



# Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

*jaargang 45, 2010, nummer 4*

## inhoud

### epidemiologie

Vóórkomen van parasuicides in Den Haag  
Op basis van instellingsregistratie in de jaren 2008-2009

Uitgaan en genotmiddelengebruik in Den Haag  
Gegevens over 2008-2009 uit een Internet-survey onderzoek

### volksgezondheid

Allochtone vrouwen en borstkanker  
Mammarosa, van bescheiden initiatief tot 'beweging'

OGGZ Monitor Haaglanden verschenen

### Korte berichten

# Colofon

Maart 2010, 45ste jaargang nr. 4

## Redactie

mw. dr. G.A.M. Ariëns, GGD Den Haag (kernredacteur)

mw. I. Burger, GGD Den Haag (kernredacteur a.i.)

dr. P.K. Chandie Shaw, internist, Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag

mw. dr. I.M. van der Meer, GGD Den Haag (kernredacteur)

prof. dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Den Haag (hoofdredacteur)

E. Pieters, Parnassia Bavo Groep

B. Potemans, huisarts in Den Haag

mw. W. van Rijssel (redactiesecretaris/eindredacteur)

mw. K. van der Voorn, STIOM Den Haag

## Redactieadres

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn

GGD, Postbus 12652, 2500 DP Den Haag

Bezoekadres: Thorbeckelaan 360

Secretariaat EMG

tel.: 070 - 3537266, fax : 070 - 353 72 92

e-mail: [j.roos@ocw.denhaag.nl](mailto:j.roos@ocw.denhaag.nl)

*Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij mw. Roos.*

## Epidemiologisch Bulletin op internet:

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

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

## Ontwerp en productie

Gemeente Den Haag

Intern Dienstencentrum

## Fotografie

Munib Özdemir

## 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

## Epidemiologie

Vóórkomen van parasuïcides in Den Haag

Op basis van instellingsregistratie in de jaren 2008-2009

*I. Burger, C. van der Linden, A. Bos, T. Eckhardt, S. Post, M. van Yperen en A.M. van Hemert*

1

Uitgaan en genotmiddelengebruik in Den Haag

Gegevens over 2008-2009 uit een Internet-survey onderzoek

*C. Dekkers, J.P. Grund, A. van Dijk*

12

## Volksgezondheid

Allochtone vrouwen en borstkanker

Mammarosa, van bescheiden initiatief tot 'beweging'

*L. van der Vegt*

23

OGGZ Monitor Haaglanden verschenen

*R. Gilissen*

28

## Korte berichten

30

# Vóórkomen van parasuïcides in Den Haag

## Op basis van instellingsregistratie in de jaren 2008-2009

*I. Burger, C. van der Linden, A. Bos, T. Eckhardt, S. Post, M. van Yperen en A.M. van Hemert*

Traditiegetrouw volgt de GGD Den Haag nauwlettend de trend in suïcidaal gedrag van Hagenaars. Dit betreft mensen die zich binnen de gemeentegrenzen van Den Haag van het leven hebben beroofd, of Hagenaars die zichzelf (niet-fataal) letsel hebben toegebracht: respectievelijk gevallen van suïcide en gebeurtenissen van parasuïcide. Over het voorkomen van suïcide en parasuïcide is herhaaldelijk gepubliceerd in het Epidemiologisch Bulletin (1-5). Een meer dan gemiddeld vóórkomen van verschijningsvormen van suïcidaal gedrag in bevolkingsgroepen kan duiden op (collectief) onwelbevinden en/of psychische ongezondheid binnen deze subgroepen. Onderstaand artikel beschrijft de resultaten uit het Parasuïcide Registratieproject Den Haag, de registratie van gebeurtenissen van parasuïcide die zich onder Hagenaars hebben voorgedaan tussen 1 januari 2008 en 31 december 2009, en vergelijkt deze met voorgaande onderzoeksjaren.

### Voorgeschiedenis

Aan de onderhavige registratieperiode binnen het Parasuïcide Registratieproject Den Haag zijn twee registratieperioden voorafgegaan, respectievelijk 1987-1993 (2-3) en 2000-2004 (4-5). De werkwijze en deelnemende instanties verschilden enigszins, ook met de onderhavige registratie, maar de relatieve uitkomsten tussen bevolkingsgroepen zijn goed vergelijkbaar.

De bevindingen over 1987-1993 toonden indertijd aan dat vooral 15-24-jarige Surinaamse vrouwen en in iets mindere mate 15-24-jarige Turkse vrouwen en 15-19-jarige Marokkaanse meisjes vaker dan hun van oorsprong Nederlandse leeftijdsgenotes overgingen tot een parasuïcidale handeling. De cijfers over 2002-2004 lieten een lichte verschuiving zien in deze uitkomsten. De meisjes en jonge vrouwen van Surinaamse afkomst in de leeftijd van 15-24 jaar voerden niet langer de statistieken aan in negatieve zin, hun plaats was ingenomen door leeftijdsgenotes van Turkse afkomst.

De Turkse meisjes en jonge vrouwen deden in vergelijking tot hun autochtone leeftijdsgenotes in

2002-2004 ruim twee keer zo vaak (545 per 100.000 per jaar versus 246 per 100.000 per jaar) een parasuïcide, de 15-24-jarige Surinaamse meisjes bijna twee maal zo vaak (421 per 100.000 per jaar). Beide verschillen duiden statistisch niet op toeval. Naar aanleiding van deze uitkomsten heeft de afdeling Epidemiologie uitgebreid kwalitatief vervolgonderzoek gedaan naar mogelijke emotionele en/of psychosociale oorzaken van het verhoogde voorkomen van parasuïcide onder 15-24-jarige Surinaamse en Turkse vrouwen. In twee in de tijd gescheiden onderzoeken bleek zowel bij de Turkse als bij de Surinaamse respondenten de belangrijkste bedreiging voor hun welbevinden het gebrek aan vrijheid in combinatie met een afstandelijke of verstoorde relatie met hun ouders, die een autoritaire opvoedingsstijl hanteerden, vol wantrouwen en controle (6-7).

### Methode

Gedurende 2002-2004 participeerden in de registratie uitsluitend het bureau 24-uurszorg van - toen nog - Parnassia en de ziekenhuisopnameafdelingen van de algemene ziekenhuizen. In theorie zou dit een

Over de auteurs:

Mw. I. Burger, epidemiologisch onderzoeker, werkzaam op afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag; mw. C. van der Linden, klinisch-epidemioloog en nurse practitioner, werkzaam op de SEH-afdeling van het Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde in Den Haag; mevr. A. Bos, unithoofd van de SEH-afdeling van het Hagaziekenhuis, locatie Leyenburg in Den Haag; T. Eckhardt, arts, werkzaam als medisch manager ambulancezorg Haaglanden; S. Post, unithoofd van de SEH-afdeling van het Hagaziekenhuis, locatie Rode Kruis en Julianakinderziekenhuis in Den Haag; mw. M. Yperen, waarnemend unithoofd en praktijkopleider van de SEH-afdeling Bronovo in Den Haag; prof. dr. A.M. van Hemert, psychiater en epidemioloog, hoofd van het bureau 24-uurszorg Parnassia Bavo groep voor Den Haag e.o. en werkzaam bij de afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde van het Leids Universitair Medisch Centrum. E-mail: irene.burger@denhaag.nl.

volledige registratie moeten opleveren (exclusief uiteraard diegenen die na een parasuicide geen medische hulp krijgen of alleen gezien worden door de huisarts). Het protocol voorziet er namelijk in dat iemand die parasuicide pleegt en niet hoeft te worden opgenomen, op de spoedeisende hulp (SEH)-afdeling een consult krijgt van de crisisdienst (de crisisdienst registreert). Pas daarna wordt de patiënt 'vrij' gegeven. En is een opname in het algemene ziekenhuis geïndiceerd dan krijgt de patiënt een consult van de dienstdoende psychiater van het algemene ziekenhuis (deze psychiater registreert). In de praktijk echter verlaten patiënten de SEH-afdeling regelmatig voordat de crisisdienst hen heeft beoordeeld. Behalve dat deze registratiemethode kwetsbaar is, blijkt die uit ervaring dus ook niet helemaal compleet.

Voor de onderhavige registratieperiode 2008-2009 is daarom aan meer instanties en afdelingen gevraagd te participeren, zoals dit ook gebeurde in de jaren 1987-1993 (2-3). Dit zijn:

- Parnassia Bavo Groep, bureau 24-uurszorg ('crisisdienst');
- Medisch Centrum Haaglanden (MCH), SEH-afdeling van de locatie Westeinde;
- Hagaziekenhuizen, SEH-afdelingen van de locaties Leyenburg, Rode Kruis en Julianakinderziekenhuis;
- Ziekenhuis Bronovo, SEH-afdeling;
- Ambulancediensten in Haaglanden (vanaf 1 april 2008).

Het meedoen van al deze instellingen betekent dat patiënten na een parasuicide dus meermalen (door verschillende instanties) kunnen worden gemeld. Dat maakt de kans dat een patiënt wordt gemist aanzienlijk kleiner. Ook geeft het inzicht in welke instanties bij een gebeurtenis van parasuicide zijn betrokken. Dubbele meldingen en herhaalde suïcidepogingen (recidives) worden opgemerkt op basis van gegevens over het geslacht, de geboortedatum, ten minste de eerste vier letters van de achternaam (bij vrouwen de meisjesnaam) en de etnisch-culturele afkomst<sup>1</sup>. In het onderzoek zijn meldingen die binnen vier dagen plaatsvonden bij éénzelfde persoon beschouwd als één gebeurtenis oftewel episode van parasuicide. De aangeleverde

gegevenssets omvatten naast de datum van parasuicide en bovengenoemde gegevens van de patiënt, informatie over de woonlocatie, de wijze van uitvoering van het suïcidale gedrag en het beleid/de nazorg die noodzakelijk werd geacht. Van het MCH Westeinde waren ook gegevens beschikbaar over de aanleiding tot de parasuïcidale handeling. De crisisdienst informeerde ook over de verwijzer en de aard van het contact. De elektronisch aangeleverde gegevens van Parnassia Bavo Groep, bureau 24-uurszorg, waren afkomstig uit hun reguliere registratiesysteem en zijn kort na het verstrijken van het kalenderjaar aangeleverd. De administratieve medewerkers en/of hulpverleners van de SEH-afdelingen van de algemene ziekenhuizen vulden een speciaal voor het project ontwikkeld registratieformulier in, dat de onderzoeker maandelijks ophaalde. Bij opvallende daling trok de onderzoeker 'aan de bel' en werd er intern nog eens extra geattendeerd op de registratie. De ambulanceverpleegkundigen hadden een meldingsformulier in de wagen met een zo beperkt mogelijk aantal vragen (zo min mogelijke tijdsbelasting), dat door de medisch manager van de ambulancezorg aan de hand van het 'rittenformulier' werd aangevuld, in aanwezigheid van de onderzoeker.

De volgende definitie is gebruikt voor een gebeurtenis van parasuicide:

*'Een daad zonder dodelijke afloop, waarbij een individu uit eigen vrije wil niet-habitueel gedrag vertoont dat zonder interventie van derden inwendige of uitwendige schade aan diens lichaam toebrengt en dat bedoeld is om door de betrokkene gewenste veranderingen te bewerkstelligen door middel van de actuele of te verwachten lichamelijke gevolgen (8).*

Met de keuze van deelnemende instanties en deze gevolgde werkwijze is getracht zoveel mogelijk onderrapportage van gebeurtenissen van parasuicide in Den Haag te voorkómen. Een tijdsperiode van twee jaar, 2008 en 2009, is beperkt. De resultaten die in dit artikel zijn beschreven moeten daarom met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd omdat toevulsfluctuaties in aantallen *binnen* subpopulaties de uitkomsten kunnen hebben beïnvloed. Echter, vanwege de omstandigheid dat er over eerdere tijdsperiodes vergelijkbare gegevens beschikbaar zijn

<sup>1</sup> De etnisch-culturele afkomst is vastgesteld op basis van zelfrapportage en indien deze informatie niet voorhanden was op basis van het geboorteland van betrokkene en van diens ouder(s), dit laatste in geval cliënt in Nederland was geboren. In sommige gevallen zijn de gegevens over de geboortelands ontleend aan de Gemeentelijke Basis Administratie. In de hiërarchie van de geboortelands is de VNG-systematiek gevolgd, waarbij niet-Nederland vooraan op Nederland, niet-westers prevaleert boven westers en in volgorde van belangrijkheid achtereenvolgens het geboorteland van betrokkene wordt bekeken en daarna van de moeder respectievelijk de vader.

kunnen de uitkomsten wel betekenis krijgen naar aard en omvang *tussen* subgroepen van de Haagse bevolking.

De methode van onderzoek is goedgekeurd door de Medisch Ethische Toetsings Commissie Zuidwest Holland (ref . 2007-1131).

### Resultaten parasuïcideregistratie 2008-2009

#### Aantallen meldingen en gebeurtenissen

De deelnemende instanties hebben in 2008-2009 gezamenlijk 1.400 keer een melding gedaan van een gebeurtenis van parasuïcide bij Hagenaars (geen automutilatie). De 1.400 meldingen hadden betrekking op 1.034 gebeurtenissen van parasuïcide bij 832 personen.

De meeste meldingen kwamen van de crisisdienst: 600 meldingen. MCH, locatie Westeinde meldde 350 keer (345 gebeurtenissen), het Hagaziekenhuis, locaties Leyenburg, Rode Kruis en Julianakinderziekenhuis 236 keer (230 gebeurtenissen), het ziekenhuis Bronovo 74 keer (71 gebeurtenissen) en de ambulancediensten in Haaglanden (vanaf 1 april 2008) 140 keer (136 gebeurtenissen). 53 Keer heeft één instantie een gebeurtenis van parasuïcide (over een episode van drie dagen) meer dan één keer gemeld. 42% Van de gebeurtenissen van parasuïcide gemeld door het MCH zijn ook gemeld door de crisisdienst, deze combinatie is bij het Hagaziekenhuis 23% en bij het ziekenhuis Bronovo 29%. Omdat het protocol bij een gebeurtenis van parasuïcide gezien op de SEH-afdeling in principe consultatie van de crisisdienst voorschrijft lijkt hier sprake te zijn van enige onder-rapportage. Ook het soms sterk fluctuerend aantal meldingen in de tijd bij instanties doet enige onder-rapportage vermoeden. Dat de registratie 'moet leven' onder de hulpverleners blijkt door de duidelijke stijging van het aantal meldingen na 'een klinische les' over parasuïcide.

Uiteraard hangt het aantal consultaties vanwege parasuïcide op een SEH-afdeling af van de bevolkingsdichtheid en -samenstelling in het verzorgingsgebied van het desbetreffende ziekenhuis. Vergelijken we bijvoorbeeld het Bronovo ziekenhuis met het MCH, locatie Westeinde, dan ligt het Bronovo ziekenhuis in een gebied met een veel lagere bevolkingsdichtheid, met beduidend meer welgestelden en veel minder bewoners afkomstig uit niet-westerse landen. Dat verklaart waarom het

Bronovo ziekenhuis beduidend minder meldingen heeft gedaan dan het MCH, locatie Westeinde. De crisisdienst krijgt de meeste consultatieverzoeken van de algemene ziekenhuizen (60%)<sup>2</sup>. Vanwege een crisissituatie van een verbalisant of patiënt verzochten de politie en de huisarts om respectievelijk 15% en 12% consultaties van de crisisdienst. Het resterende gedeelte (13%) vond plaats na melding van andere crisisdiensten, de ambulancedienst, de ambulante GGZ, de GGD of 'anderszins'. 87% Van de psychiatrische beoordelingen vindt (ter plekke) in aanwezigheid van de patiënt plaats (face-to-face).

721 Personen hebben één keer een parasuïcide gepleegd in 2008-2009 en 111 personen twee of meer keer, de recidivisten. Driekwart van de 111 recidivisten heeft twee pogingen ondernomen, 13% twee of drie keer, 8% vier of vijf keer, 4% zes tot tien keer en 1% 19 keer (een Nederlandse man van in de zestig). Bij 30% van de herhaalde pogingen vonden deze plaats binnen een maand en bij 60% binnen drie maanden. Bij de overige 10% was dit langer.

Acht mensen die in 2008-2009 zijn geregistreerd vanwege een gebeurtenis van parasuïcide hebben zich in 2008 of 2009 gesuïcideerd (0,8% van de gebeurtenissen van parasuïcide). Het betreft vier mannen (drie Nederlanders en één Antilliaan) en vier vrouwen (drie Nederlandse en een Amerikaanse), op één na allen ouder dan 35 jaar.

#### Leeftijd, geslacht en etniciteit

In tabel 1 zijn de absolute aantallen gebeurtenissen van parasuïcide naar leeftijd, geslacht en etniciteit weergegeven. In de verslagperiode werden 581 parasuïcides geteld bij Nederlanders. In de groep niet-Nederlanders waren er 144 Surinamer, 98 Turk, 37 Marokkaan, 16 Antilliaan en 152 behoorde tot de divers samengestelde groep 'Overigen'. Bij slechts zes gevallen (0,5%) bleef de etniciteit onbekend. Binnen alle bevolkingsgroepen doen meer vrouwen dan mannen een suïcidepoging. Negen meisjes waren nog geen vijftien jaar (vier Nederlandse, vier Turkse en één Surinaamse). Boven de 64 jaar worden de gebeurtenissen van parasuïcide zeldzamer (50 personen).

In figuur 1 zijn voor leeftijd en geslacht het aantal parasuïcides per 100.000 Hagenaars per jaar onderscheiden (de incidentie), zodat rekening is

<sup>2</sup> Bij circa twee van de vijf van deze aanvragen van het algemeen ziekenhuis voor een crisisconsult werd in de registratie geen melding aangetroffen van een SEH-afdeling.

