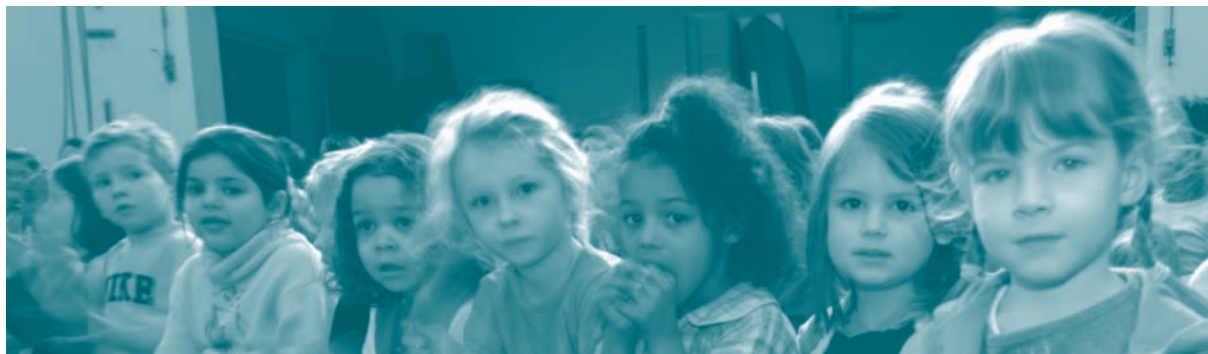


Redactioneel

Jeugd voor het voetlicht, blij nieuwsgierig



Dit themanummer gaat over hoe Den Haag vormgeeft aan een eigen jeugdbeleid. Vanuit verschillende invalshoeken en gezichtspunten laten we zien wat er in de stad daadwerkelijk gebeurt, in het bijzonder voor jeugdigen -en hun gezinnen- met wie het niet goed gaat.

Het eerste artikel schetst het pallet van de Haagse populatie van 0 tot 23 jaar, nu en in de nabije toekomst. Deze groepsfoto wordt verder uitgediept in het artikel over psychosociale thema's en leefstijlen, waarin een beeld ontstaat van bepaalde groepen kwetsbare jongeren.

In de volgende serie van vier artikelen staat de vraag centraal wat Den Haag doet en van plan is te gaan doen met deze groepen jongeren, en ook hoe centra voor jeugd en gezin daaraan kunnen bijdragen. Allereerst belichten we het Actieprogramma Jeugd, een ambitieus programma dat valt en staat met goede samenwerking tussen alle betrokkenen op lokaal en regionaal niveau. Vervolgens zet de Wethouder Jeugd in een interview de breedte van de Haagse aanpak uiteen, evenals de bestuurlijke uitgangspunten waarlangs Den Haag deze ambities wil realiseren. Het artikel 'Geen nieuw team, maar een andere opstelling' laat zien hoe sturen en stimuleren van samenwerking in de keten heeft geleid tot het Haags concept van een Centrum voor Jeugd en Gezin, 'van keten naar zorgnetwerk'. Het laatste artikel van de reeks biedt een kijkje in de keuken van het eerste Haagse Centrum voor Jeugd en Gezin, dat eind juni 2008 de deuren opende. Direct betrokkenen vertellen over de aanloopfase: "blijf nieuwsgierig en benut elkaars expertise".

In de serie 'Dagboek van een professional' dit keer de werkweek van de Haagse gezinscoaches. Hier wordt pas echt duidelijk wat de praktijk van werken met probleemgezinnen inhoudt.

Tenslotte een artikel over overgewicht bij Haagse schoolkinderen over de periode 1999 tot 2007. Opvallend gegeven uit het onderzoek is dat overgewicht afneemt bij Nederlandse meisjes en stabiliseert bij Marokkaanse en Surinaams Hindostaanse kinderen en Nederlandse jongens. Overgewicht neemt echter toe bij Turkse kinderen. Niet duidelijk is waardoor dit komt. De onderzoekers bevelen aan gezondheidsbevorderende campagnes -zoals 'Gezond Gewicht'- specifiek te richten op achterstandsgroepen, in het bijzonder op Turkse kinderen, hun ouders en hun fysieke en sociale omgeving. De Haagse inzet via het actieprogramma GezondheidsAchterstand moet Wijken lijkt hier eens te meer gerechtvaardigd.

Dit themanummer maakt duidelijk dat Den Haag het belang onderkent van ruime aandacht voor de jeugd. Als eerste van de grote steden in Nederland heeft Den Haag een wethouder met speciaal het onderwerp Jeugd in zijn portefeuille. Die wethouder en zijn programmabureau Jeugd verbinden de terreinen jeugd, gezondheid en onderwijs, en hameren voortdurend op dwarsverbindingen en samenwerking tussen professionals. Inmiddels wordt die samenwerking-op-de-werkvloer al een aantal jaren gepraktiseerd. De winst wordt nu zichtbaar, bijvoorbeeld in het Haagse Centrum voor Jeugd en Gezin.

Haagse jongeren nu, en in de toekomst

Een sociaal-demografische verkenning

I. Burger

'Jeugd en gezin' staan centraal in het beleid van het kabinet Balkenende IV. In alle gemeenten komen Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's). Ouders, kinderen, jongeren tot 23 jaar en professionals kunnen bij de centra terecht met allerlei vragen over opvoeden en opgroeien. De centra bieden advies en hulp op maat. In Den Haag is in juni van dit jaar in stadsdeel Laak het eerste Centrum voor Jeugd en Gezin van start gegaan. Daar bundelen de GGD Jeugdgezondheidszorg Den Haag, Meavita Opgroeiende Kinderen, Bureau Jeugdzorg Haaglanden, Stichting MOOI, Stichting Jeugdformaat en Stichting De Jutters hun krachten. In 2011 zal in ieder stadsdeel in Den Haag een Centrum voor Jeugd en Gezin staan. In een aantal artikelen in dit Epidemiologisch bulletin komen werkwijze en zienswijze van deze centra uitgebreid aan bod.

Dit inleidende artikel schetst de sociaal-demografische kenmerken van de Haagse jongeren voor wie dergelijke voorzieningen in het leven worden geroepen. Over wie hebben we het, waar wonen deze jongeren, waar komen ze vandaan, hoe oud zijn ze en op wat voor scholen zitten ze? In afzonderlijk leesbare paragrafen komen demografische (prognose)cijfers aan de orde (geslacht, leeftijd, etniciteit, woonlocatie) en migratie- sterfte- en onderwijsgegevens. Aansluitend aan dit artikel volgt een epidemiologische bijdrage over de psychosociale thema's die spelen bij deze jongeren. Het omvat aantallen van sociaal kwetsbare jongeren zoals voortijdig schoolverlaters, tienermoeders, zwerfjongeren en aantallen jongeren die opgroeien in eenoudergezinnen of in armoede leven. Op basis van Nederlandse literatuur wordt de aard en omvang van (psychiatrische) gedragsstoornissen onder jongeren geïnventariseerd. Ook beschrijft dit artikel belangrijke gezonde en ongezonde leefstijlen van jongeren, zoals bewegen en alcohol- en/of druggebruik. Buiten het bestek van beide artikelen blijven prevalenties van somatische aandoeningen en ziekten, en het zorggebruik van jongeren bij instellingen.

Geslacht, leeftijd en etniciteit

Op 1 januari 2008 woonden er volgens de Gemeentelijke Basis Administratie 71.310 jongens en 70.331 meisjes jonger dan 25 jaar in Den Haag. De aantallen per leeftijd voor de jongens en meisjes staan in figuur 1. Het gemiddelde per levensjaar is 5.600 jongens en meisjes. Op jonge leeftijd 0 t/m 3 jaar en op oudere leeftijd 21 t/m 24 jaar zijn de aantallen het hoogst. De aantallen laten een U-verdeling zien met de laagste aantallen in de middelste gepresenteerde leeftijden (10 t/m 13 jaar). De (weer) hogere aantallen op oudere leeftijd kunnen duiden op een toestroom van HBO-studenten naar Den Haag.

De Haagse jeugd wordt qua samenstelling steeds kleurrijker. Dit fenomeen zien we, zoals verwacht, ook terug in Amsterdam en Rotterdam (figuur 2).

In de drie grootste steden van Nederland overtreft het aantal westerse en niet-westerse allochtone jongeren (0-24-jarigen) dat van de autochtone jongeren. Dit is het geval in alle onderscheiden leeftijdsklassen. Het aandeel allochtone stedelingen onder de twintig is in Den Haag iets kleiner (55-58%) dan in Amsterdam of Rotterdam.

Wanneer we de absolute omvang van de Haagse jeugd per leeftijds- en etniciteitsgroep nu (2008) en over 15 jaar (2022) nader beschouwen (zie figuur 3) dan zien we belangrijke verschuivingen ontstaan (1). De absolute omvang van de autochtone jongeren neemt in alle onderscheiden leeftijdsgroepen af, in bijzonder bij de 0-4-jarigen¹, de 5-9-jarigen en de 20-24-jarigen. De omvangrijke groep jongeren die zelf of van wie (één van) de ouders afkomstig zijn uit 'overige

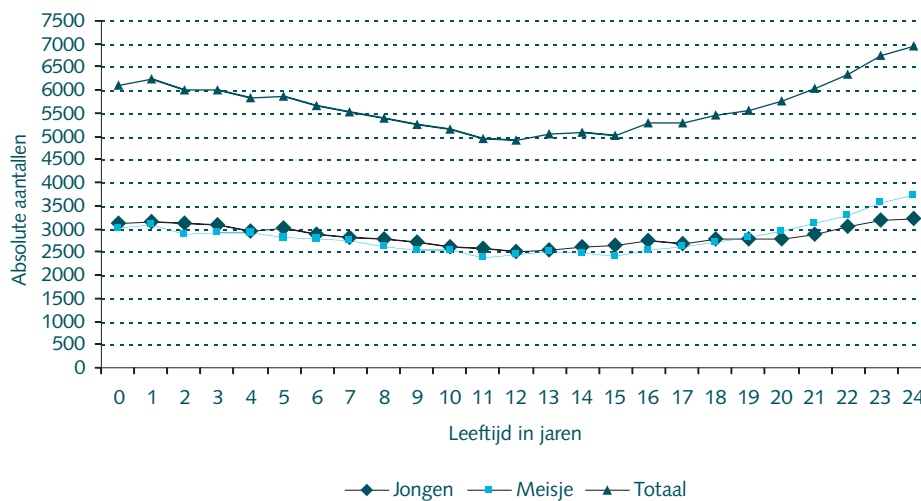
Over de auteur:

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

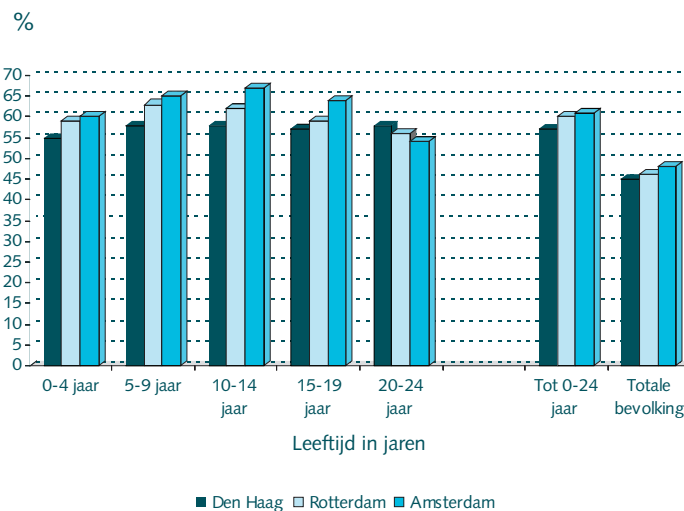
¹ Hieronder kunnen zich ook derdegeneratie kinderen bevinden die niet meer als allochtone Hagenaar staan geregistreerd.

Figuur 1.

Leeftijd en geslachtsverdeling van Haagse 0-24-jarigen. Den Haag, 1 januari 2008

**Figuur 2.**

Percentage 0-24-jarige allochtone bewoners (in vijfjaarsklassen) in de drie grootste steden in Nederland. Den Haag, Rotterdam en Amsterdam, 2007



Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek. Heerlen/Voorburg. Statline 2007.

niet-geïndustrialiseerde landen' groeit in de vijf vijfjaarsklassen met circa een kwart tot ruim een derde. De Turkse en Marokkaanse 0-9-jarige Hagenaars nemen in aantal niet of nauwelijks meer toe. Maar over vijftien jaar groeit hun aantal nog wel onder de oudere jeugd en jongvolwassenen. Bij de Surinaamse en de Antilliaanse Hagenaars zien we alleen een (lichte) toename onder de 20-24-jarigen.

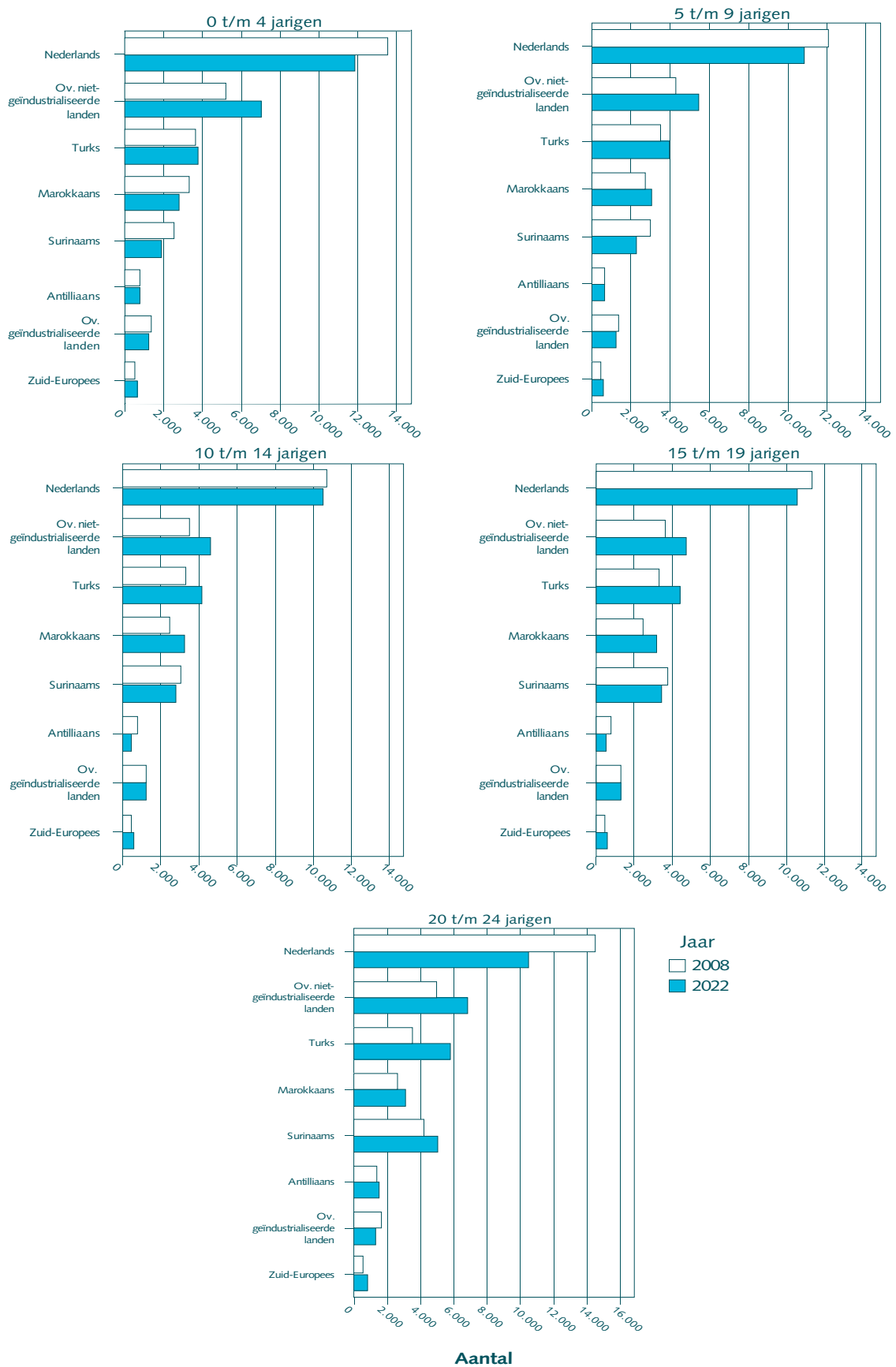
De kinderrijkste wijken in Den Haag zijn de Schilderswijk, Laakkwartier en Spoorwijk en de nieuwe wijken Ypenburg, Leidschenveen en Wateringse Veld (tabel 1) (1). Hier wonen in absolute

aantallen de meeste 0-14-jarigen. In 2022 zien we vier van deze vijf wijken terug in de top-vijf. Bouwlust is daaraan toegevoegd in de plaats van Leidschenveen.

Etnische groepen wonen verschillend gespreid over de stad. De meeste autochtone kinderen en pubers wonen in Ypenburg, Leidschenveen en Wateringse Veld, zo blijkt uit gegevens van de Dienst Burgerzaken in 2007 (tabel 2). De Schilderswijk, Laakkwartier en Spoorwijk en inmiddels ook Bouwlust/Vrederust zijn wijken waar in absolute zin veel Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse en 'overig niet-geïndustrialiseerde' jonge Hagenaars wonen.

Figuur 3.

Prognose per etnische groep van het absolute aantal 0-4-jarigen, 5-9-jarigen, 10-14-jarigen, 15-19-jarigen en 20-24-jarigen. Den Haag, 2008 en 2022.



Tabel 1.

De tien wijken waar in absolute aantallen de meeste 0-14-jarigen wonen. Den Haag 2008 (boven) en 2022 (onder)

Wijknr.	Naam wijk	Abs. aantal 0-14-jarigen	Percentage van alle wijkbewoners
2008			
29	Schilderswijk	8.615	26,3
38	Laakkwartier en Spoorwijk	6.793	18,9
42	Ypenburg	6.754	28,3
44	Leidschenveen	5.302	28,9
40	Wateringse Veld	4.610	26,6
33	Bouwlust/Vrederust	4.582	18,3
31	Rustenburger en Oostbroek	3.219	18,6
36	Moerwijk	3.153	16,5
30	Transvaalkwartier	2.844	22,4
20	Valkenboskwartier	2.706	15,4
2022			
38	Laakkwartier en Spoorwijk	8.002	19,8
29	Schilderswijk	7.916	25,0
42	Ypenburg	4.722	20,2
33	Bouwlust/Vrederust	4.613	18,7
40	Wateringse Veld	4.331	21,4
44	Leidschenveen	3.940	20,7
36	Moerwijk	3.559	18,1
31	Rustenburger en Oostbroek	3.335	19,1
20	Valkenboskwartier	2.790	15,8
34	Morgenstond	2.633	15,7

Tabel 2.

Per etnische groep de 'top-drie-wijken' waar de meeste 0-19-jarigen wonen uit de desbetreffende bevolkingsgroep. Den Haag, januari 2007

Etnische groep	1e plaats (Aantal)	2e plaats (Aantal)	3e plaats (Aantal)
Nederlanders	Ypenburg (N= 4.889)	Leidschenveen (N= 3.427)	Wateringse Veld (N= 3.242)
Turken	Schilderswijk (N= 3.705)	Transvaalkwartier (N= 1.645)	Bouwlust/Vrederust (N= 1.381)
Marokkanen	Schilderswijk (N= 3.559)	Laakkwartier en Spoorwijk (N= 1.416)	Bouwlust/Vrederust (N= 1.161)
Surinamers	Laakkwartier en Spoorwijk (N=1.841)	Schilderswijk (N=1.762)	Ypenburg (N= 858)
Antillianen	Laakkwartier en Spoorwijk (N= 505)	Schilderswijk (N= 418)	Bouwlust/Vrederust (N= 337)
Zuideuropeanen	Laakkwartier en Spoorwijk (N= 146)	Ypenburg (N=116)	Bezuidenhout (N= 95)
Overig geïndustrialiseerd	Geuzen- en Statenkwartier (N=599)	Benoordenhout (N= 516)	Ypenburg (N=385)
Overig niet-geïndustrialiseerd	Laakkwartier en Spoorwijk (N= 1.979)	Schilderswijk (N= 1.558)	Bouwlust/Vrederust (N= 1.117)
Totaal	Schilderswijk (N= 11.568)	Laakkwartier en Spoorwijk (N= 9.303)	Ypenburg (N= 7.383)

Naast de Schilderswijk en Bouwlust/Vrederust is Transvaalkwartier ook een wijk waar veel Turkse jongeren wonen. Voor jongeren die zelf of van wie de ouders uit de 'overig geïndustrialiseerde landen' komen zijn de wijken Geuzen- en Statenkwartier, Benoordenhout als ook Ypenburg het meest in trek.

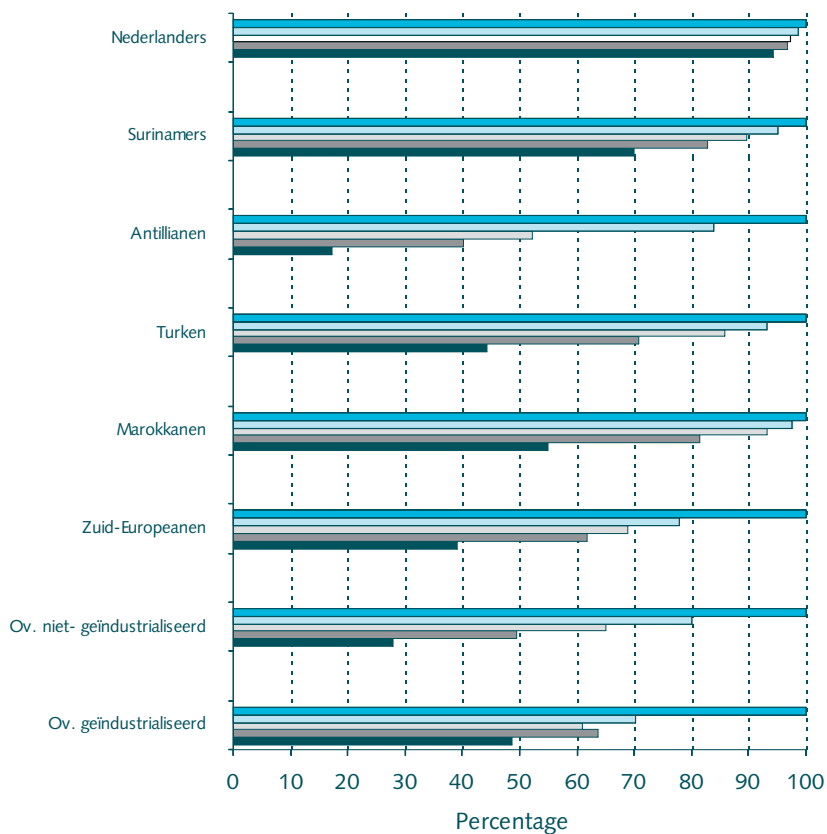
Migratie

De vestiging van buitenlanders in Den Haag is afgenomen, maar niet zo sterk als in Amsterdam en Rotterdam. Gedurende de jaren 1999-2006 bleef deze instroom vrij constant, het schommelde tussen de 7,5 en 8,5 duizend personen per jaar (2). De nieuwbouwwijken Ypenburg en Leidschenveen trokken veel (binnenlandse) vestigers. In 2006 kende Den Haag voor het eerst sinds 1996 zowel een binnenlands als een buitenlands vertrekoverschot. Een binnenlands vertrekoverschot zien we bij de 0-9-jarige Hagenaars, dit in tegenstelling tot de 10-19-jarigen onder wie het binnenlandse migratiesaldo vrijwel nul is.

Met name allochtone jongeren in Den Haag hebben vaak niet hun hele leven in Nederland gewoond. Vanzelfsprekend is de maximaal mogelijke verblijfsduur in Nederland afhankelijk van de leeftijd van de jongere. In figuur 4 is voor acht verschillende herkomstgroepen (per leeftijdscategorie) het percentage jongeren weergegeven dat (vrijwel) zijn of haar hele leven in Nederland heeft gewoond. 'Vrijwel' omdat ook de vestigingsduur uitgedrukt is in vijfjaarsklassen. Dat betekent dat volgens deze indeling een jongere ongeacht zijn of haar leeftijd niet meer dan vier jaar in het buitenland heeft gewoond. Zoals verwacht is het percentage jongeren dat (vrijwel) zijn of haar hele leven in Nederland heeft gewoond het hoogst onder de Nederlanders (95% of meer). Onder de Antillianen liggen deze percentages het laagst. Nog niet één op de vijf Antilliaanse 20-24-jarigen heeft zijn of haar hele leven in Nederland gewoond (overig niet-geïndustrialiseerd 28%, Zuid-Europees 39%, Turks 44%, overig geïndustrialiseerd 49%, Marokkaans 55%, Surinaams 70%, en Nederlands 94%).

Figuur 4.

Per etnische groep het percentage 0-4-, 5-9-, 10-14-, 15-19-, en 20-24-jarigen dat (vrijwel)² zijn of haar hele leven in Nederland heeft gewoond. Den Haag 2008



² De jongere kan maximaal vier jaar in het buitenland hebben gewoond.

Tabel 3.

Sterfte (uitgedrukt in de SMR³) naar etniciteit, leeftijd en geslacht. Den Haag 1995-2003

Etniciteit	0-14-jarigen		15-24-jarigen	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Nederlands	100	100	100	100
Antilliaans	185	314	179	283
Surinaams	91	182	97	154
Turks	112	222	107	173
Marokkaans	158	226	138	179

Bron: Gemeente Den Haag, Dienst Burgerzaken, bevolkings- en sterftegegevens, bewerkt door de afdeling Epidemiologie.

Sterfte

Met uitzondering van de Surinaamse jonge mannen is onder groepen allochtone Hagenaars van 0-14 en 15-24 jaar de sterfte hoger dan die onder hun autochtone leeftijdgenoten (zie tabel 3). Op 0-4-jarige leeftijd is de sterfte (uitgedrukt per 1.000 0-4-jarigen per jaar) onder allochtone Hagenaars ook hoger dan die onder autochtone kinderen (respectievelijk 1,6 per 1.000 per jaar en 1,1 per 1.000 0-4-jarigen in 1995-2003). En meer recente cijfers (2002-2006) over sterfte in het eerste levensjaar laten ook ongunstiger uitkomsten zien voor de Marokkaanse, Turkse, Surinaamse en Antilliaanse Hagenaars (3).

De meeste kinderen (43%) die in de periode 1996-2002 voor hun vijfde levensjaar stierven, overleden als gevolg van aandoeningen ontstaan in de perinatale periode (tussen de 24ste week van de zwangerschap en de tweede week na de geboorte) en aan aangeboren afwijkingen (29%), bijvoorbeeld als gevolg van erfelijke ziekten in combinatie met bloedverwantschap (4)(5)(6)(7). In 5% van de gevallen ging het om niet-natuurlijke doodsoorzaken, zoals verdrinking. Over de periode 1996-2005 werd recent vastgesteld dat in Nederland het verdrinkingsrisico bij jonge kinderen daalt, maar dat dit risico verhoogd is bij kinderen van recent geïmmigreerde niet-westerse allochtonen. Hun kans om door verdrinking te overlijden is drie keer groter dan die van autochtone kinderen (8).

Onderwijs

Voorschool

Op 1 februari 2007 zat bijna een kwart van de Haagse peuters (kinderen in de leeftijd van 2,5 tot 4 jaar) op een voorschool⁴ (tabel 4) (9). Van de vier-, vijfjarige kleuters in Den Haag was dit bijna de helft. Het grootste deel van de groep van 7.499 peuters en kleuters op de voorschool had een Turkse of Marokkaanse achtergrond, kwam uit een (ander) niet-geïndustrialiseerd land of had een Nederlandse achtergrond (respectievelijk 1.883, 1.404, 1.384 en 1.305 kinderen). De jongens waren enigszins in de meerderheid (52%).

Basisonderwijs

In het najaar van 2007 volgden ruim 40.000 kinderen regulier basisonderwijs in Den Haag. Op bijna tweederde van de basisscholen is de etnische samenstelling van de leerlingenpopulatie nagenoeg gelijk aan die van de wijk (minder dan 15% verschil) (10). Circa twee op de vijf leerlingen in het basisonderwijs waren zogenaamde 'gewichtleerlingen' (11): leerlingen voor wie de school vanwege verwachte leerachterstand extra financiering krijgt (vanaf het schooljaar 2005/2006 is het criterium voor deze toekenning beperkt tot uitsluitend het opleidingsniveau van de ouders). 0,8% Van de leerlingen op de basisschool was vluchteling.

In zogenoemde schakelklassen krijgen kinderen met taalachterstand intensief taalonderwijs. Dit gebeurt vooral binnen, maar soms ook buiten de reguliere schooltijden. In het schooljaar 2006/2007 had Den Haag 51 schakelklassen gerealiseerd.

1.150 Kinderen (merendeels jongens: 66%) volgden speciaal basisonderwijs (sbo) (tabel 4). Het aandeel allochtone leerlingen op het speciaal onderwijs in Den Haag is enigszins in de meerderheid (52%).

Voortgezet onderwijs

In het schooljaar 2007/2008 werd ongeveer één van de vijf brugklasleerlingen voorbereid op het VMBO-onderwijs. Het aantal leerlingen dat in de klassen zit voor het voortgezet onderwijs (tabel 4) wordt in belangrijke mate beïnvloed door de duur van de opleiding. In de HAVO/VWO-klassen zitten weinig

³ De Standardized Mortality Ratio is een relatieve maat voor sterfte in een indexpopulatie (de groepen allochtone Hagenaars) ten opzichte van een referentiepopulatie (hier de autochtone Hagenaars: SMR 100). Deze ratio corrigeert voor verschillen in bevolkingsomvang en leeftijdsopbouw. De SMR geeft aan of er sprake is van over- of ondersterfte. Is de uitkomst lager dan 100 dan is er sprake van ondersterfte, boven 100 van oversterfte. Bijvoorbeeld: een SMR van 185 geeft aan dat de sterfte onder de Antilliaanse mannen 85% hoger is dan onder de Nederlandse mannen.

⁴ Voorscholen zijn bestemd voor peuters in de leeftijd van 2,5 t/m 3 jaar en voor kinderen in groep 1 en 2 van de basisschool die in een achterstandssituatie verkeren. Het gaat vooral om taalachterstanden. Een voorschool bestaat uit een peuterspeelzaal en een basisschool die gezamenlijk een programma voor voor- en vroegschoolse educatie uitvoeren. Ze zijn verbonden aan basisscholen 'Gemeentelijk Onderwijs Achterstandenbeleid'.

Tabel 4.

Aantallen kinderen en jongeren op (voor)scholen voor (bijzonder) basis- en voortgezet onderwijs. Den Haag 2007

Schooltype	Aantal leerlingen in 2007
Voorschool^a	7.499
Voorschool, peuters	2.121
Voorschool kleuters groep 1 en 2	5.378
Basisonderwijs^b	42.921
Regulier basisonderwijs	41.771
Speciaal basisonderwijs ^c	1.150
Voortgezet onderwijs^b	22.190
(Verlengde) Brugklas AVO/VMBO	1.297
(Verlengde) Brugklas HAVO/VWO	5.121
Praktijkonderwijs ^d	1.074
VMBO (leerweg ondersteunend onderwijs)	2.026
VMBO (beroepsgerichte en gemengde leerweg)	2.493
VMBO (theoretische leerweg)	1.987
HAVO	3.289
VWO (atheneum en gymnasium)	4.903
Regionaal Expertise centrum ^e	1.792

^a Bron: Den Haag in cijfers: Gemeentelijk leerlingenadministratiesysteem (Civision), Den Haag 1 februari 2007.

^b Bron: Den Haag in cijfers: Centrale Financiën instellingen (Cfi), leerling tellingen. Den Haag, 1 oktober 2007.

Turkse en Marokkaanse leerlingen: 2% is van Turkse herkomst en 1,4% van Marokkaanse (12). Onder alle leerlingen in het voortgezet onderwijs is dit ruim vier keer zoveel (9% en 7%).

