. Dit onderdeel was interactief, er kwamen diverse meningen aan bod over bijvoorbeeld veilig vrijen, flirten, homoseksualiteit en ruzie in relaties.

Evaluatie

Leerlingen en docenten van het ROC Mondriaan hebben korte evaluatieformulieren ingevuld, met beoordelingen van de voorstelling als: herkenbaar voor de leerlingen, grappig, leerzaam, spannend en realistisch. Ook bleek men te spreken over de nabespreking van de voorstelling.

Succesformule

Met geweld een relatie was de derde educatieve voorstelling die de Haagse theatergroep Drang maakte in opdracht van de afdeling Gezondheidsbevordering van de GGD. Tot nu toe werden alle voorstellingen zo goed bezocht en ontvangen, dat er extra voorstellingen werden ingelast of dat de voorstelling in reprise werd genomen. Momenteel is de afdeling Gezondheidsbevordering in gesprek om de samenwerking in 2011 vorm te geven.

Korte berichten

Congres

Immigranten in de GGZ

Onderdeel van het voorjaarscongres van de Nederlandse vereniging voor Psychiatrie is het deelsymposium 'Immigranten in de GGZ', op 31 maart a.s. van 13.15 tot 14.45 uur in de RAI Amsterdam: "In het algemeen geven de onderzoeken aan dat de immigranten in Nederland door de zorg goed bereikt worden. Er zijn echter aanwijzingen dat psychische stoornissen bij immigranten vaker voorkomen en dat de zorg soms te laat op gang komt. In dit symposium maakt u kennis met een aantal Nederlandse onderzoeken die het bereik van de geestelijke gezondheidszorg voor immigranten verder uitdiepen."

Op het programma staan de volgende onderwerpen:

- *Suïcidepogingen bij immigranten in Den Haag*; een update. Onderzoek over de jaren 2008-2009 toont een verschuiving van suïcidaal gedrag bij immigranten naar jonge en nu ook oudere Turkse Haagse vrouwen. Voor alle werkers in de geestelijke gezondheidszorg een belangrijk gegeven voor het beoordelen van psychosociale problematiek onder deze bevolkingsgroep. Inleider: I. Burger.
- *Risico op een dwangopname onder 2e generatie migranten in Rotterdam*. Uit analyse van gegevens over gedwongen opnames in de regio Rotterdam blijkt dat -vergeleken met 1e generatie migranten- alle 2e generatie mannen een hoger

risico hebben op dwangopname, evenals 2e generatie Marokkaanse vrouwen. Verband wordt gelegd met het proces van culturele aanpassing.

Inleider: A. Kamperman.

- *Verschillen in ziektepresentatie en het verhoogde risico op schizofrenie onder immigranten*. Migrant worden eerder in het ziektebeloop gediagnosticeerd met schizofrenie dan autochtone Nederlanders, mogelijk als gevolg van een zwaardere ziektepresentatie.

Inleider: S. Hogerzeil.

- *Eerste zorgcontact bij de psychiatrische crisisdienst als indicator voor de toegang tot de GGZ*. Anders dan verwacht kwamen migranten minder vaak via de crisisdienst bij de GGZ terecht. Leeftijd, sociale achterstand en ernst van de psychiatrische problematiek lijken een rol te spelen bij de toegang tot psychiatrische zorg via de crisisdienst.

Inleider: G. Nissink.

- *Toegankelijkheid van de GGZ voor immigranten*. Immigranten weten de weg naar de zorg in het algemeen goed te vinden. Een aantal groepen is relatief oververtegenwoordigd in de zorg. Er blijken echter ook groepen minder gebruik te maken van de zorg.

Inleider: A.M. van Hemert.

Verder informatie via www.nvvp.net/agenda/agenda-overzicht

Actueel

Verbeteren medicatiebewaking bij patiënten met chronische nierschade en de top 10 risicogeneesmiddelen bij nierschade

Op het symposium 'Chronische Nierschade' van 26 oktober 2010 is een start gemaakt met het project *Verbeteren medicatiebewaking bij patiënten met chronische nierschade in de regio Haaglanden*.