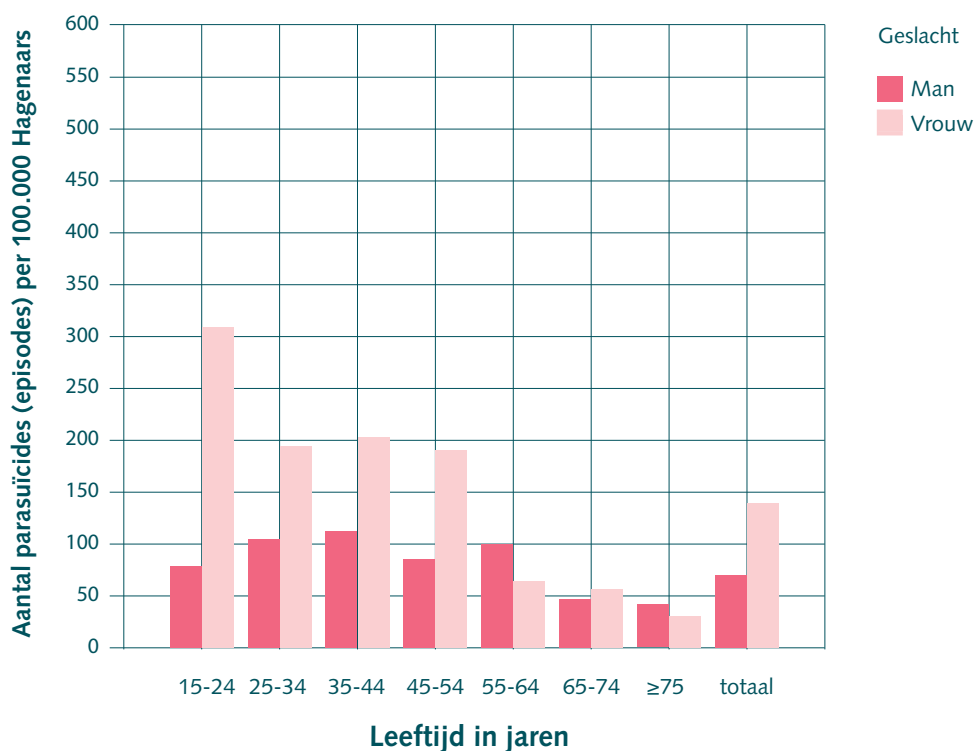
**Tabel 1.***Aantal parasuïcides (gebeurtenissen) naar etniciteit en leeftijd voor mannen en vrouwen. Den Haag 2008-2009.*

Leeftijd in jaren	Nederlands		Surinaams		Antilliaans		Turks		Marokkaans		Overig		Onbekend		Totaal	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
10-14	0	4	0	1	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	9
15-19	10	39	3	13	0	1	1	16	1	1	2	11	0	1	17	82
20-24	12	37	4	16	1	3	4	20	1	13	3	12	0	2	25	103
25-34	33	72	19	22	2	2	6	17	4	10	16	24	1	1	81	148
35-44	55	67	8	27	1	2	4	19	3	3	21	36	1	0	93	154
45-54	46	88	6	15	2	2	1	4	0	0	4	12	0	0	59	121
55-64	45	24	5	5	0	0	1	1	1	0	2	4	0	0	54	34
65-74	13	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	13	18
>=75	7	11	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	8	11
Onb.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	1
Totaal	222	358	45	99	6	10	17	81	10	27	50	102	2	4	352	681

Opmerking: van één Nederlander was het geslacht onbekend.

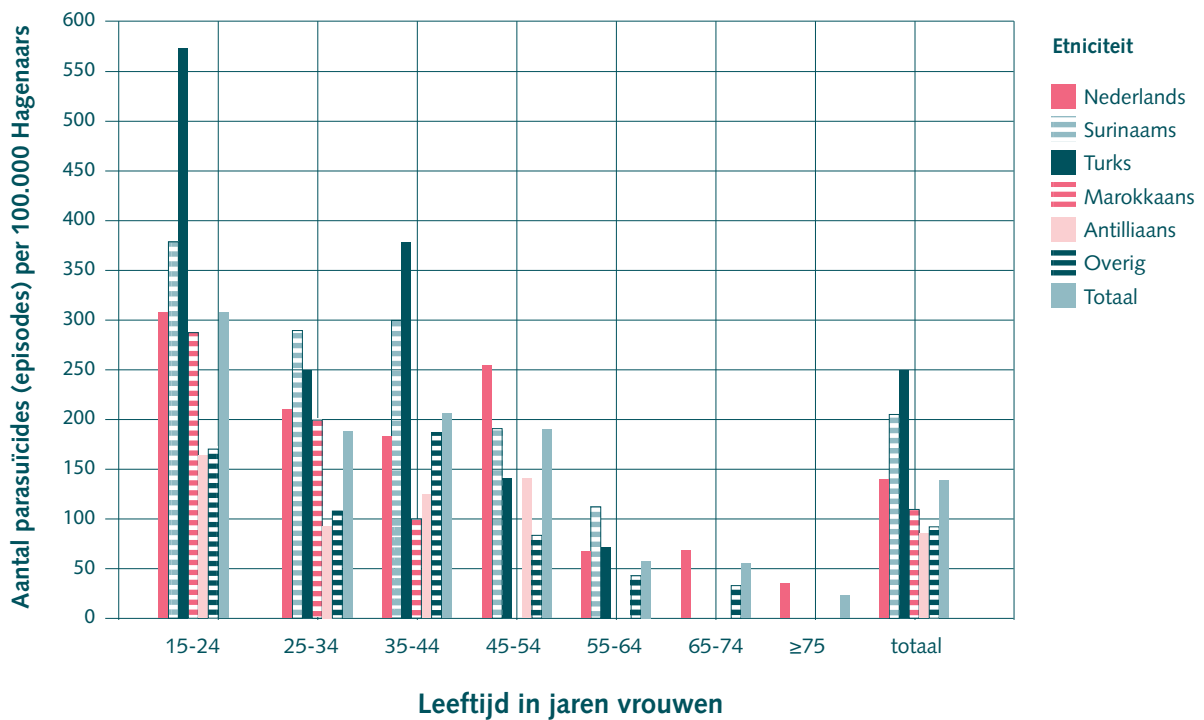
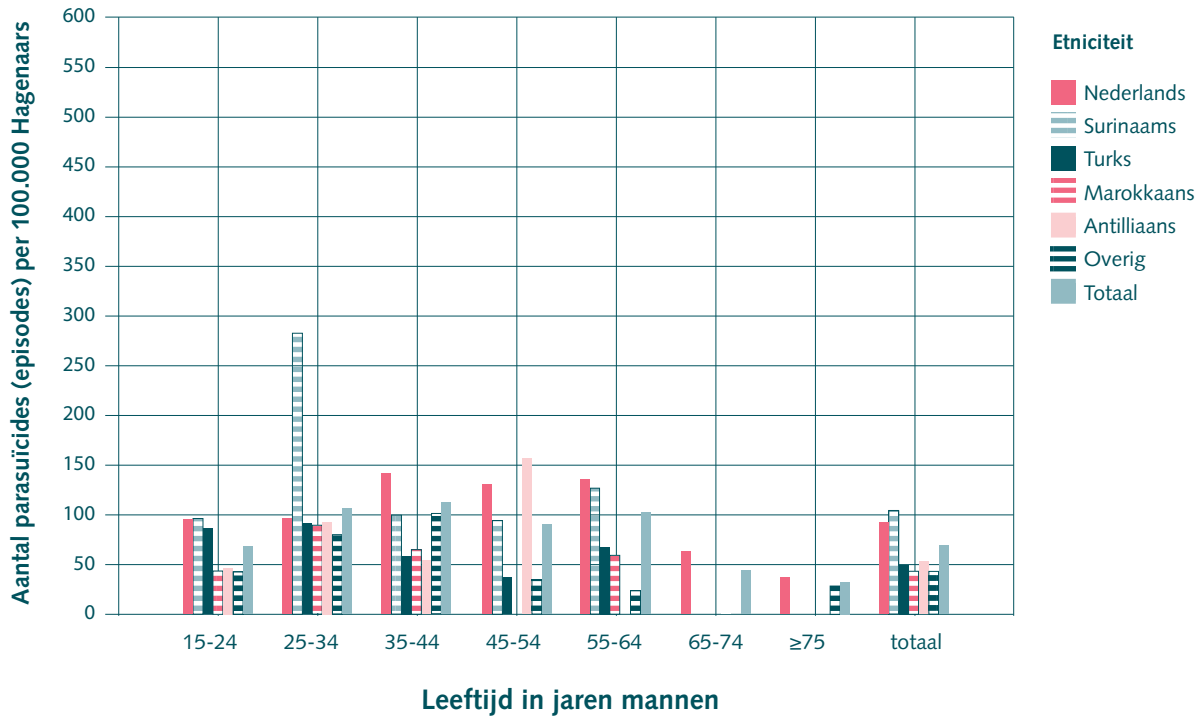
gehouden met het bevolkingsaantal in de desbetreffende groep. Met uitzondering van de leeftijdsgroep 55-64-jarigen en 75-plussers zijn de incidenties van gebeurtenissen van parasuïcide bij

vrouwen hoger dan bij mannen. In de leeftijdsgroep 15-24-jarigen is de hogere incidentie bij de vrouwen het meest uitgesproken: ruim vier keer zo hoog in vergelijking tot de mannen. Ook over de jaren 1987-

**Figuur 1.***Aantal parasuïcides (episodes) per 100.000 Hagenaars (15 jaar e.o.) per jaar naar leeftijd naar geslacht. Den Haag 2008-2009.*

**Figuur 2.**

Aantal parasuicides (episodes) per 100.000 Hagenaars (15 jaar e.o.) per jaar naar leeftijd en etnische groep voor mannen (boven) en vrouwen (onder). Den Haag 2008-2009.



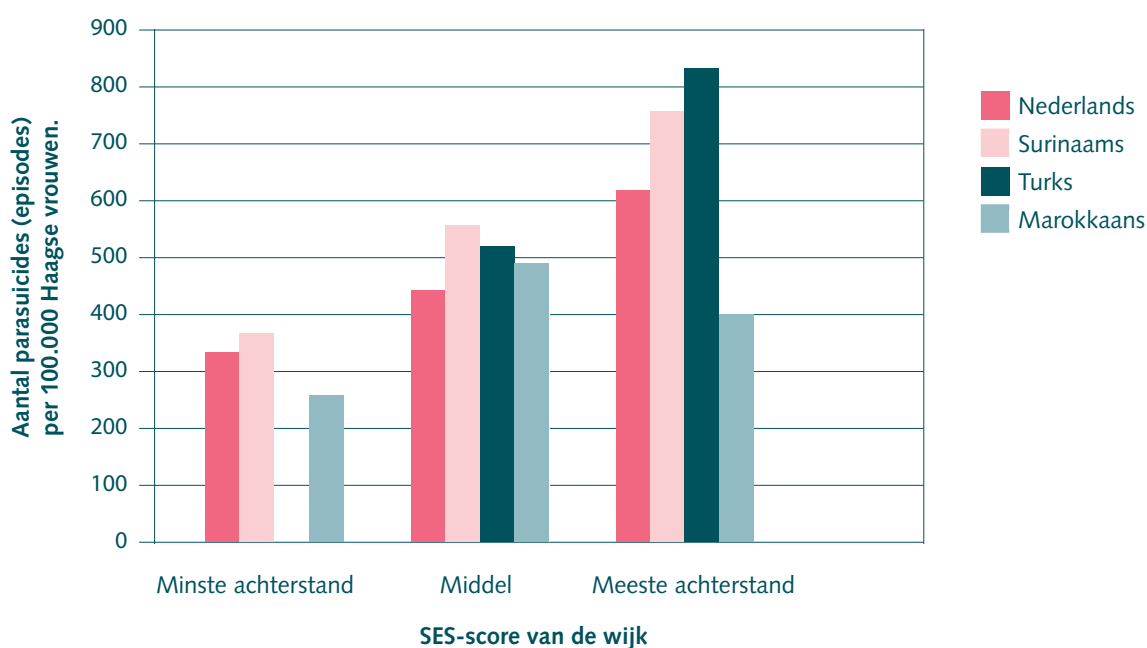
1993 en 2002-2003 constateerden de onderzoekers dergelijke verschillen in incidentie tussen de geslachten.

Figuur 2 toont voor mannen en vrouwen afzonderlijk weergegeven naar leeftijd de incidentie bij de autochtone Nederlanders, de Surinamers, de Turken, de Marokkanen, de Antillianen en de groep 'Overige' niet-Nederlanders. In de onderscheiden leeftijdsgroepen beneden de 55 jaar zien we bij alle etnische groepen dat de incidentie van gebeurtenissen van parasuicide bij vrouwen die bij mannen (vrijwel altijd ruim) overstijgt (bovenste figuur vergeleken met de onderste figuur). Vergeleken met hun Nederlandse leeftijd- en geslachtsgenoten (=referentiegroep) zien we bij de mannen een significant verhoogde incidentie bij 25-34-jarige Surinamers (279 per 100.000 per jaar versus 94 per 100.000 per jaar) en bij de vrouwen - evenals in de periode 2002-2003 - een significant verhoogde incidentie bij de 15-24-jarige Turkse vrouwen (575 per 100.000 per jaar versus 310 per 100.000 per jaar) en nu ook significant bij 35-44-jarige Turkse vrouwen (375 per 100.000 versus 180 per 100.000 per jaar). In tegenstelling tot de eerdere onderzoeksperiodes 1987-1993 en 2002-2003/4 (2-5) zien we geen significant verhoogde incidentie bij de Surinaamse 15-24-jarige vrouwen.

Uit tabel 1 blijkt dat het bij de 15-24-jarige Turkse vrouwen en de 35-44-jarige Turkse vrouwen respectievelijk om 36 en 19 gebeurtenissen van parasuicide gaat. Dit zijn respectievelijk 35 Turkse vrouwen in de leeftijd van 15-24 jaar en 18 Turkse vrouwen in de leeftijd van 35-44 jaar die gedurende 2008-2009 op basis van de registratie één of meer parasuicides pleegden. Het aantal recidives is bij beide groepen Turkse vrouwen zeer beperkt. De hogere incidentie van gebeurtenissen van parasuicide bij deze groepen Turkse vrouwen kan dus niet zijn veroorzaakt doordat één of enkele vrouwen veelvuldig parasuïcidaal gedrag vertoonden. In de vorige onderzoeksperiode deden zich meer recidives voor bij de 35-44-jarige Turkse vrouwen. Toen zagen we een verhoogde maar niet significant verhoogde incidentie. Bij de 25-34-jarige Surinaamse mannen tellen we 19 gebeurtenissen en 14 personen. Dit aantal recidieven is (mede) verantwoordelijk voor het significant verhoogd voorkomen van parasuicide in deze groep. De naar herkomstland divers samengestelde groep 'Overigen' laat in geen van de onderscheiden subgroepen een bovengemiddeld verhoogd voorkomen zien, in sommige subgroepen naar leeftijd- en geslacht zien we zelfs een significant verlaagde incidentie.

### Figuur 3.

*Bij 15-44-jarige vrouwen het aantal parasuicides (episodes) per 100.000 Hagenaars per jaar naar SES per etnische groep. Den Haag 2008-2009.*





**Tabel 2.**

*Gezoken methode (combinaties mogelijk) van parasuïcides (gebeurtenissen). Den Haag 2008-2009.*

Methode	Aantal (N=1034)	Percentage
Medicijnen	779	81
Medicijnen, onbekend wel/niet voorgeschreven	327	37
Voorgeschreven medicijnen	318	31
Niet voorgeschreven medicijnen	134	13
Alcohol, expliciet genoemd	121	12
Snijden/steken	104	10
Andere vergiften, waarschijnlijk in veel gevallen alcohol	96	9
Verhangen/verstikken	46	4
Overrijden	36	3
Springen van hoogte	26	2
Anders	22	2
Drugs	17	2
Verdrinken	9	1
Onbekend	11	1

#### **Achterstandscore van de wijk**

Bij iedere gebeurtenis van parasuïcide is de postcode van het woon- of verblijfadres van de patiënt genoteerd. Is de postcode bekend dan is ook de wijk bekend waar de patiënt woont of verblijft. Aan elke wijk heeft de gemeente een achterstandsscore (Sociaal Economische Status: SES) toegekend (DHIC/Onderzoek Kloek AS&O 2008/9). Parameters als percentage werklozen in de wijk, aantal uitkeringsgerechtigden en percentage etnische minderheden, zijn hierin meegenomen. De achterstandscore is vervolgens in drie categorieën verdeeld: de wijken met de laagste SES ( $\geq 5$ ); met de hoogste SES ( $\leq -5$ ) en 'gemiddelde' SES (vanaf  $-5$  tot  $5$ ).

Ten tijde van de gebeurtenis van parasuïcide woonde of verbleef 19% in een wijk met de hoogste SES, 48% in de wijk met de laagste SES. 27% woonde in een wijk met een gemiddelde SES. Bij de overige 6% was de wijk te klein om een achterstandscore toe te kennen of was de postcode onbekend. Bijna de helft **woont of verblijft** in een wijk met een relatief lage SES. Dit hoeft niet te betekenen dat de desbetreffende persoon ook zelf een lage SES heeft. Omdat een gebeurtenis van parasuïcide meer bij (jonge) vrouwen dan bij mannen voorkomt en daarbij de etniciteit een belangrijk onderscheidend kenmerk is, is in de volgende figuur alleen het aantal parasuïcides weergegeven per 100.000 15-44-jarige vrouwen en per SES-categorie gecontroleerd voor vier (etnische) bevolkingsgroepen. Met uitzondering van de Marokkaanse vrouwen zien we een duidelijk

verband met de SES van de woonwijk. Per 100.000 Nederlandse, Turkse en Surinaamse vrouwen komen de meeste gebeurtenissen van parasuïcide voor in wijken met de meeste achterstand.

#### **Middel/methode**

Van vrijwel alle gebeurtenissen van parasuïcide is de methode bekend, het gebruikte middel en/of de wijze waarop tot zelfbeschadigend gedrag is overgegaan. Bij vier van de vijf gebeurtenissen van parasuïcide was sprake van medicijngebruik (tabel 2). Voor zover dat bekend was nam de man of vrouw vaker medicijnen in die voorgeschreven waren. In bijna de helft van de gevallen van medicijngebruik was dit echter niet bekend. In 10% van de gevallen bracht men zichzelf verwondingen toe met een scherp voorwerp. Pogingen tot verhangen of verstikken, zich laten overrijden of ergens tegenaan rijden, springen van een hoogte en poging tot verdrinken komen veel sporadischer voor. Circa een zesde van de pogingen ging gepaard met het gebruik van bewustzijnsverlagende of -verruimende middelen (veelal alcohol). In de categorie 'Andere vergiften' werd zes keer spiritus genoemd (vijf Nederlanders en één groep 'Overig'), vijf keer chloor (twee Surinamers, één Nederlandse, één Antilliaanse, één groep 'Overig'), vier maal azijnzuur (drie Surinamers en één Marokkaanse), twee maal aceton (één Nederlandse en één groep 'Overig'), twee maal bleekmiddel (één Surinamer en één Marokkaan), één keer ontvetter (Marokkaanse), één keer wasverzachter (Turkse) en

één keer zeep (Nederlandse).

Het 'drinken' van vergiften kwam bij de Turkse patiënten nauwelijks voor. Daarentegen zien we dat het percentage Turken dat zich verwondt met een scherp voorwerp vrijwel gelijk is aan het percentage Nederlanders dat zichzelf verwondt: respectievelijk 11% en 10%. Dat percentage ligt bij de Surinamers en Marokkanen beduidend lager, beide 3%.

#### Aanleiding

Van patiënten die zich hadden gewend tot de SEH-afdeling van het MCH, locatie Westeinde (N=350) was in veel gevallen (92%) informatie over de aanleiding van de parasuicide beschikbaar. Bij ruim dertig procent van de gebeurtenissen (bij Turken ruim de helft) bleek sprake te zijn van problematiek in de relationele sfeer met vriend/partner of binnen het gezin en/of de familie. Bij een kwart (bij Nederlanders bijna tweevijfde) waren psychiatrische klachten (bijvoorbeeld borderline, verslaving) genoteerd en was in veel gevallen de patiënt bekend bij de geestelijke gezondheidszorg. Bij 19% van de consulten was geen directe aanleiding bekend, de patiënt was somber, depressief en had ook vaak een doodswens. Een traumatische ervaring (verlies, rouw, mishandeling, post traumatisch stress syndroom) stond bij 7% vermeld. Verder werden beschreven: seksueel misbruik (in 2% van de gevallen); ernstig lichamelijk lijden (2%); verblijfsproblemen in Nederland (1%), zoals dreiging met uitzetting; identiteitsproblemen, zoals homoseksualiteit en minderwaardigheidsgevoelens (2%). Bij 1% was expliciet sprake van een impulsieve parasuicide.

