



Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

jaargang 39, 2004, nummer 4

inhoud

Redactioneel

epidemiologie

Alcohol- en druggebruik in het Haagse uitgaanscircuit
Gegevens over 2003 en aanbevelingen voor preventie

Vitamine D-tekort bij zwangere vrouwen: gegevens van een verloskundigenpraktijk
uit Den Haag

volksgezondheid

'Het is een soort praten, juf'
Achtergronden van zelfbeschadiging

GGD Den Haag draagt bij aan voorbereiding 19e Wereld Diabetes Congres
International Diabetes Federation zet zorg voor 'under-served communities' op de
agenda

Korte berichten

Colofon

December 2004, 39ste jaargang nr.4

Redactie

mw. I. Burger, GGD Den Haag (kernredacteur);
mw. C.J. Kruijthof, arts, Medisch Centrum
Haaglanden, lokatie Westeinde; mw. F.L. van Leeuwen,
arts, Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o.;
dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Den Haag
(kernredacteur); drs. E. Pieters, Parnassia,
psycho-medisch centrum Den Haag; B. Potemans,
huisarts in Den Haag; mw. W. van Rijssel
(redactiesecretaris/ eindredacteur);
prof.dr. W.J. Schudel, GGD Den Haag;
M.H. Waterman (hoofdredacteur), GGD Den Haag.

Redactieadres

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

Het Epidemiologisch Bulletin op internet:
www.denhaag.nl/smartsite.html?id=35469

Lay out en productie

Facilitaire Dienst / Multimedia Den Haag

Uitgave

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

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

De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en
vormgeving van het bulletin. Overname van artikelen is
in vele gevallen mogelijk in overleg met de redactie.
De richtlijnen voor auteurs kunnen op het
redactiesecretariaat worden opgevraagd. Bij wijziging
van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het
redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen. Voor het
bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier.
Het bulletin verschijnt vier maal per jaar.

ISSN 0921-6219

Inhoud

Redactioneel	1
Epidemiologie	
• Alcohol- en druggebruik in het Haagse uitgaanscircuit Gegevens over 2003 en aanbevelingen voor preventie <i>P. van Gelder, P. Reinerie, I. Burger, M. Smits, V.M. Hendriks</i>	2
• Vitamine D-tekort bij zwangere vrouwen: gegevens van een verloskundigenpraktijk uit Den Haag <i>N.S. Karamali, I.M. van der Meer, J.D. Wuister, I. Verhoeven</i>	10
Volksgezondheid	
• ‘Het is een soort praten, juf’ Achtergronden van zelfbeschadiging <i>M. Ferber</i>	15
• GGD Den Haag draagt bij aan voorbereiding 19e Wereld Diabetes Congres International Diabetes Federation zet zorg voor ‘under-served communities’ op de agenda <i>B.J.C. Middelkoop</i>	20
• Ontwikkelingen op de Spoedeisende Hulp (reacties)	23
Korte berichten	25

Redactioneel

Complexe interventies en overdracht van kennis

Dit bulletin opent met een inkijkje in het Haagse uitgaansleven. Na publicatie van het onderzoek 'Uit (je dak) in Den Haag' in 2002, vervolgden onderzoekers van Parnassia en GGD Den Haag hun speurtocht naar het alcohol- en druggebruik van jongeren. Ze hanteerden daarbij onder andere een vorm van 'participerend' veldonderzoek in de vele scenes die het circuit rijk is. Hun bevindingen liegen er niet om en wijzen onder meer op een toenemend gecombineerd gebruik van middelen en -vanwege de gestegen horecaprijzen- op verplaatsing van het innemen naar pre- en afterparties. Met dit laatste worden de gebruikers tamelijk ongrijpbaar. Hoopvol voor de preventie-instanties is echter de bevinding, dat 'peer education'-teams er in lijken te slagen het 'grensoverschrijdend gedrag' terug te dringen. Dit biedt in ieder geval aanknopingspunten voor interventies.

Vitamine D-tekort bij zwangeren is het onderwerp van het tweede artikel. De onderzoekers signaleren vitamine D-tekorten bij de onderzoekspopulatie, maar de verschillende verenigingen van professionals zijn het er nog niet over eens hoe ernstig zo'n tekort is. Rechtvaardigen de gegevens wel (professioneel geaccepteerde) interventies? Of we moeten wachten op de uitkomst van deze discussie om in preventieve zin actie te kunnen ondernemen wordt een gewetensvraag als we het onderzoek van Specker bekijken. Complexiteit bij het interveniëren hangt niet altijd alleen samen met pragmatiek, maar is, zo blijkt uit dit voorbeeld, ook een uiterst principiële vraagstuk.

In het artikel over zelfbeschadiging staat de noodzaak tot actief interveniëren en zorgvuldige observatie niet ter discussie. Naast achtergrondinformatie bevat het artikel een aantal praktische handvatten voor vertrouwenspersonen en andere hulpverleners. Dat we hier praten over een relevant thema blijkt uit de hoge opkomst bij het genoemde congres van 2 november jongstleden.

Uit het verslag over de voorbereidingen voor het 19e Wereld Diabetes Congres blijkt dat men internationaal zeer geïnteresseerd is in de activiteiten die we in Den Haag verrichten rond diabetesproblematiek. Dit bleek uit de reacties op de presentatie van zowel het 'Milan-gezondheidsplein' als op het meerjarig onderzoek van het LUMC. We zijn in de regio Den Haag vaak geneigd tot bescheidenheid bij het voor het voetlicht brengen van nieuwe activiteiten en ontwikkelingen. Blijkens de reacties in Kopenhagen kan het wel wat minder met die bescheidenheid.

Eigenlijk zijn alle artikelen in dit nummer voorbeelden van het belang van het overdragen van kennis om hoogwaardig professioneel te kunnen handelen en niet voortdurend zelf het wiel te hoeven uitvinden. Met de uitgave van het Epidemiologisch Bulletin trachten we ook daar een bijdrage aan te leveren.

Alcohol- en druggebruik in het Haagse uitgaanscircuit

Gegevens over 2003 en aanbevelingen voor preventie

P. van Gelder, P. Reinerie, M. Smitz, I. Burger en V.M. Hendriks

Het in 2002 gehouden onderzoek naar alcohol- en druggebruik in het Haagse uitgaansleven is in 2003 voortgezet (1). In het juni- en het septembernummer van vorig jaar is in het *Epidemiologisch Bulletin* aandacht besteed aan de resultaten van 2002 (2) (3). Dit keer beschrijven we op basis van de gegevens over 2003 recente ontwikkelingen in het alcohol- en druggebruik onder 15-34-jarigen in het Haagse uitgaansleven. Ook gaan we in op thema's die in het onderzoek van 2003 voor het eerst aan bod kwamen en staan we uitgebreid stil bij de betekenis van de uitkomsten voor preventieactiviteiten. Voorafgaand herhalen we in kort bestek de doelstelling, aard en opzet van dit - unieke - Haagse onderzoek.

Doelstelling en onderzoeksopzet

Doel van de uitgaansmonitor is het opsporen en volgen van belangrijke invloeden en ontwikkelingen in het alcohol- en druggebruik onder uiteenlopende groepen jongeren in het Haagse uitgaanscircuit, met bijzondere aandacht voor Haagse jongeren. Herhaalde bestudering is van belang omdat het drank- en druggebruik onder uitgaande jongeren sterk onderhevig is aan modes. Door middel van een regelmatig uitgevoerde monitor kunnen incidenten beter worden beoordeeld en panieksignalen worden ontkracht. Trendmatige bestudering draagt ook bij aan het inzicht in kenmerkende verschuivingen in gedragsstijlen en gebruikspatronen onder uitgaande jongeren binnen de Haagse context.

Het Haagse uitgaansonderzoek richt zich op commerciële uitgaansgelegenheden, zoals dancings, discotheken, clubs en (grand)cafés, en op party's en festivals in Den Haag. Onderzoek naar de - ingewikkelde - samenhang tussen leefstijl, uitgaan en genotmiddelengebruik vraagt om een gecombineerde onderzoeks-



Het rapport '**Uit (je dak) in Den Haag, 2003: uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik**' kan worden besteld bij het secretariaat van de afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, email h.schreiner-heyne@ocw.denhaag.nl (€ 25,00 incl. verzendkosten).

aanpak. Daarom is in 2003, evenals in 2002, gekozen voor een combinatie van een kwantitatieve en kwalitatieve benadering. Deze 'methodenmix' bestaat uit vier onderdelen.

Over de auteurs: dr. Paul van Gelder, wetenschappelijk onderzoeker ten tijde van het onderzoek werkzaam bij het Parnassia Addiction Research Centre (PARC), Parnassia Verslavingszorg, Parnassia psycho-medisch centrum, Den Haag; Pascale Reinerie, preventiefunctionaris op de afdeling GGZ-preventie, Parnassia psycho-medisch centrum, Den Haag; Mark Smitz, preventiefunctionaris op de afdeling GGZ-preventie, Parnassia psycho-medisch centrum, Den Haag; Irene Burger, projectcoördinator, wetenschappelijk medewerker op de afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag; dr. Vincent Hendriks, projectleider, hoofd Parnassia Addiction Research Centre (PARC), Parnassia Verslavingszorg, Parnassia psycho-medisch centrum, Den Haag.

In de zomermaanden van 2003 werd op diverse uitgaanslokaties een *schriftelijke enquête* afgenomen onder jongeren in de leeftijd van 15-34 jaar, die regelmatig in Den Haag uitgaan. De enquête bevatte zeventien voorgecodeerde vragen over verschillende aspecten van uitgaan en genotmiddelengebruik. Van de 995 uitgezette enquêteformulieren kwamen 634 ingevulde formulieren terug (64% respons). Van deze 634 formulieren waren er 101 (16%) afkomstig van jongeren op danceparty's, 338 van jongeren op buitenfestivals (54%) en 187 van jongeren (29%) op een informatie-markt voor studenten. Ook 8 jongeren die binnenliepen op het kantoor van Parnassia Preventie vulden een vragenformulier in (1%). Van de 634 deelnemers bleken 34 jongeren niet regelmatig in Den Haag uit te gaan. Zij zijn niet meegenomen in de analyse van de gegevens.

In de nazomer van 2003 vond één serie *panelinterviews* plaats met 19 sleutelinformanten die - op grond van hun functie (bijvoorbeeld barkeeper) of uitgaansgedrag - goed zijn ingevoerd in een bepaald segment van het uitgaansleven. Deze 19 panelleden hadden samen zicht op 23 Haagse uitgaansscènes. Om vertekening door het onderling uitwisselen van informatie te voorkomen, wisten de panelleden niet wie er nog meer participeerden in het panel.

In het *veldonderzoek* - waarin ingespeeld werd op relevante uitgaanssituaties 'in de levende werkelijkheid' - verrichtten de onderzoekers participerende observaties in het Haagse uitgaansleven en werden aanvullende informele gesprekken gevoerd en interviews afgenomen met uitgaande jongeren en sleutelinformanten.

Omdat veel organisatiebureaus van party's en festivals zich ook met flyers presenteren op het internet, vond ten slotte een serie *searches op internet* plaats. Een waardevolle informatiebron over het uitgaansleven vormden ook de forums en gastenboeken van websites.

In 2003 is speciale aandacht besteed aan de thema's 'combineren van genotmiddelen tijdens het uitgaan' en 'uitgaan en het genotmiddelengebruik onder migrantenjongeren'.

Resultaten

Alcohol- en druggebruik in 2003

Ook in 2003 was onder de uitgaande jongeren *alcohol* het meest populair: afgaande op de antwoorden uit de enquête had 88% in de voorafgaande maand alcohol gedronken.

De meest populaire dranken waren volgens de panelleden bier, Smirnoff Ice en in mindere mate Breezers, wodka en rum - puur of als mixdrank - en rosé. Vol-

gens de panelleden leggen de recente sterke prijsverhogingen aan uitgaande jongeren steeds meer beperkingen op bij hun keuze van alcoholische dranken. Deze marktontwikkeling heeft geleid tot popularisering van de goedkopere dranksoorten, zoals bier. Een andere bezuinigingsstrategie van de jongeren is het thuis drinken van de meer prijzige dranksoorten, zoals wodka, zodat ze zich tijdens het uitgaan kunnen beperken tot de goedkopere dranken. Door de sterke prijsstijgingen in de horeca sinds de komst van de euro gaan uitgaande jongeren ook eerder over tot het thuis houden van preparty's of afterparty's. Het uitgaansonderzoek van 2003 leverde vooralsnog beperkt zicht op de aard en omvang van deze verschuiving naar thuisgebruik.

Hasj & weed kwam, evenals vorig jaar, in de schriftelijke enquête op de tweede plaats, met 37% 'afgelopen maand' gebruik.

Cannabis werd door uitgaanders vooral in coffeeshops aangeschaft. Daarnaast was er sprake van eigen teelt en het informele verspreidingscircuit er omheen.

In veel uitgaansgelegenheden is het blowen van cannabis niet toegestaan. Volgens de panelleden bleef het roken van cannabis meestal niet beperkt tot het uitgaanscircuit. Jongeren die op doordeweekse dagen blowen, doen dat gewoonlijk ook in het weekend tijdens het uitgaan. In het algemeen is het roken van cannabis minder sterk aan modetrends onderhevig dan het drinken van alcoholische dranken. Volgens veel Haagse panelleden hadden uitgaande jongeren een voorkeur voor weed boven hasj.

Van de illegale genotmiddelen stond *ecstasy* wederom op de eerste plaats: 17% van de jongeren had in de afgelopen maand ecstasy gebruikt en 24% in het afgelopen halfjaar. In totaal had 35% ooit ecstasy geslikt.

Afgaande op de panelleden was het gebruik van ecstasy volledig geaccepteerd in driekwart van de onderscheiden uitgaansscènes. Het gebruik van ecstasy heeft zich in de afgelopen jaren verspreid van dance- en houseparty's naar verschillende andere uitgaansscènes. Ecstasy is ook nog steeds populairder dan andere illegale genotmiddelen, zoals GHB. In tegenstelling tot de situatie in Amsterdam en Zaanstad, is dit middel in Den Haag niet populair. De panelleden verschilden nogal in hun schatting van de gebruikte doseringen ecstasy. In sommige uitgaansscènes gebruikte men per persoon veelal een halve tot twee pillen, elders ging het om drie tot vijf pillen op een avond of nacht. Al met al constateerden de panelleden in 2003 in brede zin een grotere acceptatie van ecstasygebruik tijdens het uitgaan.

Cocaïne (snuifcoke) was door 10% van de jongeren in de afgelopen maand gebruikt, door 14% in het laatste halfjaar en door 23% ooit in hun leven.

Veel panelleden benadrukten de populariteit van snuifcoke. Drie panelleden signaleerden een toename in het cocaïnegebruik binnen hun uitgaansscene en noemden het snuiven van cocaïne 'helemaal geaccepteerd'. Geen enkel panellid zag de populariteit van cocaïne in 2003 afnemen. Ten aanzien van cocaïne viel verder op dat veel panelleden al snel een vergelijking maakten met ecstasy. De meeste panelleden rapporteerden een dosis van een halve tot één gram per uitgaanssessie. Het gebruik van snuifcoke werd veelal geassocieerd met agressie. Daarnaast benadrukten enkele panelleden het risico van cocaïnegebruik voor de gezondheid. Ten slotte wezen de panelleden op de hogere aankooprij van cocaïne.

