



GGD
Gemeente Den Haag

Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

Jaargang 47, 2012, nummer 3

inhoud

Redactioneel

epidemiologie

Ondergewicht, overgewicht en obesitas in twee generaties Surinaams-Hindostaanse kinderen van 3-15 jaar: een historische cohortstudie

Alcoholvergiftiging en letsel door overmatig alcoholgebruik onder jongeren in Den Haag

volksgezondheid

Het bereik van de Jeugd-GGZ voor jongeren van niet-Nederlandse herkomst: de toegevoegde waarde van een instelling voor 'interculturele psychiatrie voor jeugd en gezin'

korte berichten

Colofon

September 2012, 47ste jaargang nr. 3

Redactie

mw. dr. G.A.M. Ariëns, GGD Den Haag
(kernredacteur)
dr. P.K. Chandie Shaw, internist, Medisch Centrum
Haaglanden, Den Haag
B. van Gent, arts, MHA, Florence Den Haag
M. Lemmink, GGD Zuid-Holland West
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)
L.M.J. Staal, GGD Den Haag (kernredacteur)
mw. K. van der Voorn, STIOM Den Haag

Redactieadres

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, GGD,
Postbus 12652, 2500 DP Den Haag
Bezoekadres: Westeinde 128
Secretariaat EG: tel.: (070) 353 72 66,
fax: (070) 353 72 92, e-mail: jessica.roos@denhaag.nl
*Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij
mw. Roos.*

Epidemiologisch Bulletin op internet

[www.denhaag.nl/home/bewoners/to/
Epidemiologisch-bulletin.htm](http://www.denhaag.nl/home/bewoners/to/Epidemiologisch-bulletin.htm)

Foto's

Peter van Oosterhout

Ontwerp en productie

Gemeente Den Haag, Intern Dienstencentrum

Uitgave

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

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

ISSN 0921-6219

Inhoud

Redactioneel	1
Epidemiologie	
Ondergewicht, overgewicht en obesitas in twee generaties Surinaams-Hindostaanse kinderen van 3-15 jaar: een historische cohortstudie <i>Jeroen de Wilde, Sylvia Zandbergen-Harlaar, Stef van Buuren, Barend Middelkoop</i>	2
Alcoholvergiftiging en letsel door overmatig alcoholgebruik onder jongeren in Den Haag <i>Caroline Dekkers, Christien van der Linden, Sandor Post, Margaret van Yperen, Irene Burger</i>	10
Volksgezondheid	
Het bereik van de Jeugd-GGZ voor jongeren van niet-Nederlandse herkomst: de toegevoegde waarde van een instelling voor 'interculturele psychiatrie voor jeugd en gezin' <i>Albert Boon, Anna de Haan, Sjoukje de Boer, Nuveyt Isitman</i>	20
Korte Berichten	27

Redactioneel

Graag een genuanceerd gezondheidsbeleid!

Wat zullen de verkiezingen voor de Tweede Kamer brengen als het om gezondheid gaat? We hebben op dit moment een demissionair kabinet dat veel verwachtte van de marktwerking en van het zelf nemen van verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid. Vanuit de sector van de public health is altijd nauwlettend gekeken of preventieve doelstellingen op die manier wel voldoende worden gerealiseerd. Op papier leek het wel goed: in ‘Gezondheid dichtbij’, de landelijke nota gezondheidsbeleid, worden als prioritaire thema’s genoemd: overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik. Dit rijtje is identiek aan dat van de vorige kabinetsperiode. ‘Gezondheid dichtbij’ legt daarbij het accent op lichaamsbeweging. Vanuit een public health perspectief is het dan overigens lastig te begrijpen dat aan een succesvolle aanpak als de ‘Beweegkuur’ geen ruim baan werd geboden.

Ook de discussie over het rookverbod in de horeca riep in public health kringen vragen op. Vergeleken met andere Europese landen blinkt Nederland niet uit in doortastendheid.

‘Soms lijken problemen groter onder etnische minderheden (zoals bij overgewicht), maar soms is het juist de autochtone jeugd waarover we ons zorgen moeten maken (zoals bij alcoholvergiftiging)’

We kijken dus met spanning uit naar de komende kabinetsformatie en wat die gaat brengen voor de volksgezondheid. In de grote steden gaat het vooral om de gezondheid van mensen in achterstandsposities, waaronder veel leden van etnische minderheidsgroepen. Van aspecten van hun gezondheid geeft het Epidemiologisch Bulletin regelmatig een beeld. Dat beeld is genuanceerd. In veel opzichten is de gezondheid van etnische minderheden slechter dan van de gemiddelde witte autochtone Hagenaar. Tegelijk zijn bijvoorbeeld de sterftcijfers van Marokkaanse Hagenaars niet ongunstig.

Als we naar de nu voor u liggende editie van het bulletin kijken, dan zien we opnieuw een genuanceerd beeld. Soms lijken problemen groter onder etnische minderheden - zie het artikel over overgewicht onder Hindostaanse kinderen en jongeren - en/of is de zorg nog onvoldoende toegesneden op de multiculturele samenleving, zie opnieuw het overgewichtartikel en het artikel over het bereik van allochtone kinderen en adolescenten door de GGZ. Maar soms is het juist de autochtone jeugd waar de grootste problemen spelen, zoals in het geval van alcoholvergiftiging.

We hopen dat alle nuances in het beeld van de gezondheid, natuurlijk niet alleen van de Hagenaars, maar van alle Nederlanders, door zullen klinken in het gezondheidsbeleid in de komende jaren. We hopen dat het nieuwe kabinet hier een positieve bijdrage aan zal leveren.

Ondergewicht, overgewicht en obesitas in twee generaties Surinaams-Hindostaanse kinderen van 3-15 jaar: een historische cohortstudie

Jeroen de Wilde, Silvia Zandbergen-Harlaar, Stef van Buuren en Barend Middelkoop

Hindostaanse baby's zijn over het algemeen lichter dan baby's van andere etnische groepen en hebben tegelijkertijd een hoger vetpercentage (1,2). De kinderen behoren tot het zogeheten 'thin-fat' fenotype. Het Epidemiologisch Bulletin heeft hier al verschillende malen aandacht aan besteed (3,4), onder meer met een onderzoek dat aantoonde dat ook Hindostaanse baby's in Suriname 'thin-fat' zijn (4). Deze karakteristieke lichaamssamenstelling behouden Hindostanen gedurende hun hele leven (3,5,6), waardoor zij meer kans lopen op allerlei gezondheidsrisico's. Ook wanneer mensen van het thin-fat fenotype een lagere Body Mass Index (BMI) hebben dan Europese bevolkingsgroepen, lopen zij toch meer gezondheidsrisico's. Over wat voor gezondheidsrisico's hebben we het dan? Dat is onderzocht in de Ganesh-studie (Growth in South Asians in the Netherlands en Subsequent Health). De Ganesh-studie is opgezet om inzicht te krijgen in de relatie tussen de ontwikkeling van de BMI bij Hindostaanse kinderen en cardiometabole gezondheidsrisico's, zoals diabetes en hart-en vaatziekten. Onderstaand artikel beschrijft een deelonderzoek van deze studie, waarin de Body Mass Index in twee geboortecohorten Surinaams-Hindostaanse kinderen wordt vergeleken. Omdat één cohort is geboren vóór de zogenaamde 'obesitas epidemie' in Nederland aankwam, vormt dit cohort een goede referentiegroep om te onderzoeken hoe de BMI-gewichtklassen in deze groep verdeeld (horen te) zijn. In een tweede cohort, geboren tijdens de obesitas epidemie, kunnen de opgetreden verschuivingen in de verdeling van de gewichtklassen worden onderzocht.

Inleiding

Overgewicht en obesitas zijn wereldwijd in de afgelopen 30 jaar sterk toegenomen, zowel in ontwikkelingslanden als in westerse landen (7). Dit wordt vaak aangeduid als de obesitas epidemie. Tot eind jaren tachtig kwam obesitas voor bij slechts 0,1% van de kinderen wonend op het Indiase subcontinent, dit cijfer was één van de laagste van de wereld (7). De afgelopen tien jaar is het percentage kinderen met obesitas sterk toegenomen (8,9), vooral in India, waar het huidige obesitas cijfer bij kinderen 4,7% bedraagt (8,9). Vreemd genoeg heeft het Indiase subcontinent ook nog steeds de hoogste prevalentie (vóórkomen) van ondergewicht en laag geboortegewicht (<2500g) (10). Dit gelijktijdige voorkomen van zowel hoge percentages overgewicht/obesitas als ondergewicht wordt een 'double burden' genoemd, omdat beide kanten van het spectrum een verhoogd risico voor de gezondheid met zich meebrengen.

Lagere BMI, toch hoger risico

In het algemeen hebben Hindostaanse bevolkingsgroepen een aanleg voor een lager gewicht of een lage Body Mass Index (BMI), omdat ze bij dezelfde BMI een andere lichaamssamenstelling hebben dan andere etnische groepen, gekenmerkt door een kleinere spiermassa en tegelijkertijd een grotere vetmassa (3,5,6,11). In wisselende mate komt deze lichaamsamenstelling voor bij alle Aziatische bevolkingen, en vanwege de grotere vetmassa komen bij hen zogeheten cardiometabole aandoeningen, zoals diabetes, hoge bloeddruk en hart- en vaatziekten, al bij een lagere BMI voor dan bij andere etnische groepen (5,12). De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft om die reden geadviseerd om de BMI afkapwaarden voor overgewicht en obesitas voor alle Aziatische volwassenen te verlagen naar respectievelijk 23 kg/m² (i.p.v. van 25 kg/m²) en 27,5 kg/m² (i.p.v. 30 kg/m²) (13).

Over de auteurs:

Jeroen de Wilde is arts Maatschappij en Gezondheid, productgroep Jeugdgezondheidszorg, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn; Silvia Zandbergen-Harlaar was ten tijde van het onderzoek als masterstudent Gezondheidswetenschappen werkzaam bij de afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, LUMC, Leiden; Stef van Buuren is als statisticus werkzaam bij TNO Kwaliteit van Leven en als hoogleraar bij de afdeling methodologie en statistiek, Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit van Utrecht, Utrecht; Barend Middelkoop is arts-epidemioloog, afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, en hoogleraar bij de afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, LUMC, Leiden. E-mail: jeroen.dewilde@denhaag.nl.

Hindostaanse kinderen en jongeren hebben een vergelijkbare lichaamssamenstelling en daarmee ook een verhoogd cardiometabool risico (11,14-16). Om die reden zal naar verwachting de toepassing bij Hindostaanse kinderen van de huidige universele BMI afkappunten voor kinderen (zie kader) voor overgewicht en obesitas (17) resulteren in een onderschatting van de prevalentie van overgewicht en obesitas.

Daarom hebben verschillende onderzoekers al verlaagde BMI afkapwaarden voor Hindostaanse kinderen voorgesteld, opdat kinderen met een verhoogd cardiometabool risico eerder kunnen worden opgespoord (18-20), maar er bestaat nog geen overeenstemming over welke set afkapwaarden het beste kan worden gebruikt.

Voor en na de obesitas epidemie

Omdat de lichaamssamenstelling zo anders is bij Aziatische mensen, is het waarschijnlijk dat de ondergewichtcijfers, aan de andere kant van het BMI spectrum, ook onnauwkeurig zijn wanneer men universele, etnisch-onafhankelijke BMI criteria hanteert. Een recente Sri Lankaanse studie illustreert dit. De onderzoekers toonden aan dat veel kinderen die waren geclassificeerd als kinderen met 'ondergewicht' (thinness), een normale of zelfs een hoge vetmassa hadden (6).

Niettemin wordt de verlaging van BMI afkappunten voor ondergewicht nog niet overwogen. Om een uiteindelijke beslissing te kunnen nemen over de verlaging van alle BMI afkappunten voor Hindostaanse kinderen, waaronder ook voor ondergewicht, is meer kennis nodig over de normale verdeling van de BMI in een gezonde welvarende groep Hindostaanse kinderen, die nog geen invloed hebben ervaren van de huidige obesitas epidemie. Om die reden is het eerste doel van deze studie om de verdeling van de BMI-Standaard Deviatie score (zie kader 1) te bepalen van een referentiecohort Surinaams-Hindostaanse kinderen die in Nederland woonden vóórdat de obesitas epidemie in Nederland zijn intrede deed. Een tweede doel is om de verdeling van gewichtklassen (ernstig ondergewicht, ondergewicht, overgewicht en obesitas) in dit geboortecohort te bepalen met behulp van de universele BMI afkappunten voor kinderen.

Als laatste willen we de invloed van de obesitas epidemie onderzoeken door bovengenoemde cijfers te vergelijken met die van een cohort Hindostaanse kinderen, die zijn geboren tijdens de obesitas epidemie.