#### Beleid, nazorg en vervoer

Alle registrerende instanties hebben informatie verstrekt over de nazorg of het advies na behandeling

of consultatie van een suïcidale patiënt. De uitkomsten worden voor iedere instantie apart weergegeven. Immers het hulpaanbod van een SEH-afdeling, de crisisdienst en de ambulancezorg zijn verschillend en dientengevolge ook de mogelijkheden van nazorg en advies. Ook de SEH-afdelingen van de algemene ziekenhuizen zijn onderscheiden om zo eventuele verschillen in registratie en/of beleid inzichtelijk te kunnen maken (tabel 3).

Op basis van de informatie op de registratie-formulieren riep het MCH Westeinde in 71% van de gevallen consultatie in van de crisisdienst of, bij opname, van een psychiater in het ziekenhuis. Dat is beduidend meer dan in het Haga ziekenhuis en het Bronovo ziekenhuis stond genoteerd (beide 35%). Bij het MCH, locatie Westeinde, was in 21% van de gevallen opname noodzakelijk vanwege parasuïcidaal gedrag. Dit percentage was in het Hagaziekenhuis en het Bronovo ziekenhuis beduidend hoger (respectievelijk 54% en 40%). In 20% van de gebeurtenissen werd de patiënt op de SEH van het MCH, locatie Westeinde (terug)verwezen naar de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg (Hagaziekenhuis 12% en Bronovo ziekenhuis 7%). Naar de huisarts werd 0-3% verwezen en 1-4% verliet de SEH voortijdig zonder verdere behandeling of advies af te wachten. Ten slotte lag het percentage waarbij 'geen verdere zorg' ingevuld was eveneens ver uiteen tussen de ziekenhuizen (2-24%). Het is onduidelijk in hoeverre bovenstaande uitkomsten een uiting zijn van verschillen in registratie, van beleid of van verschillen in consultpopulatie. Nader overleg hierover is geïndiceerd.

De psychiatrische beoordeling van de crisisdienst (600 consultaties) resulteerde in de meeste gevallen in een GGZ-opname of het in gang zetten van spoedzorg binnen de GGZ (respectievelijk 36 en 34%). In de

**Tabel 3.**

*Beleid, nazorg na consultatie van een SEH-afdeling in Den Haag (combinaties mogelijk). Den Haag, 2008-2009.*

Beleid/nazorg na gebeurtenis van parasuicide	MCH, locatie Westeinde	Hagaziekenhuis, locatie Rode Kruis en Leyenburg	Bronovo
Psychiatrisch consult aangevraagd	71%	35%	35%
Opname algemeen ziekenhuis	21%	54%	40%
GGZ (incl. ambulante)	20%	12%	7%
Huisarts	3%	2%	-
Hulp geweigerd	4%	2%	1%
Geen verder behandeling nodig	2%	13%	24%
	N=350	N=236	N=74

overige gevallen was wel zorg nodig maar geen spoedeisende zorg (17%) of was het beleid 'afwachten' (13%). Dit laatste is vaak het geval bij patiënten die nog niet somatisch vrij gegeven zijn. In een vervolcontact wordt dan het beleid bepaald.

Wanneer de ambulancedienst werd opgeroepen bij een suïcidale patiënt vervoerde deze de patiënt in 90% van de gevallen naar een SEH-afdeling van een algemeen ziekenhuis. Twaalf patiënten (9%) liet de ambulancedienst ter plaatse (vier van hen waren jonger dan 25 jaar). Twee patiënten werden naar een psychiatrisch ziekenhuis vervoerd en twee naar een andere locatie.

### Beschouwing

#### Traditie

Den Haag is de enige gemeente in Nederland die de laatste decennia het vóórkomen van gebeurtenissen van parasuicide zo nauwlettend in de tijd bewaakt. Sinds halverwege de jaren tachtig analyseert de GGD Den Haag - met enkele onderbrekingen - gebeurtenissen van parasuicide. Dit monitoren dient als signalering van mogelijke risicogroepen voor parasuicide binnen de gemeente. Een grote stad als Den Haag met zijn multicultureel samengestelde populatie maakt dit ook zinvol. Er wonen aanzienlijke aantallen Surinaamse, Turkse en Marokkaanse Hagenaars en andere Hagenaars die van oorsprong geen Nederlandse afkomst hebben. Door de grotere aantallen bestaat er minder kans op toevalfluctuaties zodat mogelijke problematiek tussen bevolkingsgroepen ook daadwerkelijk onderscheiden kan worden.

In de tijd is de opzet en wijze van registratie van de gebeurtenissen van parasuicide in Den Haag enigszins verschillend geweest, maar in essentie bleven ze hetzelfde. De uitkomsten van de verschillende tijdperiodes kunnen zinvol met elkaar worden vergeleken, wellicht niet in absolute zin maar - naar aangenomen mag worden - wel in relatieve zin (tussen bevolkingsgroepen). De uitkomsten over 2008-2009 duiden er mogelijk op dat er sprake is geweest van enige onderrapportage<sup>3</sup>, maar de kans dat een subgroep systematisch is ondergerapporteerd is niet bijzonder groot. Zo is het percentage meldingen van Nederlanders door ziekenhuizen afzonderlijk zeker niet lager dan op grond van de bevolkingssamenstelling van het verzorgingsgebied van het ziekenhuis

mocht worden 'verwacht'.

In de registratie zijn niet alle gebeurtenissen van parasuicide meegenomen. Gevallen waarbij geen medische hulp is ingeroepen of waarbij alleen de huisarts is geraadpleegd, vielen deze en eerdere jaren van onderzoek buiten de registratie.

#### Samenwerking

Om het monitoren mogelijk te maken hadden de onderzoekers de medewerking nodig van medewerkers van instanties die (eerste) hulp bieden aan suïcidale patiënten. Voor de SEH-afdelingen en de ambulancedienst waren aparte registratieformulieren vervaardigd, die met de hand moesten worden ingevuld. Bij de crisisdienst voldeed hun reguliere registratie. Uiteraard zijn handmatige (extra!) registraties kwetsbaar voor onderrapportage. De aandacht verslapt (bij drukte) gemakkelijk. Het raakt ook op de achtergrond wanneer het lang (ten minste twee jaar) duurt voordat men zinvol op de hoogte kan worden gebracht van de resultaten. Over een kortere tijdspanne kunnen de uitkomsten echter sneller aan het toeval worden toegeschreven. Zodra in de reguliere verpleegkundige/medische verslaglegging verplicht en gemakkelijk reproduceerbaar, melding wordt gedaan van een gebeurtenis van parasuicide en de etnische herkomst daarbij als een vast gegeven wordt opgenomen, dan wel gemakkelijk kan worden getraceerd, is handmatige registratie overbodig. Dit zou behalve minder werk waarschijnlijk ook een kwaliteitsverbetering betekenen.

#### Meer aandacht voor suïcidaal gedrag

De aandacht voor suïcidepreventie en verbetering van nazorg bij suïcidaal gedrag is vooral landelijk de laatste jaren sterk toegenomen (9). Den Haag kende al enige jaren het SuNa-project waarin jongeren na een parasuicide door casemanagers werden 'gevolgd', gesteund en gestimuleerd om (professionele) hulp in te roepen teneinde een recidive te voorkomen (10). Dit jaar stelde het Trimbos-instituut een geïntegreerde regionale aanpak voor suïcidepreventie op (11) en schreef daarbij een praktisch document 'Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit' om afspraken te maken tussen spoedeisende hulp, huisartsen, acute en consultatieve psychiatrie, teneinde de zorg voor suïcidale mensen te verbeteren (12). De werkwijze bij de GGD Amsterdam, de GGZ,

<sup>3</sup> Bijvoorbeeld de crisisdienst heeft als verwijzer een algemeen ziekenhuis geregistreerd maar geen van de algemene ziekenhuizen heeft een melding gedaan van de desbetreffende gebeurtenis van parasuicide. Door de opzet van de registratie over 2008-2009 worden gebeurtenissen meestal door verschillende instanties gemeld. Dit verkleint de kans op onderrapportage.

GGD en de verslavingszorg in West Friesland en GGZ Friesland dienden als voorbeeld. Het rapport van het Trimbos instituut volgt op de rapportage van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne over suïcidepreventie bij GGD'en in opdracht van GGZ Nederland (13). Bij suïcidepreventie wordt in de documenten behalve aan de geestelijke gezondheidszorg een grote rol toebedacht aan de GGD'en.

Het merendeel van de huidige activiteiten blijken practice based en nog niet evidence based, wat een uitdaging voor de toekomst wordt genoemd. Het Maandblad Geestelijke Volksgezondheid besteedde in juni j.l. een geheel (thema)nummer aan suïcidepreventie. En onlangs verscheen het boek 'Suïcidepreventie in de praktijk', een handleiding voor hulpverleners in het contact met suïcidale cliënten (14). Het is toe te juichen dat suïcidepreventie en -nazorg meer en meer aandacht krijgen. Het taboe dat er bij velen op rustte wordt langzaam doorbroken. Getuige ook internet websites als [www.113Online.nl](http://www.113Online.nl) voor mensen in geestelijke nood, om suïcide en zelfbeschadigend gedrag te voorkomen. Oog voor specifieke noden van migrantengroepen is daarbij onontbeerlijk.

### Conclusie

Evenals in 2002-2004 laten de uitkomsten over de jaren 2008-2009 onder 15-24-jarige Turkse (jonge) vrouwen ten opzichte van hun Nederlandse leeftijd- en geslachtsgenoten een significant verhoogde incidentie zien van parasuïcidale handelingen (5). De incidentie onder deze groep jonge Turkse vrouwen is evenals in 2002-2004 hoger dan die onder Surinaamse jonge vrouwen in dezelfde leeftijdsgroep. De relatieve aantallen bij de 15-24-jarige Surinaamse vrouwen in Den Haag zijn nog wel bovengemiddeld maar niet meer significant verschillend van die van hun Nederlandse leeftijdgenoten. Nieuw in 2008-2009 is dat we bij oudere Turkse vrouwen (wel jonger dan 45 jaar) nu ook een significant verhoogd incidentiecijfer zien. Dat geldt ook voor de Surinaamse mannen in de leeftijd van 25-34 jaar. Deze laatste uitkomst is enigszins beïnvloed door een hoger aantal recidives. Onder Marokkaanse (jonge) vrouwen komt parasuïcidaal gedrag niet bovengemiddeld voor, net als in de periode 2002-2004 (5). In de jaren 1987-1993 was dit wel enigszins het geval voor de jonge groep 15-19-jarige Marokkaanse vrouwen (3-4). Ook uit ander onderzoek komt naar voren dat Turkse en Surinaamse jongeren risicogroepen vormen voor suïcidaal gedrag. Zo bleek uit onderzoek onder

jongeren in Utrecht (1996-2001) dat 12-18-jarigen van Turkse afkomst vaker aan zelfmoord dachten dan Nederlandse en Marokkaanse jongeren in dezelfde leeftijdsgroep (15). En uit recenter onderzoek in Rotterdam (2003-2006) komt naar voren dat op basis van zelfrapportage Turkse 14-16-jarige meisjes (significant) vaker dan Nederlandse meisjes een poging tot zelfdoding deden, maar minder vaak dan hun Hindostaanse leeftijdgenoten. De Marokkaanse meisjes lieten (significant) lagere cijfers zien dan hun Nederlandse leeftijdgenoten (15).

De bevinding dat de kans op een recidive parasuicide groter is kort na een gebeurtenis van parasuicide is al eerder vastgesteld (2).

De uitkomst bij de Turkse vrouwen en in mindere mate de Surinaamse jonge vrouwen vraagt (opnieuw) om aandacht. Deze vrouwen wonen merendeels in wijken met een relatief ongunstiger sociaal-economische status, wat een risicofactor vormt voor parasuicide (15). Er is naar aanleiding van de uitkomsten uit vorige trendonderzoeken (1987-1993 en 2002-2004) uitgebreid (kwalitatief) vervolgonderzoek gedaan naar mogelijke emotionele en/of psychosociale problemen bij Surinaamse en Turkse (jonge) vrouwen (6-7)(15). Dit is zowel in Den Haag uitgevoerd (zie paragraaf voorgeschiedenis) (6-7) als daarbuiten (15). Vergaande onvrijheid en wantrouwen van hun ouders noemden de scholieren die aan één van de onderzoeken meededen, een belangrijke factor voor onwelbevinden (6-7). Het gemis aan verbondenheid en gebondenheid binnen het gezin, de beperkte autonomie en een ondergeschikte rol die hun eigenwaarde afzwakt zijn factoren die speelden bij migrantenvrouwen die een parasuïcidepoging hadden ondernomen (15). Onderzoek onder 144 Turken in Turkije (2006-2007) die na een parasuicide waren opgenomen, leert dat allen een voorgeschiedenis van migratie binnen Turkije kenden (16). Het ontbreken van goede sociale support, gebrek aan harmonie in familieverband en een lage sociaal-economische status waren eveneens terugkerende factoren. Ook in het onderhavige onderzoek werd psycho-sociale problematiek in de relationele sfeer door Turken vaker genoemd als aanleiding voor hun suïcidale handeling.

Het is belangrijk dat mentoren, zorgcoördinatoren op scholen en huisartsen oog hebben voor de mogelijke onmacht van deze jonge Turkse en Surinaamse vrouwen wanneer ze te zeer knel komen te zitten tussen eigen ontplooiingswensen en beperkingen

thuis. Gelukkig leidt het suïcidale gedrag van deze migrantenvrouwen zeer zelden tot een fatale suïcide (5).

In tegenstelling tot de Turkse vrouwen en Surinaamse meisjes en jonge vrouwen zijn de incidentiecijfers van parasuïcide onder jonge Marokkaanse Haagse vrouwen in 2008-2009 niet verhoogd. In 2002-2004 was dit evenmin het geval. Het hoogste incidentiecijfer zien we onder de 15-24-jarige Marokkaanse meisjes en jonge vrouwen en dat is vrijwel gelijk aan het incidentiecijfer onder hun Nederlandse leeftijdsgenoten. Mogelijk dat sociaal-culturele patronen hiervoor verantwoordelijk zijn of dat suïcidaal gedrag minder tot uiting komt in probleemsituaties bij Marokkaanse vrouwen.

#### Referenties:

1. Burger I en WJ Schudel. Suïcides in Den Haag, 1987-2007. *Epidemiol Bul Grav* 2008; 43 nr 1: 2-9.
2. Schudel WJ en HWA Struben. Suïcidaal gedrag in Den Haag. *Epidemiol Bul Grav* 1997; 32 nr 3: 8-25.
3. Schudel WJ, Struben HWA en JM Vroom-Jongerden. Suïcidaal gedrag en etnisch-culturele afkomst Den Haag 1987-1993. *Epidemiol Bul Grav* 1998; 33 nr 4: 7-13.
4. Burger I, Hemert AM van, Bindraban CA en WJ Schudel. Parsuïcides in Den Haag: meldingen in de jaren 2000-2004. *Epidemiol Bul Grav* 2005; 40 nr 4: 2-8.
5. Burger I, AM van Hemert, WJ Schudel en B Middelkoop. Suïcidal Behavior in Four Ethnic Groups in The Hague, 2002-2004. *Crisis* 2009; 30 nr 2: 63-7.
6. Salverda E. Laat me los, hou me vast: verslag van een kwalitatief onderzoek naar het psychisch welbevinden van dertig Haagse meisjes van Hindostaanse afkomst. Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, GGD, afdeling Epidemiologie. Den Haag, maart 2004.
7. Salverda E. Wel en wee: Turks-Nederlandse meisjes aan het woord over hun leven. Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, GGD, afdeling Epidemiologie. Den Haag, april 2010.
8. International Classification of Diseases-10. Wereldgezondheidsorganisatie. Kopenhagen.
9. Bool M, Blekman J, Jong S de e.a. Verminderen van suïcidaliteit. Beleidsadvies. Actualisering van het Advies inzake suïcide, gezondheidsraad 1986. Trimbos Instituut. Utrecht, december 2007.
10. Burger I. SuNa-evaluatie 2008, op basis van de casusverslaglegging van de SuNa-casemanagers. Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn. GGD Den Haag, afdeling Epidemiologie, maart 2008.
11. Romijn G en M. Bool. Regionale aanpak van suïcidepreventie: een kader voor opzet en voorbeelden. Trimbos-instituut. Utrecht, 2010.
12. Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit: aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten. Trimbos-instituut. Utrecht, 2010.
13. Suïcidepreventie: aangrijpingspunten voor de publieke gezondheidszorg. RIVM, Centrum voor Gezond Leven. Bilthoven, 2010.
14. Kerkhof A en B van Luyn (red.). Suïcidepreventie in de praktijk. Bohn Stafleu van Loghum, maart 2010.
15. Bergen DD van. Suïcidal Behavior of Young Migrant Women in The Netherlands: a Comparative Study of Minority and Majority Women. Proefschrift. Vrije Universiteit, faculteit der Sociale Wetenschappen, Amsterdam, 2009.
16. Ozdel O, Varma G, Atesci FC e.a. Characteristics of Suïcidal Behavior in a Turkish Sample. *Crisis* 2009; 30 nr. 2: 90-3.

#### Dankwoord:

*Het Parasuïcide Registratieproject Den Haag had geen kans van slagen gebad zonder de intensieve en consciëntieuze inzet van medewerkers van Parnassia Bavo groep, de SEH-afdelingen van de ziekenhuizen en de ambulancezorg. Wij danken hen hartelijk voor hun inzet bij de gegevensaanlevering.*

# Uitgaan en genotmiddelengebruik in Den Haag

## Gegevens over 2008-2009 uit een Internet-survey onderzoek

*C. Dekkers, J.P. Grund, A. van Dijk*

Bezorgdheid over de risico's en ongewenste gevolgen van alcohol- en druggebruik op jonge leeftijd deed de gemeente Den Haag in 2001 besluiten de GGD Den Haag en Parnassia, in samenwerking met Politie Haaglanden, onderzoek te laten doen naar het genotmiddelengebruik van het jongere Haagse uitgaanspubliek. Dit onderzoek heeft gedurende twee perioden plaatsgevonden: 2002-2003 en 2006-2009, met gebruik van verschillende onderzoeksmethodieken. De twee eerste rapportages van het Haagse Uitgaansonderzoek verschenen in 2003 en '04 (1-2), het derde in 2007 (3). In het Epidemiologisch Bulletin zijn herhaaldelijk artikelen verschenen over deze onderzoeken (3-6). Onderstaand artikel beschrijft het laatste onderzoek, de Internet-survey, weer een heel andere onderzoeksmethode dan men in 2003 hanteerde.

