



SURINAAMS MEDISCH JOURNAAL

Een uitgave van de Vereniging van Medici in Suriname

2^{de} Jaargang nr. 2, juni 2015



GEZONDHEIDSCENTRUM GEYERSVLIET Wingardijnsstraat 8	
Dagelijks open van: 07.00u - 23.00u	
ALGEMEEN SPREEKRUIMTE	Ma-Vr: 07.00u - 17.00u Sa: 08.00u - 12.00u - 17.00u
CHRONISCHE DAGEN	Di en Vr: 07.00u - 09.00u
PRENATALE CONTROLE	Ma: 07.00u - 09.00u Wo: Volgens afspraak
CONSULTATIE BUREAU	Ma, Di, Za: schied- volgens afspraak Do: middag volgens afspraak
WEEKEND WACHTDIENST	Elke zaterdag en zondag van 09.00u - 18.00u 17.00u - 18.00u
REPRODUCTIEVE GEZONDHEIDS ZORG	Dagelijks
SPOEDGEVALLEN ERBD	Dagelijks 07.00u - 23.00u
APOTHEEK DRUGSTORE	Dagelijks 07.00u - 23.00u
telefoon: 454917 / 451860 web: www.stgrgd.org	

Urgency or Emergency at RGD

Tuberculose in de huisartsenpraktijk

BETROUWBAAR & VAKBEKWAAM
APOTHEEK TJONG AKIET



OPENINGSTIJDEN MAANDAG T/M VRIJDAG 8:00 - 20:00, ZATERDAG 8:00 - 13:00
TELEFOON NUMMER 487001 FAX NUMMER 487002 E-MAIL INFO@APOTHEEKTJONGAKIET.COM
ADRES MARTIN LUTHER KINGWEG 91 (HIGHWAY)

Inhoudsopgave

• Van de redactie	4
• Urgency or Emergency at RGD	5
- <i>A descriptive study of utilization of “Regionale Gezondheidsdienst”</i> <i>(RGD) emergency services- clinic Geyersvliet -</i>	
• Perinatale Interventies Suriname: het Perisur-project	11
• Jules Humbert Zschüschen, een leven in dienst van Public Health (<i>deel 2</i>)	17
<i>Over hoe Jules bij het BOG kwam</i>	
• Tuberculose in de huisartsenpraktijk	20
• Ingezonden	24
• Oratie Mai Chin A Paw: maak gezond leven weer kinderspel	27
• Congresagenda	30
• Richtlijnen voor auteurs	33

Colofon:

Surinaams Medisch Journaal

*Een uitgave van de Vereniging van
Medici in Suriname*

Jaargang: 2015, tweede uitgave
Versijnt driemaal per jaar

Redactie:

- Dr. W. Jap Tjoen San, hoofdredacteur
- Drs. W. J. Bakker, redacteur
- Prof. dr. R. A. Hirasings, adviseur
- Dr. R. V. P. F. Hu, redacteur
- Drs. A. R. van Kantten, redacteur
- Drs. M. A. Jaharia-Sietaram, redacteur
- Drs. S. Sewgobind, redactiesecretaris
- Dr. S. G. S. Vreden, redacteur

Aanleveren kopij/ contact redactie:

p/a Secretariaat VMS

Drs. S. Sewgobind, redactiesecretaris

Email:

surinaamsmedischjournaal@gmail.com

Uitgever:

Vereniging van Medici in Suriname

Adres: Picornistraat 4

Tel: (597) 499713

Lay-out & druk: Graficom

Van de redactie

Zoals u zult merken hebben we in dit nummer een artikel opgenomen in het Engels genaamd: *'Urgency or Emergency at RGD: a descriptive study of utilization of "Regionale Gezondheidszorg-dienst" (RGD) emergency services- clinic Geyers-vlijt.*

In onze redactie vergadering hebben wij gediscussieerd over de taal van onze artikelen in ons tijdschrift. Wij zijn geen voorstaander van alle artikelen in het Engels. De verwachting is dat de drempel om een artikel aan te bieden weer hoger zal zijn. Echter vinden wij het belangrijk dat wetenschappelijke Engelstalige artikelen van Surinaamse bodem ook in het SMJ aandacht krijgen. De lezers moeten een beeld krijgen wat voor onderzoek er in Suriname en door Surinamers in het buitenland wordt uitgevoerd.

Er wordt aardig wat wetenschappelijk onderzoek gedaan in Suriname, met name in het AZP, MWI en BOG. Deze onderzoeken zijn geregistreerd bij de Commissie Mensgebonden Wetenschappelijk Onderzoek. Vanzelfsprekend kan deze Commissie niet vrijgeven welke dat zijn.

Op het gebied van Verloskunde en Gynaecologie mag ik vermelden, dat Drs. L. Kodan gynaecoloog AZP bezig is met een onderzoek over maternale sterfte retrospectief 2010-2014. Met zijn proefschrift genaamd "Confidential inquiries into maternal deaths in Surinam" is collega A.S. Mungra in 1999 gepromoveerd onder begeleiding van Prof. Dr. H.H.H. Kanhai.

Een ander prospectief opgezet onderzoek dat binnenkort zal starten behelst het verminderen van het perinatale sterftecijfer in Suriname middels het implementeren van perinatale interventies. In dit tijdschrift staan de interventies beschreven. Bij de overige specialismen wordt er ook wetenschappelijk onderzoek gedaan. Deze zullen ook in dit tijdschrift gepubliceerd worden.

Bij wetenschappelijke vertalingen telt ieder woord en moet alle informatie correct in de doeltaal worden weergegeven.

Alle redactionele en technische eisen die voor de betreffende discipline gelden, moeten worden gerespecteerd om de kennis effectief te kunnen overdragen. Medische vertalingen hebben een invloed op de vraagstukken rond volksgezondheid en gezondheidszorg; wetenschappelijke publicaties, op hun beurt, volgen een zeer nauwgezet publicatieproces, rekening houdend met de bestaande research en de verplichtingen inzake het intellectuele eigendom.

Er zullen ook onderzoeken verricht worden die tot promoties zullen leiden. Een aantal van deze artikelen zullen in het Engels gepubliceerd worden in buitenlandse tijdschriften met een hoge impact factor. Het kan ook voorkomen dat een artikel in het buitenland geweigerd wordt, maar wel in ons tijdschrift geplaatst kan worden. Van de auteur wordt dan niet verwacht deze te vertalen naar het Nederlands.

De geneeskunde is bij uitstek een empirische wetenschap met als grondslag het waarnemen, vastleggen, analyseren, beoordelen, systematiseren en weergeven van feiten kennis en ervaring. De praktijk is de blijvende waarheid en niet de illusie. Voorbeeld van middeleeuws logisch redeneren 1: "alle schepen zijn vogels", 2: "alle vogels kunnen vliegen" conclusie: alle schepen kunnen vliegen.

Logisch beschouwd is de redenering geldig ook anno 2015. Maar 1 is onjuist en 2 is juist. De inhoud van de logische conclusie 'alle schepen kunnen vliegen' is feitelijk onjuist, maar dat doet er niet toe in de middeleeuwse redenering.

Empirisch onderzoek van de wereld heeft ons uitgetild boven de middeleeuwse scholastiek en kan ons vandaag helpen evidence based beleid te maken.

Wij wensen u veel leesplezier en zijn benieuwd naar uw reactie !

*Malthy Jaharia-Sietaram,
Gynaecoloog Diakonessenhuis*

*Literatuur: Medisch Juridische causaliteit,
D.S. Rambocus . Proefschrift 1999*

Urgency or Emergency at RGD

A descriptive study of utilization of “Regionale Gezondheidsdienst” (RGD) emergency services clinic Geyersvlijt April 2013– April 2014.

Zenora Bharos M.D.



Summary

On April 15, 2013 the Regional Health Service (RGD) started at its Geyersvlijt clinic with an emergency services facility and an ambulance service. Since clinic Geyersvlijt was the first of all the RGD clinics to provide these services, it would be useful to have an evaluation of the utilization of these services. This would help to determine the usefulness of further implementation of similar services at other RGD clinics.

An observational study was performed. The utilization of the emergency services at the RGD clinic Geyersvlijt was studied from April 2013 till April 2014. In the study period 807 patients were seen by the Geyersvlijt for emergency services. This study found that the majority of patients who utilized the emergency services at RGD clinic Geyersvlijt had a non-emergency status. The emergency services were used for approximately 78% non-emergency cases and only about 22% emergency cases. No increasing trend for the number of patients over time has been observed.

Background

There are 45 RGD clinics in Suriname and they are responsible for providing primary health care to the Surinamese population.

Primary health care patients are defined as patients who can be treated equally well or better by a general practitioner or other primary care service as by an emergency facility. (Bezzina, 2005)

Geyersvlijt clinic is located in Geyersvlijt, an area in the north-east of Paramaribo. It is one of the most modern clinics of the RGD. The facility offers maternal and child health care, counseling and testing, obstetric care/midwives, spiritual guides, education, ambulance services, morning clinic, afternoon clinic, emergency services, a laboratory and a pharmacy. (Baal, 2014)

In April 2013, the RGD introduced emergency services at Geyersvlijt clinic accessible 7 days a week from 7 a.m. till 11 p.m. Ambulance services are included. (Pelswijk, 2014)

It is important to know whether the proper cases are coming to the proper place for the proper care. (Cunningham, 2011) Other studies internationally have shown that emergency care is often being used for non-emergency cases. (Burnett, 1996 and Cunningham, 1995) Therefore it is crucial for the facility to be aware of what type of cases are being presented and treated on a daily basis. (Carret, 2007)

Study methods

Data were extracted from the collection of triage forms. The triage forms contained data on personal attributes such as age, sex, date of birth, type of insurance, date of visit, time of the day, chief complaint/symptoms and intervention. The study comprised all 807 patients who were seen at the emergency service and for whom a triage form was filled out during the period of April 15, 2013 till April 30, 2014. This is a period of approximately 13 months.

radiologie kliniek Halfhide Hofwijk

CT-scan
MRI-scan
Echografie
Mammografie
Röntgenonderzoeken



Uw specialist op het gebied van Radiologisch onderzoek

CT Scans

MRI- scans

Röntgenonderzoek

Mammografie

Echografie



Abraham Samsonstraat 18 Paramaribo
Tel: 443214- 8870355- 8632856 - 7434441- Fax: 443216

E-mail: info@radiologiekliniekh-h.com
Website: www.radiologiekliniekh-h.com



***Uw gezondheid verdient pure professionaliteit
neem geen genoegen met minder***



The most challenging part of the study was to make a classification scheme of urgency since the diagnosis of urgency and emergency can be very subjective and physicians and hospitals still disagree with each other on this matter. (Raven, 2013). After comparing urgency and emergency care classifications from several American hospitals such as Overlake Hospital Medical Center (Washington), Antelope Valley Hospital (California), St. Mary's Emergency Center (Wisconsin) we developed a classification scheme that could be used in Geyersvljft clinic.

Each patient visit was labeled as "emergent," "urgent" or "non-urgent" by the physician reviewing the triage forms. Emergent conditions require immediate medical attention; time delay is harmful to patient; disorder is acute and potentially threatening to life or function. (Dale, 1995) Urgent conditions require medical attention within the period of a few hours, there is possible danger to the patient if medically unattended; disorder is acute but not necessarily severe. (Murphy, 1998) Non-urgent conditions do not require the resources of an emergency service; referral for routine medical care may or may not be needed; disorder is non-acute or minor in severity. (Kirkpatrick, 1967)

Results and discussion

Ambulance Service

The ambulance service is available at clinic opening hours and is responsible for driving out to locations of accidents and transport of patient to hospitals or emergency care facilities. Over the period of 13 months (April 2013 till April 2014) the ambulance had a total number of 153 drive outs. The places driven to varied. The ambulance drove out for 118 traffic accidents and 35 disease cases.

There were four locations where the ambulance brought the patients:

AZ: (Academisch Ziekenhuis) 120 cases (78.43%)
 RKZ: (St. Vincentius Ziekenhuis) 4 cases (2.61%)
 LH: (s Lands Ziekenhuis) 2 cases (1.31%)
 RGD clinic Geyersvljft 27 cases (17.65%)

More than 78% of the ambulance drive outs were for cases that were transported to AZ. Only 27 cases (17.65 %) were transported to Geyersvljft clinic.

Month of the year and number of visits

In a total of 13 months (actually 12 and a half months to be exact, April 15, 2013 till April 30, 2014t) there have been 807 patients who visited the RGD clinic for emergency services, an average of 62 cases every month or roughly 2 cases a day.

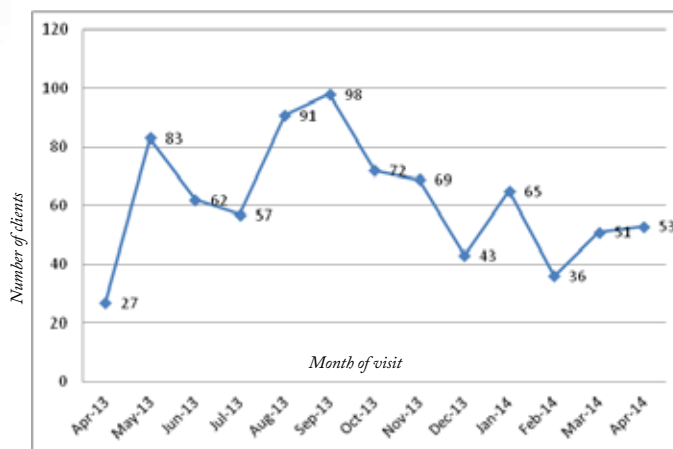


Figure 1: The number of clients that visited Geyersvljft clinic emergency services during a particular month over a period of 13 months. (April 2013–April 2014)

After the start of the new services there was an immediate peak in the number of cases (83 cases) in May 2013, but then a decrease of visits in June and July. In August and September 2013 peaks were observed. From October to February the numbers showed a decreasing trend. March and April of 2014 had numbers in the fifties which were lower than the average amount of 62 cases per month. This decreasing trend could possibly be attributed to the opening of a second hospital-based emergency care facility in Paramaribo in January 2014, at the Sint Vincentius Hospitaal, which is located near main roads linking Geyersvljft to the centre of Paramaribo. Before that time, Paramaribo had only one such facility, at the AZ (Academisch Ziekenhuis).

