



Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

jaargang 45, 2010, nummer 1

inhoud

Redactioneel

epidemiologie

Hebben Hindostaanse baby's in Paramaribo een 'thin-fat' fenotype?
Een deelonderzoek in het kader van de Haagse India studie

GGD'en tevreden over vaccinatiecampagne in de regio Haaglanden

volksgezondheid

Het Elektronisch Kinddossier; ervaringen van de Jeugdgezondheidszorg
in Den Haag

De gezondheid van de Haagse burger opnieuw in kaart gebracht

Van excluderende naar inkluderende psychiatrie

Korte berichten

Colofon

Maart 2010, 45ste jaargang nr. 1

Redactie

dr. G.A.M. Ariëns, GGD Den Haag (kernredacteur)
mw. I.M. van der Meer, GGD Den Haag (kernredacteur)
H. Verpoorten, beleidsmedewerker Volksgezondheid,
dienst OCW (kernredacteur)
P.K. Chandie Shaw, arts, Den Haag
prof. dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Den Haag
E. Pieters, Parnassia Bavo Groep
B. Potemans, huisarts in Den Haag
mw. K. van der Voorn, STIOM Den Haag
M.H. Waterman (hoofdredacteur), GGD Den Haag
mw. W. van Rijssel (redactiesecretaris/eindredacteur)

Redactieadres

Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn
GGD, Postbus 12652, 2500 DP Den Haag
Bezoekadres: Thorbeckelaan 360
Secretariaat EMG
tel.: 070 - 353 72 66, fax: 070 - 353 72 92
e-mail: j.roos@ocw.denhaag.nl
Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij mw. Roos.

Epidemiologisch Bulletin op internet:

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

Ontwerp en productie

Gemeente Den Haag
Intern Dienstencentrum

Fotografie

Peter van Oosterhout

Uitgave

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, GGD Den Haag
Directeur Volksgezondheid

Via het bulletin wil de redactie de communicatie aanmoedigen tussen hulpverleners, leidinggevend, beleidsmedewerkers en onderzoekers in de gezondheid in de regio Den Haag. De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en vormgeving van het bulletin. Overname van artikelen is in vele gevallen mogelijk in overleg met de redactie. De richtlijnen voor auteurs kunnen op het redactiesecretariaat worden opgevraagd. Bij wijziging van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen. Voor het bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier. Het bulletin verschijnt vier maal per jaar.

ISSN 0921-6219

Inhoud

Redactioneel	1
Epidemiologie	
Hebben Hindostaanse baby's in Paramaribo een 'thin-fat' fenotype? Een deelonderzoek in het kader van de Haagse India studie <i>L. van Steijn, N.S. Karamali, H.H.H. Kanhai, G.A.M. Ariëns, C.H.D. Fall, C.S. Yajnik, B.J.C. Middelkoop, J.T. Tamsma</i>	2
GGD'en tevreden over vaccinatiecampagne in de regio Haaglanden <i>G.A.M. Ariëns</i>	8
Volksgezondheid	
Het Elektronisch Kinddossier; ervaringen van de Jeugdgezondheidszorg in Den Haag <i>J. de Wilde, S. Gena, S. Schenmink</i>	12
De gezondheid van de Haagse burger opnieuw in kaart gebracht <i>G.A.M. Ariëns</i>	17
Van excluderende naar inkluderende psychiatrie <i>Oratie van prof. dr. A.M. van Hemert</i>	20
Korte berichten	22

Redactioneel

Verkiezingen, Collegeprogramma's en Bezuinigingen, Investeren in Preventie!

Gemeenteraadsverkiezingen maken dat in het hele land de lokale kaarten opnieuw worden geschud. Wie gaat met wie samen en wat gaat dat betekenen? Nieuwe coalities ontstaan en worden bekrachtigd met collegeprogramma's. Wanneer het economisch voor de wind gaat maakt de publieke gezondheidszorg zich daar niet zo'n zorgen over. Meestal gaat het dan vooral om 'Wat voor nieuwe (lees extra) dingen gaan we doen?'. In tijden van economische teruggang draait alles om 'Waar gaan we mee stoppen of wat gaan we anders (lees efficiënter) doen?'. Dit vraagstuk ligt de komende periode op het bord van de gemeentebestuurders, ook in onze regio.

Verschillende sectoren hebben de afgelopen periode intensief gelobbyd bij de landelijke politiek om bepaalde thema's buiten de bezuinigingen te houden. In de preventieve gezondheidszorg is dat niet gebruikelijk. Nou is dat op zich niet zo raar. Investeren in preventie is immers investeren in gezondheid. En bij investeringen is het over het algemeen van belang hoe hoog het rendement op de investering is, anders gezegd: wat is het netto voordeel ten opzichte van de totale kosten en hoe snel maken we dat rendement? Tja... en maak dat bij preventie maar eens duidelijk. Hoeveel meer gezond wordt men van een preventieprogramma? En als dat al lastig is, wat te denken van vertraging in het terugverdienen? Het effect van investeren in bijvoorbeeld mondgezondheid van de jeugd via poetsinstructies op scholen of van investeren via het rookverbod in openbare ruimten is op korte termijn moeilijk zichtbaar te maken. Het terugverdienen gebeurt meestal niet op korte termijn en vaak ook niet binnen de ambtstermijn van de betreffende bestuurlijk verantwoordelijken. Het maakt dat men in onze sector nogal terughoudend is met oproepen aan bestuurders om bezuinigingen in de collectieve preventie vooral achterwege te laten en, sterker nog, in tijden van zwaar weer extra te investeren. Toch leert de geschiedenis dat in tijden van recessie de gezondheidsverschillen er zeker niet minder op worden.

Het voorliggende nummer van het bulletin laat een divers beeld zien van de thema's die heden ten dage spelen in de publieke gezondheidszorg in Haaglanden.

Het artikel over het elektronisch kinddossier schetst een 'tussenstand' van de ontwikkeling van het Haagse EKD. Een investering die trouwens werd gestart in tijden van behoorlijk zwaar weer. Over terugverdientijd gesproken. Het artikel over Hindostaanse babies maakt het belang zichtbaar om vanuit de openbare gezondheidszorg te zoeken naar evidence om vermoedens aan te kunnen tonen of uit te sluiten. Het zoeken naar evidence is een voorwaarde om adequaat te kunnen interveniëren en vergt inderdaad om een investering, onder meer in de samenwerking met het LUMC.

Het succes van die samenwerking blijkt ook uit het verslag van de oratie van professor van Hemert.

Van Hemert doet een oproep tot een herbezinning op de sociale psychiatrie. De facto vraagt hij om een herverdeling van inspanningen in de psychiatrie om de mensen die het het hardst nodig hebben, beter te kunnen bereiken.

Ook het artikel over de gezondheidsmonitor gaat hierover: welke groepen hebben het hardst investeringen nodig? De gezondheidsmonitor (de staat van de gezondheid van de Haagse burger) biedt daar inzicht in ten behoeve van het nieuw te ontwikkelen collegeprogramma.

Tenslotte een impressie -in woord en beeld- van een grote klus die in de periode november 2009 - januari 2010 is geklaard door de beide GGD'en, het Bureau GHOR, de consultatiebureaus en alle gemeenten in Haaglanden. De gezamenlijke inspanningen hebben een bijzonder hoge tevredenheidsscore opgeleverd. Over rendement op investering gesproken!

Hebben Hindostaanse baby's in Paramaribo een 'thin-fat' fenotype?

Een deelonderzoek in het kader van de Haagse India studie

L. van Steijn, N.S. Karamali, H.H.H. Kanhai, G.A.M. Ariëns, C.H.D. Fall, C.S. Yajnik, B.J.C. Middelkoop, J.T. Tamsma

De prevalentie van diabetes onder Hindostanen is hoog, het Epidemiologisch Bulletin heeft hier al eerder aandacht aan besteed (1). Om het individuele risico zo laag mogelijk te maken krijgen de mensen adviezen op het gebied van leefstijl. Wellicht zijn er méér mogelijkheden voor preventie.

Gebleken is dat mensen die een laag gewicht hadden bij de geboorte een verhoogd risico hebben op diabetes en hart- en vaatziekten (2). Dit lijkt ook te gelden voor Hindostanen (3) (4). Omstandigheden tijdens de zwangerschap kunnen dit geboortegewicht beïnvloeden. Daarom wordt onder Hindostaanse zwangeren en hun pasgeborenen in Den Haag de zogenaamde India studie uitgevoerd (5). Als deelonderzoek van de India studie heeft een geneeskundestudente van het Leids Universitair Medisch Centrum onderzoek gedaan bij Hindostaanse pasgeborenen in Paramaribo (6). Dit artikel beschrijft het hoe en waarom van dit deelonderzoek en bespreekt de resultaten.

In 2007 is in het Epidemiologisch Bulletin de opzet beschreven van een onderzoek naar het geboortegewicht en de vetverdeling van Hindostaanse en Nederlandse baby's in Den Haag, de zogeheten India studie (5) (zie kader: De Haagse India studie op pagina 6). Aanleiding voor dit onderzoek is de hoge prevalentie van diabetes type 2 en hart- en vaatziekten onder Hindostanen in Den Haag (1). Dit hoge voorkomen van diabetes onder Hindostanen wordt niet alleen in Den Haag gevonden, maar ook in India (waar Hindostanen oorspronkelijk vandaan komen) en onder Hindostanen die naar andere landen zijn gemigreerd, waaronder Suriname (7). Hindostanen hebben een karakteristieke lichaamsbouw: bij een zelfde Body Mass Index (zie kader: BMI) hebben Hindostanen minder spiermassa en meer lichaamsvet dan niet-Hindostaanse Kaukasiërs. Dat diabetes en hart- en vaatziekten zo vaak voorkomen onder Hindostanen hangt mogelijk samen met deze lichaamsbouw. Het is dus interessant om te weten waarom de lichaamsbouw van Hindostanen zo anders is en waar de oorsprong hiervan ligt. Uit onderzoek in India is gebleken dat al bij pasgeboren Indiase baby's

een lichaamsbouw wordt gevonden die duidelijk afwijkt van die van witte Britse baby's, geboren in Southampton, United Kingdom (8) (9) (10) (11). Kort samengevat zijn de Indiase baby's kleiner en lichter dan de Britse baby's, maar hebben ze een hoger vetpercentage. De onderzoekers spraken daarom van de 'thin-fat' Indian baby. In een ander onderzoek vergeleken de onderzoekers Indiase pasgeborenen onderling. Daarbij vonden zij dat de antropometrische kenmerken (de 'lichaamsmaten') van de baby's werden beïnvloed door het voedings- en bewegingspatroon van de moeder (12) (13). Er lijkt dus een invloed te zijn van de omstandigheden tijdens de zwangerschap op de lichaamsbouw van de pasgeborene en daarmee mogelijk ook een invloed op het risico van de pasgeborene om later in het leven diabetes en hart- of vaatziekten te krijgen. De publicatie van deze Indiase bevindingen was de aanleiding voor de Haagse India studie. Met deze studie willen de GGD Den Haag en het LUMC twee vragen beantwoorden: 1. Hebben Hindostaanse baby's in Den Haag óók een 'thin-fat' fenotype? en 2. Is er een relatie tussen enerzijds de omstandigheden tijdens de zwangerschap en ander-

Over de auteurs:

L. van Steijn was ten tijde van het onderzoek geneeskundestudent aan het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), drs. N.S. Karamali is epidemioloog bij de GGD Den Haag, prof. dr. H.H.H. Kanhai is hoogleraar Verloskunde aan het LUMC, dr. G.A.M. Ariëns is hoofd van de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag, prof. dr. C.H.D. Fall is werkzaam aan de Universiteit van Southampton (Verenigd Koninkrijk), prof.dr. C.S. Yajnik is werkzaam aan het King Edward Memorial Hospital in Poona (India), prof. dr. B.J.C. Middelkoop is bijzonder hoogleraar Public health aan het LUMC en epidemioloog bij de GGD Den Haag, dr. J.T. Tamsma is vasculair geneeskundige bij het LUMC.
E-mail: J.T.Tamsma@lumc.nl.

zijds de antropometrische kenmerken van de Hindostaanse pasgeborenen?

De Haagse India studie is noodzakelijk, omdat de omstandigheden in Den Haag sterk verschillen van die in Poona en Mysore, de plaatsen waar in India onderzoek is verricht. Dit kan betekenen dat in Den Haag geen, of minder duidelijk het 'thin-fat' fenotype wordt gevonden. Daarnaast kunnen andere aspecten van de zwangerschap een belangrijke rol spelen dan in India.

De meeste Haagse Hindostanen zijn afkomstig uit Suriname, waarheen hun voorouders ongeveer een eeuw geleden migreerden vanuit het toenmalige Brits Indië (zie kader op pagina 7: Hindostanen in Paramaribo en Den Haag). Dit bracht de onderzoekers van het LUMC en de GGD op de gedachte dat onderzoek bij Hindostaanse pasgeborenen in Suriname inzicht zou kunnen bieden in de vraag of er een relatie is tussen de omgeving en de antropometrie van de pasgeborene.

'Thin-fat Indian baby'

In verschillende onderzoeken in India is de lichaamsbouw van Indiase baby's vergeleken met blanke Britse baby's. In alle onderzoeken waren de Indiase baby's kleiner. Wanneer het fenotype van de baby's meer in detail werd bekeken, viel een patroon op. Buikomtrek (een indicator voor de omvang van organen in de buik) en bovenarmomtrek (een maat voor spiermassa) waren vaak veel kleiner, terwijl de dikte van de huidplooien (maat voor vetmassa) minder verschilde. Met name één vetdepot, onder het schouderblad, bleek naar verhouding veel minder te verschillen tussen de groepen. De Indiase baby's hadden weinig spiermassa en kleine organen in de buik, maar waren relatief vet, vandaar de benaming 'thin-fat' baby. Dit zogeheten 'thin-fat' fenotype is gevonden bij baby's in de stad en op het platteland (8) (9) (10) (11).