In dit project slaan artsen en apothekers de handen ineen voor het doorgeven van de eGFR (zie kader op pag. 20) bij een tiental risicovolle geneesmiddelen aan de apotheek. Hierdoor is betere controle op de medicatie en bijbehorende dosering mogelijk bij patiënten met een chronische nierinsufficiëntie.

Uit het HARM (Hospital Admissions Related to Medication) onderzoek uit 2006 is gebleken dat er jaarlijks rond de 19.000 ziekenhuisopnames zijn, die gerelateerd kunnen worden aan medicatie(-gebruik). Ongeveer de helft had vermeden kunnen worden. Een van de belangrijkste risicofactoren voor een vermijdbare medicatiegerelateerde ziekenhuisopname bleek een verminderde nierfunctie.

Uit onderzoek van de apotheken in Zwolle bleek indertijd dat er winst te behalen valt door de apotheek op de hoogte te stellen van een verminderde nierfunctie. In een jaar tijd werden in Zwolle gegevens verzameld van 11 apotheken en 115.000 inwoners. Bij een klaring lager dan 40ml/min werd dit door het laboratorium van de ziekenhuizen

doorgegeven aan de apotheek. De apotheker controleerde daarop de chronische medicatie en bewaakte vanaf dat moment eventuele nieuwe voorschriften op een verminderde nierfunctie met bijbehorende eGFR. Dit leverde in een jaar tijd 836 adviezen op. De gemiddelde leeftijd van de cliënten was 76 jaar, 77% van de adviezen betrof huisartsreceptuur en 77% van alle adviezen werd opgevolgd. 62% van de adviezen betrof cliënten met een klaring tussen de 0 en 30 ml/min; 24% van de adviezen ging over antibiotica.

Dit alles bij elkaar was voor de werkgroep Chronische Nierschade van Stichting Transmurale Zorg reden een Haags project op te zetten ter verbetering van de medicatiebewaking bij nierschade. Het Haagse project is gestoeld op een top 10 van risico-geneesmiddelen. Bij een voorschrift van een geneesmiddel uit deze top 10, wordt door de arts bij een patiënt met een nierklaring lager dan 50ml/min, de eGFR op het recept vermeld. De apotheek neemt deze waarde over en de apotheker controleert het voorschrift op geschiktheid en dosering bij de opgegeven eGFR. De waarde wordt vastgelegd in het medicatiedossier en de overige (chronische) medicatie wordt nagekeken op schadelijkheid bij de opgegeven eGFR. Deze top 10 van geneesmiddelen, waar bij een eGFR <50 ml/min het geneesmiddel dan wel de dosering extra controle behoeft, betreft de volgende medicamenten:

1. Nitrofurantoïne

- eGFR <50 ml/min: gecontraïndiceerd, vervangen door ander antibioticum.
- Achtergrond: geen bactericide concentratie in urine,

therapeutisch falen.

- Risico: cumulatie nitrofurantoïne bloed en weefsel, waardoor ernstige neuropathie kan optreden.
2. Amoxicilline met clavulaanzuur
- eGFR <30 ml/min: twee in plaats van drie keer daags doseren.
 - Achtergrond: halfwaardetijd clavulaanzuur is verlengd.
 - Risico: leverfunctiestoornissen, neurotoxiciteit.
3. Norfloxacin/ciprofloxacine
- eGFR <30 ml/min: interval verlengen naar 1 x per 24 uur.
 - Achtergrond: halfwaardetijd norfloxacin & ciprofloxacine is verlengd.
 - Risico: misselijkheid, paresthesieën, perifere neuropathie, perifere sensorische stoornissen, visusstoornissen en verwardheid, peesruptuur.
4. Digoxine
- eGFR 30-50 ml/min: maximaal 0.125 mg per dag.
 - eGFR <30 ml/min: maximaal 0.0625 mg per dag.
 - Achtergrond: renale excretie van digoxine neemt af, waardoor de digoxinespiegel snel kan stijgen tot toxische waarden.
 - Risico: misselijkheid, eetlustverlies, verwardheid, visusklachten, ritmestoornissen.
5. Allopurinol
- eGFR < 50 mg/dag: startdosering 50 mg/dag per maand ophogen naar respectievelijk 100, 200 en in uitzondergevallen 300 mg tot een urinezuurconcentratie < 0.35 mmol/l combineren met colchicine 0.5 mg/dag totdat streefwaarde voor urinezuur

bereikt is.