De overige genotmiddelen, waaronder GHB, speed (amfetamine), LSD, ketamine en paddo's, waren in het Haagse uitgaanscircuit aanzienlijk minder populair. Het gebruik van heroïne, methadon en basecoke ('crack') werd niet of nauwelijks gesignaleerd.

38% Van de jongeren die de enquête invulden had nooit hasj & weed, ecstasy en/of cocaïne gebruikt.

Het combineren van genotmiddelen tijdens het uitgaan

In het tweede onderzoeksjaar is uitgebreider ingegaan op het gebruik van meer dan één genotmiddel. Veel jongeren in het uitgaansleven bleken verschillende middelen in combinatie te gebruiken of in een bepaalde volgorde. Van grote invloed op de keuze van een bepaalde combinatie waren de voorkeuren van de jongere zelf en van diens uitgaansnetwerk. Ook de tijdsduur van een uitgaanssessie had invloed op de gekozen combinatie(s). Uit de interviews met de panelleden bleek dat de combinatie van alcohol en snuifcoke verreweg het meest - in 10 van de 23 uitgaansscenes - werd waargenomen.

'Uiteindelijk zie je door veel verschillende middelen met elkaar te combineren dat mensen toch op zoek zijn naar iets. Een soort evenwicht te creëren, een bepaalde staat te bereiken waarin het allemaal OK is. Als je dat heb bereikt hoef je ook niks meer. Op dat moment is alles in evenwicht. Je bent niet naar de klote, maar het is een bepaalde losheid waarin je lekker kan dansen, waarin je kunt lullen, waarin je overal in mee kunt gaan.'

De combinatie van alcohol en ecstasy en van ecstasy en cannabis werd in vijf uitgaansscenes waargenomen. Andere waargenomen combinaties waren alcohol + cannabis (vier scenes), alcohol, ecstasy + cannabis (drie scenes), en GHB + ecstasy (drie scenes).

Uit de panelinterviews kon een drietal combinatiestrategieën worden afgeleid. De eerste strategie betrof het optimaal bereiken van een ontspannen gevoel, roes of kick. Eén van de panelleden kenschetste in dit verband de 'volmaakte uitgaanssituatie' als een natuurlijke staat van evenwicht die jongeren door het combineren van genotmiddelen trachten te bereiken. Bij de tweede strategie ging het om het reguleren van het effect van een middel door er een ander middel aan toe te voegen. Een dergelijke regulering kan het versterken of verlengen van het effect van een genotmiddel beogen (bijvoorbeeld het snuiven van cocaïne om langer door te kunnen gaan met het drinken van alcohol), of het afzwakken van het effect (bijvoorbeeld het verminderen van het bewustheidsveranderende effect van ecstasy door het snuiven van cocaïne). De derde combinatiestrategie betrof het afwisselend gebruik van genotmiddelen met een vergelijkbare werking. Tot slot wezen enkele panelleden op de risico's of nadelen van sommige combinaties. Bij de combinatie van alcohol en snuifcoke werd in een aantal gevallen agressie geconstateerd.

Uitgaan en genotmiddelengebruik onder migrantenjongeren

In 2003 werd een voorzichtig begin gemaakt met een inventarisatie van het uitgaan en genotmiddelengebruik onder migrantenjongeren. De Haagse jongerenbevolking telt immers ongeveer evenveel Nederlandse als niet-Nederlandse jongeren. Vanwege de relatief kleine omvang van de deelgroepen migrantenjongeren in de enquête, werden de resultaten van de enquêterondes bij wijze van proef in 2002 en 2003 samengevoegd. Van de genotmiddelen waarover in de enquête vragen werden gesteld, verschilde alleen bij alcohol het actuele gebruik tussen de Nederlandse (92%) en niet-Nederlandse jongeren (78%). Het gebruik van cannabis, ecstasy en cocaïne gedurende de afgelopen maand lag in beide groepen op een vergelijkbaar niveau (cannabis: 39%; ecstasy: 18-20%; cocaïne: 11-12%).

Op grond van het veldonderzoek en de panelinterviews werden enkele uitgaansscenes waar veel groep(en) migrantenjongeren komen nader bekeken.

De hiphop/R&B uitgaansscene

Hiphop is ontstaan als muzikale kruisbestuiving en diepgeworteld in de Afro-Amerikaanse muziektraditie. In twintig jaar tijd is hiphop ook in Nederland uitgegroeid tot een toonaangevend muziekgenre. Van de muziekgenres bleken hiphop en R&B in het algemeen het meest populair onder de uitgaande migrantenjongeren. Uit de enquête over 2002/2003 kwam naar voren dat hiphop/R&B vooral populair was onder de Marokkanen (52%) en Afro-Surinamers (42%). Tijdens bezoeken aan party's en een buitenfestival in de hiphop/R&B uitgaansscene liepen de schattingen van Afro-Caraïbische (Afro-Surinaamse en Antilliaanse) jongeren uiteen van 15 tot 50%. In alle gevallen waren er uit deze groep migrantenjongeren meer mannen dan vrouwen aanwezig.

Op grond van de enquêteresultaten bleek de omvang van het (recent) gebruik van alcohol onder de hiphopfans wat lager (75%) dan in de groep liefhebbers van pop en dance. De omvang van het cannabisgebruik bleek juist wat hoger (48%). Bij het recente gebruik van ecstasy (11%) en cocaïne (8%) namen de hiphopfans een tussenpositie in: popfans gebruikten minder, dancefans meer.

Op bijna alle hiphop/R&B party's die in het uitgaansonderzoek bezocht werden, werd bier veruit het meest gedronken, maar ook Breezers, Smirnoff Ice en whisky waren populair. Van het draaien van een blowtje werd in deze uitgaanskringen geen probleem gemaakt. De onderzoekers namen tijdens hun bezoeken geen gebruik van andere genotmiddelen waar.

De 'tropisch' georiënteerde Afro-Caraïbische uitgaansscene

Behalve in de hiphop/R&B uitgaansscene waren Afro-Caraïbische jongeren present in diverse andere scenes. De 'tropisch' georiënteerde Afro-Caraïbische scene bestaat in Den Haag uit enkele clubs/discotheken/danscafés, en een aantal (stam)cafés en vaste bars. In deze uitgaansscene is de heimwee naar de tropen goed te horen. Whisky is vanouds de favoriete alcoholische drank in de barcultuur, maar ook rum en bier zijn populair. Ook in deze uitgaansscene was het aandeel mannen beduidend hoger dan het aandeel vrouwen.

De Hindostaanse uitgaansscene

Het Hindostaanse uitgaansaanbod in Den Haag bestaat uit Hindostaanse party's in clubs/discotheken, (Hindostaanse) feestzalen en partycentra, Hindostaanse cafés en bars, clubs/discotheken en koffiehuisen. Het drinken van alcohol is binnen de Hindoe-

gemeenschap algemeen geaccepteerd, behalve onder Hindostaanse moslims.

Onder de Hindostaanse deelnemers aan de enquête bleek het drinken van alcohol met 80% het meest verbreid. Ook het roken van hasj & weed kwam regelmatig voor (30%), maar op dit gebruik rust in de Hindostaanse gemeenschap wel een taboe. Het slikken van ecstasy (8%) en snuiven van cocaïne (5%) bleef op grond van de enquêteuitslagen beperkt tot een relatief kleine groep. Tijdens veldbezoeken aan Hindostaanse party's werd het gebruik van andere genotmiddelen dan alcohol slechts beperkt waargenomen.

De Marokkaanse uitgaansscene

Uitgaande Marokkaanse jongeren die in Nederland opgroeien, gaan het meest naar cafés/bars of anders coffeeshops en in het weekend naar clubs/discotheken. Daarnaast zijn er in Den Haag koffiehuisen, coffeshops, alsmede cafés en bars waarvan Marokkanen of Noord-Afrikanen eigenaar zijn. De meeste uitgaande Marokkaanse jongeren in Den Haag werden gesignaleerd onder de Marokkaanse wannabe's (50%) en in de urbanscene (15%).

Van de Marokkaanse jongeren die deelnamen aan de enquête had 48% in de afgelopen maand alcohol gedronken (versus 92% van de Nederlandse jongeren), 33% had cannabis gebruikt, 7% ecstasy en 0% cocaïne. In de Marokkaanse/Noord-Afrikaanse cafés/bars die in Den Haag bezocht werden, bleek bier het meest populair. Ook Breezers waren in trek. Het bestellen van sterkere dranken, zoals whisky, was weinig gebruikelijk. Op enkele Marokkaanse party's werd geen alcohol geschonken, maar was het roken van hasj & weed wel toegestaan.

De Turkse/Koerdische uitgaansscene

Turkse en Koerdische jongeren die in Nederland zijn geboren en opgegroeid gingen voor een belangrijk deel uit in discotheken en via party-organisatiebureaus naar feesten. In het uitgaansleven werden verhoudingsgewijs de meeste Turkse en Koerdische jongeren waargenomen in de Marokkaanse 'wannabe's' scene (20%) en de dancescene (15%).

Uit het veldonderzoek en enkele interviews konden we afleiden dat het drinken van alcohol, zeker in Westers georiënteerde kringen, breed is geaccepteerd, maar dat op het roken van cannabis een zeker taboe rust.

Aanbevelingen voor preventie

Preventie van de risicovolle gevolgen van alcohol- en druggebruik vraagt om intensief contact met de doel-

groep. Het onderzoek 'Uit (je dak) in Den Haag' is hiertoe één van de instrumenten. Meer dan een landelijke monitor - waarin verschillen tussen steden veelal onvoldoende worden belicht - vormt het Haagse uitgaansonderzoek voor de preventieafdelingen van Parnassia en de GGD in Den Haag een belangrijk aanknopingspunt voor interventies gericht op alcohol- en druggebruikers in het uitgaansleven (en op scholen). Op grond van de in dit rapport geschetste ontwikkelingen in het Haagse uitgaansleven doet het onderzoeksrapport een aantal aanbevelingen voor preventie.



De normalisering van druggebruik in het uitgaansleven

Naast alcohol is het gebruik van drugs binnen het uitgaansleven in de afgelopen jaren ontegenzeggelijk steeds 'normaler' geworden. Hoewel uitgaande jongeren lang niet al het druggebruik moreel goedkeuren, zijn zij het betrekkelijk normaal gaan vinden dat er tijdens het uitgaan drugs worden gebruikt.

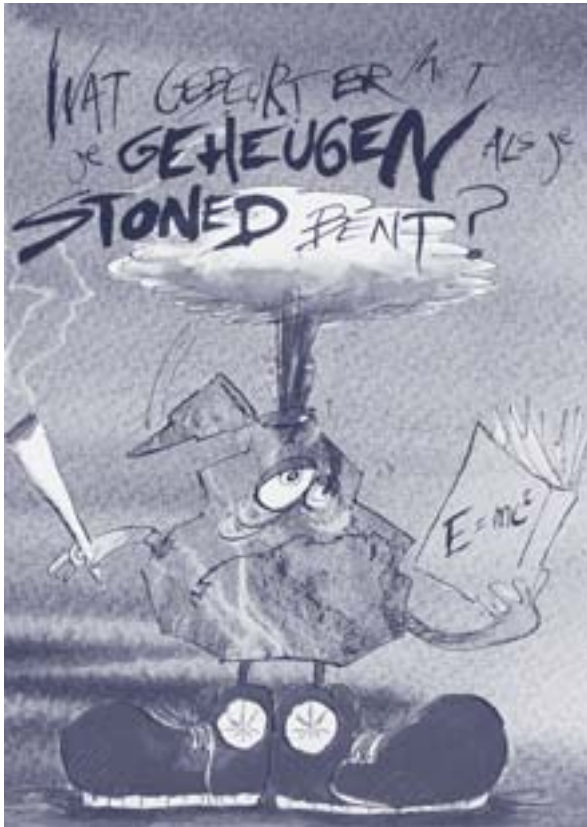
Het preventiewerk was de afgelopen jaren via o.a. voorlichtingen, trainingen en cursussen gericht op het creëren van openheid over het thema 'drugs'. Door het verstrekken van objectieve informatie en door het

vergroten van de kennis over drugs en druggebruik is getracht het risicovol gebruik van middelen zo veel mogelijk te verminderen. Uit de panelinterviews kwam naar voren dat velen het goed en prettig vinden dat er in Nederland vrij open over alcohol en drugs kan worden gepraat. In aansluiting hierop is het belangrijk in de voorlichting, training en het cursus-aanbod - naast kennisvermeerdering - aandacht te besteden aan de waarden en normen die jongeren hanteren met betrekking tot het gebruik van alcohol en drugs. Wat is de rol van het middelengebruik in hun leven en in de samenleving? Wat voor plezier of kick halen jongeren uit deze middelen? Waarom staan sommige jongeren afwijzend tegenover het gebruik van genotmiddelen en anderen niet? Deze vragen vereisen inzicht in de beleving van jongeren en in hun gedachtewereld. In gesprek met bijvoorbeeld focusgroepen van jongeren kan hierover meer duidelijkheid worden verkregen.

Accentverschuivingen in de voorlichting rond specifieke genotmiddelen

De meeste aandacht in het uitgaansleven gaat uit naar druggebruik, terwijl alcohol onder uitgaande jongeren nog altijd genotmiddel nummer één is! Het wordt vaak en veel gedronken. Veel jongeren (en ouderen) beschouwen alcohol nog steeds als een onschuldig middel. Dit zal mede komen doordat blijvende schade van overmatig alcoholgebruik zich pas na een aantal jaren stevig drinken manifesteert. De preventie zal wegen moeten vinden om de risico's van overmatig alcoholgebruik beter over te brengen. Vooral door middel van de 'peer education'-methodiek zullen de risico's van alcohol en de combinatie van alcohol met andere genotmiddelen centraler moeten staan in de preventie-inspanningen. Ook in de trainingen voor eerste hulp bij drugsincidenten in het uitgaanscircuit (EHBD-u) zal het bereiken van fors drinkende jongeren een centralere plaats moeten innemen.

De preventieactiviteiten in het Haagse uitgaansleven waren de afgelopen jaren sterk gericht op ecstasy. Ecstasy was betrekkelijk nieuw, het gebruik nam aanzienlijk toe en de angst voor de korte en lange termijn effecten was in sommige bevolkingsgroepen groot. Hoewel ecstasy nog steeds razend populair is onder uitgaande jongeren, lijkt zich de afgelopen jaren een stabilisatie in het ecstasygebruik voor te doen. Hiertegenover staat een bredere acceptatie onder uitgaande jongeren van cocaïnegebruik. In sommige kringen in het uitgaansleven kan wellicht worden gesproken van een zekere normalisering van cocaïne-



gebruik. In tegenstelling tot ecstasy is cocaïne echter een middel met een hoog 'verslavingspotentieel'. Ook kan cocaïnegebruik gepaard gaan met grote medische en psychosociale gezondheidsrisico's en financiële schade.