Het 'thin-fat' fenotype onder Hindostanen wordt door velen gezien als passend in de zogenaamde 'fetal origins of diseases'-theorie. Deze theorie gaat ervan uit dat de foetus als reactie op ongunstige invloeden in de baarmoeder aanpassingen maakt in sommige metabole processen en organen. Deze aanpassingen zijn nuttig voor de directe overleving, maar kunnen nadelig zijn op latere leeftijd en zouden leiden tot een hoger risico op het ontwikkelen van bepaalde chronische ziekten, zoals diabetes. Een ongunstig milieu in de baarmoeder ontstaat bijvoorbeeld wanneer er een tekort is aan voedingsstoffen. Dit kan een gevolg zijn van onvoldoende beschikbaarheid van goede voeding voor de moeder of een ongezond, niet

gevarieerd voedingspatroon van de moeder (2) (14). Als reactie op dit ongunstige milieu in de baarmoeder vinden aanpassingen plaats bij de baby die kunnen resulteren in besparingen op de ontwikkeling van organen en spiermassa. Het lijkt erop dat bepaalde vetdepots zich wel kunnen ontwikkelen. Dit is gunstig voor de directe overleving: vetmassa kan worden gebruikt als energiebron en zorgt voor een goede lichaamstemperatuur. Vet is bovendien een belangrijke bouwsteen voor de ontwikkeling van de hersenen. Deze neiging tot het sparen van vet kan echter ongunstig zijn op latere leeftijd, omdat het dan kan leiden tot overgewicht. Dit kan weer bijdragen aan een hoger risico op het ontwikkelen van diabetes en hart- en vaatziekten. Maar: dit is een voorbeeld van een mogelijk mechanisme; in de literatuur worden ook nog andere genoemd.

Onderzoek in Paramaribo

In 2007 is onderzoek gedaan naar het voorkomen van de 'thin-fat' baby onder Hindostanen in Paramaribo. Tussen 1 april en 30 juni 2007 zijn 39 Hindostaanse baby's gemeten in twee ziekenhuizen in Paramaribo: 's Lands Hospitaal en het Diakonessenhuis. Baby's geboren bij een zwangerschapsduur van minstens 37 weken, met vier Hindostaanse grootouders, mochten meedoen aan het onderzoek. De baby's werden uitgebreid gemeten binnen drie dagen na de bevalling: hoofd-, middel- en bovenarmomtrek en de dikte van de subscapulaire en triceps huidplooi werden vastgelegd. Geboortegewicht, lengte en zwangerschapsduur werden overgenomen uit de dossiers. Bij de moeder werd een vragenlijst afgenomen, waarin onder andere werd gevraagd naar leeftijd, lengte en gewicht voor de zwangerschap. Alle metingen zijn uitgevoerd met dezelfde meetinstrumenten en door dezelfde onderzoekster (6). De metingen bij de Hindostaanse baby's werden vervolgens vergeleken met de metingen bij de Britse en Indiase baby's uit één van de onderzoeken die in India zijn uitgevoerd. In dit onderzoek werden Indiase baby's uit dorpen rondom Poona vergeleken met witte Britse baby's uit Southampton (9).

De baby's zijn vergeleken met behulp van SD-scores specifiek voor geslacht en zwangerschapsduur (zie kader: SD-scores). De SD-score voor elke onderzochte baby is als volgt berekend: $\text{Paramaribo SD-score} = (\text{observatie in Paramaribo} - \text{gemiddelde in Southampton}) / \text{SD in Southampton}$. Op deze manier worden de baby's in Southampton als standaard gebruikt en wordt in een eenduidige maat aangegeven in hoeverre de waarden van de baby's uit Paramaribo

verschillen van die van de baby's in Southampton, namelijk uitgedrukt in SD-score op basis van de standaarddeviatie in Southampton. Op precies dezelfde manier waren indertijd de baby's uit Poona vergeleken met dezelfde groep baby's uit Southampton. Hierdoor is het mogelijk om de waarden (SD-scores) die zijn gevonden in Paramaribo te vergelijken met de waarden die zijn gevonden in Poona.

De bevindingen in Paramaribo en Poona met elkaar vergeleken

De moeders in Paramaribo waren ouder dan de moeders in Poona en Southampton. De moeders uit Poona waren kleiner en lichter dan de moeders uit Southampton en Paramaribo (zie tabel 1).

De gemiddelde zwangerschapsduur in Paramaribo lag tussen die in Poona en Southampton in, maar iets dichterbij die in Poona. Bij de vergelijking van baby's uit Poona en Southampton bleek dat de Indiase baby's kleiner waren. Het grootste verschil werd gevonden in buikomtrek, bovenarmomtrek en geboortegewicht. Het kleinste verschil werd gevonden in de dikte van de subscapulaire huidplooi.

Hetzelfde patroon bleek bij de Hindostaanse baby's uit Paramaribo in vergelijking met de baby's uit

Southampton: een kleinere buik- en bovenarmomtrek, en een geringer geboortegewicht. Maar de verschillen tussen de baby's uit Paramaribo en de baby's uit Southampton waren kleiner dan de verschillen tussen de baby's uit Poona en de baby's uit Southampton: de gemiddelde waarden van de baby's in Paramaribo lagen steeds tussen die van de baby's uit Poona en Southampton in. De dikte van de subscapulaire huidplooi in Paramaribo was zelfs ongeveer gelijk aan die van de baby's in Southampton (zie figuur 1a en 1b).

Conclusie en discussie

Dit onderzoek heeft twee zaken aangetoond. Ten eerste dat het 'thin-fat' fenotype ook voorkomt bij Hindostaanse baby's in Paramaribo, vier tot vijf generaties na migratie uit India. Ten tweede dat de verschillen met de baby's uit Southampton kleiner zijn dan die indertijd in Poona werden gevonden. Het voortbestaan van een thin-fat fenotype na meerdere generaties kan worden verklaard uit een mogelijke genetische basis voor dit fenotype. Een andere mogelijkheid is dat aan bepaalde leefgewoonten wordt vastgehouden, die de kans op het ontstaan van dit fenotype verhogen.

Tegelijk zien we dat er een verandering is opgetreden in het fenotype. Dit wijst op omgevingsinvloeden,

Tabel 1.

Kenmerken van moeders en baby's.

	Gemiddelde (SD) *	Gemiddelde (SD) *	Gemiddelde (SD) *
	Poona (n=631)	Southampton (n=338)	Paramaribo (n=39)
<i>Moeders</i>			
Leeftijd	21,4 (3,6)	26,8 (5,1)	28,2 (4,9)
Gewicht voor de zwangerschap (kg)	41,7 (5,1)	Niet gemeten	57,1 (11,8)
Gewicht bij 20 weken zwangerschap *	44,6 (41,4; 48,2)	63,6 (55,9; 71,3)	Niet gemeten
Lengte (m)	1,52 (0,05)	1,63 (0,06)	1,57 (0,06)
BMI bij 20 weken zwangerschap *	18,2 (19,2; 20,5)	23,4 (21,5; 26,4)	23,4 **
<i>Baby's</i>			
Zwangerschapsduur (dagen)	275,9 (8,2)	280,6 (8,1)	277,7 (9,9)
Geboortegewicht (gr)	2666 (355)	3494 (483)	3159 (495)
Lengte (cm)	47,7 (2,0)	49,8 (1,9)	48,7 (2,1)
Hoofdomtrek (cm)	33,1 (1,2)	35,2 (1,3)	34,3 (1,3)
Subscapulaire huidplooi (mm) *	4,2 (3,6; 4,6)	4,6 (4,1; 5,5)	4,8 (4,0; 6,0)
Bovenarmomtrek (cm)	9,7 (0,9)	11,5 (1,0)	10,6 (1,2)
Buikomtrek (cm)	29,6 (1,9) ***	33,6 (1,7)	32,3 (2,2)

* In het algemeen zijn gemiddelde waarde en standaarddeviatie (SD) weergegeven. Drie variabelen waren echter niet 'normaal verdeeld'; van deze met een asterisk gemarkeerde variabelen zijn daarom de mediaan en de interkwartiel range weergegeven.

** Dit is een schatting van de minimale waarde. Omdat het gewicht bij 20 weken zwangerschap niet is gemeten in Paramaribo is deze waarde geschat op basis van het gewicht vóór de zwangerschap van de moeders in Paramaribo en de gewichtstoename gedurende de eerste 20 zwangerschapsweken van de moeders in Poona. De werkelijke waarde zal hoger hebben gelegen.

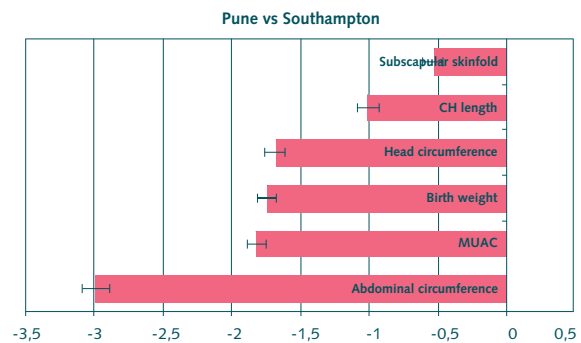
*** In Poona is deze geschat op basis van de buikomtrek ter hoogte van de navel.

Figuur 1a.

Verschillen tussen baby's in Poona en Southampton, uitgedrukt in SD-scores (met 95% betrouwbaarheidsinterval).

Bijbehorende waarden:

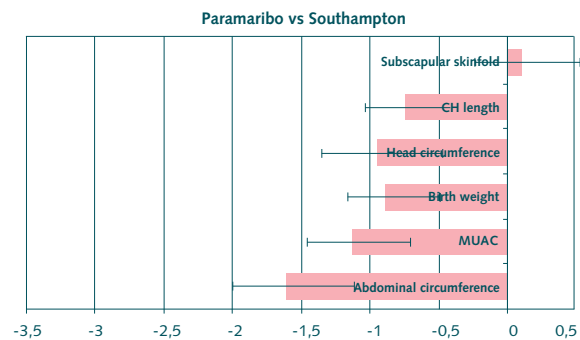
POONA	gemiddelde	95% BI	
		ondergrens	bovengrens
Buikomtrek	-2,99	-3,09	-2,89
Bovenarmomtrek	-1,82	-1,89	-1,75
Geboortegewicht	-1,74	-1,81	-1,68
Hoofdomtrek	-1,68	-1,76	-1,61
Lengte	-1,01	-1,09	-0,93
Subscapulaire huidplooi	-0,53	-0,61	-0,46

**Figuur 1b.**

Verschillen tussen baby's in Paramaribo en Southampton, uitgedrukt in SD-scores (met 95% betrouwbaarheidsinterval).

Bijbehorende waarden:

PARAMARIBO	gemiddelde	95% BI	
		ondergrens	bovengrens
Buikomtrek	-1,62	-2,07	-1,16
Bovenarmomtrek	-1,08	-1,46	-0,69
Geboortegewicht	-0,85	-1,17	-0,52
Hoofdomtrek	-0,96	-1,31	-0,62
Lengte	-0,73	-1,08	-0,38
Subscapulaire huidplooi	0,08	-0,24	+0,55



waarbij het verschil in de omgevingsinvloed tussen Paramaribo en Southampton kleiner is dan het verschil in de omgevingsinvloed tussen Poona en Southampton.

Al met al lijkt het erop dat er een invloed is van een combinatie van genetische en omgevingsfactoren met mogelijk een interactie tussen beide. Bijvoorbeeld een interactie tussen genen en voeding waarbij bepaalde genen aan- of uitgezet worden onder invloed van de aanwezigheid van specifieke voedingsstoffen.

Onderzoek in India heeft uitgewezen dat de voedings-situatie van de moeder voor en tijdens de zwangerschap invloed heeft op het vetpercentage en lichaamsbouw van de baby. De belangrijkste determinanten van foetale groei waren de frequentie van inname van micronutriëntenrijke voedingsgroepen zoals bladgroente, fruit en melk en de concentraties foliumzuur en vitamine C in het bloed van de moeder (12).

Voeding lijkt dus een rol te spelen.

In één van de onderzoeken in India is ook gekeken naar de insulinespiegels in navelstrengbloed.

Rekening houdend met het verschil in geboorte-

gewicht waren de insulineconcentraties in het navelstrengbloed van de Indiase baby's hoger dan die van de blanke Britse baby's. Indiase baby's vertonen dus al een vorm van hyperinsulinemie bij de geboorte (8). Hyperinsulinemie, een verhoogde concentratie van insuline in het bloed, is een teken dat het lichaam méér insuline nodig heeft dan normaal, om de glucosespiegel in het bloed beneden de gewenste grenswaarde te houden. Hyperinsulinemie wijst met andere woorden op een verhoogd risico om diabetes te ontwikkelen. In Paramaribo is bij een deel van de baby's ook navelstrengbloed afgenomen. Verdere analyse hiervan zal uitwijzen of ook bij Hindostaanse baby's in Paramaribo hyperinsulinemie gevonden wordt.

De gegevens van de Hindostaanse baby's uit Suriname zullen ook worden vergeleken met de gegevens van Hindostaanse baby's uit Den Haag, die nu verzameld worden. Dit zal ons inzicht in de invloed van omgeving vergroten, omdat beide groepen genetisch gezien erg op elkaar lijken.

BMI

De afkorting BMI staat voor Body Mass Index: het gewicht in kilogram gedeeld door de lengte in meters in het kwadraat. In formule: G/L^2 .

De BMI geeft aan of iemand een normaal gewicht heeft, dan wel te licht of te zwaar is in verhouding tot de lichaamslengte.