- Achtergrond: cumulatie optreden van allopurinol en van de actieve metabool oxipurinol. Hoger risico op toxiciteit.
 - Risico: huiduitslag, eosinofiele en leverfunctiestoornissen bij starten in hoge dosis, uitlokken jichtaanval.
6. ACE-remmers/AII antagonisten
- eGFR < 50 ml/min; start in lage dosis, op geleide van bloeddruk en albuminurie geleidelijk ophogen, voor optimaal effect combineren met zoutbeperking, diureticum of calciumblokker. Daarom controle nierfunctie en kalium twee weken na start therapie!
 - Achtergrond: cumulatie van de actieve metaboolieten.
 - Risico: hyperkaliëmie en verder nierfunctieverlies.
7. Hydrochloorthiazide/
Chloortalidon
- eGFR 30-50 ml/min: aanvang 12.5mg tot max 25 mg per dag; eGFR < 30 ml/min: bij teken van overvulling aanvullen met of vervangen door furosemide of bumetanide.
 - Achtergrond: renale excretie van hydrochloorthiazide neemt af, de halfwaardetijd is verlengd.
 - Risico: in lage dosis onvoldoende effectiviteit, bij hoge dosis meer kans op nierfunctieverlies, hyponatriëmie en hyperuricemie.
8. Sotalol
- eGFR 30-50 ml/min: maximaal 2 x 80 mg; eGFR 10-30 ml/min: maximaal 2 x 40 mg.
 - Achtergrond: renale eliminatie van sotalol neemt af, de halfwaardetijd is verlengd en de plasmaspiegel stijgt, het risico

- op bijwerkingen is verhoogd.
- Risico: ernstige ritmestoornissen (torsade de pointes); totaal hartblok.
9. Metformine
- eGFR 30-50 ml/min: maximaal 2 dd 500 mg; eGFR < 30 ml/min: gecontraïndiceerd.
 - Achtergrond: cumulatie van metformine doordat dit renaal geklaard wordt.
 - Risico:lactatacidose bij acute of ernstige nierinsufficiëntie.
10. Spironolacton
- eGFR <50 ml/min: maximaal 25 mg per dag, zo nodig verlagen naar 12.5 mg drie maal per week.
 - Achtergrond: hyperkaliëmie.
 - Risico: Ernstige hyperkaliëmie en nierfunctieverlies bij ondervulling, bijv. gastroenteritis.

Het is vanzelfsprekend dat dit niet de enige geneesmiddelen zijn die aandacht behoeven bij een patiënt met nierschade. Wel zijn het de meest voorkomende risico-geneesmiddelen en wordt op deze manier overleg tussen artsen en apotheker op het gebied van verminderde nierfunctie gestimuleerd.

Het project is ondertussen al enige maanden geleden gestart en er wordt geprobeerd het resultaat van deze inspanningen inzichtelijk te maken. Dit gebeurt door net als in Zwolle, de gegeven adviezen gedurende een jaar lang bij te houden in de apotheken. Omdat Den Haag ongeveer 4x zoveel inwoners heeft, is het begrijpelijk dat de verwachtingen hiervan hooggespannen zijn!

Voor meer informatie:
www.haagsenieren.nl

Lia Dekker, Aris Prins, Prataap Chandie Shaw

(Lia Dekker en Aris Prins zijn apotheker in respectievelijk 's Gravenzande en Monster; Prataap Chandie Shaw is internist-nefroloog bij Medisch Centrum Haaglanden. E-mail: p.chandie@mchaaglanden.nl)

Wat is eGFR?

De test schat de nierfiltratie snelheid op basis van een berekening. De schatting wordt gedaan omdat de echte meting van de nierfunctie veel moeite kost. De meest gebruikte formule is de MDRD-klaring, die gebaseerd is op de hoeveelheid kreatinine in het bloed, de leeftijd, het geslacht en het ras. Een andere formule is de zogeheten Cockcroft Gault-klaring, waarbij behalve de kreatinine-waarde het gewicht, het geslacht en de leeftijd nodig zijn. De schatting geeft een indruk van de glomerulaire filtratie snelheid, GFR, die een maat is voor de functie van de nieren, en daarmee voor de uitscheiding door de nier.