Voor de preventie betekent het dat er in de contacten met uitgaande jongeren en 'intermediaren' meer aandacht moet worden besteed aan de risico's van cocaïnegebruik, zonder de risico's van ecstasygebruik uit het oog te verliezen. Aanknopingspunten hiervoor zijn o.a. de reeds bestaande contacten van 'peer education'-teams met uitgaande jongeren, de informatie verkregen via het testen van pillen en het gegeven dat cocaïne door veel jongeren méér dan ecstasy als een harddrug wordt beschouwd. Omdat het gebruiken van cocaïne voor veel jongeren nog steeds een gevoelig onderwerp is, zal de preventie wegen moeten vinden om het gebruik van cocaïne met jongeren bespreekbaar te maken. In aansluiting hierop verdient het aanbeveling specifieke flyers te ontwikkelen over de risico's van cocaïne en over het combineren van cocaïne met alcohol.

Gecombineerd gebruik van genotmiddelen

De afgelopen jaren is het gecombineerd gebruik van genotmiddelen in het uitgaansleven sterk toegenomen. Op het niveau van de subjectieve beleving kunnen gecombineerde middelen een 'additief effect' sorteren ($1+1=2$), een wederzijds versterkend effect ($1+1=5$) of een concurrerend effect ($1+1=?$). In preventie-activiteiten moet speciale aandacht komen voor dit gecombineerd gebruik. Helaas is over de lichamelijke (waaronder neurologische) en psychische effecten van gecombineerd gebruik op de korte en lange termijn nog maar weinig bekend. Naast farmacologisch onderzoek naar gecombineerd middelengebruik verdient het aanbeveling onderzoek uit te voeren in de 'natuurlijke setting', om ook relevante subjectieve informatie te verkrijgen en een directe relatie te kunnen leggen met het geven van gezondheidsbevorderende boodschappen.

Voorlichting over risico's

De preventie verkeert in een dilemma bij het geven van voorlichting over risico's van alcohol en drugs. Over 'veilige' doseringen is bij de meeste drugs nog onvoldoende bekend en vaak spreken wetenschappers elkaar tegen. Op grond hiervan zou de boodschap bij verschillende middelen moeten zijn, dat je niet moet gebruiken, dan loop je ook geen risico. De werkelijkheid is echter dat veel jongeren wél gekozen hebben één of meer genotmiddelen te gebruiken, zodat wie hen wil bereiken niet kan volstaan met deze boodschap. Risicobeperkende adviezen, in termen van voorbereiding op het gebruik van een genotmiddel, dosering en de afloop van het gebruik van een genotmiddel, zijn daarom uitermate relevant. Over sommige middelen zijn enige onderzoeksgegevens voorhanden met betrekking tot de dosering waarbij eventuele schade beperkt kan worden. Bij ecstasy, bijvoorbeeld, wordt gewaarschuwd het gebruik ten minste te beperken tot 1-1,5 mg/kg lichaamsgewicht per 'gebruikssessie' en de frequentie van het gebruik te beperken tot maximaal één keer in de zes weken.

De verbreding en verplaatsing van het genotmiddelengebruik

Uit het uitgaansonderzoek is gebleken dat de momenten vóór en na het uitgaan steeds belangrijker zijn geworden. Deze pre- en afterparty's zijn ontstaan vanuit zowel een economisch motief als om reden van gezelligheid. Met deze verschuiving naar het privédoorn is het voor de preventie lastiger geworden zicht te houden op het genotmiddelengebruik van uitgaande jongeren. Aanbevolen wordt in preventiecon-

tacten met jongeren het vóórkomen van pre- en after-party's te monitoren en gericht onderzoek uit te voeren naar dit fenomeen. Op grond van resultaten uit dergelijk onderzoek zullen (aangepaste) preventieve interventies ontwikkeld moeten worden.

Een tweede aandachtspunt betreft de toename en verbreding van het genotmiddelengebruik op (pop)festivals. Terwijl in de afgelopen jaren veel preventieactiviteiten werden uitgevoerd in de dance scene, is - ondanks het grote aanbod van (pop)festivals in de regio Den Haag - relatief weinig aandacht besteed aan het geven van voorlichting over alcohol en drugs op festivals. Gelet op de geschetste ontwikkeling lijkt het raadzaam de bestaande 'peer education'-teams uitgebreider dan tot op heden het geval was in te zetten op (pop)festivals.

Psychosociale problemen onder uitgaande jongeren

Het merendeel van de uitgaande jongeren beperkt zich tot matig en recreatief genotmiddelengebruik, maar met de algemene toename van het gebruik onder uitgaande jongeren kunnen we ervan uitgaan dat bepaalde deelgroepen jongeren in toenemende mate psychosociale problemen zullen ervaren. Dergelijke problemen worden vaak eerder onderkend door personen in de omgeving dan door de betrokkene zelf (4). Ook wachten jongeren die door het gebruik van genotmiddelen in de problemen zijn gekomen, doorgaans lang voordat ze hulp zoeken. De drempel naar

de hulpverlening is voor veel jongeren erg hoog. Het verdient daarom aanbeveling dat de preventie zich intensiever richt op vroegsignalering van problematisch genotmiddelengebruik en verbeterde toeleiding naar de (laagdrempelige) zorg.

Sociale controle en zelfregulering

Uit de panelinterviews in dit onderzoek kwam naar voren dat er in de meeste vriendengroepen van uitgaande jongeren goed op elkaar wordt gelet. Jongeren die te ver gingen met hun middelengebruik werden daar doorgaans op aangesproken door hun 'peers'. Diverse panelleden wezen op het belang van sociale controle bij de regulering van het genotmiddelengebruik in groepen uitgaande jongeren. De beste vorm van controle is immers zelfregulering. Het verdient aanbeveling te inventariseren in hoeverre zelfreguleringsmechanismen binnen groepen uitgaande jongeren aanknopingspunten bieden. Specifiek zou onderzocht kunnen worden in hoeverre een schijnbaar autonoom proces als zelfregulering extern kan worden beïnvloed.

Tot slot. Het is een illusie te verwachten dat via preventie (als ook via regelgeving) bereikt kan worden dat het (risicovol) gebruik van de psycho-actieve stoffen als alcohol en drugs volledig uit het uitgaansleven verdwijnt. Deze middelen zullen onderdeel blijven uitmaken van de werkelijkheid van jongeren, ook al gebruiken ze zelf niet. Het aanreiken van eerlijke en

Overzicht genotmiddelen

Verdovend	Stimulerend	Bewustzijnsveranderend
Alcohol	Speed (amfetamine)	MDMA (XTC)
Cannabis (hasj en weed)	Methamfetamine	MDA
GHB	Ritalin	LSD
Kava Kava	MDMA (XTC)	Paddo's
Ketamine	MDEA	Cactussen
Lachgas	MDA	Cannabis (Hasj en weed)
Snuifmiddelen	4-MTA	Salvia
Opiaten:	∂MBMA	Mescaline
- Heroïne	Cocaïne:	Ketamine
- Morfine	- Snuifcocaïne	2-C-B
- Methadon	- Basecocaïne	2-CT-7
- Codeïne	- Crack	DOB
Slaap- en kalmeringsmiddelen:	Efedrine	DMT (Yopo)
- Valium	Ephedra, Ma Huang	DXM
- Librium	Herbal XTC	Snuifmiddelen (afhankelijk van de dosis)
- Tranxène	Cafeïne	
- Alprazolam	Anti-depressiva	

juiste informatie afgestemd op actuele situaties, trends en verschuivingen blijft daarom van belang. Daarnaast is er veel aan gelegen wegen te bewandelen - via de sociale omgeving - die jongeren leren met risicovolle situaties om te gaan.

Literatuur:

1. Gelder P van, Reinerie P, Smits M, Burger I en Hendriks VM. Uit (je dak) in Den Haag, 2003 uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik. Parnassia, psycho-medisch centrum en GGD Den Haag. Gemeente Den Haag, oktober 2004.
2. Gelder P van, Reinerie P en Burger I. Uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik in Den Haag (I). Epidemiologisch Bulletin 2003; 38 nr. 2: 2-13.
3. Gelder P van, Reinerie P en Burger I. Uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik in Den Haag (II): gebruik in een sociale omgeving. Epidemiologisch Bulletin 2003; 38 nr. 3: 2-11.
4. Burger I, Helsen MJE. Alcohol- en druggebruik en problematisch gedrag bij jongeren in de hulpverlening. Onderzoekscommissie Monitoring & Registratie verslavingsproblematiek. Den Haag, januari 2004.

Vitamine D-tekort bij zwangere vrouwen: gegevens van een verloskundigenpraktijk uit Den Haag

N.S. Karamali, I.M. van der Meer, J.D. Wuister, I. Verhoeven

Vitamine D is vooral bekend in verband met de botproblemen die het gevolg kunnen zijn van een tekort aan deze vitamine. Bij kinderen leidt zo'n tekort tot misvormingen van de botten (Engelse ziekte of rachitis), bij volwassenen tot week worden van het bot (osteomalacie).

Het onderzoek naar het voorkomen van vitamine D-tekort in Nederland heeft lange tijd op een laag pitje gestaan, omdat als gevolg van het slikken van levertraan rachitis na de Tweede Wereldoorlog nauwelijks meer voorkwam. In de jaren '70 was er weer een stijging van het aantal gevallen onder jonge kinderen uit immigrantengezinnen (1), maar na een grootschalige antirachitiscampagne leek het erop dat vitamine D-tekort (bij kinderen) 'uitgeroeid' was. Pas de laatste jaren staat vitamine D-tekort (bij volwassenen) weer volop in de belangstelling en dan vooral vitamine D-tekort onder niet-westerse allochtone vrouwen (2). Hierbij gaat het niet per se om patiënten met osteomalacie; inmiddels worden ook spierklachten (spierpijn, spierzwakte) in verband gebracht met een vitamine D-tekort. Bij een onderzoek in 2002 naar vitamine D-tekort onder 51 ogenschijnlijk gezonde Turkse vrouwen bleek 82% een tekort te hebben (3). Bij een onderzoek naar vitamine D-tekort in de Haagse Schilderswijk, eveneens in 2002, werd eenzelfde hoge prevalentie gevonden (2). Op dit moment doet de GGD Den Haag, in samenwerking met onder andere de Vrije Universiteit, een grootschalig onderzoek naar de prevalentie en determinanten van vitamine D-tekort onder niet-westerse allochtone mannen en vrouwen. Met dit onderzoek hoopt men tevens meer inzicht te krijgen in de betekenis van vitamine D-tekort voor verschillende etnische groepen. De norm voor een vitamine D-tekort is immers misschien niet voor alle groepen gelijk. Overigens, in dit artikel zal aan dergelijke onzekerheden moeten worden voorbijgegaan.

Onderstaand artikel gaat over het belang van vitamine D tijdens de zwangerschap. Het presenteert recente gegevens over het voorkomen van vitamine D-tekort bij zwangere vrouwen.

Vitamine D

Vitamine D wordt aangemaakt in de huid onder invloed van zonlicht. Deze aanmaak is onder andere afhankelijk van de blootstellingsduur, de blootgestelde huidoppervlakte en het seizoen. Daarnaast zit er in bepaalde voedingsmiddelen (zoals vette vissoorten) vitamine D en is vitamine D in Nederland toegevoegd aan margarine, halvarine en bak- en braadproducten. Vitamine D is belangrijk voor de opname van calcium en fosfaat uit de darmen en speelt daarom een belangrijke rol bij de opbouw van botten en tanden. Zoals gezegd wordt vitamine D ook in verband gebracht met de spierfunctie. In de literatuur wordt een vitamine D-tekort voorts geassocieerd met aandoeningen als diabetes en verschillende soorten kanker (4)(5)(6).

Vitamine D en zwangere vrouwen

Vitamine D is dus van belang voor zowel jong als oud. Ook voor zwangere vrouwen is vitamine D belangrijk. Voor de gezondheid van de zwangere vrouw, maar ook voor de ontwikkeling van de foetus en de gezondheid van het kind op latere leeftijd. Het is nog onduidelijk welk effect een vitamine D-tekort precies heeft, maar er zijn in de literatuur wel aanwijzingen dat blootstelling aan een dergelijk tekort tijdens het foetale leven een nadelig effect kan hebben op de gezondheid van de baby. Zo wordt in een Amerikaans overzichtartikel beschreven dat er een verband is gevonden tussen vitamine D-tekort en een verlaagde foetale groei (laag geboortegewicht), vertraagde botvorming, tandglazuur hypoplasie en verstoring in de calciumregulatie na de geboorte (5). Dit zijn effecten die waarneembaar

Over de auteurs: mw. drs. N.S. Karamali, ten tijde van het onderzoek student Biomedische Wetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam; mw. ir. I.M. van der Meer, epidemioloog, afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn; dhr. J.D. Wuister, huisarts in gezondheidscentrum De Rubenshoek te Den Haag; mw. I. Verhoeven, verloskundige bij verloskundigenpraktijk 'Femme'.

kunnen zijn op de korte termijn. Er zijn ook veronderstelde effecten op de langere termijn. Zo wordt in de literatuur gesuggereerd dat een lage pre- en perinatale vitamine D-spiegel invloed heeft op diverse weefsels, waardoor het kind mogelijk een -verhoogd risico heeft op het ontwikkelen van verschillende aandoeningen, zoals osteoporose, MS, borstkanker, prostaatkanker, colonkanker, diabetes type 1 en schizofrenie (6). Verder wordt een lage prenatale vitamine D-concentratie ook in verband gebracht met syndroom 'X' (insulineresistentie, hyperlipidaemia, hoge bloeddruk, overgewicht en een verhoogd risico op diabetes type 2) (7). De kans dat een vitamine D-tekort bij zwangere vrouwen veroorzaakt wordt door de zwangerschap wordt gering geacht (8): een zwangere vrouw met een vitamine D-tekort had dit waarschijnlijk al voordat zij zwanger werd.

Aanleiding onderzoek

In 2002 werd in het Epidemiologisch Bulletin verslag gedaan van de herontdekking van vitamine D-tekort in de Schilderswijk. In het onderzoek dat leidde tot deze ontdekking werd het vitamine D-gehalte bepaald van niet-westerse allochtone vrouwelijke patiënten met klachten (spierklachten of algehele malaise) en van vrouwen die om een andere reden bloed moesten laten prikken. Uit de resultaten bleek dat 82% van de onderzochte vrouwen een vitamine D-tekort (<25 nmol/l)¹ had en bijna de helft (48%) had zelfs een ernstig vitamine D-tekort ($<12,5$ nmol/l). Deze resultaten vormden een duidelijk signaal dat vitamine D-tekort veelvuldig voorkwam in de Schilderswijk onder niet-westerse allochtone vrouwen (2). Naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek besloten de verloskundigen van de verloskundigenpraktijk Femme om de vitamine D-status te bepalen van de zwangere vrouwen in hun praktijk tijdens het bloedonderzoek in de twaalfde week van de zwangerschap. Deze verloskundigenpraktijk is gevestigd in het centrum van Den Haag en heeft een gemengde clientèle, zij het dat de meerderheid wordt gevormd door allochtone vrouwen uit achterstandswijken. Vanaf half 2002 tot en met maart 2004 werden 1129 vrouwen ingeschreven bij de praktijk voor prenatale en/of natale zorg.