SD-scores

De afkorting SD staat voor Standaard Deviatie, een begrip uit de statistiek. Met de SD-score wordt aangegeven hoe sterk de baby afwijkt van het gemiddelde van de populatie waar de baby mee wordt vergeleken (de referentiepopulatie). Meestal kiest men als referentiepopulatie de totale populatie baby's die men onderzoekt. Bijvoorbeeld alle baby's die in 2008 in Den Haag zijn geboren. In het algemeen geldt dat 95% van alle baby's een waarde heeft tussen de ondergrens 'gemiddelde minus 1,96 maal de SD' en de bovengrens 'gemiddelde plus 1,96 maal de SD'. De resterende 5% van de baby's zit dus ofwel onder de ondergrens (de onderste 2,5%) ofwel boven de bovengrens (de bovenste 2,5%). Dus als bijvoorbeeld van een baby de SD-score voor het geboortegewicht + 1,96 bedraagt, dan behoort het kind tot de 2,5% zwaarste kinderen die in 2008 in Den Haag zijn geboren. We zeggen ook wel: het gewicht van de baby ligt op de 97,5e percentiellijn. Bij een SD-score van -1,96 ligt het gewicht op de 2,5e percentiellijn: de baby behoort tot de 2,5% lichtste. Bij een SD-score gelijk aan nul heeft de baby een gemiddeld gewicht.

Het voordeel van het gebruik van SD-scores is dat de afwijkingen van de verschillende variabelen onderling kunnen worden vergeleken. Stel bijvoorbeeld dat de dikte van de huidplooi een SD-score heeft van nul, maar het geboortegewicht heeft een SD-score van -0,5, dan heeft de baby een relatief een dikke huidplooi.

In dit onderzoek is als referentiepopulatie een groep witte baby's uit Southampton genomen. Omdat in het onderzoek in Poona indertijd precies dezelfde referentiepopulatie is gebruikt, zijn de resultaten van het onderzoek in Paramaribo direct te vergelijken met de resultaten van het onderzoek in Poona.

De Haagse India studie

Op dit moment is in Den Haag een onderzoek onder Hindostaanse zwangeren in volle gang.

Dit onderzoek heeft twee hoofddoelen:

1. Bestuderen van het voorkomen van het 'thin-fat' fenotype bij Hindostaanse baby's in Den Haag. Hiervoor zal de lichaamsbouw van Hindostaanse en Nederlandse baby's met elkaar worden vergeleken. Bij een deel van de baby's zal ook navelstrengbloed worden afgenomen om te bestuderen of tevens sprake is van verschillen in bijvoorbeeld insulinespiegels.
2. Onderzoeken of de voedingstoestand van de Hindostaanse vrouwen tijdens de zwangerschap invloed heeft op de lichaamsbouw en insulinegevoeligheid van de baby.

De voedingstoestand van de zwangere wordt bepaald bij 28 weken door bepaling van de concentratie van een aantal micronutriënten (o.a. foliumzuur en vitamine C en D) in het bloed en door het afnemen van een uitgebreide voedingsvragenlijst geënt op Hindostaanse voedingswijzen. Het onderzoek heet 'de India studie', wat een afkorting is van INdian and Dutch Infants and their Anthropometry. Eind 2006 is een vooronderzoek (pilot) gestart. Dit had als doel de geplande onderzoeksmethodes uit te testen. Ook is toen een begin gemaakt met het beantwoorden van de eerste vraagstelling (vergelijking van Hindostaanse en Nederlandse baby's). Sinds mei 2009 wordt aan Hindostaanse zwangeren ook gevraagd om de voedingsvragenlijst in te vullen en wordt er bloed afgenomen. De opzet van het onderzoek staat uitgebreid beschreven in het eerste nummer van het Epidemiologisch Bulletin van 2007 (5). Op moment van schrijven hebben ongeveer 115 Nederlandse en 120 Hindostaanse zwangeren hun medewerking aan het onderzoek toegezegd. In de komende periode zal het aantal deelnemende Nederlandse zwangeren nog stijgen tot 150 deelnemers, hetgeen voldoende is voor de beantwoording van de eerst onderzoeksvraag. De studie bij de Hindostaanse zwangeren zal dan nog doorgaan, omdat voor het beantwoorden van de tweede onderzoeksvraag (relatie tussen voeding van de moeder en lichaamsbouw van de baby) een groter aantal deelnemers nodig is. Zodra de resultaten van dit onderzoek bekend zijn, zullen deze uiteraard ook worden gepubliceerd in het Epidemiologisch Bulletin.

Hindostanen in Paramaribo en Den Haag

Het grootste deel van de Hindostaanse populatie in Den Haag komt uit Suriname. De voorouders van deze Hindostanen komen oorspronkelijk uit het noordwesten van India (Uttar Pradesh en Bihar), waar ze werden geworven om te werken als contractarbeiders op de plantages in Suriname. Een groot deel van hen bleef na het uitdienen van het contract in Suriname wonen. Na de Tweede Wereldoorlog vestigde een groot deel van hen zich in Paramaribo. Na de onafhankelijkheid van Suriname in 1975 en de politieke onrust in 1982 zijn veel Hindostanen in Nederland komen wonen. Een groot deel vestigde zich in Den Haag en woont hier nog steeds. Op dit moment is ongeveer tien procent van de Haagse bevolking van Hindostaanse afkomst.

Referenties:

- Middelkoop BJC, Ramsaransing GN, Sadhoeram SM, Burger I, Struben HWA. Suikerziekte onder Hindostaanse Surinamers. Verontrustende ziekte- en sterftegegevens. *Epidemiologisch Bulletin* 1996; 31(2):5-11.
- Barker DJP. Mothers, babies and disease in later life. *BMJ Publishing Group Londen* 1994.
- Yajnik CS, Fall CH, Vaidya U, Pandit AN, Bavdekar A, Bhat DS, Osmond C, Hales CN, Barker DJ. Fetal growth and glucose and insulin metabolism in four-year-old Indian children. *Diabet Med.* 1995; 12:330-6.
- Bavdekar A, Yajnik CS, Fall CHD. Insuline resistance syndrome in 8-year-old Indian children. Small at birth, big at 8 years, or both? *Diabetes* 1999; 48:2422-9.
- Karamali NS, Tamsma JT, Ariens GAM, De Groot CJ, Dörr JP, Kanhai HHH, Middelkoop BJC. Diabetes en Hindostanen: oorsprong in de baarmoeder? Opzet van een verkennend onderzoek naar het geboortegewicht en de verdeling van Hindostaanse en Nederlandse baby's in Den Haag. *Epidemiologisch Bulletin* 2007; 42(1):2-6.
- Van Steijn L, Karamali NS, Kanhai HHH, Ariens GAM, Fall CHD, Yajnik CS, Middelkoop BJC, Tamsma JT. Neonatal anthropometry: thin-fat phenotype in fourth to fifth generation South Asian neonates in Surinam. *Int J Obes* 2009; 33:1326-9.
- Schaad JDG, Terpstra J, Oemrawsingh I, Nieuwenhuijzen Kruseman AC, Bouwhuis-Hoogerwerf ML. Diabetes prevalence in the three main ethnic groups in Surinam (South-America): a population survey. *Neth J Med* 1985; 28:17-22.
- Yajnik CS, Lubree HG, Rege SS, Naik SS, Deshpande JA, Deshpande SS, Joglekar CV, Yudkin JS. Adiposity and hyperinsulinemia in Indians are present at birth. *J Clin Endocrinol Metab* 2002; 87:5575-80.
- Yajnik CS, Fall CHD, Coyaji KJ, Hirve SS, Rao S, Barker DJP, Joglekar C, Kellingray S. Neonatal anthropometry: the thin-fat Indian baby. The Pune Maternal Nutrition Study. *Int J Obes* 2003; 27:173-80.
- Krishnaveni GV, Hill JC, Veena SR, Leary SD, Saperia J, Chachamma KJ, Karat SC, Fall CHD. Truncal adiposity is present at birth and in early childhood in South Indian children. *Indian Pediatrics* 2005; 42(6):527-38.
- Kulkarni ML, Mythri HPS, Kulkarni AM. 'Thinfat' phenotype in newborns. *Indian J Pediatr* 2009; 76(4): 369-73.
- Rao S, Yajnik CS, Kanade A, Fall CHD, Margetts BM, Jackson AA, Shier R, Joshi S, Rege S, Lubree H, Desai B. Intake of micronutrient-rich foods in rural Indian mothers is associated with the size of their babies at birth: Pune Maternal Nutrition Study. *J Nutr* 2001; 131:1217-24.
- Rao S, Kanade A, Margetts BM, Yajnik CS, Lubree H, Rege S, Desai B, Jackson A, Fall CH. Maternal activity in relation to birth size in rural India. The Pune Maternal Nutrition Study. *Eur J Clin Nutr.* 2003; 57:531-42.
- Yajnik CS, Deshmukh US. Maternal nutrition, intrauterine programming and consequential risks in the offspring. *Rev Endocr Metab Disord* 2008; 9:203-11.

GGD'en tevreden over vaccinatiecampagne in de regio Haaglanden

G.A.M. Ariëns

De tweede helft van 2009 was de wereld in de ban van de Nieuwe Influenza A (H1N1), ook wel de Mexicaanse griep genoemd. Er was op een gegeven moment sprake van een wereldwijde griepvaccinatie. In Nederland werd besloten tot vaccinatie van zogenaamde risicogroepen. Jonge kinderen vormden één van de risicogroepen. Zij werden door de GGD'en opgeroepen voor twee vaccinaties. In dit artikel worden de opkomstpercentages van de griepvaccinatiecampagne voor jonge kinderen in de regio Haaglanden gepresenteerd, evenals de resultaten van het tevredenheidsonderzoek dat tijdens de vaccinatiecampagne is gehouden.

Op 9 november 2009 besloot minister Klink jonge kinderen van zes maanden tot en met vier jaar en huisgenoten van baby's van nul tot en met vijf maanden toe te voegen aan de landelijke Vaccinatiecampagne tegen de Nieuwe Influenza A (H1N1). Hij volgde hiermee het advies van de Gezondheidsraad (1). Reden voor dit advies was dat jonge kinderen meer kans hebben om griep op te lopen. Daarnaast hebben zij relatief meer last van gezondheidsproblemen bij Nieuwe Influenza A (H1N1). Wanneer kinderen uit deze groep complicaties krijgen en in het ziekenhuis beademd moeten worden, kunnen zij blijvende lichamelijke schade oplopen. Omdat het vaccin niet is geregistreerd voor baby's van 0 tot en met 5 maanden, besloot de minister om voor hun bescherming de huisgenoten op te roepen voor vaccinatie. Ook besloot hij op basis van het advies van de Gezondheidsraad om twee vaccinaties te geven per persoon, omdat gegevens over het aantal vaccins per persoon nog onvoldoende zekerheid bieden dat één dosis leidt tot adequate bescherming.

In de week van 23 tot en met 27 november en in de week van 14 tot en met 18 december 2009 vonden in de regio Haaglanden twee vaccinatierondes plaats. De organisatie van de vaccinatiecampagne in de regio Haaglanden was in handen van de GHOR, de GGD Den Haag en de GGD Zuid-Holland West, in nauwe samenwerking met de gemeenten in de regio. Zij zorgden samen met tal van andere partijen voor 11 priklocaties in Den Haag (2 locaties), Delft, Voorburg, Naaldwijk, 's Gravenzande, Schipluiden, Zoetermeer, Rijswijk, Wassenaar en Pijnacker. De meeste locaties werden ingericht in sporthallen; in het Zuiderpark in den Haag werd een volledig ingerichte tent gebouwd.

In de tweede week van januari 2010 werd een inhaalronde georganiseerd voor kinderen en huisgenoten die nog geen tweede vaccinatie hadden gehaald. De inhaalronde vond plaats in het gebouw van de GGD Den Haag en bij de consultatiebureaus in de diverse gemeenten van de GGD Zuid-Holland West.

Voorafgaand aan de vaccinatiecampagne stelden de GHOR, de GGD Den Haag en de GGD Zuid-Holland West vast wanneer gesproken zou worden van een geslaagde vaccinatiecampagne. Van een geslaagde vaccinatiecampagne zou sprake zijn:

- bij een opkomstpercentage in de regio Haaglanden van minimaal 70%;
- als de ouders van de gevaccineerde kinderen minimaal een 8 als rapportcijfer zouden geven aan de vaccinatiecampagne;
- als er geen wachtrijen zouden zijn.

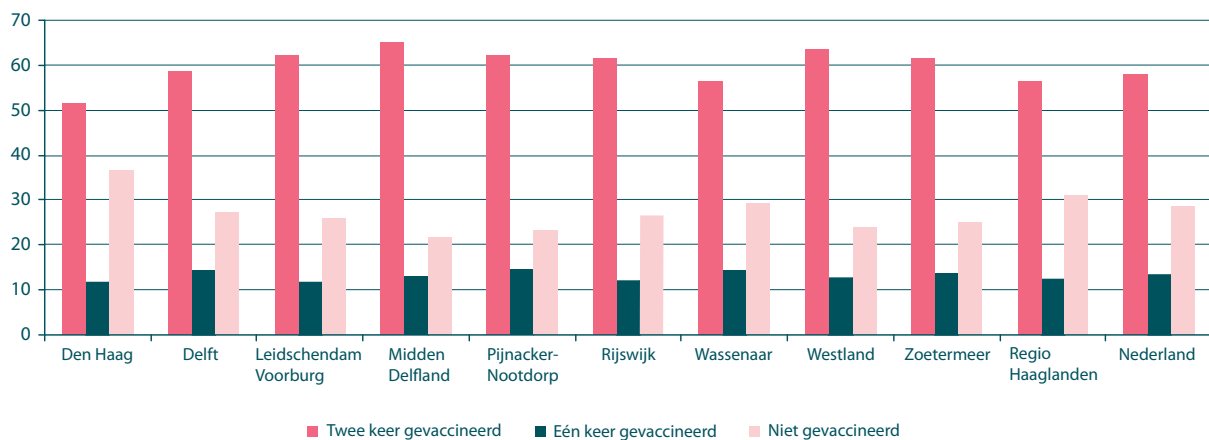
Verspreid over heel Nederland werden circa 830.000 kinderen van 6 maanden tot en met 4 jaar opgeroepen en bijna 200.000 huisgenoten van baby's van 0 tot en met 5 maanden. In totaal hebben in de regio Haaglanden circa 70.000 kinderen van 6 maanden tot en met 4 jaar en huisgenoten van baby's van 0 tot en met 5 maanden een uitnodiging ontvangen voor twee vaccinaties. Op basis van de postcode van het woonadres werden de mensen uitgenodigd voor een van de priklocaties in de regio. De priklocatie in het Zuiderpark in Den Haag was de grootste, ongeveer drie op de tien kinderen en huisgenoten werden opgeroepen om naar het Zuiderpark te komen. Tijdens de eerste en tweede prikronde en de inhaalronde zijn in totaal 86.764 vaccinaties toegediend in de regio Haaglanden. In figuur 1 worden de opkomstpercentages gepresen-

Over de auteur:

Geertje Ariëns is hoofd afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag. E-mail: g.ariens@ocw.denhaag.nl.

