

Redactioneel

Nieuwe thema's en samenwerkingsvormen

Een bulletin met nieuwe thema's en actuele vormen van samenwerking.

Allereerst het samenwerkingsproject de Gewichtige Vakleerkracht, dat draait om het in een vroeg stadium signaleren van ongezond gewicht bij Haagse schoolkinderen. Spil van het project vormen de vakleerkrachten lichamelijke opvoeding op basisscholen. Geen jeugdarts die weegt en meet, maar een docent lichamelijke opvoeding. Het artikel beschrijft de toegevoegde waarde van het project en mogelijkheden tot verbetering. Behalve kennis van ongezond gewicht is een besef van noodzaak tot gedragsverandering nodig, te beginnen bij de ouders. Ook naar hen is geluisterd.

Aandacht voor risicovol internetgebruik is van recente datum, ook in onderzoektechnische zin. De onderzoekers concluderen op basis van hun exploratieve onderzoek onder scholieren, ouders en leerkrachten dat er reden is tot zorg.

Maatschappelijk gezien een interessant thema. Stel uzelf de vraag: kunt u zonder internet? hoeveel uur per dag/week zit u op 'het net'? wordt u onrustig wanneer u niet uw mailbox heeft bekeken? Internetgebruik is zo ingeburgerd dat we ons niet meer de vraag stellen of het ook gezondheidsrisico's met zich meebrengt. Wanneer echter sprake is van controleverlies en onthoudingsverschijnselen, is waakzaamheid geboden.

Nader onderzoek blijft nodig vinden de onderzoekers, maar de resultaten van dit onderzoek geven aan dat het nu al zinvol lijkt internetgebruik als thema op te nemen in het schoolprogramma 'De Gezonde School en Genotmiddelen'.

Het artikel over 'de Pompstationsweg' beschrijft een niet alledaags onderwerp: de psychiatrische zorg in het Penitentiair Complex Scheveningen. Hoe is die georganiseerd, welke en hoeveel psychiatrische diagnoses zijn daar in 2007 gesteld? Men vermoedt onderdiagnostiek van psychiatrische problematiek bij gedetineerden. In dat verband is het van belang hoe vanuit de Dienst Justitiële Inrichtingen en de geestelijke gezondheidszorg het werken in de keten wordt gefaciliteerd. Ook het door de auteurs voorgestelde gemeenschappelijk elektronisch patiëntendossier speelt hier een rol.

Tussen de reguliere geestelijke gezondheidszorg en de forensische psychiatrie zien we een nieuwe en steeds hechtere samenwerking ontstaan, die de zorg voor de gedetineerde patiënt belangrijk kan verbeteren.

Ten slotte het dagboek van een casemanager in een psychogeriatrisch team. Zij laat de dagelijkse praktijk zien van de zorg voor dementerenden in Den Haag: iedere dag balanceren tussen de draagkracht van verzorgenden en de wens van de dementerende, die maar al te vaak de geboden zorg mijdt.

De evaluatie van de Gewichtige Vakleerkracht, een project om ongezond gewicht bij Haagse schoolkinderen vroeg te signaleren

I.M. van der Meer, M.M. van Iterson, H.S. van Leeuwen

Overgewicht is een groot probleem voor de volksgezondheid, zowel bij volwassenen als bij jeugdigen. Het is al eerder beschreven in het Epidemiologisch bulletin: overgewicht komt ook onder de Haagse jeugd veel voor (1)(2). Daarom is in Den Haag het actieprogramma 'Gezond Gewicht' gestart (3). Doel van dit programma is het percentage kinderen in Den Haag met een ongezond gewicht in ieder geval niet verder te laten toenemen. Een ongezond gewicht kan ondergewicht, overgewicht of obesitas (ernstig overgewicht) inhouden (zie het kader Gezond of ongezond gewicht op pagina 3). Het actieprogramma is gestart op 1 februari 2006 en heeft in beginsel een looptijd van vier jaar. Het bestaat uit drie sporen: preventie, vroegsignalering en begeleiding¹.

Voor de vroegsignalering is er het project de Gewichtige Vakleerkracht, dat in het schooljaar 2006/2007 van start ging. Onderstaand artikel doet verslag van dit project, dat is geëvalueerd door de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag.

De Gewichtige Vakleerkracht

In Den Haag worden jeugdigen op 5-, 10- en 14-jarige leeftijd onderzocht door de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Dit is het periodiek geneeskundig onderzoek of PGO. Het interval van vier, vijf jaar is echter te groot om de vinger aan de pols te kunnen houden in het kader van ongezond gewicht. Voor het project 'De Gewichtige Vakleerkracht' meten de vakleerkrachten lichamelijke opvoeding van de deelnemende Haagse basisscholen *jaarlijks* de lengte en het gewicht van hun leerlingen, en voeren de gegevens in in een leerlingvolgsysteem (LVS). Op deze manier kan in een vroeger stadium worden gesignaleerd of een kind een ongezond gewicht heeft.

In het project krijgen de vakleerkrachten lichamelijke opvoeding van basisscholen gemiddeld één uur per week voor:

- het meten en wegen van de leerlingen;
- het invoeren van de gegevens in een leerlingvolgsysteem;

- het informeren van de ouders en bij ongezond gewicht doorverwijzen naar de JGZ;
- het volgen van bijscholingen met betrekking tot overgewicht;
- activiteiten in breder schoolverband en/of het organiseren van een voorlichtingsbijeenkomst over gezonde leefstijl.

Het project is gestart in het schooljaar 2006/2007. Het eerste schooljaar deden 23 scholen uit wijken met een gezondheidsachterstand mee aan de Gewichtige Vakleerkracht. Het tweede jaar was het aantal deelnemende scholen uitgebreid tot 48, dat jaar konden scholen met onderwijsachterstanden meedoen, ongeacht of ze in een achterstandswijk staan.

Om kinderen met ongezond gewicht te kunnen doorverwijzen naar de JGZ is toestemming nodig van de ouders. Alle ouders ontvangen daarom een brief waarmee ze geïnformeerd worden over de gewichtstatus van hun kind. Ouders van kinderen met ongezond gewicht die in groep 4 of 8 zitten, krijgen

Over de auteurs:

Ir. I.M. van der Meer, epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie; drs. H.S. van Leeuwen, projectleider overgewicht, afdeling Gezondheidsbevordering, beiden werkzaam bij de GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, Den Haag; M.M. van Iterson, projectleider Gewichtige Vakleerkracht, Academie voor Sportstudies, Haagse Hogeschool, Den Haag. E-mail: i.vandermeer@ocw.denhaag.nl.

¹ Zie ook de website: www.welzozegond.nl/gezondgewicht



Streven van het programma is dat het percentage kinderen met ongezond gewicht niet verder toeneemt

Gezond of ongezond gewicht

Om te bepalen of een volwassene een (on)gezond gewicht heeft wordt het gewicht in kilogrammen gedeeld door het kwadraat van de lengte in centimeters (kg/m^2), dit is de Quetelet Index (QI) of Body Mass Index (BMI). De QI of BMI wordt vergeleken met afkappunten, waarbij bijvoorbeeld een waarde tussen de 25 en 30 betekent dat iemand overgewicht heeft. De lengte-gewicht-verhouding is voor kinderen echter anders, waardoor de afkappunten voor hen ook anders zijn. Voor kinderen zijn er per geslacht en per leeftijd (met een nauwkeurigheid van een half jaar) afkappunten vastgesteld. Deze afkappunten staan op de website: http://www.gewichtigevakleerkracht.nl/static/pdf/afkappunten_bmi.pdf

Afkappunten zouden moeten variëren per etnische groep. Zo hebben Hindostanen al bij lagere BMI-waarden overgewicht, vanwege een andere lichaamsamenstelling. In dit project zijn alle kinderen vergeleken met de afkapwaarden voor Kaukasische kinderen, enerzijds omdat de etniciteit niet wordt ingevoerd door de Vakleerkrachten, anderzijds omdat er onvoldoende etnisch-specifieke afkappunten zijn.

het verzoek op school langs te komen voor een individueel gesprek. In dit gesprek worden zij geïnformeerd over het ongezonde gewicht van hun kind en gestimuleerd het reeds bestaande formulier 'Aanvraag onderzoek/advies' (AO-formulier) van de JGZ te ondertekenen. Hierna worden kinderen en ouders opgeroepen voor een afspraak bij de JGZ. Eenmaal bij de JGZ zijn zij van het spoor 'vroegsignalering' van het actieprogramma Gezond Gewicht doorgestroomd naar het spoor 'begeleiding'.

Evaluatie

De Gewichtige Vakleerkracht is geëvalueerd door de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag. Doel van de evaluatie was inzicht te krijgen in het aantal kinderen dat extra bij de JGZ kwam vanwege het project Gewichtige Vakleerkracht (effectevaluatie op doorverwijzing), en tevens inzicht te krijgen in de beleving van ouders (hoe ouders het project ervaren en hoe het volgens hen verbeterd zou kunnen worden). Voor het project was geen doel gesteld in de zin van het aantal kinderen dat extra bij de JGZ zou moeten verschijnen ten opzichte van het aantal kinderen dat vóór het project bij de JGZ verscheen, om het project al dan niet geslaagd te noemen. Om meer grip te krijgen op het effect van het project is

Tabel 1.

Aantal metingen¹ per gewichtscategorie naar geslacht en geboortjaar, van kinderen in het project de Gewichtige Vakleerkracht, schooljaren 2006-2007 en 2007-2008.

	Ondergewicht	Normaal gewicht	Overgewicht	Obesitas	Totaal per rij ¹
<i>Geslacht</i>					
Jongens	587 (9%)*	4.337(64%)*	1.314 (19%)	568 (8%)	6.806
Meisjes	1.000 (14%)*	4.042(57%)*	1.396 (20%)	616 (9%)	7.054
<i>Geboortjaar</i>					
2000-2003	958 (18%)*	3.232 (60%)	783(15%)*	439 (8%)	5.412
1997-1999	411 (8%)*	3.126 (61%)	1.137(22%)*	447 (9%)	5.121
1992-1996	218 (7%)*	2.021 (61%)	790(24%)*	298 (9%)	3.327
Totaal per kolom	1.587 (12%)	8.379 (61%)	2.710 (20%)	1.184 (9%)	13.860

¹ Per schooljaar was er maximaal één meting per kind. Omdat een aantal kinderen in beide schooljaren gemeten is, zijn er niet in totaal 13.860 unieke kinderen gemeten.

* Significant ($p < 0,05$) verschillend ten opzichte van totaal per kolom.

meer inzicht in deze aantallen wel gewenst. Voor inzicht in de doorverwijzingen is een kwantitatief onderzoek uitgevoerd met gegevens van de eerste twee jaren van het project (schooljaren 2006-2007 en 2007-2008) en het jaar voordat het project liep (schooljaar 2005-2006).

De ervaringen van de ouders zijn bedoeld om het project procesmatig te kunnen verbeteren, zodat het zich kan ontwikkelen tot een zo effectief mogelijke manier van vroegsignalering op basisscholen. Voor inzicht in de ervaringen en verbeteropties van ouders is tijdens het eerste jaar (schooljaar 2006-2007) een kwalitatief onderzoek uitgevoerd.

Inzicht in de doorverwijzingen: kwantitatieve evaluatie

De kwantitatieve evaluatie omvatte de volgende onderzoeksvragen:

- Is er een toename van het aantal kinderen dat via een Aanvraag Onderzoek/advies bij de JGZ terecht komt?
- Wat zijn kenmerken (geslacht, leeftijd, BMI-categorie) van de kinderen in de verschillende fasen van het project?

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen is gebruik gemaakt van gegevens uit het leerlingvolgsysteem (LVS), waarin vakleerkrachten lichamelijke opvoeding de lengte- en gewichtgegevens van de gemeten leerlingen registreren. Daarnaast is gebruik gemaakt van gegevens uit het elektronisch kinddossier (EKD) van de JGZ. Er is aan de ouders van kinderen die werden gemeten en gewogen geen toestemming gevraagd om de gegevens van hun kind in het LVS en het EKD voor onderzoek te gebruiken. Daarom zijn relevante gegevens uit het LVS en het EKD anoniem

opgevraagd, en was analyse op individueel niveau niet mogelijk.

In het EKD staat niet geregistreerd of een kind via het project De Gewichtige Vakleerkracht bij de JGZ is gekomen. Daarom is uit het EKD een selectie gemaakt van alle kinderen voor wie 1) de aanleiding van de oproep voor het consult een Aanvraag Onderzoek/advies was of een verzoek van ouder of school (dus niet in het kader van het standaard PGO), en 2) bij wie de afspraak bij de JGZ in verband was met ondergewicht (groei en rijping) of overgewicht/obesitas (onderzoek op indicatie overgewicht). Omdat het AO-formulier al bestond en werd gebruikt, zijn niet al deze kinderen via het project de Gewichtige Vakleerkracht bij de JGZ gekomen. Daarom is ook gekeken hoeveel kinderen in het jaar voordat het project liep op deze manier en met deze reden in het EKD-bestand zaten (nulmeting). Onze aanname hierbij is dat dit aantal met de jaren gelijk zal blijven en dat het verschil met de aantallen in de jaren dat het project plaats vond, de verdiensten van het project is. Of het aantal kinderen dat via een AO-formulier vanwege een ongezond gewicht kwam met de jaren gelijk bleef, kon worden getoetst doordat een deel van de scholen in het tweede schooljaar (2007-2008) voor het eerst meedeed. Voor deze scholen zijn er in feite twee nulmetingen, het jaar vóór het project (2005-2006) en het eerste jaar van het project (2006-2007), waardoor het aantal kinderen dat via een AO-formulier vanwege ongezond gewicht naar de JGZ kwam, van beide jaren met elkaar kon worden vergeleken, zonder de invloed van het project De Gewichtige Vakleerkracht.

In totaal zijn er in het eerste schooljaar (2006-2007), toen er 23 scholen meededen, 4.386 kinderen gemeten en gewogen. In het tweede schooljaar, toen er 48 scholen meededen, zijn er 9.474 kinderen gemeten en gewogen. In tabel 1 staan de aantallen gemeten kinderen per geslacht, geboortjaar en gewichtscategorie. Ondergewicht is relatief vaker gemeten bij meisjes en de jongste kinderen (geboren in 2000-2003), normaal gewicht is relatief vaker gemeten bij jongens, overgewicht relatief vaker bij de oudere kinderen (geboortejaren 1992-1999).

Van de metingen bleek 61% in de categorie normaal gewicht te vallen, 39% ($\approx 2/5$) van de metingen bleek een ongezond gewicht (ondergewicht, overgewicht of obesitas) te hebben. Deze percentages zijn niet representatief voor heel Den Haag, vanwege de selectie van scholen in achterstandswijken of achterstandsscholen.

In tabel 2 staan de aantallen kinderen die per schooljaar bij de JGZ zijn verschenen via een AO-formulier vanwege een ongezond gewicht. De aantallen zijn gesplitst naar de scholen die in beide jaren en de scholen die alleen in het tweede jaar deelnamen aan het project. In de kolom '2005-2006, nulmeting' staat het aantal kinderen dat via een AO-formulier vanwege ongezond gewicht bij de JGZ is verschenen in het jaar voordat het project De Gewichtige Vakleerkracht van start ging. Dit is het aantal waarvan onze aanname was dat het met de jaren gelijk zou blijven, zodat het (eventuele) verschil de verdienste van het project zal zijn. Het aantal kinderen van de 25 scholen die alleen in het tweede jaar (2007-2008) deelnamen en het aantal kinderen dat in het eerste schooljaar (2006-2007) bij de JGZ is verschenen, is ongeveer gelijk gebleven (+1). Dit komt overeen met onze aanname. Van de 23 scholen die beide jaren deelnamen, zijn er

in het eerste projectjaar (2006-2007) 186 kinderen extra bij de JGZ verschenen. In het tweede jaar waren de aantallen extra kinderen bij de JGZ kleiner (+ 59). Dit kan het gevolg zijn van een veranderde werkwijze van het project. In het eerste jaar werden alle ouders nog mondeling (via een individueel gesprek en op een aantal scholen via een groepsbijeenkomst) geïnformeerd over het ongezonde gewicht van hun kind, terwijl in het tweede jaar -vanwege de onhaalbaarheid- alleen de ouders van kinderen in de groepen 4 en 8 hier mondeling over werden geïnformeerd (allen via individuele gesprekken). De ouders van kinderen met een ongezond gewicht uit de andere groepen (1-3 en 5-7) werden in het tweede jaar wél geïnformeerd over het ongezonde gewicht, maar het feit dat dit niet meer mondeling maar schriftelijk gebeurde (via een brief) kan de oorzaak zijn van het geringere aantal verschenen kinderen.

In tabel 3 staat het aantal kinderen weergegeven dat extra (dat is ten opzichte van de nulmeting) bij de JGZ is verschenen vanwege ongezond gewicht, per schooljaar, geslacht, geboortjaar en gewichtscategorie. In deze tabel is ook weergegeven hoe vaak in deze categorieën ongezond gewicht is gemeten. In de laatste kolom van de tabel staat in percentages de verhouding tussen deze twee aantallen. In totaal is een aantal ter grootte van 5% van het aantal gemeten kinderen met ongezond gewicht extra bij de JGZ verschenen. Het gaat dus uitdrukkelijk niet over een stijging van 5% in het aantal kinderen dat bij de JGZ is verschenen.² Het percentage is berekend om de aantallen kinderen dat per subgroep extra bij de JGZ kwam, met elkaar te kunnen vergelijken. Zoals uit tabel 2 al bleek, zijn er in het eerste schooljaar 186 kinderen extra bij de JGZ verschenen en in het

Tabel 2.

Aantal kinderen dat bij de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is verschenen via een AO-formulier vanwege ongezond gewicht.