De gevonden vitamine D-concentraties (en verscheidene andere gegevens) zijn door de verloskundigenpraktijk beschikbaar gesteld aan de GGD, die ze in het voorjaar van 2004 heeft verzameld en geanalyseerd. Door deze procedure kent het onderzoek wel

enkele beperkingen. Zo kennen we niet de kenmerken van de totale cliëntenpopulatie. Desondanks heeft de analyse waardevolle informatie opgeleverd, die de moeite waard is om onder de aandacht te brengen.

Onderzoekspopulatie

Van de 1129 vrouwen die tijdens de onderzoeksperiode ingeschreven waren in de praktijk is bij 426 de vitamine D-status niet bepaald, omdat zij bij het eerste consult het routinebloedonderzoek al hadden doorlopen, of omdat zij met drie maanden al waren uitgeschreven uit de praktijk. Dit laatste kan komen doordat bijvoorbeeld de vrouw was verhuisd, een miskraam had gehad of was doorverwezen naar de gynaecoloog. Bij vrouwen die niet verzekerd waren is de bepaling niet uitgevoerd vanwege de kosten.

Van 344 vrouwen is niet bekend waarom de vitamine D-status niet is bepaald. Uiteindelijk bleek de vitamine D-status van 359 vrouwen bekend te zijn: dit is 32% van het totale aantal bij de praktijk ingeschreven vrouwen in de onderzoeksperiode. Als de 426 vrouwen, van wie bekend is waarom geen vitamine D is bepaald, buiten beschouwing worden gelaten, is er sprake van een dekkingspercentage van 51 % ($359/(344+359)$). Van de 359 vrouwen waren er 205 al bevallen aan het eind van de onderzoeksperiode. Bij de overige 154 vrouwen waren wel prenatale controles gedaan, maar zij waren nog niet bevallen, of niet bij deze verloskundigenpraktijk bevallen. Van deze vrouwen is de vitamine D-status wel bekend.

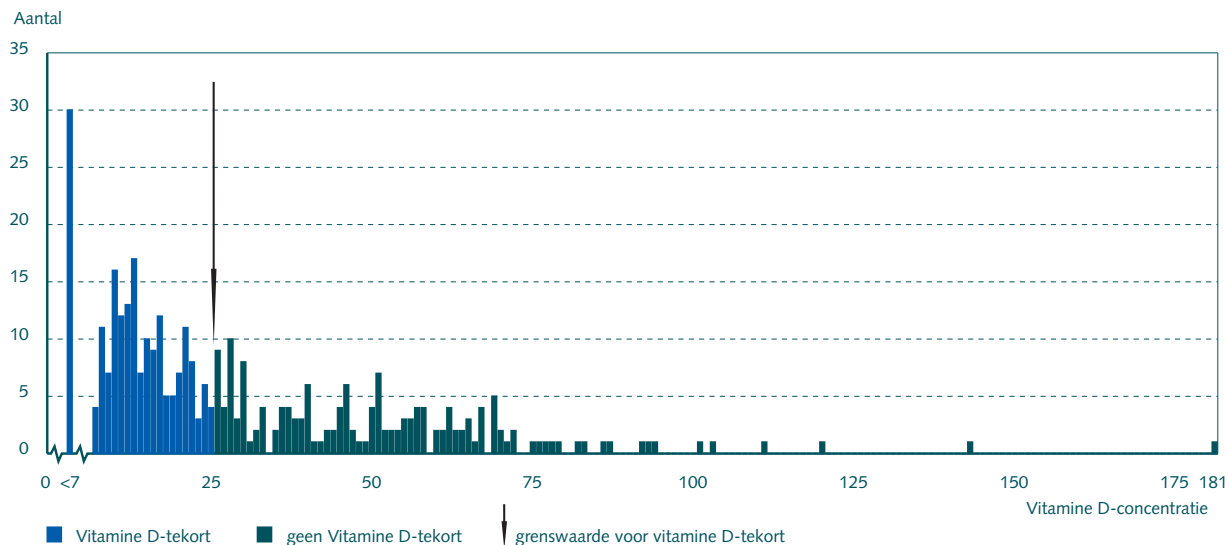
Deze 359 vrouwen hadden een uiteenlopende etnische achtergrond. Het grootste gedeelte van de populatie bestond uit Nederlandse (24,8%), Turkse (22,0%) en Marokkaanse (19,2%) vrouwen. Hierna volgden de Hindostaanse (10,3%), Afrikaanse (6,7%), Aziatische/Midden-Oosten (6,4%) en Creoolse vrouwen (5,8%). De 'andere Europese' vrouwen waren met 4,5% vertegenwoordigd. Van één vrouw was de nationaliteit onbekend. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen was 26,8 jaar en het grootste gedeelte van de vrouwen (76%) was afkomstig uit wijken met een (zeer) lage sociaal economische status. Gemiddeld genomen was dit hun tweede zwangerschap.

Resultaten: vitamine D

In figuur 1 is weergegeven hoe de verdeling van de vitamine D-concentraties onder de zwangere vrouwen was: de vitamine D-status van de 359 vrouwen varieerde van minder dan 7 tot 181 nmol/l. Waarden

¹ nmol = nanomol, dit is 10^{-9} mol

Figuur 1: Vitamine D-concentraties van zwangere vrouwen bij verloskundigenpraktijk 'Femme'.



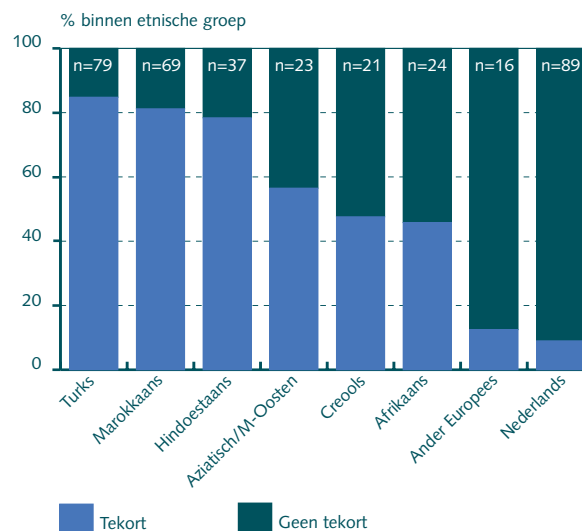
onder de 7 nmol/l zijn niet detecteerbaar en zijn om deze reden in één categorie geplaatst. De gemiddelde vitamine D-concentratie was 30,6 nmol/l, wat niet veel hoger ligt dan de grens voor een tekort (≤ 25 nmol/l). 55% Van de vrouwen bleek een tekort te hebben. Minder dan de helft (45%) van de onderzochte vrouwen had dus een normale vitamine D-status. Hier moet wel bij vermeld worden dat er geen consensus is over de ondergrenswaarde. In sommige onderzoeken worden lagere waarden van bijvoorbeeld 20 nmol/l gehanteerd. De Gezondheidsraad gaat uit van een hogere ondergrenswaarde van 30 nmol/l (7). Wordt deze waarde gehanteerd, dan had 62% van de vrouwen een tekort. Zoals eerder aangegeven is er ook geen volstrekte duidelijkheid over de grenswaarden van niet-Kaukasische bevolkingsgroepen.

Overige resultaten

Uit de analyse van de gegevens bleek dat er een sterk verband was tussen vitamine D-tekort en de etniciteit. Vitamine D-tekort werd overwegend gevonden bij de niet-westerse allochtone vrouwen, bij deze groep was de gemiddelde vitamine D-concentratie ook veel lager. Van de Turkse, Marokkaanse en Hindostaanse vrouwen had ongeveer 80% een vitamine D-tekort tegenover ongeveer 10% van de Nederlandse en andere Europese vrouwen (zie figuur 2). De variabelen 'leeftijd' en 'sociaal-economische status' hadden, na correctie voor verschillen in etniciteit, geen -statistisch significante- invloed. Tussen de datum van bloedafname en vitamine D-tekort werd eveneens een relatie gevonden, hoewel de sterkte van deze relatie beduidend minder was dan de relatie tussen vitamine

D-tekort en etniciteit. De datum van bloedafname is belangrijk omdat er in Nederland in de periode oktober tot en met maart vrijwel geen aanmaak van vitamine D plaatsvindt in de huid. Verwacht kan dus worden dat de gemiddelde vitamine D-concentratie het hoogst is in de zomer en de herfst en de prevalentie van vitamine D-tekort in deze twee seizoenen het laagst. Zo'n seizoenseffect werd echter alleen waargenomen bij de Aziatische/Midden-Oosten vrouwen. In de paragraaf 'Vitamine D en zwangere vrouwen' werd beschreven welke korte- en langetermijneffecten van vitamine D-tekort tijdens de zwangerschap bekend zijn of worden vermoed. Uiteraard konden in

Figuur 2: Prevalentie van vitamine D-tekort onder de verschillende etnische groepen.



dit onderzoek evenmin langetermijneffecten worden vastgesteld. Voorts werden de vrouwen bij wie de verloskundige in de twaalfde zwangerschapsweek een vitamine D-tekort vaststelde, hiervoor in het algemeen behandeld. Daardoor is het enige effect dat wij hebben kunnen nagaan het eventuele effect op de korte termijn van een tekort gedurende de eerste drie maanden van de zwangerschap bij die vrouwen die aan het eind van de onderzoeksperiode bevallen waren (n=125). In dit verband waren beschikbaar de zwangerschapsduur, het geboortegewicht en de APGAR-score. In dit onderzoek bleek een vitamine D-tekort in de eerste drie maanden van de zwangerschap geen invloed te hebben op deze uitkomsten.

Hoge prevalentie onder niet-westerse allochtone vrouwen

Het hierboven beschreven onderzoek laat soortgelijke uitkomsten zien als het eerder genoemde onderzoek uit de Schilderswijk (2). Ook in dit onderzoek bleek de prevalentie van vitamine D-tekort onder de onderzochte niet-westerse allochtone vrouwen hoog. In de literatuur wordt het voorkomen van vitamine D-tekort onder niet-westerse allochtonen vaak beschreven en hier worden verschillende verklaringen voor gegeven. Sociaal-culturele factoren lijken een rol te spelen. Te denken valt aan het dragen van bedekkende kleding, waardoor de vitamine D-productie in de huid grotendeels belemmerd wordt. Ook het mijden van zonlicht (9) en onvoldoende inname van vitamine D en calcium via de voeding zijn sociaal-culturele factoren die een rol kunnen spelen bij de hoge prevalentie van vitamine D-tekort onder niet-westerse allochtone vrouwen (10). Verder spelen bepaalde biologische factoren, zoals de huidskleur een rol. Mensen met een donkere huidskleur kunnen in principe voldoende vitamine D aanmaken in de huid, maar hebben hiervoor wel een langere blootstellingsduur of een hogere intensiteit van de straling nodig dan mensen met een lichte huidskleur (10). Een combinatie van bovengenoemde factoren (wat voorkomt bij sommige etnische minderheidsgroepen) is uiteraard nog ongunstiger voor de vitamine D-status.

En nu?

Het feit dat vitamine D-tekort op grote schaal voorkomt onder (bepaalde groepen) zwangere vrouwen, vraagt de aandacht. Op dit moment is het niet duidelijk of het voor zwangere vrouwen zinvol is om extra

vitamine D in te nemen. De Gezondheidsraad en het Voedingscentrum raden dit wel aan, omdat zij het aannemelijk vinden dat zwangerschap de behoefte aan vitamine D verhoogt. Om te bereiken dat de aanstaande moeder voldoende calcium op kan nemen, lijkt extra vitamine D nodig. Zij geven toe dat de hiervoor beschikbare gegevens beperkt zijn en dat zij dit advies zekerheidshalve geven, omdat het gaat om de belangen van zowel moeder als kind (8). De vier beroepsverenigingen die betrokken zijn bij het opstellen van richtlijnen voor perinatale zorg (KNOV, LHV, NHG en NVOG)² trekken dit advies echter in twijfel om drie redenen:

- Uit het rapport van de Gezondheidsraad wordt niet duidelijk of en in welke mate er tijdens de zwangerschap een verhoogde behoefte aan vitamine D ontstaat.
- Er is onduidelijkheid over de afwijkingen die men wil voorkomen met de suppletie.
- Er zijn geen eenduidige resultaten over de relatie tussen vitamine D-inname door de moeder en calcidiol-, parathormoon-, calcium- en fosfaat-spiegels bij het kind.

Hun conclusie luidt als volgt: 'Al met al menen wij dat het nut en het gebruik van extra vitamine D door zwangeren en zogenden die met zekere regelmaat met tenminste het gezicht en de handen onbedekt in de buitenlucht vertoeven, onvoldoende is aangetoond en dat gebruik van extra vitamine D voor hen niet noodzakelijk is' (12).

Dit artikel geeft meer inzicht in het voorkomen van vitamine D-tekort onder zwangere niet-westerse allochtone vrouwen. Het geeft geen uitsluitsel aangaande de bovengeschetste controverse. Wel laat dit onderzoek zien dat het van belang is om, in elk geval bij allochtone vrouwen, de mogelijkheid te overwegen dat de zwangere een vitamine D-tekort heeft.

Dankwoord

De onderzoekers bedanken de verloskundigen en praktijkassistente van verloskundigenpraktijk 'Femme' voor het beschikbaar stellen van de data en voor de mogelijkheid deze gegevens op te zoeken. Voorts gaat dank uit naar prof. dr. T. de Cock Buning voor zijn begeleiding en nuttige tips tijdens het stagetraject.

² KNOV=Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, LHV=Landelijke Huisartsen Vereniging, NHG=Nederlands Huisartsen Genootschap, NVOG=Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Literatuur:

1. Nijhuis HGJ, Zoethout HE, De Jong GM. Terugkeer van een volksziekte: rachitis. *Epidemiologisch Bulletin* 1982; 17(3): 7-15.
2. Wuister JD, Van der Meer IM, Huisman W, Lutjenhuis MJTh. Herontdekking vitamine D-tekort; gegevens uit de Schilderswijk. *Epidemiologisch Bulletin* 2002; 37(2): 8-11.
3. Grootjans-Geerts I, Wielders JPM. Pilotonderzoek naar hypovitaminose D bij ogenschijnlijk gezonde gesluiserde Turkse vrouwen: ernstige vitamine D-deficientie bij 82%. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2002; 146: 1100-1101.
4. Fraser RD. Vitamin D. *Lancet* 1995; 435: 104-107.
5. Specker BL. Do North American women need supplemental vitamin D during pregnancy or lactation? *Am J Clin Nutr* 1994; 59 (suppl): 484S-491S.
6. McGrath J. Does 'imprinting' with low vitamin D contribute to various adult disorders? *Med Hypotheses* 2001; 56:367-371.
7. Boucher BJ. Inadequate vitamin D status: does it contribute to the disorders comprising syndrome 'X'? *Br J Nutr* 1998; 79 (4): 315-327.
8. Gezondheidsraad. Voedingsnormen: calcium, vitamine D, thiamine, riboflavine, niacine, panthoteenzuur en biotine. Den Haag: Gezondheidsraad, 2000; publicatie nr.2000/12.
9. Grootjans-Geerts I. Hypovitaminose D: een versluiserde diagnose. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2001; 145: 2057-2060.
10. Lips P. Vitamine D-gebrek in de multiculturele samenleving. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2001; 145: 2060-2062.
11. Clemens TL, Adams JS, Henderson SL, Holick MF. Increased skin pigment reduces the capacity of skin to synthesize vitamin D3. *Lancet* 1982; 8263: 74-76.
12. Wiersma TJ, Daemers DOA, Steegers EAP, Flikweert S. Onterechte aanbeveling voor extra vitamine D bij zwangere en zogenden. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2001; 145: 1700-1701.