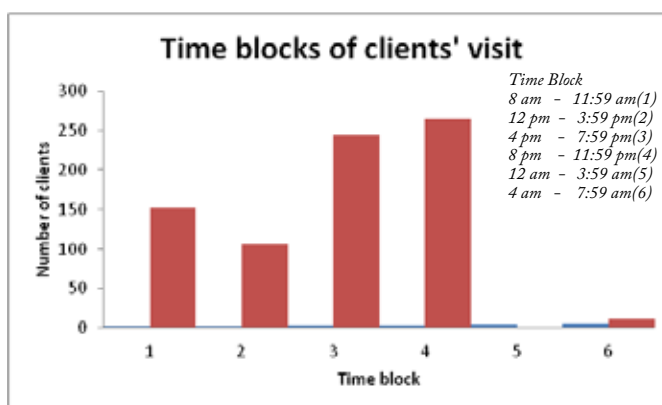


Figure 2: Number of clients who visited the RGD clinic Geyersvljft for emergency care services during a specific time block over 13 months.

Time of day and number of visits

The study also looked at the times at which the patients presented themselves to the emergency services. The day of 24 hours was divided in 6 blocks of 4 hours. Figure 2 summarizes the results.

The majority of patients (63.06%) visited the clinic between 4 p.m. and 11:59 p.m. This signifies an obvious need for medical care during these hours. Analysis of these cases showed that most cases were actually non-emergency cases that could have been seen by any primary care physician. An increase of visits during 4 p.m. till midnight across all urgency levels (emergent, urgent, non-urgent) is found in this study. Given the fact that most RGD clinics are closed after 3 p.m., this finding could be an explanation for primary care patients seeking just any form of medical care at the RGD clinic Geversvliet. (*Rajpar, 2000*) So the increased numbers of visits during these hours are actually a false indication of a need for emergency services and are actually an indication for a need in primary care for urgent and non-urgent cases mainly explained by a lack of accessibility to a primary care physician during these hours. (*Howard, 2008*)

There was no statistically significant relationship between the day of the visit and the urgency status of the visit.

Urgency and number of clients

<u><i>Urgency</i></u>	<u><i>Number of clients</i></u>
Emergency	176
Urgent	516
Non-Urgent	114
Unknown / not written	1
Total	807

Based on the urgency classification used, only 176 cases out of the 807 cases were found to be emergency cases, which is only 21.81%. The largest proportion was for the urgent cases: 516 out of 807, which is 63.94%. There were 114 out of 807 that were non-urgent cases, which is 14.13%.

Figure 3 summarizes the findings.

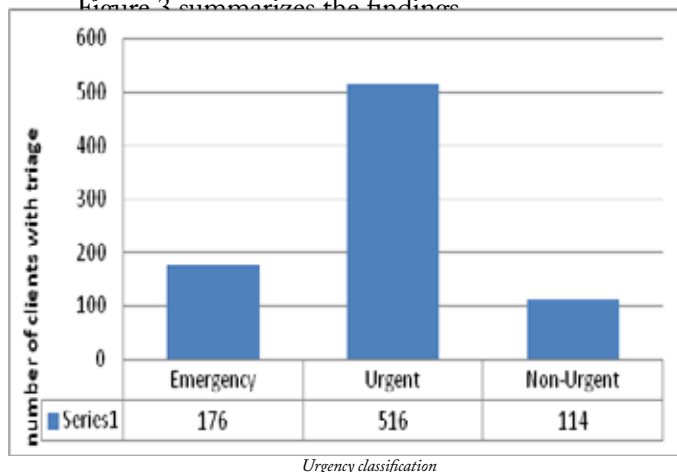


Figure 3: Urgency classification distribution of clients who visited the Geversvliet emergency services and for whom triage forms were used over 13 months.

It was found that the majority of cases that were listed as true emergency cases presented with shortness of breath, significant trauma, unconscious state, problems related to pregnancy and hypertensive crisis ($\geq 180/120$).

The majority of all urgent cases presented with symptoms of bronchitis/upper respiratory tract infections/lower respiratory tract infections, cold, flu, fever, vomiting, ear infection, ear pain, foreign objects in ears, minor cuts, minor scrapes, bruises, lacerations, swelling, blisters, minor trauma, skin allergies/allergic reactions, gastroenteritis and viral syndrome.

For the non-urgent cases the list mainly consisted of wound/pustules/cellulitis/abscess/ phlegmon and gingivitis for more than 2 days, viral syndrome or herpes zoster ≥ 2 days, obstipation/ abdominal pain ≥ 2 days and gastroenteritis/vomiting ≥ 24 hours.

With the classification used in this study it was found that the majority of cases presented to the RGD clinic for emergency services were actually urgent and non-urgent cases (78%) and only approximately 22% were true emergency cases.

Triage forms

This study found problems with the way the triage forms were designed and the manner in which the triage forms were used.

The RGD clinic works with a schedule of several services that are provided on a weekly basis. Some days it is time for prenatal care or maternal care or time for patients with chronic conditions such as hypertension and diabetes. What was explained by the staff of the clinic is that often when a patient in need of care different from the clinic's schedule of the day comes with a complaint, he or she is taken into the emergency room and a triage form is filled out for the patient.

There is no standardization in the way the forms are used. Several nurses and physicians work at the clinic in different shifts. What may be perceived as an emergency case by one nurse may actually not be perceived as an emergency by another person. (*Coleman, 2001*)

The triage forms are often lacking a diagnosis and a plan. The triage forms are mainly used for collection of personal information about the patient rather than for screening on urgency status.

Conclusions and recommendations

The majority of patients who make use of the emergency services at the RGD clinic Geversvliet do not have a true emergency health status.

(78% had a non-emergency status and only 22% a true emergency status). Most of the cases presented to the clinic were urgent cases. More than 50 % of true emergency cases were referred to other hospitals and specialists for further care. It is therefore recommended that Clinic Geyersvlijt be outfitted as an urgency care center rather than an emergency care center.

People from other districts also came for emergency services at Geyersvlijt clinic and a majority of patients visited the clinic after 3 pm, indicating a need for primary health care in these after hours. The ambulance services were mainly used for drive outs to Academisch Ziekenhuis en served more as a complimentary service to Academisch Ziekenhuis. It is therefore recommended to establish an urgency care clinic at a more centralized location and to consider extended hours services at least at one clinic in all 8 regions of the RGD in the future. It is suggested to have an urgency care center with ambulance services open 24 hours at Flustraat Clinic near Academisch Ziekenhuis.

Instead of focusing on parallel services the RGD should consider collaborative services with the emergency department of Academisch Ziekenhuis. The RGD patients often have a difficult time paying the initial fee at the emergency departments of hospitals, so using Flustraat Clinic as their screening clinic could be beneficial for them as well as the emergency department at Academisch Ziekenhuis. When non-emergency cases are presented at the emergency room of AZ, they could be referred for primary care at Flustraat Clinic. With this change in policy the patients will benefit because they will be provided the proper care and save time that could be life-saving. The RGD will benefit because they will have a more structured approach to fulfilling their patients' needs and will also be given an opportunity to generate income from the services provided. The emergency room from Academisch ziekenhuis will be relieved from non-emergency cases that can be treated outside the ER.

This study shows there is a need for primary care at extended hours at Geyersvlijt clinic. Geyersvlijt could be organized as an urgency clinic with extended hours for the Geyersvlijt region. This change in policy could prevent unnecessary costs of training staff for services that are not actually provided and unnecessary special equipment. (Berthier, 1998). The staff doesn't need to be trained to provide emergency services but basic life-saving skills are needed for the staff from urgency health centers. (Dale, 1996)

One problem is that a physician's determination of urgency may be quite different from the patient's perception of symptoms when deciding to seek emergency care. (Gill, 1996) Proper education about urgency should therefore be given to the population.

Zenora S. Bharos, M.D., MPH, huisarts

Bibliography

1. Afilalo J., Marinovich A., Afilalo M., Colacone A., Léger R., Unger B. & Giguère C. (2004) Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Academic Emergency Medicine*. Volume 11, Issue 12, pp. 1302-1310. DOI: 10.1197/j.aem.2004.08.032
2. Baal A.F. (personal communication, May 2014)
3. Baker D.W., Stevens C.D. & Brook R.H. (1994). Regular source of ambulatory care and medical care utilization by patients presenting to a public hospital emergency department. *JAMA*, 271(24):1909-1912. doi:10.1001/jama.1994.03510480033030
4. Berthier F., Andreu M., Turbide A., Bourjac M., Baron D. & Branger B. (1998). Analysis of cost and of non-medical care load of patients seen in an accident and emergency department- the importance of clinical classification of emergency patients. *European Journal of Emergency Medicine*.
5. Bezzina A.J., Smith P.B., Cromwell D. & Eagar K. (2005). Primary care patients in the emergency department: Who are they? A review of the definition of the 'primary care patient' in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*. Volume 17, Issue 5-6, pp. 472-479
6. Brousseau D.C., Nimmer M.R., Yunk N.L., Nattinger A.B. & Greer A. (2011) Nonurgent emergency-department care: Analysis of parent and primary physician perspectives. *PEDIATRICS*. Vol. 127 No. 2
7. Burnett M.G. and Grover S.A. (1996) Use of the emergency department for nonurgent care during regular business hours. *Canadian Medical Association Journal*, 154(9): 1345-1351.
8. Carret M., Fassa A. & Kawachi I. (2007) Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BioMed Central Health Services Research*, 7:131 doi:10.1186/1472-6963-7-131
9. Coleman P, Irons R. & Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? (2001) *Emergency Medicine Journal*, 18:482-487 doi:10.1136/emj.18.6.482
10. Cunningham P., (2011). Nonurgent Use of Hospital Emergency Departments
11. Cunningham P.J., Clancy C.M., Cohen J.W. & Wilets M. (1995). The use of hospital emergency departments for nonurgent health problems: A national perspective. *Medical Care Research and Review*. Vol. 52 no. 4 pp. 453-474. doi: 10.1177/107755879505200402
12. Dale J., Green J., Reid F. & Glucksman E. (1995). Primary care in the accident and emergency department: Prospective identification of patients. *British Medical Journal*. Volume 311
13. Dale J., Lang H., Roberts J.A., Green J. & Glucksman E. (1996). Cost effectiveness of treating primary care patients in accident and emergency: a comparison between general practitioners, senior house officers, and registrars. *British Medical Journal*, 312:1340
14. Gilboy N., Tanabe P., Travers D. & Rosenau A.M. (2012). Triage tool for emergency department. A triage tool for emergency department care version 4. *Implementation Handbook*.
15. Gill J.M., Reese C.L. & Diamond J.J. (1996). Disagreement among health care professionals about the urgent care needs of emergency department patients. Volume 28, issue 5, pp. 474-479. *Annals of Emergency Medicine*.
16. Gill J.M. & Riley A.W. (1996) Nonurgent use of hospital emergency departments: urgency from the patient's perspective. *The Journal of Family Practice*, 42(5):491-496
17. Hardy M. & Jenkins T. (2011). Hypertensive crises: Urgencies and Emergencies. *US Pharmacist*, 36(3)

18. Howard M. et al. (2008) *Emergency department and walk-in clinic use in models of primary care practice with different after-hours accessibility in Ontario. Healthcare Policy*
19. Karsopawiro G. (personal communication, May 2014 & June 2014)
20. Kirkpatrick J.R. & Taubenhaus L.J. (1967). *The non-urgent patient on the emergency floor. Medical Care. Vol. V, No.1*
21. Murphy A.W. *Inappropriate' attenders at accident and emergency departments I: definition, incidence and reasons for attendance. (1998) Family Practice, 15 (1): 23-32. doi: 10.1093/fampra/15.1.23*
22. Nijman H. & Herkul R. (May, 2013) *Health care Report RGD clinic Geyersolijt.*
23. Nijman H. & Herkul R. (January, 2014) *Health care Report RGD clinic Geyersolijt.*
24. Pelswijk- Tol S. (personal communication, June 2014)
25. Rajpar S.F., Smith M.A. & Cooke M.W. (2000). *Study of choice between accident and emergency departments and general practice centres for out of hours primary care problems. Journal of Accidents & Emergency Medicine, 17:18-21 doi:10.1136/emj.17.1.18*
26. Raven M.C., Lowe R.A., Maselli J. & Hsia R.Y. (2013). *Comparison of presenting compliant vs. discharge diagnosis for identifying "nonemergency" emergency department visits. Journal of American Medical Association, 309(11):1145-1153. doi:10.1001/jama.2013.1948*
27. *Report of Agreement: Overeenkomst betreffende huisarts-geneeskundige zorg in het kader van de uitvoering van de Basisverzekering Self Reliance ("BZSR") tussen N.V. Surinaamse Assurantie Maatschappij "Self Reliance" en Stichting Regionale Gezondheidsdienst. (December 2013).*
28. *Stichting Regionale Gezondheids Dienst Suriname. Retrieved from [http:// www.stgrgd.org](http://www.stgrgd.org)*
29. Van Uden C., Winkens R., Wesseling G., Fiolet H., Onno C. & Crebolder H. (2005). *The impact of a primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: The Maastricht Integrated Out-of-Hours Service. Journal of General Internal Medicine. Volume 20, Issue 7, pp. 612-617*
30. Villani J. & Mortensen K. (2013). *Nonemergent emergency department use among patients with a usual source of care. Journal of the American Board of Family Medicine. Vol. 26 no. 6 680-691. doi: 10.3122/jabfm. 2013.06.120327*
31. Wangsawirana A. (personal communication, June 2014)
32. Weinerman R.E., Ratner R. S., Robbins A. & Lavenhar M.A. (1966). *Determinants of the use of hospital emergency services. Yale studies in ambulatory medical care*
33. Weinerman R.E., Rutzen R.S. & Pearson D.A. (1965). *Effects of medical "triage" in hospital emergency service. Yale studies in ambulatory medical care. Public Health Reports. 80(5): 389-399.*
34. William- Asgarali S. & Soeropawiro S. *Summary Report of the project : Spiritual-Religious based guidance in mental health care*
35. Young G.P., Wagner M.B., Kellermann A.L., Ellis J. & Bouley D. (1996) *Ambulatory visits to hospital emergency departments. Patterns and reasons for use. Journal of the American Medical Association, 276(6):460-465. doi: 10.1001/jama.1996.03540060036032*



HEALTH CONTROL N.V.
Medisch Laboratorium

HOOFDKANTOOR
Waalwijkstraat 111
Paramaribo, Suriname
Tel: (597) 520700 of 420866
Fax: (597) 420886
E-mail: Healthcontrol@sr.net
www.healthcontrolnv.com



 **182**
MOBIELE PRIKDIENT

PRIKPOSTEN

Weigelen Tomaatstraat 2 (hk Kwattaweg) 435020 Practicus Dr. Sophie Redmondstraat 134 521611 Uitvlugt Marthastraat 1 (hk Veri. Gemeenelandweg) 493867 Lelydorp Indira Ghandiweg 845E 367758 Kasabaholo Kasabaholoweg 192 539292 Flora Floris Zwakkestraat 2 (hk Eliazersstraat) 464569	Kwatta Kwattaweg 389 431588 Kwatta (nieuw) Kwattaweg 386A 434943 Karis Apotheek Karis, Indira Ghandiweg 186 581113 Pontbuiten Nieuwzorgweg 4 484842 Ephraim Coesewijnestraat 17 483311 Latour Latourweg 52-54(Cambridgegebouw) 487423	Meerzorg Oost-Westverbinding 249 354725 Nieuw Weer Nieuw Weergevondenweg 310 8796749 Ultikijk Mr. P. Chandhi Shawweg 161 328266 Tamanredjo Tamanredjo serie D nr. 34 356016 Noord Verlengde Mahonylaan 37A 426669
---	---	--

Perinatale Interventies Suriname: *het Perisur-project*

Dr. A.D. Hindori-Mohangoo



Samenvatting

De perinatale sterfte in Suriname wordt geschat op 40 per 1000 geboren (ca. 4%). Behalve een hoge perinatale sterfte eindigt één op de vijf zwangerschappen in ongunstige perinatale uitkomsten. Perisur (Perinatale Interventies Suriname) richt zich op het verbeteren van perinatale uitkomsten in Suriname door het implementeren van preventieve interventies die onder andere in Nederland hebben geleid tot een afname van de sterfte rondom zwangerschap en geboorte en betere perinatale uitkomsten.