### Voorgeschiedenis

Sinds 2002 voeren de GGD Den Haag en de Parnassia Bavo Groep (voorheen Parnassia, psychomedisch centrum) in samenwerking met de Politie Haaglanden - met tussenpozen - het zogenoemde 'Haagse Uitgaansonderzoek' uit (1-2). Het primaire doel van deze onderzoeksreeks is inzicht te krijgen in (de ontwikkelingen van) het genotmiddelengebruik onder jongeren en jongvolwassenen die uitgaan in Den Haag. Kenmerkend voor het Haagse Uitgaansonderzoek in de jaren 2002-2003 was de methodenmix (1-2), een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden, te weten: schriftelijk in te vullen enquêtes onder uitgaande jongeren en jong volwassenen, 'het survey-onderzoek'; panelinterviews met sleutelinformanten; veldonderzoek in het Haagse uitgaansleven en searches op het internet. Mede op basis van de uitkomsten van het Haagse Uitgaansonderzoek in de jaren 2002-2003 heeft de gemeente Den Haag het alcohol- en druggebruik onder uitgaande jongeren in Den Haag bestempeld als zorgwekkend (7): "Om inzicht te krijgen in kenmerkende verschuivingen van uitgaansstijlen en daaraan gerelateerde patronen van alcohol- en druggebruik onder Haagse uitgaanders, is het van zeer groot belang deze groep systematisch in de tijd te volgen". Vanwege dit belang en de geconstateerde

zorg is besloten om het Haagse Uitgaansonderzoek in de periode 2006-2009 een vervolg te geven. Vanaf dat moment hebben, vergelijkbaar met voorgaande jaren, opnieuw panelinterviews met sleutelinformanten plaatsgevonden, waarover in 2007 in dit bulletin is gepubliceerd (3). Daarnaast werd via een geavanceerdere onderzoeksopzet een survey-onderzoek gehouden.

In onderstaand artikel worden de resultaten gepresenteerd van dit aangepaste survey-onderzoek, dat eind 2008/begin 2009 is uitgevoerd in het kader van het Haagse Uitgaansonderzoek 2006-2009 (8).

### Nieuwe methode van survey-onderzoek

#### Periode 2002-2003

In een survey-onderzoek worden aan de hand van vragenlijsten gegevens verzameld om een uitspraak te kunnen doen over een verschijnsel. Bij het uitgaansonderzoek gaat dit vooral om het in kaart brengen van de aard en omvang van alcohol- en druggebruik onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen in Den Haag. Uitgaanders zijn niet (volledig) traceerbaar via een adressenbestand of ander registratiesysteem en vormen als zodanig een zogenaamde 'verborgen populatie'. Hierdoor is het niet gemakkelijk om een representatieve steekproef te trekken uit de groep uitgaanders in Den Haag. In het Haagse Uitgaans-

Over de auteurs:

Dr. Caroline Dekkers, dr. Jean Paul Grund en Ad van Dijk zijn allen epidemiologisch onderzoeker en werkzaam (geweest) op de afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag. E-mail: caroline.dekkers@denhaag.nl.

onderzoek in 2002-2003 is daarom gekozen voor de methode van Targeted Sampling: er werd een steekproef getrokken uit de onderzoeksgroep 'uitgaande jongeren' door ze doelgericht te benaderen op locatie, in de uitgaansgelegenheden en op uitgaanslocaties zelf. Steekproefgewijs werd aan de uitgaanders op de uitgaanslocatie gevraagd een vragenlijst in te vullen over hun genotmiddelengebruik tijdens het uitgaan. Nadeel van deze methode-op-locatie in een uitgaanssetting is dat het aantal vragen dat kan worden gesteld beperkt is: de jongelui vinden of krijgen in die situatie niet de rust om geconcentreerd een (lange) vragenlijst in te vullen. De vragenlijst beperkte zich indertijd daarom tot achttien vragen die snel door middel van aankruisen van keuzeantwoorden konden worden beantwoord. Voordeel van deze methode is dat het een relatief goedkope methode is en dat uitgaanders snel kunnen worden bereikt, mits de onderzoeker goed op de hoogte is van alle commerciële uitgaanslocaties.

#### Periode 2006-2009

Gedurende 2006-2009 is naast de panelinterviews met sleutelfiguren, voor een andere survey-methode gekozen. Die is bekend onder de naam Respondent Driven Sampling (RDS). RDS is een variant op de 'sneeuwbal sampling' methode waarbij (eerste) deelnemers aan het survey-onderzoek vrienden of kennissen uitnodigen ook mee te doen aan het onderzoek. Zo ontstaan ketens van aan elkaar gerelateerde deelnemers. De steekproef die zo wordt verkregen kan daardoor weliswaar niet 'random'<sup>1</sup> zijn, maar dit is ondervangen door gebruik te maken van een wiskundig model waarin de data worden gewogen en een random steekproef wordt gesimuleerd. RDS is momenteel de meest geavanceerde methode van steekproeftrekking voor verborgen populaties. Deze methode maakt het op basis van de literatuur mogelijk om betrouwbare en generaliseerbare uitspraken te doen over de gehele (verborgen) uitgaanspopulatie (9-11).

De RDS-survey begint met een beperkt aantal deelnemers ook wel 'seeds' genoemd die zijn gekozen op basis van hun deelname in uitgaansnetwerken. Met hulp van preventiewerkers van de Parnassia Bavogroep, die goed bekend zijn met het Haagse uitgaansleven, werden 15 'seeds' geselecteerd en geworven. De 'seeds' werden zo geworven dat ze samen een goede afspiegeling vormen van de Haagse uitgaanspopulatie.

In 2006-2009 is er bovendien voor gekozen de survey via internet af te nemen. Het voordeel hiervan is dat de deelnemer zelf kan bepalen waar en wanneer de vragenlijst wordt ingevuld en dat zij of hij dat in alle rust kan doen. Onderzoek heeft aangetoond dat het internet een goede manier is om gegevens bij verborgen populaties te verzamelen (12-13). Om het mogelijk te maken dat deelnemers de survey via het internet konden invullen, heeft de afdeling epidemiologie van de GGD Den Haag in 2007 een 'Internet Sampling and Survey' applicatie laten ontwikkelen. Deze applicatie is gekoppeld aan een digitale versie van de RDS methodiek. Het Internet-onderzoeksproject is bekend geworden onder de naam 'Project Residence'.

#### Hoe werkt de Internet-survey?

De vijftien 'seeds' startten met het invullen van de Internet-survey. Aan het einde van de vragenlijst werden hen gevraagd vrienden (peers) die wel eens (ten minste één keer per maand in het afgelopen jaar) uitgaan in Den Haag uit te nodigen ook deel te nemen aan het onderzoek. Die uitnodiging verliep via een (deels) geautomatiseerde e-mail met daarin een inlog- en activeringscode waarmee de potentiële nieuwe deelnemer zijn vragenlijst kon openen en invullen. De nieuwe deelnemer werd aan het einde van de vragenlijst eveneens gevraagd nieuwe deelnemers te werven, volgens dezelfde inclusiecriteria. Deelnemers aan de Internet-survey ontvingen een beloning (in de vorm van een tegoedbon) voor het volledig invullen van de vragenlijst (€ 10) en ook voor elke volledig participerende deelnemer (€ 5,-) die ze voor het project hadden geworven (maximaal drie). Een deelnemer kon dus maximaal € 25 verdienen aan zijn of haar participatie aan het Internet-survey onderzoek.

#### Inhoud vragenlijst en deelname

De Internet-survey 'Project Residence' is uitgevoerd van september 2008 tot februari 2009; in deze periode werden via de Internet-survey gegevens verzameld over alcohol- en druggebruik onder jongeren en jongvolwassenen die uitgaan in Den Haag.

In de Internet-survey is ondermeer gevraagd naar sociaal-demografische kenmerken, zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, en naar allerlei aspecten van het uitgaan, waaronder de uitgaansfrequentie, de muziekvoorkeur, uitgaanslocaties en uiteraard het genotmiddelengebruik. Ook bevatte de Internet-

<sup>1</sup> Random' betekent dat alle uitgaanders evenveel kans hebben deel te nemen aan het survey-onderzoek.

**Tabel 1.**

*Sociaal-demografische achtergrondkenmerken van de 676 deelnemers aan de Internet-survey. Den Haag, 2008-2009.*

		N	%
Geslacht	Vrouw	334	49.4
	Man	339	50.1
	Onbekend	3	0.5
Leeftijd (in jaren)	12 - 17	275	40.7
	18 - 24	289	42.8
	25 - 34	81	12.0
	≥35	31	4.6
Woonplaats	Den Haag	478	70.7
	buiten Den Haag	198	29.3
Etnische afkomst*	Nederlands	530	78.4
	Niet-Nederlands	146	21.6
Scholier	Ja	325	48.1
	Nee	351	51.9
Werkend	Ja	207	30.6
	Nee	469	69.4

\* Etnische achtergrond volgens de indeling van het Centraal Bureau voor de Statistiek

survey vragen over positieve en negatieve ervaringen met genotmiddelengebruik, over het zich al dan niet zorgen maken over het eigen genotmiddelengebruik, over ervaringen met geweld en agressie in het uitgaansleven en over verkeersdeelname tijdens het uitgaan.

In totaal zijn 2.769 Haagse uitgaanders (incl. de 15 'seeds') uitgenodigd om de Internet-survey in te vullen. Bijna de helft van hen (1.354 jongeren) heeft de activeringscode gehanteerd en toegang gekregen tot de website van 'Project Residence' om de Internet-survey in te vullen. Uiteindelijk hebben 676 jongeren en jongvolwassenen de Internet-survey volledig ingevuld en hun beloning ontvangen<sup>2</sup>. De vragenlijst was zeer uitgebreid en bevatte zo'n 60 hoofdvragen, die afhankelijk van de situatie van de uitgaander onderverdeeld waren in subvragen.

## Resultaten

### Onderzoekspopulatie

Er hebben ongeveer evenveel mannen als vrouwen deelgenomen aan de Internet-survey (zie tabel 1). Een ruime meerderheid (84%) van de deelnemers was jonger dan 25 jaar; ongeveer 5% was 35 jaar of ouder. De meeste deelnemers woonden in den Haag (71%) en waren van Nederlandse afkomst (78%). Bijna de helft van de uitgaanders was scholier en ongeveer eenderde werkte. Van de scholieren volgde ruim 80% een opleiding op HAVO/VWO niveau (niet gepresenteerd).

### Wijze van uitgaan

In de Internet-survey is deelnemers gevraagd naar hun uitgaansfrequentie, uitgaansduur, favoriete uitgaansavond, favoriete uitgaanslocatie en favoriete muziek in het afgelopen jaar, tesamen informatie die naar verwacht een goed beeld geeft van hun 'doorsnee' uitgaansleven.

#### *Uitgaansfrequentie, duur, dag*

Bijna 40% van de uitgaanders gaf aan minimaal één keer per week uit te gaan; een kwart van hen (10% van alle deelnemers) gaf aan drie keer per week of vaker uit te gaan. Jongvolwassenen van 18 jaar en ouder gingen beduidend vaker uit dan jongeren onder de 18 jaar: ruim 30% van de uitgaanders onder de 18 jaar ging minstens één keer per week uit tegenover 42% van de uitgaanders van 18 tot 25 jaar en 45% van de uitgaanders van 25 jaar en ouder.

Er bleek weinig verschil in uitgaansfrequentie tussen mannen en vrouwen, behalve dat vrouwen vaker aangaven niet meer dan eens per maand uit te gaan. De uitgaanders gingen gemiddeld vijf en een half uur uit op een avond (de tijd tussen 'het huis verlaten' en 'je je bed weer opzoekt'). Mannen en jongvolwassenen van 18 jaar en ouder gingen gemiddeld wat langer uit, in vergelijking tot vrouwen en jongeren onder de 18 jaar. Opvallend is dat uitgaanders die zeer frequent uitgingen (drie keer per week of vaker) ook beduidend langer uitgingen. Vrijdag en zaterdag zijn de populairste uitgaansdagen.

#### *Favoriete muziek, favoriete uitgaanslocatie*

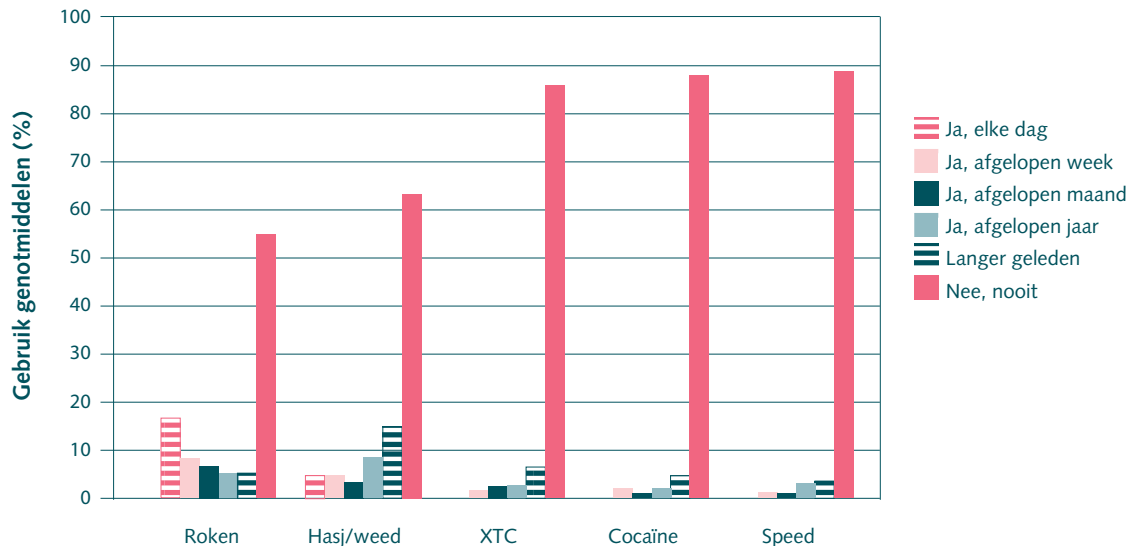
Popmuziek was onder de deelnemers het populairst om naar te luisteren (57%), achtereenvolgens gevolgd door dance (42%) en rock (39%) (er konden verschillende antwoorden worden gegeven).

<sup>2</sup> Van degenen die af hebben gezien van deelname of de vragenlijst ondeugdelijk en/of onvolledig hebben ingevuld zijn geen sociaal-demografische kenmerken bekend.



**Figuur 1.**

Percentage deelnemers aan de Internet-survey dat tabak, hasj/weed, XTC, cocaïne en speed\* gebruikt. Den Haag, 2008-2009.



\* Bij XTC, cocaïne en speed is dagelijks gebruik niet nagevraagd.

Clubdisco's (60%), cafés of bars (54%) en bardancings (38%) werden het vaakst genoemd als favoriete uitgaansgelegenheid (combinaties mogelijk). Clubdisco's werden beduidend vaker bezocht door HAVO/VWO leerlingen, cafés en bars door vrouwen, studenten en uitgaanders van 25 jaar en ouder, en bardancings door vrouwen, studenten en werkende jongeren. Negen procent van de respondenten gaf aan wel eens een keet<sup>3</sup> te bezoeken

#### Uitgaansnetwerk

Op de vraag 'Met wie ben je de laatste keer uit geweest?' antwoordden de meeste deelnemers (71%) uit te gaan met vrienden en/of kennissen en zonder partner; 5% gaf aan alleen uit te zijn geweest. Vooral de uitgaanders onder de 25 jaar gingen uit met vrienden en/of kennissen en zonder partner. Uitgaanders van 25 jaar en ouder gingen vaker alleen uit of met hun partner.

#### Aard en omvang genotmiddelengebruik

In de Internet-survey is de deelnemers gevraagd naar het gebruik van alcohol, hasj of weed, XTC, cocaïne, speed en andere genotmiddelen. Er is gevraagd naar het gebruik van deze genotmiddelen in het algemeen en niet specifiek naar dit gebruik tijdens het uitgaan.

#### Alcohol

Alcohol was het populairste genotmiddel: 82% van de deelnemers gaf aan wel eens alcohol te drinken. Er waren geen belangrijke verschillen in alcoholgebruik tussen mannen en vrouwen en uitgaanders van verschillende leeftijden, hoewel vrouwen wel vaker alcohol dronken dan mannen.

Het drinken van zes of meer glazen alcohol (voor mannen) en van vier of meer (voor vrouwen) op minstens één dag van de week duidt op zwaar alcoholgebruik. Bij ongeveer driekwart van de vrouwen en driekwart van de mannen was sprake van zwaar alcoholgebruik in de afgelopen twee weken.

#### Tabak, hasj/weed, XTC, cocaïne en speed

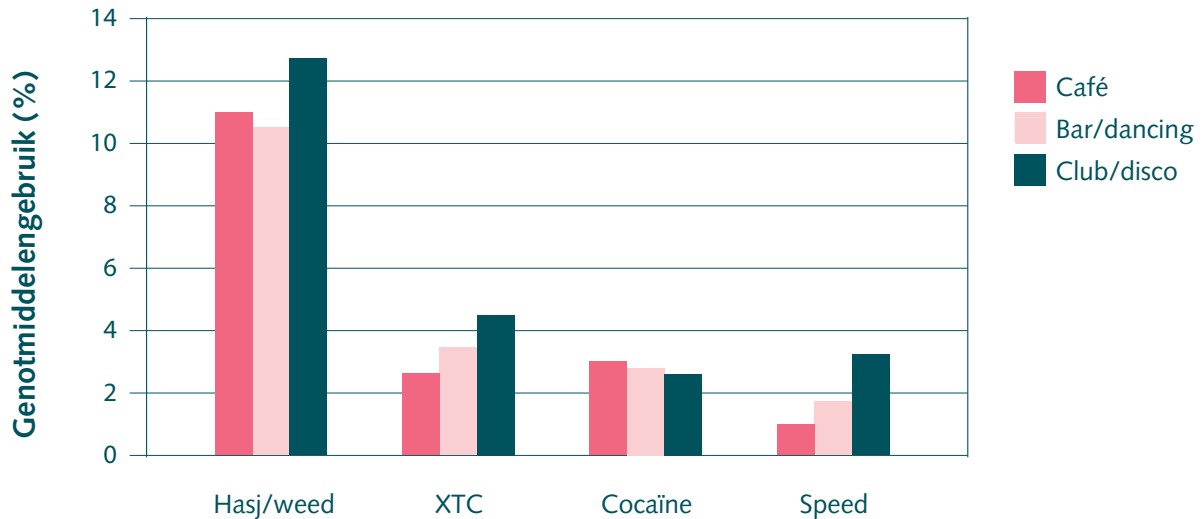
Na het drinken van alcohol was roken (van tabak) het populairst: 44% van de ondervraagde uitgaanders had wel eens gerookt; 16% rookte elke dag (zie figuur 1). Een derde van de uitgaanders die elke dag rookten, rookte 16 sigaretten of meer per dag.

Het roken van hasj/weed (blowen) kwam op een derde plaats; 35% van de ondervraagde uitgaanders had wel eens hasj/weed gerookt; 4% blowde elke dag (zie figuur 1). Van de uitgaanders die elke dag blowden, rookte de meerderheid (70%) 2 of 3 jointjes per dag. Het gebruik van XTC, cocaïne en speed lag een stuk

<sup>3</sup> Een keet is een ontmoetingsplek die jongeren, meestal buiten de stad, voor zichzelf creëren, zoals oude caravans, schuren, hokken, kelder- of zolderruimtes, waar zij samenkomen voor de gezelligheid en om te drinken.