'Het is een soort praten zonder woorden, juf'

Achtergronden van zelfbeschadiging

M. Ferber

De psychosociale problematiek van allochtone jongeren heeft al enige tijd de aandacht van de GGD Den Haag. In 1998 publiceerde de GGD onderzoek (1) waaruit bleek dat Haagse 15 - 44-jarige allochtone meisjes en vrouwen - van wie de familie afkomstig is uit Turkije, Marokko en Suriname- vaker een poging tot zelfdoding doen dan van oorsprong Nederlandse meisjes en vrouwen. Deze uitkomsten waren aanleiding voor een onderzoek naar de factoren die van invloed zijn op het welbevinden van Haagse meisjes van Hindostaanse afkomst tussen 16 en 20 jaar, geboren en getogen in Nederland. Dit kwalitatieve onderzoek werd dit jaar gepubliceerd onder de titel '**Laat me los, hou me vast**' en besproken in het septembernummer van het Epidemiologisch Bulletin (2). Een belangrijke bevinding uit dit onderzoek was dat de meisjes met name ongelukkig waren als gevolg van de gebrekkige communicatie met hun ouders, weinig bewegingsvrijheid en grote sociale controle. Vanuit eenzelfde bezorgdheid om het psychosociaal welbevinden van allochtone jongeren -meisjes en jongens- is in 1999 het project '**Aan de grenzen**' opgezet. Dit Haagse project richt zich op betere begeleiding van allochtone jongeren met psychosociale problemen en preventie van suïcidepogingen. Centraal in de aanpak staat een stabiele identiteitsontwikkeling in de Nederlandse samenleving en in de eigen culturele leefomgeving.

De auteur van onderstaand artikel, Marjon Ferber, is sinds kort preventiecoördinator en casemanager bij de GGD Den Haag, bij het project 'Aan de Grenzen'. In haar vorige baan was zij vertrouwenspersoon en docent op een school voor voortgezet onderwijs (vmbo, havo en vwo) in Den Haag, met overwegend allochtone leerlingen. In deze hoedanigheid kreeg zij te maken met verschillende uitingen van psychisch onwelbevinden van de leerlingen, onder meer met zelfbeschadiging. In dit artikel* beschrijft zij dit complexe verschijnsel als een 'vorm van communiceren vanuit machteloosheid' en pleit ze voor een actieve benadering van de jongeren door vertrouwenspersonen, docenten en hulpverleners.

In de tien jaar dat ik vertrouwenspersoon was, werd ik door gemiddeld 75 leerlingen per jaar bezocht. De problemen die besproken werden, waren heel divers, evenals de leeftijd van de leerlingen. De leerlingen, meestal meisjes, kwamen uit de onder- en bovenbouw.

Hun leeftijd varieerde van twaalf tot twintig jaar. De meest voorkomende problemen waren een problematische thuissituatie, verwaarlozing, uithuwelijking, identiteitsproblemen, seksueel geweld en seksueel misbruik.

Met het volgende praktijkvoorbeeld van zelfbeschadiging wordt duidelijk wat aanleiding tot en oorzaak van zelfbeschadiging kunnen zijn. Bij zelfbeschadiging is

de balans tussen draagkracht en draaglast zo verschoven dat vanuit deze onmacht geen ander gedrag mogelijk is. Belangrijk is dat zelfbeschadiging niet altijd een gevolg hoeft te zijn van een ernstige of diepgaande persoonlijkheidsstoornis. Door machteloosheid, door machteloos verdriet, kan zelfbeschadiging een vorm van 'communiceren' zijn. Essentieel zijn de houding van de begeleider en diens bejegening van de leerling, en de reactie van de omgeving.

zijn. Essentieel zijn de houding van de begeleider en diens bejegening van de leerling, en de reactie van de omgeving.

zijn. Essentieel zijn de houding van de begeleider en diens bejegening van de leerling, en de reactie van de omgeving.

Kopje thee

'Het is een soort praten juf, zonder woorden zeggen hoe rot je je voelt!' Voorovergebogen kijkt Asha me

Over de auteur: Marjon Ferber is preventiecoördinator/ casemanager bij de GGD Den Haag. Tot voor kort werkte zij als vertrouwenspersoon en docent op een school voor voortgezet onderwijs in de regio Haaglanden.

* Dit artikel is eerder gepubliceerd in Pedagogiek In Praktijk Magazine (PIP), nr. 21, oktober 2004.

met een ernstig gezicht aan. Ze probeert met haar stem, handen en ogen duidelijk te maken hoe zij zich destijds voelde. Dat zij toen alleen via het krassen op haar armen uiting kon geven aan haar gevoelstoestand. Asha is een twintigjarig Surinaams moslimmeisje en volgt met succes een HBO-opleiding. Na haar vertrek van school hielden we af en toe contact. Omdat ik wilde weten hoe Asha op de periode terugkijkt en wat wel en niet geholpen heeft, heb ik haar nu uitgenodigd.

Ik ken Asha vanaf de brugklas. Stil en teruggetrokken kwam zij op de school voor voortgezet onderwijs. Ik was daar werkzaam als docent en vertrouwenspersoon. Zij was één van de leerlingen die niet opvalt, maar bij wie je als het ware voelt dat het niet goed gaat. Na een paar maanden, ik kende haar inmiddels als docent, sprak ik haar aan op de gang. Op mijn vraag of ze eens bij me langs wilde komen, zomaar voor een kopje thee, reageerde ze verschrikt en mompelde ze wat onduidelijks. Na herhaaldelijke verzoeken van mijn kant klopte ze op een dag aan. Of ze even wat mocht vragen! Zakelijk en met korte zinnen vroeg ze of ze zelf haar achternaam kon veranderen of dat ze daarvoor toestemming van haar vader nodig had. Het gesprek verliep nogal stroef en op veel vragen kreeg ik weinig antwoord. Ik kwam

te weten dat ze twee jongere broertjes en een oudere zus had. Haar ouders waren al lang geleden uit elkaar gegaan. Ze bedankte voor de informatie en was binnen een kwartier weer mijn kamer uit. Dit herhaalde zich een paar keer. Ze kwam voor kleine zaken en was dan snel weer verdwenen. Toch werden haar bezoeken langzamerhand langer en haar vragen meer persoonlijk.

Asha bleek geen gelukkig kind. Ze kreeg al op zeer jonge leeftijd de zorg over haar twee broertjes. Haar vader was uit beeld verdwenen toen Asha zes jaar was. Nu zag ze hem alleen nog maar op straat. Haar moeder had elk baantje aangepakt om haar gezin te kunnen onderhouden. Dat betekende dat haar oudste zus en zij al jaren de huishouding voerden. Daar voelde Asha zich echter niet verdrietig over. Ze voelde zich vooral heel eenzaam en alleen en bovendien vond ze zichzelf zó lelijk. Op school had ze nauwelijks vriendinnen en ook thuis kon ze haar verhaal niet kwijt. Met haar oudere zus had zij weinig contact, het leeftijdsverschil tussen hen was te groot. Bovendien had haar zus veel problemen met haar moeder en op school. Met haar leeftijdsgenootjes kon Asha haar gevoelens niet delen. Ze leken geen problemen te

hebben. Maar ze schaamde zich vooral voor haar verdriet. Haar moeder werkte immers zo hard voor hen, ze kon toch geen aandacht van haar verwachten?! Langzaam aan werd duidelijk dat Asha zeer ongelukkig was, een eenzaam en emotioneel verwaarloosd meisje. Geen vriendinnen, vader kwijt en verwaarloosd door moeder. Zij was niet in staat haar gevoelens te uiten en contact te leggen met haar omgeving. Op mijn vraag wat zij deed als zij zich zo eenzaam voelde, drukte ze haar onderarmen tegen haar buik. Zonder dat ze het had uitgesproken, wisten we het allebei: zij begreep dat ik het wist en ik begreep dat zij zichzelf beschadigde. Voorzichtig hebben we hierover gesproken. Uiteindelijk heeft Asha met veel schaamte de krassen op haar armen laten zien.

Plan van aanpak

Dit was het begin van de begeleidingsperiode. Deze duurde twee jaar. In het begin sprak ik haar wekelijks. We maakten samen afspraken over wat te doen als zij wilde krassen. Dat zij mij zou opzoeken of opbellen als zij de behoefte voelde opkomen. Ook bespraken we wat zij in plaats van het krassen kon doen. We bekeken of er een minder schadelijke vervanging van het krassen mogelijk was. De reden van haar verdriet kreeg alle aandacht. Asha kreeg de ruimte om haar verhaal keer op keer te vertellen. We bespraken een plan van aanpak over het inlichten van haar moeder, de

school (de coördinator of de mentor bijvoorbeeld) en haar huisarts. In het begin wilde Asha daar absoluut niets van weten. Geleidelijk aan mocht ik haar huisarts bellen voor advies en daarna één persoon van school inlichten. Toen we via rollenspel het gesprek met haar moeder hadden gerepeteerd, mocht ik uiteindelijk haar moeder op school uitnodigen voor een gesprek. Asha voelde zich schuldig en verward over haar gedrag, ze was bang dat haar moeder erg boos op haar zou worden. Maar de reactie van moeder viel mee, ze schrok er vooral erg van. En ze begreep niet zo goed wat Asha te klagen had. Asha had zoveel meer dan zij zelf vroeger had gehad! Voorzichtig en met respect bespraken we het vervolg, hoe moeder door aandacht geven kon bijdragen aan het welzijn van haar jongste dochter. Tijdens dit gesprek werd ook duidelijk hoe moeilijk moeder het vroeger had en nog steeds heeft. Weinig steun van de familie en haar eigen moeder was al lang geleden overleden. Haar vader woonde nog in Suriname, maar ze had geen geld om hem te bezoeken.

Asha was alleen in het begin bij het gesprek geweest,

Zelfbeschadiging als een manier om te hoog opgelopen spanningen te ontladen

dat wilde ze zo. Opgelucht over de reactie van haar moeder was ze naar haar klas teruggegaan. Ze vertrouwde de boel verder wel.

Het krassen is geleidelijk minder geworden, al waren er perioden dat het weer terugkwam. Vaak had dat met aanwijsbare zaken te maken, triggers van pijnlijke momenten. Die bespraken en onderzochten we tijdens onze gesprekken. Tegen de tijd dat Asha met goed gevolg haar eindexamen deed en naar het HBO vertrok, had zij het krassen meer onder controle.

Fysieke pijn

Uit dit praktijkvoorbeeld blijkt hoe eenzaam en verdrietig jongeren zich kunnen voelen. De manier waarop ze hiermee omgaan kan aanleiding zijn om zichzelf te beschadigen. Schuldgevoel, machteloosheid en zichzelf terugtrekken kunnen zelfbeschadiging in de hand werken. Door verdriet niet uit te spreken en zich daardoor steeds machtelozer te voelen, kan zelfbeschadiging een soort 'communiceren' worden.

Via krassen vertellen hoe rot je je voelt. Zelfbeschadiging kan ook een manier zijn om de te hoog opgelopen spanningen te ontladen. Door het vloeien van het bloed stromen de spanningen als het ware weg. Dit helpt slechts tijdelijk, schaamte en angst versterken dit proces weer. Soms gebeurt het ook in een soort trance, in een soort roes. Achteraf beseffen ze dat ze zich hebben gesneden. Ook kan zelfbeschadiging erger voorkomen, het houdt de gedachte aan suïcide tegen. Dan is snijden een middel om jezelf te beschermen. Er zijn vele redenen voor zelfbeschadiging, en

De Steungroep Zelfbeschadiging is de enige organisatie in Nederland voor en door vrouwen die zichzelf beschadigen. Mensen beschadigen zichzelf om uiteenlopende redenen. Bijna altijd is het een manier om met ondraaglijke gevoelens om te kunnen gaan, een overlevingsstrategie. Belangrijke oorzaken van zelfbeschadiging zijn seksueel en fysiek geweld, emotionele verwaarlozing, (dreigend) verlies van belangrijke personen en gebrek aan steun uit de omgeving. Meestal is er sprake van een laag of negatief zelfbeeld. De meeste mensen starten met zelfbeschadiging in de leeftijd van veertien tot twintig jaar. De Steungroep is actief op het gebied van lotgenotencontact, voorlichting en belangenbehartiging. Telefoon (030)275 96 52 of e-mail: steungroep@wegwijs.org.

veel verschillende manieren. Het woord zegt het al: jezelf beschadigen. De emotionele pijn omzetten in fysieke pijn. Bij zelfbeschadiging weet je niet meer hoe je moet leven. Je kunt jezelf inwendig of uitwendig beschadigen. Jezelf opzettelijk lichamelijk letsel toebrengen op armen, benen, handen, borst, gezicht en vagina. Bijvoorbeeld door het snijden met scherpe voorwerpen, zoals een (scheer)mes of een stuk glas; het branden van je huid of brandende sigaretten op het lichaam drukken. Haren of wimpers uittrekken; bonken met het hoofd tegen de muur. Inwendig letsel kan worden toegebracht door te veel pillen in te nemen, punaises te slikken, chloor of schoonmaakmiddel te drinken.

Jongeren verwonden zich niet zomaar. Gevoelens van onmacht, verlating, schaamte en verdriet over pijnlijke gebeurtenissen, recent of in het verleden, zijn vaak de aanleiding. Vaak is er sprake van seksueel geweld en/of seksueel misbruik. Maar ook emotionele verwaarlozing, een problematische thuissituatie, eenzaamheid, depressie,

een negatief zelfbeeld, kunnen mede de oorzaak van zelfbeschadiging zijn. Hoe de pijnlijke gebeurtenis werd of wordt beleefd en op welke manier ermee werd of wordt omgegaan, bepaalt de impact van de gebeurtenis, evenals de manier waarop de omgeving reageert of destijds heeft gereageerd op de gebeurtenis.

Herkenning en hulp

Belangrijk is het zorgvuldig observeren van de leerlingen. Vaak geven ze non-verbale signalen af. Het is goed om te bedenken dat de volgende signalen moge-

De Steungroep Zelfbeschadiging organiseerde op 2 november 2004 in de Meervaart te Amsterdam een landelijk congres over zelfbeschadiging, getiteld 'Een Mespunt Compassie'. Op dit congres werd het filmproject *Onderbuids* gepresenteerd, bestaand uit twee films en een schriftelijke handleiding. Het is de eerste keer in Nederland dat er professioneel intervisiemateriaal ontwikkeld is over zelfbeschadiging vanuit de wensen en visie van de cliënten zelf. Alle bezoekers ontvingen een exemplaar van het filmproject *Onderbuids*. Op dit congres organiseerde Marion Ferber een workshop over het signaleren van onopvallend probleemgedrag op school. Informatie over dit congres op: www.logacom.nl. De dvd kan worden besteld via Steungroep Zelfbeschadiging, Postbus 1399, 3500 JB Utrecht, email steungroep@wegwijs.org.