	2005-2006 Nulmeting	2006-2007 ² eerste jaar	2007-2008 ³ tweede jaar
<i>23 scholen die beide jaren deelnamen</i>			
Verschenen bij JGZ	55	241	114
Verschil met nulmeting		+ 186	+ 59
<i>25 scholen die alleen tweede jaar (2007-2008) deelnamen</i>			
Verschenen bij JGZ	63	64	103
Verschil met nulmeting		+ 1	+ 40

² In dit jaar werden ouders van alle kinderen met ongezond gewicht mondeling (individueel gesprek of groepsbijeenkomst) geïnformeerd over de gewichtstatus van hun kind, met het advies het formulier Aanvraag Onderzoek/advies te ondertekenen.

³ In dit jaar werden alleen ouders van kinderen met ongezond gewicht in de groepen 4 en 8 mondeling (individueel gesprek) geïnformeerd over de gewichtstatus van hun kind, met het advies het AO-formulier (Aanvraag Onderzoek/advies) te ondertekenen; de overige ouders ontvingen een brief met deze informatie.

Tabel 3.

Aantal metingen van ongezond gewicht in het project de Gewichtige Vakleerkracht en het aantal kinderen dat extra bij de JGZ is verschenen (t.o.v. nulmeting), per schooljaar, geslacht, leeftijdscategorie (geboortejaren) en gewichtscategorie.

	Ongezond gewicht	Verschenen t.o.v. nulmeting	Verschenen/ongezond gewicht
<i>Per schooljaar</i>			
2006-2007	1.787	+ 186	10%
2007-2008	3.694	+ 99	3%
<i>Per geslacht</i>			
Jongens	2.469	+ 123	5%
Meisjes	3.012	+ 162	5%
<i>Per geboortejaar, selectie schooljaar 2006-2007¹</i>			
2000 t/m 2003	410	+ 29	7%
1997 t/m 1999	718	+ 68	9%
1992 t/m 1996	659	+ 89	14%
<i>Per geboortejaar, selectie schooljaar 2007-2008¹</i>			
2000 t/m 2003	1.770	+ 50	3%
1997 t/m 1999	1.277	+ 32	3%
1992 t/m 1996	647	+ 17	3%
<i>Per gewichtscategorie</i>			
Ondergewicht	1.587	+ 18	1%
Normaal gewicht ²	-	+ 8	-
Overgewicht	2.710	+ 169	6%
Obesitas	1.184	+ 90	8%
Totaal	5.481	+ 285	5%

¹ De indeling naar geboortejaar is alleen per schooljaar gepresenteerd, omdat het aantal mondeling geïnformeerde ouders in het tweede schooljaar (2007-2008) afhankelijk was van de groep waarin het kind zat (4 en 8) en dit samenhangt met de leeftijd/het geboortejaar.

² Het kwam voor dat de gewichtstatus volgens het EKD normaal was, terwijl een kind wel vanwege een aan ongezond gewicht gerelateerd consult (groei en rijping of onderzoek op indicatie overgewicht) bij de JGZ was.

tweede schooljaar 99 (59+40). Uit tabel 3 blijkt dat dit relatief 10% (eerste schooljaar) en 3% (tweede schooljaar) is ten opzichte van het aantal keren dat een ongezond gewicht gemeten is.

Over beide schooljaren was er zowel van de jongens als van de meisjes een aantal ter grootte van 5% van het aantal gemeten kinderen met ongezond gewicht extra bij de JGZ verschenen, vanwege het ongezonde gewicht. Per geboortejaar lijkt het er in het eerste schooljaar op dat er een stijging is in de percentages naarmate de kinderen ouder worden. Dit wordt niet gezien in het tweede schooljaar, waar je juist een verschil zou verwachten omdat alleen de kinderen in de groepen 4 en 8 mondeling worden geadviseerd. Dat er vooral kinderen met overgewicht (6%) en obesitas (8%) extra bij de JGZ verschenen, en slechts

een aantal ter grootte van 1% van het aantal metingen met ondergewicht, kan te maken hebben met de afkappunten van het LVS. Tijdens de analyse bleken de afkappunten voor ondergewicht veel te streng te zijn afgesteld, waardoor het LVS de meeste kinderen met ondergewicht niet als zodanig herkent, en de ouders niet het advies gekregen hebben de Aanvraag Onderzoek/advies te ondertekenen.

Inzicht in ervaringen en verbeteropties: kwalitatieve evaluatie

De kwalitatieve evaluatie (in dit geval de interviews) is alleen uitgevoerd in het schooljaar 2006-2007, het eerste jaar van het project Gewichtige Vakleerkracht³. In dit jaar werden alle ouders van kinderen met ongezond gewicht mondeling geïnformeerd over het

² Voor het percentage kinderen dat extra bij de JGZ is verschenen zou de 285 gedeeld moeten worden door het totaal aantal kinderen dat met ongezond gewicht bij de JGZ verschijnt, niet door het totaal aantal kinderen dat op scholen gesignaleerd wordt met ongezond gewicht; die berekening is hier echter niet relevant.

³ Zie ook de uitgebreide rapportage op www.gewichtigevakleerkracht.nl onder projectinformatie, ondersteuning: Resultaten van interviews ouders van kinderen met overgewicht, procesevaluatie 'meten en wegen'.

eventuele ongezonde gewicht (dus niet alleen ouders van kinderen in de groepen 4 en 8, zoals in het tweede jaar). Op de meeste scholen vond de mondelinge overdracht plaats via individuele gesprekken. Op een aantal scholen was dit niet haalbaar en is ervoor gekozen de ouders te informeren via groepsbijeenkomsten. Deze kwalitatieve evaluatie vond zowel op scholen met individuele gesprekken als op scholen met groepsbijeenkomsten plaats.

Er is voor gekozen om de kwalitatieve evaluatie te beperken tot ouders van kinderen met overgewicht en obesitas, omdat 1) de beleving van ouders (ten opzichte van het project) van kinderen met ondergewicht anders zou kunnen zijn dan ouders van kinderen met overgewicht of obesitas en 2) overgewicht en obesitas vaker voorkomen dan ondergewicht. De evaluatie omvatte de volgende onderzoeksvragen:

- Wat is voor ouders van kinderen met overgewicht de reden om wel of niet de Aanvraag Onderzoek/advies te ondertekenen?
- Hoe ervaren zij (de onderdelen van) het project?
- Hoe zou het project verbeterd kunnen worden?

Om deze vragen te beantwoorden zijn interviews gehouden met ouders of verzorgenden van kinderen bij wie overgewicht of obesitas is gesignaleerd. Een aantal scholen bood de interviewer de mogelijkheid om aanwezig te zijn bij de individuele gesprekken (indien de ouder geen bezwaar had) of bijeenkomsten waar de ouders geïnformeerd werden over het overgewicht en hen gevraagd werd het formulier 'Aanvraag Onderzoek/advies' van de JGZ te ondertekenen. Na afloop van het gesprek of de bijeenkomst werd de ouders gevraagd om mee te werken aan het onderzoek. Indien de ouder dit wilde werd een afspraak gemaakt voor het houden van een interview. De ouder werd thuis geïnterviewd. De ouders die het formulier 'Aanvraag Onderzoek/advies' hadden ondertekend zijn later nogmaals benaderd voor een tweede gesprek, om te horen of ze bij de JGZ waren geweest.

In totaal zijn 22 ouders geïnterviewd, waarvan de ouders die het formulier hadden ondertekend nogmaals zijn benaderd voor een vervolginterview om te achterhalen of ze daadwerkelijk bij de JGZ waren geweest. Meestal was de geïnterviewde een vader of een moeder, in één geval iemand anders die de voogdij had. In het vervolg zal gesproken worden over ouder, daarmee worden alle 22 geïnterviewden bedoeld. In zes gevallen werd het interview tevens gehouden met iemand anders, bijvoorbeeld een ander



Ongezonder gewicht vormt een belangrijk gezondheidsrisico

kind dat hielp in verband met de vertaling. Tien van de 22 kinderen om wie het ging waren jongen, twaalf meisje. De kinderen varieerden in leeftijd van zes tot elf jaar. Bijna alle kinderen hadden een niet-Nederlandse etniciteit en waren van de tweede generatie. Zes kinderen hadden obesitas, zestien overgewicht.

Van de 22 geïnterviewde ouders hebben veertien het formulier wel ondertekend, en acht niet. Het formulier werd wel ondertekend, vanwege:

- het belang van het kind;
- het ervaren van negatieve gevolgen van het overgewicht;
- de zorgen die de ouders zich maken.

Het formulier werd niet ondertekend, omdat:

- het kind al in een overgewichtbegeleidingstraject zat of bijna een afspraak had met de JGZ;
- de ouders het eerst zelf wilden proberen;
- de ouders vinden dat je het toch zelf moet doen;
- ouders het overgewicht onderschatten of ontkennen.

Over het algemeen waren de geïnterviewde ouders positief over het project. Zij waren ook positief over

de onderdelen van het project, zoals de folder, het gesprek of de bijeenkomst en het meten en wegen tijdens de gymles. De personen die zich de folder nog konden herinneren, vonden die over het algemeen duidelijk en/of begrijpelijk.

Relatief meer ouders die het formulier niet ondertekenden hebben een individueel gesprek gehad. Dit kan betekenen dat het zinvol is om deze gesprekken in groepsvorm te doen, al meldde slechts één ouder dat hij/zij het formulier ondertekende omdat de anderen het ook deden. Echter, er zijn ook ouders die na een individueel gesprek het formulier wél hebben ondertekend. Daarnaast vormden de geïnterviewden geen representatieve groep, dus het kan toeval zijn geweest dat veel niet-ondertekenaars een individueel gesprek hebben gehad. De voorkeur van de meeste ouders ging uit naar een individueel gesprek, omdat het toch privé is. Van groepsbijeenkomsten werd regelmatig als voordeel genoemd dat tips en ervaringen konden worden uitgewisseld.

Over het algemeen vonden de meeste ouders hun kind 'iets te zwaar'. Ze gebruikten hierbij een verkleinwoord, wat kan worden geïnterpreteerd als het onderschatten van het overgewicht. De gemeten mate van overgewicht (overgewicht of obesitas) kwam niet overeen met de inschatting 'iets te zwaar' of 'te zwaar' van de ouders. Zowel ouders van kinderen met overgewicht als die van kinderen met obesitas spraken vaak in termen als 'iets te zwaar' als het om het gewicht van hun kind ging. De ouders die hun kind 'te zwaar' vonden, dus zonder verklein woord, hebben het formulier meestal ondertekend.

Dertien van de veertien ouders die het formulier hebben ondertekend, zijn bij de JGZ geweest. Van de ander is dit onbekend omdat deze niet meer bereikt kon worden.

Tijdens de tweede gesprekken en bij de beoordeling van het project tijdens het interview gaven de ouders de volgende tips ter verbetering:

- vaker meten en wegen per jaar;
- meer bijeenkomsten/voorlichtingen, bijvoorbeeld ook buiten scholen om;
- gevolgen beter benadrukken, zowel gezondheid, pesten als kledingmaat (kleding kopen);
- meer sturen dan informeren;
- richten op kinderen met obesitas.

Bespreking

Kwantitatieve evaluatie

In totaal zijn er in beide schooljaren 285 kinderen extra bij de JGZ verschenen. Doordat de gegevens in het LVS en EKD niet op individueel niveau aan elkaar gekoppeld konden worden, is niet exact bekend hoeveel kinderen er via de Gewichtige Vakleerkracht bij de JGZ (begeleiding) terecht zijn gekomen. Het aantal kinderen dat extra bij de JGZ is verschenen ten opzichte van het aantal gemeten ongezonde gewichten was relatief het grootst (10%) in het eerste schooljaar, toen alle ouders van kinderen met een ongezond gewicht mondeling geïnformeerd werden over het ongezonde gewicht. In het tweede jaar werden alleen de ouders van kinderen met ongezond gewicht uit de groepen 4 en 8 hier mondeling over geïnformeerd. In dat jaar verscheen een aantal ter grootte van 3% van het aantal gemeten kinderen met ongezond gewicht extra bij de JGZ. Hier zou mee kunnen spelen dat kinderen die in het eerste jaar ongezond gewicht bleken te hebben, grotendeels dezelfde kinderen zijn als die van dezelfde 23 scholen die in het tweede jaar ongezond gewicht bleken te hebben. Dit omdat het niet reëel is er vanuit te gaan dat het ongezonde gewicht van het merendeel in één jaar zou zijn getransformeerd in een gezond gewicht, terwijl van veel anderen het gezonde gewicht ongezond gewicht zou zijn geworden. Deze kinderen, die in het tweede jaar opnieuw een ongezond gewicht bleken te hebben, kunnen in het eerste jaar al zijn verwezen naar de JGZ en hoeven in het tweede jaar niet opnieuw naar de JGZ te gaan. De kans dat dit de reden is voor het kleinere aantal kinderen dat extra bij de JGZ verscheen, is niet groot, omdat het percentage van de 23 scholen die beide jaren deelnamen (en bij wie dit het geval kan zijn) in het tweede jaar ongeveer gelijk is aan dat van de 25 scholen die alleen het tweede jaar deelnamen.

Er is niet van tevoren vastgesteld bij welk (relatieve) aantal-extra-kinderen-bij-de-JGZ het project al dan niet geslaagd zou worden genoemd. Wel is duidelijk dat de genoemde percentages géén 100% hoeven te zijn. Immers, het aantal kinderen van dezelfde scholen dat in verband met hun ongezonde gewicht buiten de Gewichtige Vakleerkracht om bij de JGZ terecht komt, hoeft niet via de Gewichtige Vakleerkracht opnieuw naar de JGZ verwezen te worden. En zoals ook uit de kwalitatieve evaluatie bleek, sommige kinderen waren al in zorg bij andere hulpverleners dan de JGZ, of ouders wilden het eerst zelf proberen. Dit zijn legitieme redenen om niet naar de JGZ te gaan. Als de kinderen het jaar erna opnieuw gemeten

en gewogen worden, kan worden gesignaleerd of de eigen aanpak ook succesvol is. Zo niet, dan kunnen de ouders en kinderen mogelijk alsnog worden gemotiveerd om professionele hulp in de vorm van de JGZ te accepteren.

Zoals eerder beschreven, zijn de gehanteerde afkappunten voor ondergewicht in het LVS heel streng, waardoor het LVS de meeste kinderen met ondergewicht niet als zodanig herkent en ze ook niet het advies gekregen de Aanvraag Onderzoek/advies te ondertekenen. Met de ontwerper van het LVS wordt overlegd wat de reden is van deze strenge grens en of de afkappunten kunnen worden aangepast.

Kwalitatieve evaluatie

Van de door de ouders genoemde opties ter verbetering moet worden gekeken naar de haalbaarheid. Tips over het vaker meten en wegen per jaar of (extra) bijeenkomsten/voorlichtingen moeten wel binnen de werkzaamheden van de uitvoerders passen. Van het beter benadrukken van de gevolgen moet worden bedacht dat deze methode ook zou kunnen leiden tot het afschrikken van de ouders, waardoor de boodschap juist niet over komt. Het richten op kinderen met obesitas staat haaks op de inzet van het project, om kinderen juist zo vroeg mogelijk, dus bij voorkeur bij minder ver gevorderd overgewicht, in een zorgtraject te krijgen. Daarnaast moet, bij alle acties, stigmatisering van de kinderen zoveel mogelijk worden voorkomen.

De voorkeur van de meeste ouders ging uit naar individuele gesprekken, die de meeste ouders al kregen en die sinds het tweede jaar (2007-2008) standaard zijn. Echter, omdat er ook voordelen werden genoemd van de groepsbijeenkomsten, en omdat mogelijk meer ouders geneigd zijn om het formulier te ondertekenen na een groepsbijeenkomst, is het wel zinvol de inzet van individuele gesprekken of groepsbijeenkomsten verder te verkennen. Dit door ook de ervaringen van de vakleerkrachten lichamelijke opvoeding mee te nemen, en te kijken naar de benodigde inzet (menskracht, ruimtes). Eventueel kan de behoefte van de ouders aan het uitwisselen van tips en ervaringen worden meegenomen in een bijeenkomst die later in het traject, bijvoorbeeld bij de JGZ, wordt gehouden.

Voor de kwalitatieve evaluatie zijn alleen interviews gehouden met ouders van kinderen met overgewicht/obesitas. Maar ook de uitvoerders van het project, in dit geval de vakleerkrachten lichamelijke opvoeding,

kunnen opties voor verbetering hebben. Toch is er niet voor gekozen hen te interviewen. Zij hebben met enige regelmaat contact met de projectleider en kunnen via die weg hun opmerkingen laten weten.

Kenmerkend aan dit soort kwalitatief onderzoek is dat er geen representatieve steekproef is. De resultaten kunnen daarom niet worden geëxtrapoleerd naar de totale doelgroep van het project. Dit betekent dat als de helft van de geïnterviewde ouders een bepaalde mening heeft, dit niet geïnterpreteerd kan worden als zou de helft van *alle* ouders van kinderen met geconstateerd overgewicht deze mening hebben. Het is waarschijnlijk dat er selectie heeft plaatsgevonden, doordat voornamelijk (alleen) de ouders die positief staan ten opzichte van het project, bereid zullen zijn geweest in te stemmen met de interviews. De meest negatieve ouders zijn wellicht al niet op gesprek of bij de bijeenkomst met de vakleerkracht lichamelijke opvoeding geweest, waardoor zij niet gevraagd konden worden aan dit onderzoek mee te werken.