Allochtonen en dementie

Op 16 februari j.l. overhandigde wethouder Jeugd, Welzijn en Sport, Karsten Klein, een certificaat aan de vrijwilligers van het project 'Allochtonen en dementie', de zogeheten Zwermers.

Allochtone ouderen vormen een steeds groter wordende groep in Den Haag. Gebleken is dat een grote groep migrantenouderen en hun familieleden onbekend zijn met de ziekte dementie. Daarom heeft Alzheimer Nederland afdeling Den Haag aan STIOM gevraagd een aanpak te ontwikkelen om dementie meer bekendheid te geven onder de allochtone bevolking. Hierop heeft STIOM de methodiek 'Zwermen voor gezond en actief leven'

opgezet. Dit is een sociale netwerkmethodiek die ervan uitgaat dat gezondheidsboodschappen beter beklijven wanneer ze voor, door en met de doelgroep worden besproken.

Geïnteresseerde wijkbewoners gaan in gesprek met mensen in hun omgeving over gezondheids- onderwerpen.

Om deze methodiek te richten op het onderwerp dementie werkt STIOM samen met Zebra, in het bijzonder met de ouderenadviseur van Zebra. Zwermers (vrijwilligers) van Turkse, Surinaamse en Marokkaanse achtergrond hebben een training gevolgd over de ins en outs van dementie en verspreiden hun informatie in hun netwerk in de wijken Schilderswijk en Transvaal. De zwermers geven informatie en krijgen ook informatie terug.

“Vergeetachtigheid hoort bij het ouder worden”, hoor je vaak. “Nee”, zeggen de zwermers, “dementie is een ziekte, die je kunt herkennen aan de symptomen. Hoe meer informatie we verspreiden, des te beter kunnen we de patiënten en ook de mantelzorgers helpen.” Meer informatie bij de projectleiders: Bernadette Sambeek b.vansambeek@zebrawelzijn.nl en Leontien Sierts lsierts@stiom.nl.

Onderzoek

Lessen over relaties en seksualiteit zinnig op jonge leeftijd.

In opdracht van Rutgers WPF en CPS Onderwijsontwikkeling en advies is onderzoek gedaan naar het effect van lessen relationele en seksuele vorming in het basis- onderwijs. In totaal deden meer dan 1400 leerlingen mee van 28 scholen die een van de lespakketten

hadden gebruikt, en van 16 scholen die dat niet hadden gedaan.

Na afloop van de betreffende lessen wisten de leerlingen meer over seksualiteit en puberteit en ook wisten ze beter (dan de leerlingen op de controlescholen) wat seksuele intimidatie is of seksueel misbruik. De leerlingen bleken tevens meer assertief geworden.

De onderzoekers concluderen dat structurele aandacht door middel van een lespakket meer effect sorteert dan geen of ad hoc aandacht voor seksuele vorming. Het effect op kennis over puberteit, relaties en seksualiteit is groter als de leerlingen zelf nog weinig ervaring hebben met zoenen of verkering. Dit pleit voor tijdige relationele en seksuele vorming. Groep 7 acht men daarvoor het meest geschikt. Leerkrachten en directie hadden meer negatieve reacties van ouders verwacht. Die zijn uitgebleven. De leerkrachten vermoeden dat sommige ouders blij zijn dat relationele en seksuele vorming aan bod komen op school en zij het onderwerp niet zelf ter sprake hoeven te brengen. Meer informatie via communicatie@rutgerswpf.nl.

Cursussen

NSPOH

Surveillance in de infectieziektebestrijding

U leert over de achtergronden van surveillance van infectieziekten in Nederland en op welke wijze deze systemen van nut kunnen zijn in uw eigen werk.

Doelgroep: professionals werkzaam in de publieke gezondheidszorg.
Datum: dinsdag 12 en 19 april 2011
Kosten: €770

Locatie: Amsterdam

Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=90>

Professioneel presenteren

Een aansprekende interactieve presentatie voor groepen slaagt door een combinatie van persoonlijke stijl en het toepassen van de goede technieken. Verbeter uw presentatietechnieken en vergroot uw zelfvertrouwen!