Opvallend veel aandacht vragen, positief of negatief, kan een signaal zijn

lijk een aanwijzing tot zelfbeschadiging kunnen zijn, maar ook op iets heel anders kunnen wijzen. Teruggetrokken leerlingen, die geen problemen geven, maar wel problemen hebben, zijn risicoleerlingen. Leerlingen die (te) bovenmatig presteren en weinig deelnemen aan leuke dingen en zichzelf verwaarlozen, moeten in de gaten gehouden worden. Leerlingen die lang blijven hangen na schooltijd en leerlingen die te vaak te laat komen, kunnen ook risicoleerlingen zijn. Let op leerlingen die vaak met hun gedachten afdwalen en achteruitgaan met prestaties en aan plotseling concentratieverlies lijden. Leerlingen die extreem afvallen verdienen aandacht. Maar leerlingen die zichzelf overstemmen, de clown uithangen en overdreven druk zijn, kunnen ook problemen proberen te verbergen. Opvallend veel aandacht vragen, positief of negatief, kan dus een signaal zijn.

Het is goed om je te realiseren dat mensen, dus ook vertrouwenspersonen en docenten, geschokt en angstig kunnen worden als ze met zelfbeschadiging geconfronteerd worden bij een leerling. Erover praten en lezen helpt. Na de aanvankelijke schok helpt het om jezelf de vraag te stellen: Wat wil de leerling hiermee duidelijk maken? Welke kreet om hulp wordt hier gedaan? Hoe kan ik dit gedrag vertalen in een vraag? Wanneer, waarom en hoe, dat zijn belangrijke vragen. Wat zijn de momenten waarop de gedachten om te snijden sterk opkomen? Wat is de aanleiding tot die gedachte? Wat heeft iemand nodig om die gedachten om te buigen? Wat kan iemand zelf doen om zich beter te voelen? Wat verwachten jongeren van de school? Hoe en op welke manier willen jongeren geholpen worden? Willen ze geholpen worden?

Het is voor een vertrouwenspersoon, docent of hulpverlener aan te bevelen een actieve manier te kiezen om in gesprek te komen met een jongere. Wacht niet af. Benader de jongere wel met voorzichtigheid en gebruik eventueel een trucje om het eerste contact tot stand te brengen. Door bijvoorbeeld te vragen om met iets te helpen in je klas of kamer. Tussen neus en lippen door kun je vragen stellen over school of thuis. Rechtstreeks zeggen dat je je zorgen om hem of haar maakt, kan ook heel goed werken.

Wees oprecht betrokken bij de jongeren, ze zijn heel gevoelig voor echte betrokkenheid. Vraag na de kennismaking wat zij doen als ze zich verdrietig voelen. Soms is het goed om rechtstreeks te vragen of zij zichzelf beschadigen. Een goede manier van vragen is: 'Sommige kinderen doen zichzelf wel eens pijn als ze erg verdrietig zijn of klem zitten. Doe jij dat ook?' Spreek met de leerling in een vroeg stadium af om er

een deskundige bij te betrekken, de schoolarts of huisarts en om iemand van de familie in te lichten. Bespreek, indien nodig, de leerling in het zorgoverleg van de school, met zijn of haar toestemming. Maak samen met de leerling afspraken voor noodsituaties, wanneer ze kunnen of moeten komen of bellen. Als je dit uitvoerig met de leerling bespreekt en duidelijk je eigen grenzen aangeeft, geeft dit geen problemen. Vooral niet als de leerling de betrokkenheid van de begeleider voelt. Soms helpt het om een hartsvriend(in) van de leerling bij de begeleiding te betrekken.

Achteraf hebben zelfbeschadigende leerlingen mij laten weten dat ze blij zijn geweest dat ik hen heb benaderd. Vaak hadden ze de moed niet om er zelf over te beginnen. De begeleiding hebben ze als zorg ervaren. Het heeft hen soms tegengehouden om zichzelf wat aan te doen. Het allerbelangrijkste vonden ze dat ze gehoord en gezien werden!

Wat kan een vertrouwenspersoon of leerlingbegeleider doen?

In mijn dagelijkse praktijk is gebleken dat deze zaken erg belangrijk zijn voor jongeren:

- Vermijd het onderwerp niet, maar praat erover.
- Wees betrokken, maar stel grenzen.
- Maak met de leerling afspraken over het verwonden van zichzelf.
- Bespreek vooraf alle stappen die je gaat nemen met de leerling.
- Maak één persoon tot aanspreekpunt voor zowel de leerling als de ouders en docenten. Dit kan iemand zijn die de leerling al begeleidt of een zorgcoördinator.
- Bespreek, indien nodig, de leerling in het zorgteam van de school. Breng in verband met de privacy van de leerling de lesgevende docenten summier op de hoogte.
- Zorg als begeleider voor eigen steun en feedback van een deskundige.
- Verwijs de leerling, indien nodig, door naar externe hulpverlening. Vraag de hulpverlener om terug te koppelen en richtlijnen te geven voor school.
- Overleg regelmatig met alle betrokkenen.
- Neem het serieus, maar maak het niet erger dan het is.
- Verzamel informatie over dit onderwerp, laat je voorlichten.

Literatuur:

1. Schudel WJ, Struben HWA, Vroom-Jongerden JM. Suïcidaal gedrag en etnisch-culturele afkomst. Den Haag 1987-1993. Epidemiol Bul Grav 1998; nr 4: 7-13.
2. Salverda B. Laat me los, hou me vast. Verslag van een kwalitatief onderzoek naar het psychisch welbevinden van dertig Haagse meisjes van Hindostaanse afkomst. GGD Den Haag, 2004.

Verder is gebruik gemaakt van:

Boevink W, Escher S. Zelfverwonding begrijpelijk maken.

Amsterdam, 2000.

Levenkron S. Cutting: understanding and overcoming self-mutilation. New York/London, W.W. Norton and Company, 1998.

Krikke H. Als niemand luistert. Amsterdam, 2003.

GGD Den Haag draagt bij aan voorbereiding 19e Wereld Diabetes Congres

International Diabetes Federation zet zorg voor 'under-served communities' op de agenda

B.J.C. Middelkoop

Op 28 en 29 september 2004 was er in Kopenhagen een experts meeting over diabeteszorg voor groepen waarvoor bijzondere aandacht gewenst is, bijvoorbeeld omdat cultuur-specifieke zorg ontbreekt of omdat de reguliere zorg deze groepen onvoldoende bereikt. De experts meeting 'Diabetes and under-served communities' was georganiseerd door de International Diabetes Federation (IDF), werd gesponsord door NovoNordisk en vond plaats in het kader van de voorbereiding van het 19e Wereld Diabetes Congres, dat in december 2006 in Kaapstad wordt gehouden.

Voor deze meeting waren deskundigen uitgenodigd uit Zuid-Afrika, Denemarken, Noorwegen, Groot-Brittannië, Frankrijk, Oekraïne en Nederland; in totaal circa 20 personen, inclusief een zestal vertegenwoordigers van de organiserende instanties. Uit ons land waren aanwezig Djoke Haven van de Diabetes Vereniging Nederland en ondergetekende van de GGD Den Haag. In onderstaand artikel een impressie van wat er in de verschillende landen speelt rond het onderwerp 'under-served communities'.

Veel voorlichting

De inbreng vanuit de verschillende landen was zeer divers. Valentina Ocheretenko van de Ukrainian Diabetic Federation beschreef de onrustbarende hoge diabetessterfte op het platteland van Oekraïne. Deze verhoogde mortaliteit is een direct gevolg van een gezondheidszorgsysteem dat sterk is achtergebleven in ontwikkeling bij de grote steden. Door gerichte activiteiten worden daar nu indrukwekkende resultaten bereikt, die inmiddels ook zichtbaar zijn in een reductie van de sterftecijfers.

Buyelwa Majikela en Dinky Levitt uit Zuid-Afrika vertelden over de manier waarop zij met name de



Flyer van Milan 2004. Prominent aanwezig op de flyer: een oproep voor een bezoek aan het SHIVA Gezondheidsplein om het persoonlijke risico op diabetes en hart- en vaatziekten te laten onderzoeken.

zwarte bevolking informeren over diabetes en, in relatie daarmee, mogelijkheden van een meer gezonde leefstijl. Bij wijze van informatieoverdracht gebruiken ze muziek en straattheater. Interessant detail was de container die in Zuid-Afrika wordt gebruikt. Het deed ondergetekende denken aan de 'Haagse hopjes', de

containers van waaruit in Haagse wijken speelgoed wordt uitgeleend om een goed gebruik van de openbare ruimte door kinderen te stimuleren. Door het gebruik van een dergelijke container bij een voorlichtingsactiviteit is het gemakkelijker om de aandacht te trekken. Ook bewaart men het voorlichtingsmateriaal erin. De activiteit kan zo gemakkelijk worden herhaald, op dezelfde plek of juist ergens anders. Jenne Dixit van Diabetes UK had voorlichtingsmateriaal bij zich, met name voor de Hindostaanse bevolkingsgroep: folders, een audiotape en een video. Diabetes UK is de huidige naam van de British Diabetic Association. Van deze naam is men afgestapt onder andere omdat men merkte dat de etnische minderheidsgroepen zich niet herkenden in het woordje 'British'; de naam Diabetes UK is neutraler. Ondergetekende bekeek met meer dan gewone aandacht de videotape die Jenne bij zich had. Immers, in het Haagse diabetesproject dat is uitgevoerd in de periode 1996-1999, hadden de GGD en Thuiszorg een videoband overgenomen van de British Diabetic Association en aangepast aan de Nederlandse situatie. De video van Jenne zag er echter heel anders uit. Jenne bevestigde dat Diabetes UK op basis van een evaluatie van de vorige video, besloten had om een nieuwe te maken. Inmiddels heeft Jenne, op ons verzoek, het huidige voorlichtingsmateriaal van Diabetes UK opgestuurd, waaronder de video, zodat we kunnen beoordelen of het nodig is ons materiaal aan te passen.

Cultuur-eigen materiaal

De organisatoren hadden aan twee deelnemers verzocht om voor de plenaire sessies een presentatie voor te bereiden. Jette Vibe-Petersen, arts in het Amtssygehuset i Glostrup (een ziekenhuis in Kopenhagen) ging in op de activiteiten die zij had ontwikkeld voor Turkse en Pakistaanse diabetespatiënten. Daarbij gaat het over het geheel genomen om bescheidener aantallen dan in Nederland: er zijn in Kopenhagen 50.000 Turkse en 18.000 Pakistaanse inwoners (data uit 2001). De prevalentiecijfers voor diabetes zijn in deze groepen hoog, vooral bij de Pakistani. En ook vooral voor de Pakistani liggen de cijfers in Kopenhagen beduidend hoger dan in Pakistan zelf. De door Jette gepresenteerde cijfers kwamen overigens wel vrij goed overeen met de cijfers die de GGD indertijd heeft gevonden onder de Hindostaanse bevolkingsgroep in Den Haag. Jette beschreef de migrantengroepen als groepen met een hoog percentage langdurige werkloosheid, een laag niveau van lichamelijke activiteit en een voedingspatroon met veel vetten en vaak twee tot drie warme maaltijden per dag. Voor een familie van

zes personen is het niet ongewoon dat er acht tot tien liter olie (rijk aan verzadigde vetten) per maand wordt gebruikt om te bakken en te braden. Zij was er, overigens in haar vrije tijd, in geslaagd diverse voorlichtingsmaterialen te ontwikkelen: folders over diabetes type 2 en hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk, verhoogd cholesterol, en over diabetes type 2 en de Ramadan. Deze folders bevatten vaak zeer elementaire informatie. Zo wordt duidelijk gemaakt dat het handig is om, als je naar je huisarts gaat en deze je bloeddruk gaat meten, daar met je kleding rekening mee te houden. Met haar voorlichtingsactiviteiten boekt Jette de nodige resultaten. Op grond van haar ervaringen acht zij het bijvoorbeeld haalbaar om het gebruik van olie terug te brengen tot één à twee liter per maand voor een gezin van zes personen. Nog altijd vrij veel, maar aanzienlijk gunstiger dan de eerder genoemde hoeveelheden.

Wat betreft de primaire preventie zei Jette dat het vooral belangrijk is om de etnische minderheidsgroepen te doordringen van hun verhoogde risico. Verder achtte ze samenwerking met vertegenwoordigers van de eigen gemeenschappen essentieel. Voor de begeleiding van patiënten legde ze het accent op cultuureigen voorlichtingsmateriaal en nauwe samenwerking tussen huisartsen en ziekenhuizen.

Overigens ondervindt Jette weinig steun in eigen land. Politiek is er weinig belangstelling voor specifieke (gezondheids)problemen van migranten en ook binnen de sector volksgezondheid is de ondersteuning gering. Wel is er veel belangstelling voor de door haar ontwikkelde materialen.

Ter plekke prikken

De tweede plenaire presentatie werd verzorgd door ondergetekende. De meeste zaken die de revue passeerden zijn al eerder, en veel uitgebreider in dit tijdschrift beschreven: de prevalentie van diabetes onder Haagse Hindostanen, het interventieproject dat Thuiszorg Den Haag en de GGD Den Haag hebben uitgevoerd in de periode 1996-1999, de interventiestudie waarin de vernieuwing van de curatieve zorg werd geëvalueerd en de nu lopende meerjarige preventiecampagne van de GGD, in samenwerking met de Diabetes Vereniging, Thuiszorg, de Stichting Suri-naams Regionaal Steunpunt, de Federatie Eekta en Sport Support van de gemeente Den Haag (1)(2)(3). Wat betreft de huidige activiteiten beschreef ondergetekende onder meer het toneelstuk van Kamla Sukul dat in 2002 op de planken werd gebracht (4). Ook besteedde hij aandacht aan de activiteiten in 2002, 2003 en 2004 op Milan, het driedaagse multiculturele



Een bezoeker van Milan ondergaat een vingerprik op het Gezondheidsplein. Het apparaatje op de voorgrond analyseert in één druppel bloed glucose, vetten, cholesterol en HDL-cholesterol.

(vooral: Hindostaanse) festival in het Zuiderpark. In het bijzonder berichtte hij over de activiteiten tijdens Milan 2004 die waren georganiseerd op initiatief van Pranobe Oemrawsingh, cardioloog van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en Dew Baboeram van het organisatiebureau Amrit Consultancy. Was er in 2003 nog slechts sprake van enkele voorlichtingskraampjes van GGD, Diabetes Vereniging, Thuiszorg en Sport Support, dit jaar stond er een grote tent met daarin al deze kraampjes, en daarnaast volop ruimte voor een groot aantal tafels waar mensen hun bloed konden laten onderzoeken. De tent was 'Gezondheidsplein' gedoopt, en het onderzoek SHIVA: Screening van Hindostanen op risicofactoren voor hart en Vaatziekten. Deze grootschalige activiteit vond plaats dankzij de belangeloze medewerking van zeer veel vrijwilligers, waaronder veel Hindostanen, en een groot aantal medewerkers van het LUMC en het Westeinde Ziekenhuis.