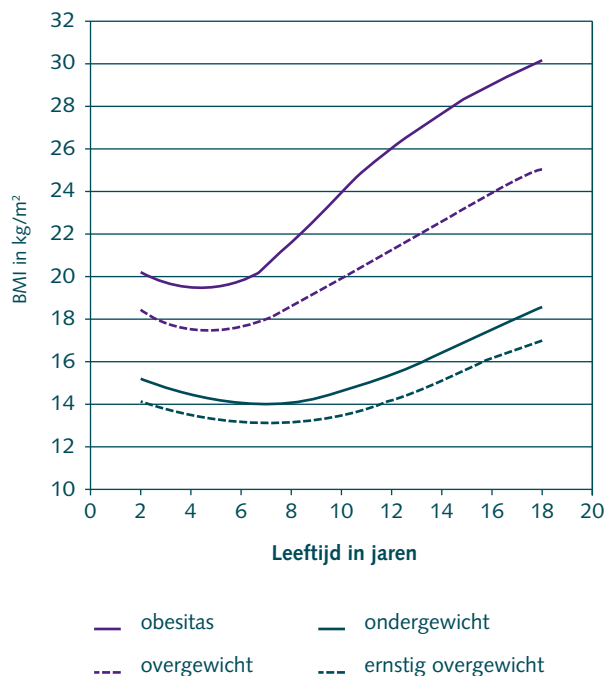
Kader 1: De BMI of Body Mass Index als indirecte maat voor lichaamsvet

Mensen met een hoge en een lage hoeveelheid lichaamsvet hebben een grotere kans op gezondheidsproblemen dan mensen met een normale vetmassa. Om gezondheidsrisico's in te schatten wordt voor het bepalen van de vetmassa in de (para)medische praktijk meestal de Body Mass Index (BMI) gebruikt, die wordt berekend door het gewicht te delen door het kwadraat van de lengte in meters (G/L^2). Omdat het alleen uitgaat van lengte en gewicht meet de BMI de hoeveelheid vet dus niet rechtstreeks. Er is wel een sterk verband tussen de BMI en de hoeveelheid lichaamsvet (en daarmee ook met gezondheidsrisico's), maar omdat mensen verschillen in lichaamsbouw en lichaamsamenstelling is het geen precieze maat. Om de risico's voor de gezondheid in te schatten heeft de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) universele afkapwaarden voor de BMI bij volwassenen vastgesteld. Voor ondergewicht wordt een BMI-bovenwaarde van 17,0 en 18,5 kg/m^2 voor respectievelijk ernstig ondergewicht en ondergewicht gebruikt, voor overgewicht en obesitas (=ernstig overgewicht) een onderwaarde van 25 en 30 kg/m^2 . Sinds 2003 zijn er voor volwassen Aziatische bevolkingsgroepen verlaagde afkapwaarden voor overgewicht (23 kg/m^2) en obesitas (27,5 kg/m^2) voorgesteld, omdat mensen uit deze regio al bij deze lagere BMI waarden een grotere kans op gezondheidsproblemen hebben. Omdat bij kinderen tijdens de groei de lichaamsverhoudingen en lichaamssamenstelling veranderen, zijn er voor kinderen andere afkapwaarden vastgesteld die verschillen per leeftijd en geslacht. Een veel gebruikte set universele afkapwaarden is gebaseerd op de BMI-groecurven van kinderen uit zes verschillende landen, verspreid over de wereld, met als doel een goede representatie te zijn voor alle kinderen wereldwijd (zie figuur 1). Afkapwaarden zijn bepaald door de lijnen van de groecurven te nemen die de volwassen afkapwaarden snijden op de leeftijd van 18 jaar. Door deze lijnen terug te volgen kan voor elke leeftijd per geslacht de afkapwaarde worden bepaald. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft ook afkapwaarden voorgesteld op basis van de groei in een vergelijkbare populatie kinderen, maar gebruikt als afkapwaarden BMI Standaard Deviaties (SD). De SD is een maat om de spreiding van de gevonden waarden in de BMI verdeling ten

opzichte van de mediaan (= de middelste BMI waarde in de verdeling) op een bepaalde leeftijd weer te geven. Voor elke meting van een kind kan met deze waarden een BMI Standaard Deviatie Score (SDS) berekend worden waarbij een waarde van 0 aangeeft dat de BMI precies op de mediaan ligt. Als de SDS-waarde onder de 0 ligt, geeft dit aan dat het kind een lagere BMI heeft ten opzichte van de mediaan.

Figuur 1.

Universele BMI afkapwaarden voor jongens van 2-18 jaar, die corresponderen met de universele BMI afkapwaarden voor volwassenen op 18-jarige leeftijd.



Methode

Onderzoekspopulatie

Voor deze studie hebben we groeigegevens en socio-demografische gegevens van Hindostaanse kinderen gebruikt uit de medische dossiers van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) in Den Haag (zie kader 2 voor beschrijving van de groep Hindostanen). De dossiers waren van twee geboortecohorten Hindostaanse kinderen, waarvan één geboren in de jaren 1974-1976 en de ander in de jaren 1991-1993. Een Surinaams-Hindostaanse etniciteit werd bepaald op basis van twee criteria: 1. Suriname als geboorteland van de ouders en 2. de aanwezigheid van een typisch Surinaams-Hindostaanse (en dus niet

Kader 2: Hindostaans

De term Hindostaans of Hindostaans wordt in Nederland en Suriname gebruikt om de bevolkingsgroep aan te duiden die van Indiase of Zuid-Aziatische afkomst is. Regelmatig wordt de term Hindostaan verward met Hindoe, aanhanger van het Hindoeïsme. Hoewel veel Hindostanen deze religie belijden zijn er ook relatief veel moslims onder Hindostanen. Om die reden wordt in dit artikel de neutralere term Hindostaans in plaats van Hindostaans gebruikt. De meeste Hindostanen in Nederland stammen af van Indiase migranten die naar de voormalige kolonie Suriname kwamen tussen 1873 en de jaren dertig van de vorige eeuw om als contractarbeiders te werken op de plantages. Vlak vóór en na de onafhankelijkheid van Suriname in 1975 zijn veel Surinaamse Hindostanen naar Nederland geëmigreerd. De stad Den Haag telt momenteel rond de 45.000 Hindostanen (~8% van de bevolking) en herbergt hiermee de grootste populatie Hindostanen van het Europese vasteland.

Hindostaans, zie kader 2) achternaam van zowel kind als beide ouders. In gevallen waarbij niet alle achternamen van de ouders in de dossiers waren vermeld, werden de aanwezige namen gebruikt om deze te vergelijken met een lijst van 2285 typisch Surinaams-Hindostaanse achternamen. Socio-demografische gegevens en enkele persoonsgegevens werden overgenomen, alsook de metingen van lengte en gewicht op de leeftijd van 3-5, 6-8 and 13-15 jaar. Van de meeste kinderen van cohort 1974-1976 was meer dan één meting geregistreerd in elke leeftijdsgroep, van de kinderen van cohort 1991-1993 was er slechts één. Dit verschil komt door een verandering in het schema van standaard gezondheidsonderzoeken eind jaren tachtig van de vorige eeuw.

Wanneer van een kind van cohort 1974-1976 meer dan één meting per leeftijdsgroep stond geregistreerd, werd alleen de meting overgenomen op een leeftijd die het dichtst lag bij het groepsgemiddelde van cohort 1991-1993, zodat een vergelijkbare groepssamenstelling qua leeftijd van meting werd bereikt.

Inclusiecriteria

Alleen eenling kinderen geboren na een zwangerschapsduur van tenminste 37 weken zijn geïncludeerd in de studie, omdat meerling-zwangerschap en prematuriteit van kinderen een langdurige invloed kan hebben op de groei (21-23).

Kinderen met aandoeningen die invloed op de groei kunnen hebben, zoals hormoonstoornissen en sommige neurologische en orthopedische aandoeningen, werden geëxcludeerd.

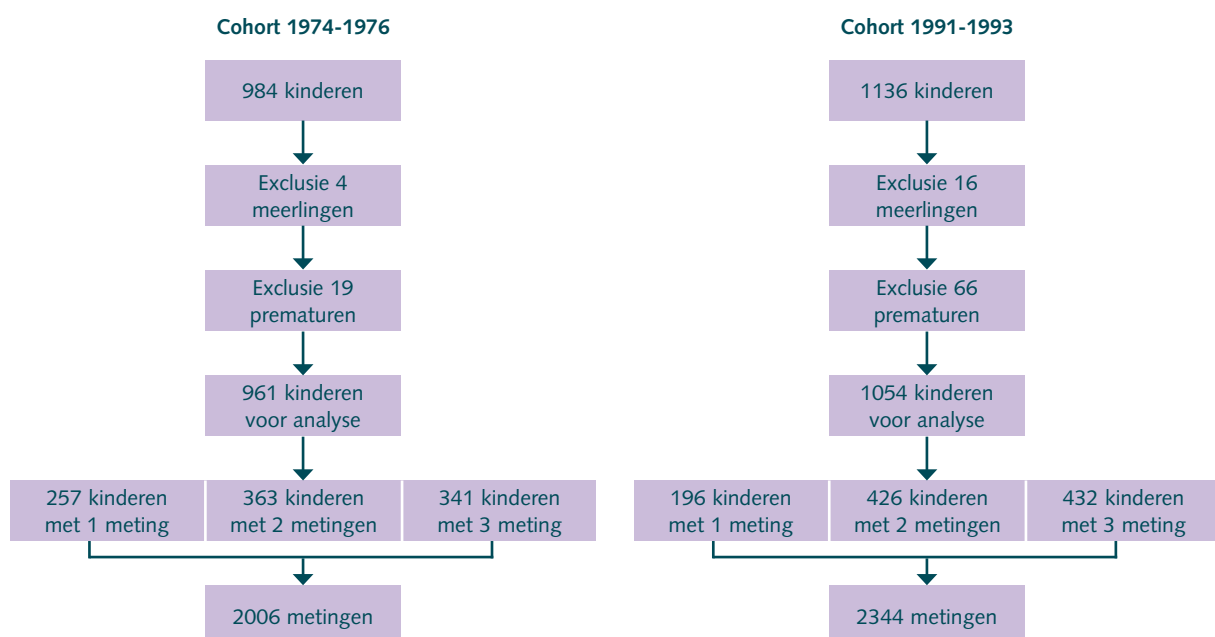
‘Hoewel veel Hindostanen bet Hindoeïsme belijden, zijn er ook relatief veel moslims onder Hindostanen. Om die reden gebruiken we in dit artikel de neutralere term Hindostaans, in plaats van Hindoeistaans’

Metingen van de groei, afkapwaarden en referentiegegevens

Alle metingen van lengte en gewicht zijn uitgevoerd door JGZ professionals. Lengte werd gemeten met een staande meetlat of een microtoise (speciaal meetlint bevestigd aan de muur om lengte te meten) en gewicht met een geijkte weegschaal. De BMI werd berekend met de formule $[\text{gewicht}]/[\text{lengte in m}]^2$ en vervolgens de BMI-SDS van elke BMI waarde met de WHO groeireferentie (24) (zie kader 1 voor uitleg BMI en BMI-SDS). BMI gewichtklassen werden bepaald met de universele BMI afkappunten voor de leeftijden 2-18 jaar, die corresponderen met de volwassen afkapwaarden voor ernstig ondergewicht (BMI <17 kg/m²), ondergewicht (<18,5 en >17 kg/m²), overgewicht (>25 en <30 kg/m²) en obesitas (>30 kg/m²) (17,25).

Figuur 2.

Selectie van kinderen van cohort 1 (1974-1976) en cohort 2 (1991-1993).



Statistische analyses

Continue variabelen worden weergegeven als gemiddelden met de standaard deviatie en categoriale variabelen als percentages, aantallen en 95% betrouwbaarheidsinterval (BI). Verschillen in de kenmerken van de twee cohorten zijn getest met een onafhankelijke t-toets bij continue variabelen en een chi-kwadraat toets bij categoriale variabelen. Extreme waarden van lengte, gewicht en BMI werden gecontroleerd in de originele JGZ-dossiers. Indien de waarde in de dataset foutief was overgenomen werd dit gecorrigeerd. Implausibel hoge waarden (>7 SDS) die niet gecorrigeerd konden worden, werden verwijderd uit de dataset. Verschillen in BMI-SDS tussen cohort 1974-1976 en cohort 1991-1993 werden geanalyseerd met t-toetsen. Verschillen in de prevalentie van ernstig ondergewicht, ondergewicht, overgewicht en obesitas tussen beide cohorten werden per leeftijdscategorie (3-5 jaar, 6-8 jaar and 13-15 jaar) geanalyseerd met logistische regressieanalyses. Hierbij werd gecorrigeerd voor leeftijd omdat de leeftijdsverdeling in de leeftijdsgroepen niet gelijk was. Een P-waarde <0,05 (tweezijdig) werd als statistisch significant beschouwd. Alle statistische analyses werden verricht met IBM SPSS Statistics 19 software.

Resultaten

In totaal zijn 2015 kinderen met 4.350 metingen van lengte en gewicht in de studie geïncludeerd (figuur 2).

Tabel 1.

Beschrijvende populatiekenmerken van cohort 1 (1974-1976) en cohort 2 (1991-1993).

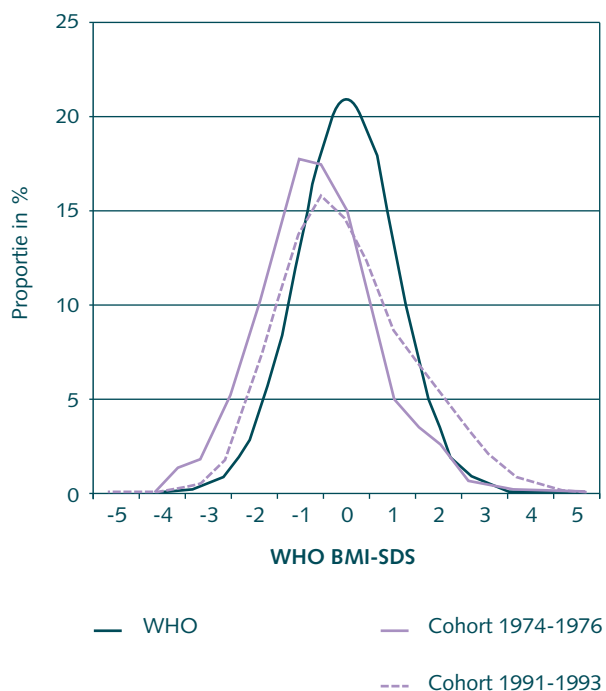
		Cohort 1 (1974-1976)	Cohort 2 (1991-1993)
Geslacht % (n)	Jongen	52,0 (500)	49,7 (524)
	Meisje	48,0 (461)	50,3 (530)
Leeftijdsgroep % (n)*	3-5 jaar	34,6 (694)	34,4 (806)
	6-8 jaar	38,0 (762)	32,6 (763)
	13-15 jaar	27,4 (550)	33,1 (775)
Geboorteland % (n)*	Suriname	63,4 (609)	9,2 (97)
	Nederland	35,7 (343)	90,5 (954)
	Anders	0 (0)	0,3 (3)
	Onbekend	0,9 (9)	0 (0)

*P<0,001

Het belangrijkste verschil in de beschrijvende kenmerken tussen beide cohorten was het geboorteland van de kinderen. Waar de meeste kinderen van cohort 2 (1991-1993) in Nederland waren geboren (90,5%), was dit in cohort 1 (1974-1976) slechts in 35,7% het geval (tabel 1).

Figuur 3

BMI-SDS verdeling van cohort 1 (1974-1976) en cohort 2 (1991-1993) 3-15 jaar, vergeleken met de normale verdeling van de WHO groei referentie.