Preventieve interventies zijn gericht op de gehele periode van de ontwikkeling van de baby, dus vanaf vóór de zwangerschap (preconceptie periode), gedurende de zwangerschap (prenatale periode) en vóór, tijdens of na de bevalling (perinatale periode).

Binnen Perisur worden drie interventies geïmplementeerd door getrainde zorgverleners, namelijk preconceptiezorg, groepszwangerschapszorg en perinatale audits.

Tijdens het preconceptiesprekeuur worden koppels voorgelicht over mogelijke risico's voor de moeder en baby en over interventies en aanpassingen ter bevordering van een gezonde zwangerschap. Door prenatale controle in groepsverband aan te bieden zijn zwangere vrouwen actiever betrokken bij het zorgproces, steunen zij elkaar en wisselen ze kennis uit.

Perinatale audits zijn gestructureerde besprekingen van perinatale sterfte die inzicht geven in achtergronden, substandard care en vermijdbare sterfte en die leiden tot een betere samenwerking binnen de perinatale keten.

Door preventieve interventies kan met relatief lage kosten grote gezondheidswinst worden behaald. Bovenstaande interventies worden in het kader van het Perisur-project geïmplementeerd en geëvalueerd in de periode 2015-2016.

Achtergrond

In Suriname worden jaarlijks ca. 10.000 baby's geboren, waarvan ongeveer 400 in de periode rondom zwangerschap en geboorte overlijden (ca. 4%). Dit betekent dat op elke 25 pasgeborenen er één overlijdt. De perinatale sterfte of "babysterfte" wordt gerekend vanaf 22 voltooide weken zwangerschap of 500 gram geboortegewicht en omvat de sterfte tijdens de zwangerschap (intra-uteriene vruchtdood), de sterfte tijdens de bevalling (intra-partum sterfte) en de sterfte gedurende de eerste 28 levensdagen (neonatale sterfte).

Behalve een hoge perinatale sterfte zijn er ook andere ongunstige perinatale uitkomsten. Eén op de vijf zwangerschappen eindigt in een geboorte bij minder dan 37 voltooide weken zwangerschap (vroeggeboorte) of een baby met een geboortegewicht van minder dan 2500 gram of een APGAR score van kleiner dan 7 bij 5

minuten of met één of meerdere aangeboren afwijkingen. Jaarlijks hebben ongeveer 2000 Surinaamse zwangere vrouwen een verhoogde kans op ongunstige perinatale uitkomsten (perinatale mortaliteit en morbiditeit).

Perisur (Perinatale Interventies Suriname) richt zich op het verbeteren van perinatale uitkomsten in Suriname door het ontwikkelen en implementeren van effectieve preventieve interventies door perinatale zorgverleners in Suriname en Nederland. Door het implementeren van preventieve interventies kan met relatief lage kosten grote gezondheidswinst worden behaald.

De kans op ongunstige perinatale uitkomsten is groter bij vrouwen met een belaste obstetrische anamnese, bij tienerzwangerschappen, bij meerlingzwangerschappen en bij ongeplande en snel opeenvolgende zwangerschappen. Daarnaast zijn er verschillen in perinatale uitkomsten tussen etnische groepen en naar sociaaleconomische klasse. Door preventieve of therapeutische interventies is de zorg rondom zwangerschap en geboorte te verbeteren⁽¹⁾. Een juiste risicoselectie vóór en tijdens de zwangerschap met tijdige verwijzing naar de tweede lijn en een betere samenwerking tussen zorgverleners en zorginstellingen kan bijdragen aan het verbeteren van perinatale uitkomsten in Suriname.

Perisur

Het Perisur project - een initiatief van het Sint Vincentius Ziekenhuis in Paramaribo en de Nederlandse Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek (TNO Gezond Leven) in Leiden - is gestart in 2012 met financiering van TNO Innovation for Development (<https://www.tno.nl/nl/over-tno/tno-en-maatschappij/innovaties-voor-ontwikkelingssamenwerking/gezondheid-moeder-en-kindzorg/>). Gedurende de eerste fase van het project hebben de initiatiefnemers drie stakeholders conferenties gehouden in Paramaribo, gericht op foliumzuurgebruik en groepszwangerschapszorg (februari 2013), preconceptiezorg (juli 2013) en perinatale audits (november 2013). Deze conferenties hadden als doel relevante stakeholders te informeren over de doelstellingen van het project, de interventies te introduceren en vooral de haalbaarheid te bespreken. Er werden twee pilot studies uitgevoerd, namelijk een inventarisatie van de kennis over en het juist gebruik van foliumzuur door zwangere vrouwen en een needs assessment voor preconceptiezorg in Suriname^(2,3).

De tweede fase van het project, die is gestart in oktober 2014 met drie Surinaamse en drie

Nederlandse samenwerkingspartners, wordt gefinancierd door de Twinningfaciliteit Suriname Nederland. Naast het Sint Vincentius Ziekenhuis en TNO Gezond Leven zijn in Suriname ook het Diakonessenhuis en het 's Lands Hospitaal betrokken en in Nederland de Koninklijke Organisatie voor Verloskundigen (KNOV) en het Leids Universitair Medisch Centrum. In het kader van de Twinning richt Perisur zich op het trainen van perinatale zorgprofessionals in Suriname. Bestaande effectieve interventieprogramma's in onder andere Nederland worden door samenwerkende zorgprofessionals uit Suriname en Nederland aangepast voor de specifieke doelgroepen in Suriname, namelijk (aanstaande) zwangere vrouwen, pasgeborenen, zorgprofessionals en zorginstellingen. Naast deze doelgroepen zijn de beroepsverenigingen voor verloskundigen en gynaecologen relevante stakeholders, omdat deze interventies kunnen resulteren in nieuwe richtlijnen, protocollen en standaarden voor de verloskundige zorg in Suriname.

Interventies

Preventieve interventies in het kader van het Perisur-project zijn gericht op de gehele periode van de ontwikkeling van de baby, dus vanaf vóór de zwangerschap (preconceptie periode), gedurende de zwangerschap (prenatale periode) en vóór, tijdens of na de bevalling (perinatale periode). Drie interventies worden geïmplementeerd, namelijk preconceptiezorg, groepszwangerschapszorg en perinatale audits.

Interventie 1: Preconceptiezorg: invoeren van het preconceptiespreekuur.

Tijdens het preconceptiespreekuur worden koppels met een kinderwens en vrouwen in de vruchtbare levensfase voorgelicht over mogelijke risico's voor de aanstaande moeder en haar baby en over interventies en aanpassingen ter bevordering van een gezonde zwangerschap (4). Preconceptiezorg leidt tot gezondere zwangerschappen en gunstige perinatale uitkomsten door een afname van de maternale morbiditeit, een gezondere leefstijl van de aanstaande moeder, een betere voorbereiding op de zwangerschap en een toename van de kennis over en het juist gebruik van foliumzuur.

Prexistente hypertensie, diabetes mellitus, tienerzwangerschappen, snel opeenvolgende en ongeplande zwangerschappen komen vaak voor in Suriname⁽³⁾. Met de invoering van het preconceptiespreekuur in Suriname zijn betere uitkomsten te verwachten bij belaste zwangerschappen.



WANNEER HET EEN KEER FOUT GAAT...

Assuria kent de risico's van uw vak en heeft een beroepsaansprakelijkheidsverzekering die daar precies op is afgestemd.

Meer weten?

Onze experts zijn u graag van dienst. Neem vandaag nog contact met ons op via het telefoonnummer 473400 ext. 443, 418 of 250, e-mail corporate.specialaccounts@assuria.sr of uw verzekeringsadviseur.

Assuria



Het centrum dat klaar staat voor uw patiënt en de familie.

Insuline:

Op een speelse en ontspannen manier alles over insuline leren.
Op een pijnloze praktische manier omgaan met de nieuwe Novopen 4.

Voeding:

Op een makkelijke manier leren de patiënten hun voeding zelf samen te stellen.

Bewegen:

Waarom bewegen belangrijk is bij diabetes en op een eenvoudige manier zelf gaan bewegen.

Dagelijks een bruisend programma van 2,5 uur!

Aan het eind van ons programma ontvangt de patiënt een certificaat en een Novopen 4.

Maak nu contact!
Maandag t/m vrijdag:
8:00 - 16:00u



Tourtonnelaan 46

Telefoon: 422918

Fax: 421903

Email: info@diabetre.com

Interventie 2: Samen Zwanger: aanbieden van groepszwangerszorg

Een nieuwe vorm van prenatale zorg, waarin medische prenatale controles worden geïntegreerd met drie belangrijke componenten voor gezondheid, namelijk zelfmanagement, kennisontwikkeling en ondersteuning. Naast reguliere één-op-één controles vindt prenatale zorg plaats in groepsverband onder leiding van getrainde verloskundigen. In groepsverband zijn zwangere vrouwen actief betrokken bij het zorgproces. Daarnaast steunen zij elkaar en wisselen ze kennis uit.



Groepszwangerschapszorg is gebaseerd op het CenteringPregnancy concept uit de Verenigde Staten (<http://www.centeringhealthcare.org/>). In de Verenigde Staten leidde groepszwangerschapszorg tot een afname van vroeggeboorte met 33% onder hoog-risico zwangere vrouwen (5). Naast een langere zwangerschapsduur hadden de pasgeborenen een hoger geboortegewicht, gaven deze vrouwen meer en langer borstvoeding en waren ze beter voorbereid op de bevalling en de neonatale periode. Door zwangere vrouwen in groepsverband te begeleiden zijn ook in Suriname verbeterde zwangerschapsuitkomsten en geboorte-uitkomsten te verwachten.

Interventie 3: Perinatale audits: invoeren van interne perinatale audits.

Perinatale audits zijn structurele besprekingen van de achtergronden van perinatale sterfte. Tijdens een perinatale audit analyseren zorgverleners op een kritische, gestructureerde manier de daadwerkelijk verleende zorg (<http://www.perinataleaudit.nl/>). Het gaat om vragen als: Hebben de zorgvragers inderdaad 'goede zorg' gekregen of zijn er momenten geweest waarop de zorg anders of beter had gekund? Hebben de betrokken zorgverleners zich gehouden aan richtlijnen, standaarden of protocollen, afspraken tussen beroepsgroepen of gangbare zorg? Wat is de rol geweest van de zorgverlener, van de zorgvrager en van de organisatie van de

zorgverlening? Kan die zorg eventueel beter? Hoe dan? Wat moet daarvoor veranderd worden en door wie? Tijdens de besprekingen is het uitdrukkelijk niet de bedoeling dat de deelnemers elkaar verwijten maken (blaming and shaming), maar om factoren te identificeren die de zorg kunnen verbeteren op zorgverlener, zorgvrager en organisatieniveau.

Bij een perinatale audit zijn alle perinatale zorgverleners betrokken met als doel de kwaliteit van de perinatale zorgverlening te verbeteren. Hierbij staat reflectie op het eigen handelen centraal. Perinatale audits geven hierdoor ook inzicht in substandard care en vermijdbare sterfte en leiden tot een betere samenwerking binnen de perinatale keten (6). Het is van eminent belang gestructureerde besprekingen van perinatale sterfte in Suriname te introduceren.

Ondersteuning van de Surinaamse Organisatie van Verloskundigen (SOV)

Naast deze drie interventies ondersteunt het Perisur-project via de KNOV de beroepsorganisatie van verloskundigen in Suriname. De SOV heeft een member association capacity assessment door middel van de MACAT verricht om knelpunten te inventariseren die kunnen optreden bij de implementatie van de nieuwe interventies (na het Perisur-project) in de verloskundige zorg (<http://www.internationalmidwives.org/what-we-do/association-coredocuments/macat.html>). Er zal een strategisch projectplan geschreven worden over de stappen die de SOV moet gaan nemen om de implementatie van de nieuwe interventies te laten slagen en uit te breiden naar verloskundigen die werkzaam zijn in andere ziekenhuizen en de Regionale Gezondheidsdienst. De KNOV zal ondersteuning bieden bij het maken van het strategische stappenplan en waar mogelijk ondersteuning bieden om het strategische projectplan uit te voeren.

Implementatie en evaluatie

Maart 2015 zijn twintig huisartsen en verloskundigen getraind voor de implementatie van het preconceptiesprekkuur. Daarnaast zijn dertig verloskundige zorgverleners in vier dagen getraind om prenatale controles in groepsverband aan te bieden via deelnemende ziekenhuizen. Om verschillende groepen van toekomstige ouders te bereiken voor preconceptiezorg en om zwangere vrouwen in het eerste trimester van de zwangerschap te bereiken voor groepszwangerschapszorg wordt gebruik gemaakt van diverse strategieën zoals de (sociale) media, advertenties, folders en posters.

In samenspraak met de Nederlandse samenwerkingspartners is het voorlichtingsmateriaal uit Nederland aangepast voor de Surinaamse situatie.

Er is een workshop gehouden voor stakeholders omdat huisartsen en gynaecologen een verwijzende functie hebben en bestuurders een ondersteunende rol. Na de start in de praktijk ontvangen de zorgverleners nog twee keer een dag intervisie gedurende de looptijd van het project. In oktober 2015 worden implementatiemedewerkers getraind om de perinatale sterftegevallen voor te bereiden voor de besprekingen. Alle interventies in het kader van het Perisur-project worden geïmplementeerd en geëvalueerd in de periode 2015-2016.