Conclusie

Uit de kwantitatieve evaluatie concluderen wij dat de Gewichtige Vakleerkracht effect heeft: er zijn extra kinderen bij de JGZ verschenen, dus is er sprake van een toename waarvan wij aannemen dat dit de verdienste is van het project. Er is van tevoren geen doel vastgesteld over het aantal kinderen dat extra bij de JGZ moest verschijnen ten opzichte van het aantal kinderen dat zonder het project bij de JGZ verscheen, om het project al dan niet geslaagd te noemen. Wel was het project effectiever in het eerste jaar, toen alle ouders via een mondeling gesprek werden geïnformeerd over het ongezonde gewicht van hun kind. Ter verbetering van het project zijn uit de kwalitatieve evaluatie wat opties gekomen, maar het is afhankelijk van allerlei andere factoren (haalbaarheid, wenselijkheid) of de opties ook overgenomen kunnen worden in het project. Daarbij zouden ook verbeteropties van andere partijen meegenomen moeten worden, zoals ervaringen van de Gewichtige Vakleerkrachten, de projectleiding en andere betrokkenen.

Met dank aan:

- Thijs Houtenbos voor het aanleveren van gegevens uit het leerlingvolgsysteem van de scholen.
- Ron Smit voor het aanleveren van gegevens uit het elektronisch kinddossier van de Jeugdgezondheidszorg.
- Dennis Veerhoek voor het houden van alle interviews met ouders/verzorgenden, en het uitwerken

- van deze interviews. Dennis heeft dit gedaan in het kader van zijn studie aan de Open Universiteit.
- De Gewichtige Vakleerkrachten van de scholen waar Dennis ouders mocht werven voor dit onderzoek. Vanwege de privacy van de deelnemende ouders is ervoor gekozen de scholen niet bij naam te noemen.
 - De ouders die bereid waren aan dit onderzoek mee te werken, door één of twee interviews te geven.

Literatuur

- 1 de Wilde JA, Middelkoop BJC, van Buuren S, Verkerk PH. Overgewicht bij Haagse schoolkinderen. *Epidemiologisch bulletin* 2003;38(4):12-23.
- 2 de Wilde JA, Middelkoop BJC, van Dommelen P, Verkerk PH. Overgewicht bij Haagse schoolkinderen. Een trendanalyse van 1999 tot en met 2007. *Epidemiologisch bulletin* 2008;43(4):37-46.
- 3 van Leeuwen HS, Burger I, Kuipers ECC, Houdijk ECAM. Actie tegen overgewicht. *Epidemiologisch bulletin* 2007;42(1):20-25.

Risicovol internetgebruik bij Haagse schoolgaande jongeren Een exploratief onderzoek

M.R. Lourido Ferreira, H. Wansink en M. Smits

Hoe lang zitten scholieren dagelijks op internet? Kunnen ze nog zonder? Beperkt het internetten hen in het onderhouden van hun sociale contacten? Waar ligt bij internetgebruik de grens tussen interessant, educatief en vormend, en dwangmatig of zelfs verslavend gedrag? Dergelijke vragen lagen ten grondslag aan het oriënterend onderzoek dat de afdeling Preventie van de Parnassia Bavo Groep heeft gehouden onder een groep Haagse scholieren. Onderstaand artikel bevat het relaas van het onderzoek, de doelgroep, methoden en resultaten.

Internet is inmiddels een nuttig en veelgebruikt communicatiemiddel voor jong en oud. Zeker jongeren kunnen niet meer zonder: voor school, voor de sociale contacten en vooral als populair tijdverdrijf. Dwangmatig gebruik van internet kan echter risico's met zich meebrengen, zoals slechte schoolprestaties, conflicten met ouders en ook lichamelijke klachten. In het kader van het verslavingspreventieaanbod op scholen - het programma 'De Gezonde School en Genotmiddelen' (DGSG¹) - had de afdeling Preventie van de Parnassia Bavo Groep behoefte aan actuele informatie over de aard en omvang van risicovol internetgebruik bij Haagse jongeren. De Gezonde School en Genotmiddelen is een integraal programma van voorlichting (lessen, ouderavonden), scholingsactiviteiten voor leerkrachten (gericht op het

signaleren en begeleiden van leerlingen met problematisch middelengebruik) en begeleiding van scholen bij het vormgeven van een actief beleid ten aanzien van roken, alcohol- en drugsgebruik. In dit programma is internetgebruik niet opgenomen. Om het terrein van internetgebruik te verkennen heeft de afdeling Preventie van de Parnassia Bavo Groep in 2008 een kleinschalig oriënterend onderzoek verricht naar risicovol internetgebruik onder Haagse jongeren en naar de noodzaak internetgebruik als nieuw thema op te nemen in het DGSG.

Achtergrond

Sinds de jaren negentig is veel onderzoek gedaan naar compulsief internetgebruik en internetverslaving, met name in de Verenigde Staten en Azië. Zo blijkt dat

(Over de auteurs:)

De auteurs zijn werkzaam bij de afdeling Preventie van de Parnassia Bavo Groep. Margarita Lourido is psycholoog/onderzoeker, Henny Wansink is psycholoog/onderzoekscoördinator. Mark Smits is programmaleider, onder andere voor verslavingspreventie en programma's voor scholen.

¹ zie www.dgsg.nl

17% van de Aziatische jongeren minstens vijf uur per dag op internet is (1). Uit het jaarlijkse monitoronderzoek van het Instituut voor Verslavingsonderzoek (IVO) komt naar voren dat in Nederland jongeren in 2008 gemiddeld ruim 14 uur per week op internet zijn. Het percentage compulsieve internetters in dit onderzoek was 3,2% (onder VMBO-leerlingen 4,1% en HAVO/VWO-leerlingen 2,1%) (2). Een Aziatische studie noemt een percentage van 5,4% (3).

Internetverslaving is geen officiële diagnose en als zodanig nog niet opgenomen als psychiatrische diagnose in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition (DSM-IV) (4). In wetenschappelijke kring is er discussie over het gebruik van de term internetverslaving. Een meer geaccepteerde term is compulsief internetgebruik. Compulsief internetgebruik wordt gekenmerkt door dagelijks excessief veel tijd doorbrengen op internet met negatieve gevolgen voor het persoonlijk functioneren. Onderzoekers hanteren verschillende grenswaarden voor excessief internetten, variërend van 3,5 tot 6 uur per dag. Compulsief wil zeggen: controleverlies, dwangmatig vasthouden aan dit gedrag ondanks de problemen die dat met zich meebrengt (1)(4)(5)(6). Compulsief internetgebruik gaat vaak gepaard met gevoelens van eenzaamheid, lage zelfwaardering en sociale angst (4), en met psychiatrische stoornissen zoals angst-, stemmings-, impulscontrole- stoornissen en drugsgebruik (7). Voor het meten van compulsief internetgebruik bestaan verschillende onderzoeksinstrumenten, zoals de screeningslijst van Young (1998) en de Compulsive Internet Use Scale (CIUS) van Meerkerk (2008) (8). Beide instrumenten zijn gebaseerd op de DSM-definitie van pathologisch gokken en hebben nagenoeg eenzelfde inhoud. De CIUS die het IVO gebruikt in haar jaarlijkse monitoronderzoek onder jongeren, bestaat uit 14 items. Deze betreffen pogingen om te stoppen, zorgen over eigen gebruik, commentaar van anderen, voorkeur voor internetten boven persoonlijke contacten, slaapttekort, preoccupatie met internet, verwaarlozen van dagelijkse taken en het gebruik van internet om negatieve gevoelens te ontvluchten. De lijst van Young bevat daarnaast ook criteria voor tolerantie/excessief gebruik. Deze lijst is ontwikkeld als hulpmiddel bij klinische beoordeling, de CIUS is ontwikkeld langs psychometrische weg.

Doelstelling onderzoek en methode

Dit exploratieve onderzoek (quick scan) had tot doel meer zicht te geven op:

- de omvang van compulsief internetgebruik bij Haagse middelbare scholieren;
- kenmerken van risicogroepen;
- behoefte aan informatie en preventieve activiteiten.

De onderzoeksgroep bestond uit leerlingen, ouders en leerkrachten van zes scholen waar de afdeling Preventie in het kader van het schoolpreventieprogramma DGSG in 2008 mee samenwerkte in Den Haag en omringende gemeenten. Deze onderzoeksgroep is geen representatieve steekproef voor de Haagse populatie, wel is getracht alle schooltypes en zowel 'witte' als 'gemengde' scholen te betrekken. Leerlingen uit klas vier vulden de enquête in tijdens een les. De groep docenten bestond uit mentoren en leerkrachten uit de bovenbouw. Docenten en leerlingen werden benaderd via de contactpersoon van de school. De ouders zijn door preventiemedewerkers van de afdeling Preventie geënquêteerd tijdens voorlichtingsavonden over alcohol en drugs.

De leerlingenenquête bestond uit vier delen:

- vragen over demografische kenmerken;
- een screeningsinstrument voor compulsief internetgebruik;
- vragen over risico- en beschermende factoren, die uit een literatuurreview naar voren kwamen;
- vragen over drugs- en alcoholgebruik.

De enquête voor ouders en leraren bestond eveneens uit vier onderdelen:

- demografische gegevens;
- vragen over persoonlijke ideeën over internetgebruik bij leerlingen;
- gesignaleerde problemen en zorgen;
- behoeften aan informatie.

Om het risico op compulsief internetgebruik te meten is een speciaal screeningsinstrument ontwikkeld (5). Belangrijke criteria daarin zijn: preoccupatie met internet, tolerantie (dat wil in dit verband zeggen: behoefte aan een duidelijk toenemende aantal uren op internet om een bepaald effect te bereiken), controleverlies, onthoudingsverschijnselen, problemen met persoonlijk functioneren met betrekking tot studie, werk of persoonlijke relaties, liegen over gebruik, en ontvluchten van problemen. Deze criteria hebben we geoperationaliseerd in de leerlingenenquête, zie tabel 1. Met betrekking tot tolerantie hanteren we een grens van 6 uur per dag internetgebruik voor plezier als criterium. Bij de andere criteria geldt een bevestigend antwoord als indicatie voor compulsief

Tabel 1.

Uitwerking van de criteria voor internetverslaving van Young (1998)(5).

Criteria voor internetverslaving	Vragen in de leerlingenenquête
1. Preoccupatie met internet	Denk je ook aan internet als je niet online bent?
2. Tolerantie	Ben je bang dat je wat mist als je niet online bent?
3. Controleverlies	Hoeveel uur op de dag gebruik je internet voor je plezier? Tot hoe laat blijf je 's avond online? (24.00 uur of later)
4. Onthoudingsverschijnselen	Vind je het moeilijk om te stoppen met internetten? Heb je wel eens geprobeerd om minder (vaak) te internetten?
5. Langer blijven op internet dan gepland	Voel je je onrustig of geïrriteerd als je minder probeert te internetten?
6. Problemen met persoonlijk functioneren met betrekking tot studie, werk of persoonlijke relaties	Hoe vaak blijf je langer op internet dan je vooraf plant? (vaak en bijna altijd) Heb je problemen met je familie/je vrienden door jouw internetten? Heb je problemen met je school/op je werk door jouw internetten?
7. Liegen over internetgedrag	Heb je wel eens gelogen tegen iemand, b.v. ouders of vrienden, om je internetgebruik te verbergen?
8. Ontsnappen aan problemen	Gebruik je internet om nare gevoelens of problemen even te vergeten?

gebruik. Bij personen die voldoen aan vijf of meer criteria is volgens Young sprake van internetverslaving. Wij hanteren in onze studie vanwege statistische/onderzoeksredenen een grens van vier criteria. Bovendien zijn we vanuit preventief oogpunt vooral geïnteresseerd in de kenmerken van de (ruimere) risicogroep voor compulsief internetgebruik.

Verschillen tussen de risicogroep (4 of meer criteria) en een laagrisicogroep (0 criteria) zijn exploratief onderzocht met chi-kwadrat toetsen.

Resultaten

De onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestond uit 604 respondenten: 329 leerlingen uit klas 4 (gemiddeld leeftijd 15,2 jaar), 234 (vooral autochtone²) ouders op ouderavonden en 41 docenten van drie 'witte' scholen en drie 'gemengde' scholen. De meerderheid van de leerlingen was van Nederlandse afkomst (54%), 18% was allochtoon (28% van de leerlingen beantwoordde de vraag over etniciteit niet).

Alle schoolniveaus waren vertegenwoordigd: 2% volgde Leerwegondersteunend onderwijs LWOO,

49% de beroepsgerichte leerweg (VMBO-BB en VMBO-K), 6% de theoretische en gemengde leerweg (VMBO-TL en VMBO-G), 31% HAVO en 9,4% VWO.

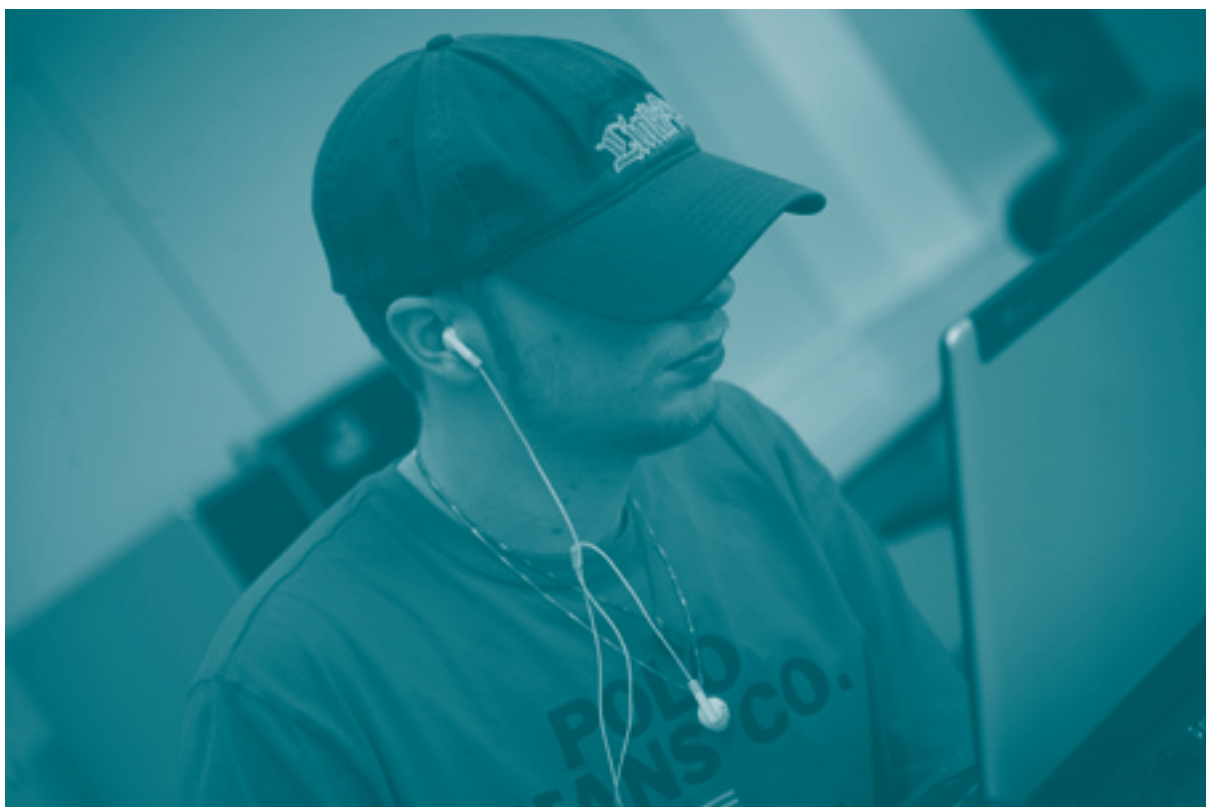
Hieronder komen eerst de kenmerken van de risicogroep aan bod zoals die naar voren kwamen uit het onderzoek bij de leerlingen, vervolgens laten we de uitkomsten zien van het onderzoek bij ouders en docenten.

Kenmerken van compulsief internetgebruik bij Haagse jongeren

Het risiconiveau van de geëncquêteerde leerlingen is weergegeven in tabel 2.



² 83% van de geëncquêteerde ouders is van Nederlandse afkomst.



Educatief of dwangmatig, waar ligt de grens?

De risicogroep (4 of meer criteria) bleek te bestaan uit 34 leerlingen (10,3%). De laagrisico groep (0 criteria) bestond uit 105 leerlingen. Bij 16 leerlingen (4,9%) was sprake van een verhoogd risico op internetverslaving volgens de definitie van Young (vijf of meer criteria). In de tekst duiden we die aan met de term hoogrisicogroep.

Figuur 1 toont een duidelijk (verwacht) verschil tussen de risicogroep en de laagrisicogroep in het aantal uren

dat men doorbrengt op internet. Van de hele onderzoeksgroep was 17,4% dagelijks meer dan 6 uur op internet. In de risicogroep was dit 56% en in de laagrisicogroep 7%.

Opvallend is dat de overige 44% van de risicogroep niet extreem veel tijd op internet was, maar wél veel andere verslavingskenmerken vertoonde. In tabel 3 staan de kenmerken van compulsief internetgebruik vermeld waarop de risicogroep zich onderscheidde

Tabel 2.