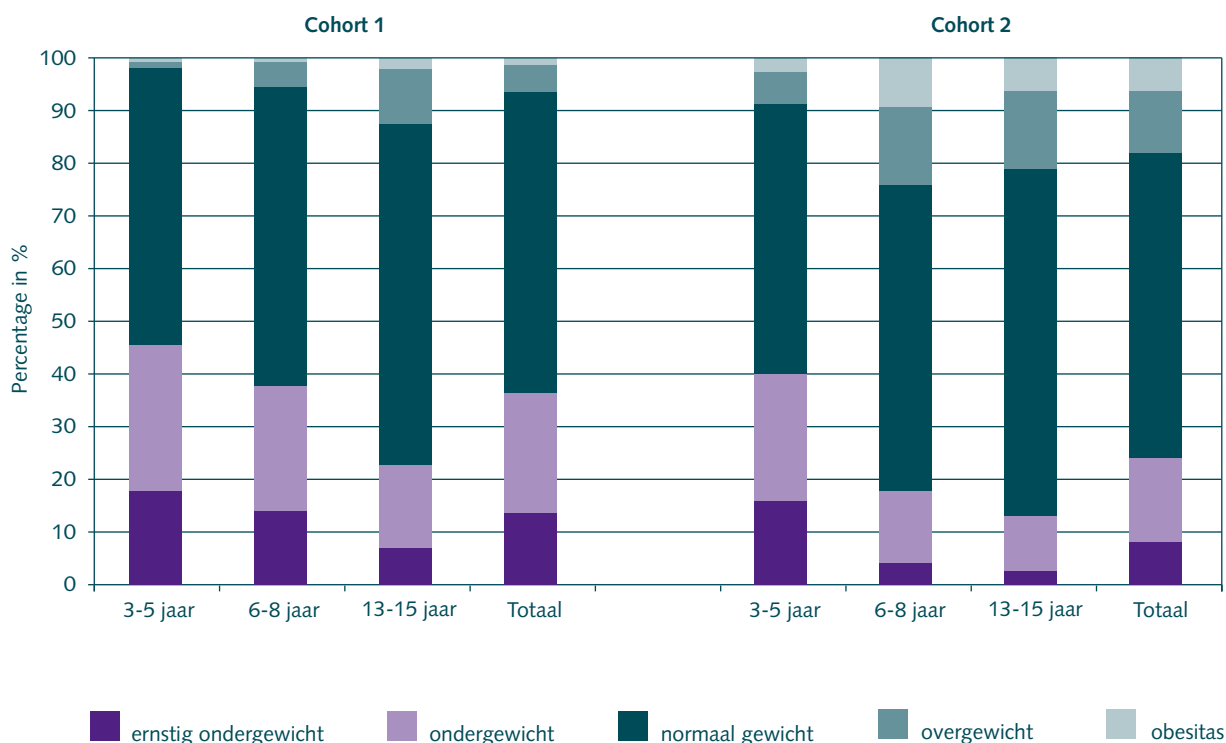
Verder had cohort 2 meer metingen op de leeftijd van 3-5 jaar en 13-15 jaar.

Vergeleken met de WHO groeireferentie, had cohort 1 een lagere gemiddelde BMI-SDS (gemiddelde=-0,63) en was de curve iets breder, wat aangeeft dat er grotere verschillen zijn tussen Hindostaanse kinderen, van heel lage tot heel hoge BMI-SDS (Figuur 3). Cohort 2 had een gemiddelde dat niet verschillend was van het gemiddelde van de WHO verdeling (+0,01), maar de curve toont hier een verder toegenomen verbreding. Er bleven relatief veel kinderen met een lage BMI-SDS ten opzichte van de WHO verdeling, maar opvallender is dat de curve aan de rechterkant in een staart uitloopt en daarbij veel hoger loopt dan de andere curven. Dit betekent dat cohort 1991-1993 ten opzichte van cohort 1 en de WHO-populatie een hoger percentage heeft van kinderen met een hoge BMI-SDS.

In figuur 4 wordt de verdeling van de BMI klassen van beide cohorten getoond, gebaseerd op de universele BMI afkappunten. In cohort 1 kwam (ernstig) ondergewicht (36,4%) veel voor en overgewicht (5,3%) en obesitas (0,9%) relatief weinig. In cohort 2 was de prevalentie van (ernstig) ondergewicht bij 3-5 jarigen (45,7%) even groot (OR 0,929; 95% BI 0,719-1,199) als in cohort 1 (40,6%), maar dit nam snel af met toenemende leeftijd, terwijl overgewicht en obesitas tegelijkertijd sterk toenamen. De overgewicht percentages van cohort 2 waren meer dan twee keer zo groot (11,7%; OR 2,38; 95% BI

Figuur 4.

Verdeling van BMI klassen (%) gebaseerd op universele BMI afkappunten per leeftijdsgroep van cohort 1 (1974-1976) en cohort 2 (1991-1993).



1,77-3,20) dan van cohort 1 (5,3%), en obesitas was nog sterker toegenomen tot een prevalentie van 6,0% tegenover 0,9% in cohort 1 (OR 5,94; 95% BI 3,33-10,57).

‘Hoewel (ernstig) ondergewicht nog veel voorkwam op de leeftijd van 3-5 jaar, nam het snel af met toenemende leeftijd. Tegelijkertijd namen overgewicht en obesitas sterk toe’

Beschouwing

Dit is de eerste studie waarin zowel de BMI-SDS als de BMI gewichtsklasseverdeling van twee vrijwel complete geboortecohorten Hindostaanse kinderen, één geboren vóór en één tijdens de obesitas epidemie, zijn vergeleken. Dit levert unieke referentiegegevens op en daarnaast inzicht in de verschuiving in de tijd van de verdeling van de verschillende gewichtsklassen. Naar ons weten is dit nog niet eerder onderzocht. Een opvallende bevinding in het referentiecohort van Hindostaanse kinderen, geboren in 1974-1976, was de ongebruikelijk, in feite implausibel hoge prevalentie van (ernstig) ondergewicht en de zeer lage prevalentie van overgewicht en obesitas. In andere

westerse landen is ondergewicht bij Hindostaanse kinderen nauwelijks onderzocht zodat een goede vergelijking lastig is. We vonden slechts één studie uit Groot Brittannië waarin ook hogere cijfers voor ondergewicht bij Hindostaanse jongeren werden gerapporteerd dan bij de andere onderzochte etnische groepen (26). Daarentegen wordt in een ontwikkelingsland als India wel veel onderzoek gedaan naar ondergewicht en daar liggen de cijfers met waarden tot 70% nog hoger dan bij Hindostaanse kinderen in Nederland (27).

Nederlandse kinderen hebben veel minder vaak ondergewicht dan Hindostaanse kinderen. In 1980 had 1,5-2,9% van de Nederlandse kinderen ernstig ondergewicht en 11,4-12,1% ondergewicht, cijfers die vrijwel onveranderd waren in 1997 (28).

Bij Hindostaanse kinderen van cohort 1991-1993 is echter in 17 jaar tijd wél een verandering opgetreden in de prevalentie van (ernstig) ondergewicht. Hoewel in cohort 1991-1993 (ernstig) ondergewicht nog veel voorkwam op de leeftijd van 3-5 jaar, nam het snel af met toenemende leeftijd. Tegelijkertijd namen overgewicht en obesitas sterk toe, wat een indicatie is voor het effect van de obesitas epidemie. In vergelijking met het referentiecohort kwam overgewicht twee keer

'Zonder etnisch specifieke BMI criteria zal het vaststellen van ondergewicht, overgewicht en obesitas bij Hindostaanse kinderen erg lastig blijven'

zo vaak voor in cohort 1991-1993, een toename die vergelijkbaar is met de toename die bij Nederlandse kinderen tussen 1980 en 1997 werd gezien (29). De obesitasprevalentie in cohort 1991-1993 was daarentegen veel sterker toegenomen dan bij Nederlandse kinderen.

Adviezen voor de praktijk

De hoge prevalentie van (ernstig) ondergewicht is zeer waarschijnlijk het gevolg van de verschillen in lichaamssamenstelling van Hindostaanse kinderen ten opzichte van andere etnische groepen. Omdat Hindostanen een grotere vetmassa hebben bij een lagere BMI (6,30,31), zal het gebruik van universele BMI afkappunten leiden tot een onderschatting van het voorkomen van overgewicht en obesitas en een overschatting van ondergewicht.

Dit laatste kan mogelijk ook verklaren waarom in Zuid-Azië nog steeds de hoogste prevalentie van ondervoeding in de wereld wordt gerapporteerd (uitgedrukt in percentage kinderen met ondergewicht) (32), ondanks betere sociaal-economische omstandigheden dan in veel andere ontwikkelingslanden.

Het gebruik van universele BMI afkapwaarden in de klinische praktijk om de voedingstoestand van een Hindostaans kind in te schatten kan ongewenste neveneffecten hebben. Bijvoeding van een Hindostaans kind met een lage BMI maar een normale vetmassa kan bijvoorbeeld leiden tot een toename van lichaamsvet en, als gevolg hiervan, tot een hoger gezondheidsrisico. Aan de andere kant kunnen Hindostaanse kinderen met een 'normale BMI' al overgewicht of obesitas hebben en interventies om dit aan te pakken zullen deze kinderen nooit bereiken. Zonder etnisch specifieke BMI criteria zal het vaststellen van ondergewicht, overgewicht en obesitas bij Hindostaanse kinderen erg lastig blijven. Verschillende studies hebben BMI afkappunten specifiek voor Hindostaanse kinderen voorgesteld om overgewicht en obesitas te bepalen (18-20). Er is echter nog geen consensus bereikt over welke set BMI afkapwaarden het best gebruikt kan worden. Een geschikter criterium om ondergewicht te bepalen wordt zelfs nog helemaal niet overwogen. Bij de GGD Den Haag worden daarom nieuwe afkapwaarden ontwikkeld voor de vaststelling van ondergewicht, overgewicht en obesitas, op basis van alle groeigegevens van het referentiecohort 1974-1976.

Dankbetuiging

We willen Ron Smit bedanken voor zijn hulp bij het verkrijgen van gegevens uit het digitale JGZ dossier.

Referenties:

1. Krishnaveni GV, Hill JC, Veena SR, Leary SD, Saperia J, Chachyamma KJ, Karat SC, Fall CH: Truncal adiposity is present at birth and in early childhood in South Indian children. *Indian Pediatr* 2005;42(6):527-538.
2. Yajnik CS, Fall CH, Coyaji KJ, Hirve SS, Rao S, Barker DJ, Joglekar C, Kellingray S: Neonatal anthropometry: the thin-fat Indian baby. *The Pune Maternal Nutrition Study. Int J Obes Relat Metab Disord* 2003;27(2):173-180.
3. Karamali NS, Tamsma JT, Ariens GA, de Groot CJ, Dör JP, Kanhai HH, Middelkoop BJ: Diabetes en Hindostanen: oorsprong in de baarmoeder? Opzet van een verkennend onderzoek naar het geboortegewicht en de vetverdeling van Hindostaanse en Nederlandse baby's in Den Haag. *Epidemiologisch Bulletin* 2007;42(1):2-6.
4. van Steijn L., Karamali NS, Kanhai HH, Ariens GA, Fall CH, Yajnik CS, Middelkoop BJ, Tamsma JT: Hebben Hindostaanse baby's in Paramaribo een 'thin-fat' fenotype? Een deelonderzoek in het kader van de Haagse India studie. *Epidemiologisch Bulletin* 2010;45(1):2-7.



5. Deurenberg-Yap M, Chew SK, Deurenberg P: Elevated body fat percentage and cardiovascular risks at low body mass index levels among Singaporean Chinese, Malays and Indians. *Obes Rev* 2002;3(3):209-215.
6. Wickramasinghe VP: Hattori Chart Based Evaluation of Body Composition and its Relation to Body Mass Index in a Group of Sri Lankan Children. *Indian J Pediatr* 2011.
7. Wang Y, Lobstein T: Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediatr Obes* 2006;1(1):11-25.
8. Khadilkar VV, Khadilkar AV, Cole TJ, Chiplonkar SA, Pandit D: Overweight and obesity prevalence and body mass index trends in Indian children. *Int J Pediatr Obes* 2011;6(2-2):e216-e224.
9. Jafar TH, Qadri Z, Islam M, Hatcher J, Bhutta ZA, Chaturvedi N: Rise in childhood obesity with persistently high rates of undernutrition among urban school-aged Indo-Asian children. *Arch Dis Child* 2008;93(5):373-378.
10. 6th report on the world nutrition situation: Geneva, United Nations Standing Committee on Nutrition, 2009.
11. Yajnik CS, Lubree HG, Rege SS, Naik SS, Deshpande JA, Deshpande SS, Joglekar CV, Yudkin JS: Adiposity and hyperinsulinemia in Indians are present at birth. *J Clin Endocrinol Metab* 2002;87(12):5575-5580.
12. Lear SA, Kohli S, Bondy GP, Tchernof A, Sniderman AD: Ethnic variation in fat and lean body mass and the association with insulin resistance. *J Clin Endocrinol Metab* 2009;94(12):4696-4702.
13. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies: *Lancet* 2004;363(9403):157-163.
14. Ehtisham S, Crabtree N, Clark P, Shaw N, Barrett T: Ethnic differences in insulin resistance and body composition in United Kingdom adolescents. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90(7):3963-3969.
15. Jafar TH, Islam M, Poulter N, Hatcher J, Schmid CH, Levey AS, Chaturvedi N: Children in South Asia have higher body mass-adjusted blood pressure levels than white children in the United States: a comparative study. *Circulation* 2005;111(10):1291-1297.
16. Whincup PH, Gilg JA, Papacosta O, Seymour C, Miller GJ, Alberti KG, Cook DG: Early evidence of ethnic differences in cardiovascular risk: cross sectional comparison of British South Asian and white children. *BMJ* 2002;324(7338):635.
17. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH: Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000;320(7244):1240-1243.
18. Duncan JS, Duncan EK, Schofield G: Ethnic-specific body mass index cut-off points for overweight and obesity in girls. *N Z Med J* 2010;123(1311):22-29.
19. Khadilkar VV, Khadilkar AV, Borade AB, Chiplonkar SA: Body Mass Index Cut-offs for Screening for Childhood Overweight and Obesity in Indian Children. *Indian Pediatr* 2012;49(1):29-34.
20. Wickramasinghe VP, Lamabadusuriya SP, Cleghorn GJ, Davies PS: Defining anthropometric cut-off levels related to metabolic risk in a group of Sri Lankan children. *Ann Hum Biol* 2011; 38(5):537-543.
21. Euser AM, de Wit CC, Finken MJ, Rijken M, Wit JM: Growth of preterm born children. *Horm Res* 2008;70(6):319-328.
22. Luke B, Leurgans S, Keith L, Keith D: The childhood growth of twin children. *Acta Genet Med Gemellol (Roma)* 1995;44(3-4):169-178.
23. van Dommelen P, de Gunst M, van der Vaart A, van Buuren S, Boomsma D: Growth references for height, weight and body mass index of twins aged 0-2.5 years. *Acta Paediatr* 2008;97(8):1099-1104.
24. WHO: The WHO Child Growth Standards; Geneva, 2011.
25. Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA: Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ* 2007;335(7612):194.
26. Taylor SJ, Viner R, Booy R, Head J, Tate H, Brentnall SL, Haines M, Bhui K, Hillier S, Stansfeld S: Ethnicity, socio-economic status, overweight and underweight in East London adolescents. *Ethn Health* 2005;10(2):113-128.
27. Mondal N, Sen J: Thinness is a major underlying problem among Indian children. *J Trop Pediatr* 2010;56(6):456-458.
28. van Buuren S.: [Body-mass index cut-off values for underweight in Dutch children]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;148(40):1967-1972.
29. Hirasing RA, Fredriks AM, van BS, Verloove-Vanhorick SP, Wit JM: [Increased prevalence of overweight and obesity in Dutch children, and the detection of overweight and obesity using international criteria and new reference diagrams]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145(27):1303-1308.
30. Nightingale CM, Rudnicka AR, Owen CG, Cook DG, Whincup PH: Patterns of body size and adiposity among UK children of South Asian, black African-Caribbean and white European origin: Child Heart And health Study in England (CHASE Study). *Int J Epidemiol* 2011;40(1):33-44.
31. Shaw NJ, Crabtree NJ, Kibirige MS, Fordham JN: Ethnic and gender differences in body fat in British schoolchildren as measured by DXA. *Arch Dis Child* 2007;92(10):872-875.
32. Nube M: The Asian enigma: predisposition for low adult BMI among people of South Asian descent. *Public Health Nutr* 2009;12(4):507-516.