**Figuur 2.**

Percentage deelnemers aan de Internet-survey dat hasj/weed, XTC, cocaïne en speed gebruikt naar favoriete type uitgaansgelegenheid. Den Haag, 2008-2009.



lager (zie figuur 1). Van de uitgaanders had 14% ooit XTC gebruikt, 11% ooit cocaïne en 10% ooit speed. 66% had nog nooit hasj/weed, XTC, cocaïne of speed gebruikt.

Er bleek geen duidelijk verschil in gebruik van hasj/weed, XTC, cocaïne en speed tussen mannen en vrouwen. Wel was het recente gebruik van hasj/weed (elke dag, afgelopen week of maand) hoger bij mannen dan vrouwen. Uitgaanders van 25 jaar en ouder rookten vaker dan uitgaanders jonger dan 25 jaar; voor de andere genotmiddelen was er geen duidelijk verschil in gebruik tussen jongere en oudere uitgaanders.

#### *Genotmiddelengebruik naar favoriete muzieksoort en favoriete uitgaansgelegenheid*

Er waren geen belangrijke verschillen in het gebruik van hasj/weed, XTC, cocaïne en speed tussen liefhebbers van dancemuziek (dance/house/techno), popmuziek (pop/rock) of urbanmuziek (hiphop/rap/rhythm&blues).

Ook was het druggebruik in de drie meest favoriete typen uitgaansgelegenheden niet beduidend verschillend (café, bardancing en clubdisco). Wel was er een trend waarneembaar van een toenemend gebruik van XTC en speed naar mate er vaker en/of meer kon worden gedanst in een uitgaansgelegenheid (café, bardancing en clubdisco, zie figuur 2).

#### *Gecombineerd middelengebruik*

Uitgaanders kunnen bewust verschillende genot-

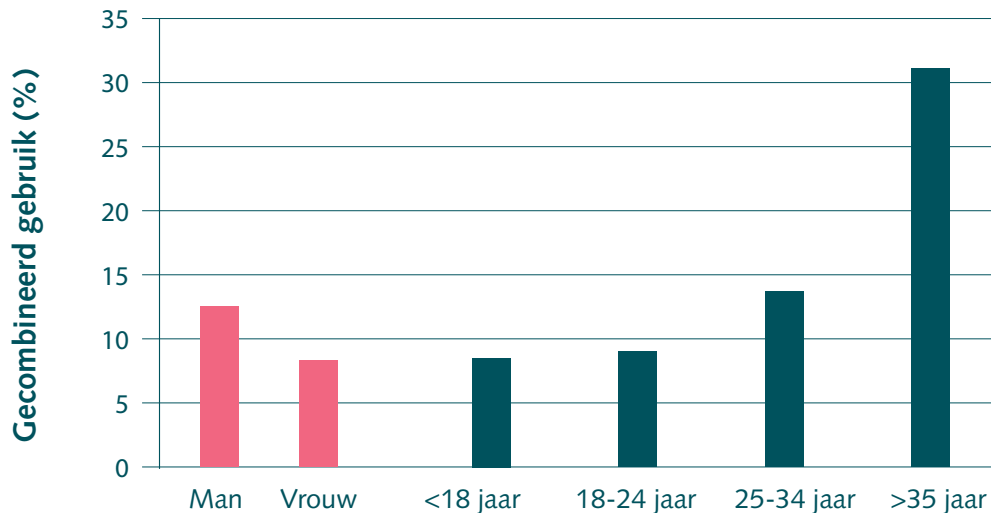
middelen (alcohol en drugs of verschillende soorten drugs) combineren, omdat ze daar een bepaald effect van verwachten, maar uitgaanders kunnen tijdens het uitgaan ook deze genotmiddelen combineren zonder daarbij stil te staan. 'Combineren' wil zeggen het gelijktijdig of (kort) na elkaar innemen van verschillende genotmiddelen op een uitgaansavond/nacht of andere gebruikssessie. De effecten van gecombineerd gebruik zijn onvoorspelbaar en riskant, met extra gezondheidsrisico's.

Tien procent van de ondervraagde jongeren en jongvolwassenen die uitgaan in Den Haag gaf aan in de afgelopen twaalf maanden tijdens het uitgaan wel eens genotmiddelen (alcohol en drugs of verschillende soorten drugs) te hebben gecombineerd. In figuur 3 staat weergegeven dat mannen (12%) vaker genotmiddelen combineerden dan vrouwen (8%). Ook nam gecombineerd druggebruik toe met de leeftijd. Uitgaanders van 35 jaar en ouder combineerden genotmiddelen vaker dan uitgaanders jonger dan 25 jaar. Meer dan 60% van het gecombineerde gebruik vond recent plaats (in de afgelopen week of maand).

Onder de uitgaande jongeren die genotmiddelen combineerden, kwam de combinatie van alcohol en hasj/weed het vaakst voor (23%). De combinatie van alcohol en XTC (13%) kwam op de tweede plaats, gevolgd door de combinatie van alcohol en cocaïne (7%) en die van alcohol en speed (5%).

**Figuur 3.**

Percentage deelnemers aan de Internet-survey met gecombineerd genotmiddelengebruik naar geslacht en leeftijd. Den Haag, 2008-2009.



#### Mate van bezorgdheid over eigen gebruik en hulpzoekgedrag

Aan de deelnemers aan de Internet-survey is gevraagd of men zich zorgen maakt over het eigen gebruik van genotmiddelen en of men ooit hulp heeft gezocht vanwege problemen als gevolg van dit gebruik.

Van de ondervraagde deelnemers gaf 18% aan zich het laatste jaar regelmatig zorgen te hebben gemaakt/te maken over het eigen genotmiddelengebruik. Van hen maakte bijna driekwart zich zorgen over alcoholgebruik, één op de vijf over roken, 18% over het gebruik van hasj/weed, 11% over cocaïnegebruik, 10% over XTC gebruik en 7% over het gebruik van speed.

Mannen (35%) maakten zich beduidend meer zorgen over eigen gebruik van hasj/weed dan vrouwen (7%). Ook maakten uitgaanders van 25 jaar en ouder zich beduidend meer zorgen over het eigen genotmiddelengebruik dan jongere uitgaanders.

Ongeveer 3% van de deelnemers aan de Internet-survey had het afgelopen jaar hulp gezocht naar aanleiding van het eigen middelengebruik en bijna 6% bezocht de EHBO vanwege problemen met eigen middelengebruik.

#### Positieve en negatieve ervaringen van genotmiddelengebruik

In de Internet-survey is ook gevraagd naar positieve en negatieve ervaringen als gevolg van genotmiddelengebruik tijdens het uitgaan. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen acute positieve en

negatieve ervaringen en ervaringen op de *lange termijn*. Er is gevraagd naar positieve en negatieve ervaringen in de afgelopen 12 maanden die (direct) het gevolg waren van genotmiddelengebruik.

#### Positieve ervaringen

Bijna 70% van de uitgaanders gaf aan gevoelens van euforie te ervaren/energie te krijgen tijdens en direct na het gebruik van alcohol en/of uitgaansdrugs. Ontspanning als gevolg van genotmiddelengebruik werd door bijna de helft (49%) van de uitgaanders genoemd. Ongeveer één op de drie uitgaanders ervaarde gevoelens van geluk en intimiteit als gevolg van genotmiddelengebruik, vrouwen vaker dan mannen. Verder waren het vooral de jongvolwassenen van 18 jaar en ouder die gevoelens van geluk en intimiteit ervaarden en energie kregen.

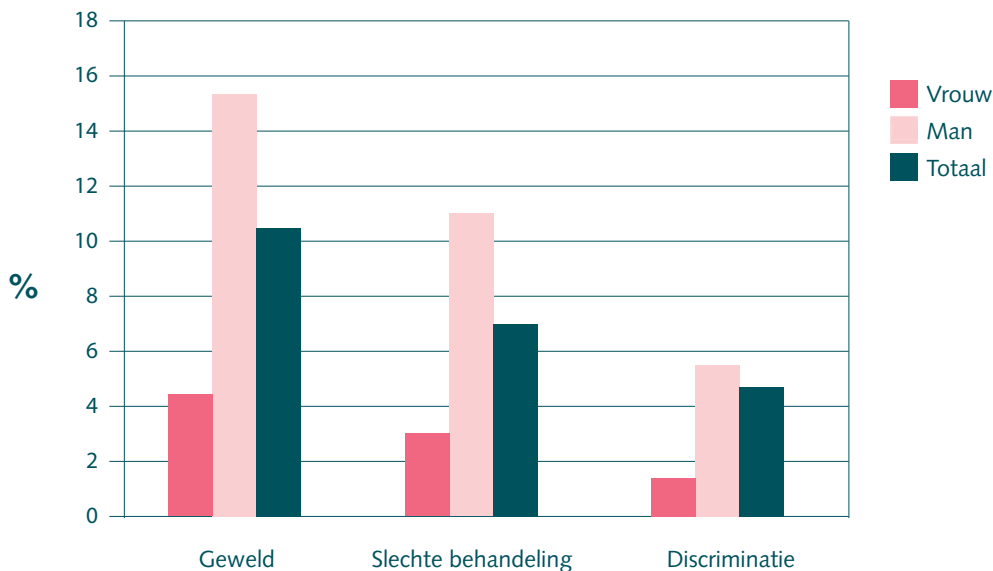
Naast deze acute positieve ervaringen als gevolg van genotmiddelengebruik, hadden de uitgaanders soms ook positieve ervaringen op de lange termijn. Bijna 60% van hen gaf aan socialer te zijn geworden door het gebruik en één op de vijf had een verbeterd zelfbeeld en ervaarde persoonlijke groei. Zes procent van hen noemde verbetering van het uiterlijk of een beter gewicht als positieve ervaring op de lange termijn.

#### Negatieve ervaringen

Het gebruik van middelen tijdens het uitgaan brengt op korte termijn ook negatieve ervaringen met zich mee. Fysieke ongemakken als buikpijn, hoofdpijn en

**Figuur 4.**

Percentage deelnemers aan de Internet-survey dat aangeeft in de afgelopen maand tijdens het uitgaan te maken hebben gehad met geweld, slechte behandeling door personeel en/of discriminatie naar geslacht. Den Haag, 2008-2009.



uitdroging worden door de uitgaanders het vaakst genoemd (62%) als direct gevolg van genotmiddelen-gebruik. Vrouwen (72%) hadden vaker last van deze fysieke ongemakken dan mannen (52%).

Op de lange termijn kunnen er als gevolg van genotmiddelengebruik ook fysieke, psychische en sociale problemen ontstaan. Wat betreft fysieke en psychische problemen, werden lusteloosheid (28%), vergeetachtigheid (14%) en gevoelens van somberheid (9%) het vaakst genoemd door de uitgaanders.

Deelnemers van 25 jaar en ouder gaven vaker aan zich lusteloos te voelen en leeg en somber te zijn dan uitgaanders jonger dan 25 jaar. Ook gaven zij vaker aan dat het genotmiddelengebruik uit de hand was gelopen.

Ten aanzien van de sociale problemen die op de lange termijn als gevolg van genotmiddelengebruik kunnen ontstaan, had tussen de 3% en 6% van de deelnemers problemen met justitie, problemen met financiën, relatieproblemen of problemen met studie of school. Mannen gaven vaker aan problemen met justitie te hebben (gehad), vrouwen noemden vaker relatieproblemen als gevolg van middelengebruik.

Jongeren onder de 18 jaar gaven vaker aan problemen te hebben met school of studie als gevolg van middelengebruik dan 18-jarigen en ouder.

#### Geweld en agressie tijdens het uitgaan

Geweld en agressie tijdens het uitgaan kunnen ook gezien worden als negatieve gevolgen van genotmiddelengebruik. Een kwart van de deelnemers gaf aan in de laatste twaalf maanden tijdens het uitgaan persoonlijk te maken hebben gehad met agressie of geweld, 16% gaf aan wel eens op onprettige wijze te zijn behandeld door personeel van uitgaansgelegenheden en 8% gaf aan wel eens gediscrimineerd te zijn tijdens het uitgaan.

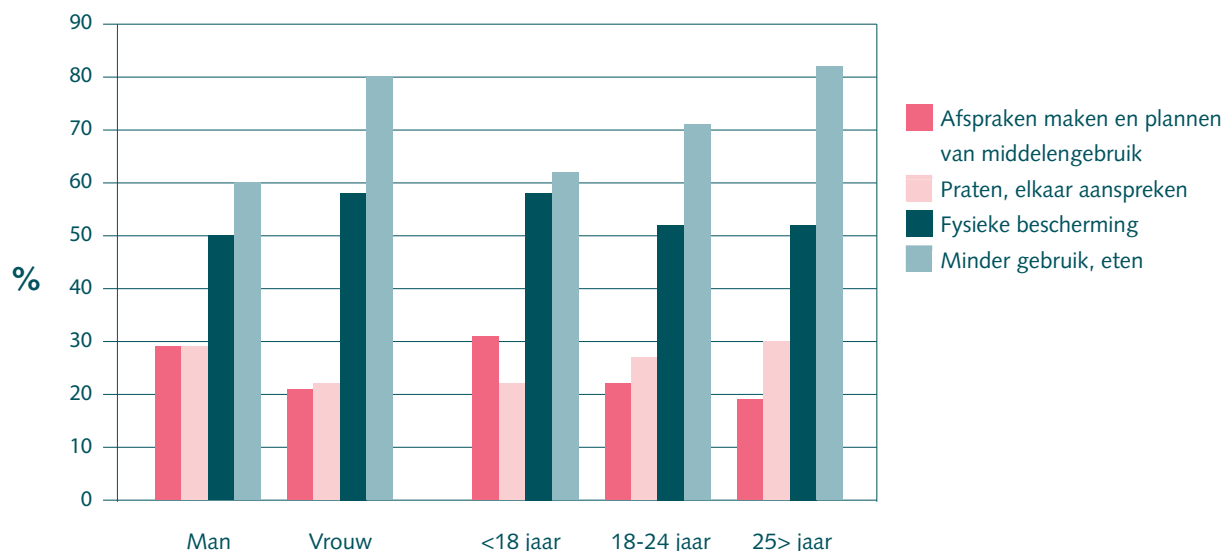
Meer dan 10% van de deelnemers had in de afgelopen maand persoonlijk te maken gehad met agressie of geweld tijdens het uitgaan, 7% was wel eens slecht behandeld en ruim 4% was wel eens gediscrimineerd (figuur 4). Mannen hadden deze ervaringen beduidend vaker dan vrouwen. Vooral de uitgaande jongeren onder de 18 jaar (11%) gaven aan in de afgelopen maand slecht te zijn behandeld door personeel van uitgaansgelegenheden.

#### Zelfregulering

Uitgaande jongeren kunnen de negatieve ervaringen als gevolg van genotmiddelengebruik zelf beïnvloeden door maatregelen te nemen. In de Internet-survey is aan de jongeren gevraagd welke maatregelen ze de afgelopen twaalf maanden hebben genomen om eventuele negatieve gevolgen van alcohol- en/of druggebruik te voorkomen of te verminderen. De resultaten staan gepresenteerd in figuur 5.

**Figuur 5.**

Percentage deelnemers aan de Internet-survey dat in de afgelopen 12 maanden maatregelen heeft genomen om eventuele negatieve gevolgen van alcohol en/of druggebruik te voorkomen of te verminderen naar geslacht en leeftijd. Den Haag, 2008-2009.



In totaal gaf 76% van de deelnemers aan in het afgelopen jaar één of meer maatregelen te hebben genomen om de negatieve gevolgen van alcohol- en/of druggebruik te voorkomen of te verminderen. Minder gebruik en vaker eten (de eigen grenzen wat betreft alcohol- en druggebruik niet overschrijden, regelmatig drinken van non-alcoholische dranken en af en toe iets eten) was de meest genoemde maatregel (70%) om eventuele negatieve gevolgen van alcohol- en/of druggebruik te voorkomen of te verminderen. Vrouwen die uitgaan in Den Haag (80%) hadden deze maatregel beduidend vaker toegepast dan mannen (60%). Ook laat figuur 5 een trend zien dat hoe ouder de uitgaande jongeren, hoe vaker deze maatregel werd toegepast.

Fysieke bescherming (gebruik chill out room en rusten afwisselen met dansen) is ook een populaire maatregel: 54% van de uitgaande jongeren gaf aan deze maatregel wel eens te hebben toegepast in de afgelopen twaalf maanden.

#### Verkeersdeelname tijdens het uitgaan

Ook ten aanzien van het voorkómen van negatieve gevolgen van alcohol-en druggebruik in het verkeer kunnen uitgaanders maatregelen nemen. Vooral het gelijktijdig gebruik van alcohol en drugs en van de combinatie van verschillende drugs leidt tot een sterke risicoverhoging om betrokken te raken bij een verkeersongeval en daarbij ernstig letsel op te lopen (14-15).

In de Internet-survey is gevraagd naar de manier waarop de uitgaanders zich in de afgelopen twaalf maanden tijdens en na het uitgaan verplaatsten. Deelnemers konden een top drie aangegeven van de voor hen meest belangrijke vervoermiddelen tijdens het uitgaan.

De resultaten laten zien dat de fiets veruit het meest populaire vervoermiddel was bij het uitgaan: 65% van de deelnemers gaf aan zich tijdens het uitgaan met de fiets te verplaatsen. Ook werd vaak met het openbaar vervoer (49%) of lopend (42%) uitgegaan, maar beduidend minder vaak dan met de fiets.

22% Van de jongeren liet zich wel eens met een taxi vervoeren, 20% nam wel eens de auto en 13% liet zich brengen en halen. De brommer (9%) en de motor (2%) waren de minst populaire vervoermiddelen tijdens het uitgaan.

Van de deelnemers die in de Internet-survey hebben aangegeven met de auto of met de motor te gaan stappen, gaf 92% aan dat er wordt gebobt als men met vrienden op stap is.

#### Beschouwing

Voor het eerst in Nederland is de hier beschreven zeer geavanceerde methode van onderzoek, de Respons Driven Sampling via internet, toegepast om het genotmiddelengebruik in brede zin onder uitgaanders in kaart te brengen. Dit was een experiment. Er bestond onvrede over de 'quick and dirty' methode die in voorgaande jaren is toegepast.

Door op locatie de uitgaanders op te zoeken en te enquêteren (Targeted Sampling) kwam steeds snel informatie uit het Haagse uitgaanscircuit beschikbaar. Echter, dieper gaande vragen waar tijd en rust voor nodig was om die te beantwoorden, konden niet worden gesteld. Daarvoor was de werkwijze ongeschikt.

De Respons Driven Sampling via internet is op verschillende wijzen anders.

Allereerst door de wijze van steekproeftrekking, die aan deelnemers (seeds) wordt overgelaten, en door het feit dat de deelnemersketens bekenden zijn van elkaar. Ook de wijze van invullen, via internet, is anders. Internet maakt beantwoording van vragen in een rustige setting mogelijk. Daardoor kon de vragenlijst beduidend worden uitgebreid. De beantwoording kostte de deelnemer meer tijd, vandaar dat er een vergoeding tegenover stond.

Al deze facetten (andere steekproeftrekking, internet, geen uitgaanslocatie, lange vragenlijst, vergoeding wanneer alle vragen waren beantwoord en aanbrenge van nieuwe deelnemers) kunnen ertoe hebben geleid dat de onderzoekpopulatie in vergelijking tot het uitgaansonderzoek in 2003 anders van samenstelling was op voor het onderzoek belangrijke kenmerken (onafhankelijke variabelen). Dat blijkt het geval op de volgende (uitgaans)kenmerken.