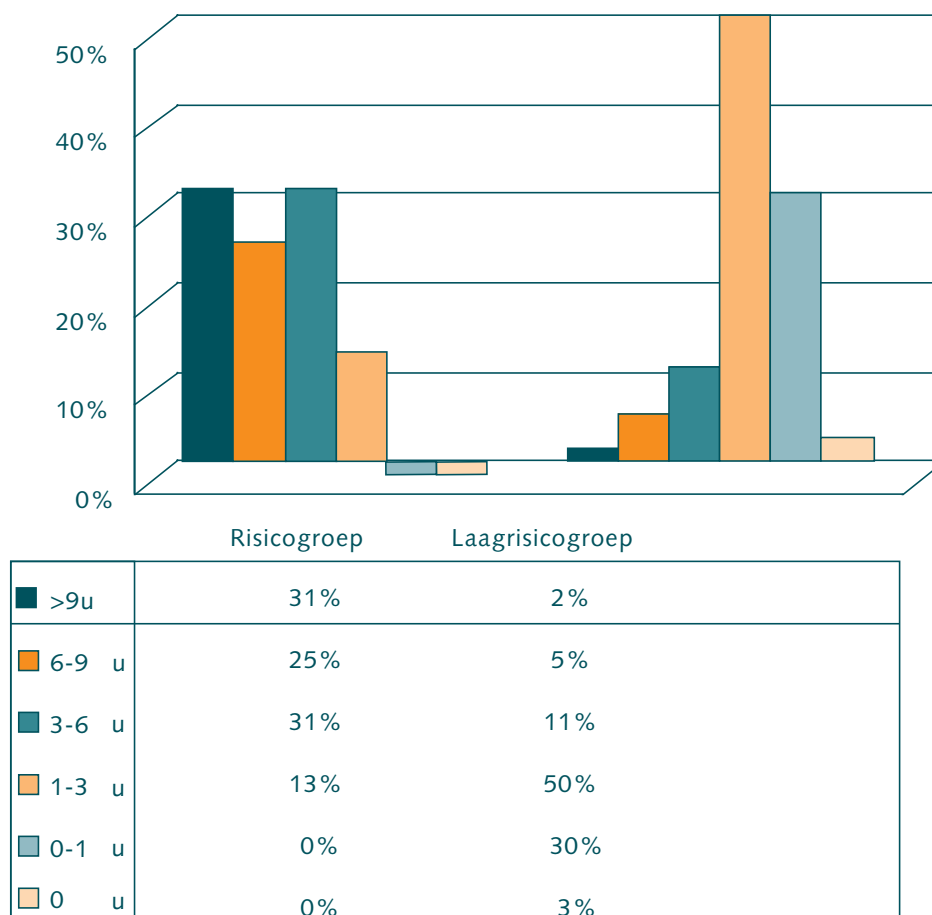
Risiconiveau van de geënquêteerde leerlingen op basis van het aantal criteria voor compulsief internetgebruik.

Den Haag e.o., 2008.

Aantal criteria	Frequentie	Percentage	Cumulatief percentage
8	1	.3	.3
7	1	.3	.6
6	3	.9	1.5
5	11	3.3	4.9
4	18	5.5	10.3
3	27	8.2	18.5
2	71	21.6	40.1
1	92	28.0	68.1
0	105	31.9	100.0
Totaal	329	100.0	

Figuur 1.

Tijd op internet (aantal uren per dag voor plezier) in de risicogroep en in de laagrisicogroep.
Den Haag e.o., 2008.

**Tabel 3.**

Risiconiveau van de geënquêteerde leerlingen op basis van het aantal criteria voor compulsief internetgebruik.
Den Haag e.o., 2008.

Criteria voor internetverslaving		Percentage in risicogroep N=34 (10,3%)	Percentage in laagrisicogroep N=105 (32%)
1. Preoccupatie met internet	Denken aan internet als zij niet online zijn	79%	0
	Zijn bang iets te missen als zij niet online zijn	82%	0
2. Tolerantie	Meer dan 6 uur per dag op internet voor plezier	46%	7%
	Online blijven tot 24.00 uur of later	48%	19%
3. Controleverlies	Vinden het moeilijk om te stoppen met internetten	79%	0
	Hebben wel eens geprobeerd om minder te internetten	55%	0
4. Onthoudingsverschijnselen	Onrustig of geïrriteerd bij pogingen minder te internetten	79%	0
5. Langer blijven op internet dan gepland	Blijven vaak langere tijd dan vooraf gepland	88%	0
6. Problemen met studie, werk of persoonlijke relaties	Hebben problemen met familie of vrienden door internetten	39%	0
	Hebben problemen met school of werk door internetten	21%	0
7. Liegen over internetgedrag	Hebben tegen iemand gelogen over hun eigen internetgedrag	23%	0
8. Ontsnappen aan problemen	Gebruiken internet om nare gevoelens of problemen te vergeten	41%	0

van de laagrisicogroep. Hieruit blijkt dat bijna 80% van de risicogroep geïnteresseerd was met internet en het moeilijk vond om het internetgedrag te stoppen; 39% had problemen met familie en vrienden, en 21% met school of werk door te veel internetten. Bijna een kwart had wel eens gelogen tegen iemand over het eigen internetgedrag.

Opvallende verschillen in gebruik van diensten, attitudes en gevoelens met betrekking tot internet en overige kenmerken staan in tabel 4. De risicogroep gebruikte vaker chats. Interactieve games en interactieve diensten, zoals open chats, hebben een groter risico op compulsief gebruik en op onveilige contacten met onbekenden (9) (10). Ook de attitudes en gevoelens van de risicogroep waren 'risicovoller' dan van de laagrisicogroep. Een flink deel (20%) vond internet leuker dan uitgaan en maakte op internet ook veel vrienden. De risicogroep voelde zich veel vaker prettig op internet: vrij, gesteund en geliefd. De hoogrisicogroep voelde zich bovendien ook vaak aantrekkelijk (niet weergegeven in tabel). Bijna tweederde van de risicogroep was bang dat het leven saai en stom wordt zonder internet. Verder bleek (niet in tabel opgenomen) er geen verschil tussen de risicogroep en de laagrisicogroep voor wat betreft drugsgebruik of schoolcijfers. Bij de hoogrisicogroep kwam echter wel meer drugsgebruik (hasj, xtc) voor, ook hadden leerlingen in de hoogrisicogroep vaker lage schoolcijfers en ontbrak het hen aan concrete plannen voor de toekomst.

Tot slot bleek er geen verschil in etniciteit, gezinsstructuur, onderwijsniveau en problemen thuis (niet opgenomen in tabel). Wel waren de jongste leeftijdsklassen oververtegenwoordigd in de risicogroep, evenals meisjes.

Tabel 4.

Kenmerken waarop de risicogroep zich onderscheidt van de laagrisicogroep. Den Haag e.o., 2008.

Profielkenmerk		Percentage in risicogroep N=34 (10,3%)	Percentage in laagrisicogroep N=105 (32%)
Internetdiensten	Dagelijks chatten met vrienden	94%	68%
Gevoelens online	Vrij/los	50%	28%
	Gesteund	37%	13%
	Geliefd	28%	19%
Attitudes en gevoelens met betrekking tot internet	Vinden internet leuker dan uitgaan	20%	7%
	Vinden het makkelijker vrienden te maken op internet	59%	35%
	Zijn bang dat hun leven zonder internet saai en stom wordt	62%	11%
Geslacht	Meisjes	65%	21%
Leeftijd	Jongste leeftijdsgroep	70%	50%

Problematisch internetgedrag volgens ouders en docenten en behoefte aan informatie

Van de ouders dacht 37% en van de docenten dacht 68% dat hun kind/sommige leerlingen te veel tijd aan internet besteden. De meest gesignaleerde problemen betroffen studiemotivatie, schoolprestaties, sociale vaardigheden en contacten. Driekwart van de ouders en 85% van de docenten had behoefte aan informatie over internetverslaving.

Conclusies

De uitkomsten van dit onderzoek geven reden tot zorg. Ruim 17% van de leerlingen in de onderzochte populatie blijft te lang op internet (meer dan 6 uur per dag). Rekeninghoudend met criteria voor internetverslaving behoort 10,3% tot een risicogroep en 4,9% tot een hoogrisicogroep. Deze 4,9% is hoger dan de 3,2% die naar voren kwam in het IVO onderzoek (4). Dit kan veroorzaakt zijn door gebruik van verschillende meetinstrumenten en een iets oudere leeftijdsgroep in het onderhavige onderzoek (vierdeklassers versus brugklassers). De belangrijkste signalen voor risico op internetverslaving zijn het hoge aantal uren op internet, preoccupatie met internet, gevoelens van controleverlies en onthoudingsverschijnselen. De risicogroep onderscheidt zich qua achtergrond en middelengebruik weinig van de laagrisicogroep, bij de hoogrisicogroep was wel sprake van meer middelengebruik en slechte schoolprestaties. Veel ouders en docenten hebben behoefte aan informatie over internetverslaving. Daarom lijkt het zinvol om internetten als thema op te nemen in DGSG (ouderavonden, docententraining en lesmodule).

Het onderzoek kent enkele methodologische beperkingen. De steekproef bestaat uit scholen die



meedoen aan het DGSG programma en is daardoor niet representatief voor de Haagse scholen, alleen voor scholen die meedoen aan DGSG. Ook zijn autochtone ouders oververtegenwoordigd (83% van de geënquêteerde ouders was van Nederlandse afkomst). Bij toekomstig onderzoek naar de prevalentie van compulsief internetgebruik bij Haagse jongeren is het belangrijk een meer representatieve steekproef te betrekken, met meer 'zwarte' scholen en allochtone ouders. Betrekken van allochtone ouders vraagt mogelijk ook andere wervingsmethoden (per telefoon of post in plaats van via de ouderavonden op school).

Ook zijn er beperkingen met betrekking tot de vragenlijsten. Gebruik van de voor de Nederlandse populatie ontwikkelde en gevalideerde CIUS was ten tijde van dit onderzoek nog niet mogelijk, maar lijkt bij vervolgonderzoek van belang. Daarbij moet ook worden gekeken naar betere methoden om het aantal uren per dag op internet te meten. Deze vraag bleek voor sommige leerlingen te moeilijk. Het zou beter zijn om naar de exacte tijden per dag te vragen in plaats naar de gemiddelde tijd per dag. Dat zou de betrouwbaarheid van dit gegeven kunnen vergroten. Verder onderzoek naar compulsief internetgebruik bij Haagse jongeren lijkt zinvol, evenals aansluiting bij het jaarlijkse IVO-onderzoek, omdat daarmee het gebruik jaarlijks kan worden gevolgd en ook vergelijking met landelijke cijfers mogelijk wordt.

Literatuur

1. Mythily S, Qiu S, Winslow M. Prevalence and correlates of excessive Internet use among youth in Singapore. *Annals of the Academy of Medicine*. Singapore 2008; 37(1): 9-14.
2. Rooij T van, Meerkerk G, Schoenmakers T, Eijnden R vd, Mheen Dvd. Factsheet: Ontwikkelingen in het internetgebruik van Nederlandse jongeren, Rotterdam: IVO 2008. <http://www.ivo.nl/UserFiles/File/Publicaties/2008-11%20Factsheet%20internetgebruik%20jongeren.pdf>, retrieved 26-3-2009.otp
3. Ko CH, Yen JY, Yen CF, Lin HC, Yang MJ. Factors predictive for incidence and remission of internet addiction in young adolescents: a prospective study. *Cyberpsychology & behavior: the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, 2007; 10(4): 545-51.
4. Rooij T van, Eijnden R vd. Monitor Internet en Jongeren 2006 en 2007: Ontwikkelingen in internetgebruik en de rol van opvoeding. 2007. <http://www.ivo.nl/UserFiles/File/Publicaties/2007-10%20IVO%20Reeks%2054%20-%20Monitor%20Internet%20en%20Jongeren%202006%20en%202007.pdf> retrieved 26-3-2009
5. Young KS. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology and Behaviour*. 1998; 1(3):237-244.
6. Meenan AL. Internet gaming: A hidden addiction. *American Family Physician*. 2007 vol 76, (8):1116-7.
7. Shaw M, Black DW. Internet addiction: definition, assessment, epidemiology and clinical management. *CNS Drugs*. 2008; 22(5):353-365.
8. Meerkerk GJ, Eijnden R J van den, Vermulst AA, Garretsen H F L. The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): Some Psychometric Properties. *Cyberpsychology & Behavior*. 2008; Dec.10.
9. Beard KW, Wolf EM. Modification in the Proposed Diagnostic Criteria for Internet Addiction. *Cyberpsychology & Behavior*. 2001; 4(3).
10. Whang LS, Lee S, Chang G. Internet Over-Users' Psychological Profiles: A Behavior Sampling Analysis on Internet Addiction. *Cyberpsychology & Behavior*. 2003; 6(2).

De psychiater aan de Pompstationsweg

Psychiatrische zorg in het Penitentiair Complex Scheveningen

J.A. Westendorp en W.J. Schudel

In Nederland belandt jaarlijks 160.000 keer iemand als verdachte van een misdrijf in een politiebureau. 43.000 keer leidt dit na drie dagen tot een plaatsing in een Huis van Bewaring. Dit zijn bijna 120 plaatsingen in een Huis van Bewaring per dag! De Dienst Justitiële Inrichtingen regelt de plaatsing en het verblijf van gedetineerden in Nederland. Daarvoor heeft ze in 64 justitiële inrichtingen (huizen van bewaring en gevangenissen) circa 15.000 celplaatsen¹ ter beschikking. In totaal wordt jaarlijks 'onderdak geboden' aan 80.000 personen. Velen onder hen lijden aan een psychiatrische ziekte, hebben een persoonlijkheidsstoornis of zijn verslaafd.

Onderstaand artikel beschrijft de wijze waarop de zorg en behandeling van gedetineerden met psychiatrische problematiek in het Penitentiair Complex Scheveningen is georganiseerd, en geeft ons inzicht in het vóórkomen van diverse psychiatrische stoornissen in deze inrichting in 2007. Aan de hand van de bevindingen worden aanbevelingen voor de toekomst gedaan. Maar eerst staan we stil bij de (organisatie) van de psychiatrische zorg in het gevangeniswezen in Nederland.

Psychiatrische zorg in het gevangeniswezen

Het is van alle tijden dat een aanzienlijk deel van gedetineerden lijdt aan een ernstige psychiatrische stoornis, persoonlijkheidsstoornis of verslavingsziekte. Uiteindelijk heeft dit er pas in de jaren vijftig van de vorige eeuw toe geleid dat psychiaters op reguliere basis in het gevangeniswezen aan het werk gingen. Pas in de jaren tachtig was er sprake van een enigszins eenduidige werkwijze met een dekking door het hele land. Sinds ongeveer tien jaar is er sprake van intensivering van zorg en behandeling aan psychisch gestoorden in de gevangenis. Het uitgangspunt voor het leveren van adequate psychiatrische zorg binnen detentie is het equivalentiebeginsel, zoals vastgelegd in de European Prison Rules en de gezondheidsvisie van de Dienst Justitiële Inrichtingen. Op grond van dit equivalentiebeginsel moet het niveau van zorg in detentie gelijk zijn aan het niveau van zorg in de vrije maatschappij. De ontwikkeling van de zorg aan en behandeling van psychiatrisch zieke patiënten in detentie wordt sindsdien kritisch gevolgd, laatstelijk door de Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming. In 2007 bracht de raad een advies-

rapport uit met een aantal duidelijke verbeter-suggesties aangaande screening op stoornissen, verbeterde samenwerking met de GGZ en zowel kwalitatieve als kwantitatieve verbetering van de behandeling binnen detentie.

Recente schattingen van het percentage gedetineerden dat lijdt aan een psychiatrische aandoening, lopen in de literatuur uiteen. Voor wat betreft psychiatrische ziektebeelden (de zogenaamde as I stoornissen) worden percentages tussen 6 en 30 % vermeld. Indien tevens persoonlijkheidsstoornissen (as II stoornissen) en verslavingsproblematiek meegenomen worden lopen deze percentages op tot 60 à 70%!

Organisatie van psychiatrische zorg in het gevangeniswezen

In justitiële inrichtingen zijn diverse zorgniveaus ontwikkeld. Verreweg het grootste aantal celplaatsen valt onder het basisregime. Daarnaast beschikt iedere inrichting over een Bijzondere Zorg Afdeling (BZA). Op een Bijzondere Zorg Afdeling is meer psychologische en verpleegkundige formatie beschikbaar en kan gemakkelijker van het standaard dagprogramma

(Over de auteurs:)

J.A. (Koos) Westendorp is psychiater en sinds 2001 werkzaam bij het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie in Den Haag als coördinator psychiatrische zorg. Sinds 2008 is hij lid van de portefeuille Zorg en Regie van het Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie.

Prof. dr. W.J. (Joost) Schudel is emeritus hoogleraar klinische en sociale psychiatrie, Erasmus Universiteit Rotterdam en onder andere verbonden aan de afdeling Epidemiologie van de GGD in Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn. Daarnaast is hij werkzaam in TBS kliniek de Kijvelanden.

Correspondentieadres: k.westendorp@dji.minjus.nl

¹ Daarnaast zijn er nog ruim 8.000 celplaatsen in jeugdinstellingen, detentiecentra en TBS klinieken.

worden afgeweken. Ook hebben de bewaarders (penitentiaire inrichtingswerkers) een aanvullende training gehad. Meer intensieve zorg kan geboden worden op een Individuele Begeleidings Afdeling (IBA). Daarvan zijn er tien in Nederland. Het zorgniveau is hoog en patiënten kunnen individueel worden begeleid. Naast de genoemde tien Individuele Begeleidings Afdelingen zijn er twee Beveiligde Individuele Begeleidings Afdelingen, de zogeheten BIBA's. Hier is het zorgniveau hoog en er is tevens een verhoogd beveiligingsniveau.

De afdeling met het hoogste psychiatrische zorgniveau is de Forensische Observatie en Begeleidings Afdeling (FOBA). Deze bevindt zich in Amsterdam. De Forensische Observatie en Begeleidings Afdeling kan het best gezien worden als een high care psychiatrisch ziekenhuis met zeer hoog beveiligingsniveau, met alle daarbij behorende middelen en personeel, binnen de

gevangeniswanden. Naast de genoemde zorgniveaus is er nog een aantal afdelingen met meer gespecialiseerde zorg, zoals de drugsvrije Verslavings Behandeling Afdeling (VBA), de Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD) en de forensische schakelunits (FSU). Voor een schematisch overzicht van alle zorg- en beveiligingsdifferentiaties zie schema 1.