Figuur 1.

Opkomstpercentages per gemeente, voor de regio Haaglanden en voor Nederland.



teerd per gemeente. Ook het opkomstpercentage voor de hele regio Haaglanden wordt in deze figuur weergegeven, evenals het landelijke opkomstpercentage. Landelijk is 71% van de groep kinderen en huisgenoten gevaccineerd; 58% werd volledig gevaccineerd (2 vaccinaties) en 13% haalde één vaccinatie. Landelijk liet 29% van de kinderen en huisgenoten zich niet vaccineren. In de regio Haaglanden lag het percentage volledig gevaccineerden met 56% iets lager dan landelijk, evenals het percentage kinderen en huisgenoten dat zich éénmaal liet vaccineren (12%). Drie op de tien (31%) kinderen en huisgenoten in de regio Haaglanden liet zich niet vaccineren. Binnen de regio Haaglanden had de gemeente Midden-Delfland het hoogste opkomstpercentage: in totaal liet 78% zich minimaal één keer vaccineren, 65% haalde twee vaccinaties. De gemeente Den Haag had het laagste opkomstpercentage van de regio: in totaal liet 63% zich minstens één keer vaccineren, 52% werd volledig gevaccineerd. Het percentage kinderen en huisgenoten dat zich niet liet vaccineren lag hoger in de gemeenten Den Haag (37%) en Wassenaar (29%) dan landelijk. Het vooraf gestelde streefopkomstpercentage van 70% werd in de regio Haaglanden niet gehaald. De winterse weersomstandigheden tijdens de twee prik rondes hebben mogelijk een rol gespeeld bij de lagere opkomstpercentages.

Tijdens de tweede prikronde in de regio en tijdens de inhaalronde in Den Haag is een tevredenheidsonderzoek gehouden. Bij binnenkomst op de priklocaties werd aan circa 2.000 willekeurig geselecteerde begeleiders van kinderen en huisgenoten gevraagd vier vragen te beantwoorden over de vaccinatiecampagne:

1. Bent u tevreden over de manier waarop u of uw kind is gevaccineerd? (vijf categorieën van heel ontevreden tot heel tevreden)

2. Hoe lang was de wachttijd tot de vaccinatie? (5 categorieën van 0-15 minuten tot meer dan 60 minuten)
3. Wat vond u van de wachttijd? (5 categorieën van heel ontevreden tot heel tevreden)
4. Welk (school)cijfer geeft u aan de GGD voor de vaccinatiedag? (schoolcijfer 1 tot en met 10)

Bij het verlaten van de priklocatie werden 1.356 ingevulde vragenformulieren ingeleverd. In 93% van de gevallen werd aangegeven dat men tevreden of zeer tevreden was over de wijze waarop werd gevaccineerd. Gemiddeld werd een 8,9 als rapportcijfer gegeven, hoger dan het streefcijfer van een 8. Volgens het tevredenheidsonderzoek was de wachttijd voor vrijwel iedereen minder dan 15 minuten, slechts tien personen gaven aan langer dan 15 minuten te hebben gewacht. Het oordeel over de wachttijd was dan ook positief, slechts drie personen gaven aan de wachttijd lang te vinden. Uit het bovenstaande, maar ook door observaties ter plekke, concludeert de organisatie dat er geen lange wachtrijen waren.

De GHOR, de GGD Den Haag en de GGD Zuid-Holland West kijken, ondanks het niet halen van het nagestreefde opkomstpercentage van 70%, heel tevreden terug naar het verloop van de vaccinatiecampagne en de opkomstpercentages. Verdiepende analyses van de opkomstpercentages per wijk zullen nog worden uitgevoerd. Tot slot bedanken de GHOR, de GGD Den Haag en de GGD Zuid-Holland West iedereen die heeft geholpen bij het laten slagen van de vaccinatiecampagne in de regio Haaglanden.

Referentie:

1. Gezondheidsraad. Briefadvies Vaccinatie tegen pandemische influenza A/H1N1 2009: doelgroepen en prioritering (3). Den Haag: Gezondheidsraad, 2009; 2009/16.




Vaccinatiecampagne Haaglanden



Oproep kaart
Gereedhouden

De vaccinatie tegen Nieuwe Influenza A (H1N1) en zwangerschap



Heeft u een uitnodiging gekregen voor de vaccinaties tegen Nieuwe Influenza A (H1N1)?

De volgende vrouwen mogen de vaccinatie niet hebben:

- vrouwen die op het moment van de vaccinatie minder dan 13 weken zwanger zijn;
- vrouwen die niet weten of ze zwanger zijn;
- vrouwen die binnen 2 maanden zwanger willen worden.

Omdat het een nieuwe vaccinatie is, is nog niet bekend of er risico's zijn voor het ongeboren kind in het begin van de zwangerschap.

Twijfelt u of u de vaccinatie mag hebben? Geef dit dan aan bij de huisarts of de assistent.

ZO HOUDEN WE GRIP OP GRIEP

De Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek



november 2009 - januari 2010

Het Elektronisch Kinddossier; ervaringen van de Jeugdgezondheids- zorg in Den Haag

J. de Wilde, S. Gena en S. Schennink

Vrijwel alle kinderen en jongeren in Nederland worden tot hun 19de jaar met enige regelmaat onderzocht door de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). De Jeugdgezondheidszorg onderzoekt de (psycho)sociale en lichamelijke gezondheid van het kind, de ontwikkeling en gezondheidsbedreigende factoren. Dit gebeurt door het stellen van vragen, aangevuld met lichamelijk onderzoek. Wanneer bij het onderzoek een afwijking wordt gevonden, kan het kind bijvoorbeeld worden verwezen naar een deskundige op het betreffende onderwerp.

Om de gezondheid en de ontwikkeling van het kind goed te kunnen volgen, worden de gegevens opgeslagen in een dossier. Minister Rouvoet van het ministerie voor Jeugd en Gezin heeft besloten dat deze dossiers in 2010 digitaal moeten zijn. Onderstaand artikel beschrijft wat er voorafging aan de beslissing van de minister en wat de ervaringen bij de JGZ Den Haag zijn met het digitale dossier. Want de JGZ voor 4- tot 19-jarigen van de GGD Den Haag (JGZ 4-19) werkt al sinds het schooljaar 1998-1999 met een digitaal dossier en is daarmee de eerste JGZ instelling in Nederland met een dergelijk digitaal (kind) dossier.

Het digitale dossier in Den Haag

Bij verschillende JGZ organisaties werd tot voor kort gebruik gemaakt van registratieformulieren, waarop na een JGZ-onderzoek werd aangegeven wat er was onderzocht en wat de (afwijkende) bevindingen waren. Door deze formulieren te scannen werden de gegevens in een databestand op de computer gezet, zodat tellingen en analyses konden worden verricht. (Lokale) overheden formuleerden op basis van deze gegevens nieuwe prioriteiten. Ook werden op basis van deze gegevens JGZ-budgetten verstrekt.

In Den Haag zijn dergelijke formulieren nooit gebruikt, waardoor gegevens op groepsniveau nauwelijks voorhanden waren. De wens om op een eenvoudiger manier gegevens op groepsniveau te verkrijgen was voor de JGZ 4-19 in Den Haag de belangrijkste reden om al in 1998 het eerste digitale JGZ-dossier van Nederland in te voeren bij de JGZ 4-19 (zie tabel). Sindsdien worden de (onderzoeks-) gegevens van alle kinderen in Den Haag vastgelegd in een individueel digitaal dossier. Notebooks met een draadloze UMTS-verbinding zorgen ervoor dat de dossiers van de kinderen altijd beschikbaar zijn voor de JGZ professional, zowel op kantoor als op locatie,

bijvoorbeeld tijdens onderzoeken op school of voor besprekingen op scholen.

Naast het digitale dossier wordt de software door de JGZ 4-19 gebruikt als planningsapplicatie bij het beheer van alle agenda's van jeugdartsen en -verpleegkundigen, zodat de afspraken met cliënten en de andere, niet-kindgebonden afspraken erin worden vastgelegd. Een rapportageapplicatie waarmee onder andere brieven, rapporten en overzichten kunnen worden gegenereerd en afgedrukt, completeert de benodigde functionaliteit voor de jeugdgezondheidszorg.

Vanaf 2004 maakt in Den Haag ook de Jeugdgezondheidszorg voor 0- tot 4-jarigen (JGZ 0-4; consultatiebureaus) gebruik van digitale dossiers. Men gebruikt hiervoor dezelfde software als de JGZ 4-19. Vanaf eind 2008 wordt, zodra een kind 4 jaar is, het dossier van de JGZ 0-4 digitaal overgedragen aan de JGZ 4-19.

Landelijke ontwikkelingen

Zodra een kind overgaat van de JGZ 0-4 naar de JGZ 4-19, moet het dossier worden overgedragen. Ook bij verhuizing, als het kind in een andere JGZ-regio

Over de auteurs:

Jeroen de Wilde en Sarita Gena zijn werkzaam als jeugdarts; Samantha Schennink is werkzaam als jeugdverpleegkundige; allen bij de Jeugdgezondheidszorg van de GGD Den Haag. E-mail: j.dewilde@ocw.denhaag.nl.

Tabel 1.

De ontwikkeling van het EKD, in tijd gezien.

Jaar	
1998	Haagse JGZ 4-19 start met digitaal dossier, en is hiermee de eerste in Nederland
2001	Werkgroep van Ministerie van VWS adviseert dat JGZ meer moet investeren in een gemeenschappelijke taal en infrastructuur
2002	Groot aantal wettelijke taken JGZ vastgelegd in uniforme deel van het Basistakenpakket (BTP) JGZ
2004	Haagse JGZ 0-4 start met digitaal dossier
2005	Basisdataset (BDS) samengesteld t.b.v. een digitaal JGZ-dossier
2006	GGD-Nederland, Actiz, VNG en het Ministerie van VWS besluiten dat er een gemeenschappelijk elektronisch kinddossier (EKD) moet komen, waarin gegevens tussen verschillende partijen in de jeugdzorgketen elektronisch moeten kunnen worden uitgewisseld
2006	Stichting EKD Nederland wordt opgericht
2007	Minister Rouvoet besluit het project voor één landelijk EKD systeem te stoppen na procedurele fouten in de Europese aanbestedingsprocedure, JGZ-organisaties zijn vrij om een leverancier te kiezen
2007	Big Brother Award wordt toegekend aan het EKD
2008	Minister Rouvoet stapt af van een breed EKD waarin gegevens tussen verschillende partijen in de jeugdzorgketen elektronisch moeten kunnen worden uitgewisseld
2009	In plaats van over het EKD wordt gesproken over het digitale dossier JGZ
2009	De Eerste Kamer heeft goedkeuring gegeven aan een wettelijke digitaliseringsplicht voor de JGZ
2010	<i>Alle kinderen moeten dit jaar een digitaal dossier hebben bij een JGZ-instelling</i>
2010	<i>Het nieuwe digitale dossier wordt in de tweede helft van 2010 ingevoerd bij de JGZ 0-4 én JGZ 0-19 in heel Haaglanden</i>

komt te wonen, vindt overdracht plaats. Hiervoor is uniforme registratie nodig. In de beginjaren van het Haagse digitale dossier was van een elektronische uitwisseling nog geen sprake. Dit kwam doordat het grootste deel van de JGZ-organisaties in Nederland nog met een papieren dossier bleef werken, maar ook doordat elektronische dossiers - zelfs van dezelfde leverancier - nog niet goed zonder gegevensverlies konden worden uitgewisseld, als gevolg van verschil in de registraties. Een werkgroep van het ministerie van VWS adviseerde in 2001 na een rondgang langs verschillende JGZ-organisaties, dat de JGZ-sector meer moest investeren in een gemeenschappelijke taal en infrastructuur voor de informatisering van de dossiers.

In 2002 werd hieraan deels gehoor gegeven met de komst van het Basistakenpakket JGZ (BTP) dat de werkwijze binnen de JGZ uniformer moest maken. De meeste taken van de Jeugdgezondheidszorg zijn wettelijk in het BTP vastgelegd. Er staat bijvoorbeeld in dat de gezondheid van de jeugd moet worden gemonitord, individueel en op groepsniveau. Dit houdt in dat alle kinderen regelmatig moeten worden onderzocht op allerlei (psycho)sociale en lichamelijke ontwikkelingsgebieden.

De resultaten hiervan worden bijgehouden in een

dossier. Het Basistakenpakket geeft het (papieren) *Integrale dossier JGZ* aan als standaarddossier. Van een standaard *digitaal* dossier was ten tijde van de publicatie van het BTP geen sprake. Hierover moesten nog afspraken worden gemaakt.