Doelgroep: professionals werkzaam in de publieke- en bedrijfsgezondheid die geregeld presentaties voor groepen houden en hun interactieve technieken en vaardigheden willen verbeteren.
Data: dinsdag en woensdag 12 en 13 april 2011

Kosten: €770

Locatie: Amsterdam

Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=514>

Public health in de Europese Unie

Public health overstijgt de nationale grenzen. Raak in deze module vertrouwd met de betekenis en impact van het Europese volksgezondheidsbeleid voor Nederland.

Doelgroep: professionals in de publieke gezondheidszorg met belangstelling voor internationale aspecten van public health.

U beschikt over vier jaar werkervaring op beleidsniveau in de openbare gezondheidszorg.

Data: dinsdag 26 april en 10 mei 2011

Kosten: €770

Locatie: Amsterdam

Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=64>

Lobbyen en netwerken

Leer lobbyen en oefen meer invloed uit in de public en occupational health.

Doelgroep: professionals in de

public en occupational health.

Data: woensdag 11 en 25 mei 2011

Kosten: €770

Locatie: Utrecht

Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=488>

Adviesvaardigheden: doelgericht adviseren in de publieke gezondheidszorg

Leer hoe uw advies daadwerkelijk wordt opgevolgd aan de hand van theorieën, inzichten in benodigde vaardigheden en gesprekstechnieken.

Doelgroep: programmanagers, projectleiders, leidinggevend in de publieke gezondheid die binnen hun takenpakket te maken hebben met (beleids)adviesing aan vooral externe partijen. U werkt bij een GGD, GGZ, Verslavingszorg, zorgverzekeraar, Thuiszorg, patiëntenvoorlichting, landelijke categorale instelling, koepelorganisatie of bij een relevante overheidsinstantie.

Data: dinsdag 17 en 24 mei en 7 juni 2011

Kosten: €1.260

Locatie: Utrecht

Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=77>

Implementeren: kunst en kunde!

Wilt u beter leren implementeren?

Kom dan naar deze module met praktische tips over het begeleiden van implementatie-activiteiten.

Doelgroep: professionals die preventieprogramma's, interventies voor gezondheidsbevordering, richtlijnen, protocollen, zorgprogramma's of nieuwe werkwijzen moeten invoeren in hun werksetting. De module is bedoeld voor adviseurs gezondheidsbevordering, artsen in de publieke gezondheidszorg en bedrijfsgezondheidszorg, verpleegkundigen (voor wie

accreditatie op aanvraag is) en andere functionarissen die zich bezig houden met implementatie-activiteiten.

Data: dinsdag 31 mei en 21 juni 2011

Kosten: € 770

Locatie: Utrecht

Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=563>

Actueel: SEGV, overheidszaak of burgerplicht?

Leer hoe u vanuit uw positie in de openbare gezondheid aan de hand van actuele ontwikkelingen beleid kunt ontwikkelen gericht op sociaal economische gezondheidsverschillen.

Doelgroep: artsen Maatschappij &

Gezondheid, beleidsmedewerkers, stafmedewerkers, professionals gezondheidsbevordering en epidemiologen werkzaam in de publieke gezondheid.

Data: donderdag 23 en vrijdag 24 juni 2011

Kosten: € 770

Locatie: Amsterdam

Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=573>

Informatie over alle cursussen via www.nspoh.nl, tel. 020-409 7000, e-mail info@nspoh.nl.

Aangiften infectieziekten

Meldingen over het hele jaar 2010, voor de stad Den Haag

Het totaal aantal meldingen van aangifteplichtige infectieziekten in 2010 is lager dan over 2009 (418 resp. 566, exclusief de meldingen van TBC). Deze afname is bijna uitsluitend te wijten aan de afname van kinkhoestmeldingen. Of de daling van kinkhoest een landelijke trend betreft is vandaag niet na te gaan: de landelijke gegevens over 2010 zijn vooralsnog niet beschikbaar.