De aan de inrichting verbonden inrichtingspsychologen, huisartsen en verpleegkundigen verlenen de primaire gezondheidszorg aan gedetineerden. Deze eerstelijnszorg is laagdrempelig en bestemd voor alle gedetineerden vanwege klachten van verschillende aard. Een eerste screening vindt plaats op de dag van aankomst, waarbij iedere gedetineerde een oriënterend gesprek heeft met een verpleegkundige. Iedere afdeling (unit) van een penitentiaire inrichting heeft ongeacht het zorgniveau, wekelijks multi-

Schema 1.

Zorg- en beveiligingsniveaus binnen het gevangeniswezen in Nederland (vetgedrukte afdelingen zijn aanwezig in het Penitentiair Complex Scheveningen).

Zorgniveau	Beveiligingsniveau	
	Gemiddeld	Hoog
Standaard	Standaard regime (alle inrichtingen)	Extra beveiligde inrichting (EBI) (1 in Nederland, Vught)
Verhoogd	Bijzondere zorgafdeling (BZA) (alle inrichtingen)	Landelijke afzonderingsafdeling (LAA) Voor personen met ernstig ontwrichtend gedrag (2 in Nederland)
Hoog	Individuele begeleidingsafdeling (IBA) (10 in Nederland)	Beveiligde individuele begeleidings afdeling (BIBA) (2 in Nederland, Scheveningen en Leeuwarden)
Specialistisch	Drugsvrije afdeling (VBA)² Inrichting stelselmatige daders (ISD) met resocialisatie zorgprogramma's (8 in Nederland o.a. Zoetermeer)	Forensische observatie en begeleidingsafdeling (FOBA) met klinische psychiatrische zorg (1 in Nederland, Amsterdam)
	Penitentiair selectiecentrum (PSC) (1 in Nederland, Scheveningen)	
	Penitentiair ziekenhuis met somatische klinische zorg (1 in Nederland, Scheveningen) Forensische schakel unit (FSU) met resocialisatie programma's naar GGZ (3 in Nederland)	

² Momenteel veelal vervangen door inrichting stelselmatige daders.

³ Is verbonden aan het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP). In totaal werden in Nederland in 2007 3.324 intakeconsulten en 9.550 vervolgconsulten door NIFP psychiaters verricht.

Een voorbeeld

Joachim O., 23 jaar, wordt op donderdagmiddag vanuit het hoofdbureau van politie in PI Scheveningen binnengebracht. Hij wordt verdacht van bedreiging van zijn moeder. Uit de meegekomen politie-informatie blijkt dat Joachim 'psychisch niet in orde is' en 'medicatie gebruikt'. Hij zou dinsdagavond op het politiebureau door de crisisdienst zijn bezocht en de dienstdoende psychiater zou hebben geconcludeerd dat de situatie stabiel is en dat betrokkene door moet gaan met zijn eigen medicatie. Joachim krijgt nog dezelfde dag een intakegesprek met de verpleegkundige die op grond van bovenstaande informatie contact opneemt met de crisisdienst van Palier. Het blijkt dat Joachim een jaar geleden kortdurend was opgenomen en dat de diagnose schizofrenie is gesteld. Na de opname, waarbij Joachim goed herstelde door de medicatie (Zyprexa 10 mg), verliep de behandeling moeizaam. Zowel Joachim als ook zijn moeder is zich nauwelijks bewust van de noodzaak van het gebruik van medicatie, met als gevolg steeds weerterugkerende psychotische periodes waarbij vooral de spanning tussen moeder en zoon hoog oploopt. De crisisdienst bevestigt dat ze dinsdagavond bij Joachim geweest zijn. Joachim was toen kalm en gaf aan zijn medicatie weer te willen gebruiken. Tijdens de intake geeft Joachim aan de verpleegkundige te kennen dat hij zijn pillen nu wel weer wil innemen maar dat hij dat 'slechts zal doen zolang het nodig is'. Nog dezelfde dag wordt Joachim gezien door de psycholoog die op grond van de gegevens en zijn bevindingen een verwijzing maakt naar de psychiater. Vrijdag wordt Joachim onderzocht door de psychiater. Joachim die een zeer achterdochtige indruk maakt, is op dat moment niet echt in de war. De psychiater heeft overleg met de casemanager van Joachim die hem vertelt dat zolang Joachim zijn pillen in blijft nemen, de verwachting is dat hij niet psychotisch wordt. In het PMO op vrijdagmiddag wordt afgesproken dat Joachim medicatie voorgeschreven krijgt en dat hij op de Bijzondere Zorgafdeling wordt geplaatst. Een vervolgspraak voor over een week wordt gemaakt. Gedurende het weekend weigert Joachim zijn medicatie in te nemen en vertoont volgens de bewaarders in toenemende mate 'vreemd en agressief gedrag'. Zondagmiddag wordt hij in de observatiecel geplaatst nadat hij een glas in de richting van een medegedetineerde heeft gegooid. Ondanks het feit dat hij geen pillen meer gebruikt lijkt het de zondag verder redelijk te gaan en wordt de dienstdoende inrichtingsarts niet ingeschakeld.

Op maandag wordt Joachim wederom bezocht door de

psycholoog. Het blijkt dat hij zijn cel ondergesmeerd heeft met ontlasting waarin hij ligt te rollen. De psychiater vraagt een spoedconsult aan en onderzoekt hem nog dezelfde dag. Er is sprake van een ernstig psychotisch toestandsbeeld waarbij de betrokkene zeer dreigend op de onderzoeker overkomt. Gezien de ernst van het psychiatrische beeld en het snelle progressieve beloop wordt Joachim op voordracht van de psychiater aangemeld bij de Forensische observatie en begeleidingsafdeling. De volgende dag kan hij daar opgenomen worden. Eenmaal op de Forensische observatie en begeleidingsafdeling verslechtert de situatie in die mate dat na enkele dagen het onder dwang toedienen van medicatie onontkoombaar is. Na toediening van Cisordinol Acutard intramusculair (een snel werkend depotpreparaat dat ongeveer drie dagen werkzaam is) knapt Joachim zienderogen op en verdwijnen de psychotische symptomen nagenoeg geheel. Joachim wordt na een week teruggeplaatst naar Scheveningen. Hij is weer ingesteld op orale medicatie maar na enkele dagen trekt hij wederom het nut van medicatie in twijfel. Slechts met veel moeite kunnen de verpleegkundigen hem ervan overtuigen zijn medicatie in te nemen. Op het PMO wordt besproken dat het in de ogen van de psychiater zinvol is Joachim in te stellen op depotmedicatie. Afgesproken wordt dat de psychiater hierover contact zal opnemen met de casemanager van Joachim. Tijdens dit overleg komt naar voren dat de behandelaars van Palier al langere tijd geprobeerd hebben Joachim in te stellen op een depot maar dat dit tot op heden niet was gelukt omdat iedere keer als dit besproken werd, hij zo achterdochtig was dat hij weigerde mee te werken. Naar aanleiding van het beloop van het toestandsbeeld en gezien de overwegingen van de casemanager, stelt de psychiater in het PMO voor om met de betrokkene nog eens de wenselijkheid van depotmedicatie te bespreken. In het gesprek dat hierop volgt stemt betrokkene in met depotmedicatie en wordt hij ingesteld op een Cisordinol depot. Psychotische symptomen verdwijnen geheel en blijven weg. Aanvankelijk komt hij wekelijks op het spreekuur van de psychiater, in een later stadium eens per drie weken. Na drie maanden wordt Joachim door de rechtbank volledig ontoerekeningsvatbaar geacht voor het delict waar hij van wordt verdacht en wordt opname middels een artikel 37 Wetboek van Strafrecht (de zogenaamde strafrechtelijke rechtelijke machtiging) gelast. Joachim, die nog steeds psychose-vrij is, wordt geplaatst op de FPA van Palier van waaruit hij al snel overgeplaatst kan worden naar de reguliere vervolgsafdeling. Moeder wordt bij de behandeling betrokken en na 5 maanden kan Joachim naar huis en ambuland verder worden behandeld.

disciplinair overleg, het Psycho Medisch Overleg (PMO). Behalve de inrichtingspsycholoog, de huisarts en de verpleegkundige neemt ook een NIFP psychiater³ deel aan dit overleg. De aanleiding een patiënt te bespreken in het PMO kan verschillend zijn. Doorgaans bespreekt men patiënten omdat zij bij een verpleegkundige screening zijn opgevallen, of omdat bij het doornemen van de voorhanden zijnde (behandel) informatie problematiek aan het licht is gekomen. Ook door penitentiaire inrichtingswerkers gesignaleerde gedragingen kunnen aanleiding zijn tot inbrengen in het PMO, evenals psychiatrische consultatie (zie verder). En ten slotte kan een gedetineerde ook zelf een gesprek aanvragen met de psycholoog en via die weg in beeld komen van het PMO.

Doorverwijzing naar de psychiater voor een (spoed) consult wordt vooral gedaan door de psycholoog, minder door de huisarts maar dit is wel mogelijk. Er zijn geen cijfers voorhanden over het percentage patiënten, gezien door de psycholoog, dat uiteindelijk wordt doorverwezen naar de psychiater. Na de verwijzing wordt afhankelijk van de mate van spoed, een afspraak bij de psychiater ingepland. De psychiater onderzoekt de patiënt en komt na één of meer gesprekken tot een diagnose en voorstel tot verdere behandeling. Uiteraard hoort het inwinnen van aanwezige behandelinformatie bij de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) ook tot zijn taken. Doorgaans zijn de contacten met de geestelijke gezondheidszorg goed en kost het weinig moeite om (met toestemming van de patiënt) behandelinformatie te verkrijgen. Grofweg zijn de verwezen patiënten in drie groepen in te delen: patiënten die tijdens hun detentie voor het eerst te kampen krijgen met psychische problemen, patiënten die al voor hun detentie bij een instelling voor geestelijke gezondheidszorg in behandeling waren maar die tijdens detentie nog nooit psychische klachten vertoonden, en patiënten die zowel binnen de GGZ als binnen justitie uitgebreid bekend zijn met vaak ernstige psychiatrische problematiek. In dit laatste geval zijn het bijna altijd zogeheten 'zorgwekkende zorgmijders'; draaideurpatiënten die afwisselend zwerven, kortdurend opgenomen zijn binnen de GGZ en regelmatig kortdurend gedetineerd zijn, vaak naar aanleiding van kleine vergrijpen en overlast. Diagnostisch is bij deze groep meestal sprake van chronische psychose al dan niet in combinatie met problematisch drugsmisbruik.

Nadat de patiënt door de psychiater is onderzocht en er een diagnose is gesteld wordt de patiënt binnen het

PMO besproken. Hier wordt het behandelplan geformuleerd en worden afspraken gemaakt over wie welke aspecten van de behandeling op zich neemt. Zo nodig wordt al in dit stadium afgestemd met de GGZ om de behandeling binnen en buiten detentie op elkaar aan te laten sluiten. In de praktijk kiest men vaak voor een multidisciplinaire behandeling, waarbij de psychiater een grote rol speelt in het medicatiebeleid en de psycholoog ondersteunende gesprekken heeft met de patiënt. Zoals ook gebruikelijk is buiten detentie, ziet de psychiater de patiënt frequent (vaak wekelijks) in de fase waarin de medicatie moet worden ingesteld, dat neemt af als de patiënt is gestabiliseerd. Wel blijven patiënten die psychiatrische medicatie gebruiken, onder psychiatrische controle. Naast het wekelijks bijwonen van het PMO houdt de psychiater gemiddeld twee keer per week spreekuur en is er een beschikbaarheidsregeling voor crisisbehandeling tijdens kantooruren. Voor buiten kantooruren is er een bereikbaarheidsregeling voor behandel- en begeleidingsadvies.

Ook eventuele voorgenomen verwijzingen naar afdelingen met meer zorg worden in het PMO besproken. Hierbij kunnen zo nodig al tijdens detentie GGZ behandelaars 'naar binnen worden gehaald'. Het is hierbij van belang zich te realiseren dat het in veel gevallen niet 'slechts' gaat om dezelfde soort patiënten als waar de GGZ mee te maken heeft, maar zeer vaak ook om dezelfde individuen. Het organiseren van passende nabehandeling behoort eveneens tot de taken van het PMO. Indien nabehandeling binnen een GGZ instelling noodzakelijk is, geschiedt de verwijzing daartoe door de psychiater. Ook heeft de psychiater een belangrijke rol bij het inzetten van een eventuele rechtelijke machtiging indien het noodzakelijk is dat een patiënt na detentie gedwongen wordt opgenomen.

Hoewel een penitentiaire zorgafdeling op het eerste oog sterk lijkt op een klinische setting, is dit niet het geval is. Gedetineerden verblijven weliswaar 24 uur per dag op een afdeling, maar van 24 uurs-zorg is op geen enkele wijze sprake. Alle beschikbare zorg, zowel medisch, psychosociaal als verpleegkundig, is slechts aanwezig tijdens kantooruren. Hieruit volgt dat de geboden psychiatrische behandelingen in principe ambulante behandelingen zijn, waarbij het enige verschil met de ambulante GGZ-situatie is dat de patiënt zich niet in de eigen woning bevindt, maar tijdelijk elders verblijft. Evenals in de thuissituatie kan medische zorg buiten kantooruren wel worden ingeschakeld.

Penitentiair Complex Scheveningen

Een van de 64 justitiële inrichtingen is Penitentiaire Inrichting Haaglanden, met vestigingen in Zoetermeer en Den Haag. Het Penitentiair Complex Scheveningen is gevestigd aan de Pompstationsweg in Den Haag, het complex waar we in dit artikel dieper op in zullen gaan.

In totaal bevat het complex 712 celplaatsen, ondergebracht in een groot aantal verschillende afdelingen. Allereerst is er een Huis van Bewaring met een algemeen regime. Daarnaast is er een Beveiligde individuele begeleidingsafdeling, een Bijzondere zorgafdeling, een JOVO (Huis van Bewaring voor jong volwassenen) en het Penitentiair selectiecentrum. In het selectiecentrum worden moeilijk plaatsbare gedetineerden tijdelijk ondergebracht om de mogelijkheden voor een passend detentiebeloop te onderzoeken. Een zeer in het oog springende afdeling is het Penitentiair ziekenhuis. Van de 712 celplaatsen zijn enkele tientallen cellen ondergebracht in de zogenaamde VN unit (van de Verenigde Naties). Hier verblijven buitenlandse justitiabelen uit onder andere voormalig Joegoslavië, in afwachting van hun proces bij het Joegoslavië tribunaal of het Internationaal strafhof.

Het voorkomen van psychiatrische stoornissen

In totaal werden in 2007 389 patiënten na verwijzing van het PMO door de psychiater onderzocht. Dit betrof in verreweg het merendeel van de gevallen eerste consulten. In vervolg hierop werden 893 vervolgsconsulten verricht. In totaal bedroeg het aantal consulten 1.228. Dat komt neer op ruim 23 consulten per week.

Het bleek niet mogelijk de gegevens uit te splitsen naar afdeling. Alleen van de Beveiligde individuele begeleidingsafdeling en van het Penitentiair zieken-

huis zijn afzonderlijk betrouwbare data beschikbaar. De overige afdelingen: Huis van Bewaring (algemeen én voor jong volwassenen), Bijzondere zorgafdeling en het Penitentiair selectiecentrum zijn samengevat onder de noemer 'Huis van Bewaring'.

We zullen de cijfers vergelijken van drie groepen te weten: 'HvB' (diverse afdelingen in het Huis van Bewaring, in totaal 488 cellen, verblijfsduur gemiddeld 85 dagen), 'BIBA' (beveiligde gevangenis met hoog zorgniveau, 48 cellen, verblijfsduur gemiddeld 255 dagen), en 'Pen-zh' (somatisch ziekenhuis, 56 cellen, verblijfsduur gemiddeld 30 dagen). Gegevens over de VN unit ontbreken omdat de psychiatrische zorg daar geleverd wordt door psychiaters uit het land van herkomst.

In tabel 1 is weergegeven hoeveel intake-consulten door de NIFP psychiater in 2007 zijn gedaan per afdeling en welke diagnoses werden gesteld. De meest voorkomende diagnoses waren psychose, affectieve stoornis, adhd en cluster B persoonlijkheidsstoornis. In het Pen-zh kwam één stoornis in vergelijking met de overige afdelingen opvallend vaak voor: het organisch psycho-syndroom (8,9%).

In figuur 1 is weergegeven hoe verschillende psychiatrische ziektebeelden (as I stoornissen) zich tot elkaar verhouden op de verschillende afdelingen van PC Scheveningen in 2007. Op alle afdelingen was het aandeel van psychotische stoornissen hoog. De diagnose affectieve stoornis werd op de BIBA tijdens de intake niet één keer gesteld. Op de overige afdelingen vormden affectieve stoornissen ruim 20% van het totale aantal gediagnosticeerde as I stoornissen.

In figuur 2 zijn weergegeven de percentages as I en as II stoornissen per afdeling. Er wordt getoond in welk

Tabel 1.

Aantal en percentage van de meest voorkomende diagnoses afgezet tegen het aantal door de psychiaters verrichte intake-consulten per afdeling, Penitentiair Complex Scheveningen, 2007.