In 2005 behaalden in Den Haag 56% van de examen-kandidaten een diploma voor het VMBO, 21% voor de HAVO en 23% voor het VWO (dit laatste percentage is hoger dan het Nederlandse gemiddelde van 18%) (13).

Praktijkonderwijs⁶ rekent men niet tot het reguliere onderwijs; het beperkt zich tot het aanleren van competenties voor dagbesteding, (zelfstandig) wonen en eventueel werken. In 2007 volgden ruim duizend

leerlingen dit onderwijs in Den Haag. Jongens waren in de meerderheid (57%). Turkse, Marokkaanse en Antilliaanse leerlingen zaten meer dan gemiddeld op dit type onderwijs: 22% was van Turkse herkomst, 13% van Marokkaanse en 6% van Antilliaanse (gemiddeld op het voortgezet onderwijs respectievelijk 9%, 7% en 3%) (12).

Ten slotte zaten 1.792 leerlingen (peildatum 1 oktober 2007) door ziekte, beperking of ernstige leer- of opvoedingsproblemen op een speciale school van de regionale expertisecentra (REC)⁷. De grootste groepen vormden de zeer moeilijk lerende kinderen (31%) en de zeer moeilijk opvoedbare kinderen

⁵ Kinderen met een betrekkelijk laag of laag intelligentieniveau en kinderen die een leerachterstand hebben kunnen naar het speciaal basis-onderwijs (sbo). Kinderen op sbo-scholen dienen na het verlaten van deze school dezelfde basiskennis behaald te hebben als kinderen die op een gewone basisschool gezeten hebben, maar ze mogen daar wel langer over doen. Uitlopen kan tot 14 jaar. (9).

⁶ Praktijkonderwijs is bedoeld voor leerlingen voor wie het behalen van een diploma in één van de leerwegen van het VMBO te hoog gegrepen is (IQ: 60-75). Dit onderwijs leidt leerlingen op voor wonen, werken en vrije tijd. Voor het praktijkonderwijs geldt in principe geen cursusduur, maar wel een leeftijdsgrens van 20 jaar (9).

⁷ Tot het regionaal expertisecentrum ken men zich wenden bij kinderen die vanwege ziekte of beperking (geestelijk, lichamelijk of zintuiglijk) of bij het opvoeden en het leren speciale aandacht nodig hebben en niet terecht kunnen bij het (speciaal) basisonderwijs of voortgezet onderwijs. Den Haag kent drie zmlk-scholen, een tytyl-school en een mytyl-school (www.haagseonderwijsportal.nl).



(29%). 12% Zat op het pedologisch instituut, 10% had ernstige spraakstoornissen, 7% was langdurig ziek, 6% was lichamelijk gehandicapt en 5% was meervoudig gehandicapt.

Tot slot

In vogelvlucht geeft dit artikel een indruk van de omvang van de diverse groepen Haagse jongeren, nu en in de nabije toekomst. De multiculturele samenstelling van de Haagse bevolking is bij uitstek onder jongeren evident. Velen hebben echter vrijwel hun hele leven in Nederland gewoond. Voor een belangrijk deel wonen ze geconcentreerd in (centrum)-wijken. Speciale onderwijstrajecten bieden mogelijkheden om eventuele achterstanden in leerqualiteiten in te lopen. (Niet-westerse) allochtone jonge Hagenaars maken hier veelvuldig gebruik van. Het behoeft geen betoog dat een goed opleidingsniveau kansen op ongezondheid verkleint. Dat begint al rond de geboorte.

Literatuur:

1. Bevolkingsprognose Den Haag 2006-2022: de toekomstige ontwikkeling van de bevolking, de huishoudens en de etniciteitsgroepen. Dienst Stedelijke Ontwikkeling/-Beleid/Onderzoek. Den Haag, november 2006.
2. Haagse migratie. Korte berichten. Bevolkingstrends, statistisch kwartaalblad over demografie van Nederland 2007; 55 nr 4: 6.
3. Gemeente Den Haag, Dienst Burgerzaken, bevolkings- en sterftegegevens, bewerkt door de afdeling Epidemiologie.
4. GGD Nederland, werkgroep Regionale Gezondheidsinformatie (RGD). Gegevens over mortaliteit 1996-2002.
5. Garssen J, Meulen van der A. Ontwikkelingen rond de perinatale sterfte in Nederland. Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolkingstrends, 3e kwartaal 2004.
6. Troe EJ, Bos V, Deerenberg IM e.a. Ethnic differences in total and cause-specific infant mortality in The Netherlands. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 2006; 20 nr. 2: 140-7.
7. Garssen J, Meulen A van der. Overlijdensrisico's naar herkomstgroep: daling en afnemende verschillen. Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolkingstrends, 4e kwartaal 2007.
8. Garssen MJ, Hoogenboezem J, Bierens JJLM. Afname van het verdrinkingsrisico bij jonge kinderen, maar verhoogd risico bij kinderen van recent geïmmigreerde niet-westerse allochtonen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008; 152 nr 21: 1216-20.
9. Staat van de jeugd in Den Haag: een inventarisatie van gegevens over kinderen en jongeren in Den Haag. Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, afdeling Onderzoek en Integrale Vraagstukken. Den Haag, september 2007 (geactualiseerd).
10. Leerlingstromen in het Haagse basisonderwijs, schooljaar 2006/2007. Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, onderzoek en integrale vraagstukken. Den Haag, augustus 2007.
11. Staat van de jeugd in Den Haag 2008: een inventarisatie van gegevens over kinderen en jongeren in Den Haag. Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, afdeling Onderzoek en Integrale Vraagstukken. Den Haag, oktober 2008.
12. Gemeentelijk leerlingenadministratiesysteem (Civision). Den Haag, maart 2007.
13. Den Haag in Cijfers/inspectie van Onderwijs, bewerking Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, Onderzoek en Integrale Vraagstukken. Den Haag, 2005.

Haagse jongeren

Psychosociale verkenningen en leefstijlen

I. Burger



Waar het voorgaande artikel *Haagse jongeren* liet zien in sociaal-demografisch perspectief, biedt onderstaand artikel een algemeen overzicht van psychosociale thema's, die spelen onder jongeren in Den Haag en van enkele leefstijlen, die zij hanteren. Beknopt in afzonderlijke paragrafen weergegeven passeren de volgende onderwerpen de revue: 'voortijdige schoolverlaters', 'tiernermoeders', 'zwerfjongeren', 'éénoudergezinnen', 'armoede', 'gedragsstoornissen en overige psychische problematiek', 'genotmiddelen' en 'bewegen'.

Voortijdige schoolverlaters

In het schooljaar 2006/2007 hebben 4.433 leerlingen het voortgezet onderwijs voortijdig verlaten (1). Dit zijn jongeren in de leeftijd van 12 tot 23 jaar die langer dan één maand niet staan ingeschreven bij een onderwijsinstelling en geen diploma met een startkwalificatie hebben (geen havo of vwo-diploma of een mbo-diploma vanaf niveau 2) (2). Allochtone scholieren verlaten het onderwijs beduidend vaker voortijdig dan autochtone leerlingen (66% is allochtoon). Het betreft vooral Surinaamse, Turkse, Marokkaanse jongeren of leerlingen die afkomstig zijn uit andere niet-geïndustrialiseerde landen. 61% Van de voortijdig schoolverlaters kon in hetzelfde schooljaar (weer) worden geleid naar onderwijs of werk. Dit lukte bij autochtone en allochtone jongeren in gelijke mate.

Tiernermoeders

Gedurende 2002-2006 is in Den Haag het aantal geboortes bij jonge moeders in de leeftijd van 10-19 jaar (tiernermoeders) sterk gedaald (zie figuur 1). In 2006 waren dit er 98 (1,5% van alle geboortes in 2006), ruim de helft minder dan in 2001. De moeders van de kinderen woonden vooral in de Schilderswijk en in Laakkwartier/Spoorwijk (2006: in beide wijken 12 geboortes). En het waren naar verhouding vooral Antilliaanse tiernermoeders, wanneer rekening wordt gehouden met het aantal geboortes in deze bevolkingsgroep. Ook landelijk is er sinds 2001 sprake van een daling in het geboortecijfer onder tiernermoeders, in bijzonder bij niet-westerse herkomstsgroepen (3). Binnen Europa (EU-25) is Nederland

een land met relatief weinig tiernermoeders, alleen in Zweden, Denemarken en Slovenië doen zich per 1.000 tienermeisjes (iets) minder geboortes voor (4).

Zwerfjongeren

Zwerfjongeren zijn jongeren tot 25 jaar met meervoudige problematiek, die dakloos zijn of in de crisis- of noodopvang verblijven. Jongeren die als gevolg van hun problemen, langdurig logeren bij familie of vrienden vallen ook onder de definitie. Zwerfjongeren zijn vaak meer thuis- dan dakloos. Ze lopen in meerdere opzichten een verhoogd (gezondheids)risico. Naar schatting waren er in 2006 in Den Haag ruim 600 zwerfjongeren (5). Dit aantal is gebaseerd op de 509 meldingen in 2006 bij de Centrale Toegang Maatschappelijke Opvang, waar sinds 2005 alle relevante Haagse instellingen zwerfjongeren melden (dit zijn vrijwel allen jongeren van 18 tot 25 jaar). Het aantal jongeren onder de 18 jaar, dat door Bureau Jeugdzorg als zwerfjongere wordt geregistreerd, ligt jaarlijks tussen de 100 en 150.

Éénoudergezinnen

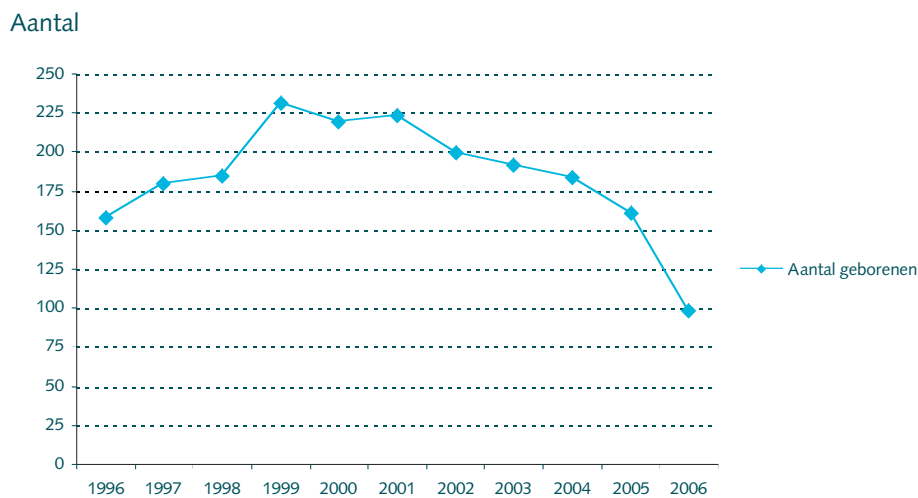
Gemiddeld zijn (jonge) kinderen die in een éénoudergezin opgroeien kwetsbaarder dan kinderen die in een gezin opgroeien waar beide ouders deel van uitmaken. Op 1 januari 2007 woonden in Den Haag ruim 22.000 minderjarigen in een éénoudergezin: 22,5% van alle 0-17-jarigen in Den Haag. Dit percentage loopt op van 16,1% onder 0-3 jarigen naar 26,6% onder 12-17-jarigen (tabel 1). Voor alle onderscheiden leeftijdsgroepen geldt dat in de stadsdelen Laak, Centrum en Escamp het aandeel kinderen in

Over de auteur:

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

Figuur 1.

Aantal geborenen bij tienermoeders (10-19-jarige vrouwen). Den Haag 1996-2006



Bron: Den Haag in cijfers, Dienst Burgerzaken

éénoudergezinnen het grootst is. De hoogste percentages kinderen die in een éénoudergezin leven treffen we aan bij Antilliaanse en Surinaamse kinderen (respectievelijk 43% en 35% van de 0-22-jarigen).

Armoede

Opgroeien in (relatieve) armoede kan een belemmerende factor zijn bij de persoonlijke en sociale ontwikkeling van kinderen. In 2005 groeide in Den Haag bijna één van de vier jongeren onder de

achtien op in een minimahuishouden¹ (tabel 2)(6). Bijna een kwart van de kinderen, dat opgroeit in een minimahuishouden is van Marokkaanse herkomst. Van alle Marokkaanse kinderen en van alle Antilliaanse/Arubaanse kinderen leeft meer dan de helft op het minimum. Bijna de helft van de jongeren leeft al meer dan drie jaar op het sociale minimum. De minimajongeren wonen vooral in de Schilderswijk, Laakkwartier en Spoorwijk en Bouwlust/-Vrederust.

Tabel 1.

Per stadsdeel het aandeel 0-3-jarige, 4-11-jarige en 12-17-jarige kinderen (per 100 jongeren in de leeftijdsklasse) dat in een éénoudergezin opgroeit. Den Haag 2007

Stadsdeel	0-3- jarigen Aantal per 100 jongeren	4-11- jarigen Aantal per 100 jongeren	12-17- jarigen Aantal per 100 jongeren
Laak	23,8	28,1	35,9
Centrum	20,5	28,7	33,6
Escamp	19,3	24,2	30,9
Haagse Hout	15,1	22,7	28,7
Loosduinen	14,9	21,5	26,8
Segbroek	12,6	19,9	26,5
Scheveningen	10,8	15,7	21,0
Leidschenveen-Ypenburg	6,1	10,1	16,8
Den Haag	16,1	22,0	26,6

Bron: Gemeentelijk basisadministratie voor de bevolkingsgegevens, o.a. bewerkt door de Dienst Stedelijke Ontwikkeling.

¹ Huishoudens met een inkomen op het huidige wettelijke sociale minimum dat voor hun huishoudtype en leeftijd geldt. Feitelijk gezien hebben huishoudens die een AOW uitkering ontvangen een inkomen van 105 procent van de bijstandsnorm. Om die reden wordt een ondergrens van 105 procent van het sociale minimum aangehouden.

Gedragstoornissen en overige psychische problematiek

Instellingen voor jeugdzorg krijgen dikwijls te maken met jongeren die (psychiatrische) gedragsstoornissen hebben. Schattingen over het vóórkomen van (psychiatrische) gedragsstoornissen lopen uiteen doordat meetinstrumenten en/of diagnosecriteria verschillen.

In een steekproef van 13-18-jarige Nederlanders schatte Verhulst in 1997 dat ongeveer 5% van hen een antisociale gedragsstoornis had (volgens de DSM-III-R) (7). Deze stoornis uit zich in externaliserend gedrag (agressief gedrag en normafwijkend gedrag) waar de omgeving vooral last van ondervindt en de jongere zelf - naar verhouding - minder. De gedragsstoornis blijft vaak na de kindertijd bestaan, en leidt dan tot een antisociale persoonlijkheidsstoornis. De kans hierop is groter naarmate de stoornis op jongere leeftijd is ontstaan.

Gedragstoornissen gaan dikwijls samen met depressie, angststoornissen, middelengebruik en ook met ADHD. In Nederland zou 1,3% van de 13-17-jarigen ADHD hebben (8). Onder jongere kinderen zal dit percentage hoger liggen, zoals in buitenlands onderzoek is geconstateerd. ADHD komt twee tot drie keer zo vaak voor bij jongens als bij meisjes (8). Men schat dat autisme bij 0,1% van de jongeren tot 20 jaar voorkomt (9).

Enkele jaren geleden is in Amsterdam en Utrecht onderzoek gedaan naar de prevalentie van psychiatrische stoornissen onder 6-10-jarige autochtone Nederlanders en Marokkaanse, Turkse en Surinaamse, allen met een lage sociaal-economische status (10). Voor externaliserende gedragsstoornissen

stelden de onderzoekers een prevalentie vast van 9%, voor angststoornissen 3% en voor stemmingsstoornissen 2%. Opvallend was dat hierin geen betekenisvolle verschillen werden gevonden tussen de etnische groepen. De gelijke sociaal-economische strata in de totale onderzoeksgroep zou dit kunnen verklaren. Reijneveld e.a. vonden eerder onder Turkse, Marokkaanse, Antilliaanse en Surinaamse jongeren in vergelijking tot hun autochtone Nederlandse leeftijdsgenoten wel hogere scores op internaliserende problematiek (angstig, gespannen, teruggetrokken, somber, dwangmatig) (11). In verschillende onderzoeken is de hogere prevalentie van internaliserende problematiek onder Turkse jongeren bevestigd (12)(13).

Uit onderzoek is eveneens gebleken dat vergeleken met Nederlandse jongeren Marokkaanse jongeren (vooral jongens) een verhoogde kans hebben op het ontwikkelen van schizofrenie. Psychosociale stress zoals 'discriminatie', 'sociale stress' en 'een negatieve identiteit' zouden risicofactoren zijn (14). In een volgend bulletin zal aan dit fenomeen een apart artikel worden gewijd.

Haags trendonderzoek naar het vóórkomen van parasuicides, waarover herhaaldelijk in dit tijdschrift is gepubliceerd, toont aan dat de hoogste prevalenties gevonden worden bij Turkse vrouwen, in bijzonder onder 15-24-jarigen (15). Ook bij Surinaamse vrouwen is de prevalentie in deze leeftijdsgroep verhoogd in vergelijking tot hun Nederlandse leeftijdsgenoten (respectievelijk bijna drie keer zo vaak en twee keer zo vaak). Volgens de suïcidestatistieken

Tabel 2.

Kinderen jonger dan 18 jaar die in een minimahuishouden opgroeien naar etnische groep. Den Haag 2005 (6)

Etnische groep	Kinderen jonger dan 18 jaar die in een minimahuishouden wonen		Aandeel van alle kinderen in de desbetreffende etnische groep
	Aantal	%	%
Nederlands	4.592	19,6	10,7
Surinaams	2.729	11,7	24,6
Marokkaans	5.293	22,6	56,3
Turks	3.868	16,5	32,7
Aziatisch	1.833	7,8	37,2
Antilliaans/Arubaans	1.593	6,8	53,5
Afrikaans	1.512	6,5	47,2
Overig buitenlands	1.965	8,5	16,2
Totaal	23.385	100	23,8

doen zich gemiddeld per jaar één à twee suïcidegevallen voor bij 15-24-jarige mannen in Den Haag (16).

Voor de vrouwen in deze leeftijdsgroep liggen de aantallen iets lager. De afgelopen twintig jaar deed zich op jongere leeftijd (onder 15 jaar) in Den Haag geen suïcide voor.

Genotmiddelengebruik

Alcohol

Drinken op jonge leeftijd en overmatig alcoholgebruik is om talrijke redenen schadelijk voor de gezondheid (17). Landelijk onderzoek in 2007 onder scholieren wijst uit dat de alcoholconsumptie onder 12-14-jarige scholieren terug is op het niveau van tien jaar geleden (de afgelopen maand heeft bijna één op de vijf van de 12-jarigen en bijna de helft van de 14-jarigen alcohol gedronken) (18). Dit geldt echter niet voor de oudere leerlingen in het voortgezet onderwijs. Onder hen is het alcoholgebruik stabiel gebleven. In hoeverre deze trend ook in Den Haag kan worden waargenomen wordt momenteel onderzocht en zal in een volgend nummer van dit tijdschrift worden gepresenteerd. In vergelijking tot hun leeftijdgenoten van Nederlandse afkomst komt alcoholgebruik beduidend minder voor onder scholieren met een Marokkaanse, Turkse en overige niet-westerse etnische achtergrond, waardoor de Haagse cijfers naar verwachting lager zullen zijn dan de landelijke. In het Haagse uitgaansleven is alcohol genotmiddel nummer één. Er wordt gedronken voor de gezelligheid en de roes die het geeft. Veel Haagse stappers drinken 10-20 eenheden tijdens een uitgaanssessie, zo bleek uit een uitgaansonderzoek in 2007 (19). Uitgaanders zelf vinden ook dat er (te)veel wordt gedronken.

Roken

Vanwege de vele gezondheidsrisico's ontmoedigen overheden roken steeds meer. Er was in Nederland tussen 1999 en 2003 daadwerkelijk sprake van een daling in het aantal scholieren dat de afgelopen maand heeft gerookt en in het aantal scholieren dat dagelijks rookt. Maar dit heeft zich tussen 2003 en 2007 gestabiliseerd (2007: afgelopen maand 19%; dagelijks 7%) (18). Onder de leerlingen van het VMBO-beroepsonderwijs bevinden zich de meeste (dagelijkse) rokers. In 2003 weken de uitkomsten voor

Den Haag niet veel af van de landelijke trend (20). Ook hierover zal binnenkort worden gepubliceerd.

Drugs

Met uitzondering van cannabis blijft druggebruik in de algemene populatie laag. In het uitgaanscircuit echter worden meer (hard)drugs gebruikt, ook in Den Haag. Daarover en over de risico's is herhaaldelijk in dit bulletin gepubliceerd, het laatst in 2007 (19). In het Haagse uitgaansleven zijn de harddrugs XTC en cocaïne het meest populair. XTC was dit al langer en lijkt nu populariteit te verliezen, vooral onder oudere gebruikers. Daar staat de opkomst van cocaïne tegenover. Weinig uitgaanders kijken meer op wanneer er in hun omgeving wordt 'gesnoven'.

Problematisch druggebruik gaat vaak gepaard met (ander) problematisch gedrag en/of psychosociale problemen. Bij langdurig en frequent gebruik neemt het risico van afhankelijkheid toe. Jongeren zijn daarbij kwetsbaarder dan ouderen.

Bewegen

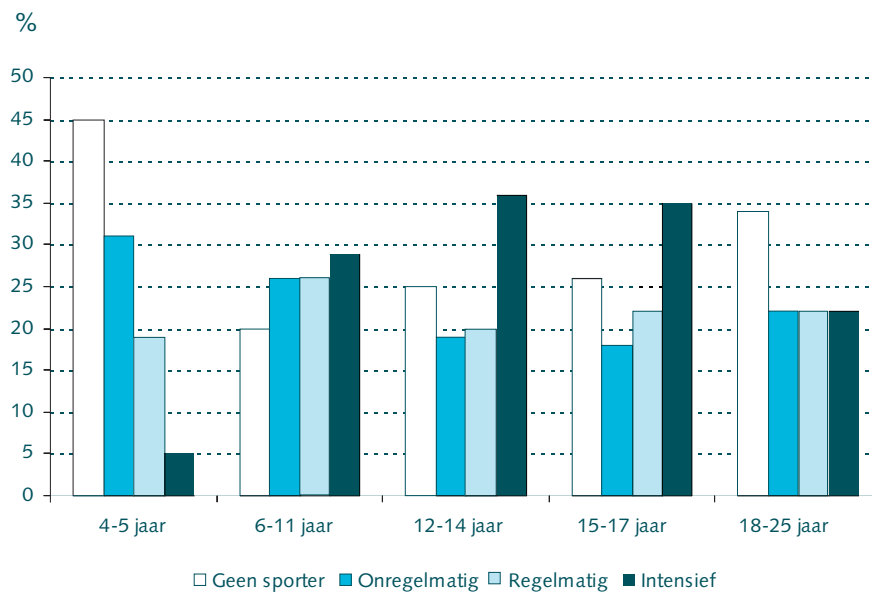
Beweging, vooral regelmatig sporten, bevordert de gezondheid. Al op jonge leeftijd heeft het een weerstandverhogend effect, versterkt het de botten en spieren en voorkomt het overgewicht. Ook verkleint het de kans op ontwikkeling van hart- en vaatziekten, diabetes en sommige vormen van kanker.

In 2006 is voor de tweede maal onderzoek gedaan naar de sportdeelname van (jeugdige) Hagenaars²(21). Van de 6-11-jarige Hagenaars sport 81% (onregelmatig, regelmatig of intensief³ (figuur 2). Daarna zakt dit percentage gestaag van 75% onder 12-14-jarigen (in 2003 was dit nog 88%) naar 66% onder 18-25-jarigen. Onder de 4-5-jarigen is, vanwege de jonge leeftijd de sportdeelname het laagst (55%). Tot het twaalfde jaar doen Haagse jongens en meisjes ongeveer evenveel aan sport. Daarna neemt het aantal jongens dat aan sport doet toe en lijken tienermeisjes na hun twaalfde jaar juist wat af te haken.

HAVO/VWO-leerlingen sporten beduidend meer dan VMBO/MBO-leerlingen (respectievelijk 83% en 69%). De verschillen doen zich vooral voor bij de groep die 'nooit' en die 'intensiefsport'. Ruim 40%

² Dit is gedaan volgens de 'Richtlijn Sportdeelname Onderzoek' (RSO). De RSO is in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ontwikkeld door Bureau Diopter in samenspraak met vertegenwoordigers uit het veld (www.mulierinstituut.nl). 6.275 Hagenaars in de leeftijd van 4 t/m 69 zijn in oktober 2006 telefonisch of via internet geënquêteerd. Voor de 4-11-jarigen zijn de gesprekken gevoerd met de ouders/verzorgers.

³ Geen sporter = < 12 keer per jaar; onregelmatig = 12-59 keer per jaar; regelmatig = 60-119 keer per jaar; intensief = 120 keer of vaker per jaar.

Figuur 2.*Sportdeelname en sportfrequentie naar leeftijdsgroep. Den Haag, oktober 2006*

van de HAVO/VWO-leerlingen sport gemiddeld twee keer per week (VMBO/MBO 30%) en 14% sport nooit, dit laatste is onder VMBO/MBO-leerlingen bijna twee keer zoveel (27%).

De sportdeelname van de autochtone Hagenaars en de westerse allochtone Hagenaars verschilt over het algemeen weinig voor de verschillende leeftijdsgroepen (tabel 3).

Echter, de sportdeelname bij de niet-westerse Hagenaars is in alle leeftijdsgroepen beduidend lager. De kosten van sportdeelname spelen daarbij een rol. Van degenen die nooit hadden gesport vond 3% van de autochtone Hagenaars het te duur; 27% van de niet-westerse allochtone Hagenaars vond dat. Per leeftijdsgroep zijn andere sporten favoriet. Door de zwemlessen op scholen⁴ staat in de jongste leeftijdsgroep zwemmen op nummer één. Kinderen

van 6 tot en met 17 jaar hebben de meeste belangstelling voor team- en duosporten als veldvoetbal, hockey, tennis en verdedigingssporten. 'Gymnastiek en turnen' is een sport die alleen in de leeftijdscategorie 4 tot en met 14 jaar volop wordt beoefend en in oudere leeftijdsgroepen niet meer voorkomt in de top-tien. Vanaf het vijftiende jaar doet fitness zijn entree in de top-tien. Vanaf deze leeftijdsgroep staat deze sport altijd in de top drie van de meest beoefende sporten. Solosporten vormen de meerderheid in de lijst van de 18-25-jarigen.

Tot slot

In dit artikel zijn naar aard en omvang enkele groepen kwetsbare Haagse jongeren beschreven. Het zijn jongeren die (extra) risico lopen op het (verder) ontwikkelen van gedragstoornissen, op het krijgen van

Tabel 3.*Sportdeelname van autochtonen, westerse allochtonen en niet-westerse allochtonen naar leeftijdsgroep.**Den Haag, oktober 2006*

Leeftijd	Autochtoon	Westerse allochtonen	Niet-westerse allochtonen
	%	%	%
4-5-jarigen	67	63	44
6-11-jarigen	93	94	69
12-14-jarigen	86	93	65
15-17-jarigen	84	81	66
18-25-jarigen	72	90	61

⁴ 88% van de leerlingen verliet in 2005 het basisonderwijs met een zwemdiploma.

psychosociale problemen of in sommige gevallen op psychiatrische ziekten. Het zijn jongeren met wie instellingen voor jeugdzorg en ook de nieuwe Centra voor Jeugd en Gezin veelvuldig te maken (kunnen) krijgen.

Voor de persoonlijke en sociale ontwikkeling is het van groot belang dat jongeren hun school afmaken, in gezinnen opgroeien die gevrijwaard zijn van armoede en bij wie hun ouders in staat zijn hun opvoedkundige taak uit te voeren. En daar hoort geen of zeer matig genotmiddelengebruik van jeugdigen bij. Op veel terreinen, ook in psychosociale zin, kan veel gewonnen worden bij frequent bewegen en sportbeoefening.

Literatuur:

- Den Haag in cijfers/Robinson/Civision. Den Haag 2006/2007.
- Staat van de jeugd in Den Haag: een inventarisatie van gegevens over kinderen en jongeren in Den Haag. Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, afdeling Onderzoek en Integrale Vraagstukken. Den Haag, september 2007 (geactualiseerd).
- Garssen J. Aantal geboorten onder meisjes van 15-19 jaar naar herkomstgroepering. Centraal Bureau voor de Statistiek. Voorburg/Heerlen, 2008.
- Eurostat. Statistische database van de Europese Unie, 2003-2004.
- Zwerfjongeren in Den Haag. Brief aan de voorzitter van de Commissie Jeugd en Burgerschap. BOW/2007/283. Gemeente Den Haag, maart 2007.
- Armoedemonitor in Den Haag 2006. in opdracht van de gemeente Den Haag. Onderzoeks- en adviesbureau KWIZ Groningen, juli 2006.
- Verhulst FC, Ende J van der, Ferdinand RF en Kasius MC. The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents'. In: Archives of General Psychiatry, 1997c; 54 (4): 329-36.
- Schoemaker C, Ruiter C de, Berg M van den e.a. Nationale monitor geestelijke gezondheid: jaarboek 2003: ADHD, anorexia nervosa en andere psychische stoornissen. Utrecht: Trimbo's-instituut, 2003.
- Schoemaker C, Ruiter de C. Nationale monitor geestelijke gezondheid: jaarboek 2004. Utrecht: Trimbo's-instituut, 2004.
- Zwirs BWC, Burger H, Schulpen T e.a. Prevalence of psychiatric disorders among children of different ethnic origin. Journal of Abnormal Child Psychology 2007; 35 nr. 4:556-66.
- Reijneveld SA, Harland P, Brugman E e.a. Psychosocial problems among immigrant and non-immigrant children; Ethnicity plays a role in their occurrence and identification. European Child & Adolescent Psychiatry 2005; 14: 145-52.
- Janssen MMM, Verhulst FC, Bengi-Arslan L e.a. Comparison of self-reported emotional and behavioral problems in Turkish immigrant, Dutch and Turkish adolescents. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2004; 39: 133-40.
- Murad SD, Joung IMA, Lenthe FJ e.a. Predictors of self-reported problem behaviors in Turkish immigrants and Dutch adolescents in the Netherlands. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2003, 44 nr. 3: 412-23.
- Veling WA. Schizophrenia among ethnic minorities: social and cultural explanations for the increased incidence of schizophrenia among first- and second-generation immigrants in the Netherlands. Proefschrift. Erasmus Universiteit Rotterdam, 2008.
- Burger I, Hemert AM van, Bindraban CA e.a. Parasuicides in Den Haag: meldingen in de jaren 2000-2004. Epidemiol Bul Grav 2005; 40 nr. 4: 2-8.
- Burger I, Schudel WJ. Suicides in Den Haag, 1987-2007. Epidemiol Bul Grav 2008; 43 nr 1: 2-9.
- http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1189n19086.html
- Monshouwer K, Verdurmen J, Dorselaer S van. Jeugd en riskant gedrag 2007, kerngegevens uit het peilstationsonderzoek scholieren: roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar. Trimbo's instituut, Utrecht 2008.
- Grund JP, Reinerie P, Smits M, Albert G. Uitgaan en genotmiddelengebruik in Den Haag: gegevens over 2006-2007 uit de panelstudie. Epidemiol Bul Grav 2007; 42 nr. 4: 2-10.
- Berns MPH, Gelton AJM, Zwartendijk-Schats MATW. Roken, alcohol- en druggebruik onder Haagse scholieren vanaf 10 jaar. Epidemiol Bul Grav 2005; 40 nr. 2: 2-11.
- Trendrapport: Haagse sportdeelname 2001-2003-2006. Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, afdeling Sportbeleid i.s.m. afdeling Onderzoek en Integrale Vraagstukken. Gemeente Den Haag, april 2008.