In vergelijking met het vorige onderzoek in 2003 hebben aan de Internet-survey meer jongeren meegedaan (84% jonger dan 25 jaar tegenover 69% in 2003) en ook iets meer vrouwen (2). Over het algemeen gebruikten (en combineerden) toen mannen vaker alcohol en/of drugs dan vrouwen en dit genotmiddelengebruik nam toe met de leeftijd (zie ook de onderhavige studie). Een ander belangrijk verschil is de frequentie van uitgaan. In de Internet-survey ging 40% ten minste één keer per week uit en in 2003 gaf 52% van de deelnemers aan in de afgelopen week ook te zijn uitgegaan. Een ruime meerderheid van de deelnemers aan de survey in 2003 was bezoeker van danceparty's (16%) en buitenfestivals (54%) (2), uitgaansgelegenheden waar in de regel meer gebruikt wordt dan in cafés, bardancings en clubdisco's. In de vergelijking van de resultaten met de voorgaande survey in 2003 zal het genotmiddelengebruik in de periode 2008-2009 naar verwachting dan ook lager uitkomen. Relatieve vergelijkingen binnen beide onderzoeken zijn uiteraard wel mogelijk, bijvoorbeeld tussen mannen en vrouwen.

### Bespreking

De resultaten van de Internet-survey laten zien dat alcohol, net zoals in de vorige Haagse uitgaansonderzoeken (1-2)(4-5), nog steeds het populairste genotmiddel is onder uitgaanders in Den Haag (2008-2009: 82%; 2003: 93%). Het percentage uitgaanders (82%) dat aangaf wel eens alcohol te drinken komt overeen met een peiling van het Centraal Bureau voor de Statistiek in 2008 onder personen van 12 jaar en ouder, waarin 81% aangeeft wel eens alcohol te drinken (16). Verder is de toename van alcoholgebruik onder vrouwen die tijdens de vorige uitgaansonderzoeken zichtbaar werd, doorgezet: was het alcoholgebruik onder vrouwen in 2003 nog even hoog als onder mannen (5), in het huidige onderzoek is het alcoholgebruik onder vrouwen hoger (niet significant) dan onder mannen. De uitkomst die in het bijzonder aandacht vraagt is dat bij zo'n driekwart van de vrouwen en eveneens driekwart van de mannen in de voorafgaande twee weken sprake was van zwaar alcoholgebruik. Dit is een beeld dat zorgen baart.

In overeenstemming met landelijke resultaten (17) en resultaten van de uitgaanssurvey afgenomen in 2003 (2), waren na alcohol (en roken), achtereenvolgens hasj/weed, XTC en cocaïne de meest populaire genotmiddelen. Het aandeel deelnemers dat deze drugs gebruikt was nu beduidend minder dan in 2003 werd vastgesteld onder uitgaanders op uitgaanslocaties. In de survey van 2003 gebruikte 37% van de uitgaanders hasj/weed, 17% XTC en 10% cocaïne in de afgelopen maand (2-5), terwijl in onderhavige Internet-survey respectievelijk 12%, 6% en 3% van de deelnemers deze genotmiddelen in de afgelopen maand gebruikte. Bovendien gaf in 2003 38% van de ondervraagden aan nog nooit hasj/weed, XTC en/of cocaïne te hebben gebruikt (2) tegenover 66% in het huidige onderzoek. Landelijke cijfers laten geen (vergelijkbare) afname zien in het gebruik van deze alcohol en drugs door uitgaande jongeren en jongvolwassenen in de afgelopen jaren (17-18). Dit geldt evenmin voor de panelstudie die in 2006-2007 in Den Haag onder uitgaanders heeft plaatsgevonden (3). Het verschil in dit genotmiddelengebruik zal - naar we mogen aannemen - komen door het verschil in onderzoekspopulatie (zie beschouwing). Als gevolg van het lagere genotmiddelengebruik in onderhavige survey was ook het gecombineerde middelengebruik lager dan in 2003. De populariteit van combinaties van genotmiddelen in dit uitgaansonderzoek, met alcohol en hasj/weed als meest

voorkomende combinatie, komt overeen met landelijke bevindingen (17).

Hoewel het genotmiddelengebruik in de huidige studie lager was dan het gebruik in 2003, gaven de deelnemers aan de Internet-survey wel vaker aan zich zorgen te maken over hun genotmiddelengebruik: 18% gaf aan zich het afgelopen jaar regelmatig zorgen te hebben gemaakt, waarvan driekwart over het eigen alcoholgebruik, tegenover 5% in 2003 (2). Mogelijk zijn jongeren zich vandaag de dag meer bewust van de negatieve gevolgen van genotmiddelengebruik. Dit zou erop kunnen duiden dat de preventie-activiteiten, met meer aandacht voor de risico's van overmatig genotmiddelengebruik, bij deze groepen haar vruchten afwerpt.

Een groter bewustzijn van de negatieve gevolgen van genotmiddelengebruik spreekt wellicht ook uit het feit dat een ruime meerderheid (76%) van de deelnemers aan de Internet-survey in het afgelopen jaar antwoordde één of meer maatregelen te hebben genomen om de negatieve gevolgen van alcohol- en/of druggebruik te voorkomen of te verminderen. Ondanks het feit dat uitgaanders deze zelfregulerende maatregelen nemen, blijven de negatieve gevolgen van alcohol- en/of druginname, vooral die op de lange termijn, een punt van aandacht. Uit resultaten van de Internet-survey blijkt dat voornamelijk jongeren onder de 18 jaar sociale problemen (problemen met studie/school en met justitie) hebben en de jongeren van 25 jaar en ouder psychische problemen (lusteloosheid, vergeetachtigheid en somberheid), als gevolg van alcohol- en/of druginname. Het is belangrijk om deze groepen de komende jaren gericht laagdrempelige hulp te bieden bij het oplossen van deze problemen. Daarnaast is het zinvol om in voorlichting extra aandacht te (blijven) geven aan de negatieve ervaringen op de lange termijn als gevolg van alcohol- en/of druggebruik. Jongeren staan namelijk vaak niet stil bij problemen die zich pas op de langere termijn manifesteren.

De resultaten van dit uitgaansonderzoek laten geen grote verschillen zien tussen mannen en vrouwen en ook niet tussen jongere en oudere uitgaande jongeren in Den Haag. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de deelnemers aan de Internet-survey toch een vrij homogene groep vormen: jongeren en jongvolwassenen die het leuk vinden om uit te gaan en tijdens het uitgaan wel alcohol- en/of drugs te gebruiken maar dit niet in heftige mate doen.

#### Referenties:

1. Gelder P van, Reinerie P, Burger I. Uit (je dak) in Den Haag, 2002: Uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik. Parnassia, psycho-medisch centrum en GGD Den Haag. Den Haag, april 2003.
2. Gelder P van, Reinerie P, Smitz M, Burger I, Hendriks VM. Uit (je dak) in Den Haag, 2003: Uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik. Parnassia, psycho-medisch centrum en GGD Den Haag. Den Haag, oktober 2004.
3. Grund JP, Reinerie P, Smits M, Albert G. Uitgaan en genotmiddelengebruik in Den Haag. Gegevens over 2006-2007 uit de panelstudie. *Epidemiologisch Bulletin* 2007; 42 (4):2-10.
4. Gelder P van, Reinerie P, Burger I. Uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik in Den Haag (I). *Epidemiologisch Bulletin* 2003; 38 (2): 2-13.
5. Gelder P van, Reinerie P, Burger I. Uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik in Den Haag (II): Gebruik in een sociale omgeving. *Epidemiologisch Bulletin* 2003; 38 (3): 2-11.
6. Gelder P van, Reinerie P, Smitz M, Burger I, Hendriks VM. Alcohol- en druggebruik in het Haagse uitgaanscircuit. Gegevens over 2003 en aanbevelingen voor preventie. *Epidemiologisch Bulletin* 2004; 39 (4):2-9.
7. Haags uitgaansonderzoek 'Uit (je dak) in Den Haag, 2003: uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik. Raadsmededeling -BOW.2004-1591.
8. Onderzoekscommissie Monitoring en Registratie. Onderzoeksplan Haagse uitgaansmonitor 'Uit (je dak) in Den Haag', periode 2006-2009. Den Haag, juli 2005.
9. Heckathorn DD. Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. *Soc. Prob.* 1997; 44:174-199.
10. Heckathorn DD. Respondent-driven sampling, II. Deriving population estimates from chain-referral samples of hidden populations. *Soc. Prob.* 2002; 49:11-34.
11. Wejnert C and Heckathorn DD. Web-Based network Sampling: Efficiency and Efficacy of Respondent-Driven Sampling for On-line Research. *Sociological methods & Research* 2008; 37: 105-134.
12. Rhodes SD, Bowie DA, Hergenrather KC. Collecting behavioural data using the world wide web: considerations for researchers. *J Epidemiol Community Health* 2003;57(1):68-73.
13. Lieberman DZ, Huang SW. A technological approach to reaching a hidden population of problem drinkers. *Psychiatr Serv* 2008; 59(3): 297-303.
14. Korps Landelijke Politiediensten. Drugs in het verkeer [online]. 2007 (bezocht op 12 jul 2010); Beschikbaar op URL: <http://www.politie.nl/KLPD/PolitieABC/Criminaliteit/Drugs/Drugsinhetverkeer.asp>
15. Rijksoverheid. Wie en wat is Bob? [online]. 2010 (bezocht

op 12 jul 2010); Beschikbaar op URL:  
<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/vragen-en-antwoorden/wie-en-wat-is-bob.html>

16. Statline Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezondheid, leefstijl, gebruik van zorg: Zelfgerapporteerde leefstijl: gebruik alcoholhoudende dranken (12+): drinkt nooit alcohol [online]. 2010 (bezocht op 21 sep 2010); beschikbaar op URL: <http://statline.cbs.nl/>.
17. Doekhie J, Nabben T, Korf DJ. NL.trendwatch. Gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland 2008-2009. Amsterdam: Rozenberg Publishers; 2010.
18. Croes EA, Ketelaars APM, Verdurmen JEE, van Dijk JJ. Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2009. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.



# Allochtone vrouwen en borstkanker

## Mammarosa, van bescheiden initiatief tot 'beweging'

*Lide van der Vegt*

“De diagnose borstkanker veroorzaakt een schok, bij ieder die het treft. Zelf ben ik een westers georiënteerde, geletterde, mondige vrouw maar het viel me niet mee toen ik in 2000 de diagnose borstkanker kreeg. Gelukkig had ik de nodige hulptroepen en leende mijn netwerk zich als klankbord. Ook kon ik mijn verhaal kwijt bij ervaringsdeskundigen. Daarom sloot ik me na zes maanden aan bij de BorstkankerVereniging Nederland (BVN). En verder las ik alles wat ik kon vinden om mijn eigen behandeltraject kritisch te kunnen volgen en bezocht ik tal van colleges en symposia om de laatste ontwikkelingen te leren kennen en te horen wat er leeft.

Hoe anders is het voor een traditioneel opgegroeide eerstegeneratie Marokkaanse vrouw, die de taal niet of nauwelijks spreekt, die zich vooral veilig voelt bij de eigen familie en die de weg niet kent naar goede zorg. Bovendien rust er in haar omgeving een taboe op de ziekte kanker en wordt de diagnose veelal verzwegen. De ziekte heeft een onheilspellend karakter en wordt direct geassocieerd met de dood. Bij deze vrouwen is de kans groot dat zij niet tijdig genoeg naar de dokter gaan als ze borstkanker ontwikkelen.

Maar ook een goed geïntegreerde Chinese vrouw kan wel wat extra aandacht gebruiken bij haar ziekteproces in een Nederlands ziekenhuis. Een lotgenoot kan die aandacht geven.”

Aan het woord is Lide van der Vegt, oprichtster van en drijvende kracht achter Mammarosa. Mammarosa is een groep vrouwen die op grond van eigen ervaring met de ziekte, informatie en voorlichting geeft over borstkanker en zich speciaal richt op eerstegeneratie migrantenvrouwen van velerlei herkomst. Hieronder beschrijft zij het ontstaan van Mammarosa in Den Haag en de uitbouw tot een -ook landelijk- actieve organisatie.

### Ontstaan en doel van Mammarosa

Door mijn werk bij het ROC Mondriaan in het Haagse stadsdeel Centrum, waar ik de afgelopen twintig jaar NT2 taallessen heb gegeven aan volwassenen, was ik al redelijk vertrouwd met de doelgroep laaggeletterde vrouwen. Ik had hun leefwereld en hun belevingswereld goed leren kennen. Daarom vond ik het, toen ik zelf herstellend was van borstkanker en weer voorzichtig ging werken, belangrijk in de les te vertellen over mijn ziekteproces en, als ervaringsdeskundige, voorlichting te geven over borstkanker en het bevolkingsonderzoek borstkanker. Dat deed ik in mijn eigen lesgroepen en in die van mijn collega's. Dit viel in goede aarde. Ik deed het vooral luisterend, vragend naar hun ervaringen met kanker in het algemeen en met borstkanker in het bijzonder. Allengs meldden zich spontaan ook patiënten/lotgenoten. Met hen ben ik verder in gesprek gegaan. En zij spraken in hun omgeving weer met andere vrouwen over het - nog altijd - taboe-onderwerp borstkanker. Een aantal van



*Lide van der Vegt, drijvende kracht achter Mammarosa*

deze vrouwen is inmiddels ambassadeur van Mammarosa.

In 2005 is de naam Mammarosa bedacht; ‘mamma’ is de Latijnse naam voor borst en ‘rosa’ vanwege de eerste Turkse cursist die zich als lotgenoot aansloot: Gül, wat ‘lach’ betekent en ook ‘roos’. Ook

Over de auteur:

Lide van der Vegt is sociaal-cultureel werker, werkte twintig jaar als docente NT2 met laaggeletterden en doven in de volwasseneneducatie aan het ROC Mondriaan en is ervaringsdeskundige op het gebied van borstkanker. E-mail: lide@mammarosa.nl.

formuleerden we op grond van de praktijk tot dat moment ons belangrijkste doel, te weten: bevorderen dat eerstegeneratie migrantenvrouwen zich bewust worden van de mogelijkheden van preventie en vroegtijdige diagnose van borstkanker, teneinde hun kansen op genezing te vergroten en in geval van de constatering van borstkanker, hen zo goed mogelijk te informeren en te begeleiden.

Eveneens in 2005 werd Mammarosa uitgenodigd door de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) te Utrecht om mee te doen met een landelijke pilot: BLOOM (Betere Ondersteuning Minderheden met Kanker), met subsidie van het fonds Patiënten Gehandicapten Ouderen (PGO) van het ministerie van VWS. Als initiatiefneemster van Mammarosa werd ik projectmedewerker in BLOOM, zodat ik mijn expertise, opgebouwd uit een combinatie van betrokkenheid bij migrantenvrouwen, ervaring als borstkankerpatiënt en inmiddels ook als voorlichter kon doorgeven aan de NFK. Voornaamste resultaat van deze pilot was een handreiking voor het opbouwen van een netwerk gericht op diversiteit, het organiseren van voorlichtingen bij migrantenorganisaties en het opbouwen van lotgenotencontact bij en met andere culturen (het rapport kan worden gedownload van de website [www.mammarosa.nl](http://www.mammarosa.nl)). Daarna ging de ontwikkeling door. Min of meer in het voetspoor van dit project werd Mammarosa actief in het hele land met lezingen, voorlichtingen en informatiestands. Binnen het programma Gezondheidsachterstand moet wijken maakte de GGD Den Haag een film over Mammarosa in de serie Kijk op Haagse Zorg.

#### De website

In 2006 ontstond het plan een meertalige website in te richten, zodat de relevante informatie over borstkanker breder en gemakkelijker overdraagbaar zou worden. Hier was geld voor nodig, daarom werd in april 2006 de Stichting Mammarosa opgericht. Het geld kwam aanvankelijk van particulieren, van vrouwenserviceclubs zoals Zonta en Inner Wheel, en van de vele prijzen die Mammarosa won (zie het kader op pagina 27). In 2010 kregen we van Pink Ribbon een subsidie om de website verder te ontwikkelen. Inmiddels is de website [www.mammarosa.nl](http://www.mammarosa.nl) half gereed, in twaalf talen. De website kan worden ingezet bij individuele patiëntenvoorlichting aan migranten door de huisarts of assistente. De Nederlandse tekst staat er bij, zodat de arts mee kan lezen en precies weet wat er wordt gezegd in de vreemde taal. Deze informatieve 'filmpjes' zijn ook

geschikt voor groepsvoorlichting over preventie, curatie, herstel, ondersteuning en palliatie.

De teksten worden door mij ontwikkeld en geschreven en vervolgens gecheckt door medici en psychosociaal deskundigen. In 2006 begonnen we met de preventieve onderwerpen ten behoeve van vroegtijdige ontdekking: Wat is borstkanker? Borstzelf-onderzoek en Bevolkingsonderzoek Borstkanker. Voor de preventieve groepsvoorlichtingen had ik, door goed te luisteren, al materiaal ontwikkeld. Door de vele voorlichtingen in Den Haag kwamen we ook, heel organisch, in contact met niet-westerse allochtone borstkankerpatiënten. Daarop werd Borstkanker wat nu? ontwikkeld. Dit onderwerp bevat interviews met patiënten in diverse talen en kan worden uitgebreid met nieuwe vraaggesprekken. Nu zijn we bezig met de thema's Diagnose en Behandeling. Bij Diagnose 1 worden vragen beantwoord als Heb ik borstkanker ja of nee? Welke diagnostische mogelijkheden zijn er? Bij Diagnose 2: Welke vorm van borstkanker heb ik? Welke curatieve behandelingen zijn er? En tenslotte het thema Palliatieve zorg: Wat als je niet meer beter wordt? Dit laatste onderwerp hebben we voorrang gegeven omdat in de praktijk blijkt dat er veel behoefte is aan kennis, zowel bij zorgverleners als bij patiënten en hun families. Hierna volgen nog de thema's Nabehandelingen, Herstel, Ondersteuning en Contact.

Alle teksten worden per taal voorgelegd aan focusgroepen van de doelgroep migrantenvrouwen, voor een controle op culturele aspecten. Hoe zouden jullie dat zeggen tegen je moeder? Zo? We kiezen voor deze aanpak om de migrantenvrouwen actief bij de ontwikkeling van Mammarosa te betrekken. Het heeft een versterkend effect op de vrouwen. Ze voelen zich gehoord, zijn trots op hun website en op hun taak als vrijwilliger.

Wanneer dit allemaal is gebeurd, wordt de tekst vertaald in, voorlopig, elf talen. Dit doen vertaal-groepjes van vrijwilligers. Als de tekst helemaal klaar en gecontroleerd is, plannen we opnamedagen. Een vrijwilliger spreekt dan de tekst in, een ander luistert kritisch mee. De tekst wordt ondersteund met heldere tekeningen van de hand van Jan Hein Schouw. Zoals gezegd kregen we in mei 2010 subsidie van Pink Ribbon om de website verder af te maken. Eind 2012, begin 2013 hopen we hiermee klaar te zijn. De website heeft de afgelopen vier jaar meer dan 30.000 bezoekers gehad, die meer dan 100.000 pagina's bekeken. Met de subsidie van Pink Ribbon zullen we de website tevens geschikt maken voor gebruik door



*'We kiezen ervoor de vrouwen actief bij de ontwikkeling van Mammарosa te betrekken'*

sociale media, zoals Hyves, Twitter, Facebook en YouTube, waarop veel tweedegeneratie vrouwen actief zijn. We verwachten dat hiermee het bezoek aan de website door jonge migrantenvrouwen, ook een belangrijke doelgroep, kan worden vergroot.