Jaar	Ziekte	Totaal	1	2	3	4
2010	Bof	7	4	3		
2010	Buiktyfus	3			1	2
2010	Hepatitis A	4	1	1	1	1
2010	Hepatitis B Acuut	5	2	3		2
2010	Hepatitis B Chronisch en onbekend	209	61	50	40	58
2010	Invasieve groep A-streptokokkeninfectie	8	1	2	2	3
2010	Invasieve pneumokokkenziekte (bij kinderen)	2	2			
2010	Kinkhoest	88	19	19	26	24
2010	Legionellose	12		1	8	3
2010	Leptospirose	1				1
2010	Malaria	25	2	4	9	10
2010	Meningokokkenziekte	10	2	2	3	3
2010	Paratyphus A	1			1	
2010	Psittacose	8	2	3	1	2
2010	Q-koorts	1			1	
2010	Shigellose	23	1	2	16	4
2010	STEC/Enterohemorragische E.coli-infectie	3			1	2
2010	Voedselinfectie	5	2	1	2	
2010	Ziekte van Creutzfeldt-Jakob's Disease - Klassiek	1	1			
		418	100	91	112	115

Meldingen over het 4de kwartaal 2010, voor de stad Den Haag

Hieronder worden de gegevens van het 4de kwartaal besproken. Het aantal aangifteplichtige infectieziekten, door de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het 4de kwartaal 2010 gemeld (115, exclusief de meldingen van TBC), is gelijk aan het aantal in dezelfde periode in 2009 (117, exclusief de meldingen van TBC). De daling van het aantal meldingen van kinkhoest werd gecompenseerd door een stijging van gevallen van hepatitis B. In 2010 zijn geen gevallen gemeld van nieuwe influenza A H1N1. Hieronder volgen commentaren op de gemelde infectieziekten.

Buiktyfus

Twee patiënten werden gemeld die in India waren besmet.

Hepatitis A

Er werd één mannelijke patiënt van Marokkaanse oorsprong gemeld die de ziekte in Nederland had opgelopen.

Hepatitis B

Het aantal hepatitis B meldingen (60: 58 chronische gevallen en 2 acute gevallen) was iets hoger dan tijdens dezelfde periode in 2009 (46). In de categorie chronische gevallen waren mannen meer vertegenwoordigd dan vrouwen. De besmettingsbron is doorgaans niet bekend. Meestal gaat het om personen afkomstig uit landen waar de ziekte veel voorkomt. Acute hepatitis B werd gemeld bij 1 man en 1 vrouw. Zij waren in resp. Thailand en Nederland besmet, zeer waarschijnlijk als gevolg van onbeschermd seksueel contact.

Invasieve groep A-streptokokkeninfectie

Infectie met deze bacterie kan leiden tot zeer ernstige ziektebeelden, waaronder sepsis (bloedvergiftiging) en uitgebreide bijna onbehandelbare infecties van het onderhuidse weefsel. Vandaar ook de bijnaam 'vleesetende bacterie'. Twee vrouwen en één man werden gemeld, allen tussen 45 en 54 jaar. Geen van hen is overleden.

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (24) was lager dan het aantal van dezelfde periode in 2009. Dit heeft te maken met een cyclisch verloop van de jaarlijkse kinkhoest epidemie. Hoewel de meeste patiënten tussen 5 en 50 jaar oud zijn, werden toch enkele jongere patiëntjes gemeld. Het betrof, voor zover bekend, bijna allemaal gevaccineerde personen.

Legionellose

Van deze longziekte werden 3 gevallen gemeld, variërend tussen 43 en 62 jaar. Zij waren in Nederland besmet, en bij geen van deze patiënten is de bron van besmetting aangetoond.

Leptospirose

Van deze aandoening werd één patiënt gemeld. Deze ziekte, waarvan verschillende vormen bestaan zoals de modderziekte, de melkersziekte en de ziekte van Weil, wordt doorgaans opgelopen door contact met urine of uitwerpselen van besmette ratten. De patiënt was waarschijnlijk besmet door contact met het water van de sloot nabij zijn huis.

Malaria

Er werden 8 mannen en 2 vrouwen gemeld. Allen waren besmet in Afrika. De patiënten zijn bijna

allen afkomstig uit Afrika en zijn besmet omdat zij geen profylaxe geslikt hadden tegen malaria.