Actieprogramma Jeugd 2007-2010

Integrale aanpak, van preventie tot drang en dwang

L. E. M. van Dalen

De Haagse bevolking is jong! Bijna een derde van de Haagse inwoners is jonger dan 26 jaar. En dat blijft voorlopig zo, want terwijl Nederland vergrijsd zal Den Haag tot zeker 2020 vergroenen. 'De jeugd' is dus een belangrijke groep inwoners. De gemeente wil dat de Haagse jeugd zich thuis voelt in Den Haag, zich kan ontwikkelen en ontplooiën en de kansen pakt die er zijn. Sommigen verdienen extra aandacht, zoals kinderen die opgroeien in gezinnen met een lage sociaal-economische positie. Dat geldt ook voor de jeugd die teveel eet, drinkt en rookt en te weinig beweegt. Zorgwekkend is de toenemende gezinsproblematiek - uiteenlopend van opvoedingsproblemen tot schulden en huiselijk geweld - en de gevolgen die dit heeft voor opgroeiende kinderen. Om die situaties het hoofd te bieden is het Actieprogramma Jeugd 2007-2010 opgesteld. Een sterk jeugd beleid vereist een samenhangende aanpak waarbij organisatorische grenzen worden doorbroken en de leefwereld van de jongeren (en hun ouders) centraal staat. Vooral in de samenhang is nog veel winst te behalen. Daarom is in Den Haag gekozen voor een integrale aanpak met het benoemen van een 'wethouder Jeugd' en het realiseren van een ambitieus en concreet actieprogramma. In onderstaand artikel worden de uitgangspunten en prioriteiten van dit programma toegelicht.

Ruimte voor de jeugd

In het jeugd beleid van de stad staat de behoefte van de jeugd centraal. Het beleid richt zich op het geheel waarin jongeren opgroeien, zoals het gezin, de school, vriendengroepen en de straat. Duidelijk blijkt dat de opstellers van het lokale jeugd beleid wars zijn van problematiseren. Een jongere die rondhangt hoeft nog geen overlast te veroorzaken en een kind dat een snoepje eet loopt niet direct kans op obesitas. Opgroeien gaat nu eenmaal gepaard met ups en downs en het zich afzetten tegen heersende normen van volwassenen is een fenomeen van alle tijden. 'Ruimte geven' is het motto, inclusief 'enige tolerantie voor het gedrag van opgroeiende jeugd'. De cijfers laten al decennia lang zien dat slechts een kleine groep jongeren (zo'n 5 a 10%) opgroeit in probleemsituaties en het risico loopt maatschappelijk af te glijden. Voor deze jongeren en hun ouders biedt lokaal jeugd beleid actieve ondersteuning. In het belang van de jongere, maar ook in het belang van de leefbaarheid van Den Haag en haar bewoners zijn snelheid, helderheid en een eenduidige aanpak van belang. Gezinnen mogen niet verdwalen in een woud van regels en organisaties, en wachtlijsten worden niet langer getolereerd.

Tegen de versnippering

Jeugd beleid is een breed terrein, waarop veel organisaties en professionals actief zijn. Zoals leraren, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen, hulpverleners, welzijnswerkers, wijkagenten. Knelpunt is dat de verantwoordelijkheid niet eenduidig is georganiseerd. De gemeente Den Haag wil deze versnippering tegengaan en voert daartoe overleg met het Rijk en partners zoals het stadsgewest, over rijksbeleid en wettelijke regelingen. Op terreinen waarvoor de gemeente zelf verantwoordelijk is, zoals welzijnswerk, handhaving van de leerplicht, jeugd gezondheidszorg, onderwijshuisvesting en voorscholen, reïntegratie naar werk, speelplaatsen en lokaal veiligheidsbeleid, wordt de gemeente door partners in het maatschappelijk middenveld en de rijksoverheid steeds meer gezien als dé regisseur. In die functie brengt de gemeente lokale en regionale partners samen en heeft zij een sturende rol bij het vinden van oplossingen in het jeugd beleid. In alle gevallen staat het belang van kinderen en jongeren voorop en mogen bureaucratische procedures geen belemmering zijn.

Over de auteur:

Liesbeth van Dalen, tekstschrijver bureau Koopmans & Van Dalen Communicatie Rijswijk. info@koopmansvandalen.nl



Het Actieprogramma in vijf domeinen

In het Actieprogramma richt de gemeente zich op een aantal specifieke thema's en prioriteiten die een extra impuls of andere aanpak nodig hebben. Het Actieprogramma en de aanpak zijn ingedeeld in vijf domeinen:

1. Opvoeding en bescherming
2. Iedereen aan de slag: op school of een baan
3. Jeugd in de stad: vrije tijd en leefomgeving
4. Jeugd en gezondheid
5. Iedereen binnen boord

1. Opvoeding en bescherming

Sommige ouders hebben steun nodig bij hun taak als opvoeder. Ze beschikken niet over voldoende opvoedingsvaardigheden, hebben opvoedingsproblemen in combinatie met schulden- of huisvestingsproblematiek of er zijn spanningen binnen het gezin.

Deze gezinnen kunnen op veel plaatsen terecht, van opvoedingondersteuning en -cursus tot kinderopvang, welzijnswerk, jeugdgezondheidszorg, scholen en schoolmaatschappelijk werk. In dit ruime aanbod ontbreekt het echter aan samenhang en is het voor ouders en jongeren vaak moeilijk om hun weg te vinden. Daarom is besloten verschillende vormen van opvoedingsondersteuning en -advies samen te brengen in herkenbare Centra voor Jeugd en Gezin

(zie ook pag 25 en 30 van dit Epidemiologisch Bulletin). Het streven is 'Eén kind, één plan, één zorgcoördinator voor gezinnen met complexe problemen.'

Om goed zicht te hebben op 'vraag en aanbod' en met het oog op meer uniforme registratie ervan, wordt gewerkt aan een digitale verwijsindex en een elektronisch kinddossier' (EKD). De verwijsindex moet meldingen van problemen met kinderen en jongeren (risicosignalen) registreren. Het elektronisch kinddossier moet het uiteindelijk mogelijk maken de nu nog gescheiden registratiecircuits vanuit de jeugdgezondheidszorg, het onderwijs, de jeugdzorg, het arbeidsmarktbeleid en het justitiële domein op elkaar aan te sluiten.

2. Iedereen aan de slag: op school of een baan

Op een totaal van 68.500 leerplichtigen in Den Haag in de leeftijd van 5 tot 17 jaar zijn circa 4.000 leerlingen bekend bij de afdeling leerplicht (o.a. vanwege spijbelen). In de leeftijdscategorie van 18- tot 23-jarigen heeft de gemeente circa 5.400 voortijdig schoolverlaters in beeld. Hiervan zijn circa 1.500 jongeren in behandeling bij de stedelijke meld- en coördinatiefunctie voortijdig schoolverlaten. Om jongeren met problemen snel te kunnen helpen maken scholen gebruik van het schoolmaatschappelijk

werk (SMW). SMW-ers zijn een aantal uur per week op school aanwezig, bieden lichte zorg aan leerlingen, voeren gesprekken met leerlingen en ouders en zoeken naar de juiste oplossing. Wanneer zwaardere hulp nodig is zorgt het SMW voor toeleiding naar de juiste hulpverlening. In het kader van het Actieplan heeft de gemeente het SMW in het voortgezet onderwijs uitgebreid.

Jongeren die een straf uitzitten moeten tijdens hun detentie voldoende onderwijs krijgen. Ook is het zaak dat zij na afloop van hun straf kunnen terugkeren naar reguliere onderwijsvoorzieningen.

In het kader van vroegtijdig schoolverlaten is met de partners afgesproken dat eind 2009 het aantal herplaatste voortijdige schoolverlaters 50% hoger zal zijn dan begin 2005.

Verder zullen scholen, werkgevers en bemiddelende organisaties zich inspannen om voldoende stageplaatsen te creëren voor jongeren. De gemeente Den Haag is op dit punt goed voor ten minste 300 stage- en leerwerkplekken per jaar.

Voorkomen en tegengaan jeugdwerkloosheid

De overgrote meerderheid van werkloze jongeren heeft geen startkwalificatie ofwel mist een onderwijsniveau waarmee ze kans maken op duurzaam werk. Daarnaast hebben deze jongeren vaak niet de relaties of contacten om werk te vinden. Dit geldt in het bijzonder voor de groeiende groep (tweede en derde generatie) Hagenaars van niet-westerse herkomst. De ambitie van het Actieplan Jeugd is dat iedere jongere onder de 27 jaar onderwijs volgt of een baan heeft. In het kader van een sluitende aanpak 'leren en werken' wordt altijd eerst ingezet op terugkeer naar school. Mocht dit niet lukken dan gaat de jongere aan het werk, in combinatie met leren. Vanaf 1 juli 2006 werkt de gemeente met de Werk Voorop methodiek. Dit houdt in dat jongeren (met of zonder uitkering) die zich melden bij het Jongerenloket van de sociale dienst binnen een week na de intake terug gaan naar school, of worden geplaatst op een werkplek. Het Jongerenteam van de dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) neemt jaarlijks 1.500 tot 1.700 jongeren onder zijn hoede voor bemiddeling naar school of werk. Daarvan heeft 95% geen startkwalificatie. Het blijkt lastig om jongeren die niet leerplichtig zijn en geen uitkering ontvangen, te bereiken en te stimuleren. De gemeente kijkt wat dat betreft reikhalzend uit naar landelijke wetgeving voor een leerwerkplicht voor jongeren tussen 18 en 23 jaar.

Jongerenparticipatie: Jongerenambassadeurs

Den Haag is trots op de vijftien jongerenambassadeurs. Ze vormen een belangrijke brugfunctie tussen de gemeente en de jongeren, en geven gevraagd en ongevraagd advies. Elke ambassadeur heeft een eigen aandachtsgebied, zoals discriminatie, financiën & ondernemen, gezondheid, jongerenwerk, kinderrechten, kunst & cultuur, media, onderwijs, politiek, sport, werk & vrijwilligerswerk en wonen.

"We bespreken onderwerpen die heel belangrijk zijn, waar jongeren veel over willen zeggen en dat kunnen ze bij ons aangeven", zegt jongerenambassadeur Inez. Haar collega Tamara omschrijft ambtenaren als 'de pakken, waarvan niemand eigenlijk weet wat ze doen'. "We willen de meningen van de jongeren bij de gemeente bekend maken. Dat lukt. We zien dat de gemeente meer naar ons luistert. Steeds vaker komen ze, zelfs voordat ze plannen maken of een discussie starten, naar ons toe om te vragen wat wij er van vinden." Pascal de Jong zet zich in voor het creëren van meer begrip voor jongeren met een handicap en wil de gemeente adviseren hoe men daar mee om moet gaan en/of maatregelen voor kan treffen.

Het aantal vragen aan de ambassadeurs stijgt, net als die over een spaarsysteem voor vrijwilligerswerk door jongeren en over het alcoholgebruik op feesten. Voor dat laatste hebben jongerenambassadeurs gerapporteerd dat er behoefte is aan alcoholvrije feesten voor jongeren van 14 tot 16 jaar in de stad. Vervolgens hebben ze met een groep jongeren een dergelijk feest in Haarlem bezocht en uitgezocht welke club geschikt is om dit te organiseren.

3. Jeugd in de stad: vrije tijd en leefomgeving

De 'achterbankkinderen' moeten weer buitenspelen én dat moet veilig zijn. De gemeente wil de straat heroveren voor de jeugd. Daarom is gekozen is voor meer gebruik en ruimere openstelling van voorzieningen op het gebied van sport, onderwijs en welzijn. Hiertoe wordt gewerkt aan uitbreiding van voorzieningen als Cruijff Courts en Krajicek playgrounds. Het aanbod van het jongerenwerk en de openingstijden van de accommodaties zullen beter moeten aansluiten bij de vraag en interesse van de jongeren.

Het Jeugd Interventie Team

JIT Preventie

Het JIT begeleidt jongeren van 12 tot en met 23 jaar die vragen en problemen hebben op terreinen als dagbesteding, gezin en familie, vrije tijd, huisvesting, financiën en vrienden. Het JIT wil schooluitval tegengaan en sociaal onacceptabel gedrag zo vroeg mogelijk corrigeren. Naast praktische hulp, bemiddeling, informatie en advies, ondersteunt het JIT bij het aanpakken van gedragsproblemen, zoals agressie. Ook traint het JIT de sociale vaardigheden van jongeren. Jongeren worden uitgedaagd en gestimuleerd om hun leven te verbeteren en daar zelf de verantwoordelijkheid voor te nemen.

De begeleiding is intensief. Afhankelijk van de ernst van de problematiek krijgt de jongere een licht, middelzwaar of zwaar traject aangeboden.

JIT Zorgjongeren

Het JIT heeft een eigen werkwijze ontwikkeld voor 'zorg'jongeren, die een uitkering ontvangen van de afdeling Jongeren van de dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheidsprojecten. De doelgroep bestaat vooral uit bijstandsgerechtigden met een lage opleiding en complexe problemen in de persoonlijke sfeer. Doel is dat de jongeren gaan deelnemen aan een op betaald werk gericht traject.

JIT Nieuwe Perspectieven bij Terugkeer

JIT begeleidt jongeren die een periode in een instelling of justitiële jeugdinstelling hebben gezeten, bij hun terugkeer naar Den Haag. Het uiteindelijke doel van de begeleiding is dat de jongeren niet meer met politie of justitie in aanraking komen. Bovendien is het streven dat jongeren zelfstandig en zonder problemen kunnen functioneren in de maatschappij.

Den Haag, een stad die bindt

Binden betekent het bieden van aantrekkelijke voorzieningen én de jongeren zelf betrekken bij de stad. Dat gebeurt onder andere met coachingsprojecten, waarbij 'geslaagde' jongeren zich inzetten als mentor voor andere jongeren, en met projecten waarbij jongeren vrijwilligerswerk doen voor ouderen, of klussen doen in de openbare ruimte.

Om de inzet te stimuleren komt er een spaarsysteem waarmee jongeren kunnen sparen voor gratis toegang tot allerlei culturele of sportvoorzieningen. Daarnaast

wil de gemeente dat onderwijs- en welzijnsinstellingen maatschappelijke stages voor jongeren realiseren. Binnen het onderwijs moeten thema's als maatschappelijke en politieke bewustwording structureel aandacht krijgen.

4. Jeugd en gezondheid

Op het gebied van de volksgezondheid is extra aandacht nodig voor opvoedingsproblemen, onveilige gezinssituaties en gezondheidsrisico's door leefstijlgerelateerde problemen.

Ook blijkt dat voor sommige jongeren de zorg onvoldoende aansluit bij hun culturele achtergrond. Verder is extra aandacht nodig voor jonge (aanstaande) moeders.

De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is bij uitstek het instrument waarmee de gemeente de gezondheid van de jeugd bewaakt, beschermt en bevordert. De JGZ ziet, met name in hun jonge jaren, bijna alle kinderen. Naast een uniform (landelijk) takenpakket verzorgt de JGZ onder andere per wijk of stadsdeel de

Vroegtijdige Interventie in Gezinnen

De VIG-aanpak is gericht op probleemgezinnen met kinderen tussen de 0-23 jaar, waarbij zorgen zijn over hun ontwikkeling. De kinderen zijn bekend bij de politie, ze spijbelen of gaan helemaal niet naar school, veroorzaken overlast en hebben broertjes of zusjes die (ook) met justitie in aanraking zijn gekomen. De hulpverlening is al vaker over de vloer geweest, maar zonder succes. VIG werkt met ervaren coaches. De coach geeft de gezinnen ondersteuning op allerlei gebieden, stelt orde op zaken en zet de gezinssituatie weer op de rails. Het belang van de kinderen staat altijd centraal. De ondersteuning door de coaches is vrijwillig, maar als het nodig is kan VIG verplicht worden opgelegd.

De VIG-inzet richt zich op:

- Ouders weer te leren de verantwoordelijkheid voor de opvoeding van hun kinderen op zich te nemen
- Het verbeteren van gezinstaken
- Het terugdringen en voorkomen van criminaliteit
- Het verbeteren van de kansen op de arbeidsmarkt, voor ouders en kinderen
- Het bevorderen van de integratie in de samenleving

opvoedingsondersteuning. Ook besteedt JGZ steeds meer aandacht aan vangnetten ten behoeve van (potentiële) uitvallers. De JGZ vervult inmiddels meer en meer een centrale rol bij opvoedingsondersteuning, begeleiding bij ziekteverzuim, vroegtijdig signaleren van risico's bij kinderen en gezinnen, en is betrokken bij de uitvoering van gezondheidsbevordering.

Een belangrijk streven de komende jaren is het verhogen van het bereik van de JGZ onder oudere kinderen, onder meer ter verbetering van de vaccinatiegraad.

5. Iedereen binnen boord

Ondanks alle inspanningen zijn er jongeren die buiten de boot (dreigen te) vallen. Om dit te voorkomen moeten allereerst -zie boven- alle inspanningen zijn gericht op terugkeer naar school of werk. Anders lopen deze jongeren het risico af te glijden naar bijvoorbeeld crimineel gedrag. Er zijn echter jongeren die op vele terreinen problemen hebben. School loopt niet lekker, problemen thuis, te weinig inkomsten, schulden, politiecontacten, problemen met (of geen) huisvesting etc. Soms hebben ze al heel wat hulpverleningscontacten achter de rug en is hun motivatie laag. Vaak hebben deze jongeren problemen met hun dagbesteding.

In het kader van het Actieplan Jeugd is besloten tot uitbreiding van de capaciteit van het Jeugd Interventie Team (JIT) tot jaarlijks circa 600 plaatsen in een preventief traject. Ook kunnen 60 jongeren terecht in een zorgtraject en 20 in een (justitie gerelateerd) nazorg traject.

Gezinnen met meervoudige problemen

Er bestaat een beperkt aantal zeer problematische gezinnen dat stelselmatig weigert mee te werken aan hulpverleningstrajecten. De kinderen in deze gezinnen hebben hieronder ernstig te leiden. Juist in deze gezinnen is interventie nodig, met een regisseur die de lijnen verbindt en de coördinatie ter hand neemt. Aanvullend op de reeds bestaande methodieken voor gezinshulpverlening, is de VIG-methode (Vroegtijdige Interventie in Gezinnen) ingevoerd.

Speciale aandachtsgroepen

Jaarlijks melden zich zo'n 500 jongeren bij diverse instanties omdat ze geen vast dak boven hun hoofd hebben. Om in opvang te voorzien is de voorziening Begeleid Wonen voor jongeren uitgebreid, daarnaast is de voorziening Vast & Verder geopend met dertig

bedden voor jongeren van 15 tot 25 jaar. In de omvangrijke vraag naar preventieve en ambulante hulpverlening voor deze jongeren wordt onder andere voorzien door de bovengenoemde versterking van het Jeugd Interventie Team (JIT). Gezocht wordt naar het gewenste aanbod voor dagbesteding en nazorg voor zwerfjongeren. Andere kwetsbare jongeren betreffen jonge moeders en hun kinderen, kinderen die betrokken zijn bij of getuige zijn van huiselijk geweld en meisjes die het slachtoffer worden van zogenaamde loverboys.

Binnen het Actieprogramma Jeugd komt er extra aandacht voor Antilliaanse en Marokkaanse jongeren, met het oog op terugdringen van schooluitval, werkloosheid en criminaliteit. Ook moeten er voldoende mogelijkheden komen voor licht begeleid wonen. De behoefte aan huisvesting en begeleiding van tienermoeders wordt geïnventariseerd.

Samen aan de ambities

Het realiseren van al deze ambities hangt in grote mate af van de medewerking van lokale en regionale partners. De gemeente neemt het initiatief en verwacht een samenwerking die te omschrijven is als zakelijk, innovatief en met kennis van zaken. Er bestaat al een Stuurgroep sluitende zorg, met instellingen voor zorg en welzijn, waarin de voortgang wordt bewaakt. En er wordt regelmatig overlegd met schoolbesturen en justitiepartners over de aanpak van stelselmatige daders.

Over start, verloop en/of afronding van al deze punten Van het Actieprogramma Jeugd verschijnt ieder jaar een voortgangsrapportage.

Wethouder Sander Dekker over het integraal jeugdbeleid

L. E. M. van Dalen

“Ik ben tevreden. We zijn nu ruim twee jaar bezig en als ik zie wat de eerste resultaten zijn, dan vind ik dat we een aantal slagen gemaakt hebben.”

Dekker kijkt terug op zoals hij het noemt ‘de wel heel verstandige keuze bij de totstandkoming van het college om alles wat met jeugd te maken heeft, bestuurlijk in één hand te leggen.’ Daarmee kwam een eind aan de versnipperde aandacht voor jeugd. De ene wethouder had jeugdgezondheidszorg in portefeuille, de ander speeltuinen en weer een ander onderwijs. “Dat was ingewikkeld en kwam het integraal werken bepaald niet ten goede. Daarom hebben we gezegd: als we echt iets willen doen aan schooluitval, werkloosheid en aan overlastgevende jongeren, dan moeten we daar één wethouder JEUGD voor aanstellen. Dat is een gouden greep geweest.” Een interview met de Haagse wethouder van Onderwijs, Jeugdzaken en Sport, Sander Dekker.

Dekker herinnert zich zijn eerste werkdag en de kennismaking met zijn staven. De staf sport en de staf onderwijs bestonden al. Nieuw was de staf jeugd. “Ik wilde alle directeuren die iets doen met jeugd om tafel hebben. Wat bleek? Behalve dat er te weinig stoelen waren, werd het vooral een onderlinge kennismaking. Het was het begin van een nieuwe samenwerking.” De keuze tussen een grote reorganisatie met tijdrovende aandacht voor interne aangelegenheden of een resultaatgerichte aanpak, was snel gemaakt. Er is een kleine unit opgezet, het ‘Programmabureau Jeugd’ met een aantal mensen uit de verschillende disciplines. Binnen drie maanden lag er een concreet en ambitieus actieprogramma met 43 actiepunten en een te besteden bedrag van 49 miljoen euro. Het Actieprogramma Jeugd (zie ook pagina 16 van dit bulletin) biedt tal van maatregelen die het toekomstperspectief van veel Haagse jongeren moeten verbeteren. Wethouder Dekker schetst de voortgang.

Centrum voor Jeugd en Gezin: op weg naar één organisatie

Een voorbeeld van integraal werken is het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG). Het eerste centrum is gevestigd in Laak en is enkele maanden geleden geopend. Dekker: “Dat illustreert hoe zowel inhoudelijk als fysiek, integraal werken vorm kan krijgen. Uitgangspunt is dat ouders met kinderen niet voor elke vraag naar een andere loket moeten. Voorheen moest de ouder van het consultatiebureau naar de jeugdarts, en van Bureau Jeugdzorg naar het



welzijnswerk. Dat wilden we niet meer. Daarom komen er in alle stadsdelen CJG's met alle zorg onder één dak: welzijnswerk, Meavita, Jeugdgezondheidszorg van de GGD, Jutters, Jeugdformaat, Bureau Jeugdzorg (BJZ) en de speel-o-theek. Met het huisvesten zijn we er nog niet, want het gaat ook om een integrale vorm van werken en samenwerken. Dat lukt steeds beter. Natuurlijk kost het tijd om te wennen, maar de basis is fantastisch.” Doel van een CJG is dat alle betrokken hulpverleners van elkaar weten dat ze met een kind werken.

Over de auteur:

Liesbeth van Dalen, tekstschrijver bureau Koopmans & Van Dalen Communicatie Rijswijk. info@koopmansvandalen.nl

Daarvoor is sinds een jaar de verwijsindex operationeel. Zodra een hulpverlener een kind invoert in het bestand, wordt helder of er ook een andere hulpverlener bij de zorg voor het kind betrokken is. Meerdere hulpverleners kunnen op die manier de inzet afstemmen. Zodra er sprake blijkt van problemen op verschillende fronten is het streven: één kind, één plan en één zorgcoördinator. Vanuit het CJG zal ook samenwerking met andere partijen vorm krijgen, zoals die met het onderwijs.

Motiveren in plaats van opleggen

Volgens de Vereniging van Nederlandse Gemeenten hebben gemeenten geen enkele bevoegdheid om onderwijsinstellingen, provinciale jeugdzorginstellingen inclusief de bureaus jeugdzorg en gezondheidszorginstellingen te bewegen en desnoods te dwingen tot het maken van afspraken rond het organiseren en uitvoeren van sluitende ketenzorg. Op de vraag welke middelen Dekker in handen heeft om tot optimale samenwerking te komen, antwoordt hij dat 'opleggen' vaak averechts werkt. Er zijn wel sturingsmogelijkheden voor de organisaties waar de gemeente een financiële relatie mee heeft. "Maar mijn ervaring is een andere! Ik heb het formele argument niet of nauwelijks hoeven gebruiken. Ik heb niet hoeven zeggen 'wij betalen en doe maar wat we vragen'. Ik vind het ook geen sterk argument. We hebben met elkaar bereikt dat we werken met één gezamenlijk doel, namelijk het belang van het kind en van het gezin. Dat belang gaat boven de eigen organisatorische belangen. Natuurlijk, dat botst af en toe, er zijn cultuurverschillen en nog veel obstakels. Maar zolang we de focus houden op waar het echt om gaat, wat er toe doet voor het kind en het gezin, dan kom je er op uit dat het beter is om samen te werken. Dan kun je over verschillen heen stappen." Met het stadsgewest heeft de gemeente uitvoerig gesproken over deelname van Bureau Jeugdzorg binnen het CJG. "Dat is gelukt en daarmee is CJG Laak koploper. Nergens in Nederland is BJZ zo ingebed in het CJG als in Den Haag."

Privacyregels vaak zelf opgelegd

Dekker wil, kort gezegd, dat alle zorg voor de jeugd beter wordt afgestemd en dat de burgers vertrouwen hebben in de mensen die zorg verlenen. "Ik ben geen arts of pedagoog en ga ook niet op de stoel van de professional zitten. Ik ben er om te zorgen dat organisaties integraal werken in het belang van de jeugd. En dat wil ik in een flink tempo realiseren." Daarom zit Dekker er boven op. "We zien dat het

belang van ouders niet altijd overeenkomt met het belang van het kind. Want als een kind ontspoord en de situatie zorgelijk wordt, hoe lang wacht je dan als de ouders geen toestemming geven om het probleem op te pakken? Ik heb laten uitzoeken waar de grenzen liggen. Daaruit bleek dat vaak het idee bestaat dat gegevens niet uitgewisseld mogen worden, terwijl daar totaal geen juridische basis voor is. Organisaties hebben zichzelf codes opgelegd, die informatie uitwisseling in de weg staan. Op dat punt hebben we een aantal zaken kunnen doorbreken."

Ook is er volgens Dekker winst te halen bij de relatie tussen het jongerenwerk en het onderwijs. "Ik vind dat deze partijen elkaar beter kunnen ondersteunen. En dan vooral welzijn richting onderwijs. Dat vraagt een omslag in het denken over het jongerenwerk in Den Haag. Welzijnswerk moet jongeren opzoeken en niet in buurthuizen en jongerencentra afwachten wie er komt."

Aansturing en coördinatie

Binnen het CJG moet de aansturing vorm krijgen. Een CJG moet meer zijn dan een bedrijfsverzamelgebouw. Het moet functioneren als één organisatie. Dat is lastig, want het is niet één organisatie en er zijn meerdere partijen die aansturen, zoals bureau Haaglanden, de gemeente of het stadsgewest. "Belangrijk is dat alle deelnemers de visie hebben onderschreven en dat het CJG voor ouders en kinderen functioneert als één organisatie. Ouders en kinderen mogen niet merken dat er achter de schermen feitelijk meerdere organisaties actief zijn." Dat neemt niet weg dat het volgens de wethouder achter de schermen nog een stuk simpeler kan. Het is hoog tijd voor 'ontschotting' om de problemen rond wachtlijsten in de jeugdzorg op te lossen. "Nu zit er nog een groot schot tussen de preventieve inzet van de gemeente, de jeugdgezondheidszorg, en de curatieve inzet die bij het stadsgewest zit, namelijk de jeugdzorg. Daar kunnen we nog een slag slaan, maar tot mijn grote spijt weigert het rijk om aan die ontschotting mee te werken."

Van preventie tot drang en dwang

In het Actieprogramma Jeugd 2007 - 2010 wordt een aantal malen het begrip 'drang en dwang' gebruikt. Dekker benadrukt dat dit slechts voor een heel kleine groep van toepassing is. "Het overgrote deel van de ouders in de stad redt zichzelf prima, gelukkig. Daar hoeft je weinig of niets voor te regelen, ze komen naar het consultatiebureau en hebben een netwerk om zich

heen om op terug te vallen. Dat is prima en daar hebben we niets aan toe te voegen.”

Vervolgens benoemt Dekker de risicogroepen. Hij geeft als voorbeeld kinderen van ouders die de taal onvoldoende vaardig zijn. “Die kinderen lopen kans op een achterstand, waar ze de rest van hun leven last van houden. We moeten dat eerder signaleren en eerder ingrijpen. Het mag niet gebeuren dat je pas bij schooluitval in het voortgezet onderwijs constateert dat je (te) laat bent.” Dekker vindt dat alle kinderen met dreigende taalachterstand naar de voorschool moeten “Ja, dat zou ik verplicht willen stellen. Als het consultatiebureau indiceert dat een kind een verhoogd risico loopt in de taalontwikkeling, dan moet het kind vanaf 2,5 jarige leeftijd naar de voorschool.”

Ook als het consultatiebureau of de Jeugdgezondheidszorg zien dat in een gezin dingen niet goed gaan, moet er op dat moment ondersteuning komen. “We moeten er alles aan doen om latere uitval te voorkomen, in het belang van kinderen en gezinnen, maar ook in het belang van de samenleving. Want het kost maatschappelijk gezien ongelofelijk veel geld om hen weer op het rechte pad te krijgen, als het al lukt. Cijfers laten zien hoe moeilijk dat is en hoe stug die problematiek is. Dus als we er vroeg bij kunnen zijn, doen!”

Preventie is niet altijd mogelijk. Als ouders de ondersteuning afhouden of weigeren mee te werken, is de grens bereikt. Dekker weet van gezinnen met een opeenstapeling van problemen, met vaak meerdere kinderen onder toezichtstelling, vervuiling, schulden of zelfs dreigende huisuitzetting. Gezinnen waar kinderen niet ontbijten en in vieze kleren op school komen. Of waarvan kinderen met justitie in aanraking komen. Vaak zijn er dan ook nog problemen in de wijk en op school. “Dat zijn schrijnende situaties waarbij ik als wethouder moet ingrijpen. Dat ingrijpen wordt door betrokkenen niet altijd toegejuicht. Maar in uiterste gevallen moet je hulp kunnen afdwingen. Dan komt er iemand die voor een bepaalde periode orde op zaken stelt in een gezin.”

In de praktijk blijkt de onwil om mee te werken vaak van korte duur. “Zodra de eerste resultaten zichtbaar worden, bijvoorbeeld als het gezin weer gewoon eet, de kinderen naar school gaan en er overzicht ontstaat, komt de omslag. Vaak geven mensen dan aan dat ze de hulp eigenlijk liever eerder hadden gehad.”

Talentontwikkeling

Een grote uitdaging in ‘zijn’ jeugd beleid is voor

Dekker de talentontwikkeling. Hij ziet ongelofelijk veel talent, zowel op cognitief gebied als in de muziek en sport. Er moet meer ruimte komen om dit talent te ontwikkelen. Elke jongere verdient het om te kunnen kiezen en hulp te krijgen bij datgene wat hij of zij kan. In het onderwijs streeft Dekker naar ‘voor elk wat wils en variatie’. Naast het huidige kwalitatief goede onderwijs, moeten er bijvoorbeeld meer kansen zijn voor hoogbegaafde kinderen. Trots vertelt Dekker dat hij met het Rijk overeenstemming heeft bereikt.

“Den Haag wordt de proeftuin met speciale klassen voor hoogbegaafde kinderen. We gaan het samen met het onderwijs vormgeven en daarmee heeft Den Haag de primeur in Nederland.”