Alcoholvergiftiging en letsel door overmatig alcoholgebruik onder jongeren in Den Haag

Caroline Dekkers, Christien van der Linden, Sandor Post, Margaret van Yperen en Irene Burger

Het aantal jongeren dat met een alcoholvergiftiging terechtkomt bij de Spoedeisende Hulpafdeling en moet worden opgenomen in het ziekenhuis, stijgt behoorlijk (1,2). Jongeren die alcohol drinken lopen serieuze gezondheidsrisico's, laat staan jongeren die zoveel drinken dat ze een alcoholvergiftiging krijgen. Voldoende redenen om dit verschijnsel nader te onderzoeken. Op verzoek van de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag hebben de Spoedeisende Hulpafdelingen van het Medisch Centrum Haaglanden, het Hagaziekenhuis en het Bronovoziekenhuis in Den Haag daarom in november en december 2011 bijgehouden hoeveel jongeren in de leeftijd van 10 t/m 24 jaar de SEH bezochten vanwege alcoholvergiftiging of letsel door overmatig alcoholgebruik. De resultaten worden hieronder gepresenteerd.

Inleiding

De afgelopen jaren is er in de media en in vakliteratuur geregeld aandacht voor overmatig alcoholgebruik onder jongeren. Recent onderzoek laat zien dat het aantal jongeren dat met een alcoholvergiftiging de Spoedeisende Hulpafdeling (SEH) consulteert en wordt opgenomen in het ziekenhuis de afgelopen jaren flink is toegenomen (1,2).

Alcoholgebruik onder jongeren brengt serieuze gezondheidsrisico's met zich mee. Zo lopen jongeren die (overmatig) drinken een verhoogde kans op een verstoorde hersenontwikkeling, op leer- en geheugenproblemen en op risicovol seksueel gedrag, agressie en ongevallen. Ook hebben ze een grotere kans op alcoholverslaving op latere leeftijd (3,4).

Bovendien brengt alcohol(misbruik) hoge maatschappelijke kosten met zich mee, waaronder kosten voor verslavingszorg, algemene gezondheidszorg (preventie, behandeling), werk/productiviteitsverlies en kosten vanwege misdrijven/overtredingen (5). De richtlijnen voor aanvaardbaar alcoholgebruik (matig alcoholgebruik) bevelen aan het alcoholgebruik te beperken tot 1 standaardglas alcohol (10 gram) per dag voor vrouwen vanaf 18 jaar, en tot 2 standaardglazen alcohol (20 gram) per dag voor mannen vanaf 18 jaar. Gebruik van alcohol voor jongeren onder de 18 jaar wordt ontraden (6,7). Wie meer drinkt dan de richtlijn aangeeft, loopt een gezondheidsrisico. Volgens de definitie is er sprake van alcohol-

vergiftiging als de concentratie alcohol in het bloed (en daardoor in de hersenen) zo hoog is dat je bewusteloos of in coma kunt raken (8). Bij jongeren is het verschil tussen 'aangeschoten zijn' en buiten bewustzijn raken echter klein (9). In de praktijk wordt dan ook al van alcoholvergiftiging gesproken als een jongere zich met alcoholgerelateerde klachten (waaronder alcoholgerelateerd letsel) meldt bij een SEH. De jongere heeft dan eigenlijk altijd overmatig gedronken. De noodzaak om (overmatig) alcoholgebruik onder jongeren te voorkomen wordt onderschreven door zowel landelijk als lokaal beleid. Het landelijke alcoholbeleid richt zich op de preventie van schadelijk alcoholgebruik, met name onder jongeren (10,11). En ook het Haagse alcoholbeleid heeft als belangrijk doel alcoholgebruik onder jongeren te voorkómen (12,13). De steeds terugkerende aandacht voor alcoholgebruik onder jongeren in de media en vakliteratuur en de waargenomen stijging in het aantal alcoholvergiftigingen onder jongeren riepen de vraag op hoe vaak het in Den Haag voorkomt dat jongeren met een alcoholvergiftiging een Spoedeisende Hulpafdeling van een ziekenhuis bezoeken. Periodiek (om de vier jaar) wordt een enquête afgenomen onder Haagse scholieren om inzicht te krijgen in het (overmatig) alcoholgebruik van Haagse jongeren (14,15). Er is echter weinig bekend over het aantal jongeren dat met een alcoholvergiftiging of letsel door overmatig alcoholgebruik een SEH in Den Haag bezoekt.

Over de auteurs:

Dr. C. Dekkers is senior epidemiologisch onderzoeker bij de afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, dienst OCW; drs. C. van der Linden is klinisch epidemioloog en SEH-verpleegkundige bij het Medisch Centrum Haaglanden locatie Westeinde, Den Haag; dhr. S. Post is unit-hoofd SEH bij het Hagaziekenhuis locatie Sportlaan; mw. M. van Yperen werkt als praktijkopleider specialistische afdeling (SEH) bij ziekenhuis Bronovo, Den Haag; en mw. I. Burger is epidemiologisch onderzoeker bij de afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, dienst OCW. E-mail: caroline.dekkers@denhaag.nl.

‘Jongeren die (overmatig) drinken lopen een verhoogde kans op een verstoorde hersenontwikkeling, op leer- en geheugenproblemen en op risicovol seksueel gedrag, agressie en ongevallen’

Het doel van dit onderzoek is het aantal gevallen van alcoholvergiftiging en letsel door overmatig alcoholgebruik onder jongeren dat daarvoor een SEH in Den Haag consulteert, in kaart te brengen. Hiertoe hebbende SEH's van het Medisch Centrum Haaglanden (MCH, locatie Westeinde) het Hagaziekenhuis (locatie Rode Kruis en Leijenburg) en het Bronvoziekenhuis in Den Haag bijgehouden hoeveel jongeren in de leeftijd van 10 t/m 24 jaar in november en december 2011 de SEH hebben geconsulteerd vanwege alcoholvergiftiging of letsel door overmatig alcoholgebruik ('alcoholpatiënten').

Methoden

Opzet van de studie en procedure

Medewerkers van de SEH's registreerden bij binnenkomst op de SEH demografische gegevens van een patiënt (o.a. geslacht, geboortedatum en woonplaats) volgens de normale inschrijfprocedure. Als tijdens (hetero)anamnese/diagnosticering op de SEH sprake kon zijn van overmatig alcoholgebruik werd, als dat voor de behandeling belangrijk was, het ethanolpromillage in het bloed bepaald. Vaak werd alleen naar het aantal gedronken glazen alcohol gevraagd of maakte de medewerker een inschatting van het alcoholgebruik. Ook werd gevraagd naar de omstandigheden waaronder was gedronken, of er sprake was van een ongeval voorafgaand aan het SEH-bezoek en de aard van het letsel waarmee de patiënt op de SEH werd binnengebracht.

De betrokken medewerkers van de SEH's noteerden de gegevens van alle alcoholpatiënten (10-24 jaar), die in november en december 2011 een SEH in Den Haag bezochten, op een registratieformulier dat speciaal voor het onderzoek was ontwikkeld. De mogelijke omstandigheden waaronder gedronken was, die men kon aankruisen, waren: recreatief alcoholgebruik, onder druk van anderen, alcoholverslaving (op basis van een [in het verleden] gestelde diagnose), suïcidepoging of een andere omstandigheid.

Tot slot werd ook op het registratieformulier genoteerd welke nazorg/behandeling de patiënt had gekregen na de behandeling op de SEH: poliklinische

nacontrole, klinische dag/nachtopname SEH (>3 uur), opname verpleegafdeling/intensive care algemeen ziekenhuis, opname verslavingskliniek/psychiatrisch ziekenhuis, verwezen naar verslavingszorg (ambulant), verwezen naar huisarts, onbekend, of een andere vorm van nazorg die kon worden genoteerd.

Mate van alcoholgebruik:

ethanolpromillage en zelfrapportage

De mate van alcoholgebruik werd bepaald aan de hand van het ethanolpromillage in het bloed. Van overmatig alcoholgebruik was sprake als het ethanolpromillage boven of gelijk aan 1 gram per liter (g/l) uitkwam.

Op basis van het ethanolpromillage werd vervolgens de mate van overmatig alcoholgebruik bepaald: veel, heel veel, extreem veel (zie tabel 1). Als er geen indicatie was om het ethanolpromillage te bepalen, werd de mate van overmatig alcoholgebruik achtereenvolgens bepaald op basis van het zelfgerapporteerde aantal glazen door de patiënt, inschatting van het aantal glazen door anderen (vrienden) en de indruk van de hulpverlening. Hoewel zelfrapportage van alcoholgebruik vaak niet betrouwbaar is, is afgesproken dat als het ethanolpromillage niet is bepaald, er sprake is van (letsel door) overmatig alcoholgebruik bij minimaal vijf glazen alcohol (zie tabel 1).

Tabel 1.

De mate van overmatig alcoholgebruik op basis van het ethanolpromillage in het bloed en het aantal zelfgerapporteerde glazen alcohol.

Mate van alcoholgebruik	Ethanolpromillage (gram/liter)	Gerapporteerde aantal glazen alcohol
Veel	1,0 - 1,99	5-6
Heel veel	2,0 - 2,99	7-8
Extreem veel	≥ 3	≥9

Het ethanolpromillage in het bloed was bij 42 van de 58 patiënten bepaald. Van negen (van de overige 16) patiënten was het zelfgerapporteerde aantal glazen alcohol bekend. Van de overige zeven patiënten kon op basis van de (hetero)anamnese gesteld worden dat er sprake was van overmatig alcoholgebruik.

Presentatie van de resultaten

In dit artikel wordt het absolute aantal gevallen van alcoholvergiftiging en letsel door overmatig alcoholgebruik onder jongeren in Den Haag gepresenteerd

voor de totale groep alcoholpatiënten en, waar relevant, apart voor de groep Haagse alcoholpatiënten. Voor de Haagse alcoholpatiënten worden ook cijfers gepresenteerd die gerelateerd zijn aan de Haagse bevolkingsomvang in de leeftijd van 10 t/m 24 jaar. Deze incidentiecijfers drukken uit hoeveel jonge Haagse alcoholpatiënten er zijn per 10.000 jongeren in dezelfde leeftijdscategorie.

Voor de berekening van deze aan de bevolkingsomvang gerelateerde cijfers is gebruik gemaakt van de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) met als peildatum 1 januari 2011.

Ook in juli en december 2009 hebben de SEH's van het Hagaziekenhuis, het MCH en het Bronovoziekenhuis in Den Haag, op dezelfde manier als in 2011, bijgehouden hoeveel personen de SEH bezochten vanwege alcoholvergiftiging of alcoholgerelateerd letsel.

Deze registratie was toen niet specifiek gericht op jonge alcoholpatiënten, maar had als doel inzicht te krijgen in het (totaal) aantal patiënten dat op de SEH komt vanwege alcoholvergiftiging of letsel door overmatig alcoholgebruik en te kijken in hoeverre dit onder bevolkingsgroepen een gezondheidsprobleem vormt. Waar mogelijk worden de resultaten van de registratie in november en december 2011 vergeleken met de registratie van jonge alcoholpatiënten in juli en december 2009.

Incidentiecijfers voor 2009 zijn gebaseerd op het GBA met als peildatum 1 januari 2009.

Resultaten

Registreerende instantie

De registratie van de drie ziekenhuizen laat zien dat in november en december 2011 in totaal 58 jongeren (Hagenaars en niet Hagenaars) in de leeftijd van 10 t/m 24 jaar in Den Haag de SEH hebben bezocht vanwege alcoholvergiftiging of letsel door overmatig alcoholgebruik. De meeste van deze SEH-consulten vonden plaats in het MCH (72%, 42 consulten), gevolgd door het Hagaziekenhuis (16%, 9 consulten) en het Bronovoziekenhuis (12%, 7 consulten).

Maand en dag van consult

De meeste SEH-consulten (60%, N=35) waren in december. Een ruime meerderheid (67,2%) van de SEH-consulten in november en december 2011 vond plaats in het weekend (zaterdag of zondag). Op vrijdag (N=8) en maandag (N=6) vond ook een niet verwaarloosbaar aantal consulten plaats. Op dinsdag (N=2), woensdag (N=2) en donderdag (N=1) waren er nauwelijks consulten van alcoholpatiënten.

Leeftijd en geslacht

Totale groep

De 58 jongeren die in november en december 2011 een SEH in Den Haag bezochten vanwege alcoholvergiftiging of letsel door overmatig alcoholgebruik waren gemiddeld 20,0 ($\pm 2,8$) jaar. De jongste alcoholpatiënt was 14 jaar en de oudste 24 jaar. Vooral jongeren in de leeftijd van 20-24 jaar (60,3%, N=35) bezochten de SEH vanwege alcoholvergiftiging of letsel door overmatig alcoholgebruik.