	N Intakes	As I ^{***}	Psychose	Affectief	Adhd	Rest	As II ^{***}	CI B Pers.st.
HvB*	265	213 (80,3%)	81 (30,5%)	52 (19,6%)	32 (12,1%)	48 (18,1%)	102 (38,5%)	86 (32,5%)
BIBA	22	13 (59%)	9 (40,9%)	0 (0%)	2 (9%)	2 (9%)	11 (50%)	9 (40,9%)
Pen-zh	102	49 (48%)	17 (16,6%)	13 (12,7%)	1 (1%)	18** (17,8%)	34 (33,3%)	27 (26,5%)
totaal	389	275 (70,7%)	107 (27,5%)	68 (17,5%)	35 (8,9%)	68 (17,4%)	147 (37,7%)	122 (31,4%)

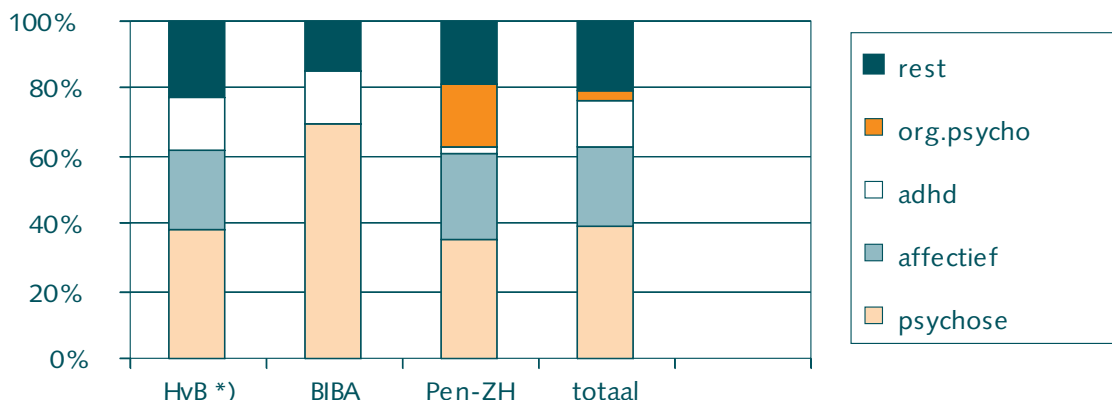
*) Onder HvB wordt in verband met het ontbreken van gedifferentieerde cijfers verstaan het reguliere HvB, de BZA, de JOVO en het PSC (zie schema 1).

**) In 9 van deze 18 gevallen (8,9%) betrof het organisch psychosyndroom.

***) As I betreft alle psychiatrische ziektebeelden, as II betreft alle persoonlijkheidsstoornissen.

Figuur 1.

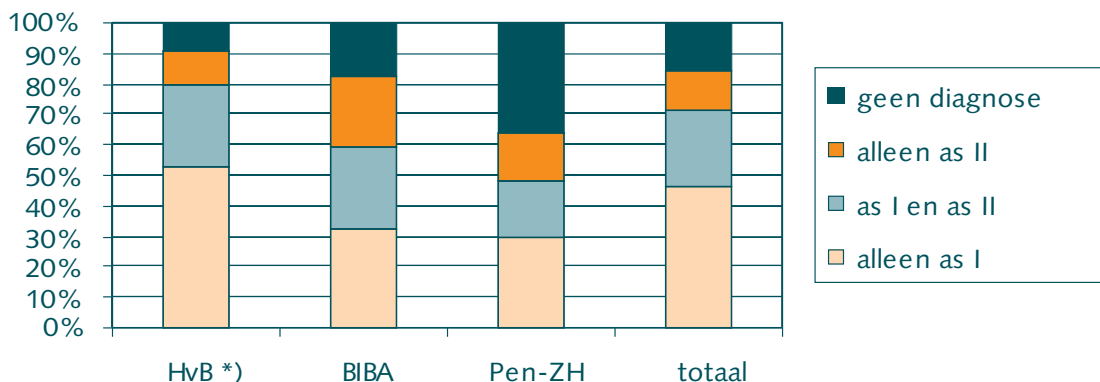
Procentuele verdeling van de verschillende as I stoornissen. Penitentiair Complex Scheveningen, 2007.



*) Onder HvB wordt in verband met het ontbreken van gedifferentieerde cijfers verstaan het reguliere HvB, de BZA, de JOVO en het PSC (zie schema 1).

Figuur 2.

Procentuele verdeling van de as I en as II stoornissen. Penitentiair Complex Scheveningen, 2007.



*) Onder HvB wordt in verband met het ontbreken van gedifferentieerde cijfers verstaan het reguliere HvB, de BZA, de JOVO en het PSC (schema 1).

percentage van het aantal verrichte intakes as I dan wel as II diagnoses werden gesteld. In het HvB werd bij een ruime meerderheid (53%) slechts een as I diagnose gesteld. Het aantal intakes waarbij door de psychiater geen enkele diagnose gesteld werd, bleef behalve in het pen-ziekenhuis beneden de 20%. In 84% van de intakes werd een diagnose gesteld, waarbij in 71% (48% - 80%) sprake was van een as I stoornis.

Tabel 2 toont hoeveel patiënten werden verwezen naar de psychiater en hoe vaak een psychiatrisch ziektebeeld (as-I stoornis) en/of een persoonlijkheidsstoornis (as-II stoornis) door de psychiater werd vastgesteld. Het aantal gestelde diagnoses afgezet tegen het aantal plaatsingen geeft een indicatie van het vóórkomen van psychiatrische aandoeningen (prevalentie) op de diverse afdelingen.

Bespreking

Voordat gedetineerden naar de psychiater worden verwezen vindt er een voorselectie plaats door de inrichtingspsycholoog en in mindere mate de huisarts. Gemiddeld wordt in het Penitentiair Complex Scheveningen 12,2% van de gedetineerden verwezen naar de psychiater. Dit is iets meer dan het landelijke gemiddelde dat iets onder de 10% ligt. Het grootste probleem bij de interpretatie van de in tabel 2 genoemde prevalentie cijfers is het feit dat niet bekend is of het hier de werkelijke prevalentie betreft. Hoewel het in PC Scheveningen vastgestelde prevalentie cijfer voor psychiatrische ziektebeelden (as I stoornissen) met 8,7% binnen de in de literatuur gevonden waardes (tussen 6 en 30%) valt, is nog niet duidelijk of de daadwerkelijke prevalentie in

werkelijkheid niet hoger is. Zowel het lage percentage van de gedetineerden dat door de psychiater onderzocht wordt (12,2%) als ook het klinische idee van de betrokken psychiaters en psychologen dat er waarschijnlijk veel 'verscholen psychiatrie' aanwezig is maken verder onderzoek hiernaar noodzakelijk. Er zijn in principe twee 'momenten' waarop mogelijke patiënten met psychiatrische problematiek aan de aandacht kunnen ontsnappen, wat uiteindelijk zal leiden tot onderdiagnostiek. In de eerste plaats is het denkbaar dat patiënten niet in het zicht van het psycho medisch overleg (PMO) en dus van de verwijzers komen. Daarnaast kan het voorkomen dat patiënten weliswaar gezien worden door de verwijzer (psycholoog), maar dat geen doorverwijzing naar de psychiater plaatsvindt. Er is geen onderzoek gedaan naar het aantal patiënten dat door de psycholoog doorverwezen wordt naar de psychiater. Ook is er geen landelijk eenduidig verwijsbeleid en lijkt verwijzing sterk afhankelijk van individuele (on-) mogelijkheden van de betreffende psycholoog.

Opvallend is dat op de Beveiligde individuele begeleidingsafdeling (BIBA), een afdeling met zeer hoog zorgniveau, 'slechts' 40% van de gedetineerden naar de psychiater werd verwezen. Dit lage verwijspercentage heeft te maken met het feit dat in 2007 één van de drie BIBA sub-units een afdeling voor psychiatrische patiënten was en twee sub-units bestemd waren voor 'langgestraften' en gedetineerden met min of meer ernstige gedragsstoornissen. Verwijzing van deze groep patiënten geschiedde slechts indien tevens een ernstige psychiatrische stoornis vermoed werd. Inmiddels lijkt er in toenemende mate sprake te zijn van psychiatrische problematiek bij BIBA gedetineerden en wordt iedereen kort na binnenkomst onderzocht door de inrichtingspsycholoog.

In verreweg de meeste gevallen werd door de

psychiater een stoornis vastgesteld. Alleen in het Penitentiair ziekenhuis was het percentage waarin geen diagnose gesteld werd relatief hoog (36%). Mogelijke oorzaak hiervan is dat in dit ziekenhuis vaak om een consult van de psychiater wordt gevraagd om patiënten te beoordelen op wilsbekwaamheid in geval van honger- en dorststaking, of bij weigering toestemming te verlenen voor somatische behandeling. Nader onderzoek is nodig naar de omvang van en de bevindingen bij deze specifieke groep.

Opvallend is het in het Pen-ziekenhuis hoge aantal gediagnosticeerde organische psycho-syndromen. Het blijkt hier vooral te gaan om delieren bij somatische ziektes en dementiële beelden.

De meest voorkomende psychiatrische ziektebeelden (as I stoornissen) waren psychotische stoornissen en stemmingsstoornissen, gevolgd door adhd. Dit komt overeen met bevindingen uit de literatuur. Gemiddeld werd in 71% van de onderzochte patiënten een as I stoornis vastgesteld.

Het gevonden prevalentiecijfer voor persoonlijkheidsstoornissen (as II stoornissen) is 4,6%, met een relatief hoge waarde van 20% op de Beveiligde individuele begeleidingsafdeling (zie tabel 2). Dit is beslist veel lager dan dat we op grond van de literatuur hadden verwacht. Ook de klinische indrukken die we hadden in de inrichting, wezen duidelijk in een andere richting.

Een mogelijke oorzaak hiervan is dat er voorzichtigheid wordt betracht bij het stellen van een persoonlijkheidsdiagnose tijdens een eerste consult. Echter, bij analyse van de gegevens van de vervolconsulten is (behoudens in het Penitentiare ziekenhuis) geen duidelijke toename te zien van het aantal gediagnosticeerde persoonlijkheidsstoornissen. Ook kan het feit dat er tijdens relatief veel intake consulten een as I diagnose gesteld werd (71%) een mogelijke verklaring zijn voor terughoudendheid bij het stellen van persoonlijkheidsdiagnoses.

Tabel 2.

Prevalentie as I en as II stoornissen. Penitentiair Complex Scheveningen, 2007.

	N Opnames	Verblijfsduur	Intakes	As I	As II	As I + as II	As I en/of as II
HvB*)	2500	85 dagen	265 (10,6%)	213 (8,5%)	102 (4,1%)	73 (2,9%)	213 (8,5%)
BIBA	55	255 dagen	22 (40%)	13 (23,6%)	11 (20%)	6 (10,9%)	18 (32,7%)
Pen-zh**)	600	30 dagen	102 (17%)	49 (8,2%)	34 (5,6%)	18 (3,0%)	65 (10,8%)
totaal	3155		388 (12,2%)	275 (8,7%)	147 (4,6%)	97 (3,1%)	296 (9,3%)

*) Onder HvB wordt in verband met het ontbreken van gedifferentieerde cijfers verstaan het reguliere HvB, de BZA, de JOVO en het PSC (zie schema 1).

**)Aantal opnames en verblijfsduur bij benadering, gebaseerd op jaarcijfers 2006.

De meest waarschijnlijke verklaring voor het relatief lage prevalentiecijfer van persoonlijkheidsstoornissen en voor het feit dat dit getal laag blijft, ook bij vervolgsconsulten, is het feit dat het niet om prevalentiecijfers gaat maar om door de psychiater gestelde diagnoses. Het is waarschijnlijk dat in veel gevallen daar waar de psycholoog slechts een persoonlijkheidsstoornis vaststelt, er geen verwijzing naar de psychiater plaatsvindt. Een groot probleem in de dossiervorming in penitentiaire inrichtingen is het feit dat de dossievoering van de psycholoog en die van de psychiater strikt gescheiden zijn. De psychiater heeft geen direct inzicht in het dossier van de psycholoog en vice versa.

Toekomstplannen

In 2006 startte het ministerie van justitie het 'project vernieuwing forensische zorg', in 2007 aangevuld met het programma 'terugdringen recidive'. Beide projecten komen tegemoet aan een groot aantal van de adviezen zoals in 2007 in de adviesnota van de Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming beschreven. Hoofddoelstellingen van dit project zijn een verbetering (kwalitatief en kwantitatief) van psychiatrische zorg in detentie en realisering van een betere aansluiting met de GGZ.

Meest in het oog springend gevolg van dit project is de oprichting van vijf zogenaamde penitentiaire psychiatrische centra. In dergelijke centra zal in principe alle zorg die van 'hoger' niveau is dan de Bijzondere zorgafdeling, gecentraliseerd worden aangeboden. Dit houdt in dat lokale Individuele begeleidingsafdelingen, Beveiligde individuele begeleidingsafdelingen, Forensische schakelunits en meer gespecialiseerde zorgafdelingen ondergebracht zullen worden in één van deze vijf centra. De Forensische observatie en begeleidingsafdeling zal in de hoedanigheid van psychiatrische crisisunit wel blijven bestaan. De vorming van penitentiaire psychiatrische centra is met name voor Den Haag van belang omdat één van deze centra in Scheveningen zal worden ondergebracht. Het is de verwachting dat het penitentiaire psychiatrische centrum Scheveningen in juli 2009 operationeel wordt en de komende jaren uit zal groeien tot circa 300 gespecialiseerde zorgplaatsen. Gezien de bijzondere plek die het Penitentiair ziekenhuis inneemt is het te overwegen om dit ziekenhuis te betrekken bij deze ontwikkeling. Vorming van een 'Pen-PAAZ' (Penitentiaire Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis) behoort dan tot de mogelijkheden. Dit zal de mogelijkheden tot intensieve

klinische behandeling doen toenemen.

Een tweede belangrijke ontwikkeling is nauwere samenwerking met de GGZ. Justitie koopt hiertoe centraal zorgbedden in bij de GGZ waar patiënten niet alleen na hun detentie, maar ook tijdens hun detentie, al dan niet tijdelijk opgenomen kunnen worden indien klinische behandeling geïndiceerd is. In de regel zal een dergelijke opname moeten plaatsvinden op een gesloten afdeling met voldoende beveiligingsmogelijkheden. Het spreekt voor zich dat de mate van vluchtgevaarlijkheid van invloed zal zijn bij het verlenen van toestemming voor een dergelijke plaatsing.

De verbetering van screening 'bij de voordeur' op psychiatrische stoornissen, verslavingsziekten, ontwikkelingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen heeft momenteel veel aandacht. Medio 2009 zal screening op deze stoornissen gestandaardiseerd zijn. Het spreekt voor zich dat deze ontwikkelingen de 'Haagse psychiatrie' in volle omvang zullen raken. Zowel het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) als ook GGZ-instellingen zoals de Parnassia Bavogroep zullen in toenemende mate te maken krijgen met patiënten met een justitiële achtergrond.

Conclusies en aanbevelingen

Het Penitentiair Complex Scheveningen is een grote justitiële inrichting met een aanzienlijke diversiteit aan zorg- en behandelniveaus. NIFP psychiaters leveren in Scheveningen jaarlijks psychiatrische zorg aan ongeveer 400 gedetineerden. In totaal wordt ruim 10% van alle gedetineerden door de psychiater gezien. Een centrale rol in de organisatie van psychiatrische zorg in detentie is weggelegd voor het PMO dat wordt voorgezeten door de inrichtingspsycholoog. De NIFP psychiater levert tweedelijns psychiatrische zorg. Hoewel een detentiesituatie lijkt op een klinische setting, gaat het hierbij om ambulante psychiatrische behandelingen.

Met het in gang zetten van het 'project vernieuwing forensische zorg' wordt tegemoet gekomen aan een aantal belangrijke aanbevelingen van de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming. Vooral verbetering van interne zorg door betere screening en aanhalen van de betrekkingen met de GGZ, ten einde tot betere verwijzing te komen, zijn hierbij van groot belang.

Naar aanleiding van dit onderzoek wordt een aantal aanbevelingen gedaan.

Ondanks het feit dat het gevonden prevalentiecijfer voor psychiatrische ziektebeelden (as I stoornissen) zich binnen de in de literatuur genoemde percentages bevindt, bestaat het vermoeden van onderdiagnostiek. Hernieuwd (vergelijkend) onderzoek na implementatie van de verbeterde screeningsmethodiek is aangewezen. Ook achten wij het zowel vanuit klinisch oogpunt als ter bevordering van wetenschappelijk onderzoek, noodzakelijk dat een gemeenschappelijk elektronisch patiëntendossier, waarin zowel gegevens van de inrichtingspsycholoog als van de psychiater zijn vermeld, ingevoerd wordt in alle justitiële inrichtingen. Dit zal bijdragen aan verbeterd inzicht in de redenen van verwijzing en het aantal verwijzingen, en uiteindelijk kunnen bijdragen aan ontwikkeling van een eenduidig verwijsbeleid. Beide aanbevelingen zullen kunnen bijdragen aan verdere ontwikkeling van daadwerkelijk prevalentie-onderzoek met als uiteindelijk doel adequate behandeling voor alle patiënten die dit nodig hebben. Nader prevalentie-onderzoek zal zich naar onze mening niet alleen moeten richten op psychiatrische ziektebeelden en persoonlijkheidsstoornissen, maar ook op verslaving en ontwikkelingsstoornissen.

Gezien de bijzondere plaats die de beide Beveiligde individuele begeleidingsafdelingen in Nederland innemen voor wat betreft zorgniveau en bejegeningniveau, en het feit dat er op deze afdelingen een sterke toename van het aantal patiënten met psychiatrische stoornissen waar te nemen valt, adviseren wij dat iedere gedetineerde op deze afdeling naar de psychiater wordt verwezen.

Zeer binnenkort zal voor de Haagse psychiatrie een nieuw tijdperk aanbreken; immers één van de vijf penitentiaire psychiatrische centra zal in Scheveningen worden gevestigd. Een toename van het aantal patiënten door centralisatie en verbeterde screening, maar ook de te verwachten verbeterde doorverwijzing, zullen veel vragen van het organisatietalent van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie

en van de Haagse GGZ. Inmiddels zijn de betrekkingen tussen Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie, Parnassia Bavo Groep en andere GGZ partijen rondom de vorming van het penitentiaire psychiatrische centrum, aangehaald.