Dr. A.D. (Ashna) Hindori-Mohangoo
TNO Gezond Leven, afdeling Jeugd, Leiden
Anton de Kom Universiteit van Suriname,
Faculteit der Medische Wetenschappen, afdeling
Public Health, Paramaribo
Telefoon +5978606000 of +5977595052
E-mail: ashna.mohangoo@tno.nl of
ashna.mohangoo@uvs.edu

Met de voltooiing van het Perisur-project in oktober 2016 zal een essentiële bijdrage zijn geleverd aan het bevorderen van gezonde zwangerschappen en gunstige perinatale uitkomsten en het terugdringen van de hoge perinatale of "babysterfte" in Suriname.

Referenties:

- ¹ Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Utrecht: Stuurgroep zwangerschap en geboorte; 2009.
- ² Mehlal RDA. Knowledge of folic acid among pregnant women in the Sint Vincentius Hospital. Tulane University in collaboration with Anton de Kom University of Suriname. Master of Public Health Thesis, August 2014.
- ³ Kamphuis ME, Korfer DG, Detmar SB, Hindori MP, Boere-Boonekamp MM, Vondeling H, Hindori-Mohangoo AD. Using Intervention Mapping for a Needs Assessment on Preconception Care in Suriname: the Perisur project. Submitted to Maternal and Child Health Journal, March 2015.
- ⁴ Elsinga J, de Jong-Potter LC, van der Pal-de Bruin KM, le Cessie S, Assendelft WJ, Buitendijk SE. The effect of preconception counselling on lifestyle and other behaviour before and during pregnancy. Womens Health Issues. 2008 Nov-Dec;18 (6 Suppl):S117-25. doi: 10.1016/j.whi.2008.09.003
- ⁵ Ickovics, J. R., Kershaw, T. S., Westdahl, C., Magriples, U., Massey, Z., Reynolds, H., & Rising, S. S. (2007). Group prenatal care and perinatal outcomes: A randomized controlled trial. Obstetrics and Gynecology, 110(2 Pt 1), 330.
- ⁶ Pattinson RC, Say L, Makin JD, Bastos MH. Critical incident audit and feedback to improve perinatal and maternal mortality and morbidity. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Oct 19;(4):CD002961.



De nummer 1 in schoenen
voor zorgprofessionals



Oxypas voor u

meer Veiligheid dankzij een uitrusting die aangepast is aan de risico's en vereisten van uw beroep (CE-norm, antislip, antistatisch, ...)

meer Comfort dankzij ultralichte schoenen die een optimale houding bevorderen en rugklachten helpen voorkomen.



EXCLUSIVELY AT



Schoenen
om te zoenen



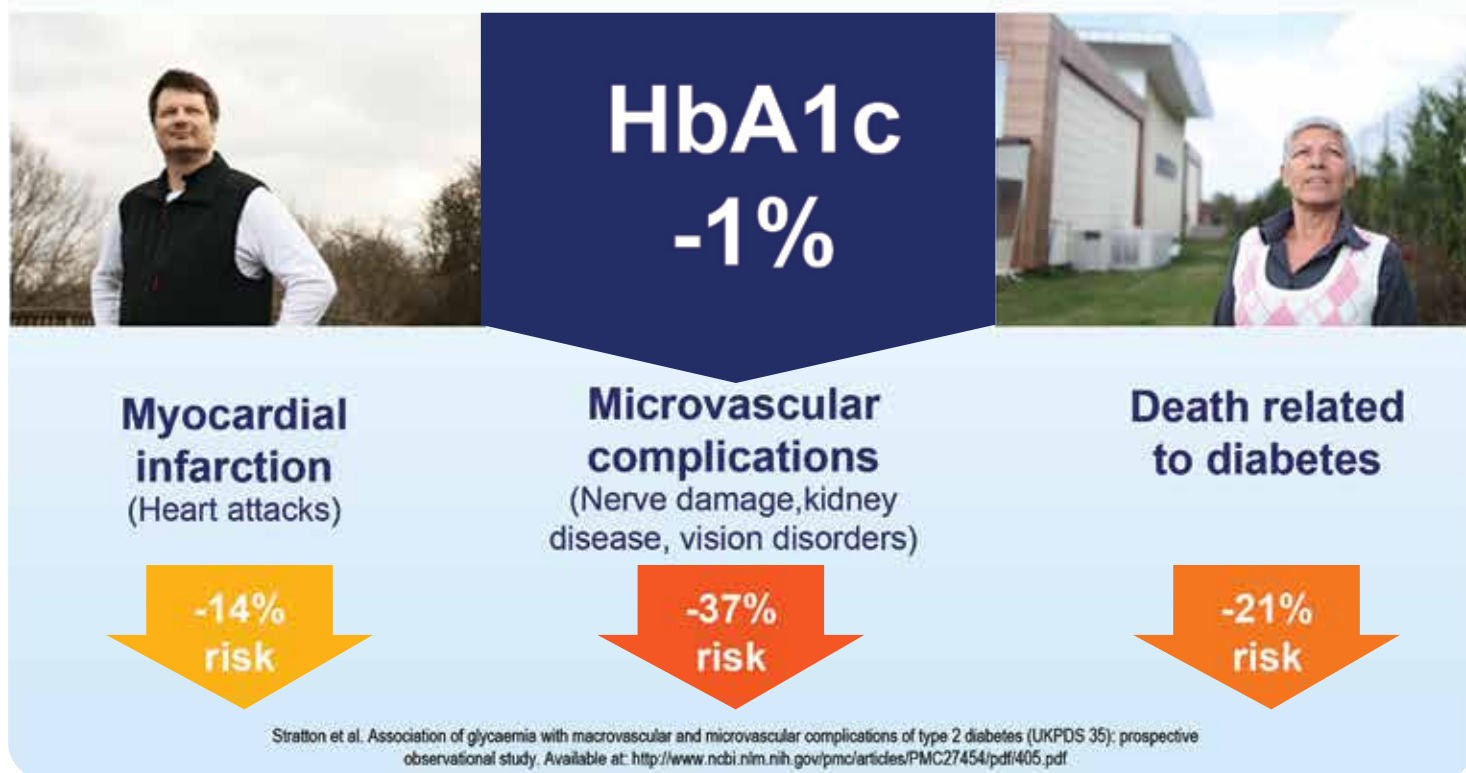
Jodenbreestr. 51/Domineestr.25
Hk. Gompert- en David Simonsstr. 121
Maagdenstr. 18 - Tel. 421121
Estreliastraat 46 (Hermitage)
E: info@steps.sr W: www.steps.sr

Meer resultaat met Moderne Insuline

Met één dode elke acht seconden is Diabetes Mellitus (DM) hard op weg een pandemie te worden. Een slecht gereguleerde DM kan onder andere leiden tot nierschade, met als gevolg nierdialyse. In Suriname wordt het diabetesvraagstuk vanwege het snel toenemend aantal dialysepatiënten nóg dramatischer en actueler. Voor veel patiënten blijft het echter moeilijk om met de traditionele humane insuline hun bloedglucosewaarden dagelijks te reguleren. Moderne insuline kan hierin een belangrijke verandering brengen.

In Suriname zijn tot nu toe bekend de humane kortwerkende insuline zoals Actrapid®, de intermediair werkende insuline Novolin 70/30® en de langwerkende Insulatard® of Novolin N®. Uit onderzoek is gebleken dat het gebruik van de moderne insuline, welke de fysiologie van de eigen insulineproductie beter nabootst, een aantal voordelen oplevert. Zo kunnen de moderne insulines onmiddellijk vóór of tijdens de maaltijd worden ingespoten en bereiken ze een half tot anderhalf uur na inspuiten een piek.

It is possible to prevent or delay complications



De moderne insulines zijn in Flexpennen® verkrijgbaar en de patiënten kunnen deze altijd met zich meedragen, wat de therapietrouw verbetert. Tevens is gebleken dat bij de overstap van humane naar moderne insuline een verlaging van de HbA1C plaatsvindt met minimaal 1,3% (Holman et al. N Engl J Med 2009; 361:1736-47).

De ultrakortwerkende insuline (NovoRapid®), de langwerkende insuline (Levemir®) en een middellangwerkende insuline (Novomix® 30) zijn sinds juni 2013 ook in Suriname verkrijgbaar bij de diverse apotheken. Het gebruik van moderne insuline alleen is echter niet voldoende om de HbA1C-waarden goed te reguleren. Naast het toedienen van de juiste insuline in de juiste dosering is het ook zeer belangrijk dat de patiënt zich een gezonde leefstijl aanmeet, met inbegrip van het aanpassen van zijn bewegings- en voedingspatroon, en zich ook op de juiste manier laat begeleiden.

Human Insulin (oud)		Modern Insulin (nieuw)
Mixtard®	Novolin 30/70®	NovoMix 30®
Actrapid®	Novolin R®	NovoRapid®
Insulatard®	Novolin N®	Levemir®

Jules Humbert Zschüschen: een leven in dienst van Public Health

Deel 2

Over hoe Jules bij het BOG kwam

W.J. Bakker



Inleiding

In de vorige aflevering uit de oral history van wijlen Jules Humbert Zschüschen (28 december 1928 – 27 december 2014) werd verteld over zijn jeugd in de jaren dertig en veertig in het centrum van Paramaribo, de school die hij bezocht, de werkplaatsen waar hij het meubelmakersvak leerde en de filaria die hij en zijn broer opliepen, mogelijk in de slaapkamer die ze deelden in het huis op de hoek van de Hofstraat en de Hoogestraat.

Hij was twaalf of dertien jaar toen hij zijn 'filaria-aanvallen' begon te krijgen en zijn benen dik begonnen te worden. Markant was het verhaal van de jonge Javaanse vrouw die stierf bij de geboorte van Jules' zoon. De sleutelbeenfractuur van het pasgeboren jongetje. De opname van het kind in de familie. De Hollandse dokter van 'Ondrobon' waar je moest betalen. De rol van verschillende Javaanse vrouwen in het buurtleven van de Hofstraat, in het bijzonder de moeder van de latere Rooms-Katholieke bisschop, Aloysius van Zichem. De meubelmaker Venoaks die voor zijn blinde moeder een huisje huurde op het achtererf en dagelijks uit de Bijbel kwam voorlezen.

Deze fragmenten geven een indruk van verschillende aspecten van de gezondheidszorg in die tijd, met name de belangrijke plaats van de zelfzorg en de mantelzorg en de tekortkomingen van de openbare gezondheidszorg.

In deze aflevering volgt het verhaal over hoe zijn ziekte behandeld werd, inclusief een experimentele behandeling waarbij er 'gaten' in de botten van zijn linker been werden geboord. Verder wordt verteld hoe hij door zijn ziekte in een periode van grote werkloosheid werk vond bij het Departement van Volksgezondheid.

Filaria

De heer Zschüschen vertelt over de behandeling van zijn filaria in de jaren veertig. Dokter van Slee, een buitenlander, behandelde hem. Ook de medische dienst van het Amerikaanse leger op Zorg en Hoop had bemoeienis met de behandeling.

Van Slee?

Van Slee ja.

Een Hollander?

Een Hollander kan je zeggen.

U had last van beide benen noh?

Ja. In de tijd toen de Amerikanen hier zijn gekomen toch, in de oorlog, tweede wereldoorlog. In die tijd was ik al in onderzoek. Toen waren die mannen hier, waar het vliegveld is.

Zorg en Hoop vliegveld?

Ja. Die mannen kwamen ons thuis halen en dan brachten ze ons weer naar huis. Maar je weet die Amerikanen zijn gul he.

Als je gaat krijg je een pakket met dit en dat en alle soort rommels.

Wat zat er in dat pakket?

Voedsel, dus stroop, chips, chubby, alle soort rommel. Waren we twee mannen met dezelfde...

Wie was die andere man?

Uh... Slory, hij is ook overleden al. En toen kwam een tablet. Depressant. En toen moesten we het gebruiken. Maar als je die tablet nu drinkt, kan je niet verder lopen naar de straat zelfs. A gers I wan' flauw. En toen was het weer afgekeurd. Kwam weer een andere tablet, ik ben de naam van die vergeten. Die kon nog een beetje passeren; je kon lopen, beter lopen tenminste....

Twee jaren in het ziekenhuis

DBZ¹, ik ben bij DBZ begonnen. Ik kan me nog heugen van dokter Wolf en mevrouw Snijders en dokter van Slee, die mannen zijn begonnen met dat ding. Vooral met die filaria, daar zijn ze mee begonnen. Ik moest als filariapatient elke week bij ze gaan, twee keer in de week 's avonds om te prikken, om te kijken en zo, tot ik later ben opgenomen in het hospitaal. Zou men de operatie voor me doen. U moet nog niet schrikken dokter: twee jaren ben ik binnen gebleven. In het hospitaal, 's Lands hospitaal, Militair Hospitaal in die tijd. En dan had je dokter Lioe Chin Joe en dokter Treurniet.

Het was een lijdensweg. Want iedere keer kwam dokter Lioe Chin Joe. Je bent nummer één op de lijst. Maar andere mannen gaan voor. Maar ik begreep het later wat ie bedoelde. Rustig liggen. En toen heeft hij dat ding gedaan samen met dokter Treurniet. Ik kan me nog heugen het was me linkerbeen. Dus in die botten volgens die foto's toch, die röntgenfoto, heeft ie zeker drie gaten gemaakt. En toen moest ik blijven liggen, blijven liggen, blijven liggen, blijven liggen. En toen moest ik lopen.

De tweede dag toen ik ben uitgelopen uit bed, is me voet gebroken. Precies waar die gaten zijn geboord, een van die gaten was de bovenste net onder de knie. Moest ik weer in bed blijven tot het goed geworden was. En zo gebleven, gebleven. Maar als je die benen zag en iemand komt binnen, had ie nooit het idee dat ik dat had.

Want ze waren helemaal slank geworden. En toen ben ik buiten gekomen. En dan ging ik voor controle. En dan kreeg je hoe noem je dat ding ook al weer, die talk om op dat verband te smeren.

Op zoek naar werk

Toen was er ook geen behoorlijk werk in het land. Maar ik had me buurman, die man die bisschop geworden is, hij is ziek nou, Zichem, hij woonde

naast bij mij in de Hofstraat. Ik woonde in de Hofstraat, op de hoek van de Hoogestraat. Met een broer van die man, van bisschop Zichem, gingen wij vaak uit weet je wel. A taki jong', I ne go seekoe wang wroko jongoe. Maar hij werkt niet, want zijn vader was onderwijzer.