Dit gebeurde in 2004-2005, toen op basis van onder andere het BTP en het integrale dossier JGZ een basisdataset (BDS) werd samengesteld waarmee de digitale registratie en uitwisseling van gegevens binnen de JGZ uniform konden plaatsvinden. De BDS zou de basis vormen voor een landelijk digitaal JGZ-dossier. Het uitgangspunt tot op dat moment was dat elke JGZ-organisatie vrij was in haar keuze voor een leverancier van de software. De BDS garandeerde immers dat er uniform werd geregistreerd en uitgewisseld.

Naar een gemeenschappelijk Elektronisch Kinddossier (EKD)

In april 2006 besloten GGD Nederland, Actiz, VNG en het ministerie van VWS dat er een gemeenschappelijk systeem moest komen. Het doel was om alle kinderen in Nederland in beeld te krijgen, zodat elk kind ongeacht de woonplaats, op tijd passende zorg zou kunnen krijgen en gezinsdrama's, zoals met het 'maasmeisje' en de meisjes Savanna en Rowena,

zouden kunnen worden voorkomen. Eind 2006 werd de stichting EKD Nederland opgericht met als opdracht één landelijk functionerend elektronisch kinddossier (EKD) te ontwikkelen. Het heette op dat moment EKD omdat het op termijn mogelijk zou moeten worden ook gegevens tussen andere partijen in de Jeugdzorgketen digitaal uit te wisselen. Al in november 2007 besloot minister Rouvoet echter het project te stoppen na procedurele fouten in de Europese aanbestedingsprocedure. Hij besloot ook dat vanaf dat moment elke JGZ-organisatie weer vrij was om een leverancier te kiezen; de BDS zou de uniformiteit in de registratie garanderen.

Van EKD naar Digitaal Dossier JGZ (DD JGZ)

In de samenleving was onrust ontstaan over de implicaties van een landelijk EKD: de privacy van burgers zou ernstig worden aangetast. De onrust had veel te maken met de onduidelijke communicatie over de inhoud van het EKD en ging amper over de wettelijke kaders waarbinnen een dergelijk dossier zou moeten functioneren. In september 2007 werd de zogenaamde Big Brother Award toegekend aan het EKD, ondanks dat minister Rouvoet bleef benadrukken dat het in eerste instantie een (medisch) JGZ-dossier betrof waarop de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst en de Wet bescherming persoonsgegevens van toepassing waren. Na overleg met alle partijen in de jeugdzorgketen, eind 2008, is de minister afgestapt van een breed EKD waarbij informatie over kinderen en jongeren tussen alle zorgverleners kan worden uitgewisseld. Zorgverleners zouden geen behoefte hebben aan uitwisseling, wel aan informatie over wie er betrokken is bij een kind/gezin. Sinds begin 2009 wordt niet meer gesproken van een Elektronisch Kind Dossier maar van een Digitaal Dossier JGZ (DD JGZ), een zuiver JGZ-dossier.

Op 30 juni 2009 heeft de Eerste Kamer goedkeuring gegeven aan een digitaliseringsplicht voor de jeugdgezondheidszorg. Deze plicht zal worden verankerd in de nieuwe Wet Publieke Gezondheid.

Het gebruik van het digitale dossier in de praktijk

Het tweede deel van dit artikel gaat in op het werken met een Digitaal Dossier JGZ. Het gebruik van het digitale dossier in Den Haag is efficiënt voor jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen en bijvoorbeeld ook voor epidemiologen en het management. Hieronder gaan we eerst in op de voordelen, daarna staan we stil bij de knelpunten van een digitaal dossier. Met name de knelpunten zijn van belang, als input bij de

ontwikkeling van nieuwe software voor het Haagse digitale dossier.

Voordelen van het digitale dossier

Aggregatie op groepsniveau

Het aggregeren van gegevens op groepsniveau is in Den Haag vanaf het begin het argument geweest voor het werken met een digitaal dossier bij de JGZ 4-19. Dat het mogelijk is gegevens uit het digitale dossier te halen om uitspraken te doen op groepsniveau, blijkt bijvoorbeeld uit het eerder in dit tijdschrift gepubliceerde artikel over overgewicht (1). Hierin zijn de lengte- en gewichtsgegevens gebruikt die door de JGZ 4-19 van 1999 tot en met 2007 waren verzameld.

Kwaliteitssysteem JGZ 4-19

Het digitale dossier vormt de kapstok voor het hele kwaliteitssysteem van de JGZ 4-19. In elke werk-instructie/protocol van het kwaliteitssysteem staat exact beschreven wat de definities en afkapwaarden zijn, en welke registratiemogelijkheden er zijn in het digitale dossier. Het digitale dossier is hierdoor transparanter en duidelijker: de geregistreerde gegevens zijn beter leesbaar en alle registratiemogelijkheden in het digitale dossier zijn zichtbaar in het kwaliteitssysteem.

Invoeren en inzien van gegevens

Het invoeren van gegevens in het digitale dossier is vrij eenvoudig, met het plaatsen van vinkjes voor standaard uitgevoerde onderzoeksgegevens. Daarnaast zijn er verschillende mogelijkheden om vrije tekst in te voeren. Ten opzichte van papier kunnen onderzoeken flexibeler worden ingericht, zodat alleen de relevante gegevens op het scherm worden getoond. Afwijkende bevindingen worden bovendien getoond op een overzichtsscherm, zodat in één oogopslag de zaken zichtbaar worden die van belang zijn.

Tijd, administratie en archivering

Het gebruik van digitale dossiers heeft enige tijdswinst opgeleverd bij het opzoeken van dossiers en het plannen van afspraken. Het schrijven van (verwijs) brieven en rapporten is eenvoudiger geworden, en ook de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma kost veel minder tijd dan voorheen. In eerste instantie is de toename van het aantal papieren dossiers bij de JGZ 4-19 niet minder geworden, omdat papieren dossiers van kinderen uit andere gemeenten en van de JGZ 0-4 bleven binnenkomen. Wel namen ze minder ruimte in dan voorheen omdat er geen papier meer aan werd toegevoegd. Door de digitale overdracht van

de JGZ 0-4 eind 2008 en de landelijke toename van digitale dossiers bij andere JGZ-organisaties zal het aantal papieren dossiers afnemen. Ook met het administratieve deel van de software zijn de ervaringen positief, zoals het eenvoudige beheer van de eigen agenda en het snel kunnen maken van nette, uniform opgestelde brieven en rapporten. Daarnaast kunnen alle vastgelegde gegevens worden afgedrukt, zoals onderzoeksgegevens, groeicurven en overzichten van afgenomen gehooronderzoeken.

Veiligheid

De dossiersoftware is alleen toegankelijk voor daarvoor geautoriseerde personen van het JGZ team (arts, verpleegkundige en medisch-team assistente). De autorisatie voor verschillende onderdelen van het dossier kan op diverse niveaus worden ingesteld door de applicatiebeheerder. Omdat de dossiers niet fysiek ergens liggen, zijn de gegevens moeilijker toegankelijk voor onbevoegden. Daarnaast is het netwerk waarbinnen de gegevens beschikbaar zijn, extra beveiligd.

Knelpunten in het huidige digitale dossier

Niet op alle fronten praktisch

In een nieuw dossier moeten nog verschillende knelpunten worden opgelost. Op sommige plaatsen in het dossier moet veel worden geklikt of moeten handelingen soms dubbel worden uitgevoerd. Het invoeren van digitale dossiers kost daardoor soms meer tijd ten opzichte van het bijhouden van papieren dossiers. Ook kunnen gegevens altijd nog worden gewijzigd of verwijderd. Uit het oogpunt van goede dossiervoering is dit niet wenselijk, na afronding van een onderzoek mogen de ingevoerde gegevens niet meer worden gewijzigd. Ook is het niet goed mogelijk om brieven die medisch specialisten naar de JGZ opsturen rechtstreeks op te nemen in het digitale dossier. De relevante gegevens hieruit moeten nu nog met de hand worden overgetypt. En het inzien van gegevens gaat minder snel, omdat een scherm-overzicht minder informatie kan bevatten dan papier.

Aggregatie op groepsniveau

Het gebeurt nog vaak dat door foute registratie de gegevens niet goed of op de verkeerde plaats in het digitale dossier terechtkomen. Dit vermindert de betrouwbaarheid en bemoeilijkt de interpretatie van de analyses. Lang niet alle gegevens in het digitale dossier zijn daardoor geschikt voor aggregatie op groepsniveau, wat toch een belangrijk doel was van het digitale dossier. Voor het presenteren van gegevens op groepsniveau is het van belang dat de

gegevens ook weer uit het digitale dossier kunnen worden gehaald. Het huidige digitale dossier is niet gebruiksvriendelijk voor het 'eruit halen' van de gegevens op groepsniveau. Hiervoor is nog de tussenkomst van een applicatiebeheerder nodig. Van tevoren moet daarbij heel goed worden bedacht welke gegevens nodig zijn om de vraagstelling te kunnen beantwoorden. Het komt vaak voor dat er later aanpassingen nodig zijn, omdat er zaken worden gemist en soms ook omdat er gegevens in een verkeerd formaat worden aangeleverd. Bovendien is het slecht controleerbaar of de juiste gegevens zijn aangeleverd.

Managementinformatie

Doordat de wijze van registreren in het huidige dossier niet altijd even eenduidig is, is het niet goed mogelijk om managementinformatie te genereren. De effectiviteit van adviezen die door de JGZ-professional zijn gegeven naar aanleiding van een afwijkende bevinding, kan bijvoorbeeld niet voldoende worden gemeten.

Storingen in het netwerk

Soms zijn er storingen van het stedelijke netwerk of het mobiele UMTS netwerk. Beide netwerken zijn soms ook traag. Daardoor komt het nogal eens voor dat de dossiersoftware niet toegankelijk is of te traag reageert, wat het werk op een dergelijk moment (bijna) onmogelijk maakt.

Uitdagingen voor de toekomst

De afgelopen jaren is er niets meer veranderd aan de huidige software. Naar verwachting zullen veel van de genoemde knelpunten worden opgelost bij ingebruikname van de nieuwe software in de loop van 2010. Te denken valt aan het 'verplicht' maken van bepaalde velden, zodat ze altijd moeten worden ingevuld. En aan het standaard vastleggen van achtergrondgegevens als opleidingsniveau van de ouders en etniciteit, omdat dergelijke gegevens belangrijke determinanten zijn voor de sociaal-economische gezondheidsverschillen binnen een stad als Den Haag. Ook moet worden onderzocht of een bepaalde 'routing', een vaste volgorde, in het dossier ingebouwd kan worden, zodat een gebruiker vanzelf langs de in te vullen velden wordt geleid en niets kan vergeten. Hierdoor wordt het mogelijk managementinformatie op effectiviteit te genereren. Een contextgevoelige helpfunctie in het digitale dossier waarin ook definities kunnen worden opgenomen, kan helpen bij het uniform registreren. Om de betrouwbaarheid

verder te verbeteren zou er ook een systeemcheck kunnen komen op foutieve invoer bijvoorbeeld van een zeer kleine of grote lengte.

Daarnaast is er nog een aantal andere wensen waaraan in de toekomst moet worden gewerkt:

Gezinnen

Door het koppelen van broertjes en zusjes in de digitale dossiers zijn gezinnen eenvoudiger te vinden. In het nieuwe dossier wordt daarnaast een gezinsdossier opgenomen met gegevens over het gezinsverband. Deze gegevens kunnen worden gekoppeld aan elk lid van het gezinsverband en hoeven dan maar één keer te worden vastgelegd. Dit is vooral handig bij gezinsproblematiek. In de toekomst zal dit een grote bijdrage kunnen leveren aan het werk van vooral de gezinscoaches van de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) van de GGD/JGZ, omdat de gezinscoaches gezinsgericht werken en niet met individuele kinderen.

Privacybescherming

Voor het gebruik van gegevens tijdens een bespreking waarbij derden aanwezig zijn, moet altijd toestemming worden gevraagd aan de ouders. Voor bevolkingsonderzoek op basis van anonieme gegevens hoeft in principe geen toestemming te worden gevraagd. Het is echter beter om alle betrokkenen wél altijd te informeren over de mogelijkheid hiervan en eenmalig, bijvoorbeeld bij het allereerste contact, toestemming te vragen voor het gebruik van 'geanonimiseerde' gegevens.

Onderzoeksvragen

De contacten van de JGZ met de kinderen bieden een goede mogelijkheid om (epidemiologische) onderzoeksvragen te beantwoorden. In overleg tussen JGZ-professionals en epidemiologen kan men ervoor kiezen om tijdelijk extra onderwerpen op te nemen in het digitale dossier. Het toekomstige digitale dossier moet hiervoor de nodige flexibiliteit bevatten. Bij de keuze van onderwerpen voor (epidemiologisch) onderzoek is het van belang dat het JGZ-consult geschikt is voor het verzamelen van de betreffende gegevens en dat het haalbaar blijft in de tijd. Een coördinatiegroep bestaande uit JGZ-professionals en epidemiologen zou een rol kunnen spelen in de keuze van onderwerpen waarover ten behoeve van onderzoek extra gegevens wordt geregistreerd. Wanneer bepaalde onderwerpen gedurende een periode zullen worden gemonitord, moet dit aan alle

gebruikers van het digitale dossier kenbaar worden gemaakt.

Implementatie

De implementatie van een nieuw digitaal dossier systeem, inclusief de registratie, zal nog veel aandacht vergen. De winst van een digitaal dossier valt of staat bij het juiste gebruik van het systeem. Alle JGZ-medewerkers zullen daarom goed worden geschoold en begeleid in het gebruik en bij de registratie van gegevens. Essentieel is ook dat nieuwe medewerkers goed worden ingewerkt en dat alle medewerkers na verloop van tijd opfrismomenten krijgen aangeboden.