De mensen die het Gezondheidsplein bezochten ondergingen een vingerprik. In één druppel bloed werden het glucosegehalte en de vetten bepaald, inclusief cholesterol en het (gezonde) HDL-cholesterol. Ook bloeddruk en buikomvang werden gemeten en de deelnemers konden een vragenlijstje invullen. Al deze gegevens werden ter plekke ingevoerd in een computer die op basis daarvan van elke deelnemer het risico op hart- en vaatziekten berekende. Na afloop kreeg de deelnemer een papier mee waarop al deze uitslagen stonden vermeld. De belangstelling voor het Gezondheidsplein bleek overweldigend; ruim 1500 mensen deden mee (en tijdens een later weekend op het Rijswijkse Mela-festival nog eens ruim 600). Met hun toestemming heeft Pranobe Oemrawsingh hun gegevens opgenomen in een database. De bedoeling is om deze ruim 2100 personen in de komende jaren

regelmatig opnieuw te onderzoeken om na te gaan wat bij hen de belangrijkste voorspellers zijn van hart- en vaatziekten, zodat de preventie en een eventuele vroegtijdige behandeling van risicofactoren zoals verhoogde bloeddruk of een verhoogd cholesterolgehalte, hierop kunnen worden afgestemd.

Tijdens de presentatie in Kopenhagen ging ondergetekende in op het probleem dat enerzijds in de preventiecampagne het accent wordt gelegd op de leefstijl, terwijl anderzijds het buitengewoon waarschijnlijk is dat Hindostanen een aangeboren sterk verhoogd risico hebben en waarschijnlijk ook voor een deel behouden, zelfs bij een gezonde leefstijl. Daarom is verdergaand onderzoek naar oorzaken en risicofactoren essentieel. Het nu door het LUMC gestarte meerjarige onderzoek kan daar een belangrijke bijdrage aan leveren.

De deelnemers aan de experts meeting waren blijkens hun reacties wel enigszins onder de indruk van de vele activiteiten die in Den Haag inmiddels op dit gebied zijn ondernomen.

Voor de verdere voorbereiding van het Wereld Diabetes Congres in 2006 gaat de IDF waarschijnlijk vergelijkbare experts meetings organiseren in andere regio's, zoals Azië, Afrika en Amerika.

Literatuur

1. Themanummer Diabetes Mellitus. *Epidemiol Bul Grav* 1996; 31 nr.2.
2. Ramsaransing GN, Kesarlal-Sadhoeram SM, Van Leeuwen FL, Middelkoop BJC. Suikerziekte bij Hindostanen: een interventieproject. *Epidemiol Bul Grav* 1999; 34 nr. 4: 9-12.
3. Middelkoop BJC, Van der Wal G, Geelhoed-Duijvestein PHLM. Project 'Diabeteszorg voor Hindostanen': succesvol, maar niet goed genoeg. *Epidemiol Bul Grav* 2001; 36 nr. 4: 2-10.
4. Bree KIM, Roos ML, Van der Meer IM. Suikerziekte in de schijnwerpers. Een bijzonder preventieproject bij Haagse Hindostanen. *Epidemiol Bul Grav* 2003; 38 nr. 1: 24-26.

Ontwikkelingen op de Spoedeisende Hulp

In het septemnummer van het Bulletin (nr. 3, 2004) vroegen Frans de Voeght en Christine van der Linden aandacht voor een probleem dat zich in menig ziekenhuis voordoet: het toenemend aantal patiënten dat zich uit eigen beweging, dus zonder tussenkomst van een huisarts, meldt bij de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) van het ziekenhuis. Zij beschreven ook de oplossing die het Medisch Centrum Haaglanden hiervoor heeft gevonden, te weten 'triage' en het opleiden van SEH-artsen en Nurse Practitioners.

Op dit artikel ontvingen we onderstaande brief; De Voeght en Van der Linden reageren op de brief.

Huisarts op SEH

Naar aanleiding van het artikel 'Ontwikkelingen op de Spoed Eisende Hulp van Medisch Centrum Haaglanden' het volgende.

Het probleem dat wordt beschreven is actueel en interessant voor vele partijen. In mijn optiek zit de oplossing van het probleem in de eerste zin van het artikel: 'Het aantal patiënten dat zich uit eigen beweging, dus zonder tussenkomst van een huisarts, meldt bij de afdeling Spoed Eisende Hulp van het ziekenhuis, neemt de laatste jaren enorm toe.' Mijn voorstel tot een oplossing van dit probleem: laat een (ervaren) huisarts (alle) patiënten zien die zonder tussenkomst van een huisarts de SEH bezoeken.

Zoals u weet handelen huisartsen van 95% van de patiënten die zij zien af en wordt 5% verwezen naar een andere (medische) hulpverlener. Van de door u genoemde 80 patiënten per dag gaan er 4 verder de SEH door. Een huisarts ziet ongeveer 30 a 40 patiënten per dag, dus met 2 huisartsen zouden de verstopte SEH's ontstopt zijn!

Naast dit voordeel misschien nog andere voordelen:

1. Geen triage of in ieder geval beperkt. De meeste huisartsen voeren geen triage uit, zeker bij een inloopsprekkuur is iedereen welkom.
2. Geen speciaal opgeleide Spoedeisende Hulp artsen. Die komen er gelukkig hopelijk wel maar doen dan echt werk waarvoor zij opgeleid zijn. Zij zullen alleen de verwezen patiënten zien.
3. Geen of beperkte inzet van een Nurse Practitioner (huisartsen zouden dit een praktijkondersteuner noemen). Natuurlijk is er genoeg ondersteunend (verplegend) personeel op een SEH.
4. Geen of beperkt gebruik van een callcenter (bedoeld: de mogelijkheid om telefonisch een medisch advies te vragen). Er zijn genoeg huisartsen die een telefonisch spreekuur houden. Met deze ervaring kunnen zij ook patiënten een telefonisch advies geven. Mogelijk dat ook gedacht kan worden aan vragen stellen via internet.

Natuurlijk is er altijd de vraag: waar vind je (ervaren) huisartsen. Het werken als huisarts binnen een zieken-

huissetting kan aantrekkelijk zijn: röntgenonderzoek aanvragen en bekijken, (beperkt) laboratoriumonderzoek aanvragen en dit even later teruggekoppeld krijgen, overleg met de tweedelij, etc. De mogelijkheid van een huisartsentaak op de SEH kan soelaas bieden aan huisartsen die wat anders willen doen in een andere omgeving.

Als laatste rest nog: is het interessant voor een ziekenhuis om huisartsen in dienst te hebben?

A.P.M.T. Bruijs, huisarts

Reactie auteurs:

Wij zien vooral overeenkomsten in zienswijze: ook wij willen een efficiënter ingerichte organisatie van de acute zorg in regio Haaglanden. Om op uw opmerkingen terug te komen:

1. Ons inziens is triage is wel nodig. Zonder triage gaan we terug naar een aantal jaar geleden: mensen zonder urgent probleem, zoals een splinter in de vinger, die zich toevallig twee minuten eerder gemeld hebben, zijn dan eerder aan de beurt dan mensen met een urgent probleem, zoals een patiënt met pijn op de borst. Door triage wordt iedere patiënt binnen vijf minuten na binnenkomst door een gediplomeerd SpoedEisende Hulpverpleegkundige beoordeeld, waardoor patiënten worden behandeld in volgorde van klinische noodzaak, in plaats van in volgorde van binnenkomst. Het systeem waar het Medisch Centrum Haaglanden (MCH) voor gekozen heeft, het Manchester Triage Systeem, is een systeem waarbij geen diagnose gesteld hoeft te worden, het kan dus prima door een ervaren verpleegkundige worden uitgevoerd. De kostbare tijd van een duurdere en bovendien schaarse huisarts daarvoor gebruiken zou zonde zijn van geld en tijd. Bovendien kan dan de targettijd van vijf minuten nooit gehaald worden, omdat de huisarts meestal meer tijd dan vijf minuten nodig zal hebben om een diagnose te stellen en eventueel een behandeling in gang te zetten.

2. Wat betreft de SpoedEisende Hulpartsen: huisartsen verwijzen patiënten naar een bepaalde specialist. Deze patiënten zullen dan ook gezien worden door een assistent van de specialist waar de huisarts naar verwezen heeft. De SpoedEisende Hulpartsen ziet juist onverwezen patiënten.
3. De inrichting van de SpoedEisende Hulp (SEH) moet ons inziens afgestemd worden op gedifferentieerde zorg: het inzetten van nurse practitioners betekent dat patiënten over de meerdere professionals verdeeld kunnen worden waarbij rekening gehouden wordt met hun opleidingsniveau. Bovendien zijn nurse practitioners hoogopgeleide verpleegkundigen, die behalve in geprotocolleerde medische handelingen sterk zijn in verpleegkundig handelen. Extra artsen inzetten in plaats van nurse practitioners is daarom maar ten dele een oplossing.
4. In de praktijk blijkt dat veel mensen met name tussen 18.00 en 24.00 uur met de SEH bellen voor een advies. Een telefoonbeantwoorder schrikt af, vooral als je de Nederlandse taal minder goed spreekt. Een callcenter zoals wij voor ogen hebben, functioneert dus voornamelijk in de avonden nachturen. Een landelijk of regionaal callcenter zou nog beter zijn: al het prehospitale telefoonverkeer, ook voor huisartsen, zou op deze manier geregeld kunnen worden. De bereikbaarheid van huisartsen neemt toe en de echte spoedzorg hoeft niet over de verschillende schijven te lopen. Na een beoordeling door het callcenter kan de patiënt doorverwezen worden naar de huisarts (tijdens kantooruren), het advies krijgen naar een SEH of andere zorginstelling te gaan of er kan een ambulance gestuurd worden. Ook zouden veel mensen 'uit de zorg' gehouden kunnen worden. Internet is een prima medium, maar nog niet iedereen beschikt over deze mogelijkheid.

Agressie aan het loket is gereduceerd nu iedereen binnengelaten wordt. Wij zijn van mening dat de oplossing dan ook ligt in het aanbieden van gedifferentieerde zorg. Alle patiënten moeten geholpen worden en laten we proberen de kosten te drukken door 'zorg op maat' te leveren.

*Christien van der Linden, Nurse Practitioner
Frans de Voeght, Organisatorisch Manager*

Eén spoedpost is een prima idee. Huisartsen hebben er in de Haagse regio voor gekozen zich naast andere ziekenhuizen te vestigen, zoals het Haga Leyenburg, het Bronovo Ziekenhuis en MCH Antoniushove. Gezien echter het feit dat ook het Haga veel zelfverwijzers ziet, terwijl de huisartsenpost op vijftig meter afstand zit, lijkt ook dit niet de oplossing. De SpoedEisende Hulp van Medisch Centrum Haaglanden ziet de patiënt niet als 'probleem' maar als klant die weet wat hij / zij wil en de keuze heeft gemaakt om naar een SEH te gaan. De Inspectie heeft het standpunt dat op de SEH geen patiënten mogen worden geweigerd zonder beoordeling van een arts.

korte berichten

Actueel

Bulletin op internet

Sinds kort staat de inhoud van het Epidemiologisch Bulletin op internet! En wel op de site

www.denhaag.nl/smartsite.html?id=35469 (rechtstreeks bereik).

De site kan ook worden bereikt via www.denhaag.nl en dan doorklikken: Gemeentelijke organisatie, Diensten, Onderwijs Cultuur en Welzijn, GGD, Epidemiologisch Bulletin.

Bofuitbraak

Sinds eind september voert de GGD Den Haag onderzoek uit naar een uitbraak van de ziekte bof onder studenten en medewerkers van de Hotelschool in Den Haag en Amsterdam. Studenten, medewerkers en directe contacten van personen met verschijnselen van bof zijn benaderd met een schriftelijke enquête. Het bron- en contactonderzoek is nog aan de gang. In het onderzoek naar de bofepidemie op de Hotelschool Den Haag en Amsterdam hebben 869 van de 1550 studenten en medewerkers de enquête ingevuld en geretourneerd (respons 56%). Op basis van zelfrapportage hadden 279 personen ('verdachten') verschijnselen die mogelijk zouden kunnen passen bij de bof. Onder deze groep waren 85 personen met -zelfgerapporteerde- verschijnselen van parotitis (speekselklierenontsteking) en 9 met verschijnselen van orchitis (teelbalontsteking).

162 Van de 279 personen zijn benaderd voor diagnostiek en contactonderzoek. Om verdere transmissie tegen te gaan zijn voorlichtingsbijeenkomsten gehouden en

werd op 13 oktober 2004 door de GGD-en van beide steden gevaccineerd: 171 studenten en medewerkers in Amsterdam en 927 in Den Haag. Dit is een bereik van 71%.

Op dit moment worden er door studenten en medewerkers geen nieuwe gevallen gemeld. Rond 37 gevallen wordt bron- en contactonderzoek uitgevoerd. Vooralsnog is bij 6 van deze personen geen epidemiologisch verband gevonden met de Hotelschool (werkdiagnose 'solitair'). Dit deel van het onderzoek verloopt in samenwerking met verschillende GGD-en in het land.

Omdat de gangbare laboratoriumdiagnostiek bij gevaccineerde personen maar beperkt inzetbaar is, heroverweegt het RIVM de diagnostische criteria. Men verwacht dat het aantal gevallen dat uiteindelijk door het laboratorium zal worden bevestigd, lager uitvalt.

Het epidemiologisch beloop van deze bofuitbraak wijst op transmissie binnen een wel omschreven groep met beperkte overdracht daarbuiten. Het onderzoek is echter nog niet afgerond, daarom kunnen we slechts voorlopig de conclusie trekken dat hier sprake is geweest van een geïsoleerde uitbraak van bof. De vraag hoe en onder welke omstandigheden het virus is geïntroduceerd kan nog niet worden beantwoord.

Stimuleringsprijs

Gemeenten, GGD-en en andere lokale organisaties die zich inzetten voor gezondheid en preventie van ziekten, kunnen meedingen naar de Stimuleringsprijs OGZ: 15.000 euro en een beeld van kun-

stenaar Reneé van Leusden. Ieder project dat een (nieuwe) impuls geeft aan de openbare geestelijke gezondheidszorg (dat wil zeggen geestelijke gezondheidszorg die door de overheid wordt verricht), dat direct in het voordeel is van de burgers, lokaal of regionaal van aard is, en dat betrekking heeft op een actuele gezondheidssituatie, kan worden ingediend. Dit moet gebeuren vóór 10 december a.s. Het inschrijfformulier kan worden gedownload van www.stimuleringsprijsogz.nl en moet worden gezonden aan: Stimuleringsprijs OGZ, Fonds OGZ, Postbus 93064, 2509 AB Den Haag, email: stimuleringsprijs@fondsoz.nl.

Cursussen

Inleiding in de epidemiologie

In deze module leert u de basisprincipes van de epidemiologie. De module kan dienen ter voorbereiding van Evidence based werken in de OGZ, het tweede traject in de Opleiding Master Public Health.