Een morgen stond ik op, ik neem me fiets, ik ga naar het hoofdkantoor waar de minister nou zit, Volksgezondheid. Ik ga naar boven, naar het gedeelte van die dokter, dokter Wolf. Mi tak mang waar kan ik dokter Wolf zien. Een man die ik kende van de buurt a tak wacht even, hij komt er zo aan. Hij kwam naar buiten en hij zag me op de bank zitten. Jules me zoon is er wat. Mi tak ja. Kom binnen. Ik kreeg een koffie van hem te drinken. A tak wat is er. Mi tak vanaf ik buiten ben gekomen heb ik geen werk. Heeft ie gezegd kom je nu pas aandansen. Hij pakt zijn telefoon, die koffiemirie telefoon. Kent u ze? Die draaien. Hij belde naar dat gebouw op de hoek waar de PAHO nou is. Ik weet niet met wie hij praat, maar hij praat met een man daar. Dat was meneer Telting, die hebt u gekend toch...Hij was conciërge van het Rode Kruis... A tak dan ga je bij meneer Telting. Dan is het in orde, da mi tak ja. Ik zakte van de trap. Op de hoek ontmoet ik een schoolvriend van me en ik vraag waar is Telt-ing. Hij zegt daar in die kamer moet je gaan. Ik ga naar binnen ik vraag...

Was het boven of beneden?

Beneden. Beneden van het PAHO gebouw. Ja. Ik zeg ik kom namens dokter Wolf. Oh, ben jij die gevaarlijke timmerman? Mi tak nee hoor meneer, ik probeer wat te doen. Intussen waren we al bijna 12 uur. A tak' luister je begint om zeven uur. Heb je gereedschappen? Mi tak ik heb een paar dingen ja. Zeven tot negen, tot half tien schaften en van half tien tot twee. Klaar. Mi tak ja. Ga ik 's morgens vroeg aan het werk.

Ik heb 4 dagen gewerkt in een kamertje daar op het erf, zogenaamde kamra oso, die kleine huisjes. Er waren twee op het erf. Toen was de Tourtonnelaan niet zo breed. Het was eenrichting verkeer. Er was een brug daar. En er was een winkel op die hoek. Waar die militairen zijn. Daarnaast. Dus je had de PAHO, je had dat smalle straatje naar binnen, ja en dan had je die winkel.



O ja dat straatje ging rechtstreeks pal langs het gebouw van PAHO. Ja, langs die schutting zelfs. Ja jajaja. En dan had je daar een Chinese winkel. Lieuw A Hing, zo heette die Chinees daarzo... En toen ben ik begonnen te werken. Ik was 22 jaar.

Het begin van BOG²

De heer Zschüschen vertelt hoe hij gewerkt heeft aan de verbouwing van de gebouwen aan de Rode Kruislaan. Oorspronkelijk was het de bedoeling om 's Lands Psychiatrische Inrichting in de gebouwen te huisvesten. Dus en zo ben ik gebleven bij DBZ. En toen is dokter van der Kuip³ gekomen uit Curaçao. Is hij directeur geworden daar. Toen was het nog geen BOG, was DBZ nog. En toen hadden die mannen drie gebouwen gemaakt, Spong en Waterberg. Want hier zou LPI⁴ komen. Dus Spong heeft gebouwd, Waterberg heeft afgekeurd. Je kan geen gekke mensen boven zetten toch. Want al die gebouwen waren open van onder. Ja, ze waren op neuten.

En toen is dat ding veranderd naar BOG, Bureau Openbare Gezondheidszorg. En toen ging het. De eerste mannen die daar zijn gekomen, is Sanitaire Inspectie. Voorkant van het gebouw waar die trap is (het huidige hoofdgebouw). En later verhuisd van daar naar de overkant. Bij de Sanitaire Inspectie had je meneer Islam, hij was hoofd en meneer uh Gillioth was onderhoofd. Maar het was een militaire dienst.

Kwart voor zeven in de rij staan. Ja en dan komt de onderhoofd nou kijken naar je hemd als er een knoop weg was of... dan moet je uit de rij, want je kreeg kledinggeld dus je moest netjes zijn.

De eerste job

Maar ik ben een ding vergeten om u te zeggen. Toen ik pas in dienst ben gegaan, het eerste werk van mij. De baas zegt hij gaat me proefwerk geven, dat was meneer Telting. A tak wacht op me in die kamer daar, op het erf. Ik ben gaan zitten, ik wacht op die man. Met wat komt ie aandansen dan? *Wat denk u dat die man meeneemt?* Geen flauw idee. **Een rattenval.** Tang!!!

Een rattenval. A tak' luister no man Jules, je moet rattenvallen maken. Dat was de eerste werk van mij. Dat was de eerste werk. Ik heb rattenvallen gemaakt. Want dan had je die steiger daar naast de markt toch. Overall, het krioelde van ratten in Suriname. En later vond ik die dingens te duur en toen zijn we overgeschakeld op iets anders. Seisei daar toch, was beladen, beladen met bamboe, bamboesie. En toen gingen we daar zagen.

We mochten daar zagen via de directeur van daar. En dan maakten we mootjes en toen zetten we dat medicijn erin en die brachten we toen overall... Op de steiger, Landsgrond uh, markt, ... de scholen ook. Voor zoveel ratten dat er waren. En plotseling was die rat een beetje gaan...

Verminderen.

Helemaal gaan verminderen. En dan later zijn die mannen begonnen om het te kopen nou. Al is het een dode rat, kan je brengen om te kopen. Dat is op de hoek van de Saramaccastraat en de Zwartenhovenbrugstraat. Heb je een politiepost toch? O ja ja ja.

Weet u hoe die post heet daar dan?

Nee. Dagoeskowtoe. Daar hadden zij die wagen toch, om die honden op te pikken. Vandaar. Daarom mek deng man ben kar deng dagoe skowtoe. Ooh. En dang ga je daar die ratten verkopen. Dubbeltje. Dubbeltje per een dode rat. Ja. Dan ga je het gooien in de kleine Saramaccastraat.

Wie ging het gooien?

Jij moet het daar gaan gooien. Die mannen waren zo dom. Die mannen gingen daar met vier. Ze gooien twee weg, ze komen weer twee verkopen voor je. Echt jongensstreken, echt zulke dingen Jaja, jaja. Dat was het begin van me periode daar op BOG. Rattenval. Hmmm. Jaja. Alleen was ik. *(Wordt vervolgd)*

In de volgende editie:

Het leven van Jules Humbert Zschüschen, deel 3:

Over het werk van het BOG



*Drs. W.J. Bakker, arts - epidemioloog.
Part-time docent aan de Anton de Kom Universiteit van Suriname.*

Referenties:

¹DBZ = Dienst ter Bestrijding van Volks- en Besmettelijke Ziekten, opgericht 18 november 1927. De dienst werd in 1933 opgeheven, maar werd in 1944 weer opgestart. In 1956 onderging de dienst een reorganisatie en kreeg een andere naam: Bureau voor Openbare Gezondheidszorg.

²Bureau voor Openbare Gezondheidszorg: in 1956 ingesteld om de preventieve gezondheidszorg in Suriname te coördineren.

³Prof.Dr. Edwin van der Kuyp (1913 – 1995), sociaal-geneeskundige, de eerste directeur van het Bureau voor Openbare Gezondheidszorg in Suriname (1956 – 1973)

⁴'s Lands Psychiatrische Inrichting; opgericht 1953, vanaf 2000 genaamd Psychiatrisch Centrum Suriname

Tuberculose in de huisartsenpraktijk, *een update*

W.R. van Kempen



Inleiding

In 2001 schreef ik voor *Huisarts en Wetenschap* al eerder over dit onderwerp.⁽¹⁾

Ik schreef toen: "Tuberculose is geen verdwenen ziekte. Wereldwijd is TBC nog steeds een van de belangrijkste doodsoorzaken".

En dat is helaas nog steeds helemaal waar! Volgens de WHO (2) zijn er in 2012 in de wereld 8,6 miljoen mensen ziek geworden door TBC en stierven er 1,3 miljoen mensen door TBC. Deze sterfte vond vooral plaats in de ontwikkelingslanden. Voor vrouwen in die landen tussen de 15 en 44 jaar is TBC een van de belangrijkste doodsoorzaken. Kinderen zijn ook vaak het slachtoffer. In 2012 werden 530.000 kinderen ziek door TBC en 74.000 kinderen stierven als gevolg van TBC. Deze kinderen waren HIV negatief. Maar mensen die ook besmet zijn met HIV sterven eerder aan TBC.

Het goede nieuws is dat het totale aantal mensen dat ziek is geworden door TBC ieder jaar nog afneemt. Tussen 1990 en 2012 nam het aantal sterfgevallen ten gevolge van TBC af met 45%.

Het slechte nieuws is dat er steeds meer gevallen komen van multi(drug) resistente tuberculose (MDR) en extensieve (drug) resistente tuberculose (XDR).

Volgens de statistieken van de WHO en het Nationaal Tuberculose Programma in Suriname (NTP) is er vorig jaar een lichte stijging geweest van het

aantal tuberculose patiënten namelijk 146.

In 2012 zijn er 140 patiënten geregistreerd en in 2011 waren dat 138 gevallen.

Ter vergelijking cijfers ontleend aan het rapport van de KNCV: *Tuberculose in Nederland 2011* (3): In Nederland komen jaarlijks ongeveer 1000 TBC-besmettingen voor, bijna de helft ervan in de vier grote steden. De meeste patiënten zijn buitenlanders of mensen met een alcohol- of drugsverslaving, vaak in combinatie met een psychiatrische aandoening. In 2011 bedroeg de incidentie van tuberculose in Nederland 6,0 patiënten per 100.000 inwoners. Negentien procent van alle TBC-patiënten in 2011 had sputumpositieve longtuberculose, de meest besmettelijke vorm van tuberculose. Opmerkelijk is dat de incidentie van 2e generatie allochtonen toenam met 29% van 3,6 in 2010 naar 4,6 in 2011. Onder tweedegeneratieallochtonen met tuberculose is het absolute aantal patiënten met tuberculose het grootst bij personen van Surinaamse, Indonesische en Marokkaanse afkomst.

Tot zover de cijfers. Waarom is het belangrijk om weer aandacht te besteden aan dit onderwerp? Veel huisartsen zullen in hun praktijk niet of zelden tuberculosepatiënten zien. In dit artikel wordt duidelijk gemaakt dat de diagnose TBC misschien vaker zou moeten worden overwogen. Het gaat dan niet alleen om de patiënten met longtuberculose, maar zeker ook om de extrapulmonale vormen!

Verder wil ik aandacht vragen voor andere vormen van diagnostiek.

Een casus uit de Nederlandse praktijk:

Patiënt A is een 30 jarige vrouw, afkomstig uit Somalië. Ik ken haar meer dan 12 jaar. Destijds, bij haar binnenkomst als asielzoeker, is zij meerdere malen op TBC onderzocht door middel van een X-Thorax. Nooit waren er afwijkingen gevonden. Zij kreeg intussen 4 kinderen. Tijdens haar laatste zwangerschap kreeg zij pijn laag in de rug. Een veel voorkomende kwaal, waarvoor zij naar de fysiotherapeut werd verwezen. De pijn ging niet over. Een bekkenbodem fysiotherapeut



werd geconsulteerd. Na de bevalling bleef zij last houden. Zij vroeg om pijnstillers. Ik heb daarop eerst een bloedonderzoek laten verrichten (alleen een licht verhoogde BSE van 28 mm) en een X-LWK laten maken met de expliciete vraagstelling: “aanwijzingen voor TBC?”. Er werden echter geen afwijkingen gevonden. Zij kreeg daarop achtereenvolgens diclofenac en later tramadol tabletten. Het hielp niet voldoende en zij werd er misselijk van. Omdat de pijn nog toenam en iets uitstraalde naar beide benen, verwees ik haar naar de neuroloog met de vraagstelling: “radiculair syndroom? Cave TBC”. De neuroloog deed alleen lichamelijk onderzoek en concludeerde dat er geen radiculair syndroom was. Mevrouw A kwam enkele maanden later weer op mijn spreekuur. Zij vertelde nu dat zij niet goed kon bukken en knielen voor het gebed al helemaal niet. Zij was ten einde raad. Ik besloot toen zelf een MRI van de LWK te laten maken, weer met de vraagstelling TBC? En toen kwam de uitslag: “Spondylodiscitis L5-S1 met prevertebraal abces anterior van S1. Waarschijnlijkheidsdiagnose: tuberculeuze spondylodiscitis! Ik verwees haar direct naar de internist die de diagnose wel zeer waarschijnlijk vond, maar niet kon bevestigen. Er werd gestart met een cocktail van 4 tuberculostatika. De pijn nam snel af en de beweeglijkheid van de lumbale wervelkolom nam toe.

Wat kunnen wij leren van deze casus?

1. ***Patiënt A komt uit Somalië.*** De aanleiding voor het schrijven van mijn klinische les in 2001⁽¹⁾ was het feit dat ik zoveel TBC constateerde bij de asielzoekers in mijn praktijk en dan met name bij de Afrikanen, maar ook bij Surinamers.
2. ***Deze patiënt woonde al geruime tijd in Nederland.*** De thoraxfoto's die asielzoekers verplicht moeten laten maken gedurende de eerste 2 jaar in Nederland vertoonden nooit afwijkingen. We hebben hier dus te maken met een reactivering van een latent aanwezige vorm van TBC (LTBI). De oorspronkelijke primaire haard is dan dikwijls niet meer zichtbaar.
3. De klachten zijn vaak zeer atypisch. Hoeveel vrouwen klagen niet over rugpijn in de zwangerschap of in de maanden daarna?
4. Het duurt bij extrapulmonale TBC soms lang

voordat de juiste diagnose gesteld wordt. Zelfs als de dokter wel heeft gedacht aan TBC, zoals in de bovenbeschreven casus. Algemene symptomen ontbreken vaak. Een gewone X-foto laat vaak niets zien. Het bloedonderzoek kan normaal zijn en een verwijzing naar een specialist is ook niet altijd een garantie voor de goede diagnose.

Ik behandel achtereenvolgens: eventuele klachten bij TBC, risicofactoren voor het ontwikkelen van TBC en de diagnostiek.

De behandeling en het probleem van de resistentie voor tuberculostatika laat ik achterwege omdat de patiënt meestal begeleid zal worden door een specialist.