Ook het jongerenwelzijnswerk is bij uitstek geschikt om bij te dragen aan talentontwikkeling. De tijd dat het aanbod binnenskamers werd bedacht behoort wat Dekker betreft tot het verleden. Jongeren moeten zelf aangeven wat ze willen. “Daarom blijf ik zeggen ‘als het je niet bevalt of je vindt het te weinig, organiseer zelf wat’. Ze staan eerst wat gek te kijken, maar we zetten door. Er is zo veel talent, op het gebied van muziek, sport, en noem maar op. Laat jongeren vooral zelf activiteiten organiseren en hun talent ontdekken. Als zij iets willen moet het jongerenwerk er zijn om te helpen bij het realiseren ervan. Dat is de enorme mentaliteitsomslag waar het jongerenwerk voor staat.”

Om jongeren te stimuleren heeft Dekker een spaarsysteem geïntroduceerd, een vergoeding voor jongeren die iets nuttigs doen. In plaats van te hangen kunnen ze bijvoorbeeld een winkelcentrum schoonhouden. De ondernemers geven hen in ruil daarvoor airmiles die ze kunnen sparen voor bijvoorbeeld een korte vakantie.

Dekker heeft er hoge verwachtingen van.

“Talentontwikkeling komt uit je zelf, dat kan een ander niet voor je doen. Je moet er zelf keihard aan werken en dan staan onderwijs, sport en jongerenwerk voor je klaar.”

Een CU-minister en een VVD-wethouder voor Jeugd

Ten slotte de politieke kleur van Dekker. Een VVD-wethouder met de portefeuille jeugd komt niet zoveel voor. Hoe verhoudt een actiegericht jeugd beleid en bemoeienis zich tot het liberale gedachtegoed van zelfredzaamheid en ruim baan voor het individu? Op de vraag naar het verschil met de minister van Jeugd van de Christen Unie antwoordt Sander Dekker:

“André Rouvoet en ik zijn het over een aantal dingen best eens. Maar ik ben minder van het gezinsbeleid en van het idee dat we ons moeten opdringen en ons er

mee moeten bemoeien als dingen gewoon goed lopen.”

Op andere punten moet de lat een stuk hoger, vindt Dekker. “In de ontschotting tussen Jeugdgezondheidszorg en Bureau Jeugdzorg moeten we echt een stap maken. Het is een gemiste kans dat het Rijk daar nu niet op inzet. Ook bij de invoering van een elektronisch kinddossier willen we als wethouders van de vier grote steden echt dat de minister verder gaat dan nu het geval is. Het gebeurt nog te vaak dat verschillende organisaties met hetzelfde kind bezig zijn en onvoldoende van elkaar weten wat er gebeurt.”

Wat Dekker verwacht van partijen in de stad

Bij de meer dan veertig actiepunten uit het Actieprogramma Jeugd zijn enorm veel partijen betrokken. Desgevraagd spreekt de wethouder voor tien van die partijen een korte wens uit.

“Ten aanzien van woningcorporaties hoop ik dat de ambities rond prachtwijken zich niet beperken tot woningen, maar ook plaats bieden aan speelplekken en sportvoorzieningen voor de jeugd.”

“Van de welzijnsorganisaties verwacht ik dat ze goed in beeld kunnen brengen waar het jongerenwelzijnswerk nou precies voor is. We moeten laten zien wat de tien miljoen euro die wij jaarlijks in het jongerenwerk steken, oplevert.”

Met het Stadsbestuur Haaglanden hoopt Dekker op een vruchtbare samenwerking rond de CJG's. “Ik ben heel blij met de forse inzet van Bureau Jeugdzorg in Laak en hoop op eenzelfde inzet bij de realisering van de overige CJG's in de stad.”

Voor de GGD ziet Dekker een centrale rol in de totstandkoming van de CJG's. De GGD krijgt er een aantal nieuwe taken en verantwoordelijkheden bij. “Ik zou willen zeggen: pak dat heel voortvarend op en probeer te leren van wat andere organisaties te bieden hebben.”

“Met de schoolbesturen hoop ik een aantal grote stappen te maken. Ik beseft dat het onderwijs veel over zich heen krijgt, maar het zou een gemiste kans zijn als we niet een slag slaan in buitenschoolse opvang en netwerken.”

Het Jongeren Interventie Team levert in zijn optiek fantastisch werk. “Je ziet een leuke mix van mensen, ze weten de jongeren goed te benaderen. Ik hoop dat

ze het enthousiasme vast kunnen houden en niet aan hun succes ten onder gaan.”

Van de politie hoopt Dekker op blijvende betrokkenheid bij de jeugd. “Ik weet dat de aandacht naar de kerntaken gaat, maar ik hoop dat de politie ook betrokken blijft bij de scholen en meedoet als het gaat om preventie.”

Het bedrijfsleven zou goed kunnen helpen bij het bieden van kansen aan jongeren. “Bedrijven moeten niet alleen verwachten dat scholen en onderwijs de jongeren kant-en-klaar aanleveren. Ze hebben ook een belangrijke rol om jongeren te begeleiden en op te leiden, bij stages en op de eerste werkplek.”

Met de reclassering hoopt Dekker goede afspraken te maken over jongeren die terugkomen uit detentie. “Bij het opschalen van de inzet naarmate de problemen erger worden, zijn de organisaties redelijk goed op elkaar ingespeeld. Maar na detentie en bij de terugkeer in de samenleving, weten de organisaties nog te weinig wie wat doet.”

De Haagse versie van een Centrum voor Jeugd en Gezin: geen nieuw team, maar een andere opstelling

W. Joosten, M.v.d. Sande, A. Kouwenhoven

Binnen het Centrum voor Jeugd en Gezin (het CJG) zijn verschillende instellingen vertegenwoordigd op één lokatie, waar jeugdigen en ouders met vragen en problemen over opvoeden en opgroeien terecht kunnen. Door het CJG wordt bekeken of en welke hulp nodig is en wie daarbij betrokken moeten worden. Vervolgens wordt de hulp daar ook geregeld.

Op het eerste gezicht lijken de Haagse CJG's niet echt iets nieuws. De organisaties die het CJG (gaan) vormen bestaan al en ook hun opdracht blijft hetzelfde: jeugdigen en ouders snel en goed helpen. Je zou kunnen zeggen we blijven met een elftal voetballen en behouden de linies: de keeper, de achterhoede, het middenveld en de spitsen. Toch beoogt Den Haag met de ontwikkeling van 9 CJG's tot wezenlijke veranderingen te komen. Het CJG maakt het mogelijk de linies beter te laten samenspelen. In het CJG wordt de opstelling afgestemd op de tegenstander, de vragen en problemen van specifieke jeugdigen en hun gezinnen. Verder zorgt het CJG voor voldoende spelers die kunnen worden ingezet, op basis van vragen en behoeften van jeugdigen in een bepaald stadsdeel.

Den Haag kiest er niet voor om organisaties in het CJG te laten fuseren. Het CJG is niet zozeer een nieuwe aparte organisatie als wel een plek voor samenwerking tussen organisaties die zich richten op de doelgroep, bijvoorbeeld met scholen. Scholen signaleren vaak als eerste problemen binnen gezinnen. In een aantal gezinnen spelen verschillende problemen tegelijkertijd. Daarbij zijn of moeten verschillende instellingen en professionals betrokken worden. Dat vraagt om samenwerking tussen alle betrokkenen bij zo'n gezin. Dat is helaas niet vanzelfsprekend. In de zorg voor jeugdigen worden grenzen van instellingen en professionals nauwkeurig bewaakt. Juist scholen, die dagelijks in contact staan met jeugdigen en gezinnen, vormen de belangrijke ingang tot de Haagse CJG's. Aansluitend op de opvoeding van kinderen thuis, op school en in de buurt worden daar de krachten gebundeld om jeugdigen en gezinnen snel en goed te helpen. Ouders en scholen hoeven dan niet meer van het kastje naar de muur te lopen. Ze kunnen ook vanuit het consultatiebureau, (voor)scholen en kindercentra geholpen worden om snel en goed hulp te krijgen bij vragen en problemen over opvoeden en opgroeien.

Het onderstaande artikel beschrijft hoe de samenwerking tussen scholen en instellingen voor jeugdzorg de afgelopen jaren gestalte heeft gekregen in een keten voor jeugdzorg, die reageert en aansluit op onder meer signalen vanuit het onderwijs. Gevolg van deze werkwijze is de huidige vorm van het CJG in Den Haag.

Verbinding tussen de scholen en de jeugdhulpverlening

De hulpverlening aan jeugd kenmerkt zich door versnippering. Verantwoordelijkheden liggen bij het Rijk, de provincies en gemeenten en bij autonome zorginstellingen. Hoe zorg je ervoor dat alle betrokkenen, met hun eigen aansturingen- en

verantwoordingsregimes elkaar opzoeken voor een sluitend zorgaanbod? Hoe zorg je ervoor dat het elftal dat bij een gezin betrokken is of moet worden goed staat opgesteld?

In Haaglanden zijn verbindingen gelegd tussen drie belangrijke domeinen die met jeugdigen te maken

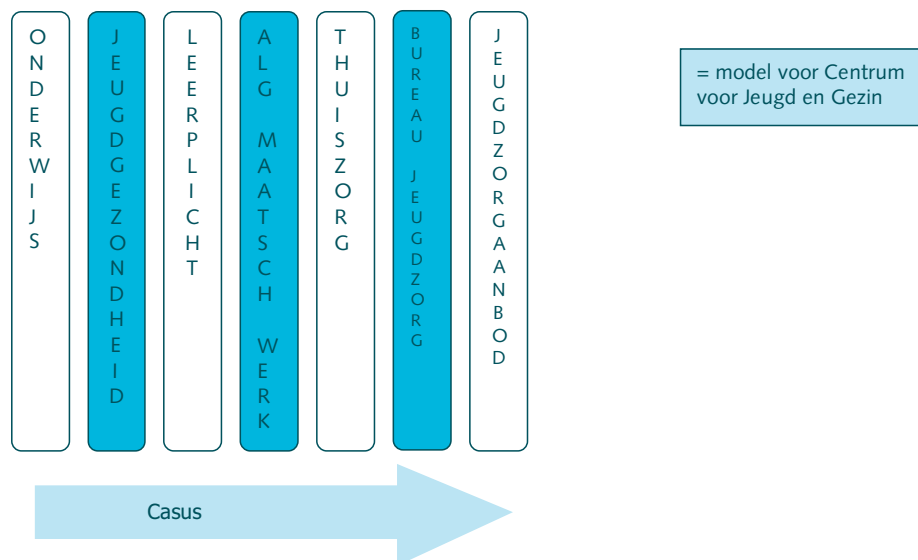
Over de auteurs:

Marion v.d. Sande: hoofddocent Haagse Hogeschool, vanuit de HHS o.a. betrokken als projectleider bij de jeugdnetwerken 0-12 Den Haag en het project Keten Aanpak Segbroek. m.c.e.vandesande@hhs.nl

Aad Kouwenhoven: Adviesbureau BMC; hij was eerder als manager vanuit Bureau Jeugdzorg Haaglanden betrokken bij het ontstaan van de netwerkstructuren. Als (interim) medewerker Stadsgewest Haaglanden was hij betrokken bij de samenwerking lokaal-regionaal. aadkouwenhoven@bmc.nl

Wil Joosten: zelfstandig onderzoeker en adviseur; deed o.a. onderzoek naar de aansluiting primair onderwijs-(bureau) jeugdzorg en is betrokken bij de vorming van het Centrum voor Jeugd en Gezin in Den Haag. wil.joosten@planet.nl

Figuur 1.



hebben: algemene (gemeentelijke) preventieve zorg, zoals maatschappelijk werk en jeugdgezondheidszorg (consultatiebureau en schoolgezondheidszorg), specialistische jeugdzorg en onderwijs. Het onderwijs is vooral lokaal georiënteerd en bereikt alle kinderen en jongeren, met of zonder probleem. Dat geldt min of meer ook voor de jeugdgezondheidszorg. Bureau Jeugdzorg daarentegen, de toegangspoort tot het geïndiceerde (specialistische) deel van de jeugdzorg, is regionaal georganiseerd en betreft alleen kinderen bij wie veilig opgroeien wordt bedreigd. Dat geldt ook voor de geïndiceerde jeugdzorg van de Jeugd-GGz. De gemeente ziet er vanuit haar regierol op toe dat al die betrokkenen daadwerkelijk tot samenwerking komen. Gemeenten spreken in dat kader met het regionaal georganiseerde Bureau Jeugdzorg af op welke wijze zij samenwerkt met instellingen in de gemeente.

Hoe krijgt dat nu praktisch vorm? Met name door een beter contact tussen scholen en hulpverleningsinstellingen. De rol van de scholen in het signaleren van problemen bij jeugdigen is steeds belangrijker geworden. Zij zien de problemen vaak het eerst. Zaak is dus samenwerking te organiseren tussen scholen, hulpverleningsinstellingen binnen de gemeente en Bureau Jeugdzorg. Die samenwerking heeft vormgekregen in zogenaamde zorgnetwerken. Dit zijn multidisciplinaire teams waarin bijvoorbeeld de leerplichtambtenaar, de jeugdgezondheidszorg, Bureau Jeugdzorg en Algemeen Maatschappelijk

Werk zijn vertegenwoordigd¹. Soms is ook de politie vertegenwoordigd. Deze teams bespreken jeugdigen en gezinnen waar problemen zijn en waar een gezamenlijke aanpak noodzakelijk is. Vanuit deze teams wordt de noodzakelijke hulpverlening ook aangevraagd en georganiseerd. Voor de gezinnen die zorg nodig hebben is het belangrijk dat zij bijvoorbeeld niet langer vanuit de school worden verwezen naar Bureau Jeugdzorg, maar dat dit vanzelfsprekend via het zorgnetwerk verloopt. Voor de betrokken professionals heeft het participeren in een zorgnetwerk een niet vrijblijvend karakter. Men komt er om afspraken te maken.

De aansluiting van de zorg in de school op de zorg buiten de school is op veel plaatsen gemaakt, waardoor de samenwerking bij de hulp aan jeugdigen en gezinnen beter begint te functioneren. Ook de inhoud van de verschillende vormen van hulp raakt beter op elkaar afgestemd. Daarmee ontstaan er tussen de betrokken professionals horizontale verbindingen, dwars door de organisaties heen, gewoon op grond van wat er bij een bepaalde casus nodig is. (zie figuur 1) Dat principe, breng organisaties met behoud van hun verantwoordelijkheden samen en zet hen aan tot doelgerichte samenwerking, staat model voor het Haagse CJG. De samenwerking zoals daaraan vorm wordt gegeven met scholen, kan ook worden toegepast bij bijvoorbeeld kindermishandeling en aanpak van overlast.

¹ Een omschrijving van alle in dit artikel genoemde instanties staat op pagina 47 van dit bulletin.



De Keten Aanpak Segbroek (KAS)

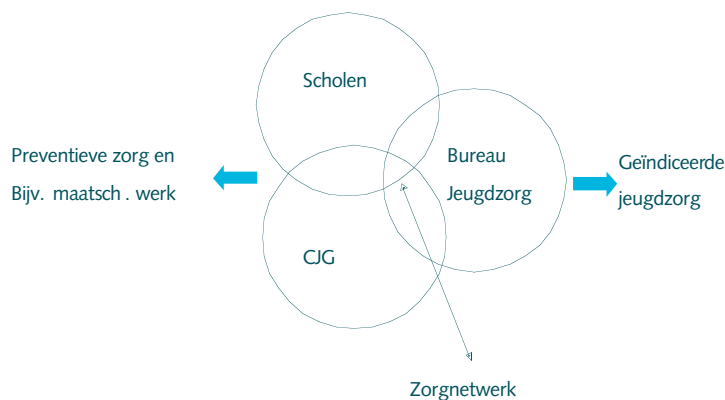
Tussen organisaties en tussen professionals is op de boven beschreven manier een netwerk van jeugdzorg ontstaan. Hierbinnen worden 'ketens' gevormd van werkers, die met een bepaalde jeugdige en zijn gezin te maken hebben. Zij stemmen hun aanbod op elkaar af en zorgen voor coördinatie van de zorg. Men spreekt van een ketenaanpak. In het Haagse stadsdeel Segbroek is daarmee geëxperimenteerd in het project KAS : Keten Aanpak Segbroek. Een CJG, maar dan nog zonder gebouw.

Centraal in deze ketens staan het kind en het gezin,

de jongere in zijn omgeving. Die moeten goed en snel worden geholpen. In Segbroek gaat men ervan uit dat organisaties die meedoen in de keten gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de resultaten. De gemeente voert hierbij de regie. De aard van de problematiek en de zorg die nodig is bepalen of jeugdigen en gezinnen te maken krijgen met één of meer schakels in de keten. Op basis van gezamenlijke afspraken weet iedere betrokkene wat hem of haar te doen staat én wat de anderen geacht worden te doen. Daarnaast heeft elke organisatie z'n eigen taken. Gezamenlijk zijn zij verantwoordelijk voor de samenwerking in de

Figuur 2.

Kernelementen van de netwerkstructuur



keten. Als een school bijvoorbeeld weet dat een leerling hulp krijgt van een instelling en constateert dat die hulp niet goed loopt of zelfs is gestopt, spreekt de school de hulpaanbieder daarop aan. Op die manier wordt het hulptraject bewaakt. Indien nodig kan een ander hulpaanbod worden gedaan. Voorwaarde is dat partijen elkaar attenderen en aanspreken bij blokkades in de keten. Specifiek hiervoor zijn in het kader van KAS gezinscoaches ingezet. Scholen kunnen deze gezinscoaches inschakelen. Daarmee zijn in Segbroek voor een aantal zeer hardnekkige probleemleerlingen (onconventionele) oplossingen gezocht en gevonden. Zij krijgen nu adequate hulp en doen het op school weer beter. Om zover te komen zijn de grenzen van de leerplichtwet opgezocht en werden leerlingen en scholen gemotiveerd om te blijven investeren, met ondersteuning van hulpverleners.

Casus 1

Een pleeggezin en een andere school

Een school voor voortgezet onderwijs meldt in het kader van de ketenaanpak een 14-jarige jongen aan. De jongen verzuimt veelvuldig en dreigt van school te worden gestuurd. Hij woont in een zorginstelling en heeft een gezinsvoogd, maar de school slaagt er niet in contact te krijgen met voogd of instelling. De school heeft geprobeerd de problemen van de jongen in kaart te brengen, maar komt niet verder doordat de voogdij-instelling niet in het overleg op school is vertegenwoordigd.

Een gezinscoach wordt ingeschakeld. Deze spoort de gezinsvoogd op: die blijkt met verlof, de vervanger heeft teveel kinderen onder zijn hoede, kent de betreffende jongen niet en heeft derhalve geen contact met de zorginstelling waar de jongen woont.

Een paar jaar geleden is de jongen verwezen naar de Jeugd-GGz, zo blijkt nu. Maar dit heeft niet geleid tot hulp, omdat men daar vond dat de jongen niet gemotiveerd was. Zijn ouders zijn geheel uit beeld verdwenen. In totaal blijken er bij deze jongen tien hulpverleners te zijn betrokken of betrokken geweest.

De gezinscoach brengt de hulpverleners bij elkaar voor multidisciplinair overleg, met als gevolg: meer zicht op wat er aan de hand is en een nieuwe diagnose van de Jeugd-GGz. De gezinsvoogd gaat op zoek naar een pleeggezin en de gezinscoach slaagt erin hem op een school te krijgen waar hij

beter op zijn plaats is. Alles wordt besproken met de jongen en de gezinscoach zet alle partijen onder druk om zo min mogelijk tijd te verliezen. Zo zijn de school en de samenwerking binnen de Keten Aanpak Segbroek erin geslaagd in een periode van negen maanden zicht te krijgen op de problemen van deze jongen en -gecoördineerd- de nodige hulp op gang te brengen. Met elkaar heeft men voorkomen dat de jongen van school is gestuurd en wellicht inmiddels zou zijn verdwenen in de marge van de samenleving.

De gezinscoaches

De scholen zijn zeer te spreken over de Keten Aanpak Segbroek (KAS). Zij geven aan de organisaties en hulpverleners nu beter te kennen en te kunnen vinden dankzij de structuren en afspraken die in het kader van KAS zijn ontwikkeld.

De scholen melden de jeugdigen aan bij de bovengenoemde netwerken, met het verzoek om inzet van een gezinscoach. In Segbroek hebben vooral scholen voor voortgezet onderwijs jeugdigen aangemeld, die al lange tijd problemen hadden en voor wie de scholen er niet in slaagden hulp op gang te brengen. De andere scholen in de wijk hebben gebruik gemaakt van andere kanalen om hulp in te schakelen. De structuur die in het kader van KAS is ontwikkeld, heeft volgens de scholen bijgedragen aan een optimaal gebruik van die kanalen.

De gezinscoaches worden vooral ingezet bij leerlingen met meervoudige problemen, thuis, op school en in de buurt. Vaak gaat het om combinaties van persoonlijke en opvoedingsproblemen en problemen op school, zoals spijbelen of onhandelbaar gedrag in en om de klas. Bij een aantal van de gemelde jongeren leken de scholen de moed om hulp in te schakelen eigenlijk al te hebben opgegeven. Scholen zijn daarvoor maar beperkt toegerust. Het aantal betrokken partijen bij een dergelijke casus is groot en het afstemmen en coördineren van hulp tussen de verschillende professionals vraagt specifieke aandacht. In verreweg de meeste gevallen lukt het de gezinscoaches wel om de afstemming en coördinatie van zorg binnen enkele maanden te realiseren. Maar ook een gezinscoach heeft daarbij een zeer lange adem nodig. De coaches geven hoe dan ook niet op, het belang van de jeugdige én zijn gezin staat voorop. Zij werken aan een doorstart op meerdere terreinen, waaronder in elk geval de schoolcarrière en het realiseren van noodzakelijke ondersteuning voor kind en gezin. Indien nodig gaan de gezinscoaches ook in

gesprek met opleidingen en werkgevers van de ouders, of met de afdeling herhuisvesting van de gemeente.

Casus 2

Een ander huis

Een basisschool schakelt de Keten Aanpak Segbroek in. Vijf kinderen uit een gezin verzuimen regelmatig van school in verband met gezondheidsklachten. Het gezin is slecht gehuisvest in een vochtig huis, waardoor de astma van de kinderen voortdurend opspeelt. Via de leerplichtambtenaar is de vader al voor de rechter gedaagd. Zonder succes, de kinderen blijven van school verzuimen. Voor de school, leerplichtambtenaar en de schoolgezondheidsdienst van de GGD is het onmogelijk een beter huis te regelen.

De gezinscoach spoort nog meer problemen op. Vader heeft onregelmatig werk, moeder is vaak ziek, kan de kinderen niet naar school brengen en kan de opvoeding niet aan. Vader kan daarbij te weinig ondersteunen.

De gezinscoach wijst de ouders op hun verantwoordelijkheid bij het schoolverzuim. En doordat er in de keten wordt samengewerkt op bestuurlijk en uitvoerend niveau, slaagt de gezinscoach erin een doorbraak tot stand te brengen bij het krijgen van een ander huis. De gezinscoach neemt vervolgens de tijd om het gezin te ondersteunen, alle informatie te verzamelen en achter professionals en instellingen aan te bellen. Dat is precies wat hier nodig blijkt.

partijen betrokken zijn bij een jeugdige en zijn omgeving. Als er extra zorg nodig is kan die snel worden georganiseerd doordat de verbindingen tussen organisaties al zijn gemaakt. De professionals hebben elkaar al persoonlijk leren kennen en vertrouwen. De ervaring leert dat dat helpt.

Uiteraard kunnen er vragen worden gesteld bij dit model. Zoals de vraag in hoeverre iedere gemeente in staat is tot regie en ontwikkeling van een visie op samenwerking. Welke doelen moet het CJG allemaal dienen buiten de hier geschetste inhoudelijk verbindende functie? Hoeveel politieke en maatschappelijke druk bestaat er om alle vraagstukken van zorg voor jeugd en gezin in één keer met de komst van het CJG op te lossen? Hoeveel uitvoerende zorg moet er in het CJG beschikbaar moet zijn? etc. Vooral nog is van belang dat er zo min mogelijk bestuurlijke regeldruk is en dat de functionerende netwerkstructuur de ruimte krijgt om te ontwikkelen en jeugdigen en gezinnen snel en goed te helpen.

Het netwerkmodel en de toekomst

Tussen organisaties én tussen professionals heeft zich een netwerk ontwikkeld, vanwaaruit effectieve samenwerking rond jeugdigen en gezinnen kan worden geregeld. Het experiment in Segbroek maakt duidelijk dat de structuur werkt, als alle partijen bereid en in staat zijn om zich daar maximaal voor in te zetten. Het CJG, het onderwijs en Bureau Jeugdzorg zijn de kernelementen van deze netwerkstructuur (figuur 2). De structuur is al gevormd voor de komst van het CJG, maar met het huidige CJG wordt de samenstelling completer: meer organisaties dan voorheen doen mee aan de samenwerking. Figuur 2 laat zien hoe het werkt: organisaties houden hun eigen zelfstandigheid, maar werken waar nodig samen. Dat voegt de meerwaarde toe. Elke organisatie voert zelfstandig zijn taken uit. De netwerkstructuur binnen het CJG regelt de verbinding zodra er meerdere

Centrum voor Jeugd en Gezin Laak

GROEIT

L. E. M. van Dalen

Op 25 juni 2008 vond de opening plaats van het eerste Centrum voor Jeugd en Gezin in Den Haag: CJG Laak. Een paar maanden na de opening blijkt dat dit CJG groeit. Op alle fronten. De onderlinge samenwerking, bekendheid bij ouders en wijkbewoners, belangstelling bij partners als onderwijs en buurtbeheer en de positie van CJG Laak in de stad krijgen vorm. De leidinggevenden van de betrokken partijen zijn het er over eens: "Het is veel werk en het is pionieren, maar hartstikke leuk en met winst voor alle partijen."

Hieronder een gesprek met zes direct betrokkenen over de startfase.

De opdracht van CJG Laak is te zorgen voor samenhang tussen het preventieve aanbod, ambulante hulp, zorgcoördinatie en toeleiding naar geïndiceerde jeugdzorg, en voor sluitende ketens tussen onderwijs, jeugdzorg en overlastaanpak. Het Haagse CJG wordt de spin in het web als het gaat om opgroei- en opvoedingsondersteuning en de belangen van kinderen. Het is nadrukkelijk de bedoeling dat de partijen daarbij samenwerken en verdergaan dan het afstemmen van hun aanbod.

In CJG Laak gebeurt dit door medewerkers van Meavita Opgroeïende kinderen (consultatiebureaus voor 0- tot 4-jarigen), Jeugdgezondheidszorg (JGZ) van de GGD (o.m. schoolgezondheidszorg voor 4- tot 19-jarigen), Bureau Jeugdzorg (BJZ), Jeugdformaat, Jutters, welzijnsorganisatie Stichting MOOI Laak en de dienst OCW van de gemeente Den Haag¹. CJG Laak is het eerste van de negen CJG's die de gemeente Den Haag heeft gepland.

De redactie sprak met de leidinggevenden: Maryvon Franken van Meavita 0-4 jaar; Ellen van Veen, JGZ 4-19 jaar; Marlon Minderaa van Bureau Jeugdzorg Haaglanden; Erica Pannekoek van MOOI Laak; Ineke de Groot van Jutters/Jeugdformaat en coördinator Alette Broekens van de dienst OCW, tevens kwartiermaker van het CJG.

De leidinggevenden ontmoetten elkaar ongeveer anderhalf jaar geleden. Toen het pand aan de Thijssestraat 47 in Laakkwartier een geschikte lokatie bleek, heeft de gemeente de deelnemende partijen uitgenodigd om het centrum verder vorm te geven. Tot aan de opening was de focus vooral gericht op de

huisvesting en inrichting. "Na de opening zijn we gestart met de opbouw van de inhoudelijke samenwerking", vertelt Maryvon Franken, "ons realiserend dat het bij elkaar zitten in één gebouw die niet per definitie teweeg brengt."

Helemaal vreemden zijn het natuurlijk niet. De organisaties werken al langere tijd samen, onder andere in de zorgnetwerken jeugdhulpverlening 0- tot 12-jarigen. Maar werken binnen een CJG is anders. "Dat de leidinggevenden de handen ineenslaan en dat de bureaus van de medewerkers van de verschillende organisaties naast elkaar staan, dat is echt iets anders dan casuïstiekbespreking", vindt Ellen van Veen.

Meer dan bedrijfsverzamelgebouw

In CJG Laak zijn het consultatiebureau, de jeugdgezondheidszorg, jeugdzorg, speel-o-theek, een opvoedsteunpunt, een diëtiste en de projecten Moeders informeren Moeders en Opvoeden in de buurt gehuisvest. Van een bedrijfsverzamelgebouw is echter geen sprake. Dan zou de opzet volledig mislukt zijn, vinden de leidinggevenden. Het is absoluut meer. "De gemeente heeft gekozen voor een samenwerkingsconstructie en niet voor een stichtingsvorm. Alle partijen blijven vanuit de eigen organisatie denken en samenwerken. De cliënten mogen en zullen daar echter niets van merken." De frontoffice heeft daarin een belangrijke functie. De drie parttime MBO-ers die daar werken zijn publieksgerichte professionals, die doorvragen en zorgen dat mensen zo snel mogelijk bij de juiste organisatie in huis terechtkomen. Die organisatie zorgt vervolgens voor het oplossen van de vraag, zo

Over de auteur:

Liesbeth van Dalen, tekstschrijver bureau Koopmans & Van Dalen Communicatie Rijswijk. info@koopmansvandalen.nl

¹ Voor een omschrijving van alle in dit artikel genoemde organisaties verwijzen wij naar de lijst op pagina 47 van dit bulletin.

nodig of mogelijk samen met de andere deskundigen binnen het CJG, of met de expertise van de achterban in de betreffende moederorganisatie.

Naast deze organisaties is er de parttime 'kwartiermaker CJG coördinator', Alette Broekens. Ook haar functie wordt gaandeweg duidelijker. "Nee, ik ben zeker niet de baas. De mensen hier aan tafel zijn de baas voor hun eigen medewerkers. Ik ben er om ervoor te zorgen dat de dagelijkse processen goed lopen. Ik ben ook aanspreekpunt voor externe partijen. Ik moet zorgen dat het CJG meer wordt dan een bedrijfsverzamelgebouw."

Een vergelijking met een gezondheidscentrum waarin diverse partijen gehuisvest zijn, gaat niet op. De daar gevestigde organisaties werken veel meer op zichzelf. Marlon Minderaa: "Wij hebben gekozen voor een grote kantoortuin, de lijnen zijn kort, je loopt met je vraag naar het bureau van de ander. De medewerkers worden uitgedaagd om over hun eigen grenzen te kijken en elkaars expertise te benutten. Ook dat groeit en mensen gaan zelfs samen op huisbezoek als dat wenselijk is. Samen heb je echt veel meer te bieden." Er is bijvoorbeeld al een gezamenlijk huisbezoek geweest, omdat een jeugdverpleegkundige twijfels had over de thuissituatie van een gezin. Ze had geen concrete aanwijzingen maar voelde dat er iets aan de hand was. Om het goed te kunnen beoordelen is ze met een medewerker van BJZ op huisbezoek gegaan. Vooral meer bekendheid met het werk van Bureau Jeugdzorg blijkt van belang. "Er wordt soms op een bepaalde manier naar ons gekeken. Ook veel ouders kijken er angstig tegen aan. Dus ik moet en blijf uitleggen wat we doen en zorgen voor een juist imago", aldus Minderaa.