Conclusie

Het digitale dossier dat de JGZ 4-19 al sinds 1998 gebruikt, biedt veel mogelijkheden voor de JGZ-professional om het werk efficiënt te kunnen inrichten en uitvoeren. Het kwaliteitssysteem van de Jeugdgezondheidszorg is volledig opgebouwd rondom het digitale dossier. In 2010 wordt een nieuw digitaal JGZ-dossier ingevoerd. Verwacht wordt dat dit verbeteringen en nieuwe functionaliteit zal brengen. De wens om eenvoudiger gegevens op groepsniveau te verkrijgen - dit was destijds de belangrijkste reden voor het overstappen op een digitaal dossier - is slechts ten dele gerealiseerd. Het digitale dossier biedt veel mogelijkheden voor aggregatie van gegevens op groepsniveau, bijvoorbeeld voor een gezondheidsmonitor of wetenschappelijk onderzoek, maar er zijn nog veel verbeteringen nodig. Geadviseerd wordt om een coördinatiegroep op te richten waarin naast JGZ-professionals ook epidemiologen zitting hebben, zodat men gezamenlijk de voorwaarden kan creëren voor betrouwbare monitoring en (wetenschappelijk) onderzoek op basis van het digitale dossier JGZ.

Zie voor meer informatie over het Digitaal Dossier JGZ en de BasisDataSet de website van het RIVM/Centrum jeugdgezondheid: www.jeugdgezondheidszorg.nl.

Referentie:

1. 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.

De gezondheid van de Haagse burger opnieuw in kaart gebracht

G.A.M. Ariëns

Onlangs is voor de vierde keer de Haagse Gezondheidsmonitor verschenen. Editie 2010. De Wet publieke gezondheid (Wpg) stelt dat het college van burgemeester en wethouders zorg dient te dragen voor het verwerven van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking. De afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag voert deze taak uit en brengt hiertoe onder andere elke vier jaar de Gezondheidsmonitor uit. In de Gezondheidsmonitor wordt de (meest recente) gezondheidssituatie van de Haagse bevolking gepresenteerd. In dit artikel wordt kort stilgestaan bij de verschijning van de vierde Haagse Gezondheidsmonitor. Het artikel bevat géén samenvatting van de inhoud van de nieuwe Gezondheidsmonitor, omdat dit vanwege het encyclopedische karakter van de Gezondheidsmonitor onmogelijk is.

In januari 2010 is de vierde Haagse Gezondheidsmonitor verschenen, waarin het meest recente beeld wordt geschetst van de gezondheidssituatie in Den Haag. Naast de Wet publieke gezondheid, die stelt dat er periodiek inzicht moet worden gegeven in de gezondheidstoestand van de bevolking, zijn er genoeg inhoudelijke redenen om de gezondheid van de bevolking van een grote stad als Den Haag oplettend te volgen. Uit landelijk onderzoek weten we bijvoorbeeld dat de gezondheid van de grootstedeling gemiddeld slechter is dan die van de modale Nederlander. Ook weten we dat het gezondheidsgedrag van de grootstedeling vaak ongunstiger is. Dit leidt tot een minder gunstige levensverwachting in de grote stad, met name voor de grootstedeling met een lage sociaal-economische positie. Zo is uit onderzoek van het CBS bekend dat er een verschil in levensverwachting tussen laag en hoog opgeleiden bestaat van 6 tot 7 jaar. Dit verschil in levensverwachting tussen sociaal-economische groepen is de afgelopen jaren niet kleiner geworden (1) (2) (3).

De Haagse Gezondheidsmonitor brengt de Haagse gezondheidssituatie in kaart. Dit inzicht dient, in combinatie met de evaluatie van eerder gevoerd lokaal gezondheidsbeleid, als opmaat voor nieuw op te stellen gemeentelijk gezondheidsbeleid. Eerdere versies van de Haagse Gezondheidsmonitor verschenen in 1999, 2002 en 2006 (4) (5) (6). Al snel na de verschijning van de eerste Haagse Gezondheidsmonitor in 1999 werd de wens uitgesproken om

volgende edities van de gezondheidsmonitor een logische plek te geven in de gemeentelijke beleids-cyclus. Afsproken werd dat voortaan volgende versies van de Gezondheidsmonitor eens in de vier jaar, zo kort mogelijk voor het aantreden van het nieuwe college van burgemeester en wethouders, zouden verschijnen. Op die manier kan men bij het opstellen van het programma voor de komende collegeperiode gebruik maken van de meest actuele beschikbare informatie over de gezondheid van de Haagse burger. Behalve dat de Gezondheidsmonitor dus belangrijk is bij het vormgeven van nieuw gemeentelijk gezondheidsbeleid, biedt de monitor interessant leesvoer voor iedere professional die werkzaam is in het brede veld van de volksgezondheid.

De Gezondheidsmonitor schetst een beeld van de gezondheid van de inwoners van den Haag. Zo worden onder meer cijfers gepresenteerd over de lichamelijke en psychosociale gezondheid van Hagenaars, cijfers over levensverwachting en sterfte, cijfers over leefstijl, cijfers over zorggebruik en zorgaanbod, informatie over de leefomgeving en informatie over de gezondheidssituatie van een aantal specifieke aandachtsgroepen zoals dak- en thuislozen en slachtoffers van huiselijk geweld. Voor de informatie in de Gezondheidsmonitor worden verschillende onderzoeken en databestanden gebruikt. De Haagse Stadsenquête (7) levert bijvoorbeeld informatie over sportparticipatie, de cijfers over het

Over de auteur:

Geertje Ariëns is hoofd afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag. E-mail: g.ariens@ocw.denhaag.nl.

gebruik van genotmiddelen door de Haagse jeugd zijn gebaseerd op het peilstationsonderzoek van het Trimbos-instituut (8), de gegevens over de psychische gezondheid van de Hagenaar komen onder andere van Parnassia en de cijfers over het voorkomen van infectieziekten worden aangeleverd door de afdeling Infectieziektenbestrijding van de GGD Den Haag. Een belangrijke nieuwe bron van informatie is de G4 Gezondheidsenquête (9). Om onderling goed vergelijkbare gegevens over de gezondheid van de inwoners van de vier grote steden te verkrijgen, hebben de GGD'en van Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Den Haag in 2008 voor het eerst in nauwe samenwerking tegelijkertijd en op uniforme wijze een gezondheidsenquête uitgevoerd. Maar liefst 21.000 volwassen inwoners van de G4, waaronder ruim 4.000 Hagenaars, hebben een uitgebreide gezondheidsenquête ingevuld.

De animo om deel te nemen aan een dergelijk schriftelijk enquêteonderzoek is niet onder alle groepen stedelingen even groot. Met name de groepen inwoners die in relatief slechte gezondheid verkeren doen hier minder aan mee. Voor een representatief beeld van de gezondheid van de inwoners van de grote stad is juist gezondheidsinformatie over deze moeilijk bereikbare groep van belang. Daarom is voor deze groepen gekozen voor een intensieve benadering: vragenlijsten zijn vertaald, de mensen kregen meerdere malen schriftelijk herinneringen, potentiële deelnemers zijn telefonisch benaderd en er zijn huis aan huis bezoeken afgelegd om hulp te bieden bij het invullen van de gezondheidsenquête, eventueel in de eigen taal. Door deze G4 Gezondheidsenquête kon de gezondheidssituatie in Den Haag op een groot aantal terreinen worden vergeleken met die van de andere drie grote steden. Ook is het nu voor het eerst mogelijk om de gezondheidssituatie in Haagse wijken met een achterstandpositie te vergelijken met de gezondheidssituatie van Haagse wijken zonder achterstand. Bovendien is door de G4 Gezondheidsenquête nu informatie beschikbaar over onderwerpen waar voorheen geen Haagse cijfers bekend waren. Een voorbeeld hiervan zijn cijfers over eenzaamheid.

Net als in eerdere edities presenteren wij in deze editie van de Haagse Gezondheidsmonitor de situatie van de Haagse burger. Er wordt zo veel mogelijk vergeleken met de andere grote steden en met de landelijke situatie. Ook wordt waar mogelijk de

gezondheidssituatie in Haagse wijken met en zonder achterstand met elkaar vergeleken. Waar dat kan en van belang is wordt de gezondheidsinformatie voor verschillende doelgroepen apart gepresenteerd. Denk bijvoorbeeld aan gezondheidgegevens uitgesplitst naar leeftijd, geslacht, inkomenssituatie, opleidingsniveau en etnische groep. En natuurlijk is er aandacht voor trends in de tijd. Wanneer gegevens over een bepaalde gezondheidsproblematiek over langere tijd beschikbaar zijn, worden cijfers over een bepaalde periode gepresenteerd. Een voorbeeld hiervan is overgewicht onder de Haagse jeugd, gepresenteerd voor de jaren 1999 tot en met 2007.

Het centrale thema in de Haagse nota volksgezondheid is al een aantal jaren het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen (10). Het thema 'sociaal-economische gezondheidsverschillen' vormt ook een belangrijke rode draad in de vierde Haagse Gezondheidsmonitor. Onvermijdelijk vestigt de huidige Gezondheidsmonitor opnieuw de aandacht op het bestaan van gezondheidsachterstanden in Den Haag en geeft daarmee aanleiding om het beleid gericht op het terugdringen van deze achterstanden, te continueren. Zo worden in de Gezondheidsmonitor cijfers gepresenteerd die aantonen dat hoger opgeleiden een betere gezondheid ervaren dan lager opgeleiden, dat een verhoogd risico op angst en depressie vaker voorkomt onder bewoners van wijken met achterstand en dat overgewicht onder volwassenen vaker voorkomt onder niet-werkenden in vergelijking met werkenden.

Het bestaan van gezondheidsverschillen tussen groepen binnen de bevolking leidt altijd tot de vraag of er oorzaken zijn aan te wijzen. En of deze oorzaken zijn te beïnvloeden teneinde die gezondheidsachterstanden zo veel mogelijk terug te dringen. De vierde Haagse Gezondheidsmonitor biedt zeker aanknopingspunten voor het gemeentelijke gezondheidsbeleid om sociaal-economische gezondheidsverschillen te bestrijden.

Veranderingen in de Haagse gezondheidssituatie worden geleidelijk zichtbaar in opeenvolgende gezondheidsmonitoren. De snelheid waarmee dit geschiedt, verschilt uiteraard per onderwerp. Zo zal naar verwachting een verbetering in het gezondheidsgedrag van mensen in een eerder stadium merkbaar zijn dan een verlaging van de sterftcijfers. Het is daarom van groot belang de gezondheid van Hagenaars in de toekomst trendmatig te blijven volgen.

Een exemplaar van de Haagse Gezondheidsmonitor 2010 kan telefonisch of per email worden opgevraagd bij het secretariaat van de afdeling Epidemiologie (mevrouw J. Roos, telefoon 070 - 353 72 66 of email j.roos@ocw.denhaag.nl). Tevens kunt u hier een exemplaar opvragen van het onderzoeksverslag van de G4 Gezondheidsenquête 'De G4 op gezondheid uitgemeten'. Het pdf-bestand van de nieuwe Haagse Gezondheidsmonitor is beschikbaar via het gemeentelijke internet (www.denhaag.nl, zoekterm gezondheidmonitor). Tot slot bedank ik iedereen die een bijdrage heeft geleverd aan het tot stand komen van de vierde Haagse Gezondheidsmonitor.

Referenties:

1. Kardal M, Lodder BJH, Garssen MJ. Levensverwachting stijgt maar verschil tussen laag en hoog opgeleiden blijft groot. *Ned Tijdschr Geneesk* 2009; 153:A689.
2. Bruggink JW. Ontwikkelingen in (gezonde) levensverwachting naar opleidingsniveau. *Bevolkingstrends* 2009; (4):71-75.
3. Stam SE, Garssen MJ, Kardal M, Lodder BJH. Hoogopgeleiden leven lang en gezond. In: van Hilten O, Mares AMHM (red.). *Gezondheid en zorg in cijfers 2008*. Den Haag/Heerlen: CBS, 2008.
4. Gemeente Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en welzijn. *Gezondheidsmonitor 1999*.
5. Gemeente Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en welzijn. *Gezondheidsmonitor 2002*.
6. Gemeente Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en welzijn. *Gezondheidsmonitor 2006*.
7. Gemeente Den Haag, Bestuursdienst. *Stadsenquête Den Haag 2009*.
8. Ariëns GAM, Snijders BEP, Berns MPH, van der Leeuw-van Someren PA, Zwartendijk-Schats MATW. Nieuwe cijfers over roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder Haagse scholieren. *Epidemiologisch Bulletin* 2009; 44(1):11-21.
9. Van Veelen JJ, van Dijk AP, Ariëns GAM, Verhoef AP, Klaus-Meijns WMM, van Ameijden EJC, Berns MPH, Schouten GM, Dijkshoorn H, Bouwman-Notenboom AJ, Toet J. *G4 op gezondheid uitgemeten: over gezondheid en gezondheidsverschillen in de vier grote steden*. Den Haag, 2009.
10. Gemeente Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en welzijn. *Haagse nota Volksgezondheid 2007-2011 'Natuurlijk: gezond!'*. Den Haag, 2007.

Van excluderende naar inkluderende psychiatrie

Op vrijdag 13 november 2009 sprak prof. dr. A.M. van Hemert zijn oratie uit in het Academieggebouw van de Universiteit Leiden, ter gelegenheid van zijn benoeming tot bijzonder hoogleraar in de Epidemiologie van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) aan het LUMC. In dit artikel leest u een korte samenvatting van de inhoud van de oratie van professor Van Hemert, die de titel draagt: Sociale psychiatrie in de 21ste eeuw.

Voor 10 tot 15% van de patiënten in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) moet een nieuwe, intensievere vorm van ambulante begeleiding worden ontwikkeld. Dit is een groep die overduidelijk psychische problemen heeft, maar zelf niet aanklopt bij de huisarts of GGZ-instelling. De huidige GGZ is niet toegerust voor deze groep omdat men ervan uitgaat dat patiënten zelf om hulp moeten vragen en omdat zelfredzaamheid, het zelfstandig functioneren in de samenleving, een algemeen gehuldigd principe is. Professor Van Hemert gaf drie voorbeelden:

Een Aziatische man die geen Nederlands spreekt wordt door een wijkagent op straat opgemerkt doordat hij opvallend gedrag vertoont. Na enkele pogingen treft een verpleegkundige die nauw met de politie samenwerkt, op het adres van de man zijn kinderen aan die wel Nederlands spreken. De man blijkt door de huisarts naar de GGZ te zijn verwezen, maar is daar nooit aangekomen. De man is psychotisch. Inmiddels is een outreachend team gestart met behandeling.