Klachten

Voor longtuberculose kan men onderscheid maken in algemene verschijnselen zoals koorts, nachtzweeten, vermoeidheid, lusteloosheid, gebrek aan eetlust en gewichtsverlies. De meer specifieke verschijnselen voor longtuberculose zijn: hoesten, vaak weken aaneen, sputumproductie, hemoptoë en pijn op de borst. De symptomen kunnen in wisselende mate aanwezig zijn en kunnen variëren van mild tot ernstig. Bij alle vormen van TBC kan ook erythema nodosum optreden. De klachten van een patiënt met een extrapulmonale vorm van TBC kunnen zeer uiteenlopend zijn. Bij lymfekliertuberculose komt de patiënt vaak alleen met een pijnlijke, gezwollen klier, vaak in de hals. Bedenk echter dat ook de mediastinale klieren of klieren in de buikholte aangetast kunnen zijn. Zwelling van deze klieren geeft dan eerder benauwdheid respectievelijk buikpijn. Bij werveltuberculose worden de klachten vooral bepaald door het stadium van de ziekte, de leeftijd van de patiënt, de locatie van de tuberculose, de aanwezigheid van neurologische afwijkingen, abscessen en/of fistelvorming. Bij circa 80 procent van de patiënten met werveltuberculose is pijn het belangrijkste symptoom. Tuberculose van het centrale zenuwstelsel komt weinig voor en maakt 3 procent uit van de vormen van extrapulmonale tuberculose. Klachten als hoofdpijn, specifieke neurologische afwijkingen, koorts en bewustzijnsveranderingen zijn dan de belangrijkste verschijnselen.

De risicofactoren voor het ontwikkelen van TBC

Besmetting met tuberculose kan alleen plaatsvinden door aanhoesten door de ‘bron’, een patiënt met open longtuberculose. Dit kan gebeuren als men in dezelfde ruimte is of met elkaar spreekt. Tijdens het inademen kunnen tuberkelbacillen het lichaam binnendringen. Een goede hoesthygiëne verkleint de kans op een besmetting⁽⁴⁾. Veel mensen zijn drager van de tuberkelbacil, maar

niet iedere drager krijgt ook TBC.

De ziekte openbaart zich bij één tot twee van elke tien besmette mensen –vaak al vrij snel, maar soms kan dat ook wel 40 jaar of langer duren. In Nederland zijn twee miljoen 60-plussers drager van de tuberkelbacil. Vóór de Tweede Wereldoorlog kwam TBC in Nederland op grote schaal voor. Eens besmet is altijd besmet. Slechts enkele van die 60-plussers zullen ooit ziek worden. Het immuunsysteem van hun lichaam houdt die tuberkelbacil meestal onder controle. Maar anderen kunnen op een gegeven moment toch nog tuberculose krijgen (endogene reactivering). Dat heeft meestal te maken met een weerstandsvermindering, al dan niet veroorzaakt door andere ziekten. Het gebruik van immunosuppressiva kan ook luxerend werken. Het probleem bij de oudere patiënten is dat men vaak niet denkt aan de mogelijkheid van tuberculose. Bij de patiënt van buitenlandse afkomst wordt er wel vaker aan gedacht, maar dan meestal als het gaat om pulmonale verschijnselen. Behalve asielzoekers zijn er andere groepen die een hoger risico hebben om tuberculose te krijgen. Het gaat om immigranten uit landen met een hoge tuberculoseprevalentie, gedetineerden, gezinsleden, verzorgers, partners en andere nauwe contacten van besmettelijke bronpatiënten, oud-patiënten die niet of inadequaat zijn behandeld, drugsverslaafden, illegalen, zeevarenden, en dak- en thuislozen en natuurlijk HIV positieve patiënten.

Diagnostiek van TBC

Bloedonderzoek laat, ook bij een actieve tuberculose, weinig tot geen afwijkingen zien. Wel is de BSE vaak (licht) verhoogd.

Een thoraxfoto kan soms afwijkingen vertonen, maar men dient te bedenken dat het 'primaair complex' op de longfoto meestal snel verdwijnt. De screenings X-thorax wordt gebruikt om actieve of doorgemaakte ziekte aan te tonen. De radiologische bevindingen hangen sterk af van het stadium van de ziekte en de onderliggende immuunstatus. Hoewel de klassieke bevindingen kunnen ontbreken is een afwijkende X-thorax bij de vraagstelling TBC altijd suspect. Op basis van een enkele afwijkende X-thorax kan geen uitspraak gedaan worden over een actieve ziekte. Dit kan radiologisch gezien alleen door te zoeken naar veranderingen in de tijd.

De frequentie van extrapulmonale tuberculose is 30 procent bij Nederlandse patiënten en 40 procent bij niet-Nederlanders. Een thoraxfoto kan in die gevallen geheel normaal uitvallen.

De extrapulmonale vormen van TBC lenen zich niet voor screeningsdiagnostiek. De bevinding van cervicale of axillaire lymfeadenopathie moet echter een rode vlag zijn bij patiënten afkomstig

uit TBC endemische gebieden.

Gerichte diagnostiek naar het aangedane orgaansysteem moet begeleid worden met een nadrukkelijke vraag naar TBC en gegevens over de afkomst van de patiënt om onderrapportage door de radioloog te voorkomen gezien de zeldzaamheid van extrapulmonale vormen van TBC in Nederland.

Ook kan bij verdenking op TBC gekozen worden voor andere vormen van beeldvormende diagnostiek: bijvoorbeeld bij aanhoudende rugklachten kan een MRI van meerwaarde zijn boven een conventionele X-foto om spondylodiscitis aan te tonen of uit te sluiten.



Een Mantoux-test (THT) is nuttig bij personen geboren ná 1 januari 1945, mits niet gevaccineerd met BCG. De Mantoux-test is bij 10-20 procent van de onbehandelde gevallen van actieve tuberculose negatief. Wanneer de test na 10 dagen herhaald wordt, is deze vaak wel positief. Het immuunapparaat was als het ware 'vergeten' hoe te reageren.⁽⁵⁾

Een nieuwe test is de Interferongamma test (IGRA).⁽⁶⁾

De diagnose latente TBC-infectie (LTBI) is decennia lang gebaseerd op de reactie van de THT. Ondanks de hoge sensitiviteit is in laagprevalente situaties de specificiteit van de THT echter laag door de grotere kans op kruisinfecties met nontuberculeuze mycobacteriën. Ook bij BCG-gevaccineerden heeft de THT een lage specificiteit. De zogenoemde interferongamma testen (IGRA) zijn meer specifiek voor een infectie met *M. tuberculosis*. De IGRA-werkgroep van de Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding schreef in 2011 een rapport (6) waarin richtlijnen voor betere diagnostiek van LTBI met een gecombineerde toepassing van de THT en IGRA.

Voordat de IGRA's beschikbaar kwamen, werden BCG-gevaccineerde personen doorgaans niet onderzocht op LTBI vanwege de grote kans op een vals positieve THT-reactie. Sinds de introductie van IGRA is hierin een duidelijke verandering opgetreden. BCG-gevaccineerden worden in toenemende mate, vooral in het kader van bron- en contactonderzoek, op LTBI onderzocht.

Hiermee wordt een belangrijke risicogroep voor transmissie van tuberculose voor preventie bereikt. Met een PCR kan met het specifiek DNA van het Mycobacteriumtuberculosiscomplex relatief snel aantonen. Ook zijn PCR-resistentiebepalingen mogelijk. Bij de aloude Ziehl-Neelsenkleuring kijkt men maximaal 20 minuten door een microscoop op zoek naar rode staafjes.

Bij een auramine kleuring is het zoeken naar staven makkelijker.

De kweek (Löwenstein) is de 'de gouden standaard'. Helaas duurt het 6-8 weken voor de uitslag bekend is. Wanneer men er helemaal niet uitkomt en de verdenking op TBC blijft, is een proefbehandeling met tuberculostatica te overwegen. Een snelle verbetering van alle klachten kan zo de diagnose aannemelijk maken.

Wouter van Kempen, huisarts
Gezondheidscentrum Schalkwijk
Briandlaan 11 b
2037 XE Haarlem, Nederland
Tel: 023 5337833
e-mail: kempen@gcschalkwijk.nl

Referenties:

1. Van Kempen WR. Tuberculose in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 2001;44:5-8
<http://www.henw.org/archief/volledig/id1653-tuberculose-in-de-huisartspraktijk.html>
2. Tuberculosis. Fact Sheet no.104 van World Health Organization, (WHO)
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en>
3. Tuberculose in Nederland 2011, een rapport van KNCV Tuberculosefonds en RIVM Centrum Infectiebestrijding.
http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:202007&type=org&disposition=inline&ns_nc=1
4. Tuberculose? Nog springlevent! [Brochure]. Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der Tuberculose, 1998.
5. Tuberculosebestrijding. IGZ bulletin, november 1996.
6. Richtlijn IGRA, Definitieve versie april 2011 van de IGRA-werkgroep Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding
7. Gyselen A. Tuberculose. *Epidemiologie, verschijningsvormen, behandeling, preventie*. *Bijblijven* 1986;2:54-64.
8. LCI richtlijn tuberculose http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/LCI_richtlijnen/LCI_richtlijn_Tuberculose#Behandeling
9. Uit Mednet 18-02-2013:
<http://www.mednet.nl/nieuws/id6848-nieuwe-kliniek-voor-gevaarlijke-vorm-van-tbc.html#sthash.PMKybAGJ.dpuf>

Patiënt A is een mooi voorbeeld hiervan.⁽⁷⁾

Samenvatting:

Tuberculose is nog steeds een wereldwijd probleem.

Het totale aantal mensen dat ziek wordt door TBC neemt wel af, maar het aantal patiënten met multi-drugresistentie neemt toe. Iedere huisarts moet nog steeds bedacht zijn op tuberculose. Extrapulmonale vormen van tuberculose zijn vaak moeilijk vast te stellen. Bij aanhoudende rugpijn, hoofdpijn, buikpijn of klierzwelling moet men toch aan TBC denken! Zeker bij patiënten uit de risicogroepen en/of afkomstig uit landen in Azië, Afrika en Zuid-Amerika, b.v. Brazilië. Dat betekent dus dat wij eerder dan gewoonlijk verdergaande diagnostiek moeten inzetten. Een Hollander kan je zeggen.

Banking with a personal touch!

Surichange Bank N.V. strives to offer you customized financial products. Our strategy is based on the need of the client.

AS A GENERAL BANK WE OFFER YOU:

- ✓ Corporate Banking
- ✓ Personal Loans
- ✓ Insurance
- ✓ Investment Banking
- ✓ Global Transactional Services (includes fast money transfers)

 **SURICHANGE BANK N.V.**
A Change in Suriname Banking

Dr. S. Redmondstraat 71
Paramaribo - Suriname
info@scbbank.sr
www.scbbank.sr

P +597 47 11 51
F +597 52 07 40

SWIFT CODE: SURCSRPA



Dit ingezonden stuk van een enthousiaste lezer hebben wij gemakkelijks halve opgesplitst in twee delen: een deel 'aan Dr. Jap Tjoen San', gevolgd door de reactie van laatstgenoemde, en een tweede deel 'aan Drs. Jubithana', gevolgd door diens reactie.

Het eerste deel heeft betrekking op het artikel: W. Jap Tjoen San, MD, PHD: "2014 Evidence-Based Guideline voor de behandeling van hypertensie bij volwassenen. Reportage van de 8ste Joint National Committee (JNC 8)", SMJ 2014, 1^e jaargang, 2^e druk.

Het tweede deel heeft betrekking op het artikel: B. Jubithana MD MPH, BOG: "Chikungunya in het Caribisch Gebied en Frans Guyana", SMJ 2014 1^e jaargang, 2^e druk.

Beste redactie,

Over het algemeen ben ik zeer ingenomen met de inhoud van de artikelen. De informatie is leerzaam en een groot deel is direct bruikbaar voor de huisarts. Hieronder enkele vragen aan de hand van uw artikelen. Gaarne Uw reactie.

MCG,

Edward Pinas, Huisarts

Aan Dr. Jap Tjoen San

1. Aanbeveling 7. Is er helemaal geen reden om de negroïde diabetes te beschermen tegen het ontwikkelen van-, of het verergeren van DM nefropathie met ACE-remmers of ARB al dan niet in combinatie met een Ca^{2+} -antagonist?

Opmerking: In Suriname kennen wij bij de negroïde bevolking ook een grote genetisch gemengde groep. Hoe zijn deze richtlijnen op deze groep toepasbaar?

2. Kan ik de conclusie trekken dat bèta-blokkers eruit gaan als initiële therapie?
3. Is een streefwaarde van 120/80 mmHg niet realistisch of niet beter dan 140/90?
4. Ik mis wetenschappelijke argumenten voor aanpassing van leefstijl (zout beperken en voldoende lichaamsbeweging).

Antwoord van de auteur

Geachte collega,

Naar aanleiding van uw vragen betreffende het artikel '2014 richtlijnen voor de behandeling van

hypertensie bij volwassenen', kan ik de volgende antwoorden geven.

Antwoord op vraag 1.

Bij deze aanbeveling is tussen haakjes een opmerking opgenomen dat deze aanbeveling voor de zwarte populatie met DM zwak is. Omdat uiteraard bij proteïnurie een ACE-remmer of ARB voorgeschreven zal moeten worden, doch bewezen is dat de ACE-remmer of ARB niet het gewenste effect zal hebben op de bloeddruk, wel als de ACE-remmer gecombineerd wordt met een diureticum zoals aanbevolen. Als een ACE-remmer of ARB is voorgeschreven i.v.m. DM kan ook voor een Ca^{2+} -antagonist gekozen worden als initiële therapie voor behandeling van de bloeddruk.

Zie hierbij ook aanbeveling 8 ("ongeacht ras of DM").

Bij gemengde negroïde groep is natuurlijk nooit onderzoek gedaan.

Als men wil weten welk ras domineert, kan men vragen naar de grootouders van patiënt(e) zowel van moeders als vaders kant. Zijn b.v. 3 hiervan van het negroïde ras, dan zou je deze patiënt(e) als bij een zwarte bevolking kunnen behandelen. Ik zou zeggen bij deze groep, trial and error.

Antwoord op vraag 2.

Ja, er is geen plaats voor een bètablokker als initiële medicamenteuze therapie tenzij er sprake is van een cardiovasculaire event of klacht, b.v. een infarct of AP.

Antwoord op vraag 3.

Hierbij gaat het om een streefbloeddruk van in elk geval onder de 140/90 (aanbeveling 2 t/m 5).

Antwoord op vraag 4

Dit artikel gaat over de medicamenteuze (farmacologische) therapie en behandelt niet de non-farmacologische therapie.

Uiteraard zijn aanbevelingen zoals dieet (minder zout gebruik, minder calorieën), afvallen bij adipositas en lichaamsbeweging een must.