Met behulp van de website kunnen we vrouwen in het hele land bereiken. In Nederland zijn bijna 1,3 miljoen niet-westerse en westerse allochtone vrouwen ouder dan 19 jaar. Met de twaalf door Mammарosa gekozen talen kunnen we circa 1 miljoen vrouwen bereiken, waarvan 500.000 eerstegeneratie (niet in Nederland geboren) vrouwen, die over het algemeen slecht Nederlands spreken. Deze eerstegeneratie vrouwen willen we bereiken via hun dochters, die met hun moeder door de website kunnen lopen en die hun moeder mee kunnen nemen naar voorlichtingsbijeenkomsten, waarbij ook weer de website wordt ingezet.

De website is dus het kloppend hart van de groeiende Mammарosa organisatie, waarmee we de activiteiten van Mammарosa ook landelijk kunnen uit zetten. Ook andere regio's kunnen ruimte krijgen op de website om hun eigen activiteiten aan te kondigen. Het uitbreiden van de activiteiten naar een landelijk niveau gebeurt in samenwerking met de Borst-

kankerVereniging Nederland, de Stichting Allochtonen en Kanker en de Nederlandse Federatie voor Kankerpatiëntenorganisaties. Pink Ribbon heeft ook hier subsidie voor verstrekt.

#### **Lotgenotencontact**

Naast het ontwikkelen en onderhouden van de website richt Mammарosa zich vooral op het totstandbrengen van contacten tussen lotgenoten. De eerste lotgenotengroep werd gevormd binnen het project BLOOM in 2005/2006. Dit was een groep van acht Turkse borstkankerpatiënten en twee Nederlandse lotgenoten, waaronder ondergetekende. De groep kwam een jaar lang iedere maand bij elkaar in een buurthuis in de Schilderswijk.

We hebben artsen uitgenodigd, workshops aangeboden, activiteiten uitgevoerd. Uiteindelijk bleek de groepsgewijze aanpak niet te voldoen. O.a. door teveel etnische verschillen binnen de groep wankelde het vertrouwen en liep de opkomst terug. Een-op-een persoonlijk contact bleek wel altijd mogelijk. Daarom vormden we hierna vooral duo's van borstkankerpatiënten die dezelfde taal spraken. In duo's zochten we de vrouwen thuis op, of we namen de vrouwen in groepen mee naar bijeenkomsten van de BorstkankerVereniging Nederland in Inloophuis



Een voorbeeld van een pagina op de website, hier in het Chinees

Haaglanden, naar een lezing, een modeshow of een verwendag. Daarbij werden de lotgenoten minder persoonlijk aangesproken. Drie migrantenvrouwen zijn nu lid van het koor Zingen voor je Leven.

Omdat het lotgenotencontact zich steeds verder uitbreidde, bij Mammarosa zijn nu over de honderd vrouwen betrokken, was het niet meer mogelijk alle vrouwen thuis te bezoeken. Daarom is in oktober 2007, met steun van de gemeente Den Haag in het kader van het programma Natuurlijk: Gezonde Wijken!, een lotgenotenspreekuur gestart in gezondheidscentrum De Rubenshoek, hartje Schilderswijk. **Iedere dinsdagmiddag van 13.00 tot 15.00 uur (behalve tijdens de schoolvakanties).** Van hieruit kunnen de vrouwen bijna drempelloos worden doorverwezen naar activiteiten en hulpverlening. Getrainde allochtone lotgenoten/vrijwilligers verzorgen hierbij taal- en cultuurondersteuning. De meest uiteenlopende vraagstukken komen op tafel. Van een Iraakse man met vragen over zijn jongere zus in Irak die pas heeft gehoord dat ze borstkanker heeft, tot een buurvrouw van een ernstig zieke borstkankerpatiënt die informatie wil hebben over lotgenotencontact of zorgmogelijkheden. En natuurlijk bezoek van de lotgenoten en hun familie zelf. De website wordt hierbij ook intensief gebruikt. Gemiddeld hebben we met de 'actieve' cliënten tien keer per jaar persoonlijk contact. Over het algemeen komen de vrouwen gedurende twee jaar naar het spreekuur en naar de groepsactiviteiten, daarna wordt

het contact minder frequent of worden ze juist zelf actief om als vrijwilliger van Mammarosa nieuwe vrouwen te begeleiden. Als ze lichamelijk sterk genoeg zijn kunnen ze deelnemen aan de maandelijkse Mammarosa wandeling: iedere eerste zondag van de maand, steeds in de buurt van Den Haag. De begeleiding van Mammarosa is gericht op zelfredzaamheid en psycho-educatie. De vrouwen leren bijvoorbeeld werken met een agenda om hun behandel- en hun hersteltraject te plannen en bij te houden. Ze leren ook te reflecteren op wat hen overkomt en hierover te praten. Samen maken we vragenlijstjes. Zo komen ze beter beslagen ten ijs bij de consulten in het ziekenhuis. En we lezen samen relevante KWF-folders en folders van de BVN.

Het is opvallend hoeveel jonge vrouwen met borstkanker bij Mammarosa komen; de meeste patiënten zijn in de dertig of veertig. Slechts achttien vrouwen zijn boven de vijftig. Een echte verklaring hiervoor heb ik niet. Het taboe op de ziekte is beslist groter onder 50+ vrouwen. Zij verstoppen en verzwijgen hun ziekte soms zelfs. Daarmee zijn ze, in hun eigen optiek, beter af. Vrouwen van wie het wel bekend is worden vaak gemeden, waardoor ze in een compleet isolement terecht komen. Het komt ook voor dat de hele familie wel op de hoogte is (de arts heeft het volgens protocol meegedeeld) en de patiënt zelf niet. Dan verbiedt de familie ook de dokter om het tegen de patiënt te zeggen - om haar te sparen. Zo opereert Mammarosa soms in een communicatie

### Prijzen

De afgelopen jaren heeft Mammarosa de volgende prijzen mogen ontvangen:

In 2006: de prijs van Vrouw en Kanker, georganiseerd bij ABN Amsterdam door vier service- clubs: Zonta, American Women's Club, Inner Wheel en Soroptimisten, uit handen van mw. Pieterneel Haspels.

In 2007: genomineerd voor de Avicenna prijs te Utrecht. Tweede geworden.

In 2008: een eervolle vermelding bij de toekenning van de Kartiniprijs, emancipatieprijs van de stad Den Haag, uit handen van de wethouder Volksgezondheid Welzijn en Emancipatie, de heer Bert van Alphen.

In 2009: de Henny C. Dirven Careprijs van de gelijknamige stichting op het gebied van borstkankeronderzoek.

In 2010: de Breast Friends Award uit handen van Karin Schut-Hamel.

vacuüm. Lotgenoten kunnen dan een belangrijke rol vervullen, namelijk in de vertaalslag van het Nederlandse zorgsysteem naar de culturele traditie in het gezin, en vice versa, mits de mensen ervoor openstaan.

Van de 102 vrouwen en drie mannen die de afgelopen vijf jaar de weg Mammarosa hebben gevonden zijn er ondertussen helaas dertien overleden en krijgen er vier palliatieve zorg.

De huisbezoeken worden beperkt tot de vrouwen die te ziek zijn om naar het lotgenotensprekkuur in de Rubenshoek toe te komen. Ook gaan we regelmatig op ziekenhuisbezoek, op verzoek van het ziekenhuis of van de familie. Bij moeilijk aanspreekbare nieuwe patiënten/lotgenoten, gaat er desgewenst een ervaren lotgenoot, die de Nederlandse taal beter machtig is, mee naar de mammapoli of voor een poliklinisch onderzoek. De vrouwen sterken elkaar tijdens het ziekte- en herstelproces door elkaar te informeren, motiveren en activeren, door voor elkaar een gids te zijn naar de zorg en in koppels ervaringen te delen. Ook is Mammarosa regelmatig betrokken bij palliatieve en terminale zorg. Openheid rond het levenseinde wordt niet altijd allerwegen gewaardeerd. Toch proberen de bij Mammarosa actieve vrouwen in overleg en in samenwerking met huisartsen, Thuiszorgorganisaties, het Steunpunt Mantelzorg en de Palliatieve en Terminale zorgorganisaties, het gesprek onder lotgenoten en families aan te zwengelen en het

taboe om niet over de dood te spreken, te doorbreken. Lotgenoten met wie het goed gaat, worden gestimuleerd deel te nemen aan activiteiten, zoals wandelingen, bijeenkomsten met een thema en vrijwilligersfeesten.

### Toekomst

Inmiddels zijn er heel wat ervaringsdeskundigen, voornamelijk niet-westers allochtone maar ook autochtone borstkankerpatiënten, bij Mammarosa betrokken. Een twintigtal migrantenvrouwen heeft in 2009 bij STIOM de cursus Allochtonen en Kanker gevolgd, die mede door Mammarosa is opgezet en gegeven. Zij kunnen lotgenoten begeleiden, het spreekuur ondersteunen, voorlichtingen geven en standwerk doen. De groep die meewerkt aan het opbouwen van de website in elf vreemde talen telt ongeveer veertig vrouwen. Zo is Mammarosa uitgegroeid tot een ware 'beweging'.

Met de subsidie van Pink Ribbon (mei 2010), het geld van de Henny C. Dirven Care prijs (november 2009), de Breast Friends Award (oktober 2010), steun van de gemeente Den Haag, Fonds 1818 en de vele andere giften en donaties hoopt Stichting Mammarosa de voorlichtings- en ondersteuningsactiviteiten voor migrantenvrouwen in Den Haag en in het land duurzaam te kunnen organiseren, opdat borstkanker ook voor hen bespreekbaar wordt en vroegtijdige opsporing en diagnose in zicht komt voor een zo groot mogelijke groep.

### Materiaal:

Via de website [www.mammarosa.nl](http://www.mammarosa.nl) kunnen ten behoeve van voorlichtingsbijeenkomsten de volgende films worden gedownload:

- ETV: Kijk op Haagse Zorg - Mammarosa (2005)
- NCRV: Het derde Testament - Mammarosa (2008)
- IKO: Borstkanker ontsluit - mmv Mammarosa (2009)
- Den Haag Frontaal - Mammarosa (2010)

[www.denhaagfrontaal.nl](http://www.denhaagfrontaal.nl)

Bij het KWF ([www.kwfkankerbestrijding.nl](http://www.kwfkankerbestrijding.nl)) kan worden besteld: Signaleringsrapport Allochtonen en Kanker, prof. dr. Harry Nijhuis.

Bij het NIGZ ([www.nigz.nl](http://www.nigz.nl)): Elkaar begrijpen helpt. Set van vijf boekjes om ouderen die alleen hun moedertaal spreken goed te kunnen verzorgen. In de talen: Hindostaans, Berbers/Marokkaans Arabisch, Turks, Chinees (Kantonees en Hakka) en Spaans.

# OGGZ Monitor Haaglanden verschenen

R. Gilissen

Dit najaar is de eerste OGGZ Monitor Haaglanden verschenen. De OGGZ Monitor laat zien wat voor OGGZ problematiek er speelt in de regio Haaglanden in 2009 en in welke mate. De monitor is uitgevoerd als samenwerkingsproject van de GGD Den Haag en de GGD Zuid-Holland West. Hieronder wordt kort stilgestaan bij het verschijnen van de monitor. In het OGGZ themanummer van het Epidemiologisch Bulletin dat volgende zomer wordt gepubliceerd, zal nader worden ingegaan op de inhoud.

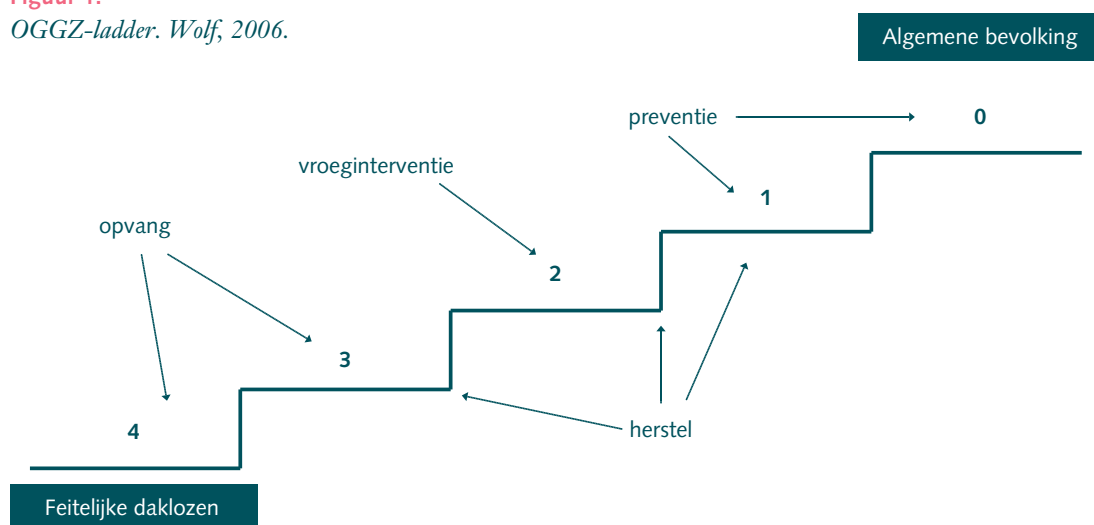
De OGGZ Monitor Haaglanden biedt inzicht in de (risico)groepen die in de regio Haaglanden binnen de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) vallen. De monitor richt zich op kwetsbare mensen met een risico op uitval en mensen die uitgevallen zijn. Het is van groot belang om risicogroepen vroegtijdig te signaleren, omdat daarmee kan worden voorkomen dat mensen verder uitvallen of terugvallen. Het unieke aan deze monitor is dat hiermee de regionale OGGZ problematiek rond een grote stad in kaart wordt gebracht. De regio Haaglanden bestaat uit negen gemeenten van uiteenlopende grootte en uiteenlopende mate van verstedelijking.

Met de OGGZ Monitor Haaglanden is gestart omdat er voor verschillende (beleids)doeleinden meer inzicht nodig is in de aard en omvang van de problematiek

van groepen kwetsbare burgers in de regio. Via twee wegen wordt in de monitor een beeld gegeven van de situatie anno 2009: (1) een omvangschatting van risicogroepen in de regio op grond van gegevens uit recent door de GGD'en uitgevoerde gezondheids-enquêtes onder ouderen, volwassenen en jeugd; en (2) een omvangschatting met behulp van cliëntregistraties van de zorg- en opvanginstellingen, werkzaam op het gebied van OGGZ in de regio Haaglanden. Bovendien worden waar nodig gegevens uit ander regionaal of landelijk onderzoek gepresenteerd.

Als onderliggend model voor de OGGZ monitor Haaglanden is gekozen voor de 'OGGZ-ladder'(1) (Figuur 1). Dit laddersysteem laat het proces zien van sociale in- en uitsluiting van kwetsbare burgers en is ook gebruikt in eerder verschenen OGGZ Monitors in Nederland (2-3). Het model bestaat uit vijf treden

**Figuur 1.**  
OGGZ-ladder. Wolf, 2006.



Over de auteur:

Renske Gilissen is als epidemiologisch onderzoeker werkzaam bij de afdeling Epidemiologie van de dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, gemeente Den Haag. E-mail: [renske.gilissen@denhaag.nl](mailto:renske.gilissen@denhaag.nl).

waarbij men op elke trede meer uitgesloten wordt en de problemen toenemen. Op trede 1 staan de risicogroepen in de algemene bevolking. De mensen zijn nog niet in beeld bij meldpunten of zorgvoorzieningen maar er zijn wel risico's op sociale uitsluiting (bijvoorbeeld door overmatig drankgebruik). Op trede 2 staan kwetsbare mensen waarbij de problemen zijn toegenomen. Deze mensen zijn bekend en/of gemeld bij signalerende instellingen (bijvoorbeeld verslaafden die bekend zijn bij de politie). Op trede 3 staan kwetsbare mensen waarbij de problemen zo zijn toegenomen dat ze afhankelijk zijn van zorg- of opvangvoorzieningen (bijvoorbeeld verslaafden in zorg). Op de laatste trede staan de mensen die kwetsbaar zijn op straat (de feitelijk daklozen).

De treden van de 'OGGZ-ladder' geven een goed inzicht in hoeveel risico mensen lopen op (verdere) uitval en hoeveel mensen daadwerkelijk gebruik maken van de zorg- of opvangvoorzieningen. Mensen op trede 1 zijn voor een deel toekomstige cliënten voor trede 2, 3 of 4. Door bijtijds preventieve maatregelen te nemen kan het risico op sociale uitsluiting worden verminderd.

De (risico)groepen die in de OGGZ monitor Haaglanden zijn opgenomen, zijn op trede 1: mensen met psychische problemen, (ernstig) vereenzaamden, overmatig alcohol- en drugsgebruikers, mensen die moeite hebben met financieel rondkomen, en omvangsschattingen van huiselijk geweld onder de algemene bevolking. Op trede 2: overlastmeldingen, verslaafden bekend bij de politie, zorgwekkende zorgmijders gemeld bij de meldpunten, woningvervuiling, schuldhulpverlening, huisuitzettingen, veelplegers en meldingen van huiselijk geweld bij de signalerende instellingen. Op trede 3/4: langdurig zorgafhankelijken, verslaafden in zorg, zorgwekkende zorgmijders bekend bij de geestelijke gezondheidszorg, en dak- en thuislozen.

De OGGZ Monitor Haaglanden geeft per trede een overzicht van het aantal cliënten per OGGZ (risico) groep, de instroom in 2009, cliëntkenmerken en de aard van de problematiek. De omvang van de OGGZ (risico)groep is waar mogelijk gestructureerd vergeleken tussen de gemeenten. Het aandeel OGGZ cliënten neemt over het algemeen af naarmate de gemeente minder inwoners telt, zowel absoluut als relatief. Het kan zijn dat grotere steden meer mensen aantrekken met (een verhoogd risico op) psychische

problemen (sociale selectie) of dat de stedelijke omgeving psychische problemen veroorzaakt (sociale causatie) (4). Als binnen een gemeente het aantal cliënten veel meer of minder is dan op basis van het inwoneraantal kan worden verwacht, moet er een andere verklaring worden gezocht. Hier kan gedacht worden aan een andere mate van verstedelijking (Den Haag zeer sterk stedelijk; Westland matig stedelijk), of een andere leeftijdssamenstelling van de gemeenten.

Veranderingen in de omvang van groepen kwetsbare burgers in de regio kunnen zichtbaar worden door de OGGZ (risico)groepen in de toekomst te blijven volgen. Zo kunnen mogelijke trends worden gesignaleerd. Tevens is het van belang lokale en/of regionale beleidsvorming te blijven ondersteunen met actuele cijfers. Het doel is ten minste eens in de twee jaar een OGGZ Monitor Haaglanden te presenteren, om aan de wens van gemeenten tegemoet te komen frequent recente gegevens te ontvangen.