Al werkend wordt duidelijk wie het beste een vraag kan beantwoorden. Soms gebeurt het dat je in een vraag investeert terwijl gaandeweg blijkt dat die bij een ander hoort, weet De Groot uit ervaring. "Maar ook dan is er winst, want die ander zit dichtbij." De invulling van de samenwerking loopt parallel aan het vormgeven van het CJG zelf. Ook dat is voor de betrokkenen een ontwikkeling met groeiende resultaten. De Groot noemt het 'de twee petten'. "Je hebt je loyaliteit aan je moederorganisatie met eigen productieafspraken en je bent loyaal aan het CJG en medeverantwoordelijk voor het slagen ervan." Het CJG Laak en de opgedane expertise bij het opbouwen van het centrum raken bekend in de stad. De leidinggevenden en coördinator worden gevraagd om er over te vertellen. Het CJG wordt ook uitgenodigd in de wijk, zoals bij de iftarmaaltijd aan

het eind van de ramadan. Mensen komen spontaan langs, zoals de vrouw die vroeg of ze vrijwilligerswerk kon doen en de leerkracht van een basisschool die belangstelling had voor het schoolmaatschappelijk werk.

De leidinggevenden zijn er trots op. "Mensen hebben van ons gehoord en weten dat we er zijn. Ook professionals willen graag kennismaken en samenwerken. Die winst is inmiddels geboekt. We komen steeds dichterbij wat we willen zijn, namelijk een laagdrempelig centrum voor kleine mensen en grote mensen met kleine vragen en grote vragen rond opvoeden en opgroeien."

Weten wat er speelt

Zoals gezegd moet het CJG zorgen voor samenhang tussen het preventieve aanbod, ambulante hulp, zorgcoördinatie en toeleiding naar geïndiceerde jeugdzorg, en voor sluitende ketens tussen onderwijs en de jeugdzorg. De concrete invulling van de dienstverlening moet aansluiten op wat een wijk nodig heeft. Dat is een pittige opdracht. Het CJG wil en moet daarom weten wat er gebeurt en leeft in de wijk, en daarop inspelen.

Ook dat groeit. Zo heeft Broekens een gesprek gehad met de stadsdeeldirecteur en met het buurtwerk om te kijken wat het CJG kan betekenen in de wijk. Een ander voorbeeld is het Stedelijk Mobiel Jongeren Team dat functioneert in het kader van overlast. "We hebben besproken wat we kunnen doen, met name voor jongeren die overlast veroorzaken maar tegelijkertijd ook zorg nodig hebben. Het gaat soms om jochies van 10 of 12 jaar. Als wij weten wie het zijn, kunnen wij contact leggen, op huisbezoek gaan of met de expertise binnen het CJG iets betekenen voor de werkers." Broekens bezocht ook een basisschool en hoorde dat leerkrachten vrijwel niet meer op huisbezoek gaan omdat ze het te eng vinden. "Ik heb hen onmiddellijk uitgenodigd, want het CJG heeft de expertise in huis om leerkrachten daarin te trainen en om eventueel samen op huisbezoek te gaan."

"We zijn de ogen en de oren van de wijk en moeten inspelen op wat we zien en horen" voegt Van Veen toe. Daarbij is interne uitwisseling belangrijk. "Dan kan blijken of meerdere organisaties dezelfde vragen krijgen of bijvoorbeeld signaleren dat kinderen zich stierlijk vervelen. Dan kun je afstemmen wat we als CJG kunnen bieden."

Ook werkers van andere instellingen kunnen binnelopen met vragen of zorgen. Voor het algemeen maatschappelijk werk kan het CJG een belangrijke



vindplaats zijn om in contact te komen met gezinnen. Het CJG zoekt bovendien partners die in het centrum spreekuur kunnen houden, zoals een verloskundige of logopediste.

Leuk om binnen te lopen

Het imago en de uitstraling van de CJG's moet vooral niet gerelateerd worden aan zorg of hulp. Het moet leuk zijn om er binnen te lopen. Daar is CJG Laak met de inrichting zeker in geslaagd. Het is er licht, kleurrijk, ruim, vrolijk en functioneel. De open deur en daarmee lage drempel werken inmiddels voor spelende kinderen. Regelmatig lopen ze naar binnen en gaan er aan tafel zitten tekenen. Of dat de bedoeling was, is niet de vraag. "We hopen dat het voor iedereen een veilige plek wordt om binnen te lopen. Zolang de kinderen hier spelen of tekenen is dat prima. Mochten ze gaan lopen donderjagen, zien we wel weer verder", vindt Franken.

De bekendheid en toegankelijkheid zullen toenemen. Alle ouders komen als het goed is een of meerdere malen bij het consultatiebureau en de schoolgezondheidszorg. Als ze de weg eenmaal kennen, zullen ze eerder spontaan aankloppen als er problemen of vragen zijn. De belangstelling onder jongeren is nog gering. Dat komt mede doordat er in Laak geen VO-scholen zijn.

Beter, sneller en efficiënter

Voor alle partijen is duidelijk: de zorg voor ouders en kinderen moet beter, sneller en efficiënter verlopen. De tijd dat ouders op diverse plekken hun verhaal steeds opnieuw moesten vertellen, behoort tot het verleden. Om ook de intake goed vorm te geven start het team van BJZ een pilot. Minderaa: "BJZ werkt met een uitvoeriger intake dan de andere organisaties. We willen voorkomen dat als een van de partners het eerste gesprek heeft, wij een uitvoeriger of aanvullende intake moeten doen. Met de pilot willen we de werkwijzen zo goed mogelijk laten aansluiten, waarbij de klant koning is en snel antwoord op zijn vraag krijgt."

Ook uniforme registratie staat op het verlanglijstje, want elke organisatie registreert (nog) afzonderlijk de hulpvraag en geboden zorg. Het begin is er. De medewerkers van de frontoffice registreren welke vragen binnenkomen. De kinddossiers van Meavita 0-4 en JGZ 4-19 kennen al een doorlopende lijn. Inmiddels wordt ook de zogenoemde Haagse verwijfsindex ingevoerd. Daarmee krijgen hulpverleners van verschillende organisaties automatisch bericht als een kind dat zij behandelen, ook hulp krijgt van een andere instelling. De hulpverlening kan hierdoor beter worden afgestemd. Er is inmiddels proefgedraaid met de verwijfsindex in stadsdeel Segbroek. De lessen daaruit worden in Laak meegenomen.



Het CJG hoopt het komend jaar een stuk verder te komen met de registratie en het monitoren van bezoekers en cliënten. Erica Pannekoek verwoordt de wensen: “We hopen dat duidelijk is welke route iemand hier aflegt en dat we erin slagen elkaar binnen een heldere structuur te vinden. En vooral dat we geen informatie van elkaar missen. Eén kind, één gezin, één plan en één coördinator: dat is het streven!”

Aanraders voor toekomstige CJG's

De mensen van dit eerste CJG zijn pioniers. Pionieren betekent durven en proberen én veranderen als dat nodig is. In deze proeftuin wordt duidelijk wat er wel en niet loopt en wat aanpassing behoeft. Een voorbeeld is de rol van de kwartiermaker/coördinator. Aanvankelijk was die functie gericht op het beheer en het gebouw. Inmiddels heeft Broekens een helicopterfunctie met een breder mandaat, ook voor het inhoudelijke proces. Het mandaat gaat zover als nodig is om de verantwoordelijkheid, namelijk dat geen kind meer tussen wal en schip valt, waar te maken. De kwartiermaker/coördinator moet zorgen dat er ook goede lijnen en contacten zijn met de partners buiten het CJG. Als voorbeeld noemt Broekens de schoolbezoeken van de afzonderlijke organisaties. “Ik wil voorkomen dat de organisaties vanuit het CJG aparte ‘kennismakingsgesprekken’ gaan voeren. Het is de bedoeling dat elke organisatie in zijn externe

contacten mede het CJG vertegenwoordigt. We zijn bezig dit binnen ons CJG goed af te stemmen.” Met het bredere mandaat is het aanvankelijke idee dat één van de betrokken leidinggevendenden de coördinatiefunctie zou vervullen, vervallen. “Ook de leidinggevendenden zelf gaven aan dat het een externe functionaris moest zijn. Bovendien past deze invulling beter bij de regiefunctie van de gemeente ten aanzien van de CJG's.”

Deze en andere ervaringen van het eerste CJG worden meegenomen bij de vorming van de overige CJG's. De leidinggevendenden hebben bovendien een aantal suggesties. Achteraf bezien vinden ze dat er relatief veel tijd en energie is besteed aan huisvesting en inrichting. Ze raden hun opvolgers aan om ook al in die voorbereidingsfase naar de inhoudelijke samenwerking te kijken. Een advies is ook om een ‘flexibele inrichting’ te realiseren. Zoals er inhoudelijk ruimte moet zijn om in te spelen op vragen of ontwikkelingen, moet er ook in fysiek opzicht ruimte zijn. De mensen van CJG Laak zijn zeer te spreken over het prachtige gebouw waarin de werkvormen en spreekkamers gedeeld kunnen worden.

De leidinggevendenden zijn het er over eens. “Je moet er moeite voor doen. Het is een uitdaging en we zijn zeker enthousiast. Ons advies aan toekomstige CJG'ers is: ‘Wees en blij nieuwsgierig naar elkaar, naar wat er is en wat er nog komt.’”

Dagboek van de gezinscoach

Gezinsbegeleiding is een speciale vorm van de GGD-Jeugdgezondheidszorg. De speciale JGZ wil hulp brengen in gezinnen waar weerbarstige sociale en individuele problemen de ontwikkeling van kinderen bedreigen. De afdeling gezinsbegeleiding werkt onder andere met het inzetten van gezinscoaches. Hun taak is het gezinnen toe te leiden naar reguliere vormen van hulp en alle hulpverlening te coördineren. De positie van de gezinscoach hierbij is die van neutrale 'partij boven de partijen', die werkers van andere instellingen laat samenwerken aan één plan rondom het gezin. Binnen de afdeling werken twaalf gezinscoaches, verschillend van achtergrond en expertise. Het kantoor bevindt zich bij de GGD op de Thorbeckelaan. Iedere gezinscoach heeft een stadsdeel als specifiek aandachtsgebied. In de verschillende stadsdelen zijn ook werkplekken gecreëerd waar de gezinscoach tussen huisbezoeken door even neer kan strijken om te werken.

Iedere professional die met gezinnen en/of kinderen werkt, kan bellen om een casus aan te melden. De afdeling is te bereiken op tel. 070 - 35 37229.

Op verzoek van de redactie van het Bulletin hield een aantal coaches een dagboek bij van hun werkzaamheden door de week heen. Het gecombineerde resultaat vindt u hieronder.

Maandag

De week begint met een 'koppelgenotenoverleg'. Het team van gezinscoaches is verdeeld in groepjes van drie. Eens in de zes weken bespreken we hier al onze casussen. In totaal worden er zo 24 casussen besproken. De gezinnen die worden besproken en de zwaarte van de problematiek zijn heel verschillend. Het overleg neemt de hele ochtend in beslag. Na de lunch, stap ik op de fiets op weg naar het eerste huisbezoek van vandaag.

Het gezin waar ik kom wordt nu twee maanden begeleid. De kinderen hebben een ontwikkelingsachterstand, moeder is verstandelijk beperkt. Het gezin heeft schulden bij het energiebedrijf en kan daardoor geen gas en licht aanvragen. De tijd gaat voorbij met bespreken van alle kleine problemen waar het gezin deze week tegenaan gelopen is, en uitleggen aan de ouders hoe de kinderen moeten worden aangemeld bij een instantie die hen kan gaan begeleiden. Hiervoor is een indicatie nodig van Bureau Jeugdzorg¹. Bij het horen van die naam verstrakken de ouders. Na een half uur uitleg begrijpen ouders hoe het werkt en vertonen ze minder weerstand. Tijdens het gesprek zijn de kinderen aanwezig. Leuk om te observeren hoe ouders en kinderen op elkaar reageren en hoe het reilt en zeilt in dit huishouden. Minder leuk is het wanneer een peuter in al zijn enthousiasme een afgesabbeld koekje in je kleren smeert. Dus moet ik de rest van de middag met een gevlekt shirt verder. Het tweede huisbezoek van vandaag betreft een alleenstaande moeder met een puberdochter. Moeder lijdt aan een angststoornis en heeft regelmatig paniek-

aanvallen. Dochter heeft de moederrol op zich genomen, doet alle taken buitenshuis en maakt zich zorgen om haar moeder. Beiden liggen de halve dag op bed en hebben hun dag- en nachtritme omgedraaid. Mijn taak is het hulp voor beiden op te starten en de dochter weer naar school te krijgen. De hulp voor moeder vanuit de thuiszorg en vanuit de GGZ is nu op gang gekomen. De problemen van de dochter lijken moeilijker op te lossen. Ze staat niet open voor enige vorm van hulpverlening en wil alleen naar school op haar voorwaarden. Deze problematiek zit diep, mijn inschatting is dat het voor alle betrokken hulpverleners een langdurig traject zal worden. Inmiddels is het vier uur en ga ik snel richting kantoor om de huisbezoeken in de computer te zetten.

Dinsdag

Vandaag start ik de dag weer op kantoor. Tijdens de huisbezoeken gisteren is er allerlei informatie boven tafel gekomen, die besproken moet worden met andere instanties.

De hele ochtend wordt gevuld met telefoontjes naar hulpverleners en openbare instellingen. Onze klanten hebben vaak moeite om contact te onderhouden met derden. Zowel de instanties als onze klanten uiten naar mij toe hun irritatie. Een gezin is de afspraken met de sociale dienst niet nagekomen, omdat ze in de chaos thuis hun papieren niet meer kunnen vinden. De ambtenaar wil de stukken graag nu, anders wordt de uitkering gestopt. Ik meld de ambtenaar, dat het vandaag echt niet meer gaat lukken en vraag om

¹ Voor een beschrijving van alle in dit artikel genoemde instanties zie de lijst op pagina 47.

uitstel tot donderdagmiddag. De ambtenaar gaat akkoord als ik toezeg samen met ouders te gaan zoeken. Daarna vader gebeld met deze informatie. Vader neemt de telefoon niet op. Ingesproken op de voicemail. Probeer het straks nog wel een keer. Hierna overleg met een schoolverpleegkundige. Moeder is tweemaal opgeroepen en niet verschenen, zonder bericht. Hoe gaan we ervoor zorgen dat moeder toch komt? Misschien kan het onderzoek op school plaatsvinden? Kan ik moeder helpen herinneren? Samen proberen we een oplossing te verzinnen. Zo gaat het achter elkaar door.

's Middags een eerste huisbezoek bij een nieuwe klant, nadat ik twee weken vergeefs heb gebeld om een huisbezoek af te spreken. Na vier keer aanbellen (ik wil net weer weggaan) beantwoordt moeder de intercom en laat me binnen. Een opvallend mooie, nette, ruime woning op de vijfde verdieping. Ik stel mezelf voor en licht de aanmelding van BJZ toe: ze krijgen geen contact meer met haar. Moeder beaamt dit direct, want ze heeft al 'wekenlang' haar post niet meer bekeken. Ze geeft aan, dat het weer heel slecht met haar gaat. Ze heeft borderline, is in het verleden opgenomen geweest bij Parnassia, maar dat heeft niet geholpen. Uit de loop van het verhaal begrijp ik, dat moeder had gedacht dat ze na een aantal maanden weer helemaal genezen zou zijn. Toen dat niet het geval bleek heeft ze het opgegeven. Ze heeft nog wel allerlei medicatie, maar die heeft negatieve bijeffecten. Ze is erg emotioneel, durft amper naar buiten, was nu bezig zich op te maken voor een bijeenkomst bij haar familie, maar denkt er al weer over om niet te gaan. Ze belicht alles van een (erg) negatieve kant en zit naar mijn indruk erg in een slachtofferrol.

Haar zoontje is overdag na school bij haar moeder tot 's avonds, in het weekend is hij bij z'n vader. Deze regeling verloopt goed. Ze vindt het goed om weer contact met BJZ op te nemen voor het Boddaert-centrum. Verder vertelt ze dat haar zoontje na de behandeling bij de KOPPgroep is doorverwezen naar de Jutters. Er zou een psychologische test worden afgenomen, maar volgens moeder is er alleen maar drie keer met haar gesproken en 'verder gebeurde er niets'. Toen is ze niet meer teruggegaan. Er zou gekeken worden of hij ADHD heeft, maar volgens moeder heeft hij ook borderline. Ze praat wisselend over hem: hij is lief, vrolijk, maar ook agressief en onberekenbaar. Moeder heeft een Wajong uitkering via UWV, maar zegt dat ze het idee heeft, dat er beslag is gelegd op haar uitkering. Ze heeft schulden en maakt al lang de brievenbus niet meer open. We

spreken af, dat ze haar post boven water haalt en dat we volgende keer samen de administratie doornemen. Ik zal contact opnemen met BJZ en de Jutters. En moeder gaat nadenken over een nieuwe behandeling bij de GGZ. Volgende keer praten we hier verder over.

Woensdag

Iedere woensdagmorgen is er casuïstiekoverleg in het nieuwe CJG in Laak. We bespreken en verdelen de gezinnen die de afgelopen week zijn aangemeld. Dan bespreken we de casussen waar we vragen over hebben. Meestal worden er zo'n vijf gezinnen per ochtend besproken. Na afloop zijn er vaak nog mededelingen.

Nu moet ik naar een klant in Scheveningen. De bedoeling is dat ik het pubermeisje waar ik maandag was ga aanmelden bij een school. Moeder heeft straatvrees en komt nergens. Het meisje alleen laten gaan is geen goede optie. Het gesprek duurt anderhalf uur. Alles verloopt naar wens, de jongedame zal aanstaande maandag starten op haar nieuwe school. Thuis bel ik nog de klant van de sociale dienst papieren. Gelukkig zijn die inmiddels gevonden. Morgenmiddag brengen we ze samen langs bij de sociale dienst. Nog even de mail checken en mijn agenda bijwerken.

Donderdag

Deze ochtend hebben we met een aantal coaches een cursus. We willen voor onze eigen doelgroep opvoedcursussen gaan verzorgen. Hier worden we in getraind. Na de cursus met de klant naar de sociale dienst. Vader geleerd dat hij om een ontvangstbevestiging kan vragen bij de sociale dienst. Er wordt een papier getekend en vader krijgt het afschrift mee. Verteld dat ze hier altijd op moeten letten als ze iets inleveren. Zo voorkomen ze problemen in de toekomst. Het korte bezoek aan de sociale dienst kost me toch weer een halve middag. Ik moet me haasten om nog op tijd te zijn voor een huisbezoek. Het huisbezoek is bij een gezin met ernstige financiële problemen. Moeder had al twee jaar de post niet opengemaakt. Die lag in een la. Vorige keer zijn we begonnen met de post te sorteren en in mappen te doen. Toen bleek, dat het energiebedrijf op het punt stond de stroom af te sluiten voor een schuld van meer dan € 2000. Verder lag er een betalingsachterstand bij de zorgverzekeraar, en een huurachterstand. Vandaag samen het aanvraagformulier bij de Stichting Samenwerking Sociale Fondsen (SSSF) gedaan. Vervolgens de sociale rapportage, die ik heb gemaakt ter goedkeuring voorgelegd aan moeder.

Verder nog gepraat over de begeleiding van haar zoon van 14 jaar door de jeugdreclassering. Ze voelt zich geen goede moeder en schaamt zich, dat het zover gekomen is. Ik zeg tegen haar, dat ze nu in ieder geval op de goede weg is door hulp te accepteren. (Later sluit Eneco toch af. SSSF kent de aanvraag toe, maar gezin heeft dan toch twee weken zonder stroom gezeten).

Vrijdag

Huisbezoek bij een Antilliaans gezin met een 29-jarige moeder en vier kinderen. Vanmiddag is over dit gezin een planoverleg gepland. Met de moeder besproken dat de uitkomst van het overleg wat mij betreft niet positief zal zijn. Deels afhankelijk van de laatste signalen van de scholen, kinderopvang en consultatiebureau zal er teruggerapporteerd moeten worden naar het AMK. Ik bespreek met haar dat het hulpverleningstraject mijns inziens niet goed verlopen is en onvoldoende heeft opgeleverd.

Ik vraag of zij in deze situatie bij het overleg wil zijn of van mij een terugrapportage wil krijgen. Zij wil graag bij het overleg 's middags zijn.

Het is spannend om alle partijen rond de tafel te hebben in aanwezigheid van de ouder. In dit geval is die aanwezigheid zeker gewenst, omdat deze ouder vaak suggereert dat er bij andere scholen en instellingen nooit problemen zijn en dat het aan de betreffende hulpverlener ligt.

Met leerkrachten, schoolmaatschappelijk werk, consultatiebureau, moeder en een zus van moeder om de tafel om de voortgang van het gezin te bespreken. Moeder heeft van het AMK nog een kans gekregen om verbeteringen aan te brengen in de verzorging en opvoeding van haar kinderen. De signalen over de kinderen betroffen emotionele verwaarlozing, honger (!), te laat op school komen, schoolverzuim, vaak vieze kleding en ongeschikte kleding voor de seizoenen. (geen sokken in de winter). Uit het AMK onderzoek bleek dat er sprake is van een zeer hecht gezin, maar ook dat er wel eens wordt geslagen met een riem. Mijn eerste indruk was mogelijk een armoede-probleem. Moeder werkt in een slecht betaalde baan met onregelmatige tijden en heeft in haar eentje de zorg over de kinderen. Later bleek dat het erg moeilijk was om met deze moeder te werken. Zij vindt bijvoorbeeld dat ze alleen voor de jongste hoeft te zorgen en dat de andere kinderen voor zichzelf moeten zorgen. Zij is zeer halsstarrig in deze opvatting en wil geen advies over de opvoeding. Voor haar financiële problemen wil zij ook niet naar de schuldsanering.

Leerkrachten stoorden zich er aan dat moeder zelf er



altijd tiptop uitziet, ook nog met (dure) lange kunstnagels. Tegelijkertijd gaf de naschoolse opvang de broden die over waren aan de kinderen mee, omdat ze honger hadden.

Sinds mijn betrokkenheid zijn er op het gebied van uiterlijke verzorging wel wat verbeteringen. Er zijn 'maatjes' voor de kinderen aangevraagd bij Vitalis (helaas is hiervoor een wachtlijst). En de stichting Zorg en Bijstand heeft een bedrag toegekend om de woning wat gezelliger te maken.

De signalen over het niet op tijd komen, verzuim, onvoldoende eten en emotionele verwaarlozing zijn echter hetzelfde gebleven. De kinderen mogen per 1 september niet meer naar de naschoolse opvang vanwege een betalingsachterstand en hebben nu geen opvang meer. Moeder had deze betalingsachterstand niet genoemd bij het inventariseren van haar schulden.

Het tragische van deze zaak is dat moeder door haar houding en opvattingen niet optimaal gebruik maakt van de mogelijkheden die er voor haar en haar kinderen zijn.

De uitkomst van de bespreking is terugrapportage naar het AMK, om het gezin door te verwijzen naar de Raad van Kinderbescherming.

Ik praat nog na met moeder en haar zus. Ze vinden de uitkomst wel erg. Naar haar zus toe merk ik dezelfde weerstand en halsstarrigheid op om geen bemoeienis te accepteren. Een lastige zaak.

En nu lekker weekend!

Overgewicht bij Haagse schoolkinderen

Een trendanalyse van 1999 tot en met 2007

J.A. de Wilde, B.J.C. Middelkoop, P. van Dommelen, P.H. Verkerk

Wereldwijd is het vóórkomen van overgewicht de afgelopen dertig jaar zeer sterk toegenomen, zowel bij volwassenen als bij kinderen (1)(2)(3). Een ontwikkeling die is begonnen in de westerse wereld, maar die met de economische vooruitgang van veel niet-westerse landen ook daar, vooral in de stedelijke gebieden, sterk toeneemt (4). Dit is een zorgwekkende ontwikkeling. Overgewicht kan leiden tot hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk en suikerziekte, en mensen met overgewicht hebben ook vaker psychosociale problemen. De verwachting is dat dit zal leiden tot een flinke kostenstijging van de gezondheidszorg en verlies aan arbeidsproductiviteit (5)(6). Ook bij kinderen met overgewicht komen bovengenoemde ziekten steeds vaker voor. Bovendien wordt al op jonge leeftijd de basis gelegd voor latere ziekte en is er een grote mate van 'tracking' van het gewicht vanaf jonge leeftijd. Dit wil zeggen dat kinderen met overgewicht een vrij grote kans hebben dit te behouden als volwassene (7). Nederland neemt in Europa wat betreft de prevalentie van overgewicht zowel bij kinderen als volwassenen één van de laagste posities in (2). De laatste analyse van overgewicht onder Nederlandse kinderen, over de periode 2002-2003, laat echter wel zien dat de prevalentie sterker is toegenomen tussen 1997 en 2003 dan in de periode 1980 tot 1997 (8). Een onderzoek naar overgewicht onder Haagse schoolkinderen over de periode 1998-2002 bevestigt deze cijfers. De prevalentie van overgewicht bij kinderen van Nederlandse afkomst in 2002 in Den Haag was 14,2%. Dat was hoger dan de prevalentie van overgewicht in de vierde landelijke groeistudie van 1997 (13%). De Haagse studie liet daarnaast zien dat er sprake was van een sterke sociaal-economische component, met meer overgewicht in achterstandswijken in Den Haag dan in de meer welvarende wijken (9). Onderstaand artikel beschrijft het onderzoek dat hierna in Den Haag heeft plaatsgevonden, over de periode 1999 tot 2007. Nagegaan is welke trends er zijn in de ontwikkeling van overgewicht bij Haagse kinderen van drie tot en met zestien jaar, rekening houdend met geslacht en etnische achtergronden.

Vanwege de toename van overgewicht bij kinderen in Nederland en omdat het in de grote steden meer voorkomt, is overgewicht als doelstelling opgenomen in de sociale pijler van het beleidskader voor het GroteStedenBeleid (GSB) van 2005-2009, onderdeel Gezond en Wel in de stad. Met het eraan gekoppelde geld voor de dertig grootste steden (G30) is bij de GGD Den Haag een projectleider Overgewicht Jeugd aangesteld. Deze moet alle bestaande gezondheidsinitiatieven en interventies afstemmen en zorgen dat nieuwe gezondheidsbevorderende activiteiten en interventies, zowel gericht op het voorkómen als op het aanpakken/verminderen van overgewicht, worden ontwikkeld en uitgevoerd. Tot op heden zijn er zeer veel initiatieven ontplooid, op verschillende niveaus. In het grotestedenbeleid is een zogenaamde 'output-

indicator' geformuleerd, namelijk: het aantal 0-19-jarigen dat (a) via de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) wordt opgespoord en (b) voor wie gezondheidsinterventies (in relatie tot overgewicht) worden ingezet. Het eerste deel (a) van de outputindicator geeft in feite aan dat er gemonitord moet worden op overgewicht bij de jeugd. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport is in 2005 een rapport opgesteld met aanbevelingen voor het monitoren van overgewicht (10). Een belangrijk knelpunt dat hieruit naar voren kwam, was het gebrek aan elektronische dossiers in de jeugdgezondheidszorg waarin groeigegevens én achtergrondvariabelen digitaal kunnen worden vastgelegd. Met dergelijke in een database vastgelegde gegevens kunnen vrij eenvoudig analyses worden verricht. In

Over de auteurs:

Jeroen de Wilde is arts Maatschappij en Gezondheid, productgroep Jeugdgezondheidszorg, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn; Barend Middelkoop is arts-epidemioloog, afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, en bij de afdeling Public health en Eerstelijngeneeskunde, LUMC, Leiden; Paula van Dommelen is als statisticus werkzaam bij TNO Kwaliteit van Leven ; en Paul Verkerk is arts Maatschappij en Gezondheid en epidemioloog, tevens hoofd sector Gezondheid(szorg) 0-19-jarigen, eveneens werkzaam bij TNO Kwaliteit van Leven. j.dewilde@ocw.denhaag.nl

Den Haag wordt wel al geruime tijd gebruik gemaakt van elektronische dossiers.

Het onderzoek naar overgewicht bij Haagse schoolkinderen over de periode 1998-2002 kan worden beschouwd als een nulmeting voor het GSB (9).

Het onderzoek dat wij hieronder presenteren is een vervolg hierop. Doel van dit onderzoek is het vaststellen van trends in de ontwikkeling van overgewicht bij Haagse kinderen van 3 tot en met 16 jaar in de periode van 1999 tot en met 2007. Hierbij worden de trends per geslacht bij de vier grootste etnische groepen in Den Haag onderzocht: Nederlanders, Turken, Marokkanen en Surinaamse Hindostanen. Tevens hebben wij voor alle Haagse wijken de trend in de ontwikkeling van het vóórkomen van overgewicht onderzocht.

Methode en opzet

Gegevensverzameling

Lengte en gewicht worden standaard gemeten bij alle Preventieve GezondheidsOnderzoeken (PGO's) van de Jeugdgezondheidszorg. Dit gebeurt op de leeftijd van 5,5 jaar, 10 jaar en 13-14 jaar (klas 2 van het Voortgezet Onderwijs). Hierbij wordt gebruik gemaakt van geijkte meetapparatuur.

Voor dit onderzoek zijn de groeigegevens gebruikt die door de JGZ 4-19 jaar (GGD) zijn vastgelegd in een elektronisch dossier (JGZ4all van Centric) tijdens een standaard PGO vanaf 1 januari 1999 tot en met 31 december 2007. Daarnaast is een laatste meting van de JGZ 0-4 jaar (Meavita Opgroeiende kinderen, 'het consultatiebureau') gebruikt, die meestal plaatsvindt rond het vierde jaar. Deze meting wordt bij overdracht van het dossier standaard handmatig overgenomen in het elektronische dossier van JGZ 4-19 jaar. Alleen van kinderen die in Den Haag woonden ten tijde van het onderzoek, zijn de metingen meegenomen in de analyses.

Bepaling van overgewicht en obesitas

Overgewicht wordt bij volwassenen bepaald met behulp van de Body Mass Index (BMI). Deze wordt berekend door het gewicht door de lengte in het kwadraat te delen ($\text{Gewicht}/\text{Lengte}^2$). Tussen een waarde van 25 en 30 is sprake van matig overgewicht en boven een waarde van 30 van ernstig overgewicht. Voor kinderen gelden deze afkappunten niet omdat tijdens de groei de lichaamsverhoudingen nog heel erg veranderen. Internationaal zijn voor kinderen per leeftijd en geslacht aparte afkappaarden vastgesteld. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de internationale afkappaarden (11). Voor dit artikel

hebben we echter geen onderscheid gemaakt naar matig en ernstig overgewicht.

Bepaling van achtergrondvariabelen

Etniciteit

Anders dan bij het onderzoek uit 2003, hebben we ons beperkt tot de vier grootste etnische groepen in Den Haag: Nederlanders, Turken, Marokkanen en Surinaams-Hindostanen. De reden is dat de restgroepen met een andere etniciteit zo divers zijn dat er geen conclusies aan kunnen worden verbonden. Ook bij de analyses op wijkniveau hebben we voor de helderheid alleen deze etnische groepen betrokken. Dit betekent wel dat de cijfers in dit rapport iets kunnen verschillen van die in het rapport dat gepubliceerd is in 2003 (9).

Etniciteit is voornamelijk bepaald op basis van de geboortelanden van de ouders waarbij het geboorteland van moeder prevaleerde boven dat van de vader wanneer beide ouders niet-Nederlands waren. Indien de geboortelanden van de ouders niet bekend waren, is de nationaliteit gebruikt als indicator van de etniciteit. Ook tweede nationaliteiten zijn hiervoor bekeken. Surinaams-Hindostaanse kinderen vormen een uitzondering omdat dit een deelgroep is van Surinamers. Deze groep is geselecteerd op basis de achternaam. Hiervoor is een database met 2234 typisch Surinaams-Hindostaanse namen gebruikt.