(Weber et al. *Clinical practice guidelines for management of hypertension in the community*, Journal of Clinical Hypertension, Vol. 16, Issue 1, page 14-26, Januari 2014

Dr. W. Jap Tjoen San,
Cardioloog Academisch Ziekenhuis Paramaribo

Aan Drs. Jubithana:

De behandeling van de subacute en de chronische chikungunya arthritis is jammer genoeg niet aan de orde gekomen. In de literatuur wordt een aanpak gelijkwaardig aan dat van RA voorgesteld.

Ik hoor dat de orthopaed intra-articulaire injecties (corticosteroiden?) geeft.

Antwoord van de auteur

Beste Drs. Pinas,

Inderdaad is de behandeling van de subacute en chronische fase van chikungunya (CHIKV) in deze richtlijn onderbelicht. De richtlijn (die ook via de VMS en de RGD is verstuurd naar alle leden of RGD- artsen) is namelijk vertaald uit de "Aide memoire, Information for Healthcare providers Chikungunya Fever, PAHO/ WHO, January 2014", en dit met enige aanpassingen en comments van dr. S. Vreden, drs P. Roep, drs. B. Ting A Kee en ondergetekende.

Deze richtlijn is zoals de originele titel enigszins aangeeft, vooral gefocust op de acute fase van Chikungunya fever.

In de bronvermelding staat een andere richtlijn "Preparedness and response for Chikungunya virus Introduction in the Americas, CDC, PAHO, 2011" die wel meer ingaat op de therapie van de subacute en chronische fase van CHIKV.

Hierin wordt aangegeven dat er veelal herstel optreedt na een acute fase van CHIKV, maar dat personen ook kunnen overgaan in de reeds genoemde subacute en chronische fase welke gepaard gaat met aanhoudende gewrichtspijnen die soms jaren kunnen duren. De behandeling hiervan betreft pijn-management inclusief lange termijn behandeling met NSAID's.

Bij ernstige en langdurig persisterende perifere gewrichtspijnen die onvoldoende reageren op eerder genoemde middelen wordt een korte stootkuur van corticosteroiden aanbevolen. Indien orale corticosteroiden niet gewenst zijn, dan is de mogelijkheid van intra-articulaire corticosteroiden te overwegen (lokale injecties) of lokale (uitwendige) NSAID-gel. Alternatieve therapie zoals Methotrexaat is ook als optie genoemd. Naast farmacotherapie kan ook een goed opgebouwd fysiotherapieschema uitkomst bieden. Veel bewegen en lichte oefeningen kunnen verbetering en of vermindering van ochtendstijfheid geven, maar wees voorzichtig met al te zware oefeningen.

NB: Bronvermeldingen van originele artikelen van de behandeling van de subacute en chronische fase zijn terug te vinden in deze laatst genoemde richtlijn. Wees daarnaast zoals voor alle NSAID's geboden is voorzichtig bij langdurig gebruik bij de bekende risicogroepen, en overweeg of er geen sprake is van contra indicaties bij desbetreffende patiënten.

Groeten,
drs. B. Jubithana MD MPH
Coördinator surveillance
Afdeling Epidemiologie, BOG
Rode Kruislaan 22
tel 499703 of 499494 toestel 177
8577632 of 7219076

Particuliere Ziektekosten Verzekering Self Reliance



Op 9 oktober 2014 is de Wet Nationale Basiszorgverzekering in werking getreden. Deze wet verplicht alle ingezetenen om zich tenminste te verzekeren voor een basiszorgpakket. Onze ziektekostenverzekeringen voldoen aan de Wet Nationale Basiszorgverzekering.

Kies daarom de ziektekostenverzekering van Self Reliance die bij u past!!!

Voor de PZS bieden wij diverse pakketten waaruit u kunt kiezen n.l.:

PZS Basis, PZS Comfort en PZS X-Comfort (voor bedrijven en collectiviteiten)

Bij ons bent u gegarandeerd van:

- Ruimere dekkingen
- De mogelijkheid voor aanvullende verzekeringen o.a. Tandheelkunde
- Maatwerk voor bedrijven en andere collectiviteiten
- Gunstige premies & aantrekkelijke kortingen
- Winstdeling voor bedrijven en collectiviteiten
- Bedrijven en collectiviteiten kunnen tevens in aanmerking komen voor andere gratis dekkingen.

Self Reliance ziektekostenverzekeringen, omdat wij willen dat u gezond bent...!!!! Zorg goed voor u zelf...!!!!

Neem contact op met ons of een van onze tussenpersonen.



Paramaribo, Heerenstraat 48-50 / Henck Arronstraat 69-71

Telnr: 472582 / 474446 / 474182

Nieuw-Nickerie, L.H. Wixstraat 34 / Telnr: 0210744

Wanica, Vier Kinderenweg 2 hoek Indira Gandhiweg

Telnr:(597) 480777 / 480936

Website: www.self-reliance.sr | e-mail: pzs@self-reliance.sr / self-reliance@sr.net

Oratie Mai Chin A Paw: *‘Maak gezond leven weer kinderspel’*

Mariëtte Hoogsteder



‘Exercise every day, keeps the doctor away’ en ‘less is more’. Meer bewegen en minder zitten, waren twee lessen uit de oratie ‘Topsport of kinderspel’ van Mai Chin A Paw, op dinsdag 3 juni jl. Met haar openbare lezing aanvaardde ze haar benoeming tot University Research Chair, hoogleraar sociale geneeskunde in het bijzonder de epidemiologie van jeugd en gezondheid bij VUmc.

‘Exercise every day’

‘Steeds meer jonge kinderen vertonen al ouderdomskwalen zoals obesitas, hypertensie, diabetes type 2, osteoporose en artrose,’ waarschuwt Chin A Paw. De oorzaak is de ongezonde leefstijl waartoe de huidige maatschappij kinderen dwingt. Kinderen bewegen veel te weinig en zitten te veel. ‘Het is in onze samenleving bijna topsport om er een gezonde leefstijl op na te houden.’ Regelmatig en veelzijdig bewegen is een gratis medicijn voor alle bovengenoemde aandoeningen.

Fitte kinderen

Voldoende bewegen is echter niet alles, minder stil zitten is ook relevant. Chin A Paw en haar collega’s toonden aan dat kinderen die veel zitten en overmatig een beeldscherm gebruiken, een slechtere fitheid hebben. Dat geldt ook voor kinderen die daarnaast voldoende bewegen. Een lage fitheid is één van de sterkste voorspellers van chronische ziekten waaronder hart- en vaatziekten en type 2 diabetes.

Daarom pleit Chin A Paw ervoor om behalve ouders ook kinderopvang en het basis- en voortgezet onderwijs verantwoordelijk te maken voor een adequate motorische ontwikkeling van kinderen. De motorische ontwikkeling heeft in het huidige onderwijs geen prioriteit, terwijl fittere kinderen ook betere schoolprestaties laten zien. Kinderen als mede-onderzoeker

Chin A Paw wil graag kinderen rechtstreeks betrekken bij onderzoek en hen mede-onderzoeker maken. Door intensief met kinderen samen te werken hoopt zij niet alleen de schoolomgeving beweegvriendelijker te maken, maar tevens kinderen de vaardigheden aan te leren waarmee een gezonde leefstijl kinderspel wordt. ‘Daarmee voorkomen we een hoop problemen op latere leeftijd, want gezond verouderen begint al tijdens de zwangerschap.’

Geld voor topsport of basissport voor kinderen?

Voorafgaand aan de oratie was er een levendig debat, met 4-koppig panel en de zaal, onder leiding van Simon Douw, die enthousiast en adrem mensen, meningen en feiten met elkaar verbond. Bijvoorbeeld over de stelling dat 50 procent van het topsportbudget besteed zou moeten worden aan een gratis sportpas voor kinderen t/m 18 jaar die geen sportclublidmaatschap kunnen betalen. Opmerkelijk was panellid Miriam van Reijen, zelf topsporter (atletiek, duurlopen), bewegingswetenschapper én promovenda bij Sociale



Geneeskunde VUmc, het eens met deze stelling. 'Topsporters kunnen best hun geld zelf bij elkaar sprokkelen, via sponsoring bijvoorbeeld', aldus van Reijen. De meningen waren sterk verdeeld over deze stelling, want het zou toch niet helpen, of het zou juist 100 procent moeten zijn. En ligt er niet meer verantwoordelijkheid bij ouders, of juist bij scholen?

Hinkelend rekenen

Dat leidde meteen tot de volgende stelling, dat scholen voor basis- en voortgezet onderwijs 20 procent van hun huidige schooltijd moeten besteden aan motorische ontwikkeling. De stelling werd verdedigd door Esther van Duin, student Cultuurwetenschappen en jongerenvertegenwoordiger naar UNESCO. Jeugdartsen en anderen stemden in. Vakleerkrachten bewegingsonderwijs kunnen motorische ontwikkeling bevorderen en monitoren, maar ook de integratie van bewegen in cognitieve vakken kan bijdragen. 'Je kunt al springend of hinkelend rekenvaardigheden bijbrengen, of moeilijke spellingsregels. Wij vermoeden dat dat kinderen helpt om beter te leren en zijn dat ook aan het onderzoeken,' aldus Mai Chin A Paw. Maar er waren ook tegenstanders: 'een dag per weer motorische ontwikkeling? Dat gaat ten koste van andere leerstof! En scholen moeten al zo veel.'

Cola verbod?

Verdeeldheid was er over de stelling: net als voor alcohol en tabak moet er een leeftijdsgrens komen voor de verkoop van energydrinks en frisdrank. 'Het riekt naar gezondheidsfascisme', zei Hans Brug, hoogleraar Epidemiologie, vice-decaan onderzoek VUmc én fanatiek fietser, maar hij verdedigde de stelling met verve. Met een blikje frisdrank voor zijn neus...Tegen het marketingbudget van grote frisdrankfabrikanten kunnen we niet op, maar wel kunnen we de huidige wetenschap creatief inzetten om mensen gezondere keuzes te laten maken. En er kwamen vanuit de zaal meteen veel voorbeelden.

Mee oneens, vonden enkele anderen: 'het is de eigen verantwoordelijkheid van mensen, ook van ouders, om hun kinderen dit voor te schotelen.' Na afloop van het debat was er geen frisdrank te vinden, wel heerlijk water verfrist met munt, citroen of komkommer.

Ouderschapsdiploma

Het jongste panellid was Luuk Zaal, 15 jaar. Dol op atletiek en politiek, actief lid van D66, ooit vice-voorzitter van de Kindergemeenteraad en deelnemer aan het Nationaal Jeugddebat. Namens het Hoogheemraadschap Holland Noorderkwartier geeft hij voorlichting aan jongeren over het belang van waterbeleid. O ja, en hij zit in 3-HAVO. Terwijl hij een selectie van diploma's liet zien die hij al had bemachtigd (o.a. veteristriediploma, zwemdiploma, verkeersdiploma), verdedigde hij de stelling dat ook ouders een diploma moeten halen om hun kinderen gezond te leren opvoeden. Kinderbijslag moet worden gekoppeld aan het succesvol doorlopen van een ouderschapscursus, aldus Luuk. Hier kwamen de meeste bezwaren tegen, variërend van 'ligt eraan wat je op zo'n cursus leert', tot aan 'alleen voor onbekwame ouders', of 'dit is een hellend vlak'. Maar er waren ook mensen die instemden.

Binnenkort is een uitgebreider verslag en fotoreportage van het debat en de oratie van Mai Chin A Paw te vinden op www.jeugdengezondheid.org

bron: Academische Werkplaats Jeugdgezondheidszorg:
<http://www.vumc.nl/afdelingen/AWJGZ>



Incontinentie (volwassen) luiers



Broekluiers
(medium en large)

- Unisex
- Comfortabele pasvorm
- Vochtigheidsindicator
- Extra brede beenbescherming



Plakluiers
(small, medium en large)

- Unisex
- Snelle absorptie



Plakluiers
(medium en large)

- Vochtigheidsindicator
- Extra bescherming van de benen

Distributeur:



Industrieweg Zuid 16 - Tel: 481567 / 481879 - Fax: 481322
The friendship of those we serve is the foundation of our progress!

ADVERTENTIE

Congres Agenda 2015

Activiteit	Datum	Georganiseerd door SPAOGS	Lokatie	Opmerking
Nascholing Vaatgeneeskunde HT EN CVRM	14 juni Artsen	I.s.m. Vasculaire vakgroep NL	Torarica/VMS	Drs. E. Kafiluddin / drs. Y. Chou
Endocrinologie, infectieziekten en reumatologie	2/ 3 september	I.s.m. NASKHO	Hilton Curaçao	I.s.m NASKHO (drs.Y. Chou & drs. A. Kort)
Nefrologie	21, 23 & 24 oktober	Ja	Nickerie/VMS/ Torarica	Drs. B. Ramlal & drs. L. Akrum (A. Punwasi)
HIV	7 november	Ja	MDBC	COE / Abbott (drs. R. Hu)
Histoplasmose	4 - 6 december	Nee	Torarica	International Conferentie
Klinische avond Diabetes/Hypertensie	Nog te bepalen	Ja	VMS	(drs. L. Akrum & drs. D. Kalpoe)
Bedrijfsgeneeskundige nascholing (Petrochemie)	Nog te bepalen	Ja	VMS	I.s.m. Ir. Correia (drs. Ramlal)
Primary Trauma Care Course voor RGD- en SEH-verpleegkundigen	Nog te bepalen!	Ja	AZP	Course director: drs. A. de Wit

Upcoming Internationale Conferenties

Activiteit	Datum	Lokatie	Lokatie
Histoplasmosis in the Americas and the Carribean	4-6 december 2015	Torarica	PAHO,SWOS, CHC, CDC, Inserm, CIC

Healthcare Safety Products



Tevens Verhuur

- Loopkrukken
- Bedtafel
- Badkamerstoel
- Looprek
- Transportstoel
- Po stoel
- Rolator
- Rolstoel

Voor beterschap en gemak



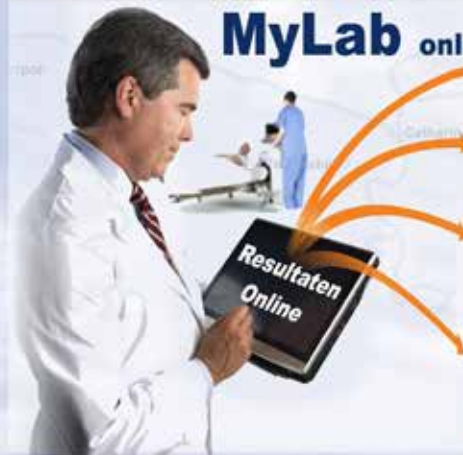
SAFETY CENTER
your 1 stop safety shop

SAFETY CENTER

Maretraite Mall - Unit # 38
Jan Steenstraat
Paramaribo - Suriname
Phone: (597) 458955
safetycenter@qscnv.com



MyLab online



Gemak

Ook op uw
smartphone

Simpel

gewoon
uw inlogcode
invoeren *

**Geen
papier**

berg

Sneller

resultaat

Deze nieuwe service van MyLab geeft u, artsen, meer gemak bij het inzien van de labresultaten van uw patiënten, ook op uw smartphone. Hierdoor heeft u sneller het resultaat en voorkomt onnodig veel papier- en zoekwerk. U voert simpelweg uw eigen inlogcode in en kunt u ook uw vragen via onze website stellen aan de klinisch chemicus, dr. Edward Sanders

Vraag NU uw artsen inlogcode aan!