Voor een uitgebreide samenvatting van de inhoud van de OGGZ Monitor Haaglanden 2010 verwijzen wij u graag naar het in september 2011 te verschijnen OGGZ themanummer van het Epidemiologisch Bulletin.

*Een exemplaar van de OGGZ-Monitor Haaglanden 2010 kan telefonisch of per email worden opgevraagd bij het secretariaat van de afdeling Epidemiologie (mevrouw J. Roos, telefoon 070 - 353 72 66 of e-mail [jessica.roos@denhaag.nl](mailto:jessica.roos@denhaag.nl)).*

#### Referenties:

1. Wolf J. Handreiking OGGZ in de Wmo. In: Gereed-schapskist Wmo. Den Haag, Ministerie van VWS. 2006.
2. Tielen H. Monitor Maatschappelijke Opvang, OGGZ en Verslavingszorg Zuid-Holland Noord 2008. 2009.
3. Rijkelijkhuizen JM. OGGZ-monitor Midden-Holland 2006-2007: aantallen geregistreerde cliënten in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. 2009.
4. Krabbendam L, Van Os J. Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence-conditional on genetic risk. *Sia Bulletin* 31, 759-799. 2005.

# Korte berichten

## Onderzoek

### Jongeren doen niet makkelijk over ruilseks

De GGD Amsterdam heeft samen met de Rutgers Nisso Groep onderzoek gedaan naar de achtergronden, motieven en beleving van jongeren die aan ruilseks doen. Circa 1 tot 2% van alle jongeren heeft seks tegen een beloning, en zij doen dat niet makkelijk. De achtergronden en motieven van de jongeren zijn divers en ruilseks gaat nagenoeg altijd gepaard met bredere psychische of sociale problematiek en gevoelens van spijt of schaamte achteraf.

Het onderzoek is uitgevoerd om meer te weten te komen over de achtergronden van ruilseks en hoe jongeren die hieraan doen, dit beleven. Het geeft géén antwoord op de vraag hoe vaak seks tegen een beloning voorkomt. Er zijn interviews gehouden met dertig jongeren van 14 tot 24 jaar, die seksuele contacten hebben gehad tegen een beloning. Gebaseerd op de motieven kunnen vier soorten ruilseks worden onderscheiden:

1. instrumentele seks (seks met als hoofddoel een materiële beloning)
2. thrillseeking seks (seks vooral vanwege de spanning en opwindings; materiële beloning is een neven-doel)
3. misbruik/dwang (tegen de zin, maar met beloning als rechtvaardiging voor de dader) en 4. prostitutie (het geld in ruil voor de seks is de belangrijkste of enige bron van inkomsten).

Jongeren hadden seks voor grote bedragen of dure spullen. Er was sprake van tevoren geplande of overdachte transacties, ernstige

dwang, financiële afhankelijkheid of langere tijd geen onderdak hebben. De onderzoekers zijn géén jongeren tegengekomen die het volstrekt normaal vonden om seks te hebben om een avondje uit te bekostigen.

De jongeren in het onderzoek waren heel verschillend in geslacht, seksuele voorkeur, opleidingsniveau en plaats van herkomst. Wel hadden bijna alle jongeren problemen met zichzelf of binnen het gezin. Ook blijkt de ruilseks psychische gevolgen te hebben, de jongeren voelen zich er vaak slecht over.

Gezien de negatieve emoties die ruilseks achteraf bij jongeren oproept, bevelen de onderzoekers aan hieraan aandacht te besteden in de seksuele voorlichting.

Ruilseks is een moeilijk bespreekbaar onderwerp voor de jongeren die eraan doen. Hulpverleners zullen zelf het initiatief moeten nemen om erachter te komen of een jongere aan ruilseks doet. Ook moet er aandacht zijn voor de vaak bredere problematiek van jongeren die aan ruilseks doen.

Het onderzoeksrapport 'Niet voor niks. Vormen van ruilseks onder jongeren' kan worden gedownload via [www.rutgersnissogroep.nl](http://www.rutgersnissogroep.nl).

## Cursussen

### Nieuwe bij- en nascholing in 2011 bij de NSPOH

Het onderwijsaanbod van de NSPOH richt zich op alle mensen, werkzaam op het brede terrein van maatschappij en gezondheid, arbeid en gezondheid en sociale zekerheid, die hun effectiviteit

willen vergroten. Onlangs publiceerde de NSPOH het pakket van opleidingen en trainingen voor 2011, in totaal 155 modules. De inschrijving voor bij- en nascholing is inmiddels geopend en de nascholingsbrochures Public Health 2011 en Occupational Health 2011 kunnen worden opgevraagd bij het secretariaat, telefoon 020-4097000, e-mail [info@nspoh.nl](mailto:info@nspoh.nl) en worden gedownload vanaf [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl).

### Cursussen in het komende half jaar Visie op public health en actuele ontwikkelingen

Neem kennis van visies in de public health en van actuele ontwikkelingen. Vorm zelf een visie op een voor u relevant onderwerp.

Doelgroep: de arts, leidinggevende, beleidsmedewerker, epidemioloog, gezondheidswetenschapper, projectmanager, professional of een projectcoördinator werkzaam bij een GGD, GGZ, zorgverzekeraar, thuiszorgorganisatie, nationaal instituut, koepelorganisatie, in de verslavingszorg of bij een relevante overheidsinstantie.

Data: woensdag en vrijdag 13, 14, 20 en 27 januari, 3 en 10 februari 2011

Kosten: €2.590

Locatie: Utrecht

Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=273>

### Actueel: marketing en publiek-private samenwerking in de public health

Leer hoe u marketingprincipes en publiek-private samenwerking kunt inzetten in de publieke gezondheid.



Doelgroep: artsen Maatschappij & Gezondheid, beleidsmedewerkers, stafmedewerkers, professionals gezondheidsbevordering en epidemiologen.

Data: woensdag 3 en vrijdag 4 februari 2011

Kosten: € 770

Locatie: Amsterdam

Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=572>

#### Schrijfvaardigheid en argumentatie

Werk aan een eigen advies, (beleids)notitie, publicatie of final paper en leer hoe u helder, onderbouwd en overtuigend kunt schrijven.

Doelgroep: de schrijver van adviesteksten, die zijn schrijftaak efficiënter en professionelere wil aanpakken. We denken daarbij aan: sociaal geneeskundigen, beleidsmedewerkers, epidemiologen, gezondheids-wetenschappers, projectmanagers, professionals of project-coördinatoren.

Data: donderdag 17 februari en 3 en 17 maart 2011

Kosten: € 1.155

Locatie: NSPOH te Amsterdam

Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=66>

#### Weerstand begrijpen en ombuigen

U leert weerstand herkennen in uw advisering of bij veranderingsprocessen. Daarnaast ontwikkelt u een breed repertoire om stagnaties door weerstand om te buigen.

Doelgroep: professionals in de publieke- en bedrijfsgezondheid die geregeld adviseren of als projectmanager of leidinggevende betrokken zijn bij het invoeren van vernieuwingen en veranderingen.

Data: dinsdag en woensdag 15 en 16 maart 2011

Kosten: € 770

Locatie: Amsterdam

Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=517>

<http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=517>

#### Werken in het krachtenveld van de publieke gezondheid

Leer hoe u een krachtenveld op een bepaald onderwerp kunt analyseren en hoe u vervolgens uw inzichten kunt vertalen in een strategie om uw doel te bereiken.

Doelgroep: beleidsmedewerkers, stafmedewerkers, epidemiologen en gezondheidsbevorderaars werkzaam in de publieke gezondheid.

Data: woensdag 16 en 23 maart 2011

Kosten: € 770

Locatie: Amsterdam

Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=564>

#### Inleiding in de economie van de Public Health

Verdiep u in de economische aspecten van collectieve versus individuele verantwoordelijkheid voor gezondheid. Belicht worden o.a. kosten-batenanalyse, kosten-effectiviteitanalyse, balanced scorecard en QUALY's.

Doelgroep: de arts Maatschappij & Gezondheid, leidinggevende, beleidsmedewerker, epidemioloog, gezondheidswetenschapper, projectmanager, professional of een projectcoördinator werkzaam bij een GGD, GGZ, zorgverzekeraar, thuiszorgorganisatie, nationaal instituut, koepelorganisatie, in de verslavingszorg of bij een relevante overheidsinstantie. U beschikt over vier jaar werkervaring op academisch of management niveau in de publieke gezondheidszorg.

Data: donderdag 24 en 31 maart en 21 april 2011

Kosten: € 1.155

Locatie: Amsterdam

Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=61>

*Informatie over alle cursussen*

*via [www.nspob.nl](http://www.nspob.nl), telefoon*

*020 - 409 7000, e-mail [info@nspob.nl](mailto:info@nspob.nl).*

## Aangiften infectieziekten

### Meldingen tijdens het derde kwartaal 2010, voor de stad Den Haag

Hieronder worden de gegevens van het derde kwartaal besproken. Het aantal aangifteplichtige infectieziekten, door de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het derde kwartaal 2010 gemeld (112, exclusief de meldingen van TBC), is iets lager dan het aantal in dezelfde periode in 2009 (124, exclusief de meldingen van TBC), en de verdeling over de verschillende infectieziekten is bijna identiek. Hieronder volgen commentaren op de gemelde infectieziekten.

#### *Buiktyfus*

Eén patiënt werd gemeld, deze was in India besmet.

#### *Hepatitis A*

Eén patiënt werd gemeld, besmet in Nederland, de besmettingsbron is niet gevonden.

#### *Hepatitis B*

Er werden 40 meldingen van chronische hepatitis B gedaan tijdens het derde kwartaal 2010. Mannen waren daarbij meer vertegenwoordigd dan vrouwen. De besmettingsbron is doorgaans niet bekend. Meestal gaat het om personen afkomstig uit landen waar de ziekte veel voorkomt.

#### *Invasieve groep A-streptokokkeninfectie*

Twee oudere patiënten werden gemeld met deze infectie. Om

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het derde kwartaal 2010.

Scenario	Verpleeg- en verzorgingshuis	KDV	Verstandelijk gehandicapten	School	Eindtotaal
Maag-darmaandoening	1				1
Huidziekten		2		2	4
Vlekjesziekten		5			5
Ander		1	1		1
<b>Eindtotaal</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>12</b>

verdere verspreiding te voorkomen wordt antibioticum profylaxe gegeven aan nauwe contacten van deze patiënten.

#### *Kinkhoest*

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (29) was vergelijkbaar met het aantal patiënten in dezelfde periode in 2009. Met uitzondering van 2 oudere patiënten betrof het allemaal gevaccineerde personen.

#### *Legionellose*

Van deze longziekte werden 8 gevallen gemeld. De helft was waarschijnlijk in het buitenland besmet. Bij 1 patiënt die in Nederland was besmet, bestaat het vermoeden dat hij het in een sauna heeft opgelopen.

#### *Malaria*

Zes mannen en 3 vrouwen, afkomstig uit Afrika en Azië. Zij hadden geen profylaxe geslikt tegen malaria.

#### *Meningokokkenziekte*

Eén klein kind en 2 volwassenen werden gemeld. Allen waren besmet met het type B-meningokok waartegen (nog) geen vaccin bestaat.

#### *Paratyfus*

Deze ziekte lijkt op buiktyfus maar is doorgaans minder ernstig. Een man van 41 jaar liep de ziekte op in India.

#### *Psittacose*

Een volwassen man met deze ziekte werd gemeld. De bron was mogelijk de vogels, gehouden door een buurman. Psittacose kan leiden tot een longontsteking.

#### *Shigellose (bacillaire dysenterie)*

Zestien gevallen van alle leeftijden werden gemeld. Mogelijk was 1 man in Nederland besmet door homoseksuele contacten. De overige patiënten waren in het buitenland besmet.

#### *STEC/Enterohemorragische E. coli-infectie*

Een 24 jarige man werd met deze ziekte gemeld. De ziekte, veroorzaakt door een darmbacterie, leidt doorgaans tot zelfbeperkende diarree. Bij kleine kinderen kan echter het ernstige hemolytisch-uremisch syndroom optreden waarbij de nierfunctie wordt aangetast. Om nieuwe besmettingen te voorkomen probeert de GGD bij meldingen via een voedselenquête een (voedsel)bron aan te tonen. Meestal wordt de bron niet gevonden. Ook bij deze patiënt werd alléén vermoed dat onvoldoende verhit vlees de besmettingsbron is geweest.

#### *Voedselinfecties*

Er werden 2 clusters van voedselinfectie gemeld. Het betrof 2 patiënten die waarschijnlijk via het eten van eieren besmet waren

geraakt met salmonella en 3 patiënten die wijze campylobacter hadden opgelopen. Bij beide clusters bevond de besmettingsbron zich waarschijnlijk in de eigen keuken, maar dat is niet met zekerheid vastgesteld.

#### *Infectieziekten gemeld door instellingen*

Een uitbraak van gastro-enteritis veroorzaakt door het norovirus werd gemeld door een verpleeghuis. Meldingen van vlekjesziekten en huidziekten betroffen vermoedens van de vijfde ziekte en andere vlekjesziekten bij kinderen, alsook kleine uitbraken van ringworm en krentenbaard. Verder was er een kleine uitbraak van conjunctivitis in een instelling voor verstandelijk gehandicapten en een uitbraak in een kinderdagverblijf (KDV) van koorts zonder ernstige verschijnselen, waarvan de oorzaak niet is onderzocht.

#### **Meldingen tijdens het derde kwartaal 2010 voor de regio Zuid-Holland West**

##### *Bof*

De bof uitbraak onder studenten van de Technische Universiteit in Delft die in januari dit jaar optrad, is gestopt. Sinds 31 mei zijn er in de regio van Zuid-Holland West geen bof meldingen meer binnengekomen.

##### *Hepatitis A*

Er was 3 keer een melding van

hepatitis A. Het betrof 2 kinderen uit een gezin die op vakantie waren geweest. Er zijn maatregelen genomen om verdere verspreiding te voorkomen. De andere melding betrof een jongen van 17 jaar. Ook deze jongen was op vakantie geweest in een land waar hepatitis A hoog endemisch is. Geen van allen had zich laten vaccineren tegen hepatitis A.

#### *Hepatitis B*

Er zijn 14 meldingen van hepatitis B geweest. Het ging in alle gevallen om dragers van het hepatitis B virus.

#### *Invasieve GAS*

Er is 1 invasieve GAS gemeld. De GGD is verantwoordelijk voor de profylaxe van de gezinscontacten.

#### *Invasieve pneumokokkenziekte*

Er is 1 kind gemeld met een invasieve pneumokokkenziekte. Het kind was wel gevaccineerd.

#### *Kinkhoest*

Er zijn 23 meldingen van kinkhoest geweest. Het aantal meldingen is stabiel. De GGD doet contactonderzoek om met name de niet of onvolledig gevaccineerde zuigelingen onder de 1 jaar te beschermen.

#### *Legionellose*

Er was 14 keer sprake van een melding van legionellose. Het aantal meldingen in het derde kwartaal is vaak wat hoger maar dit jaar is het veel meer. Deze trend was ook landelijk zichtbaar. In 7 gevallen was de ziekte in Nederland opgelopen. De andere keren had de besmetting in het buitenland plaatsgevonden. Bij een hotel in de VS was sprake van een cluster van besmettingen. Ook 1 persoon uit onze regio was daar geweest.

#### *Leptospirose*

Er is 1 geval van leptospirose gemeld. De patiënt had waarschijnlijk in Zuid-Oost Azië de ziekte opgelopen. De patiënt had tijdens de vakantie veelvuldig contact gehad met oppervlaktewater.

#### *Malaria*

Er werd 1 geval van malaria gemeld. De patiënt was in India geweest. De malaria betrof een Plasmodium Vivax. De patiënt had wel profylaxe geslikt.

#### *Paratyfus*

Er werd 1 geval van paratyfus B gemeld. De besmetting was in Maleisië opgelopen.

#### *Psittacose*

Er is 1 geval van psittacose gemeld.

#### *Q-koorts*

Er werd 1 maal Q-koorts gemeld. Ondanks uitvoerig onderzoek is er geen bron gevonden.

#### *Shigellose (bacillaire dysenterie)*

In het derde kwartaal waren er 3 meldingen van Shigellose. Het ging in 2 gevallen om een Shigella sonnei en 1 keer om een Shigella boydii. De ziekte was opgelopen in India, Afghanistan, en Nederland.

#### *STEC*

Er zijn 6 gevallen van Shiga-toxinen producerende E-Coli gemeld.

#### *Voedselinfectie*

Er waren 2 meldingen van voedselinfectie, die voldeden aan de meldingscriteria. Hiertoe moet er sprake zijn van 2 of meer patiënten met een onderlinge relatie wijzend op voedsel als bron.

#### *Aan deze rubriek werkten mee:*

*E.J.M. de Coster*

*E.M. Huisman*

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



## Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte	Het derde kwartaal 2010****			De voorgaande 4 kwartalen				t/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar		
	GGD Den Haag 3e kw. 2010	GGD-Zuid-Holl. West 3e kw. 2010	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2010	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2009**)	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2009**)	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2010**)	Tot. regio Haaglanden 2e kw. 2010**)	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 3e kw. 2010	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 3e kw. 2009**)	
B-ziekten	bacillaire dysenterie	16	3	19	20	6	3	6	28	34
	buiktyfus	1		1	2	2		2	3	2
	Creutzfeld-J's disease						1		1	1
	hepatitis A	1	3	4	9	2	1	1	6	28
	hepatitis B *)	40	14	54	68	61	75	82	211	185
	hepatitis C									
	kinkhoest	26	23	49	245	85	54	58	161	526
	legionella pneumonie	8	14	22	7	2		1	23	13
	mazelen									
	meningokokkose	3		3	3		2	4	9	7
	paratyfus A	1		1		2	1		2	2
	paratyfus B (C)		1	1	1				1	1
	tuberculose	28		28	29	19	25	25***	78***	82***
	voedselinfectie	2	2	4	1	3	2	3	9	4
	invasieve GAS	2	1	3			4	6	13	
C-ziekten	brucellose				1					1
	E.coli 0157	1	6	7	6	5		2	9	7
	leptospirose		1	1				1	2	
	malaria	9	1	10	12	8	3	4	17	18
	ornithose/psittacose	1	1	2	2	1	2	3	7	5
	Q-koorts	1	1	2						1
	rode hond									
	bof						63	33	96	
invasieve pneumokokken		1	1			3	2	6		
<b>totaal</b>	<b>140</b>	<b>72</b>	<b>212</b>	<b>406</b>	<b>196</b>	<b>239</b>	<b>233</b>	<b>682</b>	<b>917</b>	

\*) 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 en de GGD Zuid-Holland West over de gemeenten Rijswijk, Leidschendam-Voorburg, Wassenaar, Zoetermeer, Delft, De Lier, 's-Gravenzande, Maasland, Monster, Naaldwijk, Nootdorp en Schipluiden.

\*\*\*\*) Met ingang van EB3 van 2010 worden alle meldingen weergegeven op het tijdstip waarop de GGD deze doet bij het RIVM. We hebben de cijfers met terugwerkende kracht gecorrigeerd tot begin 2009.





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**