Sociaal-economische status

Op individueel niveau hadden we niet de beschikking over zinvolle indicatoren van de sociaal-economische status (SES) zoals opleiding en inkomen. De stedelijke wijkachterstandscores geven echter op populatieniveau een goede indruk van de sociaal-economische positie van de bewoners van een wijk. Deze scores worden sinds 1994 aan elke wijk in Den Haag

Odds Ratio (OR)

De uitkomst van logistische regressie is de zogenaamde Odds Ratio (OR) die in dit artikel de verhouding aangeeft tussen de kans op overgewicht ten opzichte van de kans op geen overgewicht per onderzocht jaar. Een OR van 1 betekent dat er tussen de jaren geen verschil is. Een OR van 0,99 betekent dat de kans op overgewicht ten opzichte van de kans op geen overgewicht per jaar iets kleiner wordt. Dit betekent dat overgewicht dus iets afneemt per jaar. Voor een periode van 9 jaar is de OR (de kans op overgewicht) dan $0,99^9=0,91$.



toegekend en zijn gebaseerd op cijfers over etniciteit, werkloosheid, gemiddeld inkomen en huurpunten van de betreffende wijk. Voor dit onderzoek hebben we de wijkachterstandscores van 2003 gebruikt. Dit omdat 2003 precies in het midden van de onderzochte periode valt, het de interpretatie vereenvoudigt en omdat de achterstandscores gemiddeld genomen per jaar niet veel verschillen. Aan de hand van de wijkachterstandscores zijn de trends per wijk bepaald.

Statistische analyses

Extreme waarden van gewicht, lengte en BMI zijn in de individuele elektronische dossiers gecontroleerd en waar mogelijk gecorrigeerd. Een klein aantal extreme waarden werd uitgesloten van de analyses.

Alle trends zijn bepaald met behulp van logistische regressie-analyses waarbij het jaar van onderzoek de covariaat was. In de analyses naar algemene prevalentiecijfers naar etnische groep is gecorrigeerd voor leeftijd, wijkachterstandscore en geslacht door deze variabelen aan het model toe te voegen. In de analyses per wijk is gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. P-waarden (dubbelzijdig) van kleiner dan 0,05 werden als statistisch significant beschouwd.

Resultaten

In de analyses zijn in totaal van 85.234 metingen gebruikt van zowel de lengte als het gewicht bij

50.961 kinderen, gemeten van 1999 tot en met 2007. Tabel 1 geeft de aantallen en kenmerken weer van de onderzochte populatie. Het overzicht laat zien dat de verdeling van de door de JGZ onderzochte kinderen naar geslacht en etnische groep over de jaren vrij stabiel was. Naar verhouding zijn er in 2007 iets meer Turkse kinderen onderzocht.

Van alle kinderen tussen 3 en 16 jaar oud in 2007 in Den Haag heeft 19% overgewicht of obesitas. Over de gehele onderzoeksperiode 1999-2007 komt overgewicht het meest voor bij Turkse kinderen (28%), gevolgd door Marokkaanse (23%), Hindostaanse (15%) en Nederlandse (13%) kinderen. Figuur 1 toont de trends per etnische groep van 1999 tot en met 2007. Bij Turkse kinderen is de prevalentie significant toegenomen van 24,9% in 1999 tot 34,2% in 2007. Bij Nederlandse kinderen werd een onverwachte afname van de prevalentie gevonden van 13,7% in 1999 tot 12,7% in 2007. Bij Marokkaanse en Hindostaanse kinderen werd geen significante trend gevonden. Als we verder per geslacht en etniciteit opsplitsen blijkt bij Turkse jongens de prevalentie van overgewicht, ook na correctie voor leeftijd en SES, significant te zijn toegenomen van 22,4% in 1999 tot 34,5% in 2007 (OR=1,06; 95%BI=1,04-1,08), een toename van 54% ten opzichte van 1999. Bij Turkse meisjes is overgewicht toegenomen van 27,4% tot

Tabel 1.

Aantallen en kenmerken van de onderzochte populatie, Den Haag 1999-2007

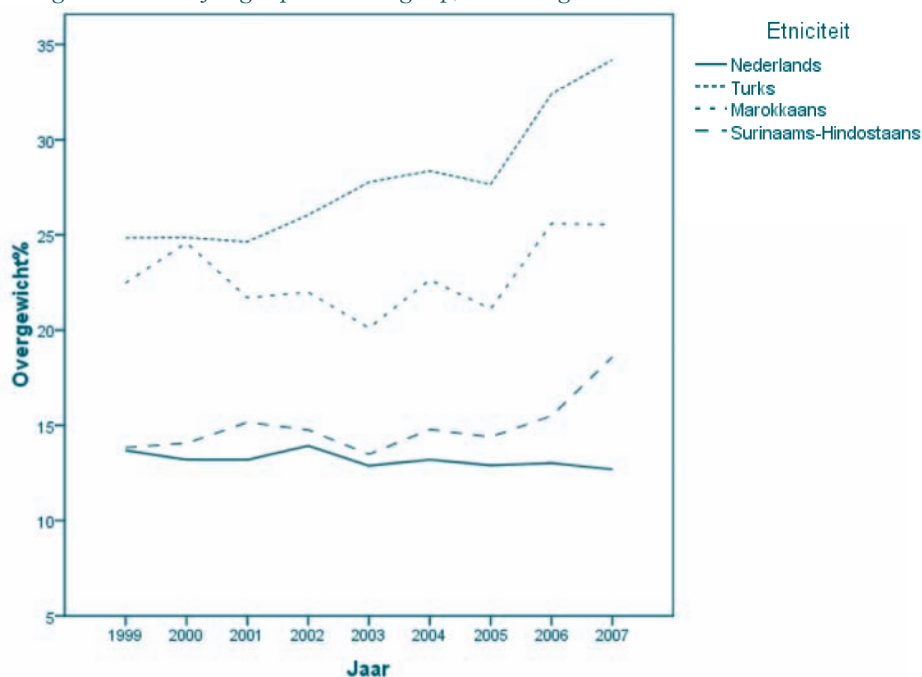
		Jaar									Totaal
		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Absolute aantallen		8749	8112	9541	8574	8524	9407	9919	12100	10308	85234
Geslacht (%)	Jongens	50,8	51,0	51,3	50,6	51,1	50,8	50,4	51,2	50,7	50,9
	Meisjes	49,2	49,0	48,7	49,4	48,9	49,2	49,6	48,8	49,3	49,1
Etniciteit (%)	Nederlands	61,1	57,1	57,2	60,0	60,3	57,7	61,4	60,8	56,2	59,1
	Turks	14,4	17,5	17,5	16,5	16,1	16,8	16,0	16,3	18,3	16,6
	Marokkaans	12,1	13,4	13,9	12,0	12,4	13,8	12,0	12,1	14,4	12,9
	Hindostaans	12,3	12,0	11,4	11,5	11,2	11,7	10,6	10,7	11,1	11,3
Opkomst (%)		82,3	78,7	84,8	84,5	83,2	83,2	84,5	85,6	79,9	83,0

33,8% (OR=1,03; 95%BI=1,01-1,05). De afname van overgewicht bij Nederlandse kinderen blijkt te kunnen worden toegeschreven aan een afname bij de meisjes: in 1999 was het percentage met overgewicht nog 16,3%, in 2007 was dit 14,2% (OR=0,96; 95%BI= 0,95-0,98), een afname van 13% ten opzichte van 1999. Bij Marokkaanse en Hindostaanse jongens en meisjes is het voorkomen van overgewicht niet significant veranderd over de onderzochte periode. Hiermee is duidelijk dat er grote etnische verschillen zijn in het voorkomen van overgewicht.

De trends per wijk zijn weergegeven in tabel 2. In de wijken Transvaalkwartier (30,0%), Groente- en Fruitmarkt (27,7%), Bouwlust/Vrederust (26,9%) en Schilderswijk (26,3%) is de prevalentie van overgewicht in de periode 2005-2007 het hoogst van de hele stad. In twee wijken (Duinoord, Valkenboskwartier) is sprake van een kleine significante afname ten opzichte van 1999. In de wijken Schilderswijk, Transvaalkwartier, Rustenburg-Oostbroek, Leyenburg en Groente- en Fruitmarkt is een significante toename van overgewicht vastgesteld. Dit zijn, met

Figuur 1.

Overgewicht percentages onder 3-16 jarigen per etnische groep, Den Haag 1999-2007



Tabel 2.

Kenmerken per wijk, geordend naar wijkachterstandscore

	Aantallen	Wijk AS 2003	Overgewicht per Periode			Trend over alle afzonderlijke 9 jaren (met correctie voor leeftijd en geslacht)
			1999 -2001	2002 -2004	2005 -2007	
Vogelwijk	1294	-23.7	8,6	8,2	8,4	Geen toe- of afname
Zorgvliet	21	-23.6				Onvoldoende gegevens
Benoordenhout	1877	-22.6	9,3	11,4	8,9	Geen toe- of afname
Westbroekpark-Duttendel	196	-21.7	4,8	5,8	6,2	Onvoldoende gegevens
Van Stolkpark en Schev. Bos	55	-19.8	14,3	15,4	14,3	Onvoldoende gegevens
Kijkduin en Ockenburgh	382	-18.2	6,5	12,6	7,9	Geen toe- of afname
Bohemen, Meer en Bos	592	-16.6	13,1	9,0	8,9	Geen toe- of afname
Archipelbuurt	771	-16.5	8,5	11,4	5,2	Geen toe- of afname
Belgisch Park	1157	-15.6	11,7	11,5	11,5	Geen toe- of afname
Haagse Bos	5	-13.7				Onvoldoende gegevens
Kraayenstein	672	-13.5	12,9	15,7	9,5	Geen toe- of afname
Geuzen- en Statenviertel	2374	-12.8	11,1	14,0	12,1	Geen toe- of afname
Willemspark	101	-12.7	3,4		5,4	Onvoldoende gegevens
Oostduinen	2	-12.4				Onvoldoende gegevens
Vruchtenbuurt	1934	-12.0	8,9	11,9	10,4	Geen toe- of afname
Forepark	19	-10.5			5,6	Onvoldoende gegevens
Bomen- en Bloemenbuurt	2586	-10.3	12,0	13,9	11,7	Geen toe- of afname
Duinoord	950	-9.1	12,6	9,4	7,3	Afname na correctie: OR 0,90; 95% BI 0,83-0,98
Loosduinen	3463	-9.1	13,7	14,0	17,0	Toename; niet na correctie
Ypenburg	4572	-8.9	8,0	11,9	11,7	Geen toe- of afname
Leidschenveen	3121	-8.9	9,7	10,3	10,7	Geen toe- of afname
Waldeck	2081	-8.8	15,0	16,8	17,7	Geen toe- of afname
Leyenburg	2714	-7.6	13,2	16,3	19,3	Toename OR 1,05; 95% BI 1,01-1,10
Zuiderpark	0	-7.0				Onvoldoende gegevens
Wateringse Veld	3381	-6.8	12,3	10,7	13,5	Geen toe- of afname
Bezuidenhout	1782	-5.3	11,6	13,9	13,8	Geen toe- of afname
Scheveningen	2226	-5.0	16,2	13,2	17,0	Geen toe- of afname
Mariahoeve en Marlot	1151	-3.8	17,0	19,7	18,7	Geen toe- of afname
Hoornwijk	1	-1.2				Onvoldoende gegevens
Duindorp	1183	-1.1	19,7	17,8	17,8	Geen toe- of afname
Zeeheldenviertel	1168	1.5	13,9	16,0	14,8	Geen toe- of afname
Rustenburg en Oostbroek	3858	2.1	16,1	20,6	21,2	Toename OR 1,04; 95% BI 1,00-1,07
Valkenboskwartier	2976	6.0	15,6	16,7	15,3	Afname na correctie OR 0,96; 95% BI 0,92-0,99
Centrum	1683	6.7	17,7	16,4	17,5	Geen toe- of afname
Regentessekwartier	1745	6.9	14,8	15,8	16,9	Geen toe- of afname
Groente- en Fruitmarkt	1344	8.0	17,2	20,6	27,7	Toename OR 1,07; 95% BI 1,01-1,12
Morgenstond	2215	9.0	18,7	19,1	21,2	Geen toe- of afname
Moerwijk	2711	9.1	20,5	19,9	24,3	Toename, niet na correctie
Bouwlust-Vrederust	4682	9.4	22,3	20,4	26,9	Toename, niet na correctie
Laakkwartier en Spoorwijk	5832	9.9	19,2	20,3	19,8	Geen toe- of afname
Stationsbuurt	1145	12.1	20,8	17,1	20,8	Geen toe- of afname
Binckhorst	13	12.7	25,0	40,0		Onvoldoende gegevens
Transvaalkwartier	4182	22.0	21,6	24,9	30,0	Toename OR 1,06; 95% BI 1,03-1,09
Schilderswijk	11017	24.4	22,3	22,8	26,3	Toename OR 1,03; 95% BI 1,01-1,05

AS = achterstandscore

uitzondering van de wijk Leyenburg, wijken in Den Haag waar veel Turkse kinderen wonen. In de wijk Bouwlust/Vrederust lijkt wel sprake van een toename sinds 1999 toen de prevalentie 22,3% was maar die is net niet significant meer na correctie voor geslacht en leeftijd.

In figuur 2 wordt de relatie tussen wijkachterstandscore en percentage overgewicht weergegeven. Duidelijk wordt dat met toenemende achterstandscore het aantal kinderen met overgewicht toeneemt. Om na te gaan of deze relatie nog sterker is geworden in de afgelopen jaren, zijn drie lijnen gemaakt voor driejaarlijkse perioden waardoor de verschillen duidelijk worden gemaakt. Wat opvalt, is dat er de laatste drie jaar een sterkere toename optreedt naarmate de achterstandscore van een wijk hoger (ongunstiger) is: de lijn gaat steiler lopen. Dit betekent dat het sociaal-economische gezondheidsverschil ten aanzien van overgewicht behoorlijk is toegenomen. In figuur 3 wordt dat nog op een andere manier weergegeven. Hierin is te zien dat vooral de laatste drie jaar de prevalentie van overgewicht in de categorie met de hoogste wijkachterstandscores (score hoger dan 15) significant is toegenomen. De twee categorieën daaronder (5 tot 15; -5 tot 5) stegen niet significant meer na correctie voor leeftijd en geslacht. Opvallend is dat de prevalentie iets afneemt in de één na laagste wijkachterstandscore categorie (-5 to -15), terwijl de

prevalentie in de wijken met de laagste achterstandscore (<-15) laag was en blijft. Dit betreft dus de meer welvarende wijken van Den Haag.

Discussie

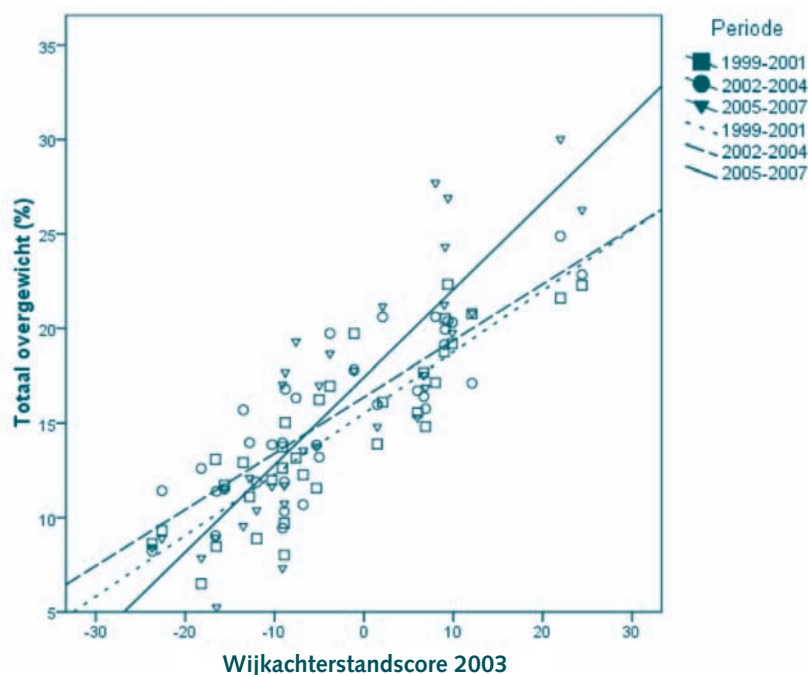
De belangrijkste bevinding van deze studie is dat de prevalentie van overgewicht en obesitas de afgelopen jaren alleen bij Turkse jongens en meisjes is toegenomen. In totaal is de prevalentie bij Turkse kinderen in 2007 9,3% hoger dan in 1999, wat een procentuele toename is van 37%.

Een andere onverwachte bevinding is dat bij Nederlandse meisjes de prevalentie van overgewicht in 2007 2,1% lager was dan in 1999, wat een afname is van 13% ten opzichte van 1999.

Op wijkniveau is een opvallende verandering ten opzichte van het vorige Haagse onderzoek dat Duindorp, toen met de hoogste prevalentie van overgewicht, nu een middenpositie inneemt. Nu zijn het vooral de wijken met veel Turkse kinderen waar de prevalentie van overgewicht het hoogste is en waar we een toename van de prevalentie vinden. Alleen in Leyenburg, een vrij 'witte' wijk, wordt ook een toename gesignaleerd. In het merendeel van de wijken is het aantal kinderen met overgewicht stabiel. Er is ook een duidelijke relatie tussen overgewicht en wijkachterstandscore. In de wijken met de hoogste achterstandscore is overgewicht significant toe-

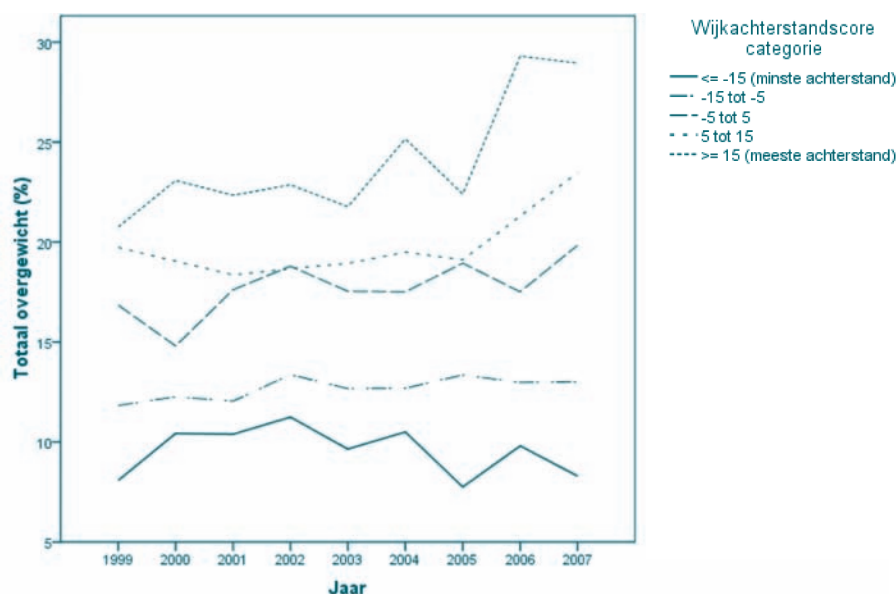
Figuur 2.

Overgewichtpercentage Haagse kinderen naar wijkachterstandscore voor drie perioden



Figuur 3.

Overgewichtpercentage naar jaar, uitgesplitst naar wijkachterstandscore categorie



genomen en in de wijken met de laagste score, die al lage prevalentiecijfers hadden, blijft overgewicht stabiel of neemt het zelfs iets af.

Het gebruik van gegevens uit periodieke onderzoeken van de Jeugdgezondheidszorg, is zeer geschikt voor het monitoren van (over)gewicht, omdat deze onderzoeken op vaste leeftijdsmomenten worden gedaan en de metingen op een gestandaardiseerde wijze worden verricht. Het al langdurige gebruik van elektronische dossiers in den Haag maakt het ook eenvoudiger om de groeigegevens te verkrijgen. De grote aantallen metingen, de hoge deelname en de aanwezigheid van achtergrond variabelen als etniciteit en sociaal-economische status (o.b.v. wijkachterstandscores) zijn dan ook sterke punten in deze studie.

Er zijn wel beperkingen aan dit onderzoek. Bij bevolkingsonderzoek bestaat namelijk altijd het gevaar dat de groep die onderzocht wordt een selectie is van de hele groep. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren wanneer deelname aan het onderzoek gerelateerd is aan overgewicht, bijvoorbeeld als groepen waarin meer overgewicht voorkomt vaker niet zouden meedoen aan een periodiek onderzoek, of als de deelname aan de onderzoeken in bepaalde subgroepen zou zijn veranderd gedurende de periode. In dit onderzoek zijn daar geen aanwijzingen voor. De opkomst bij de onderzoeken was vrij hoog en stabiel gedurende de hele onderzoeksperiode, daarnaast is in de analyses voor jaarlijkse variaties in de onderzochte groep gecorrigeerd met leeftijd en SES (wijkachterstandscore).

Een tweede beperking aan onze gegevens is de bepaling van de etnische groep. Wij beschikten niet van alle kinderen over de gegevens van het geboorteland van de ouders. Wanneer van beide ouders het geboorteland afwezig was, hebben we de nationaliteit gebruikt. We kunnen niet uitsluiten dat van kinderen die in Nederland geboren zijn én alleen een Nederlandse nationaliteit hebben, de ouders toch een andere etniciteit hebben. Het behouden van een tweede nationaliteit is tegenwoordig sterk beperkt en daarnaast zijn er steeds meer derde generatie 'allochtonen' waarvan de ouders ook in Nederland zijn geboren. We denken echter dat het in onze onderzoekspopulatie om een zeer kleine groep gaat, mede gezien de hoge aantallen van de vier grote etnische groepen. In de toekomst zal ook het geboorteland van de grootouders vastgelegd moeten worden om deze groepen toch te kunnen selecteren. Een laatste beperking aan dit onderzoek is het gebruik van de wijkachterstandscores van één jaar, te weten 2003. Om de trends aan te geven per wijk zou het zuiverder zijn geweest om aan alle afzonderlijke metingen de wijkachterstandscores van het jaar van meting toe te kennen. We hebben hiervoor niet gekozen omdat het de interpretatie bemoeilijkt. Door één jaar te nemen is in de figuur ook duidelijker te zien hoe per wijk de prevalentie is veranderd. Bovendien wijzigen de wijkachterstandscores per jaar niet zo sterk, meestal gaat het om enkele punten. Het merendeel van de wijken blijft in dezelfde categorie. Tussen 2003 en 2006 hebben de wijken met de

hoogste score, Schilderswijk en Transvaal, in 2003 zelfs een iets lagere score gekregen. Dit zou kunnen betekenen dat de lijn 2005-2007 in figuur 2 eigenlijk nog iets steiler loopt.

De algemene afname van overgewicht bij Nederlandse meisjes en de constatering dat er geen verandering was in het vóórkomen van overgewicht bij Nederlandse jongens kan betekenen dat de hoogste prevalentie bij Nederlandse kinderen is bereikt en dat er nu mogelijk sprake is van een stabilisatie of zelfs een afname. Een vergelijkbare afname bij meisjes met overgewicht werd recent ook gevonden in Zweden (12). De hoge prevalentie bij Turkse kinderen blijft wel een punt van zorg. In Duitsland worden vergelijkbare hoge percentages gevonden (13). In Turkije zelf liggen de overgewichtcijfers echter veel lager. In stedelijke gebieden in Turkije is de prevalentie vergelijkbaar met die van de Nederlandse kinderen; op het platteland zijn de percentages nog lager (14)(15)(16).

Het is niet duidelijk waardoor het voorkomen van overgewicht zo verschillend is tussen de grootste etnische groepen en waardoor het toeneemt bij Turkse kinderen en afneemt bij Nederlandse meisjes. De afgelopen jaren is de aandacht in Den Haag voor het probleem toegenomen met het actieplan 'Gezond Gewicht'. De Jeugdgezondheidszorg en vele andere partijen in de stad hebben volop ingezet op het voorkómen van overgewicht en het aanpakken van bestaand overgewicht op een zo vroeg mogelijk moment. Mogelijk dat deze gezondheidscampagnes van de afgelopen jaren toch meer geschikt waren voor Nederlandse ouders en hun kinderen dan voor Turkse. Ook zou het kunnen zijn dat de gezondheidsboodschap sneller door Nederlanders wordt overgenomen dan door andere etnische groepen. Een lage SES, het opleidingsniveau en sociale en culturele aspecten zouden hierin een rol kunnen spelen. Naar de etnische verschillen moet nog verder onderzoek worden gedaan.

We zijn wel enigszins optimistisch over de toekomst, gezien de afname van overgewicht bij Nederlandse meisjes en de stabilisatie van overgewicht bij Marokkanen, Surinaamse Hindostanen en Nederlandse jongens. Monitoring van het gewicht in de komende jaren moet uitwijzen of deze trend doorzet. Alertheid blijft ook geboden omdat de prevalentie van overgewicht bij Nederlandse kinderen in Den Haag nog steeds ruim twee keer zo hoog is als in 1980 (17) en omdat overgewicht bij Turkse kinderen nog sterk toeneemt. Dit laatste is ook duidelijk te zien aan de

overgewichtcijfers van de wijken waar veel Turkse kinderen wonen. Het moge duidelijk zijn dat er de komende jaren grote behoefte blijft aan gezondheidsinterventies en campagnes die een gezonde leefstijl (gezonde voeding en voldoende lichaamsbeweging) promoten. Dergelijke gezondheidsbevorderende activiteiten zullen ook specifiek gericht moeten worden op achterstandsgroepen en in het bijzonder op Turkse kinderen, hun ouders en hun fysieke en sociale omgeving. Hierbij is er een voorkeur voor interventies die 'multi-component' en 'multi-level' zijn, oftewel uit verschillende onderdelen (bijv. voorlichting, verbeteren leefomgeving en sportfaciliteiten) bestaan en zich richten op meer dan één niveau (zowel de omgeving als het individu zelf). Een dergelijke interventie werkt het best als die dichtbij de mensen wordt uitgevoerd, dus wijk- of schoolgericht.

Hindostaanse kinderen vormen een specifieke subgroep. We twijfelen over de validiteit van de internationale afkappunten voor deze etnische groep. Hoewel de BMI een redelijke indicatie geeft van het vetpercentage, meet deze het vet en spierweefsel niet direct. Verschillen in lichaamsbouw tussen etnische groepen kunnen daardoor tot forse verschillen in uitkomst leiden (18). Over Aziatische kinderen en ook kinderen met een etnische herkomst van het Indiase subcontinent (mensen afkomst uit India, Pakistan en Bangladesh) zijn internationaal ook verschillende onderzoeken verschenen die laten zien dat de BMI in deze specifieke groep een slechte indicator van het vetpercentage is (19)(20). Bij eenzelfde gewicht hebben zij gemiddeld een hoger vetpercentage. Bij de geboorte is dit zelfs al aanwezig (21, 22). Daarom denken we dat het nu nog relatief lage prevalentiecijfer wel eens veel hoger zou kunnen liggen als er wel rekening wordt gehouden met het vetpercentage. Overigens zijn voor Aziatische volwassenen wel al de afkappunten voor matig en ernstig overgewicht naar beneden bijgesteld om te compenseren voor het hogere vetpercentage bij een lager gewicht. Vanwege het verhoogde gezondheidsrisico bij een lager gewicht en een hoger percentage lichaamsvet (23)(24) heeft de wereldgezondheidsorganisatie (WHO) aangeraden om als afkappunten voor overgewicht en obesitas een BMI van respectievelijk van 23 en 27,5 te gebruiken in plaats van de standaard afkapwaarden van 25 en 30 (25). Helaas zijn er voor Aziatische kinderen nog geen specifieke afkapwaarden voor overgewicht en obesitas. We denken dat deze wel nodig zijn en dat de prevalentiecijfers daarmee veel hoger maar ook realistischer zullen worden. Op initiatief van de

gemeente Den Haag worden binnen het kader van de Academische Werkplaats Noordelijk Zuid-Holland momenteel deze nieuwe afkappunten bepaald. Ook wordt onderzoek voorbereid om de groei bij Surinaamse Hindostanen te onderzoeken in relatie tot ziekten zoals diabetes en hart- en vaatziekten op volwassen leeftijd.

Concluderend blijkt uit ons onderzoek dat voor de meeste etnische groepen mogelijk de piek in de prevalentie van overgewicht en obesitas in de afgelopen jaren al is bereikt. Voor één groep, de Turkse kinderen geldt dit echter niet. In deze groep is zelfs sprake van een sterke toename van de prevalentie van overgewicht. Op wijkniveau zien we met name een toename van overgewicht in de wijken met de hoogste achterstandscores. Dit zijn ook de wijken waar veel Turkse kinderen wonen. In de wijken met lage achterstandscores blijft de overgewichtprevalentie stabiel of neemt zelfs iets af. Door het verschil in de ontwikkeling van de overgewichtprevalentie zijn de sociaal-economische gezondheidsverschillen tussen de wijken toegenomen. Onze analyses laten zien dat dit vooral een trend is van de afgelopen drie jaar. Over het algemeen is het overgewicht in Den Haag nog steeds veel hoger is dan in 1980. Daarom moet volop worden doorgegaan met het inzetten van gezondheidsbevorderende interventies. En er moeten nieuwe interventies worden ontwikkeld, gericht op minderheidsgroepen, in het bijzonder Turkse kinderen en hun ouders. Deze moeten bij voorkeur worden ontwikkeld en ingezet in de omgeving van de mensen (wijk- of schoolgericht).

Dankwoord

We willen Ron Smit bedanken voor zijn inzet en hulp bij het verkrijgen van de gegevens uit de database van de JGZ.

Literatuur

- 1 Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. World Health Organization. 1998.
- 2 Obesity in Europe. The case for action. IOTF. 2002.
- 3 Wang Y, Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediatr Obes.* 2006;1(1):11-25.
- 4 Kelishadi R. Childhood overweight, obesity, and the metabolic syndrome in developing countries. *Epidemiol.Rev.* 2007;29:62-76.
- 5 Mokdad AH, Ford ES, Bowman BA et al.. Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factors. *JAMA* 2003;289(1):76-79.
- 6 Fontaine KR, Redden DT, Wang C, et al. Years of life lost due to obesity. *JAMA* 2003;289(2):187-193.
- 7 Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics* 1998;101(3 Pt 2):518-525.
- 8 van den Hurk K, van Dommelen P, van Buuren S, et al. Prevalence of overweight and obesity in the Netherlands in 2003 compared to 1980 and 1997. *Arch Dis Child* 2007;92(11):992-995.
- 9 de Wilde JA, Middelkoop BJC, van Buuren S, Verkerk PH. Overgewicht bij Haagse schoolkinderen. *Epidemiologisch Bulletin* 2003;38(4):12-23.
- 10 de Wilde JA, van den Hurk K, Hirasings RA. Monitoring van overgewicht bij jeugdigen van 0-19 jaar in de G30. Leiden TNO Kwaliteit van Leven 2005. TNO-rapport: KvL\JPB\2005.095.
- 11 Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000;320(7244):1240-1243.
- 12 Sjoberg A, Lissner L, Albertsson-Wikland K, et al. Recent anthropometric trends among Swedish school children: evidence for decreasing prevalence of overweight in girls. *Acta Paediatr* 2008;97:118-23.
- 13 Kuepper-Nybelen J, Lamerz A, Bruning N, et al. Major differences in prevalence of overweight according to nationality in preschool children living in Germany: determinants and public health implications. *Arch Dis Child* 2005;90(4):359-363.
- 14 Oner N, Vatansever U, Sari A, et al. Prevalence of underweight, overweight and obesity in Turkish adolescents. *Swiss Med Wkly* 2004;134(35-36):529-533.
- 15 Simsek E, Akpınar S, Bahcebasi T, et al. The prevalence of overweight and obese children aged 6-17 years in the West Black Sea region of Turkey. *Int J Clin Pract* 2008;62(7):1033-8.
- 16 Bundak R, Furman A, Gunoz H, et al. Body mass index references for Turkish children. *Acta Paediatr* 2006;95(2):194-198.
- 17 Hirasings RA, Fredriks AM, van Buuren S, et al. [Increased prevalence of overweight and obesity in Dutch children, and the detection of overweight and obesity using international criteria and new reference diagrams]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1303-8.
- 18 Prentice AM, Jebb SA. Beyond body mass index. *Obes Rev* 2001;2(3):141-147.
- 19 Deurenberg P, Deurenberg-Yap M, Foo LF, et al. Differences in body composition between Singapore Chinese, Beijing Chinese and Dutch children. *Eur J Clin Nutr* 2003;57(3):405-409.
- 20 Shaw NJ, Crabtree NJ, Kibirige MS, et al. Ethnic and gender differences in body fat in British schoolchildren as measured by DXA. *Arch Dis Child* 2007;92(10):872-875.