Meningokokkenziekte

De meldingen betroffen 2 volwassenen en 1 klein kind. Het kind was besmet door het type B meningokok waartegen nog geen vaccin bestaat. De volwassenen waren besmet met een meningokok van resp. het type B en C. Sinds enkele jaren worden kinderen op de leeftijd van 14 maand in het Rijksvaccinatieprogramma tegen het type C gevaccineerd.

Psittacose

Twee patiënten werden gemeld met deze ziekte, die kan leiden tot een longontsteking. Één patiënt was besmet na het schoonmaken van een broedhuisje bij een recreatiewoning.

Shigellose (bacillaire dysenterie)

Vier gevallen werden gemeld. Drie ervan waren besmet tijdens verblijf in Azië en Afrika. De besmettingsbron van de patiënt die in Nederland de ziekte heeft opgelopen is onbekend gebleven.

STEC/Enterohemorragische E.coli-infectie

Van deze ziekte, meestal opgelopen door eten van onvoldoende gebakken vlees, werden 2 volwassen patiënten gemeld. Een ervan is waarschijnlijk besmet bij het gourmetten. Bij kinderen kan deze darmbesmetting leiden tot een ernstig ziektebeeld met hemolyse (plotse afbraak van rode bloedcellen) en nierproblemen.

Infectieziekten gemeld door instellingen

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het

Meldingen door instellingen over het 4de kwartaal 2010, voor de stad Den Haag

Aandoening	Verpleeg- en verzorgingshuis	Ziekenhuis	Kinderopvang	School	Eindtotaal
Maag-darm aandoening	10	2	3		15
Huiduitslag (impetigo)			2	2	4
Vlekjesziekten			4	3	7
Conjunctivitis			1		1
Influenza	1		1		2
Eindtotaal	11	2	11	5	29

4de kwartaal 2010. Het betreft instellingen waar 'kwetsbare' groepen zoals kinderen, ouderen of zieken verblijven. Op grond van artikel 26 van de wet op de publieke gezondheid moeten die instellingen sommige infectieziekten melden bij de GGD.

Het aantal meldingen uit instellingen was minder dan het aantal meldingen in dezelfde periode in 2009. Het verschil is te verklaren door minder meldingen van maag-darm aandoeningen. De vermoedelijke oorzaak hiervan is dat het seizoen van de buikgriep in 2010 een maand eerder begonnen is dan in 2009. Deze uitbraken betroffen allemaal buikgriep waarbij het norovirus werd aangetoond of waarschijnlijk de verwekker was. Meldingen van vlekjesziekten betroffen vermoedens van de vijfde ziekte en andere vlekjesziekten bij kinderen. De gemelde huidziekten waren allemaal impetigo (krentenbaard). Verder waren er uitbraken van griep in een kinderdagverblijf en in een verzorgingshuis.

Tenslotte, niet in de tabel opgenomen, zijn er sinds half december enkele gevallen van bof gemeld in een school in Den Haag.

In 2005 vond in die school ook een uitbraak plaats. Bof komt de laatste jaren landelijk regelmatig voor onder universiteitsstudenten. Het wegzakken van de immuniteit en het niet meer breed circuleren van het wilde bofvirus die de immuniteit kan aanwakkeren, zijn hier waarschijnlijk de oorzaak van.

Meldingen tijdens het vierde kwartaal 2010 voor de regio Zuid-Holland West

Bof

De bof uitbraak onder studenten van de Technische Universiteit in Delft die in januari is begonnen, is gestopt. Tussen juni tot december zijn er geen nieuwe gevallen geweest. In december werden 3 gevallen gemeld, waarvan er 2 geen relatie hadden met studenten.

Hepatitis A

Er is 1 melding van hepatitis A geweest. Het betrof een man van 50 jaar die de ziekte waarschijnlijk in Egypte had opgelopen. Hij was niet gevaccineerd.

Hepatitis B

Er zijn 10 meldingen van hepatitis B geweest. Twee keer ging het om een acute hepatitis B, 8 keer om dragers.

Invasieve GAS

Er is 1 invasieve GAS gemeld (fasciitis necroticans). De GGD is verantwoordelijk voor de profylaxe van de gezinscontacten.

Invasieve pneumokokkenziekte

Er is 1 kind gemeld met een invasieve pneumokokkenziekte. Het kind was niet gevaccineerd.