De crisisdienst komt bij een 38-jarige man met flink agressief gedrag. De man blijkt te zijn ontslagen uit een GGZ-instelling en moet medicatie slikken, maar geeft zelf aan dat hij dat niet nodig vindt. Na twee maanden wordt hij opnieuw met een manische psychose opgenomen.

Een 17-jarige Turkse jonge vrouw is op de spoedeisende hulp aangekomen na het slikken van 20 paracetamols. Ze ziet geen uitweg meer vanwege relatieproblemen en kan daar thuis niet over praten omdat haar familie de relatie afkeurt. De jonge vrouw wil geen hulp. Het lukt de case-manager van de GGD om de vrouw naar de GGZ te krijgen.

Dit zijn drie voorbeelden van kwetsbare mensen die gebaat zijn bij een outreachende vorm van geestelijke gezondheidszorg, waarbij de hulpverlener actief contact zoekt met de patiënt, ook al heeft die daar zelf

geen behoefte aan. Van Hemert hanteert voor deze hulp de term ' inkluderende zorg' waarbij de probleemsituatie leidend is voor het zorgaanbod en niet de hulpvraag.

In zijn oratie ging Van Hemert in op de oorzaak van het ontbreken van deze vorm van zorg binnen de GGZ en beschreef hij ook de voorwaarden voor het goed kunnen functioneren van deze hulpvorm. Als belangrijke oorzaak noemde hij de dominantie van het autonomieprincipe. Het autonomieprincipe houdt in dat de zorg niet paternalistisch naar de mensen toe wordt gebracht, maar dat men verwacht dat mensen met problemen zelf bij de zorg aankloppen. Als de patiënt niks wil, wordt er door de hulpverlening niets gedaan. Van belang is het vinden van de juiste balans tussen enerzijds autonomie en anderzijds menswaardigheid. Wanneer autonomie ontaardt in verwaarlozing schiet het autonomieprincipe zijn doel voorbij. Een andere oorzaak voor het ontbreken van ' inkluderende zorg' is de zogenaamde vermaatschappelijking. Vermaatschappelijking betekent in deze context dat mensen met een lichamelijke of geestelijke handicap zoveel mogelijk ondersteund worden om een zelfstandig bestaan te kunnen leiden, als volwaardig lid van de samenleving. In de praktijk van de psychiatrie betekent dit dat mensen met een geestesstoornis zo veel mogelijk vrijheid moeten hebben. Als uitgangspunt een goede zaak, maar wel tegen de prijs dat kwetsbare mensen in de samenleving de weg kwijt kunnen raken en verzeild raken in situaties van ernstige verwaarlozing, vereenzaming of verslaving.

De oplossing moet zeker niet worden gezocht in een groter aantal bedden, een vorm van zorg die de afgelopen jaren toch al een enorme vlucht heeft genomen. Nederland is in Europa koploper als het gaat om het aantal GGZ-bedden per hoofd van de bevolking. Van het totale budget van de GGZ gaat tweederde naar de bedden, terwijl maar 10% van de

patiënten daar gebruik van maakt. Dit houdt in dat met een derde van de beschikbare middelen de ambulante zorg van 90% van de patiënten betaald moet worden. Met als gevolg een ernstige vershraling van het ambulante veld, wat in de praktijk ook goed voelbaar is. In de meeste zorgpraktijken hoort het uitvoeren van een huisbezoek feitelijk al niet meer tot de mogelijkheden. Ambulante zorg wordt in toenemende mate zorg waarin alleen de patiënt ambulant is.

Om 'includerende zorg' te kunnen bieden en de zorg voor kwetsbare groepen op peil te houden, moet in de toekomst een aantal blokkades worden weggenomen. Dat zijn volgens professor Van Hemert versnippering in de zorg, versnippering in de financiering, omgaan met marktprikkels en gebrek aan kennis. Door versnippering in de zorg is onderlinge afstemming vaak moeilijk als gevolg van verschillen in werkcultuur, prioriteiten en beschikbare middelen en tijd. De versnippering in de geldstromen (ZVW, WMO en AWBZ) maakt het lastig voor zorginstellingen om voor zinvolle OGGZ programma's duurzame financiering te vinden. Het DBC systeem uit het nieuwe stelsel van beginnende marktwerking verleidt tot het sluiten van een DBC aan het einde van een behandeling, zodat de verzekeraar overgaat tot betalen. Voor behandelingen in de OGGZ volstaat deze systematiek niet omdat patiënten er juist bij gebaat zijn dat hun dossier 'geopend' blijft.

Professor Van Hemert sloot zijn oratie af met de volgende samenvattende woorden:

"Het gaat goed met de psychiatrie, maar lang niet iedereen die zorg nodig heeft wordt ook voldoende bereikt. Ik denk dat dit komt doordat wij de zorg te veel organiseren vanuit het autonomieprincipe en te weinig vanuit het principe van includerende zorg. Naar mijn idee moet er voor 10 tot 15% van de GGZ-patiënten intensievere vormen van ambulante begeleiding worden ontwikkeld. Dit kunnen wij



Prof. dr. A.M. van Hemert: "Waar ik voor pleit is een nieuwe sociale psychiatrie, die nauw samenwerkt met de GGD."

financieren als we de kostbare groei van het aantal bedden beter in de hand houden en de GGZ-gelden evenwichtiger verdelen tussen de klinische en de ambulante voorzieningen. Waar ik voor pleit is een nieuwe sociale psychiatrie die net als aan het begin van de vorige eeuw nauw samenwerkt met de GGD. Het wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie moet zich niet alleen richten op geavanceerde methodieken zoals die van de functionele MRI, maar ook op methodieken waarmee wij de mensen die de zorg het hardste nodig hebben, beter kunnen bereiken".

Korte berichten

Actueel

Jaarverslag regionaal soa centrum Den Haag

Op 26 november j.l., bij de start van het Love Life festival in Den Haag, presenteerde wethouder Bert van Alphen (Volksgezondheid) het jaarverslag 2008 van het regionaal soa centrum Den Haag.

Het jaarverslag meldt o.a. een verdubbeling van het aantal bezoekers van het soa centrum dat besmet blijkt met hiv, vergeleken met het jaar daarvoor. Dit betreft met name mannen die seksuele contacten hebben met andere mannen (MSM). Wethouder Van Alphen: "De verdubbeling van het aantal mensen met hiv komt gedeeltelijk omdat sinds 2007 iedereen die bij het soa centrum komt, getest wordt op hiv. Tenzij iemand dat per sé niet wil. Maar het is vooral ook een heel duidelijk signaal dat de aandacht voor veilig vrijen niet moet verslappen." Hieronder de belangrijkste feiten uit genoemd jaarverslag.

Bezoekers:

Het aantal consulten bij het regionaal soa centrum Den Haag is in 2008 met 7425 14% gestegen ten opzichte van 2007. Van de bezoekers was 41% jonger dan 25 jaar, 14% betrof MSM. Van deze laatste groep was maar 13% jonger dan 25 jaar. Met andere woorden, waar jongeren over het algemeen de weg naar het soa centrum weten te vinden, geldt dat minder voor jonge homo's.

Van de bezoekers werkte 4% in de prostitutie, meer dan in het voorafgaande jaar. Deze stijging heeft ongetwijfeld te maken met

de intensivering van de outreachende activiteiten onder prostituees in 2008. Het centrum vervult een regionale functie: 64% van de bezoekers in 2008 kwam uit Den Haag en 22% uit de regio Zuid-Holland West.

Soa's:

De meest voorkomende soa is al jaren chlamydia, in 2008 werd bij 11% van de consulten positief op chlamydia getest. Bij jongeren onder de 25 jaar testte 14% positief. Dit percentage was gestabiliseerd ten opzichte van 2007 en bij heteroseksuele mannen en vrouwen was zelfs een lichte daling te zien. Daar stond een stijging tegenover bij de MSM, van 10% naar 12%. De aandoeningen gonorrhoe en syfilis komen steeds minder voor, ook in 2008 daalden de percentages hiervan gestaag.

Testen:

Zoals gezegd, is het aantal hiv-infecties in 2008 verdubbeld ten opzichte van 2007. 34 van de 43 geconstateerde gevallen betrof MSM. De verdubbeling heeft ten dele te maken met het nieuw ingezette beleid van het soa centrum, waarbij iedereen wordt getest op hiv, behalve wie dat echt niet wil. Opvallend is verder dat bij de mensen met hiv in 34% van de consulten nog een andere soa werd geconstateerd.

19% van de homoseksuele mannen die in 2008 bij het soa centrum kwamen, was nog nooit getest op hiv, minder dan in 2007 (toen 24%).

In 20% van de consulten met homoseksuele mannen werd een soa vastgesteld (tegen 26% in

2007), in 11% van de consulten met heteroseksuele mannen was dit het geval. Van de jongeren onder de 25 jaar bleek 15% een soa te hebben, veelal was dit chlamydia. Van de prostituees had 11% een soa.

Het Regionaal soa-centrum Den Haag vervangt sinds 2006 de twee drempelvrije soa-klinieken van het MCH Westeinde en het HAGA ziekenhuis en is sinds 2007 een zelfstandige afdeling van de Haagse GGD. Behalve voor soa-consulten kan men er terecht voor hepatitis-B vaccinatie en aanvullende seksualiteits-hulpverlening (jongeren onder de 25 jaar).

Vrouwen kiezen in eerder stadium voor abortus

Van de vrouwen die kiezen voor een abortus ondergaat 73% de ingreep binnen de eerste zes weken van de zwangerschap. Dit blijkt uit de Landelijke Abortus Registratie 2008 van de Rutgers Nisso Groep, kenniscentrum seksualiteit. In vergelijking met 2007 is dit een stijging van 18%. Door betere testen en echo's kan eerder worden vastgesteld of en hoelang een vrouw zwanger is. Het aantal abortussen is al sinds 2002 stabiel: jaarlijks laten 33.000 vrouwen een abortus uitvoeren. Dat is bijna 9 op de 1000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15 tot 44 jaar). Het abortuscijfer onder tieners (15 tot 19 jaar) daalde echter in 2008. In 2007 onderging 7,4 op de 1000 meisjes een abortus. In 2008 is dit verder gedaald tot 7,1 per 1000 tienermeisjes.

Van de vrouwen die kiezen voor een abortus heeft een derde al

eerder één of meerdere abortussen gehad. Bij vrouwen met een Afrikaanse, Surinaamse of Antilliaanse achtergrond is dit meer dan de helft.

Ondanks het stabiele aantal abortussen pleit de Rutgers Nisso Groep voor tijdige en adequate seksuele vorming. Nog steeds raken veel (jonge) vrouwen onbedoeld of ongepland zwanger, omdat ze geen anticonceptie gebruiken of niet goed. Kennis over verschillende vormen van anticonceptie en het juiste gebruik kan bijdragen aan een daling van de abortuscijfers. Ook in de nazorg bij abortus is het van belang aandacht te besteden aan effectief anticonceptiegebruik.

De Landelijke Abortus Registratie (LAR) is een initiatief van de abortusklinieken. Veertien van de zestien klinieken in Nederland verzamelen gegevens over hun cliënten. Het eerste jaarrapport is verschenen in 1972. Sindsdien verscheen er met enige regelmaat een rapportage; sinds 2002 verschijnt er jaarlijks een rapport. De LAR wordt uitgevoerd door de Rutgers Nisso Groep en gefinancierd door het Ministerie van VWS.

Het complete rapport 'Landelijke Abortus Registratie 2008' kan worden gedownload via <http://www.rng.nl/productenendiensten/onderzoekspublicaties/onderzoekspublicaties-1/downloadbare-publicaties-in-pdf>.

Cursussen

Public health in de Europese Unie

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

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

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

Data: maandag 22 en 29 maart en 12 april 2010

Kosten: € 1.100

Locatie: Amsterdam

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

Professioneel presenteren

Een aansprekende interactieve presentatie voor groepen slaagt door een combinatie van persoonlijke stijl en het toepassen van de goede technieken. U brengt uw presentatietechnieken op een hoger niveau en vergroot uw zelfvertrouwen.

Doelgroep: professionals werkzaam in de publieke- en bedrijfsgezondheid die geregeld presentaties voor groepen houden en hun interactieve technieken en vaardigheden willen verbeteren.

Data: dinsdag en woensdag 13 en 14 april 2010

Kosten: € 750

Locatie: NSPOH te Amsterdam

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

Lobbyen en netwerken

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

Doelgroep: professionals in de public en occupational health.

Kosten: € 700

Data: maandag 10 en 31 mei 2010

Locatie: Utrecht

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

Adviesvaardigheden: doelgericht adviseren in de public health

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

Doelgroep: programmanagers, projectleiders, leidinggevenden in de publieke gezondheid die binnen hun takenpakket te maken hebben met (beleids)adviesgeving aan vooral externe partijen. U werkt bij een GGD, GGZ, Verslavingszorg, zorgverzekeraar, Thuiszorg, patiëntenvoorlichting, landelijke categorale instelling, koepelorganisatie of bij een relevante overheidsinstantie. U beschikt over vier jaar werkervaring op academisch of management niveau in de publieke gezondheidszorg.

Data: dinsdag 25 mei, 1 en 15 juni 2010

Kosten: € 1.240

Locatie: Utrecht

Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=458>

Summercourse 'Epidemiologie: wat kan ik er mee?'

Maak kennis met de principes uit de epidemiologie én leer ze toepassen in uw eigen praktijk.