Literatuur

1. Bijl R. Hoe gevaarlijk zijn mensen met psychische stoornissen? Een epidemiologische benadering. In: Koenraadt F, Kelk C, Vijselaar J. (red), Tussen behandeling en straf, rechtsbescherming en veiligheid in de twintigste eeuw. 189-206. Het Psychiatrisch Juridisch Gezelschap, Kluwer, 2007.
2. Blaauw E. Psychische problemen van gedetineerden. In: Koppen P.J. et al (red), Het recht van binnen, psychologie van het recht. 977-990. Kluwer Deventer 2002.
3. De zorg aan gedetineerden met een ernstige psychische stoornis of verslaving. Adviesrapport van de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming. 2007.
4. DJI Annual Report 2007, working safely towards change. Uitgave Dienst Justitiële Inrichtingen. 2007.
5. Groen H, Drost M. (red), Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg. De Tijdstroom. 2003.
6. NIFP. Jaarbericht 2007. Uitgave van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie 2007.
7. NIFP magazine. Themanummer Forensische Zorg. Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie 2008.
8. Raes BCM. 25 jaar forensische psychiatrie in Nederland, een beknopt overzicht. Tijdschrift voor psychiatrie 50 (2008) 71-75.
9. Weijers I, Koenraadt F. Toenemende vraag naar expertise-een eeuw forensische psychiatrie en psychologie. In: Een epidemiologische benadering. In: Koenraadt F, Kelk C, Vijselaar J. (red), Tussen behandeling en straf, rechtsbescherming en veiligheid in de twintigste eeuw. 189-206. Het Psychiatrisch Juridisch Gezelschap, Kluwer. 2007.
10. Zorgprogramma's voor gedetineerden met psychiatrische problematiek. Trimbo Instituut. 2008.

Dagboek van een casemanager psychogeriatrisch team

G. van Dijk

Onderstaand dagboek bevat het relaas van een casemanager die deel uitmaakt van een psychogeriatrisch team (PG team). Een casemanager bekijkt of mensen die de diagnose dementie hebben gekregen, nog thuis kunnen blijven wonen, en regelt de zorg die daarvoor nodig is. Hiertoe stelt de casemanager zich geregeld op de hoogte van de thuissituatie van de patiënt -en diens mantelzorg(er)s- en overlegt zij of hij eens in de zes weken met de verpleeghuisarts en psycholoog van het PG-team over haar of zijn bevindingen.

In het PG-team zitten collega-casemanagers, verpleeghuisartsen en psychologen. Het PG-team waarvan in dit dagboek sprake is is een samenwerkingsverband van HWWZ (voorheen Meavita), Florence, Saffier en WZH (thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen). Het bestaat uit tien casemanagers, zeven verpleeghuisartsen, vier psychologen en een geriater.

Het PG-team biedt de casemanager feedback. Al diens patiënten worden besproken, zodat ook de verpleeghuisarts, bij wie de patiënt na de diagnose is aangemeld, op de hoogte is. Voor inhoudelijke ondersteuning bij het werken met demente mensen kan de casemanager zich wenden tot Parnassia. (De diagnose dementie wordt gesteld door de geriater, neuroloog en de verpleeghuisarts.)

30 maart

De werkdag begint om 8.30 uur. Ik begroet mijn collega's, even wisselen we bijzonderheden uit over het afgelopen weekend.

Op mijn programma voor vandaag staan het bewaken van de voortgang van enkele patiënten, overleg en huisbezoeken. We streven naar gemiddeld vijf huisbezoeken per dag. De hele dag kan ik worden gebeld, meestal zijn het mantelzorgers met een vraag of calamiteit. Als het even kan ga ik er dan heen, want over het algemeen moet je een situatie toch zelf hebben gezien om deze goed te kunnen inschatten.

Ik bel met de kleindochter van patiënte A, zij is mijn contactpersoon. Haar oma was tijdelijk opgenomen op een verpleegafdeling en wordt vandaag overgeplaatst naar de meerzorgafdeling. Dat is een afdeling van een verzorgingshuis -open of gesloten- met ongeveer tien kamers. De mensen die er verblijven worden veel betrokken bij dagactiviteiten, met name omdat zij structuur in hun leven nodig hebben. Met deze plaatsing houdt in principe mijn bemoeienis op. Over zes weken sluit ik de begeleiding af. Via het gesprek met de kleindochter probeer ik na te gaan of er nazorg nodig is voor de partner van de patiënte.

Toen ik mijn begeleiding startte waren de echtgenoot en dochter ernstig overbelast. Door de gespannen sfeer tussen het echtpaar functioneerde de patiënte slechter. Nadat ze in huis was gevallen en een tijdlang hulp nodig had bij het opstaan, kon haar man die hulp niet geven omdat hij zelf fysiek niet sterk is. Dat was het moment waarop voor alle partijen een opname acceptabel bleek. Eenmaal op de verpleegafdeling bleek de patiënte dankzij de aanwezige structuur en de afwezigheid van spanningen vrijwel zelfstandig te kunnen functioneren. Dit was ook al uit het neuro-psychologisch onderzoek gekomen. Na enkele weken is er een multidisciplinair overleg gehouden, waarbij de verpleeghuisarts, maatschappelijk werkster, echtgenoot, kleindochter en ik hebben nagegaan hoe het na deze opname verder moest. Daar kwam de meerzorgafdeling uit als beste optie. Vervolgens heb ik de familieleden geïnformeerd over de voor hen goed bereikbare verzorgingshuizen en hebben zij de opname zelf geregeld. Vandaag is het zover. Van de kleindochter hoor ik dat de patiënte de nieuwe situatie lijkt te accepteren. De echtgenoot heeft het er moeilijker mee.

Terugkijkend op de voorgeschiedenis van de patiënte en het moeizame proces, ben ik erg tevreden met het eindresultaat.

(Over de auteur:
Gerrie van Dijk is HBO-verpleegkundige geriatrie)

Hierna word ik gebeld door de dochter van patiënte B. Patiënte B heeft vorige week een schouderfractuur opgelopen en moet uitbreiding van zorg krijgen of worden opgenomen. De echtgenoot vindt het allemaal niet nodig, volgens hem loopt alles prima (zo iemand noemen wij een 'zorgmijder'). Zijn dochters denken er anders over, ook doordat hun vader slecht slaapt en overdag niet goed voor zijn vrouw kan zorgen. Morgen, na de controle bij de orthopeed, zal de dochter mij weer bellen.

Bij deze patiënte ben ik uiterst alert op de mogelijkheden om verandering aan te brengen in de zo langzamerhand overbelaste thuissituatie.

Ik let er voortdurend op of de patiënt en mantelzorger(s) het nog aankunnen met de aanwezige hulp. Zo niet, dan regel ik er hulp bij. Wanneer de situatie niet langer veilig is moet de patiënt worden opgenomen, maar daar moeten patiënt en mantelzorger het mee eens zijn. Soms denken mantelzorgers, hoe overbelast ze ook zijn, 'dat ze nog niet genoeg hebben gedaan'. Wanneer de situatie niet langer veilig is moet de patiënt worden opgenomen. Indien de patiënt en/of mantelzorger het daar niet mee eens zijn, moet ik een rechterlijke machtiging aanvragen.

Ik ga door met mijn voortgangsbewaking. Ik bel met de verpleeghuisarts van de psychogeriatrische afdeling waar een van mijn patiënten is opgenomen voor revalidatie. De arts is van mening dat de patiënte op de verkeerde afdeling is opgenomen. Zij is erin geslaagd zich veel beter voor te doen dan ze in werkelijkheid is. Voor dergelijk 'facadegedrag' moeten wij, maar ook de verpleegarts, voortdurend op onze hoede zijn. De arts ziet het nu een weekje aan en heeft de psycholoog gevraagd een neuropsychologisch onderzoek te doen. Ik neem contact op met de psycholoog en fax op haar verzoek de resultaten van het vorige onderzoek, zodat de resultaten kunnen worden vergeleken.

Om 11.00 uur begin ik met mijn huisbezoeken en na de lunch is er een multidisciplinair overleg bij een instelling voor dagbehandeling over een patiënte die daar onlangs is gestart. Ze heeft het erg naar haar zin. Ik vertel over de thuissituatie en van wie ze ondersteuning krijgt. Ze is thuis een paar keer gevallen. Bij de dagbehandeling zal men haar observeren om de oorzaak van het vallen te achterhalen.

's Middags word ik gebeld door een verpleegkundige van de polikliniek van Parnassia. Mijn patiënt C is onder behandeling van de geriater, omdat hij reminyl gebruikt, een middel dat Alzheimer vertraagt. De patiënt heeft wanen, medicatie is geen optie omdat zijn mobiliteit slecht is. Dagbehandeling zou hem uit zijn isolement halen en zijn wanen verminderen. Ik heb al vaker geprobeerd hem te laten kennismaken met de dagbehandeling. Zonder succes. Ook deze patiënt is een 'zorgmijder' en heeft geen idee dat hij ziek is, laat staan dat hij daar enig inzicht in heeft. Misschien komt er in de toekomst een moment waarop hij de dagbehandeling wel accepteert.

Op dergelijke momenten voel ik de druk van de familie en de geriater om iets aan de situatie te veranderen. Tegelijk voel ik mijn eigen beperkingen om de patiënt te motiveren. Ik ervaar dat als enerverend.

Hierna volgen nog twee huisbezoeken.

31 maart

Mijn agenda vermeldt wederom bewaken voortgang, overleg en huisbezoek.

Ik bel naar de meerzorgafdeling waar patiënte A nu woont en informeer hoe zij de nacht heeft doorgebracht. Later op de ochtend doe ik hetzelfde bij haar echtgenoot. Volgende week ga ik bij haar op bezoek en over zes weken sluit ik de begeleiding af met een gesprek met het echtpaar en eventueel hun kinderen.

Om 9.30 uur heb ik kort overleg met een collega. We inventariseren de spoedopnamen en de huizen waar plaats is voor opname.

Ik ga op huisbezoek, te beginnen bij een echtpaar van wie de man problemen heeft met de huishoudelijke hulp. Die komt regelmatig niet opdagen. Ik heb hierover contact gehad met de planner van de thuiszorg. Het echtpaar is al eerder veranderd van thuiszorgorganisatie. De hulp is nu wel aanwezig en ik praat even met haar. De patiënte gaat vier keer in de week naar de dagbehandeling, heeft het daar prima naar haar zin, maar als ze thuiskomt herkent ze haar man niet. Hij leert hiermee om te gaan, maar hij is flink belast en heeft zelf lichamelijke klachten. Ik maak een afspraak voor over twee weken, omdat ik de situatie een beetje onrustig vind.

In de auto bel ik naar het CIZ, de indicatiesteller voor het toewijzen van zorg, over een AWBZ-aanvraag. Ik vraag of het indicatiebesluit voor een van mijn patiënten al is afgegeven, zodat de patiënt kan gaan kennismaken bij de dagbehandeling.

Deze aanvragen kosten mij veel tijd. De resultaten moet ik zelf opvragen, omdat het besluit van toekenning naar de patiënt wordt gestuurd. Als de patiënt het bewuste papier niet zoek maakt - wat soms gebeurt -, horen wij via de familie wanneer het besluit is afgegeven en welke functies zijn toegekend. Gelukkig is sinds enkele maanden het aanvraagformulier eenvoudiger opgesteld.

Het volgende bezoek is aan een alleenwonende vrouw in een seniorenflat. Ze heeft problemen met het korte termijngeheugen. Voor haar tijdorïentatie heeft ze een analoge klok met datum- en dagaanduiding. Iedere dag komt de thuiszorg om de inname van medicijnen te controleren, twee dagen in de week gaat ze naar de dagbehandeling en ook op de overige dagen heeft ze een vast dagprogramma. Ik maak een praatje met haar en lees het dossier van de thuiszorg. Bij de dagbehandeling is onlangs een overleg over haar geweest. De situatie ziet er rustig uit, ik maak een afspraak voor over vier weken. In de keuken heeft ze een grote kalender waar ze alle afspraken op noteert. Binnenkort zal ik haar dochter bellen, mijn contactpersoon.

Hierna is het tijd voor een intervisiebijeenkomst. De groep bestaat vandaag uit vijf casemanagers en een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige van Parnassia. Een collega brengt een casus in over een nieuwe patiënt met forse systeemproblematiek. Dat wil zeggen dat de belangen van patiënt en familie tegengesteld zijn. Er blijkt ook sprake van mishandeling. *Het is een leerzaam uur.*

s' Middags ben ik vrij.

1 april

Ik begin met het bijwerken van mijn administratie. Alle contacten die ik de afgelopen maand met patiënten heb gehad moeten worden geregistreerd. Er is een nieuwe manier van registreren ingevoerd, het wil me nog niet helemaal lukken. Vervolgens lees en beantwoord ik mijn e-mail en rapporteer de bezoeken en telefoontjes van de vorige dag. Tussen 9.00 en 9.30 uur is het telefonisch spreekuur, daarna even kort contact met collega's.

Ik ga op huisbezoek bij een patiënte die vriendelijk is, maar ook achterdochtig. Ik ben bezig haar vertrouwen te winnen. Ze heeft geen besef van haar ziekte, in haar beleving gaat alles prima en heeft ze niemand nodig. Ze vindt het wel gezellig dat ik langskom. In de auto bel ik met haar dochter, met wie ik heb afgesproken om thuiszorg in te zetten voor de persoonlijke verzorging. We vermoeden dat moeder zich niet meer wast, in ieder geval verschoont ze zich niet meer. De warme maaltijd slaat ze over. Met de dochter spreek ik af dat ik bij het volgende bezoek iemand van de thuiszorg meeneem en haar introduceer als mijn plaatsvervanger.

Daarna ga ik langs bij de dagbehandeling om te zien hoe patiënte B het maakt, de patiënte met de schouderfractuur. Met de coördinator van de dagbehandeling bespreek ik ook enkele andere patiënten. Na een aantal telefoontjes met CIZ-medewerkers ga ik op huisbezoek bij patiënt C, de zorgmijder die geen besef heeft van zijn ziekte. De thuiszorg komt nu twee per dag langs om voor zijn eten te zorgen en te controleren of hij zijn medicijnen inneemt. Dagbehandeling zou goed zijn om zijn wanen tegen te gaan, maar hij weigert nog steeds in te gaan op alle voorstellen en aansporingen. Hij vindt het wel leuk dat ik langskom en vertelt de verhalen die ik al zo vaak heb gehoord.

Aan het eind van de middag heb ik nog contact met de psycholoog van een verpleeghuis waar een patiënt is opgenomen na een operatie. Zij doet een neuro-psychologisch onderzoek en wil meer informatie over de thuissituatie.

2 april

Patiënte A blijft me bezighouden. Ik bel de opnamefunctionaris van de meerzorgafdeling waar ze is opgenomen en informeer haar over het tijdstip waarop mijn patiënte door het CIZ beoordeeld zal worden. Ik hoor welke verpleeghuisarts de consulten op de meerzorgafdeling doet en beloof de neuro-psychologische rapporten en de intake van de patiënte door Parnassia toe te sturen. Ik kopieer alles en verzend het per post.

Een dochter belt over haar moeder, ook een zorgmijder, bij wie het innemen van medicijnen moet worden gecontroleerd. Dat luistert nauw omdat de medicijnen moeten voorkomen dat ze in een psychose raakt. We zullen starten met het Baxter systeem,

waarbij de medicijnen voor een week worden uitgezet en de voorraad niet door de patiënt wordt beheerd. De moeder woont in een garantwoning, dat wil zeggen in een eigen woning die deel uitmaakt van een verzorgingsgeheel, compleet met een eigen winkeltje, restaurant en kapper.

De dochter van patiënte B belt over de verslechterde thuissituatie. Vannacht belde haar vader om ondersteuning. Ik heb de patiënte gisteren nog bezocht bij de dagbehandeling. Vader en dochters vinden een tijdelijke opname te pijnlijk voor moeder. Voorzichtig informeer ik de dochter dat het misschien juist wel pijnlijk is voor de familie, maar dat de kans bestaat dat moeder een opname zonder problemen zal accepteren. Vervolgens neem ik contact op met de opnamefunctionaris van het verpleeghuis waar moeder staat ingeschreven (tijdens de begeleiding raad ik de familie altijd aan om psychogeriatrische (PG) verpleeghuizen te bezoeken en de patiënt in te schrijven voor opname) en doe een vooraankondiging van een mogelijke spoedopname.

Nu nog drie huisbezoeken, dan zit deze dag erop.

Korte berichten

Actueel

Afscheid prof. dr. W.J. Schudel met symposium

Op donderdag 10 september organiseert de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag samen met de afdeling Openbare Geestelijke Gezondheidszorg een minisymposium, van 13.00 tot 17.00 uur in Theater & Zalen Concordia in Den Haag:

Aan de beterende hand? Over gezondheid en OGGZ in Den Haag

Belangrijkste aanleiding voor het symposium zijn de recente vernieuwende ontwikkelingen in Den Haag op het terrein van de OGGZ, zoals 'Den Haag Onder Dak'. De bijeenkomst is bedoeld voor samenwerkende partners in het veld en voor collega's, opdat dit symposium een (nieuwe) impuls kan geven aan de OGGZ in Den Haag.

Tijdens het symposium zullen wij tevens afscheid nemen van prof. dr. W.J. Schudel van de GGD Den Haag, vanwege het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd. In de jaren 1976-1985 was hij hoofd van de afdeling Geestelijke Gezondheidszorg bij de GG & GD in Den Haag, in de jaren daarna bleef hij verbonden aan de afdeling Epidemiologie. Naar aanleiding van dit afscheid kijken we terug: hoe was en functioneerde de OGGZ decennia geleden, wat is er veranderd en hoe doen we het nu in Den Haag? We stellen ons daarbij de kritische vraag: 'Is de OGGZ in Den Haag aan de beterende hand?'