Enige geaccrediteerd Medisch Laboratorium

Carusostraat 1
Tel.: 459537 Fax: 458573
Email: info@mylab.sr
Website: www.mylab.sr



Johan Adolf Pengelstraat 188 | Paramaribo – Suriname
Telefoon: 597 401031 | Fax: 597 400998
E-mail: info@stgrgd.org

VACATURE

De Stichting Regionale Gezondheidsdienst (RGD) is een gezondheidsinstelling die zich beijvert de Primaire Gezondheidszorg optimaal uit te voeren. Conform haar visie en missie is één van haar doelstellingen de primaire gezondheidszorg beschikbaar en bereikbaar te maken voor een ieder. Binnen dit kader heeft zij op korte termijn plaatsingsmogelijkheid voor:

11(elf) Artsen

voor de faciliteiten in de districten Marowijne, Commewijne, Para, Wanica, Coronie, Saramacca en Nickerie.

In de functie van RGD arts zijn de volgende vereisten van belang:

- een afgeronde WO geneeskunde opleiding
- kennis van wetgeving op medisch gebied
- besluitvaardigheid
- contactuele eigenschappen
- leidinggevende capaciteiten
- stressbestendigheid

De RGD arts is o.a. verantwoordelijk voor het:

- verlenen van geneeskundige hulp
- doen van consultatie bij zuigelingen en kleuters
- verrichten van huisbezoeken
- begeleiden van studenten en assistent artsen

Geboden wordt:

- een uitdagende werkkring
- een aantrekkelijk salaris
- goede secundaire arbeidsvoorwaarden

Schriftelijke sollicitaties en Curriculum Vitae kunnen tot uiterlijk 15 juli 2015 worden gericht aan

drs. S. William-Asgarali, Medisch Directeur.

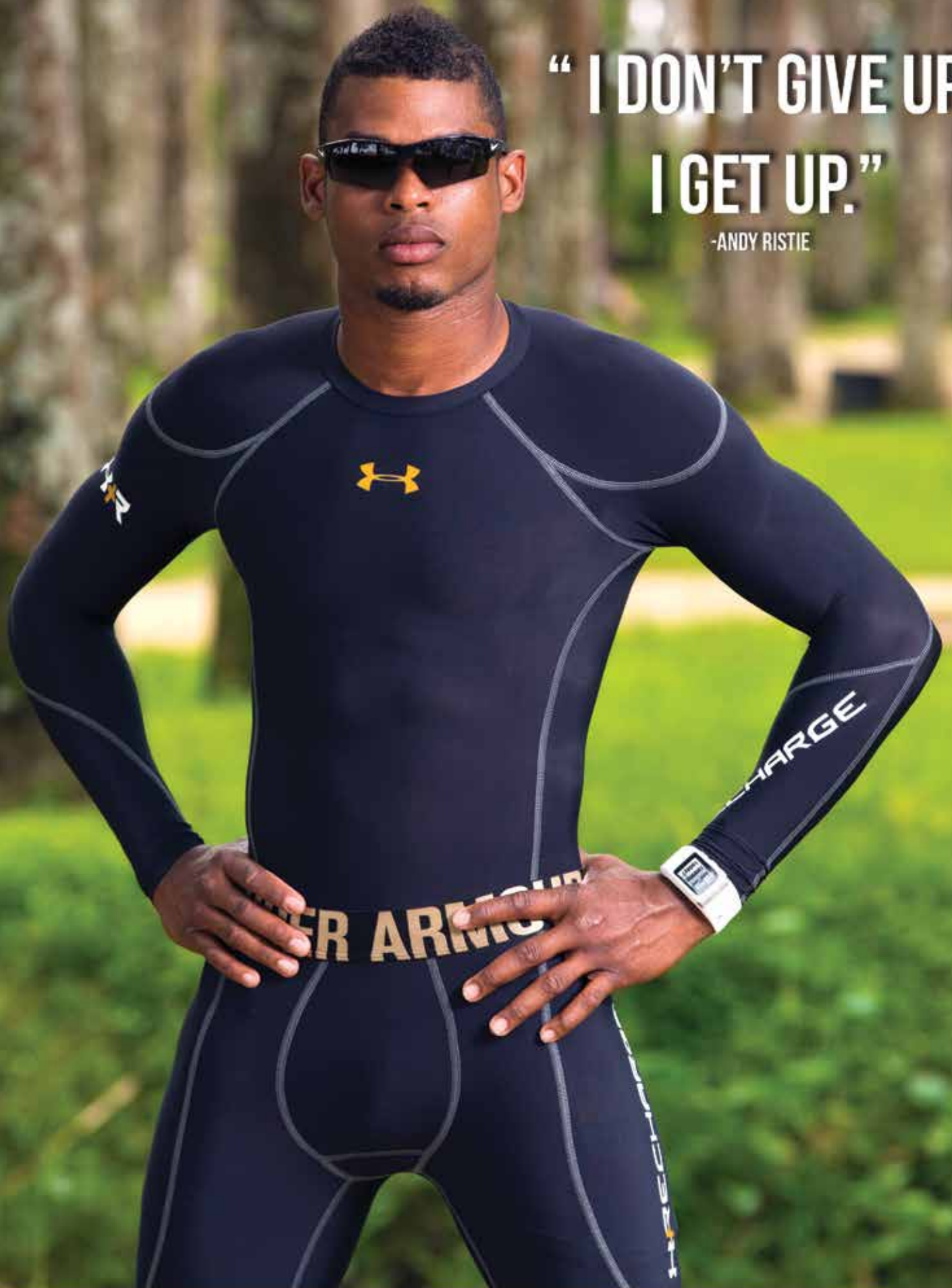
Adres: Stichting Regionale Gezondheidsdienst, J.A. Pengelstraat no. 188.

of e-mailen naar stgrgd-med@stgrgd.org

Voor specifieke vragen over de vacature kunt u vrijblijvend contact met ons opnemen op de telefoonnummers 401031 # 1249 of 1273 of 401182.

**“ I DON'T GIVE UP.
I GET UP.”**

-ANDY RISTIE



 ALLSTARSURINAME  ALLSTAR_SU

SARAMACCASTRAAT- HERMITAGE MALL-SPANHOEK PASSAGE
MA RETRAITE MALL- DOMINEESTRAAT - LELYDORP

ALL  **STAR**

Richtlijnen voor auteurs Surinaams Medisch Journaal (SMJ)



Achtergrond

Het Surinaams Medisch Journaal heeft onder andere als lang termijn doel het bevorderen en zo mogelijk faciliteren van wetenschappelijk onderzoek in Suriname.

Andere doelen zijn verbetering van de uitwisseling van wetenschappelijke informatie, verbetering van de kennis van zorgverleners, versterking van evidence-based werken zowel in de beleidsontwikkeling als in de patientenzorg en bijdragen aan de monitoring van de gezondheid. Het tijdschrift zal zich vooral focussen op de publicatie van in Suriname uitgevoerd onderzoek. Verder zal in het blad ook aandacht worden besteed aan onderzoek van en over Surinamers in Nederland, en onderzoek in andere landen, met name in de regio, over voor Suriname relevante onderwerpen.

De primaire doelgroepen van het SMJ zijn medici (huisartsen en specialisten) en andere professionele gezondheidswerkers, tandheelkundigen, dietisten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen, in de eerste plaats in Suriname, maar ook in Nederland.

Zo blijft iedereen die werkzaam is in de gezondheidszorg in Suriname op de hoogte van belangrijke praktijkervaringen, onderzoeksresultaten en aanverwante onderwerpen.

Elke 4 maanden verschijnt het tijdschrift (3 x per jaar), bestaande uit 35 pagina's op magazineformaat. De redactie vergadert 6 x per jaar.

Indien u een bijdrage voor publicatie ter beoordeling aan de redactie wilt voorleggen, vragen wij u om bij het schrijven enkele richtlijnen

te volgen. Lees deze richtlijnen aandachtig voordat u begint aan uw bijdrage.

De richtlijnen gaan over een:

- artikel
- referaat
- abstract

Soort publicatie

Artikel:

Lengte maximaal (exclusief literatuurlijst en samenvatting): 2000 woorden.

De samenvatting bevat ca.200 woorden. Verder dient een artikel ingedeeld te zijn in passende kopjes (bijv. titel, samenvatting, inleiding, methode, resultaten, discussie, conclusie en literatuur).

Referaat:

Lengte: 500-800 woorden. Indeling: titel, inleiding, methoden, resultaten, discussie en evt. consequenties praktijk.

Abstract:

Lengte: 500-800 woorden. Indeling: titel, achtergrond en doelstelling, methode, resultaten, conclusie.

Algemene richtlijnen:

- Een bijdrage dient per mail (in Word) te worden verstuurd naar de mailbox van het SMJ (surinaamsmedischjournaal@gmail.com).
- Indien het manuscript ook elders ter publicatie is aangeboden of reeds is gepubliceerd in een ander tijdschrift, dient dit te worden aangegeven.
- Alle co-auteurs worden geacht in te stemmen met de inzending, beoordeling en publicatie.
- Regelaafstand: 1,5
- Puntgrootte minimaal 11
- Voorzien van paginanummering en regelnummering
- de Nederlandse voorkeursspelting moet worden gebruikt.

- Op de titelpagina moet worden vermeld:
 - a. duidelijke, liefst korte titel
 - b. voornaam, achternaam en initialen van alle auteurs
 - c. beroep, functie, en instellingen waar auteur(s) werkzaam zijn
 - d. correspondentie-adres, e-mailadres en telefoonnummer van corresponderend auteur en 2^e auteur
 - e. maximaal 5 trefwoorden

Tabellen en figuren.

Voorzie tabellen, schema's en figuren van een bondige titel.

In de tekst van het manuscript moet worden verwezen naar de tabellen/figuren.

De figuren en tabellen dienen informatief te zijn.

Aanleveren:

- Tabellen moeten in word zijn opgemaakt (elke info in 1 cel).
- Afbeelding of foto => dan jpeg bestand (300dpi).
- Figuren/schema's en staafdiagrammen moeten in word zijn opgemaakt met tekstvakken.

Staaft diagrammen mogen ook in excell (dan geen jpeg).

Literatuurverwijzingen.

Literatuurverwijzingen moeten in de tekst worden aangegeven met een nummer (tussen haakjes of als 'superschrift').

De nummering volgt de volgorde van de verwijzingen. De literatuurlijst komt aan het einde van de tekst.

Volg daarbij de 'Vancouver-stijl' volgens onderstaande voorbeelden:

1. Berg-Rust CJM van den. Uitslag Ewing-screening onvoldoende - en dan? Tijdschr. Jeugdgezondheidszorg 1995;27:23-4.
2. Kolnaar BGM, Beissel E, Bosch WJHM van den, et al. Asthma in adolescents and young adults: screening outcome versus diagnosis in general practice. Family Practice 1994; 11: 133-40.

Maximaal 20 literatuurverwijzingen gebruiken.

Ontvangst en beoordeling

De ontvangst van een manuscript wordt binnen enkele dagen na ontvangst bevestigd. Elk manuscript wordt beoordeeld door minstens 2 deskundigen (redactieleden). Vervolgens vernoot de auteur of het manuscript (eventueel na aanpassing) kan worden geplaatst dan wel herziening behoeft en op welke punten.

Voor publicatie ontvangt de auteur een drukproef ter correctie; inhoudelijke wijzigingen zijn dan niet meer mogelijk.

De redactie behoudt zich het recht voor om bijdragen te weigeren.

Na publicatie ontvangt de corresponderend auteur bewijsexemplaren: voor alle (mede-) auteurs van het artikel 1 exemplaar. Zij/hij dient zelf voor verspreiding te zorgen.

Contactadres redactie:

surinaamsmedischjournaal@gmail.com
april 2014



de berkel
finest professional clothing

NIEUW IN SURINAME

**Professionele Zorg-
en Horecakleding**
voor dames & heren

Kwalitatief, Modieus & Betaalbaar

Alleenvertegenwoordiger in Suriname
Nestorstraat 10 | Maretraite 2
T: (597)451246 | M: (597) 8829087 | E: berkel.su@gmail.com
De Berkel Finest Professional Clothing Suriname



Stichting Staatsziekenfonds

Reeds 34 jaar...met kennis van zaken!



Gezondheidszorg?

VERPLICHTE VERZEKERING

SZF: uw waarborg.

VRIJWILLIGE VERZEKERING

BASISZORG VERZEKERING

Hoofdkantoor: Frederik Derbystraat 107-111 Tel: 477 101

Nickerie: R.P. Bharosstraat 41 - Tel: (0) 232 180
Commewijne: Oost-Westverbinding BR 16 - Tel: (0) 355 073
Lelydorp: Fayalobilaan 13 (ISCL gebouw) - Tel: (0) 367 587

Moengo: Rooseveltlaan 13 - Tel: (0) 341 702
Saramacca: Sidodadiweg 144 - Tel: (0) 327 520
Bezoek onze website: www.szf.sr



ALMED

THUISZORGWINKEL

Advies, Service en Kwaliteit!

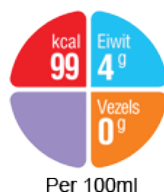
H. Arronstraat 123 - Tel 410246

Nutrison Sondevoeding wordt gebruikt als aanvulling op of volledige vervanging van de normale voeding.

Door ziekte, een operatie, medicijnen of een behandeling is het mogelijk dat u niet kunt, mag of wilt eten.
Terwijl goede voeding dan juist extra belangrijk is.

Sondevoeding kan dan een goede oplossing zijn.

Sondevoeding wordt gebruikt als aanvulling op of volledige vervanging van de normale voeding.



N.V. Nutrisur

Poseidonstraat 84 • Tel: (597) 452329

E-mail: nutrisur@live.com