Kinkhoest

Er waren 28 meldingen van kinkhoest. Het aantal meldingen is stabiel. De GGD doet contactonderzoek om met name de niet of onvolledig gevaccineerde zuigelingen onder de 1 jaar te beschermen.

Leptospirose

Er was 2 keer sprake van leptospirose. Bij 1 casus was er contact geweest met oppervlaktewater.

Malaria

Er is 2 keer malaria gemeld. Een patiënt was in Senegal geweest, de ander in Guinee. Het ging in beide gevallen om een Plasmodium falciparum. Er was geen profylaxe geslikt.

Meningokokkenziekte

Er is 1 patiënt gemeld met type B

meningokok. Het ging om een jongen van basisschool leeftijd. Hij was wel gevaccineerd tegen type C meningokok.

Nieuwe Influenza A

Nieuwe influenza is meldingsplichtig wanneer betrokkene is opgenomen in het ziekenhuis vanwege de ernst van het ziektebeeld of complicaties. Er is in het vierde kwartaal 1 patiënt gemeld.

Shigellose

In het 4e kwartaal waren er 3 meldingen van Shigellose. Het ging in alle gevallen om een *Shigella sonnei*. De ziekte was opgelopen in Marokko en Egypte. Twee gevallen waren gerelateerd.

STEC

Er is 6 maal een Shiga-toxinen producerende E-Coli gemeld. De oorzaak van toename van het aantal meldingen is een verandering van de diagnostiek sinds september 2009.

Aan deze rubriek werkten mee:

E.J.M. de Coster

E.M. Huisman

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

Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte	Het vierde kwartaal 2010***			De voorgaande 4 kwartalen				t/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar		
	GGD Den Haag 4e kw. 2010	GGD-Zuid-Holl. West 4e kw. 2010	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2010	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2009	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2010	Tot. regio Haaglanden 2e kw. 2010	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2010	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 4e kw. 2010	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 4e kw. 2009	
B-ziekten	bacillaire dysenterie	4	3	7	6	3	6	19	35	41
	buiktyfus	2		2	2		2	1	5	5
	cholera									
	Creutzfeld-J's disease					1			1	
	hepatitis A	1	2	3	2	1	1	4	9	31
	hepatitis B *)	60	10	70	61	75	82	54	281	269
	hepatitis C									
	kinkhoest	24	28	52	85	54	58	49	213	615
	legionella pneumonie	3		3	2		1	22	26	17
	mazelen									1
	meningokokkose	3	1	4		2	4	3	13	7
	paratyfus A				2	1		1	2	4
	paratyfus B (C)							1	1	1
	tuberculose	19		19	19	25	25**	28	97	101**
	voedselinfectie				3	2	3	4	9	7
Invasieve GAS	3	1	4		4	6	3	17		
C-ziekten	brucellose									1
	E.coli 0157	2	6	8	5		2	7	17	12
	leptospirose	1	2	3			1	1	5	
	malaria	10	2	12	8	3	4	10	29	26
	ornithose/psittacose	2		2	1	2	3	2	9	6
	Q-koorts							2	2	1
	rode hond									1
	bof		3	3		63	33		99	
invasieve pneumokokken		1	1		3	2	1	7		
totaal	134	59	193	196	239	233	212	877	1146	

*) Inclusief dragers.

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

***) Met ingang van EB-3 van 2010 worden alle meldingen weergegeven op het tijdstip waarop de GGD deze doet bij het RIVM. We hebben de cijfers met terugwerkende kracht gecorrigeerd tot begin 2009.

De GGD Den Haag doet opgave over de gemeente Den Haag en de GGD Zuid-Holland West over de gemeenten Rijswijk, Leidschendam-Voorburg, Wassenaar, Zoetermeer, Delft, De Lier, 's-Gravesande, Maasland, Monster, Naaldwijk, Nootdorp en Schipluiden.



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/organisatie:

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 aan: zie achterkant**

Gemeente Den Haag, Dienst OCW/VG&Z/Epi, Antwoordnummer 13034, 2501 VG Den Haag.



Gemeente Den Haag
Dienst OCW/VG&Z/Epi
Antwoordnummer 13034
2501 VG Den Haag