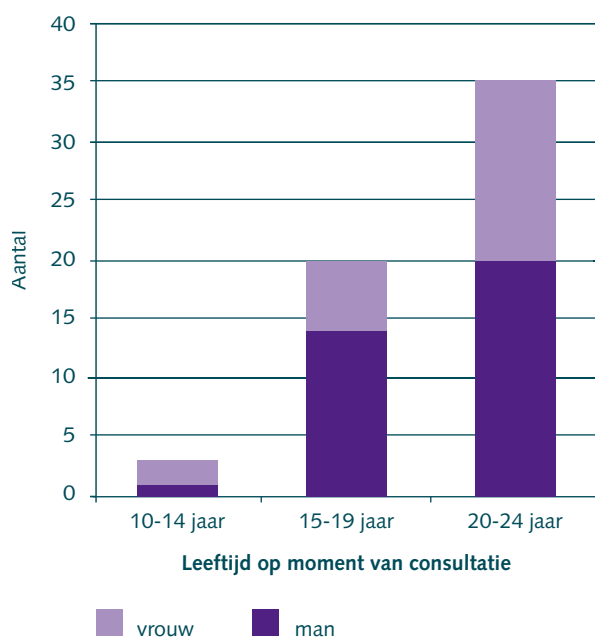
Twaalf jongeren (20,7%) waren minderjarig (<18 jaar; zes mannen en zes vrouwen). Een ruime meerderheid van de alcoholpatiënten was man (60,3%, N=35).

Figuur 1 laat zien dat in de leeftijdsgroepen 15-19 jaar en 20-24 jaar de mannen duidelijk in de meerderheid zijn. Van de drie 14-jarigen waren er twee vrouw.

Het aantal gevallen van alcoholvergiftiging en letsel door overmatig alcoholgebruik onder Haagse jongeren van 10 t/m 24 jaar in november en december 2011 komt neer op 43 per 100.000 Hagenaars (in de leeftijd van 10 t/m 24 jaar). De incidentie van alcoholvergiftiging en letsel door overmatig alcoholgebruik is voor de mannen 60 per 100.000 mannen en voor vrouwen 27 per 100.000 vrouwen (in de leeftijd van 10 t/m 24 jaar).

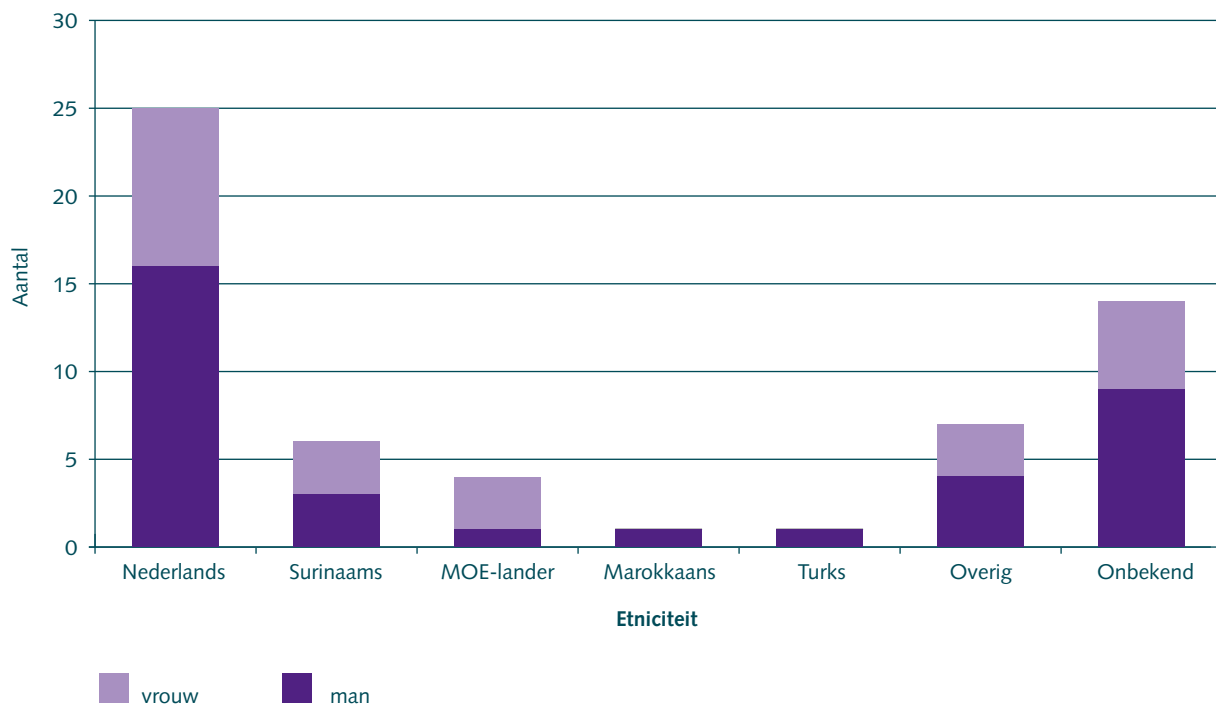
Figuur 1.

Aantal jonge alcoholpatiënten (N=58) op de SEH naar leeftijdscategorie en geslacht. Den Haag, november en december 2011.



Figuur 2.

Aantal jonge alcoholpatiënten op de SEH naar geslacht en etniciteit. Den Haag, november en december 2011.



Etniciteit

Totale groep

Figuur 2 toont het aantal alcoholpatiënten op de SEH naar geslacht en etniciteit.

Vijfentwintig patiënten (43,1%) waren van Nederlandse afkomst. Ongeveer tweederde van hen was man (64%). Negentien patiënten (32,8%) waren van niet-Nederlandse afkomst.

Zes van hen waren van Surinaamse afkomst, vier kwamen uit landen in Midden- en Oost-Europa (MOE-landers), één was van Turkse en één van Marokkaanse afkomst.

Zeven van hen hadden een andere niet-Nederlandse afkomst en waren afkomstig uit Somalië (N=1), de Verenigde Staten (N=1), Spanje (N=1), Groot-Brittannië (N=1), Joegoslavië (N=1), Argentinië (N=1) en Pakistan (N=1). Van veertien patiënten was de etniciteit niet bekend (24,1%).

Woongebied

Ruim 90% (N=54) van de 58 alcoholpatiënten kwam uit de regio Haaglanden, waarvan 38 uit de stad Den Haag.

De overige vier alcoholpatiënten kwamen van buiten de regio (Utrecht [N=2], Rotterdam en Voorschoten).

Reden alcoholgebruik

Totale groep

Bij negen op de tien patiënten was er sprake van recreatief alcoholgebruik. Twee patiënten waren verslaafd aan alcohol volgens de (in het verleden) gestelde diagnose. Bij een patiënt bestond het vermoeden dat hij onder druk van anderen had gedronken. Twee patiënten gaven aan vanwege stress en/of problemen thuis meer te hebben gedronken. Er werd geen enkele keer aangegeven dat het overmatig alcoholgebruik een suïcidepoging was.

Mate van overmatig alcoholgebruik

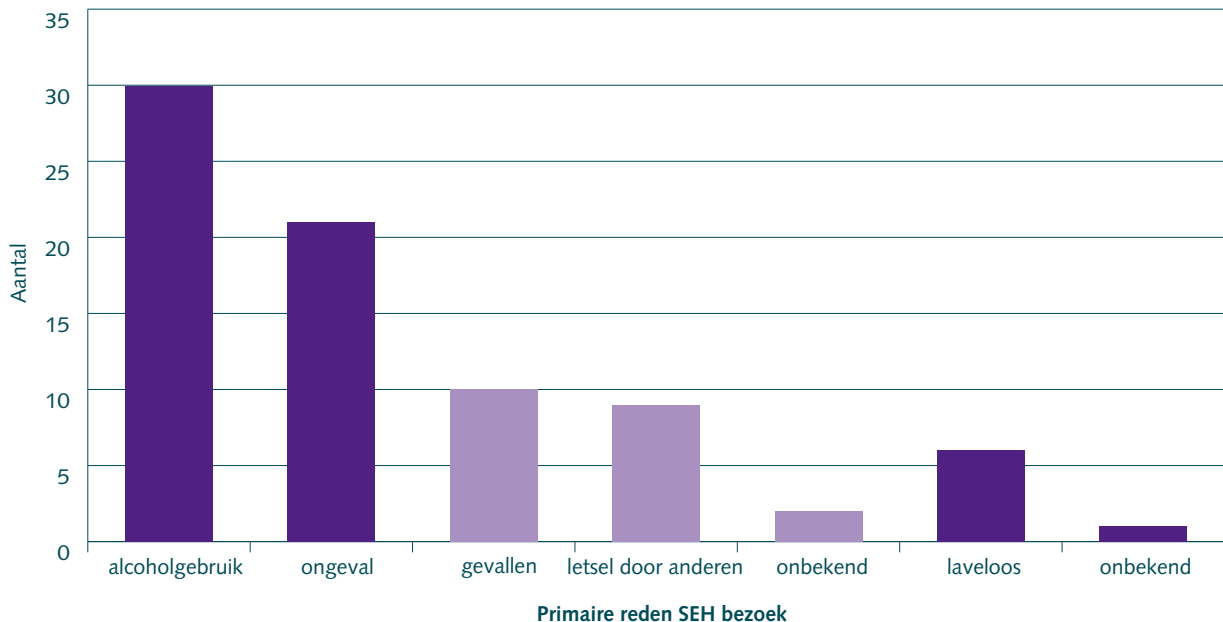
Totale groep

Bij meer dan de helft van de 58 patiënten (62,7%, $N_{\text{tot}}=51$) was er sprake van veel alcoholgebruik, bij vijftien patiënten (29,4%, $N_{\text{tot}}=51$) van heel veel alcoholgebruik en vier patiënten (allen ≥ 20 jaar) hadden extreem veel alcohol gebruikt.

Het gemiddelde ethanolpromillage in het bloed was 1,8 ($\pm 0,5$) g/l. Voor zeven patiënten was de mate van overmatig alcoholgebruik onbekend, omdat deze niet bepaald kon worden vanwege het ontbreken van het ethanolpromillage in het bloed en een (zelf) gerapporteerd aantal glazen alcohol. Bij deze zeven patiënten was wel sprake van overmatig alcoholgebruik op basis van (hetero)anamnese.

Figuur 3.

Aantal alcoholpatiënten in de leeftijd van 10 t/m 24 jaar naar primaire reden van het SEH-bezoek. Den Haag, november en december 2011.



Eén op de zes patiënten (allen > 18 jaar) had alcohol in combinatie met drugs gebruikt.

Primaire reden SEH-bezoek

Totale groep

Als gevolg van overmatig alcoholgebruik hadden 21 patiënten (36,2%) voorafgaand aan het SEH-bezoek een ongeval gehad en traumatisch letsel opgelopen, wat directe consultatie van de SEH (mede) noodzakelijk maakte. Negen van hen was letsel toegebracht door anderen, tien van hen waren gevallen en voor twee personen was de aard van het ongeval onbekend (zie figuur 3). Het opgelopen letsel betrof in 67% (N=14) van de 21 gevallen hoofdletsel, vier keer een kneuzing of verstuiking, een keer een breuk, een keer een open verwonding en voor twee patiënten was de aard van het letsel onbekend. Bij dertig patiënten (51,7%) was er voorafgaand aan het SEH-bezoek geen sprake van een ongeval dat directe consultatie van de SEH noodzakelijk maakte, maar waren de klachten en/of symptomen van het (chronische) alcoholgebruik de primaire reden van consultatie. Zes patiënten waren laveloos op straat aangetroffen, waarvan één (jongen, 17 jr; ethanolpromillage 2,04 g/l) in comateuze toestand de SEH was binnengebracht.

Voor één patiënt was niet duidelijk wat de primaire reden van het SEH-bezoek was.

Nazorg

Bijna eenderde van de patiënten (n=17) die na overmatig alcoholgebruik de SEH bezochten, mocht (na behandeling) gelijk naar huis. Bij zestien patiënten was er sprake van klinische dag/nachtopname op de SEH (> 3 uur). Bij vijf patiënten was opname op een verpleegafdeling van een algemeen ziekenhuis of intensive care noodzakelijk (drie mannen, twee vrouwen; allen ≥ 20 jr). Acht patiënten kregen het advies voor een poliklinische nacontrole en acht patiënten werden doorverwezen naar de huisarts. Eén patiënt (man, 24 jr, Hagenaar), die alcohol in combinatie met drugs had gebruikt, is doorverwezen naar verslavingszorg. Van drie patiënten was de soort nazorg onbekend.

Vergelijking resultaten met registratie in 2009

Haagse groep

In tabel 2 staan de demografische gegevens en de mate van alcoholgebruik voor Haagse alcoholpatiënten in de leeftijd van 10 t/m 24 jaar die in juli en december 2009, en in november en december 2011 de SEH bezochten. In november en december 2011 hebben meer Haagse jongeren in de leeftijd van 10 t/m 24 jaar de SEH bezocht vanwege alcoholvergiftiging of letsel door overmatig alcoholgebruik dan in juli en december 2009, respectievelijk 43 vs. 31 per 100.000 10-24-jarige Hagenaars.

In 2011 was het aandeel vrouwelijke alcoholpatiënten groter en het aandeel mannelijke alcoholpatiënten kleiner dan in 2009.

De incidentiecijfers van alcoholvergiftiging onder vrouwelijke en mannelijke jongeren waren in 2011 hoger dan in 2009 (10-24-jarige Haagse mannen: 60 vs. 45 per 100.000; 10-24-jarige Haagse vrouwen: 27 vs. 16 per 100.000).

Tabel 2.