Doelgroep: midcareer professionals in de Nederlandse Openbare Gezondheidszorg zoals artsen algemene gezondheidszorg, jeugdartsen, leidinggevend, gezondheidsbevorderaars, beleidsmedewerkers, epidemiologen, huisartsen en andere werkers in de openbare gezondheidszorg.

Data: 10, 11, 13 en 14 januari 2005

Kosten: € 1100

Lokatie: NSPOH te Amsterdam

Informatie: www.nspoh.nl, tel. 020-5664949, info@nspoh.nl.

Innoveren en Implementeren

Dit is het derde traject in de Opleiding Master Public Health. De volledige MPH opleiding is bedoeld voor professionals met de ambitie om zich te ontwikkelen tot belangrijke 'stuurders' in het veld: als professionals, beleidsadviseurs of als leidinggevend. Vier samenhangende trajecten van ca. 4 maanden onderwijs, ook geschikt voor bij- en nascholing.

Doelgroep: midcareer professionals in de Nederlandse Openbare Gezondheidszorg zoals artsen algemene gezondheidszorg, jeugdartsen, leidinggevend, gezondheidsbevorderaars, beleidsmedewerkers, epidemiologen, huisartsen en andere werkers in de openbare gezondheidszorg.

Data: donderdag 13, 27 januari, 3 februari, 10, 24 maart en 7 april 2005

Kosten: €3.250

Lokatie: NSPOH te Amsterdam

Informatie: www.nspoh.nl/mph, tel. 020-5664949, info@nspoh.nl.

Vaccinologie

Over de basisprincipes van de immunologie, vaccinologie, vaccinontwikkelingen en 'vaccin preventable diseases'. Het RVP loopt als een rode draad door het programma.

Doelgroep: Huisartsen, artsen M&G en artsen werkzaam in infectieziektebestrijding

Data: woensdag 26 januari, 2 en 23 februari 2005

Kosten: € 850

Lokatie: NSPOH te Amsterdam

Informatie: www.nspoh.nl, tel. 020-5664949, info@nspoh.nl.

Evidence based werken in de OGZ

In dit tweede traject in de Opleiding Master Public Health leert u verantwoord, transparant en onderbouwd werken. De volledige MPH opleiding is bedoeld voor

professionals met de ambitie om zich te ontwikkelen tot 'stuurders' in het veld: als professionals en beleidsadviseurs of als competente leidinggevend. Vier samenhangende trajecten van ca. 4 maanden onderwijs, ook geschikt voor bij- en nascholing.

Doelgroep: midcareer professionals in de Nederlandse Openbare Gezondheidszorg zoals artsen algemene gezondheidszorg, jeugdartsen, leidinggevend, gezondheidsbevorderaars, beleidsmedewerkers, epidemiologen, huisartsen en andere werkers in de openbare gezondheidszorg.

Data: donderdag 27 januari, 3, 24 februari, 10, 24 maart en 7 april 2005

Kosten: € 2.750

Lokatie: NSPOH te Amsterdam

Informatie: www.nspoh.nl/mph, tel. 020-5664949, info@nspoh.nl.

Waar te beginnen: signaleren en prioriteren

Epidemiologische gegevens, wijkonderzoeken en politiek geven signalen voor de aanpak van gezondheidsproblemen. U leert op basis van gegevens en signalen te prioriteren.

Doelgroep: Gezondheidsbevorderaars en preventiemedewerkers met minimaal één jaar werkervaring uit diverse werkvelden, zoals GGD, RIAGG/ GGZ, Verslavingszorg, Thuiszorg, Patiëntenvoorlichting, landelijke categorale instellingen en ondersteuningsinstellingen. De module is met name geschikt voor de preventiemedewerker, de preventiefunctionaris/functionaris gezondheidsbevordering, de beleidsmedewerker of senior gezondheidsbevordering en preventie.

Kosten: € 550.

Data: Dinsdag 8 en 22 maart 2005

Lokatie: NSPOH te Amsterdam

Informatie: www.nspoh.nl/gezondheidsbevordering, tel. 020-5664949, info@nspoh.nl.

Diagnostiek binnen infectieziektebestrijding

U verdiept zich in relevante diagnostische principes, de interpretatie van resultaten, routinediagnostiek en detailinformatie. Ook de werkwijze van laboratoria en de arts microbioloog komen aan de orde.

Doelgroep: Artsen werkzaam in de infectieziektebestrijding

Kosten: € 1.350.

Data: Woensdag 30 maart, 6, 13, 20 en 27 april 2005

Lokatie: NSPOH te Amsterdam

Informatie: www.nspoh.nl, tel. 020-5664949, info@nspoh.nl.

Aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Meldingen tijdens het derde kwartaal 2004, voor de stad Den Haag
Het aantal aangifteplichtige infectieziekten, dat in het derde kwartaal 2004 door de GGD Den Haag is gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (201, dit is exclusief het aantal meldingen van TBC), is merkbaar hoger vergeleken met het aantal in dezelfde periode in 2003 (109). Dit is bijna uitsluitend te danken aan de stijging van het aantal kinkhoestmeldingen. Hieronder volgen commentaren op enkele gemelde infectieziekten.

Bacillaire dysenterie

Slechts 2 gevallen werden gemeld. Een volwassene werd ziek na een reis naar Marokko.

Hepatitis A

Er zijn 5 gevallen van hepatitis A aangegeven, 1 volwassene man en 4 jongeren beneden 20 jaar. Hier-

van zijn 3 patiënten besmet in het buitenland.

Hepatitis B

Het aantal hepatitis B meldingen (63, bestaande uit 57 chronische en 6 acute gevallen) is met ongeveer 50% gestegen, waarschijnlijk doordat er meer onderzoek wordt verricht naar hepatitis B. In de categorie chronische gevallen zijn iets meer vrouwen (33) dan mannen (24), de patiënten zijn hoofdzakelijk afkomstig uit landen waar deze ziekte veel voorkomt. Vrouwen vallen vooral in de leeftijdscategorie 20-39 jaar, mannen vooral in alle leeftijden boven 20 jaar.

Over de besmettingsweg tast men meestal in het duister.

Van de 6 acute gevallen waren er 5 volwassen mannen. Bij 3 mannen ging het om een besmetting als gevolg van onbeschermd seksueel contact. Bij een Surinaams meisje van 16 jaar kon de bron niet worden achterhaald.

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (113) volgt de stijgende lijn die ook landelijk wordt waargenomen. De grootste concentratie zieken komt uit de leeftijdsgroep 5-14 jaar.

Legionellose

Gedurende het derde kwartaal is 1 geval gemeld. De besmettingsbron is ondanks uitgebreid onderzoek niet gevonden.

Leptospirose

Er is 1 geval van leptospirose gemeld. Het betrof een militair duiker die veelvuldig in zoet en

zout water duikt. Leptospirose, ook wel ziekte van Weil of modderkoorts genoemd, is een zeldzame aandoening waarvan de verwekker doorgaans via urine van ratten in het milieu terecht komt en zo de mens besmet. De ziekte kan een grote waaier aan symptomen geven, zoals een griepachtige aandoening, hepatitis, en aantasting van diverse andere organen. In 5% van de gevallen in Nederland loopt de ziekte dodelijk af. In eenderde van de gevallen wordt de ziekte opgelopen tijdens reizen in de tropen.

Malaria

Het aantal gemelde malariagevallen (6) is vergelijkbaar met dezelfde periode vorig jaar. Het betreft volwassenen van wie er 4 in Afrika zijn besmet. Bij alle patiënten kon de ziekte worden toegeschreven aan het niet of onvolledig innemen van profylaxe.

Meningokokken

Gedurende het derde kwartaal 2004 zijn 2 gevallen van hersenvliesontsteking vastgesteld veroorzaakt door meningokokken. Het gaat om een volwassen vrouw, ziek geworden door de C-variant van deze bacterie -waartegen in 2002 massaal is gevaccineerd onder jongeren-, en om een kind, ziek geworden door een meningokok type B. Hiertegen bestaat nog geen vaccin.

Voedselinfecties

Er zijn 6 voedselinfecties gemeld bij de Inspectie. Vier personen waren werkzaam in de zorg of de voedselketen. In 2

gevallen waren 2 mensen ziek van dezelfde bron. De bron is geen enkele maal met zekerheid vastgesteld. Dit komt doordat de diagnose meestal pas laat wordt gesteld en er dan geen resten meer zijn van verdachte maaltijden, thuis of in publieke gelegenheden.

Infectieziekten gemeld door instellingen

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door Haagse instellingen in het derde kwartaal 2004.

'Huiduitslag' betrof meldingen van impetigo, vermoedens van vijfde ziekte en waterpokken in kinderdagverblijven en scholen. De luchtweginfecties waren meldingen van kinkhoest. Bij de overige aandoeningen ging het om een virale meningitis, een bacillaire dysenterie, en een grote uitbraak van bof onder studenten en medewerkers van een hogeschool in Den Haag. Om verdere verspreiding van deze uitbraak van bof tegen te gaan zijn ongeveer 1000 studenten en medewerkers van die school gevaccineerd.

Meldingen tijdens het derde kwartaal 2004, voor de regio Zuid-Holland West

Bacillaire dysenterie

Bacillaire dysenterie wordt voornamelijk op vakantie in het buitenland opgelopen. Het aantal gemelde gevallen in het derde kwartaal bedraagt 10: 5 keer *S. sonne*, 1 keer *S. dysenteriae*, 3 keer *S. flexner* en 1 keer *S. boydi*. De ziekte was opgelopen in India en Nepal (3 maal), in Nederland

ziektecategorie	Kinderdagverblijf	School basisonderwijs	Overig	totaal
Huiduitslag	5	1		16
Luchtweginfectie	2			6
Overige aandoeningen vermoedelijk van infectieuze aard	1	1	1	218

(3 maal), in de Dominicaanse Republiek (1) in Afghanistan(1) en Marokko (1).

Brucellose

Bij een vrouw van zesentwintig jaar is een infectie met brucella melitensis vastgesteld. Zij heeft de ziekte waarschijnlijk opgelopen tijdens een reis door Syrië en Jordanië, na het nuttigen van rauwe melkprodukten.

Hepatitis A

Er zijn 3 gevallen van hepatitis A gemeld. In vergelijking met het derde kwartaal 2003 (10) is dit een flinke daling. Het betrof een kind van 10 jaar die op vakantie in Indonesië was geweest, een homoseksuele man van 27 jaar die in de Oekraïne was geweest en een man van 45 jaar die eveneens naar Indonesië op vakantie was geweest. Hij had het reizigersprekeuur van de GGD bezocht maar wilde het advies een vaccinatie tegen hepatitis A te nemen, niet opvolgen. In het voorjaar heeft de GGD Zuid-Holland West een groot aantal kinderen van Turkse en Marokkaanse afkomst gevaccineerd tegen hepatitis A. Dit zou een factor kunnen zijn bij de daling van het aantal gemelde gevallen.

Hepatitis B

Het aantal gemelde gevallen van hepatitis B is 15. Twee van de meldingen betreffen acute hepatitis B. De bron van beide gevallen was niet te achterhalen. De andere 13 meldingen gaan over dragerschap van hepatitis B.

Kinkhoest

De kinkhoestepidemie in Nederland is goed terug te zien in de meldingen in de regio van de GGD Zuid-Holland West. In juli, augustus en september zijn respectievelijk 68, 85 en 60 meldingen

gedaan. In totaal in het derde kwartaal waren er 213 meldingen. Het werkelijk aantal gevallen zal veel hoger liggen.

Legionellose

Er is 5 keer legionellose gemeld. Drie maal was de infectie waarschijnlijk opgelopen in Griekenland. De andere twee personen hadden rondreizen door Europa gemaakt waarbij in het ene geval Duitsland, Oostenrijk en Zwitserland waren bezocht en in het andere geval Frankrijk en Spanje. De gemiddelde leeftijd was 70 jaar. (jongste 58 jaar; oudste 83 jaar)

Leptospirosis

Er zijn 2 gevallen van leptospirosis gemeld. In 1 geval is de ziekte waarschijnlijk opgelopen in een rivier in Frankrijk. De ander heeft het in Nederland opgelopen.

Malaria

Twee meldingen van malaria; 1 betrof een vrouw uit Nigeria die sinds een aantal maanden in Nederland was (*Plasmodium ovale*); en 1 betrof een vrouw die op vakantie was geweest in Papoea Nieuw Guinea en was besmet met een *Plasmodium vivax*. De profylaxe was juist ingenomen.

Meningokokkose

Er is 1 melding geweest van meningokokkose bij een zestienjarige meisje. De typering is nog niet bekend.

Paratyfus A

Bij een jongen van 13 jaar die in India was geweest is de diagnose paratyfus A gesteld.

Paratyfus B

Bij een vrouw van 78 jaar is de diagnose paratyfus B gesteld. Zij was niet in het buitenland geweest. Een bron is niet gevonden.

Tuberculose

Er zijn 8 gevallen van tuberculose gemeld.

Voedselinfectie

Er waren geen meldingen van voedselinfecties.

Aan deze rubriek werkten mee:

E.J.M. de Coster

E.M. Huisman

H. Brockhoff

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

Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte		Het derde kwartaal 2004			De voorgaande 4 kwartalen				t/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar	
		GGD Den Haag	GGD-Zuid-Holl. West	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden
		3e kw. 2004	3e kw. 2004	3e kw. 2004	3e kw. 2003 **)	4e kw. 2003 **)	1e kw. 2004 **)	2e kw. 2004 **)	1e t/m 3e kw. 2004	1e t/m 3e kw. 2003 **)
B-ziekten	bacillaire dysenterie	2	10	12	18	12	6	9	27	28
	buiktifus				7		1		1	12
	cholera									
	Creutzfeld-J's disease							1	1	
	hepatitis A	5	3	8	17	15	18	7	33	39
	hepatitis B *)	63	15	78	49	71	56	55	189	165
	hepatitis C				11					42
	kinkhoest	113	213	326	54	90	130	216	672	141
	legionella pneumonie	1	5	6	3	5	1	1	8	9
	mazelen									2
	meningokokkose	2	1	3	6	5	4	4	11	26
	paratyfus A	2	1	3	3	1			3	4
	paratyfus B (C)		1	1	2	1			1	3
	tuberculose	40	8	48	40	43	34	53	135	129
	voedselvergiftiging of voedselinfectie	6		6	3	3	1	9	16	13
C-ziekten	brucellose		1	1			1		2	
	E.coli 0157									1
	leptospirose	1	2	3			1	1	5	
	malaria	6	2	8	9	14	5	8	21	16
	ornithose/psittacose				2	1				7
	Q-koorts									
	rode hond									
totaal		241	262	503	224	261	258	364	1125	637

*) Inclusief dragers

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

De GGD Den Haag doet opgave over de gemeente Den Haag en de GGD Zuid-Holland West over de gemeenten Rijswijk, Leidschendam-Voorburg, Wassenaar, Zoetermeer, Delft, De Lier, 's-Gravenzande, Maasland, Monster, Naaldwijk, Nootdorp, Schipluiden, Wateringen en Pijnacker (de laatste 10 gemeenten vanaf het vierde kwartaal 2002).