- epidemiologie
- 21 Yajnik CS. Obesity epidemic in India: intrauterine origins? *Proc Nutr Soc* 2004;63(3):387-396.
 - 22 Yajnik CS, Lubree HG, Rege SS, et al. Adiposity and hyperinsulinemia in Indians are present at birth. *J Clin Endocrinol Metab* 2002;87(12):5575-5580.
 - 23 Misra A, Vikram NK. Insulin resistance syndrome (metabolic syndrome) and Asian Indians. *Current Science* 2002;83(12):1483-1496.
 - 24 Deurenberg-Yap M, Chew SK, Deurenberg P. Elevated body fat percentage and cardiovascular risks at low body mass index levels among Singaporean Chinese, Malays and Indians. *Obes Rev* 2002;3(3):209-215.
 - 25 Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet* 2004;363(9403):157-163.

Overzicht van (afkortingen van) instanties die in de artikelen van het themanummer Jeugd voorkomen

- **Programmabureau Jeugd**: gemeentelijke beleidsafdeling verantwoordelijk voor het Haagse jeugdbeleid en de uitvoering van het Actieprogramma Jeugd.
- **Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG)**: centrum voor ondersteuning van ouders en professionals bij het opvoeden en opgroeien van kinderen. Ieder stadsdeel in Den Haag heeft een centrum.
- **Stuurgroep sluitende zorg**: samenwerkingsverband op bestuurlijk niveau voor de totstandkoming van Centra voor Jeugd en Gezin, sluitende zorgstructuur en Haagse verwijzindex.
- **Jeugdgezondheidszorg GGD Den Haag**: biedt preventieve gezondheidszorg aan alle Haagse kinderen van vier tot negentien jaar. Richt zich op de fysieke, sociale, psychische en cognitieve ontwikkeling van kinderen en het signaleren van stoornissen daarin, gericht op het tijdig aanbieden van interventies.
- **Meavita Opgroeïende kinderen**: biedt preventieve gezondheidszorg aan alle Haagse kinderen van nul tot vier jaar. Richt zich op de fysieke, sociale, psychische en cognitieve ontwikkeling van kinderen en het signaleren van stoornissen daarin, gericht op het tijdig aanbieden van interventies.
- **Bureau Jeugdzorg Haaglanden (BJZ)**: omvat vier onderdelen.
 1. De 'Toegang' levert de indicatie voor geïndiceerde jeugdzorg, aangeboden door Stichting Jeugdformaat en Stichting De Jutters (zie verder).
 2. Het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (zie verder).
 3. De Jeugdbescherming.
 4. De Jeugdreclassering.
- **Stichting Jeugdformaat**: zorgaanbieder voor geïndiceerde jeugdzorg.
- **Stichting De Jutters**: zorgaanbieder voor geestelijke gezondheidszorg voor de jeugd (Jeugd GGz) in Haaglanden.
- **Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK)**: hier kunnen mensen signalen melden en vragen stellen over een (vermoeden) van kindermishandeling. Bij ernstige vermoedens van kindermishandeling wordt er een onderzoek ingesteld en een advies uitgebracht.
- **De Jeugdbescherming**: biedt via gezinsvoogden ondersteuning aan (ouders van) kinderen die een ondertoezichtstelling (o.t.s.) hebben gekregen van de kinderrechter.
- **De Jeugdreclassering**: begeleidt jongeren die in aanraking zijn geweest met politie/justitie ter voorkoming van nieuwe strafbare feiten. De begeleiding is opgelegd door de (kinder)rechter.
- **Stadsgewest Haaglanden**: regionaal samenwerkingsorgaan van de negen gemeenten in de regio Haaglanden, verantwoordelijk voor de jeugdzorg in het gewest.
- **Zorgnetwerken 0-12-jarigen**: netwerken jeugdhulpverlening 0-12 jaar; belangrijke partners: maatschappelijk werk, jeugdgezondheidszorg, Bureau Jeugdzorg.
- **Zorgadviesteams (ZAT)**: zorgoverlegstructuur t.g.v. leerlingen op het voortgezet onderwijs. Vaste partners: vertegenwoordigers Bureau Jeugdzorg, leerplicht, jeugdgezondheidszorg en de zorgcoördinator van de school.
- **Schoolmaatschappelijk werk (SMW)**: schoolgericht maatschappelijk werk.
- **Ketenaanpak Segbroek (KAS)**: in september 2005 gestart en in september 2008 afgesloten. Doel was binnen één stadsdeel samenwerking en afstemming te realiseren tussen het hulpaanbod voor jeugdigen en hun gezinnen en de leerlingenzorg op school. De zorg op school moet aansluiten op die van de ketenpartners.
- **Jeugd Interventie team (JIT)**: Gemeentelijke voorziening voor individuele trajectbegeleiding voor risicjongeren en nazorg. Uitgevoerd door Bureau Jeugdzorg Haaglanden.

- **Stedelijk Mobiel Jongeren Team:** team van jongerenwerkers, dat specifiek inzetbaar is voor (groepen) overlastgevende en hinderlijke jongeren.
- **Vroegtijdige Interventie in Gezinnen (VIG):** intensieve gezinsinterventie voor gezinnen met meervoudige problematiek.
- **KOPP-groep:** Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen. De groep richt zich op de gevolgen van de psychiatrische problemen van de ouders voor de kinderen en niet op de psychiatrische problematiek van de ouders.
- **Stichting Vitalis:** is een vrijwilligersorganisatie die kinderen van 5 tot 19 jaar begeleidt die het moeilijk hebben. Het is een extra steuntje in de rug, geen hulpverlening.
- **Boddaertcentrum:** Centrum voor naschoolse behandeling en opvang voor kinderen van wie de ouders(en/of opvoeders) problemen ervaren bij de opvoeding.
- **Naschoolse opvang (NSO):** betaalde kinderopvang voor het moment dat kinderen niet naar school gaan en hun ouders niet thuis zijn.
- **Wajong uitkering:** uitkering voor jonggehandicapten.
- **Stichting Samenwerking Sociale Fondsen (SSSF):** biedt hulp aan Hagenaars die door omstandigheden in een noodsituatie zijn geraakt en die geen beroep (meer) kunnen doen op wettelijke voorzieningen.
- **Stichting Zorg en Bijstand:** een particulier fonds voor hulp aan mensen die in financiële problemen zijn geraakt en een besteedbaar inkomen hebben op bijstandniveau.
- **Welzijnsorganisatie Stichting MOOI:** Eén van de Haagse welzijnsorganisaties, werkzaam voor de stadsdelen Escamp en Laak.

Korte berichten

Onderzoek I

Onderzoek naar aard, omvang en oorzaken van ondervertegenwoordiging van niet-westerse allochtone jongeren in de Jeugd-GGz

Binnen de jeugdzorg zijn jongeren met een niet-Nederlandse achtergrond oververtegenwoordigd. Zo niet binnen de Jeugd-GGz, daar zijn zij ondervertegenwoordigd. Om meer te weten te komen over aard, omvang en oorzaken van deze ondervertegenwoordiging in haar klantenbestand is De Jutters, centrum voor Jeugd-GGz in Haaglanden, een onderzoek gestart.

De afgelopen decennia is de samenstelling van de bevolking van Den Haag sterk veranderd. De instroom van grote groepen arbeidsimmigranten heeft er toe geleid dat van de Haagse bevolking onder de twintig jaar ruim de helft als eerste (zelf buiten Nederland geboren) of als tweede generatie (minstens één buitenlandse ouder) allochtoon kan worden beschouwd (zie ook eerder in dit bulletin).

In de jeugdhulpverlening is al een aantal jaar geleden geconstateerd dat er binnen de jeugdzorg een oververtegenwoordiging is van jongeren met een niet-Nederlandse achtergrond (1), terwijl deze binnen de Jeugd-GGz sterk ondervertegenwoordigd zijn (2). Deze ondervertegenwoordiging blijkt ook uit (voorlopige) cijfers van De Jutters, centrum voor Jeugd-GGz Haaglanden. De registratiegegevens zijn bijna op orde en laten zien dat er minder niet-westerse allochtone jongeren tot de cliëntengroep behoren dan op grond van hun aandeel in de regio verwacht mag worden. Voor de hele regio Haaglanden, globaal het verzorgingsgebied van de Jutters, is het percentage niet-westerse allochtone jongeren tot 20 jaar 31,2 % (3), in het cliëntenbestand van De Jutters ligt dit percentage rond de twintig. Bij de forensische afdeling is echter sprake van een oververtegenwoordiging (ruim 70%) van deze groep (4). Dit zou erop kunnen wijzen dat voor veel niet-westerse allochtone jongeren pas na contact met

justitie wordt geconstateerd dat er sprake is van psychiatrische problematiek.

De Jutters heeft de zorg aan allochtonen tot speerpunt gemaakt en wil graag meer weten over aard, omvang en oorzaken van de ondervertegenwoordiging in haar cliëntenbestand van jongeren met een niet-westerse achtergrond. Daartoe is De Jutters een grootschalig onderzoek gestart dat de volgende vier onderzoeksthema's (deelonderzoeken) bestrijkt:

1. Vergelijking van de registratiegegevens van hulpverleningscliënten met de samenstelling van de regiobevolking;
2. Signalering van psychiatrische problemen door verwijzers bij jongeren van verschillende etnische achtergronden;
3. Visies op oorzaken en oplossingen van psychische problemen en het daarop volgende hulpzoekgedrag;
4. Het voorkomen van drop-out in de Jeugd-GGz bij jongeren van verschillende etnische achtergronden en de verklaringen hiervoor.

Het eerste deelonderzoek vergelijkt de cliëntgegevens van De Jutters met de CBS-bevolkingsgegevens van Den Haag en regiogemeenten om te kijken in welke mate de GGz-consumptie van de verschillende etnische minderheidsgroepen afwijkt van die van de autochtone populatie met een overeenkomstige sociaal-economische status (SES). Vooraf moeten de registratiegegevens van De Jutters echter volledig op orde zijn.

Het tweede deelonderzoek richt zich op de diverse schakels in het verwijstraject. In dit onderzoek zullen verschillen in signalering van problematisch gedrag en in diagnosticering van psychiatrische problemen tussen etnische groepen in kaart worden gebracht. Daarbij worden ook de verschillen in het verwijsgedrag van de verwijzers betrokken.

De huisarts en leerkrachten zijn, naast ouders,

¹ Bureau Jeugdzorg is de officiële 'toegangspoort' tot de Jeugd-GGz. Zij beoordelen of er sprake is van problematiek waarvoor behandeling binnen de Jeugd-GGz geïndiceerd is.

belangrijke schakels bij het signaleren van emotionele en gedragsproblemen van jongeren en ook bij het doorverwijzen naar bijvoorbeeld Bureau Jeugdzorg¹ of de Jeugd-GGz (5)(6). Onderzocht wordt of de etnische herkomst van jongeren (autochtoon Nederlands of (niet-westers) allochtoon) van invloed is op de beoordeling van de problematiek door de verwijzers. We richten ons op de vraag of er inderdaad sprake is van een 'etnische bias' in het verwijstraject en zo ja, welke maatregelen moeten worden bedacht om de verwijzers bewust te maken van deze 'etnische bias'.

Het derde deelonderzoek onderzoekt of niet-westerse allochtone jongeren en hun ouders andere visies hebben op oorzaken en oplossingen van psychische problemen en of hun hulpzoekgedrag afwijkt van die van autochtone jongeren en hun ouders. Dit kan te maken hebben met andere verklaringsmodellen die men hanteert voor geestelijke en lichamelijke ziekten. Ook is het mogelijk, zoals vooralsnog vooral onder volwassenen is geconstateerd, dat niet-westerse allochtonen minder bekend zijn met het aanbod van de Jeugdzorg, of dat zij een negatievere attitude hebben ten aanzien van de professionele hulpverlening.

Dergelijk onderzoek heeft zich tot nu toe vooral gericht op óf volwassenen óf jongeren. In dit onderzoek van De Jutters zullen zowel volwassenen als jongeren uit Marokkaanse, Turkse, Surinaamse, Antilliaanse en autochtoon Nederlandse gezinnen tot de respondentengroep behoren. Teneinde de invloed van de sociaal-economische status (SES) uit te kunnen sluiten zullen de uitkomsten van de allochtone en autochtone gezinnen met een gelijke SES met elkaar worden vergeleken. Uit elk gezin worden beide ouders en één kind geïnterviewd. Via deze opzet kan worden bepaald of visies en kennis gezins-, etniciteits- of leeftijdsafhankelijk zijn.

Het vierde deelonderzoek bestudeert factoren die een rol spelen bij het voortijdig afbreken van de behandeling binnen de Jeugd GGz. Er zijn aanwijzingen dat niet-westerse allochtone cliënten vaker en eerder in het behandelproces de therapie voortijdig afbreken ('drop-out') dan autochtone cliënten. De resultaten van eerder onderzoek naar de oorzaken van drop-out zijn niet eenduidig en spreken elkaar ook tegen. Omdat nog andere factoren dan de etnische achtergrond van de cliënt van invloed kunnen zijn op drop-out, zullen die ook worden onderzocht. Deze kennis kan hulpverleners helpen om cliënten met een risico op drop-out te identificeren en drop-out te

voorkomen door de behandeling aan te passen. Gekeken wordt naar cliënt- en gezinsfactoren alsmede naar therapeutische factoren (zoals de therapeutische relatie, wensen en verwachtingen). We hopen in het bijzonder die factoren te vinden die een rol spelen bij voortijdige beëindiging van de behandeling van jeugdigen met een niet-westerse achtergrond. Met de uitkomsten van de verschillende deelonderzoeken kunnen maatregelen genomen worden om de toegankelijkheid tot de Jeugd-GGz te verbeteren en de werkwijze aan te passen. Het onderzoek naar de GGz-consumptie (deelonderzoek 1) is gestart en voor het onderzoek naar het voortijdig afbreken van de geïncideerde hulpverlening (deelonderzoek 4) loopt een pilot bij de verschillende ambulante afdelingen van De Jutters. In een van de komende nummers van het Epidemiologisch Bulletin zullen de resultaten hiervan worden gepubliceerd. De overige deelonderzoeken gaan in de nabije toekomst van start.

Anna de Haan, Albert Boon

Drs. A. de Haan, psycholoog en junior onderzoeker en Dr. A. Boon, GZ psycholoog en senior onderzoeker, beiden werkzaam bij Stichting De Jutters in Den Haag. anna.dehaan@dejutters.com of a.boon@dejutters.com

Literatuur:

1. Vollebergh WAM. Gemiste kansen, culturele diversiteit in de jeugdzorg. *Kind en Adolescent* 2003; 24: 209-21.
2. Uiters E, Devillé WLJM, Foets M, Groenewegen PP. Use of health care services by ethnic minorities in the Netherlands: do patterns differ? *European Journal of Public Health* 2006; 16 nr. 4: 388-93.
3. Centraal Bureau voor de Statistiek. Statline. Voorburg, 2008.
4. Boer SBB, Boon A de, Haan AM de. Factors of pre-treatment attrition and drop out in juvenile offender treatment 2008. Submitted.
5. Bellaart H, Azrar F. Jeugdzorg zonder drempels. Eindverslag van een project over de toegankelijkheid en de kwaliteit van de jeugdzorg voor allochtone cliënten. Forum. Utrecht, 2003.
6. Zwaanswijk M. Pathways to care: help-seeking for child and adolescent mental health problems. NIVEL. Utrecht, 2005.

Onderzoek II

Vaccinatiegraad en aantallen aangifteplichtige infectieziekten bij jeugdigen

Het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) beoogt alle zuigelingen en kinderen die in Nederland wonen, individueel te beschermen tegen ziekte en sterfte ten gevolge van ernstige infectieziekten (1). Om een populatie tegen ernstige infectieziekten te beschermen dient minimaal 90% ingeënt te zijn; de niet (voldoende) gevaccineerden zullen bij een dergelijke

vaccinatiegraad door groepsimmunitet voldoende beschermd zijn. Het RVP in Nederland bereikt - ook internationaal gezien - een hoge vaccinatiegraad.

In tabel 1 staan de vaccinatiepercentages van de ziekten waartegen in Nederland wordt ingeënt (zie kader) voor respectievelijk de zuigelingen, kleuters en schoolkinderen (2). Het betreft de verslagjaren 2006, 2007 en 2008², voor Den Haag en Nederland. Vanaf 2006 is de vaccinatiegraad volgens een nieuwe rekenmethode bepaald³. Dit bemoeilijkt vergelijking met

Tabel 1.

Vaccinatiepercentages Difterie, (Kinkboest), Tetanus, Poliomyelitis (DKTP), Bof, Mazelen Rodebont (BMR), Haemophilus influenzae type B (Hib), Meningokokken C en acellulair Kinkboest (aK). In Den Haag en Nederland 2006-2008

Doelgroep en type vaccinatie	Verslagjaar 2006			Verslagjaar 2007			Verslagjaar 2008		
	Geboorte- cohort	Vaccinatie- graad	Vaccinatie- graad	Geboorte- cohort	Vaccinatie- graad	Vaccinatie- graad	Geboorte- cohort	Vaccinatie- graad	Vaccinatie- graad
		Den Haag	Nederland		Den Haag	Nederland		Den Haag	Nederland
Zuigelingen (1 jaar)									
Primaire serie DKTP-3	2003	95,4%	96,0%	2004	95,7%	96,3%	2005	96,6%	96,7%
Zuigelingen (2 jaar)									
Basisimmuun									
DKTP-4	2003	92,0%	94,3%	2004	92,0%	94,0%	2005	94,3%	94,5%
Zuigelingen (2 jaar)									
Basisimmuun BMR	2003	94,6%	95,4%	2004	95,0%	95,9%	2005	95,6%	96,0%
Zuigelingen (1 jaar)									
Primaire serie Hib	2003	94,5%	95,7%	2004	95,2%	96,1%	2005	96,1%	96,5%
Zuigelingen (2 jaar)									
Volledig afgesloten Hib	2003	93,6%	95,4%	2004	93,4%	95,0%	2005	94,7%	95,1%
Zuigelingen (2 jaar)									
Volledig afgesloten									
Meningokokken C	2003	92,9%	94,8%	2004	94,0%	95,6%	2005	95,2%	95,9%
Kleuters (5 jaar)*									
Gerevaccineerd DTP-5	2000	87,1%	92,5%	2001	87,2%	92,1%	2002	86,4%	91,5%
Kleuters (5 jaar)									
Volledig afgesloten aK*	2000	83,5%	89,3%	2001	85,6%	90,8%	2002	85,6%	91,0%
Schoolkinderen (10 jaar)									
Volledig afgesloten									
DTP-6	1995	86,2%	93,0%	1996	86,5%	92,5%	1997	86,8%	92,6%
Schoolkinderen (10 jaar)									
Volledig afgesloten BMR	1995	85,3%	92,9%	1996	86,5%	92,5%	1997	83,6%	92,5%

* Een deel van cohort 2002 heeft mogelijk DaKTP in plaats van DTP + aK gekregen omdat vanaf 1 september 2006 het combinatievaccin DaKTP voor kleuters in het Rijksvaccinatieprogramma is opgenomen.

² De term 'verslagjaar 2008' betekent dat op 1 januari 2008 de vaccinatiegraad is bepaald voor zuigelingen van 1 of 2 jaar geboren in 2005, kleuters van 5 jaar geboren in 2002 en schoolkinderen van 10 jaar geboren in 1997.

³ In plaats van een vastgestelde datum die voor elk kind gelijk was en geen rekening hield met de exacte leeftijd, wordt vanaf 2006 op individueel kindniveau gekeken of voor een bepaalde individuele leeftijd de gewenste vaccinatiestaat is bereikt. De vaccinatiepercentages berekend volgens de nieuwe methode zijn enigszins lager dan voorheen.

Het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) in Nederland omvat DKTP- en Hib-vaccinatie op de leeftijd van twee, drie, vier, en elf maanden (vanaf 2003 is hiervoor een gemengd DKTP-Hib-vaccin ingevoerd) (1). De laatste twee DTP-vaccinaties krijgen kinderen op de leeftijd van vier en negen jaar. Sinds 2001 wordt op vier-jarige leeftijd een revaccinatie (booster) met acellulaire kinkhoestvaccin gegeven (aK).

Een BMR-vaccinatie krijgt een kind op de leeftijd van 14 maanden en negen jaar. Vaccinatie tegen meningokokken C maakt sinds september 2002 deel uit van het RVP. Kinderen krijgen dit vaccin wanneer ze 14 maanden oud zijn tegelijk met de BMR (2).

voorgaande jaren.

In alle drie de jaren voldoet het vaccinatie-niveau in Nederland (ruim) aan de norm. Onder zuigelingen wordt de hoogste vaccinatiegraad bereikt.

Den Haag kent, vergeleken met de landelijke percentages, beduidend lagere vaccinatiepercentages. Dit is een patroon dat kenmerkend is voor de (drie) grote steden. Van de drie grootste steden in Nederland heeft Amsterdam meestal de ongunstigste percentages.

Ook in Den Haag is de vaccinatiegraad onder zuigelingen beter dan onder kleuters en schoolkinderen. Volgens de nieuwe rekenmethode zakt de vaccinatiegraad voor de kleuters en zuigelingen in Den Haag onder de norm van 90%. In het verslagjaar 2006 was die in Den Haag (83-87%) ook lager dan in Amsterdam (87-90%) en Rotterdam (85-90%). In 2008 had Amsterdam weer het laagste niveau (van

Tabel 2.

Overzicht aangiften infectieziekten onder 0-19-jarigen. Den Haag 2003-2007

Infectieziekte	Absoluut aantal periode 2003-2007				Totaal aantal periode 2003-2007
	0-1 jaar	2-4 jaar	5-14 jaar	15-19 jaar	0-19 jaar
B-ziekten					
Bacillaire dysenterie	3	4	12	6	25
Buiktyfus	-	-	2	2	4
Cholera	-	-	-	-	-
Creutzfeld-J's disease	-	-	-	-	-
Hepatitis A	-	5	47	16	68
Hepatitis B	1	2	12	38	53
Hepatitis C	-	-	-	-	-
Kinkhoest	47	90	347	66	550
Legionella penumonie	-	-	-	-	-
Mazelen	-	-	2	-	2
Meningokokkose	5	6	5	1	17
Paratyfus A	-	-	-	-	-
Paratyfus B (C)	1	-	1	-	2
Tuberculose	4	5	14	25	48
Voedselvergiftiging of voedselinfectie	1	7	6	4	18
C-ziekten					
Brucellose	-	-	-	-	-
E. coli 0157	-	-	-	-	-
Leptospirose	-	-	-	-	-
Leptospirose	-	-	-	-	-
Malaria	-	3	9	3	15
Ornithose/psittacose	-	-	-	-	-
Q-koorts	-	-	-	-	-
Rode hond	-	-	3	-	3

Bron: GGD Den Haag, afdeling infectieziektenbestrijding en afdeling tuberculosebestrijding.

rond de 80%). Een deel van de kinderen die op de gewenste streefleefijd nog niet zijn gevaccineerd, krijgt zijn/haar vaccinatie op een later tijdstip. Maar uitstel wordt nadrukkelijk afgeraden: het vergroot het aantal onbeschermden en het tast de groeps-immuniteit aan, vooral bij kwetsbare jonge kinderen (2). In bijzonder is het hierbij van belang aandacht te besteden aan de lagere vaccinatiegraad van kleuters en schoolkinderen, ook in Den Haag.

Aangifteplichtige infectieziekten

In tabel 2 staan de aantallen aangifteplichtige infectieziekten bij jeugdigen die door de GGD Den Haag zijn gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg over de jaren 2003 tot en met 2007. Kinkhoest is onder de jeugdigen het meest frequent gemeld; totaal 550 keer in de vijfjaarsperiode. Het is een zeer besmettelijke ziekte veroorzaakt door een bacterie die door hoesten wordt overgebracht. Het leidt tot heftige benauwdheid met soms ernstige gevolgen. In 2004 deed zich een piek voor van 239 gevallen. Een dergelijke fluctuatie (om de twee tot drie jaar) is een terugkerend fenomeen. Het kinkhoestvaccin beschermt niet blijvend, mede doordat de kinkhoestbacterie van gedaante kan veranderen. Inmiddels heeft men het vaccin versterkt en geeft men sinds 2001 een extra vaccinatie op vierjarige leeftijd. Per jaar worden in Nederland ongeveer 250-400 kinderen met kinkhoest in het ziekenhuis opgenomen (3). Dit zijn vooral baby's van nul tot drie maanden oud. Bij hen verloopt de ziekte het ernstigst. De piek in voorkomen doet zich voor op 5-9-jarige leeftijd (4).

Van 2003 tot en met 2007 deden zich 68 gevallen voor van hepatitis A en 53 van hepatitis B. Eerstgenoemde leverziekte doen (vooral jonge) reizigers op tijdens hun verblijf in een voor de ziekte endemisch gebied en bij onhygiënische omstandigheden (pieken in voorkomen doen zich dikwijls voor na schoolvakanties). Een infectie met het hepatitis B-virus op jonge leeftijd verloopt (evenals hepatitis A) vaak zonder ziekteverschijnselen, maar hepatitis B kent een groter risico op de chronische vorm van de ziekte (5). Meningokokkose waartegen kinderen sinds 2003 worden gevaccineerd, deed zich voor bij 17 kinderen. Kinderen onder de 15 jaar hebben over het algemeen geen besmettelijke vorm van tuberculose waardoor de transmissie binnen een populatie beperkt blijft. Dat is ook in Den Haag het geval. De meeste Haagse tbc-patiënten zijn ouder dan 19 jaar.

Irene Burger

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

Literatuur:

1. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Centrum Infectieziektenbestrijding, afdeling Epidemiologie en Surveillance. Bilthoven 2008.
2. Lier EA van, Oomen PJ, Oostenburg MWM e.a. Vaccinatiegraad Rijksvaccinatieprogramma Nederland, verslagjaar 2006-2008. Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu. Centrum infectieziektenbestrijding, afdeling Epidemiologie en Surveillance. Bilthoven, 2008.
3. Abbink F, Greeff SC de, Hof S van den, Melker HE de. Het Rijksvaccinatieprogramma in Nederland: het voorkomen van de doelziekten (1997-2002). Rapport 210021001. Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu. Bilthoven, 2004.
4. Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 3.14.1, Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu. Bilthoven, juli 2008.
5. Shepard CW, Simard EP, Finelli L, Fiore AE, Bell BP. Hepatitis B Virus Infection: Epidemiology and Vaccination. *Epidemiol Review* 2006; 28: 112-25.

Onderzoek III

Academische Werkplaats Public health Noordelijk Zuid-Holland Themagroep Jeugd

Bij de start van de Academische Werkplaats Public health Noordelijk Zuid-Holland (AWP) in 2005 zijn enkele projectvoorstellen ingediend op het gebied van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). ZonMw heeft deze voorstellen indertijd niet gehonoreerd. Maar de AWP beschouwt de JGZ als een bijzonder belangrijk onderdeel van de public health en heeft een Themagroep Jeugd in het leven geroepen. Hierin participeren alle drie GGD-en van de AWP (Den Haag, Zuid-Holland West en Hollands Midden), TNO Kwaliteit van Leven en het LUMC, in het bijzonder de Public health, de Kinderpsychiatrie en de Sociale Pediatrie. De Themagroep ontwikkelt ideeën voor onderzoeksprojecten waarmee het werk van de JGZ meer evidence based kan worden gemaakt. Uiteraard wordt aangesloten bij lopend onderzoek waar de GGD-en en/of TNO Kwaliteit van Leven al bij zijn betrokken. Een voorbeeld is het reeds langer bestaande voornemen om de SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire, een vragenlijst om psychosociale problematiek in kaart te brengen) ook geschikt te maken voor allochtone kinderen. Ook is het de bedoeling voort te bouwen op het project Stevig Ouderschap. Daarnaast komen vanuit de GGD-en nieuwe ideeën naar boven die bijvoorbeeld te maken hebben met nieuwe werkwijzen en taakverdelingen binnen de JGZ. Denk in dit verband aan een thema als triage.



Wethouder Dekker onthult het nieuwe boekje

Een voorbeeld van een nieuw project is het onderzoek naar groei en ontwikkeling van Hindostaanse kinderen, dat elders in dit themanummer al wordt genoemd (pagina 44). Dit is het eerste onderzoek op het terrein van de JGZ dat binnen de AWP plaatsvindt.

De voorzitter van de Themagroep Jeugd is Simone Buitendijk. Zij werkt als Programmamanager Jeugd bij TNO Kwaliteit van Leven, een van de samenwerkingspartners in de AWP. Per 1 juli 2008 is zij benoemd tot bijzonder hoogleraar Integrale preventieve gezondheidszorg voor kinderen aan het LUMC. Met deze parttime aanstelling wordt niet alleen de samenwerking tussen TNO en het LUMC versterkt, maar ook de AWP. Simone Buitendijk werkt één dag per week op de afdeling Public health en Eerstelijns-geneeskunde, die nu dus twee AWP-hoogleraren heeft (naast Simone Buitendijk ook nog AWP-coördinator Barend Middelkoop).

Barend Middelkoop

Prof. dr. B.J.M. Middelkoop is arts-epidemioloog bij de afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn en bij de afdeling Public

health en Eerstelijns-geneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), Leiden. b.j.c.middelkoop@ocw.denhaag.nl

Aktueel I

Van Groeiboek naar GroeiOp

Dit jaar bestaat het Groeiboek 30 jaar.

Voorloper was de felicitatiebrief van de gemeente Den Haag in 1968, die ouders kregen bij aangeifte van de geboorte bij Burgerzaken. De brief bevatte voedings-tips voor moeder en kind. In Frankrijk kende men het Carnet de Santé, een notitieboekje waarin artsen medische gegevens konden schrijven. Het toenmalige Bureau Gezondheidsvoorlichting van de gemeente Den Haag maakte samen met de kinderartsen Els Harder en Henk Voorhoeve een vertaling van het carnet. Toen deze in 1975 af was bleek het resultaat vooral een boekje voor artsen, niet voor ouders. Er moest een bewerking komen, zodat het boekje ook bruikbaar was voor ouders.

Hierop maakte Els ten Hoopen, hoofd Gezondheidsvoorlichting

van de Gemeente Den Haag, het eerste concept van het groeiboek. In 1978 verscheen de eerste druk van het Groeiboek voor de Haagse ouders. Het groeiboek was bedoeld als informatie- en notitieboekje; het bevatte een mengeling van informatie en tips, passend bij de ontwikkelingsfase van de baby. Ook was er ruimte voor het noteren van gewicht, voedingsadviezen en bijzonderheden. Het felicitatiemapje bij de geboorteaangifte werd vervangen door het Groeiboek.

Henk Voorhoeve effende de weg voor een landelijke spreiding, waarop het ministerie voor Volksgezondheid in 1982 de aanbeveling deed het Groeiboek ter beschikking te stellen aan alle ouders met een jong kind. Binnen vier jaar kreeg vrijwel elke pasgeborene in Nederland het boekje aangeboden.

De volgende jaren werd het Groeiboek een aantal keren herzien. Vanaf de 9e druk werd de tekst ondersteund met tekeningen van Babs van Wely. In 1995, bij de 18e druk werd een onderdeel over opvoeding toegevoegd en werd de vormgeving vernieuwd met tekeningen en vooral foto's. Ter voorbereiding op de 24e druk is onderzoek gedaan onder ouders, met als resultaat de toevoeging in het boekje over kinderziektes. Vanaf 1986 buigt een landelijke redactieraad van verpleegkundigen, artsen, diëtisten en pedagogen zich ieder jaar over de inhoud van het groeiboek. Op basis van ingezonden brieven van ouders en werkers uit het veld en nieuwe inzichten van organisaties wordt iedere alinea kritisch bekeken.