Demografische gegevens en de mate van alcoholgebruik voor Haagse alcoholpatiënten in de leeftijd van 10 t/m 24 jaar op de SEH. Den Haag, juli en december 2009 en november en december 2011.

	juli en dec 2009 (N=26)	nov en dec 2011 (N=38)
Geslacht (%)		
Man	73,1	68,4
Vrouw	26,9	31,6
Leeftijd (SD) in jaren	20,3 (±2,9)	20,3 (±2,8)
10-14jr (%)	3,8	5,3
15-19 jr (%)	30,8	23,7
20-24 jr (%)	65,4	71,1
Etniciteit		
Nederlands (%)	57,7	47,4
Mate van alcoholgebruik (%)	(N=21)	(N=34)
Veel (1,0-1,99 g/l)	38,1 (N=8)	61,8 (N=21)
Heel veel (2,0-2,99 g/l)	38,1 (N=8)	29,4 (N=10)
Extreem veel (≥ 3 g/l)	23,8 (N=5)	8,8 (N=3)
Ethanolpromillage bloed (SD) g/l	(N=13) 2,1 (±0,7)	(N=27) 1,9 (±0,5)

De gemiddelde leeftijd van de Haagse alcoholpatiënten verschilt niet (significant) tussen de registratieperiodes, hoewel er wel wat verschuivingen hebben plaatsgevonden binnen de drie leeftijds-categorieën. Het percentage Haagse alcoholpatiënten van 10-14 jaar en van 20 jaar en ouder was in 2011 iets hoger dan in 2009, waardoor het percentage alcoholpatiënten van 15 t/m 19 jaar in 2011 juist wat lager was dan in 2009. De incidentiecijfers van alcoholvergiftiging waren voor alle drie de leeftijds-categorieën in 2011 hoger dan in 2009 (10 t/m 14-jarigen: 8 vs. 4 per 100.000; 15 t/m 19-jarigen: 34 vs. 30 per 100.000; 20 t/m 24-jarigen: 79 vs. 52 per 100.000).

Wat betreft de mate van alcoholgebruik was in 2011 het aandeel patiënten dat 'heel veel' of 'extreem veel' drinkt lager dan in 2009, waardoor het aandeel patiënten dat 'veel' drinkt groter was dan in 2009.

Discussie

Het doel van dit onderzoek was inzicht te krijgen in het aantal jongeren in de leeftijd van 10 t/m 24 jaar dat op de SEH terecht komt vanwege alcoholvergiftiging of letsel door overmatig alcoholgebruik.

Totale groep

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat er in november en december 2011 in totaal 58 jongeren in de leeftijd van 10 t/m 24 jaar op een SEH in Den Haag terecht zijn gekomen vanwege alcohol-intoxicatie of letsel door overmatig alcoholgebruik. Dit betekent dat er in die twee maanden vrijwel dagelijks een jonge alcoholpatiënt een SEH in Den Haag bezocht. De meeste alcoholpatiënten bezochten de SEH van het MCH Westeinde. Dit is niet vreemd aangezien dit ziekenhuis vlakbij het uitgaansgebied van Den Haag ligt. Daarnaast maken de ziekenhuizen gebruik van verschillende registratiesystemen en is het mogelijk dat het registratiesysteem van het MCH Westeinde leidt tot een betere registratie van alcoholpatiënten. Dat een meerderheid van de (Haagse) alcoholpatiënten man was, is niet verrassend aangezien (adolescente) jongens over het algemeen vaker alcohol drinken dan (adolescente) meisjes en dat ze als ze drinken, ook meer drinken (3). Onder de minderjarige alcoholpatiënten was het aandeel jongens en meisjes gelijk, wat overeenkomt met landelijke cijfers van het Nederlands Signaleringscentrum voor Kindergeneeskunde (NSCK) (1).

Anders dan landelijke cijfers over alcoholvergiftiging onder minderjarige jongeren aangeven (1), was geen van de alcoholpatiënten jonger dan 14 jaar. Een mogelijke verklaring voor deze bevinding is dat schadelijk alcoholgebruik vaker voorkomt bij jongeren van buiten de stad (plattelandsjongeren) in vergelijking met jongeren uit grote steden (3) en in ons onderzoek het merendeel van de alcoholpatiënten uit een grote stad (Den Haag) kwam.

In lijn met het feit dat in de leeftijdsgroep 18-24 jaar de meeste alcohol wordt gedronken (4), was de meerderheid van de (Haagse) alcoholpatiënten 20 t/m 24 jaar oud en bijna 80% meerderjarig.

Preventieactiviteiten specifiek gericht op deze groep 'oudere' jongeren zouden kunnen bijdragen aan

terugdringing van het aantal gevallen van alcoholvergiftiging in deze groep. Daarnaast blijft volop aandacht nodig voor de preventie van alcoholgebruik in de groep jongeren onder de 20 jaar, omdat de gezondheidsrisico's van alcoholgebruik groter zijn op jongere leeftijd (3). Recent onderzoek heeft aangetoond dat leeftijdgenoten elkaars alcoholgebruik kunnen aanwakkeren, maar ook kunnen temperen (16). Deze gunstige invloed van leeftijdgenoten zou meegenomen moeten worden bij de ontwikkeling van nieuwe alcoholpreventieprogramma's.

Ruim 40% van de alcoholpatiënten was van Nederlandse afkomst, maar aangezien de afkomst voor een kwart van de alcoholpatiënten niet bekend was, is dit percentage niet goed te vergelijken met landelijke cijfers.

'Recent onderzoek heeft aangetoond dat leeftijdgenoten elkaars alcoholgebruik kunnen aanwakkeren, maar ook kunnen temperen'

Onderzoek heeft aangetoond dat jongeren die onder invloed zijn van alcohol een grotere kans lopen op ongevallen en verwondingen (17). Het grote aantal alcoholpatiënten (36%) dat voorafgaand aan het bezoek aan de SEH een ongeval had gehad of letsel had opgelopen, gerelateerd aan alcoholgebruik (bv. door geweld,) is dus niet verwonderlijk. Ook dit aantal alcoholgerelateerde ongevallen zal een onderschatting zijn van het daadwerkelijke aantal gevallen. Niet iedereen die letsel oploopt meldt zich bij een SEH. Daarnaast wordt bij een ongeval het alcoholgebruik in principe alleen geregistreerd als de patiënt dit zelf meldt of als de arts het relevant vindt in verband met de medische behandeling (2). Dit pleit ervoor om elke patiënt die zich op de SEH meldt vanwege letsel door een ongeval of geweld te vragen naar zijn alcoholgebruik voorafgaand aan het bezoek aan de SEH.

De huidige kennis over de relatie tussen alcoholgebruik en het risico op ongevallen en verwondingen is hoofdzakelijk gebaseerd op onderzoek uit de Verenigde Staten en Australië (3). Dit zijn landen met een ander, veelal strenger alcoholbeleid (in de VS geldt een minimum leeftijd van 21 jaar voor het kopen van alcohol) en er gelden lagere minimumleeftijden waarop een rijbewijs gehaald kan worden. Het zou interessant zijn de relatie tussen alcoholgebruik en letsel/verwondingen te onderzoeken bij Nederlandse jongeren.

Van de alcoholpatiënten in dit onderzoek kwam 36%

in aanmerking voor dag/nachtopname op de SEH (>3 uur) of opname op een verpleegafdeling/intensive care van het ziekenhuis. Een vergelijkbaar percentage 10-24-jarige jongeren dat met alcoholvergiftiging een SEH bezocht werd na de SEH-behandeling opgenomen in het ziekenhuis (2). Bijna 1 op de drie alcoholpatiënten mocht na behandeling op de SEH weer naar huis. Veel jongeren die (overmatig) drinken beschouwen hun gedrag niet als risicovol en schrijven negatieve gevolgen van alcoholgebruik niet altijd toe aan de alcohol zelf (3). Dit onderschrijft het belang van goede nazorg voor deze jonge alcoholpatiënten om herhaling te voorkomen. Hierbij kan de multidisciplinaire aanpak van de nazorg voor jonge alcoholpatiënten van de alcoholpoli's, die in de jaren 2007-2010 in Nederland zijn opgezet, als voorbeeld dienen. Deze aanpak blijkt de kans op herhaling van een opname door alcoholvergiftiging te verminderen en het gedrag t.a.v. alcoholgebruik bij zowel kinderen als ouders gunstig te beïnvloeden (18).

Haagse groep

De afgelopen jaren is er landelijk een stijging waargenomen in het aantal jongeren dat met een alcoholvergiftiging in het ziekenhuis terecht komt (1,2). Zowel de absolute cijfers als incidentiecijfers van Haagse alcoholpatiënten waren in november en december 2011 hoger dan in juli en december 2009, maar mede gezien de kleine aantallen, kunnen in deze studie geen (harde) uitspraken gedaan worden over een mogelijke stijging (of daling) van het aantal alcoholpatiënten.

Vervolgonderzoek is nodig om te zien of het waargenomen hogere aantal alcoholpatiënten in november/december 2011 t.o.v. juli/december 2009 duidt op een trend of dat het een eenmalige ('toevallige') bevinding betreft.

Het incidentiecijfer van 10 t/m 14-jarige alcoholpatiënten was in november/december 2011 twee keer en van 20 t/m 24-jarige alcoholpatiënten anderhalf keer zo hoog als in juli/december 2009, terwijl het incidentiecijfer van 15 t/m 19-jarige alcoholpatiënten in november/december 2011 nauwelijks hoger was dan in juli/december 2009.

Wellicht dat de verschillende alcoholpreventieactiviteiten die in 2009 en 2010 in het middelbaar onderwijs in Den Haag hebben plaatsgevonden hierin een rol hebben gespeeld. Zo werden er alcoholvrije feesten voor jongeren van 13 tot 16 jaar geïntroduceerd en waren er debatwedstrijden op voortgezet onderwijs (VO) scholen om bewust-

MAD, magazine alcohol & drugs

In november 2011 brachten GGD Den Haag afdeling Gezondheidsbevordering, Context Preventie Alcohol & Drugs, en JIP Den Haag MAD, magazine alcohol & drugs uit.

Speciaal voor jongeren wordt hier in acht hoofdstukjes -vrolijk geïllustreerd- op luchtige toon uiterst serieuze informatie verstrekt over het gebruik en de risico's van alcohol en drugs op jonge leeftijd. Een kleine greep:

Wat is een kater precies, hoe voorkom je hem en hoe kom je er weer vanaf? Fabel: je wordt weer nuchter door eten, bewegen, overgeven of frisse lucht. Feit: De lever doet 1 á 1,5 uur over het afbreken van een glas alcohol. Dat kan je niet versnellen.

Wat is een standaardglas? (Elke soort alcoholhoudende drank heeft zijn eigen standaardglas. Een standaardglas bier [250 ml], wijn [100 ml] of sterke drank [35 cc] bevatten evenveel pure alcohol [circa 10 gram].)

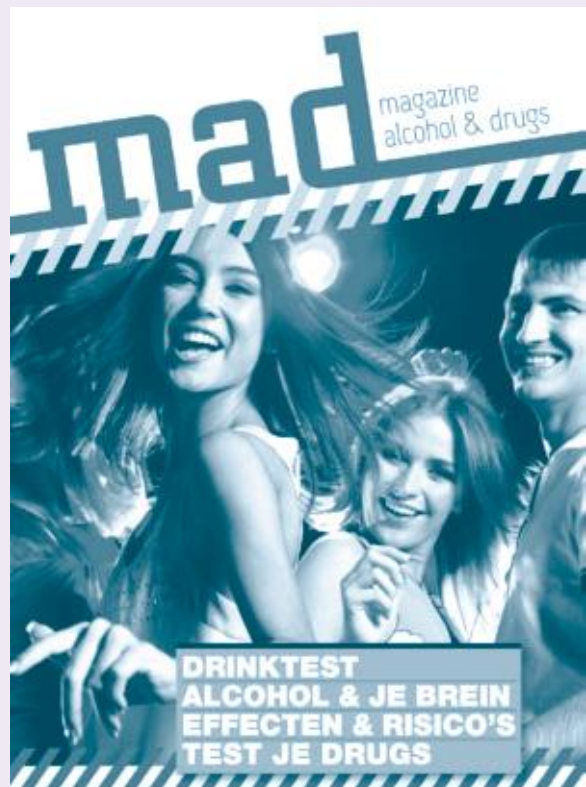
Wist je dat... na een avondje flink doorzakken je geheugen de volgende dag een stuk slechter functioneert? Concentreren en dingen onthouden gaan dan moeilijker. En wist je dat... jongeren het alcoholgebruik van andere jongeren veel hoger inschatten dan het werkelijk is?

Uit een interview met een medewerkster van het jongerenspreekuur van Context: 'Daarom geven we voorlichting over de werking van de hersenen van jongeren. Veel jongeren en hun ouders weten niet dat de effecten van alcohol bij jongeren heel plotseling kunnen optreden. Jongeren reageren anders op alcohol dan volwassenen. Ze voelen niet goed het moment aan waarop ze moeten stoppen

met drinken. De hersenen zijn nog niet volledig ontwikkeld, een verantwoorde beslissing nemen is dan moeilijk. Wel drinken jongeren vaak al veel (en snel) en dan kan opeens het licht uitgaan.'

En zo nog een heleboel wetenswaardigs. Voor jongeren, hun ouders en iedereen die met jongeren werkt een aanrader! Het magazine kan worden besteld bij:

JIP Den Haag, (070) 3655930, info@jipdenhaag.nl, www.jipdenhaag.nl en GGD/documentatiecentrum, (070) 3537187, infodocu@denhaag.nl.



wording van verantwoord alcoholgebruik aan te wakkeren (19). Ook kan het verbod op de verkoop van alcohol op VO scholen dat halverwege 2009 van kracht werd, hierop van invloed zijn geweest (19). De incidentiecijfers laten ook zien dat het aantal gevallen van alcoholvergiftiging en letsel door overmatig alcoholgebruik onder Haagse meisjes en jongens in november/december 2011 hoger was dan in juli/december 2009. Het is interessant om deze resultaten te leggen naast resultaten van het peilstationonderzoek naar alcoholgebruik onder jongeren dat eind 2011 onder Haagse scholieren is uitgevoerd. De resultaten van dit onderzoek zijn op dit moment nog niet beschikbaar, maar worden na de zomer van 2012 verwacht.

‘Veel jongeren die (overmatig) drinken beschouwen hun gedrag niet als risicovol en schrijven negatieve gevolgen van alcoholgebruik niet altijd toe aan de alcohol zelf’

De incidentiecijfers zijn gebaseerd op registratie tijdens twee maanden (juli en december 2009; november en december 2011).

Er vanuitgaande dat deze twee maanden representatief zijn voor de overige 2x5 maanden in het jaar, zou het absolute aantal gevallen van alcoholvergiftiging en letsel door overmatig alcoholgebruik feitelijk 6x zo hoog zijn. Dit zou in 2011 neerkomen op een absoluut aantal van 228 gevallen van alcohol-

vergiftiging onder Haagse jongeren en op een incidentie van 397 per 100.000 Haagse jongeren in de leeftijd van 10 t/m 24 jaar. Om meer inzicht te krijgen in het daadwerkelijke aantal gevallen van alcoholvergiftiging onder Haagse jongeren is vervolgonderzoek nodig met registratie in meer maanden van het jaar.