Vanuit verschillende achtergronden zullen experts hun

mening geven over de OGGZ nu en in het verleden. Verwacht worden o.a. prof. dr. P. Schnabel, algemeen directeur van het Sociaal Cultureel Planbureau; prof. dr. N. Mulder, hoogleraar OGGZ aan het Erasmus Medisch Centrum Rotterdam en psychiater ambulante psychiatrie Bavo Europoort; prof. dr. B. Gersons, hoogleraar psychiatrie aan de Universiteit van Amsterdam en prof. dr. B. van Hemert, bijzonder hoogleraar Epidemiologie van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg aan het Leids Universitair Medisch Centrum, tevens hoofd van de 24-uursdienst van de Parnassia Bavogroep in Den Haag. *Voor inlichtingen over dit minisymposium kunt u contact opnemen met Jessica Roos, tel. 070 - 353 72 66, e-mail: j.roos@ocw.denhaag.nl.*

Allochtonen en Kanker

Woensdag 22 april j.l. heeft Bert van Alphen, wethouder Volksgezondheid, Welzijn en Emancipatie, tijdens een feestelijke bijeenkomst certificaten uitgereikt aan de eerste groep allochtone vrouwen die hebben deelgenomen aan de training Allochtonen en Kanker. Deze training is ontwikkeld door STIOM, in samenwerking met Mammarosa en de Stichting Allochtonen en Kanker. Naast de trainingen worden ook laagdrempelige voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd en worden er twee spreekuren gehouden waar mensen terecht kunnen met hulpvragen. De vrouwen -met Turkse, Marokkaanse, Chinese, Tunesische en Iranese achtergrond- zullen als eersten in Nederland laagdrempelige voorlichting binnen de

eigen gemeenschap gaan geven over kanker. Het bijzondere aan deze groep vrouwen is dat zij niet verbonden zijn aan een organisatie, maar dat zij vanuit persoonlijke betrokkenheid iets aan het taboe rondom kanker willen doen. Zij hebben in de cursus van verschillende (allochtone) deskundigen les gekregen over kanker. Ze zijn getraind in het geven van voorlichting en hebben dit allemaal in het kader van de cursus een keer in praktijk gebracht. Inmiddels zijn met de voorlichting al meer dan 300 mensen in Den Haag bereikt. Dit is belangrijk omdat er op dit moment binnen de allochtone gemeenschap nog veel onwetendheid is over kanker, het herkennen van de symptomen en de behandeling. Ook blijkt dat binnen verschillende groepen niet over de ziekte wordt gepraat en dat er nog veel fabels de ronde doen. Op 19 mei is een tweede groep cursisten gestart, waaraan ook allochtone mannen deelnemen. *Meer informatie over dit project is verkrijgbaar bij Fatima Faïd, adviseur STIOM, Tel. 070-445 22 22, e-mail: ffaïd@stiom.nl.*

Onderzoek

Mediabewuste jongere minder vatbaar voor seksualisering

De -geseksualiseerde- media bevestigen voor veel jongeren de ongelijkwaardige rollen van mannen en vrouwen in seks en relaties, zoals ze die in het dagelijks leven tegenkomen. Of het zien van die beelden samenhangt met de opvattingen en het seksuele gedrag van jongeren

hangt sterk af van de mate waarin zij de mediabeelden als realistisch (echt) of relevant (leerzaam) ervaren. Dit blijkt uit onderzoek van de Rutgers Nisso Groep, MOVISIE, het Nederlands Jeugdinstituut en E-Quality naar jongeren en seksualisering in de media. Het onderzoek is verricht in opdracht van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen.

En wat blijkt?

Porno als inspiratiebron: seksuele ervaring hangt niet samen met het kijken naar muziekzenders als MTV en TMF, maar wel met het kijken naar porno en erotiek. Niet duidelijk is wat er eerst komt: het pornogebruik of de seksuele ervaring. In groeps gesprekken geven jongens aan dat ze porno gebruiken als inspiratie voor hun seksuele gedrag.

'Jongens zijn stoer, meisjes een hoer': veel jongens en veel meisjes denken dat 'jongens altijd seks willen', meisjes worden geacht grenzen te hebben en de jongens in te nemen. Bij grensoverschrijding (aanranding, verkrachting) heeft het meisje haar grens onvolgende aangegeven of heeft ze het uitgelokt door sexy kleding te dragen. Vinden veel jongeren uit dit onderzoek. Evenals: een (hetero)seksueel actieve jongen is stoer, een meisje met hetzelfde gedrag is een hoer.

Verbieden helpt niet: grenzen stellen aan het mediagebruik en algemene kritiek op mediabeelden hebben nauwelijks effect. Mogelijk wel invloed heeft het als ouders een gesprek aangaan met hun kind over de beelden die zij tegenkomen. Het blijkt ook dat jongeren positiever denken over hun uiterlijk en over zichzelf wanneer ze meer steun ervaren van hun ouders en wanneer de ouders beter op de hoogte zijn van

het gaan en staan van hun kind. Dit geldt vooral voor autochtone jongens.

Deze en nog veel meer bevindingen komen naar voren uit bovengenoemd onderzoek. Er zijn drie onderzoeksrapporten over verschenen: *Seksualisering: Reden tot zorg?*; *Seksualisering: Aandacht voor etniciteit*; en *Seksualisering: 'Je denkt dat het normaal is'*.

Meer informatie bij de afdeling Communicatie van de Rutgers Nisso Groep, tel. 030 - 231 34 31.

Cursussen

Informatiebijeenkomst over Opleiding Master Public Health

U hebt de ambitie om u verder te ontwikkelen tot vernieuwer of stuurder, heeft tenminste vijf jaar werkervaring en bent momenteel werkzaam in de public health. Bent u enthousiast en wilt u, of willen uw medewerkers meer weten over de MPH-opleiding? Dan bent u van harte welkom op de informatiebijeenkomst over de MPH-opleiding.

Data: dinsdag 16 juni 2009 van 16.30 - 18.00 uur.

Kosten: gratis

Summerschool public health nieuw

Bijblijven door meer weten: actualiteiten public health. Drie dagen - met kort avondprogramma - met gevarieerde en inhoudelijke onderwerpen voor liefhebbers van intensieve scholing. U krijgt de gelegenheid om u in een aangename omgeving in kort tijdsbestek te verdiepen in de breedte van de public health.

Doelgroep: artsen Maatschappij & Gezondheid, jeugdartsen, MPH-ers en andere professionals in de public health.

Data: woensdag t/m vrijdag 26 t/m 28 augustus 2009

Kosten: € 1.495

Locatie: Amersfoort

Strategisch opereren in de public health, politiek-bestuurlijke context

Over strategieën om invloed uit te oefenen op de politieke en bestuurlijke besluitvorming.

Relevante netwerken en krachtenvelden en hun onderlinge beïnvloeding worden geanalyseerd.

Doelgroep: beleidsmakers, stuurders en uitvoerders functionerend op academisch denk- en werkniveau, werkzaam in de public health.

Data: donderdag 17 september, 1 en 15 oktober, 5 en 19

november, 3 en 17 december 2009

Kosten: € 3.590

Opleiding Master Public Health

Door deel te nemen aan deze opleiding leert u uw visie op actuele thema's binnen de public health beter formuleren, onderbouwen en uitdragen. U leert complexe, multi- en interdisciplinaire vraagstukken analyseren en oplossingen aan te dragen en u verwerft meer inzicht en kennis van de verschillende vakinhoudelijke deelterreinen van de public health en de onderlinge samenhang.

U kunt zich nu inschrijven voor het gehele curriculum (3 jaar) of losse leertrajecten (6-7 dagen):

- Strategisch opereren in de public health, politiek-bestuurlijke context
- Verbinden van kennis en beleid in de public health
- Veranderen en implementeren in de public health
- Leiderschap en sturen in de public health

Doelgroep: Beleidsadviseurs, projectleiders en leidinggevend in de public health (academisch

niveau) die willen doorgroeien tot een effectieve regisseur in het veld. Data: vanaf 17 september 2009 met een vaste lesdag óm de week.

Inleiding in de economie van de Public Health

(opnieuw aangeboden wegens grote belangstelling)

Economisch denken in relatie tot de public health gaat niet alleen om bezuinigingen, maar ook over de inzet van gezondheid als kapitaal. Belicht worden begrippen en instrumenten als kosten-baten-analyse, kosteneffectiviteitanalyse, balanced scorecard, gezondheidskapitaal en QUALY's. Daarbij gaat het over het maken van keuzes in preventie op basis van economische argumenten. Doelgroep: arts Maatschappij & Gezondheid, leidinggevende, beleidsmedewerker, epidemioloog, gezondheidswetenschapper, projectmanager, professional of een projectcoördinator werkzaam bij een GGD, GGZ, zorgverzekeraar, thuiszorgorganisatie, nationaal instituut, koepelorganisatie, in de verslavingszorg of bij een relevante overheidsinstantie.

Data: dinsdag 22 en 29 september en 6 oktober 2009

Kosten: € 975

Samenwerking en procesmanagement

Loopt u aan tegen weerstand, gebrek aan motivatie en andere prioriteiten in een samenwerkingsverband? Leer zelf meer sturing te geven aan de samenwerking door meer zicht te krijgen op het samenwerkingsproces en op uw persoonlijke rol en vaardigheden hierin.

Doelgroep: preventiemedewerker, de preventiefunctaris/functionaris gezondheidsbevordering, de beleidsmede-

werker of senior gezondheidsbevordering en preventie met minimaal 2 jaar werkervaring. U bent werkzaam bijvoorbeeld bij een GGD, RIAGG/ GGZ, in de verslavingszorg, thuiszorg, patiëntenvoorlichting, een landelijke categorale instelling of een ondersteuningsinstituut. Ook andere professionals die vaak in complexe samenwerkingsverbanden werkzaam zijn, kunnen met deze module hun voordeel doen.

Data: woensdag 23 september en 7 oktober 2009 van 9.30 tot

16.30 uur

Kosten: € 650

Locatie: Utrecht

Tenzij anders vermeld, is de locatie van de cursussen: NSPOH, Amsterdam.

Informatie: www.nspob.nl, telefoon 020 - 566 49 49, info@nspob.nl.

Aangiften infectieziekten

Meldingen tijdens het eerste kwartaal 2009, voor de stad Den Haag

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

Het aantal aangifteplichtige infectieziekten, door de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het eerste kwartaal 2009 gemeld (108, exclusief de meldingen van TBC), is hoger dan het aantal in dezelfde periode in 2008 (60). Dit verschil is hoofdzakelijk toe te schrijven aan een verhoogd aantal gevallen van kinkhoest en hepatitis B. Hieronder volgen commentaren op de gemelde infectieziekten.

Hepatitis A

Er zijn 4 vrouwen en 2 mannen met hepatitis A gemeld. Twee vrouwen waren in Marokko resp. Spanje besmet, de anderen in Nederland. Een Marokkaanse man was in Nederland binnen het gezin besmet, van de andere 3 is de bron niet achterhaald, 2 van hen waren besmet in Florida, 1 vrouw was besmet in India.

Hepatitis B

Het aantal hepatitis B meldingen (58 chronische gevallen) is hoger dan het vorige kwartaal. Er waren iets meer mannen dan vrouwen. Op enkele patiënten na betroffen de meldingen personen afkomstig van landen waar de ziekte veel voorkomt. De besmettingsbron is doorgaans niet bekend.

Bij 3 jonge mannen werd acute hepatitis B vastgesteld, 2 hadden dit opgelopen na onveilig seksueel contact.

Infectieziekten gemeld door instellingen 2009, Den Haag.

ziektecategorie	Instelling					Totaal
	kindercentrum	verpleeghuis	verzorgingshuis	woonvoorziening	ziekenhuis	
Huidziekten	5					5
Luchtweginfecties	1	1				2
Maag-darmaandoening	2	8	8	1	4	23
Vlekjesziekten	2					2
totaal	10	9	8	1	4	32

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (30) was hoger dan het aantal gevallen in hetzelfde kwartaal van 2008 (16). Het betreft bijna allemaal gevaccineerde personen, meestal tussen 5 en 20 jaar.

Legionellose

Er zijn 3 personen gemeld met legionellose, waarvan een opgelopen na verblijf in een vakantie-huisje in Spanje en de ander in de Verenigde Staten. De bron van besmetting bij de derde is niet achterhaald, maar was wel in Nederland.

Malaria

Een volwassen man werd gemeld met deze aandoening, opgelopen in Cambodja. De besmetting is toegeschreven aan het niet innemen van profylaxe.

Mazelen

Een 41-jarige man is met deze ziekte gemeld. Het betrof een man die vanwege een kritische houding niet gevaccineerd was en in Nederland besmet was geraakt.

Meningokokkenziekte

Een 4-jarig jongetje, gevaccineerd tegen meningokok serotype C, werd besmet met de meningokok serotype B waartegen nog geen vaccin bestaat.

Shigellose

(voorheen *Bacillaire dysenterie* genoemd)
Twee mannen en 2 vrouwen van 20-65+ werden gemeld. De besmetting had plaatsgevonden buiten Nederland. Twee patiënten kwamen uit hetzelfde gezin en zijn in Egypte besmet.

STEC/Enterohemorragische E.coli-infectie

Met deze ziekte, meestal opgelopen door het eten van onvoldoende gebakken vlees, werd een 20-jarige man gemeld. Hij is mogelijk besmet door het eten van onvoldoende gegaarde kip. Bij kinderen kan deze darmbesmetting leiden tot een ernstig ziektebeeld met hemolyse (plotse afbraak van rode bloedcellen) en nierproblemen.

Mexicaanse griep

In april is een uitbraak van een nieuw griepvirus ontstaan in Mexico. Dit virus is verwant aan een varkensgriepvirus, maar bevat ook delen van een vogelgriepvirus en een mensgriepvirus. Alle gezondheidsdiensten in Nederland proberen de verspreiding van dit virus te beperken. Over deze uitbraak is breed gerapporteerd in de media, we gaan er hier niet verder op in.

Infectieziekten gemeld door instellingen

In de bovenstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het eerste kwartaal 2009.

Het aantal meldingen uit instellingen is vergelijkbaar met het aantal meldingen gedurende het eerste kwartaal 2008. De maag-darmaandoeningen betreft hoofdzakelijk 23 explosies van buikgriep in verpleeg- en verzorgings- en ziekenhuizen, bijna allemaal veroorzaakt door het norovirus. Tevens waren er buikgriepuitbraken in kinderdagverblijven en in een woonvoorziening. Vlekjesziekten en huidziekten betroffen meestal vermoedens van de vijfde ziekte en roodvonk, alsook kleine uitbraken van ringworm en krentenbaard. Het waren dan ook vooral kinderdagverblijven en scholen die deze aandoeningen meldden.

Meldingen tijdens het eerste kwartaal 2009 voor de regio Zuid-Holland West*Hepatitis A*

In het eerste kwartaal kwamen er 3 meldingen van hepatitis A. Twee patiënten hadden de ziekte in Nederland opgelopen. Ondanks uitvoerig brononderzoek heeft de GGD de bron niet kunnen achterhalen. De andere patiënt had de ziekte op de Kaapverdische Eilanden opgelopen.

Hepatitis B

Er zijn 12 meldingen van hepatitis B geweest. In 2 gevallen betrof het een acute besmetting die waarschijnlijk seksueel was overgedragen.

Kinkhoest

Er waren 70 meldingen van kinkhoest. Het aantal meldingen is stabiel. De GGD doet contactonderzoek om met name de niet of onvolledig gevaccineerde zuigelingen onder de 1 jaar te beschermen.

Legionellose

Er was 1 melding van Legionellose. De ziekte was waarschijnlijk in Frankrijk of Luxemburg in een hotel opgelopen.

Malaria

Er waren 2 meldingen van malaria. De malaria was opgelopen in Nigeria en in Brazilië. In beide gevallen was geen profylaxe geslikt.

Shigellose

In het 1e kwartaal is er één melding van Shigellose geweest. De ziekte was opgelopen in Ethiopië.

Voedselinfectie

Eén maal was er sprake van een

voedselinfectie die aan de criteria van melden voldeed. De bron lag in het buitenland (Spanje).

Aan deze rubriek werkten mee:

E.Ĵ.M. de Coster

E.M. Huisman

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

Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte	Het eerste kwartaal 2009			De voorgaande 4 kwartalen				t/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar		
	GGD Den Haag 1e kw. 2009	GGD-Zuid-Holl. West 1e kw. 2009	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2009	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2008**)	Tot. regio Haaglanden 2e kw. 2008**)	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2008**)	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2008**)	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2009	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2008**)	
B-ziekten	bacillaire dysenterie	4	1	5	7	12	10	16	5	7
	buiktyfus					2	2	1		
	cholera									
	Creutzfeld-J's disease									2
	hepatitis A	6	3	9	4	5	5	10	9	4
	hepatitis B *)	61	12	73	45	71	59	44	73	45
	hepatitis C									
	kinkhoest	30	70	100	62	104	125	118	100	62
	legionella pneumonie	3	2	5	5	5	8	1	5	5
	mazelen	1		1	2		53	1	1	2
	meningokokkose	1		1	2	2		2	1	2
	paratyfus A				1	1		1		1
	paratyfus B (C)						6	2		
	tuberculose	28		28	28	25***	25***		28	28
	voedselvergiftiging of voedselinfectie		1	1	2	2		1	1	2
C-ziekten	brucellose									
	E.coli 0157	1		1			1	1	2	
	leptospirose						1	1		
	malaria	1	2	3	2	2	10	5	3	2
	ornithose/psittacose				1		3			1
	Q-koorts						1			
	rode hond									
totaal	136	91	227	161	233	312	228	227	233	

*) 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).