In 2006 kwamen de Centra voor Jeugd en Gezin in beeld, waarin taken op het gebied van jeugd en

opvoeden werden gebundeld. Ouders, kinderen, jongeren en professionals kunnen bij het Centrum voor Jeugd en Gezin terecht met allerlei vragen over opvoeden en opgroeien. Ter ondersteuning van het werk binnen de Centra werd besloten het Groeiboek uit te breiden met informatie over alle fasen in de ontwikkeling van het kind: van de zwangerschap van de moeder tot de puberteit van het kind. Ook werd besloten tot een digitale versie van het Groeiboek. (www.groeiop.nl)

Dit leidde tot een algehele metamorfose van het bestaande Groeiboek, met een nieuwe vormgeving én een nieuwe naam: GroeiOp. De teksten in het boekje zijn inmiddels afgestemd op een zo groot mogelijk deel van de Nederlandse bevolking. Hiervoor heeft het nieuwe groeiboek het keurmerk 'Gewone Taal' verdiend. In het nieuwe boekje wordt bijvoorbeeld niet meer gesproken over de ontlasting en urine van je kind, maar gewoon over poep en plas.

Nu, 30 jaar na de eerste uitgave van het originele Groeiboek, is de 26e druk van het vertrouwde deel van het groeiboek 0-4 jaar van de drukker gekomen. Het deel Zwanger en Kraamzorg en het deel Borstvoeding volgen naar verwachting eind van het jaar. Daarna komen nog de delen 4-14 jaar en 14-19 jaar.

De website is sinds eind oktober in gebruik met dezelfde vormgeving als het boekje.

De website bestaat uit een open en een gesloten domein. Het open domein is voor iedereen toegankelijk, met basisinformatie over de verschillende onderwerpen. Op het gesloten domein kunnen ouders inloggen met de unieke inlogcode, die ze vinden in het

uitgereikte boekje. Hiermee kunnen zij persoonlijke informatie over hun kind op de website zetten, met foto's of filmpjes. Op 10 september onthulde Sander Dekker, de Haagse wethouder van Onderwijs, Jeugdzaken en Sport, de voorpagina van het nieuwe boekje. De eerste reacties op het boekje en de website zijn enthousiast. Wij hopen van GroeiOp een mooie serie te maken!

Jolanda Tettero

Mw. J. Tettero is hoofdredacteur van GroeiOp, GGD Den Haag. j.tettero@ocw.denhaag.nl

Wilt u contact met de redactie van GroeiOp, dan kunt u mailen naar groeiopredactie@ocw.denhaag.nl, of ga naar de website www.groeiop.nl. Via de website kunt u ook een exemplaar van GroeiOp bestellen.

Actueel II

Hoofd Jeugdgezondheidszorg Marianne Zwartendijk-Schats met pensioen na 39 jaar Haagse GGD

In september 2008 nam jeugdarts M.A.T.W. Zwartendijk-Schats afscheid van de afdeling Jeugdgezondheidszorg (JGZ), die inmiddels ruim 90 medewerkers telt. Toen Marianne Zwartendijk als schoolarts begon, in 1970, zag de zorg voor de Haagse schoolkinderen er heel anders uit. Het uitzenden naar buiten van 'bleekneusjes', eens goed voor 3000 Haagse kinderen per jaar, was op zijn retour, hoewel er in 1970 toch nog 735 kinderen werden uitgezonden om in de vakantie aan te sterken. Tuberculose werd tot 1974 systematisch op de scholen opgespoord. Het

speciaal onderwijs, voor kinderen met een beperking, breidde zich uit en de GGD had een groot aandeel in de toenemende professionalisering van het speciaal onderwijs. Den Haag had twee zogenoemde 'buitenlucht'scholen voor kinderen met astma en bronchitis. In 1972 kwam het voor het laatst voor dat een school werd gesloten vanwege een epidemie van een besmettelijke ziekte.

De instroom van nieuwkomers kwam op gang, eerst uit Suriname en later uit de landen rond de Middellandse zee. De maatschappij was nog niet geheel ontzuild: de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen was zowel bij de GGD, als bij twee Medisch Opvoedkundige Bureaus (een interkerkelijk en een katholiek) ondergebracht (1).

Er ontstond kritiek op de JGZ, die meer aandacht zou moeten besteden aan psychosociale problematiek onder de jeugd. Prof. dr. A.H.M. Kerkhoff, geschiedschrijver van de schoolgezondheidszorg, betitelt de periode tussen 1970 en 1990 als 'zwaar weer' (2). Toen Marianne Zwartendijk in 1987 het roer overnam op de afdeling JGZ was die bui nog niet overgetrokken. De redding kwam in 1990, toen jeugdgezondheidszorg in de WCPV werd erkend als een van de drie terreinen van volksgezondheid.

Het denken over preventie verschoof van ziektepreventie naar gezondheidsbevordering en Marianne Zwartendijk bracht al spoedig structurele samenwerking op gang met de afdeling Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding (GVO), tegenwoordig de afdeling Gezondheidsbevordering (GB). Met als resultaat programma's over psychosociale en gemengd lichamelijk/psychosociale onder-



werpen, zoals het belang van een goed ontbijt, pesten, kindermishandeling, leefstijl voor jongeren in het primair onderwijs, de gezonde school en genotmiddelen, seksualiteit en relaties. Ook kwamen er cursussen opvoedingsondersteuning (voor ouders), gegeven door jeugdverpleegkundigen, die op hun beurt getraind werden door deskundigen van GVO. Bij de keuze van programma's lieten Marianne Zwartendijk en GVO-er Sarian van Bekkum zich leiden door het bewezen gunstig effect van de betreffende methode.

Marianne Zwartendijk stond van harte achter de samenwerking van JGZ met velerlei deskundigen, zoals bijvoorbeeld blijkt uit een gezamenlijk protocol 'Plotselinge dood' van Riagg, GVO en JGZ, de inschakeling van de afdeling Infectieziekten bij (dreigende) schoolepidemieën en de deelname van JGZ in multidisciplinaire zorgcommissies en netwerken jeugdhulpverlening. Deze multidisciplinaire werkverbanden bleken bij uitstek geschikt om ingewikkelde aandoeningen van kinderen, zoals

ADHD, autisme en bepaalde leerstoornissen op het spoor te komen.

Er werd een Elektronisch Cliënt Dossier (ECD, 1996) ingevoerd. De medewerkers hebben, gestimuleerd door Marianne Zwartendijk en haar vaste plaatsvervanger Mariet Monné-van Wirdum, met taai volharding de kinderziekten hiervan het hoofd geboden. Intussen nam het aantal kinderen met overgewicht in heel de westerse wereld toe. Met behulp van de groeigegevens uit het ECD van vele Haagse kinderen kon in 2003 het artikel 'Overgewicht bij Haagse schoolkinderen' in het Epidemiologisch bulletin worden gepubliceerd (3) en een plan worden gemaakt om de toename van overgewicht tot staan te brengen.

Marianne Zwartendijk-Schats was de eerste vrouw in Den Haag in de functie van hoofd Jeugdgezondheidszorg (later productgroepmanager genoemd). Zij verdient grote dank en respect voor haar inzet gedurende bijna 39 jaar en de wijze waarop zij de afdeling ruim 20 jaar heeft geleid. Haar overtuigende visie op en betrokkenheid

bij de jeugdgezondheidszorg hebben grote betekenis gehad voor de gezondheid van Haagse jeugdigen en voor de ontwikkeling van de Haagse Jeugdgezondheidszorg.

**Jolande van Dijk-van der Poel,
Hanneke Reuser**

Mw. J. van Dijk is jeugdarts rayonhoofd, Mw. J.A.M. Reuser is voormalig jeugdarts.
hannekereuser@hotmail.com

Literatuur:

1. Zwartendijk-Schats, M.A.T.W., Werkwijze en organisatie van de afdeling jeugdgezondheidszorg van de GG en GD te Den Haag: scriptie vervolgopleiding Jeugdgezondheidszorg, 1977, Leiden.
2. Kerkhoff, A.H.M. 2004. Nauwelijks een machtiger wapen. Schoolgezondheidszorg als een collectieve voorziening. Amsterdam.
3. Wilde, J.A. de, B.J.C. Middelkoop, S van Buuren, P.H. Verkerk. "Overgewicht bij Haagse schoolkinderen." Epidemiologisch bulletin, 2003, jaargang 38, nummer 4.

Cursussen

Visie op public health en actuele ontwikkelingen - Kernmodule MPH (vernieuwd)

U krijgt inzicht in de definities, paradigma's en perspectieven op public health. Vanuit een historisch perspectief ontwikkelt u een visie op de toekomst en kijkt daarbij kritisch naar de financiering en organisatie van de public health. U focust op belangrijke gezondheidsproblemen, determinanten en aanknopingspunten voor beleid.

Doelgroep: de arts, leidinggevende, beleidsmedewerker, epidemioloog, gezondheidswetenschapper, projectmanager,

professional of projectcoördinator werkzaam bij GGD, GGZ, verslavingszorg of relevante overheidsinstantie.

Data: donderdag en vrijdag 15, 16, 22, 29 januari, 5 en 12 februari 2009
Kosten: € 2.290

Timemanagement voor professionals in de Public & Occupational Health

Hoge betrokkenheid, verantwoordelijkheidsgevoel en een vaak commerciële omgeving, vragen een specifieke aanpak en beïnvloeding van uw tijdgebruik. De workshop is hier specifiek voor opgebouwd.

Doelgroep: professionals in de Public & Occupational Health.
Data: donderdag 29 januari 2009
Prijs: € 410
Lokatie: Den Bosch

Inleiding in de economie van de Public Health

Economisch denken in relatie tot de public health gaat niet alleen om bezuinigingen, maar ook over de inzet van gezondheid als kapitaal. Verdiep u in de economische aspecten van collectieve versus individuele verantwoordelijkheid voor gezondheid. Belicht worden begrippen en instrumenten als kosten-batenanalyse, kosten-effectiviteitanalyse, balanced scorecard, gezondheidskapitaal en QUALY's.

Doelgroep: de arts Maatschappij & Gezondheid, leidinggevende, beleidsmedewerker, epidemioloog, gezondheidswetenschapper, projectmanager, professional of een projectcoördinator
Data: woensdag 4, 11 en 18 maart 2009
Kosten: € 975

Tenzij anders vermeld, worden alle cursussen gegeven op de lokatie

NSPOH Amsterdam. Nadere informatie via www.nspob.nl, telefoon 020-5664949 en info@nspob.nl.

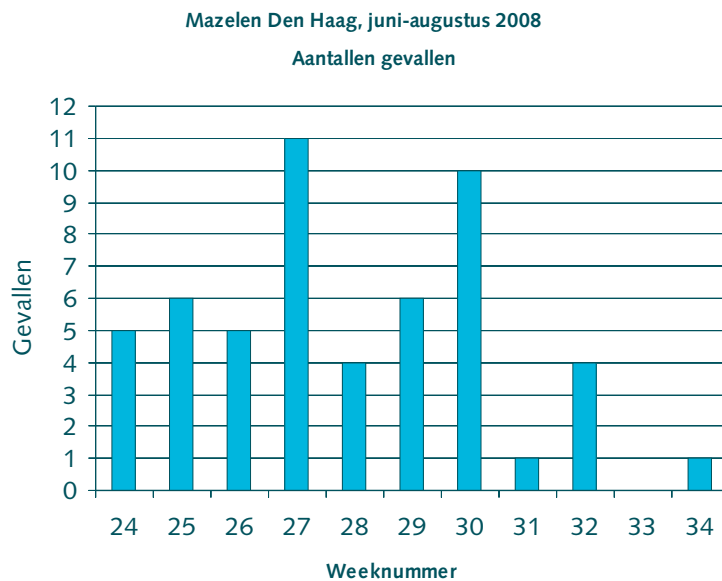
Aangiften infectieziekten Den Haag I

Mazelen in Den Haag

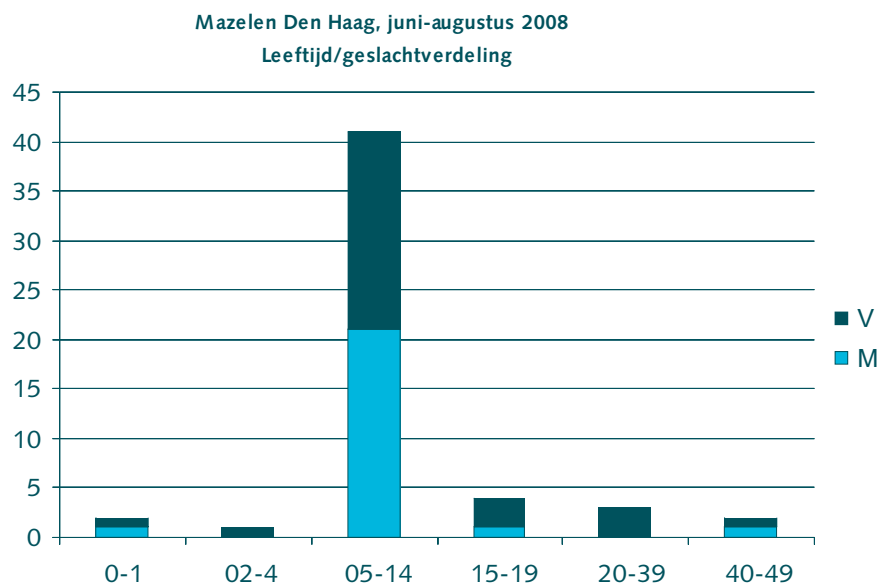
Op 18 juni 2008 meldt een basisschool in Den Haag dat twee kinderen ziek zijn. Ze hebben mazelen. De GGD neemt laboratoriummonsters af en het Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) bevestigt de diagnose mazelen op basis van een positieve mazelen IgM in het bloed, een positieve virusdetectie met behulp van PCR (een test op DNA) en een kweek van de afgenomen keeluitstrijkjes en urine.

De afdeling JGZ geeft aan dat de school een vaccinatiegraad heeft van ongeveer 80%, lager dan het gemiddelde voor Nederland (94%). De GGD stelt maatregelen in volgens de richtlijn van de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI). Het brononderzoek leidt niet tot het vinden van de primaire besmettingsbron. Bij nieuwe gevallen wordt contactonderzoek gestart en niet-gevaccineerde contacten krijgen het aanbod van een BMR vaccinatie (bof, mazelen en rodehond). Via de school krijgen alle niet-gevaccineerde schoolkinderen en ouders de mogelijkheid zich bij de GGD te laten vaccineren. Op een enkele uitzondering na maakt niemand gebruik van dit aanbod. In de daarop volgende weken worden bij de GGD opnieuw kinderen met mazelen gemeld, nu van een andere school met een lage vaccinatiegraad. Beide scholen hebben een antroposofische signatuur. Ook op de tweede school wordt vaccinatie aan-

Figuur 1.
Epidemische curve



Figuur 2.
Verdeling volgens leeftijd en geslacht



geboden, met hetzelfde povere resultaat als op de eerste school.

De epidemiologische beschrijving van de uitbraak is als volgt: In Den Haag worden in totaal 53 voornamelijk kinderen met mazelen (24 mannelijk en 29 vrouwelijk) gemeld (zie figuren 1 en 2). Dit aantal is waarschijnlijk een onderschatting van het

werkelijke aantal, want waarschijnlijk gaat niet iedere patiënt met mazelen naar de huisarts. In 12 gevallen is de diagnose via het laboratorium bevestigd. De andere gevallen zijn epidemiologisch gerelateerd aan een bewezen geval. De DNA typering uitgevoerd door het RIVM levert consistent het genotype D8 op. Hoewel genotype D8 eerder in Europa is vast-

gesteld⁴, is er bij recente uitbraken in verschillende Europese landen naar ons weten geen verband gelegd met dit genotype⁵. Het betreft wel een type virus dat vrijwel zeker is geïmporteerd uit het buitenland (mogelijk Engeland, Canada, Australië). Daarnaast is het ook een ander type virus dan de mazelenvirussen die recent op andere plaatsen in

Tabel 1.

Risicogroepen in het Rijks Vaccinatie Programma (RVP) (uit Osiris)

Behoort de patiënt of de ouders/verzorgers tot een van de volgende groepen:	Aantal
Antroposofische levenshouding	11
Kritische houding t.o.v. vaccineren	32
Nee	6
Onbekend	1
Totaal	50
(3 niet ingevuld)	

Nederland zijn gesignaleerd (Van Binnendijk et al. IB juli 2008). In Den Haag is geen melding gemaakt van ernstige complicaties of overlijden. De laatst gemelde patiënt met mazelen is op 25 augustus 2008 ziek geworden. Hiermee komt het totaal aantal mazelen gevallen van deze 'Haagse uitbraak' op 53. Vier gevallen van mazelen buiten de regio Den Haag kunnen aan deze uitbraak worden gerelateerd. Tot op heden is geen melding gemaakt van een uitbraak van mazelen in de groep bevindelijk gereformeerden, waar de vaccinatiegraad immers eveneens laag is.

Alle zieken waren ongevacineerd. Slechts drie gevallen hadden één BMR vaccinatie gekregen. Bij de anamnese is gevraagd waarom ouders hun kinderen niet hebben gevaccineerd. De resultaten zijn in tabel 1 weergegeven.

Discussie en conclusie:

Hoewel bijna alle zieken antroposofische scholen bezoeken, blijkt dat de keuze om niet te vaccineren meer ingegeven is door een kritische houding ten aanzien van

prikken dan door een antroposofische levensbeschouwing. Een mogelijke verklaring is dat deze antroposofische scholen ook bezocht worden door kinderen van wie de ouders niet de antroposofisch levensbeschouwing aanhangen, maar die om andere redenen een kritisch houding hebben ten aanzien van vaccineren. Anderzijds kunnen antroposofische ouders los van hun levensbeschouwing op basis van kritische gronden ervoor gekozen hebben hun kinderen niet te laten vaccineren. Duidelijk is dat het niet-vaccineren bij bijna alle ouders een bewuste keuze was. Afgemeten aan de povere opkomst op de door de GGD speciaal ingestelde vaccinatiesprekuren, lijkt die kritische houding diep geworteld te zijn en niet te worden beïnvloed door sociale controle. Wellicht kan meer inzicht in de oorzaken van die kritische houding ten aanzien van vaccineren leiden tot een doeltreffende strategie om deze groep bewust kritische mensen ervan te overtuigen hun kinderen toch te laten vaccineren.

Eric de Coster, Rob van Binnendijk
E.J.M. de Coster, arts infectie-

ziekten, namens de afdeling Algemene Infectieziektebestrijding GGD Den Haag.
e.j.m.decoster@ocw.denhaag.nl
R.van Binnendijk, RIVM,
Bilthoven.
Rob.van.Binnendijk@rivm.nl

Met dank aan de afdeling JGZ van GGD Den Haag voor het uitzoeken van de vaccinatiegraad op school.

Aangiften infectieziekten II

Meldingen tijdens het tweede en derde kwartaal 2008, voor de stad Den Haag

Het aantal meldingen van aangifteplichtige infectieziekten van de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het tweede en derde kwartaal 2008 (265, exclusief de meldingen van TBC), is iets hoger dan het aantal in dezelfde periode in 2007 (226). Dit verschil is hoofdzakelijk toe te schrijven aan een lokale uitbraak van mazelen in Den Haag in het derde kwartaal 2008.

Hieronder volgen commentaren op de gemelde infectieziekten.

⁴ Kremer JR, Brown KE, Jin L et al. High genetic diversity of measles virus, World Health Organization European Region, 2005-2006. *Emerging Infectious disease* 2008 Jan;14(1):107-14

⁵ Nieto-Vera J, Masa-Calles J, Dávila J, Molina-Font J, Jiménez M, Gallardo-García V, Mayoral-Cortés J. An outbreak of measles in Algeciras, Spain, 2008 – a preliminary report. *Euro Surveill.* 2008;13(20):pii=18872. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=18872>

Bacillaire dysenterie

Zeven gevallen werden gemeld. De besmetting vond in 1 geval plaats in Nederland bij een Turkse man, de overige besmettingen vonden plaats in Marokko, Afrika en Azië.

Buiktyfus

Twee meldingen: een man van 31 jaar had de ziekte opgelopen tijdens een vakantie in India, en een jongen van elf in Marokko.

Enterohemorragische E.coli

Deze darmbacterie die meestal diarree geeft maar bij kleine kinderen soms ernstige nierschade kan opleveren, werd geconstateerd bij een meisje van veertien. De besmettingsbron, meestal rauw (rund) vlees, is niet vastgesteld.

Hepatitis A

Er werden in deze periode 5 besmette mannen gemeld en 5 vrouwen. Hoewel het totale aantal gevallen klein is, is er toch sprake van een kleine toename vergeleken met de zelfde periode in 2007 (6). Zeven besmettingen waren opgelopen in diverse landen waar hepatitis A vaker voorkomt. Drie mensen liepen in Nederland de besmetting op.

Hepatitis B

Het aantal hepatitis B meldingen (104: 95 chronische gevallen en 9 acute gevallen) was iets lager dan in de zelfde periode in 2007. De aanleiding tot onderzoek op deze ziekte is divers. Bij chronische

hepatitis B gaat het meestal om onderzoek naar aanleiding van vage klachten of andere ziekten. Verder duidt de ziekte op bij onderzoek naar seksueel overdraagbare aandoeningen (soa). Bij vrouwen wordt de ziekte dikwijls ontdekt bij het zwangerschaps-onderzoek. In de categorie chronische gevallen zijn mannen iets meer vertegenwoordigd dan vrouwen. De besmettingsbron is doorgaans niet bekend. Meestal gaat het om personen afkomstig van landen waar de ziekte veel voorkomt.

Acute hepatitis B werd gemeld bij 3 vrouwen en 6 mannen. In 2 gevallen heeft besmetting waarschijnlijk plaatsgevonden door onbeschermd seksueel contact in Nederland.

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest is iets lager dan het aantal gevallen in de zelfde periode in 2007. Het betreft bijna allemaal gevaccineerde personen.

Legionellose

Van deze ernstige aandoening zijn 5 gevallen gemeld, vooral mannen boven de 40 jaar. Dit is veel minder dan in 2007, toen ook landelijk het aantal gevallen hoog was. De vermoedelijke besmettingsbron van 3 gevallen lag binnen Nederland, maar is niet ontdekt. De andere mensen waren resp. in Groot-Brittannië en Duitsland besmet.

Leptospirose

Er werd 1 geval gemeld bij een dakloze man. Mogelijk is hij besmet door contact met muizen of ratten. Deze ziekte geeft aanleiding tot diverse ziektebeelden waaronder geelzucht.

Malaria

Het aantal gemelde malaria-gevallen (7) was iets lager dan tijdens dezelfde periode vorig jaar (13). Het betreft mannen en vrouwen die vooral in West-Afrika zijn besmet. Bij alle patiënten kon de ziekte toegeschreven worden aan het niet of onvolledig innemen van profylaxe.

Mazelen

Gedurende de zomer heeft Den Haag een kleine epidemie gekend van mazelen. Deze epidemie ontstond in en rond de antroposofische gemeenschap. Er zijn 52 gevallen gemeld. Dit is waarschijnlijk een onderschatting van het reële aantal gevallen. Het is aannemelijk dat onder mensen die hun kinderen bewust niet laten vaccineren velen waarschijnlijk niet met een kind met ongecompliceerde mazelen naar de huisarts gaan. Er zijn geen gevallen van overlijden gemeld.

Ornitbose/psittacose

Van deze aandoening die wordt opgelopen wordt door contact met besmette vogels, werden 2 gevallen gemeld. De besmettingsbron kon niet worden aangetoond.

Soort_instelling	Huidziekten	Luchtweg -infecties	Maag- darmaandoening	Vlekjes- ziekten	Hersenvlies- ontsteking	Totaal
KDV	6		1	2	1	10
kindercentrum	3			1		4
school	1	1		1		3
verpleeghuis		1	1			2
Totaal	10	2	2	4	1	19

Paratyfus

Deze ziekte lijkt op buiktyfus maar is doorgaans minder ernstig. Er werden 2 vrouwen gemeld, waarvan 1 was besmet in India.

Voedselinfecties

Er zijn 5 gevallen van voedselinfectie gemeld. Het betrof 3 personen die meldingsplichtig zijn omdat zij in de zorg of voedselbereiding werkzaam zijn, en 2 gevallen waar 2 of meer personen waarschijnlijk door een zelfde voedingsbron zijn besmet. De besmettingsbron is niet vastgesteld.

Infectieziekten gemeld door instellingen

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het tweede en het derde kwartaal 2008.

Het aantal meldingen uit instellingen is 40% lager dan gedurende dezelfde periode in 2007. Hier is geen verklaring voor. Meer dan de helft van de meldingen betrof vlekjesziekten en huidziekten. Het ging om vermoedens van de vijfde ziekte en andere vlekjesziekten bij kinderen, alsook kleine uitbraken van ringworm en krentenbaard. Vooral kinderdagverblijven en scholen deden melding van deze aandoeningen.

Verder was er een uitbraak van gastro-enteritis in een verpleeghuis en een in een kinderdagverblijf, beiden waarschijnlijk veroorzaakt door een virus (buikgriep).

Ten slotte was er nog een melding van hersenvliesontsteking die echter geen bijzondere maatregelen vereiste.

Meldingen tijdens het tweede en derde kwartaal 2008 voor de regio Zuid-Holland West*Bacillaire dysenterie*

In het tweede en derde kwartaal waren er 15 meldingen van bacillaire dysenterie.

Zoals gebruikelijk was de ziekte veelal in het buitenland opgelopen. Rond een index wordt altijd zorgvuldig contactonderzoek gedaan. De LCI richtlijnen geven aan wanneer een index moeten worden geweerd en wanneer contacten moeten worden gescreend.

Buiktyfus

Er is 1 melding van buiktyfus geweest van een vrouw die in India was geweest. Zij was wel gevaccineerd tegen tyfus, maar het is bekend dat het vaccin niet altijd voldoende bescherming geeft.

Hepatitis A

Er waren geen meldingen van hepatitis A.

Hepatitis B

Er zijn 26 meldingen van hepatitis B geweest. In 1 geval ging het om een acute besmetting die waarschijnlijk seksueel was overgedragen (prostitutie).

Kinkhoest

Er zijn 162 meldingen van kinkhoest geweest.

Legionellose

Er waren 8 meldingen van legionellose. Wanneer de patiënten tijdens de incubatietijd in het buitenland zijn geweest, worden de gegevens via het Centrum Infectieziektebestrijding naar Londen gestuurd. Bij de andere patiënten doet de GGD uitgebreid brononderzoek door middel van een anamnese met een uitgebreide vragenlijst. Eventueel

worden verdachte bronnen gekweekt. Om een relatie tussen patiënt en bron aan te tonen, is een kweek van patiëntenmateriaal noodzakelijk. Helaas lukt dit maar in enkele gevallen.

Malaria

Er zijn 5 gevallen van malaria aangemeld. In alle gevallen was de malaria opgelopen in Afrika: Kenia, Kongo, Soedan/Kenia/-Somalië, Burkina Faso, Mozambique/Ivoorkust.

Mazelen

Er is 1 kind met mazelen gemeld. Er bleek een relatie met de mazelenuitbraak op de school in Den Haag. Het ging om een jongen van 17 jaar, die niet was gevaccineerd.

Meningokokkose

Twee meldingen van meningokokkose. Een kind van 7 maanden had een meningokok type C opgelopen. Het kind was nog te jong om al gevaccineerd te kunnen zijn. Een kind van 4 jaar had de ziekte opgelopen met een meningokok type B.

Psittacose

Een melding van psittacose bleek onderdeel van een cluster, waarbij de bron een dierenwinkel was. Vier personen (waarvan 3 woonachtig buiten de regio GGD Zuid-Holland West) waren ziek geworden. De Voedsel en Warenautoriteit heeft de winkel maatregelen opgelegd.

Paratyfus A

Er waren 5 meldingen van paratyfus A binnen gezinnen die gezamenlijk in Italië op vakantie waren geweest. Een duidelijk bron is niet gevonden.

Q-koorts

Er is 1 geval van Q-koorts gemeld. Gezien de grote uitbraak van Q-koorts in Brabant is er uitgebreid bron onderzoek gedaan. De meest waarschijnlijke bron bleek echter in het buitenland te zijn, waar de patiënte rauwe geitenmelk had gedronken.

Aan deze rubriek werkten mee:

E. J. M. de Coster

E. M. Huisman

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

Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte		Het tweede kwartaal 2008			De voorgaande 4 kwartalen				t/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar	
		GGD Den Haag	GGD-Zuid-Holl. West	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden
		2e kw. 2008	2e kw. 2008	2e kw. 2008	2e kw. 2007 **)	3e kw. 2007 **)	4e kw. 2007 **)	1e kw. 2008 **)	1e t/m 2e kw. 2008	1e t/m 2e kw. 2007 **)
B-ziekten	bacillaire dysenterie	2	10	12	9	13	14	7	19	19
	buiktifus	1	1	2	1	2	1		2	2
	cholera									
	Creutzfeld-J's disease									2
	hepatitis A	5		5	3	6	5	4	9	5
	hepatitis B *)	51	20	71	57	52	54	45	116	112
	hepatitis C					2	1			
	kinkhoest	26	78	104	117	165	136	62	166	185
	legionella pneumonie	1	4	5	9	10	5	5	10	17
	mazelen							2	2	
	meningokokkose		2	2	3	4		2	4	6
	paratyfus A	1		1				1	2	2
	paratyfus B (C)									
	tuberculose	25***		25	42	40	26	28		80
	voedselvergiftiging of voedselinfectie	2		2		8	4	2	4	5
C-ziekten	brucellose									
	E.coli 0157						2			
	leptospirose									
	malaria	2	2	4	3	14	8	2	4	11
	ornithose/psittacose					1	2	1	1	
	Q-koorts									
	rode hond									
totaal	116	117	233	244	317	258	161	392	446	

*) Inclusief dragers.

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

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

De GGD Den Haag doet opgave over de gemeente Den Haag, de GGD Zuid-Holland West over de gemeenten Rijswijk, Leidschendam-Voorburg, Wassenaar, Zoetermeer, Delft, Midden-Delfland, Pijnacker-Nootdorp en Westland (de laatste 4 gemeenten vanaf het vierde kwartaal 2002).

Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte		Het derde kwartaal 2008			De voorgaande 4 kwartalen				t/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar	
		GGD Den Haag 3e kw. 2008	GGD-Zuid-Holl. West 3e kw. 2008	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2008	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2007 **)	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2007 **)	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2008 **)	Tot. regio Haaglanden 2e kw. 2008 **)	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 3e kw. 2008	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 3e kw. 2007 **)
B-ziekten	bacillaire dysenterie	5	5	10	13	14	7	12	29	32
	buiktyfus	1	1	2	2	1		2	4	4
	cholera									
	Creutzfeld-J's disease									2
	hepatitis A	5		5	6	5	4	5	14	11
	hepatitis B *)	53	6	59	52	54	45	71	175	164
	hepatitis C				2	1				2
	kinkhoest	41	84	125	165	136	62	104	291	350
	legionella pneumonie	4	4	8	10	5	5	5	18	27
	mazelen	52	1	53			2		55	
	meningokokkose				4		2	2	4	10
	paratyfus A						1	1	2	2
	paratyfus B (C)	1	5	6					6	2
	tuberculose	25***		25	40	26	28	25	78	120
	voedselvergiftiging of voedselinfectie	3		3	8	4	2	2	7	13
C-ziekten	brucellose								1	
	E.coli 0157	1		1		2			1	
	leptospirose	1		1						
	malaria	5	5	10	14	8	2	2	14	25
	ornithose/psittacose	2	1	3	1	2	1		4	1
	Q-koorts		1	1					1	
	rode hond									
totaal	199	113	312	317	258	161	233	698	764	

*) Inclusief dragers.

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

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

De GGD Den Haag doet opgave over de gemeente Den Haag, de GGD Zuid-Holland West over de gemeenten Rijswijk, Leidschendam-Voorburg, Wassenaar, Zoetermeer, Delft, Midden-Delfland, Pijnacker-Nootdorp en Westland (de laatste 4 gemeenten vanaf het vierde kwartaal 2002).