Dit onderzoek zal in 2012 in de maanden juni, juli, november en december worden uitgevoerd. Een ander interessant resultaat van dit onderzoek is dat ondanks een groter aantal Haagse alcoholpatiënten in november en december 2011 ten opzichte van juli en december 2009, de mate van alcoholgebruik in die maanden in 2011 lager was in vergelijking met de maanden in 2009. Vervolgonderzoek zal moeten uitwijzen of het hier daadwerkelijk een afname in de mate van alcoholgebruik betreft en dat hier ook mogelijk bovengenoemde preventieactiviteiten in den Haag een rol hebben gespeeld.

‘Vervolgonderzoek is nodig om de aard en de omvang van het overmatige alcoholgebruik onder jongeren te (blijven) volgen’

Beperkingen

Dit onderzoek geeft waardevolle inzichten in het aantal gevallen van alcoholvergiftiging en letsel door overmatig alcoholgebruik onder 10-24-jarige jongeren, maar kent ook een aantal beperkingen. Ten eerste kan het verschil in registratiemaanden in 2009 (juni en december) en 2011 (november en december) van invloed zijn geweest op de waargenomen stijging van het aantal alcoholpatiënten. Vanwege het grote aanbod aan strandfeesten en andere buitenactiviteiten in de zomer, zou het aantal gevallen van alcoholvergiftiging naar verwachting hoger zijn in juli dan in november. Bestudering van de cijfers per registratiemaand liet echter zien dat het aantal bezoeken in juli 2009 en november 2011 vergelijkbaar was, maar dat er in december 2011 bijna twee keer zoveel bezoeken door alcoholpatiënten aan de SEH plaatsvonden in vergelijking met december 2009. Het verschil in registratiemaanden lijkt de waargenomen stijging in het aantal alcoholpatiënten dus niet te verklaren, maar het is wel aan te bevelen om in vervolgonderzoek in dezelfde maanden te registreren als in 2011 (en 2009) is gebeurd. De tweede beperking betreft de onderschatting van het werkelijke aantal gevallen van alcoholvergiftiging en letsel door overmatig alcoholgebruik onder jongeren, waar eerder in deze discussie ook al kort



Preventie moet zich richten op zowel jongeren onder de 20 als op ‘oudere’ jongeren.

aandacht voor was. Het feit dat de resultaten van deze studie gebaseerd zijn op gegevens die retrospectief uit statussen van de patiënten zijn gehaald en dat er in de ziekenhuizen nog niet routinematig wordt gescreend op (overmatig) alcoholgebruik bij patiënten, maakt het zeer aannemelijk dat de 58 alcoholpatiënten in deze studie een onderschatting zijn van het daadwerkelijke aantal. Om zicht te krijgen op het daadwerkelijke aantal jonge alcoholpatiënten is het aan te bevelen om, naast registratie van het aantal gevallen van alcoholvergiftiging en letsel door overmatig alcoholgebruik, alcoholscreening ook routinematig bij de anamnese uit te voeren, zoals dat momenteel gebeurt in het MCH Westeinde. In het kader van een pilotonderzoek worden daar alle patiënten van 18 jaar en ouder die de SEH bezoeken, gescreend op alcoholinname (20). Het systematisch screenen op alcohol bij patiënten op een SEH-afdeling draagt ook bij aan een verbeterde registratie van het aantal gevallen van letsel door ongevallen en geweldsdelicten als gevolg van (overmatig) alcoholgebruik.

Ten derde hebben we in dit onderzoek gesteld dat er sprake was van overmatig alcoholgebruik bij een ethanolpromillage van 1 g/l of meer of bij een zelfrapportage van 5 glazen of meer. In vergelijking met de grens van drie glazen of meer in de zes uur voorafgaand aan het ongeval (21), de richtlijn voor aanvaardbaar alcoholgebruik voor volwassenen vanaf 18 jaar en de

aanbeveling onder de 18 jaar helemaal geen alcohol te drinken (6), is dit een relatief hoge grens. De reden voor deze keuze was dat er bij deze grens met behoorlijke zekerheid gesteld kan worden dat het opgelopen letsel een direct gevolg is van het alcoholgebruik. Als een minder strenge grens was gekozen, had dit geleid tot een groter aantal alcoholpatiënten.

Conclusie

Uit dit onderzoek blijkt dat een aanzienlijk aantal jongeren in de leeftijd van 10 t/m 24 jaar in november en december 2011 een SEH-afdeling in Den Haag heeft bezocht vanwege alcoholvergiftiging of letsel vanwege alcoholgebruik en dat het vooral 20-24-jarige jongeren betrof. Het aantal jonge Haagse alcoholpatiënten is in november/december 2011 hoger dan in juli/december 2009, terwijl het omgekeerde geldt voor de mate van alcoholgebruik. Het hoge aantal waargenomen alcoholpatiënten in november/december 2011 is een zorgelijk signaal, dat vraagt om blijvende aandacht. Dit rechtvaardigt vervolgonderzoek om zicht te houden op het aantal gevallen van alcoholvergiftiging en letsel door overmatig alcoholgebruik onder jongeren.

Referenties

1. Van der Lely N, van Dalen H, Rodrigues Pereira R, Van Hoof J. Alcoholintoxicaties bij jongeren in Nederland. Een onderzoek bij kinderafdelingen in Nederlandse ziekenhuizen. Cijfers van 2007 t/m 2011. Utrecht: Nederlands Signaleringscentrum Kindergeneeskunde; 2012.
2. Valkenberg H. Alcoholvergiftigingen en ongevallen met alcohol bij jongeren van 10 tot en met 24 jaar. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid; 2012.
3. Verdurmen J, Abraham M, Planije M, Monshouwer K, Van Dorsselaer S, Schulten I, Bevers J, Vollebergh W. Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar. Schadelijke effecten en effectiviteit van alcoholinterventies. Utrecht: Trimbo-instituut; 2006.
4. Van Hasselt N. Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder jongeren. Utrecht: Trimbo-instituut; 2010.
5. Nederlands Instituut voor alcoholbeleid (STAP). Factsheet 'De maatschappelijke kosten en schade van alcoholgebruik'. Utrecht: STAP; 2010.
6. Gezondheidsraad. Richtlijnen goede voeding 2006 - achtergronddocument. Den Haag: Gezondheidsraad, 2006; publicatie nr A06/08.
7. Van Dalen W, Van den Wildenberg E. Nieuwe richtlijnen aanvaardbaar alcoholgebruik. Utrecht: STAP; 2008.
8. Alcohol en alcoholvergiftiging (alcoholintoxicatie) [online]; 2007. Beschikbaar via: <http://mens-en-gezondheid.infonu.nl/ziekten/7637-alcohol-en-alcoholvergiftiging-alcoholintoxicatie.html>. Geraadpleegd 15 juni 2012.
9. Comazuipen maar niet in coma [online]. Beschikbaar via: <http://nos.nl/op3/artikel/315946-comazuipen-maar-niet-in-coma.html>. Geraadpleegd 1 mei 2012.
10. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Kiezen voor gezond leven 2007-2010. Den Haag: 2006.
11. Klink A, Rouwvoet A, Ter Horst G. Hoofdlijnenbrief alcoholbeleid. Den Haag; Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport: 2007.
12. Gemeente Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn. Haagse nota Volksgezondheid 2007-2011. Natuurlijk: Gezond. Den Haag: 2007.
13. Gemeente Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn. Natuurlijk: matig met alcohol! Intersectoraal Alcoholpreventieprogramma 2008-2010. Uitvoeringsprogramma van de Haagse nota Volksgezondheid 2007-2011. Den Haag: 2008.
14. Berns MPH, Gelton AJM, Zwartendijk-Schats MATW, Middelkoop BJC. Genotmiddelengebruik onder middelbare scholieren in Den Haag. *Epidemiol Bul Grav* 2001;36:15-21.
15. Ariens GAM, Snijders BEP, Berns MPH, Leeuw-van Someren PA van der, Zwartendijk-Schats MATW. Nieuwe cijfers over roken drinken, drugsgebruik en gokken onder Haagse scholieren. *Epidemiol Bul Grav* 2009;44:11-21.
16. Teunissen HA, Spijkerman R, Prinsein MJ, Cohen GL, Engels RCME, Scholte RHJ. Adolescents' Conformity to Their Peers' Pro-Alcohol and Anti-Alcohol Norms: The Power of Popularity, Adolescents' Conformity to Their Peers' Pro-Alcohol and Anti-Alcohol Norms: The Power of Popularity. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2012. doi: 10.1111/j.1530-0277.2011.01728.x
17. Sindelar HA, Barnett NP & Spirito A. Adolescent alcohol use and injury. A summary and critical review of the literature. *Minerva Pediatrica* 2004;56:291-309.
18. Van der Lely N, De Visser M, Van Zanten E. Polikliniek jongeren en alcohol: resultaten van een 2-jarige Pilot. *Ned Tijdschr Kindergeneeskd.* 2011; Suppl 1:76.
19. Gemeente Den Haag. Evaluatie alcoholmatigingsprogramma 2008 - 2010. RIS 180777_22-juni-2011.
20. Van der Linden C, Hagestein-de Bruijn C. Pilot study: Alcohol Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment in the Emergency Department. Den Haag: MCH Westeinde; 2011.
21. Valkenberg H, Van der Lely N, Brugmans M. Alcohol en jongeren: een ongelukkige combinatie, 2007. Medisch contact online (www.veiligheid.nl).

Het bereik van de Jeugd-GGZ voor jongeren van niet-Nederlandse herkomst: de toegevoegde waarde van een instelling voor 'interculturele psychiatrie voor jeugd en gezin'

Albert Boon, Anna de Haan, Sjoukje de Boer en Nuveyt Isitman

In 2010 deden we in dit tijdschrift verslag van ons onderzoek naar de toegankelijkheid van de Jeugd-GGZ voor jongeren van niet-Nederlandse herkomst. Voor deze jongeren bleek de kans op een behandeling in de reguliere Jeugd-GGZ ongeveer de helft van die van hun leeftijdgenoten van Nederlandse origine. We baseerden ons toen op de cijfers van 'De Jutters' van het jaar 2008. In het jaar daarna kwam de interculturele Jeugd-GGZ instelling 'I-psy De Jutters' in bedrijf. In onderstaand artikel nemen we de cijfers van ons eerste onderzoek in 2008 als basis en vergelijken die met de cijfers van 2009. Zo ontstaat een beeld van de invloed van een interculturele Jeugd-GGZ instelling op de toegankelijkheid van de zorg voor jongeren van niet-Nederlandse herkomst. Een tweede aanleiding voor dit artikel is onze bevinding dat de kans op behandeling ook nog sterk kan verschillen voor subgroepen binnen deze populatie. Daarom hebben we in deze studie de cijfers opgesplitst naar leeftijd en geslacht. Zo werd duidelijk dat binnen de etnische minderheidsgroepen de kansen op behandeling in de Jeugd-GGZ heel verschillend liggen voor jongens en meisjes en voor kinderen en adolescenten.

Inleiding

In nationaal en internationaal onderzoek wordt de prevalentie van psychiatrische problematiek bij kinderen en adolescenten in westerse landen geschat op 10 à 20% (1,2). Voor 7% van de jongeren is deze problematiek dermate beperkend voor het dagelijks functioneren dat hulp in de Jeugd-GGZ geïndiceerd is (2,3). Het blijkt echter dat in de westerse samenleving, zoals in Nederland, slechts 2,5% van de jongeren ook daadwerkelijk deze hulp krijgt (3-5). Voor jongeren uit migrantengroepen ligt dit percentage nog beduidend lager. In eerder onderzoek naar de toegankelijkheid van de Jeugd-GGZ voor jongeren van niet-Nederlandse herkomst (6-8) werden de kansen voor jongeren met een migrantenachtergrond om in zorg te komen vergeleken met die van autochtone jongeren. Voor de meeste jongeren van niet-Nederlandse herkomst bleek dat de kans op behandeling in de reguliere Jeugd-GGZ ongeveer de helft was van die van de jeugd van

Nederlandse origine. In wijken waar migranten in de meerderheid zijn (in den Haag bijvoorbeeld in de Schilderswijk en Transvaal), bleek deze kans zelfs rond een derde te liggen (9). Hoewel enkele onderzoeken hebben aangetoond dat etnische groepen verschillend rapporteren over de aanwezigheid van psychiatrische problematiek (10), tonen de meeste epidemiologische onderzoeken aan dat de prevalentie en de patronen van psychiatrische problematiek in gelijke mate voorkomen bij de verschillende etnische groepen (11-16). Daarom zou men verwachten dat alle jongeren, ongeacht hun herkomst, in gelijke mate gebruik zouden maken van de Jeugd-GGZ. Naar aanleiding van ons eerdere onderzoek, kunnen we echter concluderen dat er sprake is van een algehele ondervertegenwoordiging van jongeren in de Jeugd-GGZ (slechts 2,5% van de jongeren is in behandeling terwijl ongeveer 7% van de jongeren behandeling nodig zou hebben), én dat deze ondervertegenwoordiging groter is voor jongeren van

Over de auteurs:

Dr. A.E. Boon is als psycholoog/onderzoeker verbonden aan Stichting De Jutters centrum voor Jeugd-GGZ Haaglanden, De Fjord centrum voor Orthopsychiatrie en Forensische Jeugdpsychiatrie en Curium-LUMC. Drs. A.M. de Haan is psycholoog/onderzoeker bij Stichting De Jutters centrum voor Jeugd-GGZ Haaglanden. Drs. S.B.B. de Boer is psycholoog/onderzoeker bij Stichting De Jutters centrum voor Jeugd-GGZ Haaglanden en De Fjord centrum voor Orthopsychiatrie en Forensische Jeugdpsychiatrie. Drs. Nuveyt Isitman is klinisch psycholoog/ psychotherapeut en directeur behandelzaken bij I-psy De Jutters, interculturele psychiatrie voor jeugd en gezin. E-mail: a.boon@dejutters.com.

niet-Nederlandse herkomst dan voor autochtone jongeren (7,17).

In de loop van 2008 is *'I-psy De Jutters'* opgericht, een Jeugd-GGZ instelling voor interculturele psychiatrie in de regio Haaglanden, met als doel de kloof tussen cliënten van niet-Nederlandse herkomst en de hulpverlening te verkleinen. Door een vergelijking te maken tussen de cijfers van 2008, toen *'I-psy De Jutters'* nog in de opstartfase verkeerde, en 2009, toen het al volop in bedrijf was, kan duidelijk worden of de toegankelijkheid van de Jeugd-GGZ voor de migranten jeugd door deze voorziening is verbeterd. Daarnaast werd in ons eerdere onderzoek geen onderscheid gemaakt tussen de kansen op behandeling voor jongens en meisjes en voor kinderen en adolescenten. In het onderzoek dat hieronder wordt beschreven worden de behandelkansen voor de verschillende leeftijdsgroepen en beide geslachten wel apart bekeken.