Doelgroep: de arts Maatschappij & Gezondheid, beleidsmedewerker, gezondheidswetenschapper, professional en de projectcoördinator werkzaam bij een GGD, GGZ instelling, zorgverzekeraar, thuiszorgorganisatie, nationaal instituut, koepelorganisatie of relevante overheidsinstantie.

Data: woensdag t/m vrijdag 18 t/m 20 augustus 2010

Kosten: € 1.195

Locatie: Zweeloo (Drente)
 Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=453>

Informatie over alle cursussen via www.nspoh.nl, tel. 020 - 40 97 00, info@nspoh.nl.

Aangiften infectieziekten

Meldingen tijdens het hele jaar 2009, voor de stad Den Haag

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

Het totaal aantal meldingen van aangifteplichtige infectieziekten in 2009 is hoger dan dat over 2008 (583 resp. 429, exclusief de meldingen van TBC). Deze toename is vooral te wijten aan de toename van kinkhoestmeldingen en ook aan de meldingen van hepatitis B. Of de stijging van kinkhoest een landelijke trend betreft is nog niet na te gaan: de landelijke gegevens over 2009 zijn vooralsnog niet beschikbaar.

Meldingen over het derde en vierde kwartaal 2009, voor de stad Den Haag

In dit bulletin worden de gegevens van het derde en vierde kwartaal samen besproken. Het aantal aangifteplichtige infectieziekten, door de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het derde en vierde kwartaal 2009 gemeld (362, exclusief de meldingen van TBC), is hoger dan het aantal in dezelfde periode in 2008 (278, idem). Dit verschil is hoofdzakelijk toe te schrijven aan een grote stijging

van het aantal meldingen van kinkhoest (van 89 naar 174). Hieronder volgen commentaren op de gemelde infectieziekten.

Buiktyfus

Er werden 2 patiënten gemeld, zij waren in het buitenland besmet.

Hepatitis A

Deze periode waren er 5 meldingen over mannen en 8 over vrouwen met hepatitis A. Ongeveer de helft van de gevallen was in Nederland opgelopen, de meerderheid van de patiënten was afkomstig van landen waar hepatitis A veel voorkomt.

Hepatitis B

Het aantal hepatitis B meldingen (117:109 chronische gevallen en 8 acute gevallen) was hoger dan in dezelfde periode in 2008 (83). In de categorie chronische gevallen waren meer mannen vertegenwoordigd dan vrouwen. De besmettingsbron is doorgaans niet bekend. Meestal gaat het om personen afkomstig van landen waar de ziekte veel voorkomt. Acute hepatitis B werd gemeld bij 6 mannen en 2 vrouwen. De oorzaak was veelal niet duidelijk, hoewel onbeschermd seksueel contact en tattoo's enkele malen als mogelijke oorzaak werden vermeld.

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (174) was het dubbele aantal van dezelfde periode in 2008. Of dit ook een landelijke trend is is vooralsnog niet bekend aangezien de landelijke statistieken van 2009 nog niet toegankelijk zijn. Hoewel de meeste patiënten tussen 5 en 50 jaar oud waren, zijn er toch enkele jongere patiëntjes gemeld. Voor zover bekend betrof het bijna allemaal gevaccineerde personen.

Legionellose

Van deze longziekte werden 6 gevallen gemeld. De helft was waarschijnlijk in het buitenland besmet. Bij 1 patiënt die in Nederland was besmet, bestaat het vermoeden dat hij in een sauna is besmet.

Malaria

Het aantal gemelde malaria-gevallen (17) was hoger dan tijdens dezelfde periode vorig jaar (7). Het betrof 10 mannen en 7 vrouwen, meestal afkomstig uit Afrika en bijna altijd besmet doordat zij geen profylaxe hadden geslikt tegen malaria.

Meningokokkenziekte

Hiervan waren 3 meldingen: 2 kleine kinderen en 1 volwassene. De kinderen waren besmet door een type meningokokken waar- tegen in Nederland niet wordt gevaccineerd.

Paratyfus

Deze ziekte lijkt op buiktyfus maar is doorgaans minder ernstig. Er werden 3 volwassenen gemeld, allen besmet in het buitenland.

Psittacose

Er werden 3 gevallen gemeld van deze ziekte, die kan leiden tot een longontsteking. Bij twee patiënten waren de eigen zieke vogels de meest waarschijnlijke bron van besmetting.

Shigellose (bacillaire dysenterie)

Twintig gevallen werden gemeld. Hoewel de meerderheid van de patiënten afkomstig was uit landen waar shigellosis meer voorkomt, blijkt de besmetting toch in tweederde van de gevallen in Nederland te zijn opgelopen. Negen gevallen kwamen overigens uit één familie.

Infectieziekten gemeld door instellingen

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het derde en vierde kwartaal 2009.

Ziektecategorie	KDV	Kinder- centrum	overig	school	Verpleeg- huis	Verzorgings- huis	Woon- voorziening	Totaal
Huidziekten	5	5	2	3			1	16
Luchtweginfecties	2	1		5				8
Maag-darmaandoening	2	1			4	1		8
Vlekjesziekten	4	2						6
	13	9	2	8	4	1	1	38

Voedselinfecties

Er werden 4 gevallen van voedselinfectie gemeld. Het betrof clusters van personen die waarschijnlijk door eenzelfde voedingsbron waren besmet. De bron is nooit objectief vastgesteld en bevond zich waarschijnlijk in de eigen keuken.

Het aantal meldingen uit instellingen is bijna gelijk aan het aantal meldingen in dezelfde periode in 2008. Meldingen van vlekjesziekten en huidziekten betroffen vermoedens van de vijfde ziekte en andere vlekjesziekten bij kinderen, alsook kleine uitbraken van ringworm en krentenbaard. Verder waren er enkele uitbraken van nieuwe influenza A H1N1 (Mexicaanse griep) in kinderdagverblijven of scholen en enkele uitbraken van buikgriep waarbij doorgaans het norovirus werd aangetoond of vermoed.

Griepandemie

(*'nieuwe influenza H1N1 2009'*, eerder Mexicaanse griep genoemd) In 2009 werden tot 15 augustus 11 gevallen gemeld van patiënten bij wie besmetting door dit virus was aangetoond. Daarna zijn de meldingscriteria aangepast en moesten alleen nog de in het ziekenhuis opgenomen of overleden patiënten van deze griep gemeld worden. Van deze categorie zijn 110 gevallen gemeld.

Meldingen tijdens het derde en vierde kwartaal voor de regio Zuid-Holland West*Nieuwe Influenza A (H1N1)*

Sinds april is de Nieuwe Influenza A (H1N1) een A-ziekte. Bij vermoeden van deze ziekte moet een arts de Nieuwe Influenza bij de GGD melden. Vanaf 15 augustus is de meldingsplicht beperkt tot ziekenhuisopnames en overlijden ten gevolge van de Nieuwe Influenza. In de regio Zuid-Holland West zijn in het derde en vierde kwartaal respectievelijk 56 en 53 gevallen van Nieuwe Influenza gemeld.

Brucellose

Er was 1 melding van brucellose. De patiënt was in Irak geweest; de bron ligt waarschijnlijk daar.

Buiktyfus

Twee meldingen van buiktyfus. De infecties waren opgelopen in Irak en in India. De patiënt die in Irak was geweest, was gevaccineerd tegen tyfus.

Hepatitis A

Drie meldingen van hepatitis A. Een 18-jarige jongeman had de hepatitis A in Nederland opgelopen na een homoseksueel contact. Beide andere patiënten hadden de ziekte in het buitenland opgelopen en waren niet gevaccineerd tegen hepatitis A.

Hepatitis B

Er zijn 29 meldingen van hepatitis B geweest. In vier gevallen ging het om een acute besmetting die seksueel was overgedragen. Bij de andere 25 meldingen ging het om dragers.

Kinkhoest

In het derde kwartaal waren er 131 meldingen van kinkhoest. In het vierde kwartaal was er forse afname: 43 meldingen.

Legionellose

Er waren vier meldingen van patiënten met legionellose. Het brononderzoek leverde geen zekerheid op over de bron.

Listeriose

Er waren drie meldingen van listeriose. Er is een uitgebreide voedselanamnese afgenomen maar bij geen van de patiënten werd een duidelijke bron gevonden.

Malaria

Vier meldingen van malaria door *Plasmodium falciparum*. De ziekte was opgelopen in Nigeria (2), Togo (1) en Ghana (1). Geen van patiënten had profylaxe ingenomen.

Meningokokkose

Er waren deze periode geen meldingen van een meningo-

kokkose.

Paratyfus A

Er was 1 melding van paratyfus, de ziekte was opgelopen in India.

Shigellose

Er zijn 9 meldingen van Shigellose geweest. De ziekte was opgelopen in Irak (1), Marokko (2), Egypte (4), India (1) en Ghana (1).

STEC

Er waren 11 meldingen van Shiga Toxine producerende E-Coli.

Het laboratoria heeft vanaf het derde kwartaal de methode van diagnostiek gewijzigd waardoor er meer STEC wordt gevonden. Er is geen bron gevonden. Alle patiënten hadden wel diarree klachten.

Voedselinfectie

Er was een melding van een voedselinfectie na een personeels-uitje in een restaurant. Van de 73 medewerkers die er hadden gegeten waren er 33 ziek

geworden (braken en/of diarree). De voedsel- en warenautoriteit heeft onderzoek bij het restaurant gedaan en vond in de keuken het Norovirus. Helaas leverde het fecesonderzoek bij twee patiënten geen verwekker op.

Aan deze rubriek werkten mee:

E.Ĵ.M. de Coster

E.M. Huisman

Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte	Het derde kwartaal 2009			De voorgaande 4 kwartalen				t/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar		
	GGD Den Haag 3e kw. 2009	GGD-Zuid-Holl. West 3e kw. 2009	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2009	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2008**)	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2008**)	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2009**)	Tot. regio Haaglanden 2e kw. 2009**)	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 3e kw. 2009	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 3e kw. 2008**)	
B-ziekten	bacillaire dysenterie	15	7	22	10	16	5	7	34	29
	buiktyfus		2	2	2	2	1		3	4
	cholera									
	Creutzfeld-J's disease									2
	hepatitis A	9	2	11	5	10	9	6	26	14
	hepatitis B *)	49	14	63	59	44	73	50	186	175
	hepatitis C									
	kinkhoest	29	131	160	125	118	100	167	427	291
	legionella pneumonie	4	2	6	8	1	5	2	13	18
	mazelen				53	1	1		1	55
	meningokokkose	3		3		2	1	3	7	4
	paratyfus A	1		1		1		1	2	2
	paratyfus B (C)	1		1	6	2			1	6
	tuberculose	29		29	25***	25***	28	25***	82***	78***
	voedselvergiftiging of voedselinfectie	2		2		1	1	1	4	4
C-ziekten	brucellose		1	1					1	
	E.coli 0157		6	6	1		1		7	1
	leptospirose					1				1
	malaria	9	2	11	10	5	3	2	16	14
	ornithose/psittacose	2	1	3		3		2	5	4
	Q-koorts					1		1	1	1
	rode hond							1		
totaal	153	168	321	305	233	227	268	816	701	

*) Inclusief dragers.

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

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

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

Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte	Het vierde kwartaal 2009			De voorgaande 4 kwartalen					t/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar	
	GGD Den Haag 4e kw. 2009	GGD-Zuid-Holl. West 4e kw. 2009	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2009	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2008**)	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2009**)	Tot. regio Haaglanden 2e kw. 2009**)	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2009**)	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 4e kw. 2009	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 4e kw. 2008**)	
B-ziekten	bacillaire dysenterie	5	2	7	16	5	7	22	41	45
	buiktyfus	2		2	2	1		2	5	6
	cholera									
	Creutzfeld-J's disease									
	hepatitis A	4	1	5	10	9	6	11	31	24
	hepatitis B *)	68	15	83	44	73	50	63	269	219
	hepatitis C									
	kinkhoest	145	43	188	118	100	167	160	615	409
	legionella pneumonie	2	2	4	1	5	2	6	17	19
	mazelen				1	1			1	56
	meningokokkose				2	1	3	3	7	6
	paratyfus A	1	1	2	1		1	1	4	3
	paratyfus B (C)				2			1	1	8
	tuberculose	19		19	25***	28***	25***	29	101***	103***
	voedselvergiftiging of voedselinfectie	2	1	3	1	1	1	2	7	5
C-ziekten	brucellose							1	1	
	E.coli 0157		5	5		1		6	12	1
	leptospirose				1					2
	malaria	8	2	10	5	3	2	11	26	19
	ornithose/psittacose	1		1	3		2	3	6	4
	Q-koorts				1		1		1	1
	rode hond						1		1	
totaal	257	72	329	233	228	268	321	1146	930	

*) 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).



Het Epidemiologisch Bulletin is een kwartaaluitgave van de GGD Den Haag. Het blad heeft een semi-wetenschappelijk karakter en belicht de uitkomsten van recent epidemiologisch onderzoek op het terrein van de volksgezondheid. Daarnaast bevat het Bulletin artikelen die signaleren welke gezondheidsproblemen er spelen in een grote stad als Den Haag en wat voor beleid er wordt gevoerd om die het hoofd te bieden.

Geïnteresseerden krijgen het blad *kostenloos* toegestuurd.*

• **Hierbij geef ik mij op als abonnee van het Epidemiologisch Bulletin:**

Naam/organisatie: /

Straat:

Postcode/stad: /

• **Ik ben abonnee van het Epidemiologisch Bulletin.**

Mijn oude adres was:

Naam:

Straat:

Postcode/stad: /

• **Mijn nieuwe adres is:**

Naam:

Straat:

Postcode/stad: /

• **Ik wil het Epidemiologisch Bulletin niet langer ontvangen:**

Naam:

Straat:

Postcode/stad: /

* **Stuur deze bon aan: zie achterkant**

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



Gemeente Den Haag
Dienst OCW/VG&Z/Epi
Antwoordnummer 13 034
2501 VG Den Haag