'Voor de meeste jongeren van niet-Nederlandse herkomst bleek dat de kans op behandeling in de reguliere Jeugd-GGZ ongeveer de helft was van die van de jeugd van Nederlandse origine'

Methode en opzet

Achtergrond instellingen en cliëntengroep

'De Jutters' is het centrum voor jeugd-GGZ in de regio Haaglanden, met vestigingen in Den Haag, Voorburg en Zoetermeer. Zij richt zich op kinderen en jongeren (en hun ouders) van 0 tot en met 22 jaar met psychische problemen of met het risico die te ontwikkelen. *'De Jutters'* streeft ernaar om haar zorg toegankelijk te maken voor alle etnische en sociale groepen. Dit streven heeft in samenwerking met *'I-Psy'* (het zorgbedrijf voor interculturele psychiatrie van de Parnassia Bavo groep), in 2008 geleid tot de oprichting van *'I-psy De Jutters'*. Deze Jeugd-GGZ instelling voor interculturele psychiatrie voor Den Haag en omstreken is bedoeld voor jongeren die problemen ervaren die te maken hebben met het leven tussen twee culturen.

Bij *'I-psy De Jutters'* werken in meerderheid behandelaars met een niet-Nederlandse achtergrond. In veel gevallen is 'culturele matching' (behandelaar en cliënt hebben dezelfde culturele achtergrond) mogelijk, waardoor de kloof tussen cliënt en hulpverlener wordt verkleind. Maar ook als er 'transcultureel' (behandelaar en cliënt hebben een verschillende culturele achtergrond) wordt gewerkt, is er aandacht voor het belang van cultuurverschillen

binnen de therapeutische relatie. Daardoor is de werkwijze van *'I-psy De Jutters'* overdraagbaar aan andere Jeugd-GGZ instellingen. Want, hoewel bijna alle cliënten van niet-Nederlandse herkomst zijn, is de problematiek -en niet de etnische herkomst- het uitgangspunt. Er wordt cultuur- en migratie-gerelateerde problematiek behandeld, en tegelijk is er aandacht voor culturele interferenties in de behandelrelatie bij gewone kinderspsychiatrische stoornissen.

De cliëntengroep in dit onderzoek bestaat uit alle cliënten die in 2009 in behandeling waren bij een van de reguliere afdelingen van *'De Jutters'* of *'I-psy De Jutters'*. Het ging hier om 5.033 cliënten in de leeftijd van 5-19 jaar. De groep 0-4 jarigen werd buiten beschouwing gelaten, omdat behandeling bij deze leeftijd vaak niet gericht is op de kinderen zelf maar op de ouders. Vanuit CBS StatLine zijn de bevolkingsgegevens voor de jeugdigen (5-19 jaar) van het verzorgingsgebied en hun etnische herkomst opgevraagd (19).

De etnische herkomst werd als volgt gespecificeerd: als het geboorteland van de beide ouders Nederland was, werd als etnische herkomst 'Nederlands' geregistreerd. Als één of beide ouders in het buitenland waren geboren, werd dit buitenland als het land van herkomst geregistreerd. Als beide ouders in verschillende landen waren geboren, werd het geboorteland van de moeder als bepalend gezien. Als indeling van de herkomstgroepen werden de grootste minderheidsgroepen uit de bevolking van de stadsregio genomen. Deze was als volgt: 'Nederlands', 'Surinaams', 'Turks', 'Antilliaans/Arubaans', 'Marokkaans', 'Afrika overig', 'Westers overig', en 'Niet-westers overig'. Om te bepalen welke landen tot de westerse of niet-westerse landen behoren werd de indeling van het CBS gevolgd. Europese landen (behalve Turkije), Noord-Amerika, Oceanië, Japan, Indonesië werden gezien als westerse landen. Turkije, alle Afrikaanse landen, Latijns-Amerikaanse landen en overige Aziatische landen werden gezien als niet-westers.

Van 87,9% van de cliënten van *'De Jutters'* en van 92,8% van de cliënten van *'I-psy De Jutters'* was de herkomst bekend. Deze groep vormde de uiteindelijke onderzoeksgroep. De cliënten van wie de etnische herkomst niet bekend was, werden geëxcludeerd van het onderzoek. Er werden geen verschillen gevonden in sociodemografische kenmerken tussen de jongeren van wie de etnische herkomst niet bekend was en de jongeren die geïnccludeerd zijn in het onderzoek.

Tabel 1.

Verskil in behandelpercentages (gebaseerd op de regiobevolking) 2008 - 2009 en bijdrage 'I-psy De Jutters' 2009.

Herkomst	Behandelpercentages 5 - 10 jarigen					Behandelpercentages 11 - 19 jarigen				
	2008	2009	2009 vs. 2008	2009 alleen De Jutters	2009 bijdrage i-psy DJ	2008	2009	2009 vs. 2008	2009 alleen De Jutters	2009 bijdrage i-psy DJ
Jongens										
Nederlands	7,6	8,4	+ 0,8	8,4	0	3,0	3,1	+ 0,1	3,1	0
Surinaams	4,7	5,4	+ 0,7	5,0	+ 0,4	2,1	2,6	+ 0,5	2,5	+ 0,1
Turks	2,4	4,5	+ 2,1	2,3	+ 2,2	1,1	2,5	+ 1,4	1,1	+ 1,4
Marokkaans	2,8	4,0	+ 1,2	2,9	+ 1,1	1,6	2,1	+ 0,5	1,4	+ 0,7
Antilliaan/Arubaans	5,9	7,4	+ 1,5	7,4	0	2,9	2,9	0	2,7	+ 0,2
Afrikaans overig	3,0	4,2	+ 1,2	3,5	+ 0,7	2,7	2,9	+ 0,2	2,4	+ 0,5
Overig westers	3,3	4,0	+ 0,7	3,8	+ 0,2	1,9	1,9	0	1,7	+ 0,2
Overig niet-westers	2,7	3,6	+ 0,9	2,9	+ 0,7	2,9	3,2	+ 0,3	2,3	+ 0,9
Totaal	5,5	6,5	+ 1,0	6,0	+ 0,5	2,5	2,8	+ 0,3	2,5	+ 0,3
Meisjes										
Nederlands	2,8	3,2	+ 0,4	3,2	0	3,3	3,2	- 0,1	3,2	0
Surinaams	2,2	2,4	+ 0,2	2,1	+ 0,3	3,1	3,8	+ 0,7	3,2	+ 0,6
Turks	0,6	1,7	+ 1,1	0,9	+ 0,8	1,0	2,6	+ 1,6	1,1	+ 1,5
Marokkaans	0,6	0,8	+ 0,2	0,6	+ 0,2	1,1	2,3	+ 1,2	1,6	+ 0,7
Antilliaan/Arubaans	1,6	2,3	+ 0,7	2,1	+ 0,2	2,6	3,4	+ 0,8	3,3	+ 0,1
Afrikaans overig	2,1	2,1	0	2,0	+ 0,1	2,1	3,3	+ 1,2	2,2	+ 1,1
Overig westers	1,6	1,9	+ 0,3	1,8	+ 0,1	2,6	2,9	+ 0,3	2,7	+ 0,2
Overig niet-westers	1,9	2,6	+ 0,7	2,2	+ 0,4	2,5	2,9	+ 0,4	2,2	+ 0,7
Totaal	2,2	2,6	+ 0,4	2,4	+ 0,2	2,8	3,1	+ 0,3	2,8	+ 0,3

Statistische analyses

Op basis van de bevolkingsgegevens (CBS) zijn de percentages berekend van de kinderen en adolescenten die een behandeling bij de Jeugd-GGZ volgen. Hiertoe werd de etnische herkomst van de cliënten van 'De Jutters' en van 'I-psy De Jutters' vergeleken met de bevolkingsgegevens van de jongeren uit het verzorgingsgebied. De behandelpercentages van 2008 werden vergeleken met die van 2009. De relatieve kansen (RR) op behandeling in 2008 en 2009 voor jongeren van niet-Nederlandse herkomst werden berekend met de autochtone jongeren als referentiegroep. De vergelijking tussen 2008 en 2009 is gedaan voor de groep die bij 'De Jutters' in behandeling was, alsook voor de groep die 'I-psy De Jutters' werd behandeld. Hierdoor ontstaat een duidelijk beeld over de veranderingen in de toegankelijkheid van de Jeugd-GGZ tussen de twee jaren en de bijdrage die 'I-psy De Jutters' daaraan geleverd heeft. Er zijn aparte analyses gedaan voor kinderen (5-10 jaar) en voor adolescenten (11-19 jaar) en voor jongens en meisjes.

Resultaten

Tabel 1 laat zien dat bij de kinderen de behandelpercentages in 2009 voor jongens (totaal 6,5%) een stuk hoger lagen dan voor meisjes (totaal 2,6%), tijdens de adolescentie is dit geslachtseffect nauwelijks meer aanwezig (respectievelijk 2,6% en 3,1%). Dit is in overeenstemming met de literatuur waarin wordt aangegeven dat de sekseverschillen in psychiatrische problematiek die op kinderleeftijd spelen, in de adolescentie niet meer aanwezig zijn (18). Het gemiddelde Jeugd-GGZ gebruik voor jongens (6,5%) komt overeen met de geschatte 7% die behandeling nodig heeft.

In tabel 1 is een stijging in het gebruik van de Jeugd-GGZ van meer dan 1 procent bij een bevolkingsgroep in paars en vet gedrukt. Uit de tabel blijkt dat er tussen 2008 en 2009 een substantiële stijging is van het percentage behandelingen voor verschillende etnische minderheidsgroepen. Opvallend is dat de behandelpercentages het meest zijn gestegen voor de Turkse groep, bij de Turkse jongens van 5-10 jaar is

Tabel 2.

Verskil in behandelkansen (RR) voor minderheidsgroepen t.o.v. autochtonen 2008-2009 en bijdrage 'I-psy De Jutters' 2009.

Herkomst	Behandelpercentages 5 - 10 jarigen					Behandelpercentages 11 - 19 jarigen				
	2008	2009	2009 vs. 2008	2009 alleen De Jutters	2009 bijdrage i-psy DJ	2008	2009	2009 vs. 2008	2009 alleen De Jutters	2009 bijdrage i-psy DJ
Jongens										
Nederlands	1	1	n.v.t.	1	n.v.t.	1	1	n.v.t.	1	n.v.t.
Surinaams	0.6	0.6	0	0.6	0	0.7	0.9	+ 0.2	0.8	+ 0.1
Turks	0.3	0.5	+ 0.2	0.3	+ 0.2	0.4	0.8	+ 0.4	0.3	+ 0.5
Marokkaans	0.4	0.5	+ 0.1	0.3	+ 0.2	0.5	0.7	+ 0.2	0.4	+ 0.3
Antilliaan/Arubaans	0.8	0.9	+ 0.1	0.9	0	1.0	0.9	- 0.1	0.9	0
Afrikaans overig	0.4	0.5	+ 0.1	0.4	+ 0.1	0.9	1.0	+ 0.1	0.8	+ 0.2
Overig westers	0.4	0.5	+ 0.1	0.4	+ 0.1	0.6	0.6	0	0.6	0
Overig niet-westers	0.3	0.4	+ 0.1	0.3	+ 0.1	1.0	1.0	0	0.7	+ 0.3
Meisjes										
Nederlands	1	1	n.v.t.	1	n.v.t.	1	1	n.v.t.	1	n.v.t.
Surinaams	0.8	0.7	- 0.1	0.7	0	0.9	1.2	+ 0.3	1.0	+ 0.2
Turks	0.2	0.5	+ 0.3	0.3	+ 0.2	0.3	0.8	+ 0.5	0.3	+ 0.5
Marokkaans	0.2	0.2	0	0.2	0	0.3	0.7	+ 0.4	0.5	+ 0.2
Antilliaan/Arubaans	0.6	0.7	+ 0.1	0.7	0	0.8	1.1	+ 0.3	1.0	+ 0.1
Afrikaans overig	0.7	0.7	0	0.7	0	0.6	1.1	+ 0.5	0.7	+ 0.4
Overig westers	0.6	0.6	0	0.6	0	0.8	0.9	+ 0.1	0.8	+ 0.1
Overig niet-westers	0.7	0.8	+ 0.1	0.7	+ 0.1	0.7	0.9	+ 0.2	0.7	+ 0.2

het behandelpercentage zelfs verdubbeld. Ook bij de meeste andere groepen van niet-Nederlandse herkomst en bij de autochtone groepen is sprake van een lichte tot ruime stijging tussen 2008 en 2009. De zesde en elfde kolom in de tabel maken duidelijk dat de stijging in behandelpercentages bij veel niet-Nederlandse groepen te danken is aan de komst van 'I-psy De Jutters', dit geldt vooral voor Turkse en Marokkaanse jongens van 5-10 jaar, Turkse meisjes van 5-10 jaar en Turkse en overig niet-westerse adolescente jongens en Turkse en overig Afrikaanse adolescente meisjes.

In tabel 2 zijn stijgingen van de behandelkansen van meer dan 0.1 in paars en vet gedrukt omdat dit de kans dicht bij de waarde 1 (=de kans van jongeren van Nederlandse origine) brengt. In de tabel is te zien dat bij de kinderen de relatieve kans op behandeling (RR) voor jongens van niet-Nederlandse herkomst in verhouding tot autochtone jongens tussen 2008 en 2009 is gestegen voor bijna alle groepen van niet-

Nederlandse herkomst. Dit geldt niet voor de Surinaamse groep, hier is de RR gelijk gebleven. Bij de meisjes is de relatieve kans op behandeling ten opzichte van autochtone meisjes gestegen voor de Turkse, Antilliaanse/Arubaanse en overig niet-westerse meisjes.

'De oprichting van een speciale interculturele voorziening lijkt de toegankelijkheid van de Jeugd-GGZ voor minderheidsgroepen te hebben verbeterd'

Bij de adolescenten geldt dat de kans op behandeling (RR) voor jongens van niet-Nederlandse herkomst ten opzichte van Nederlandse jongens tussen 2008 en 2009 gestegen is voor de Surinaamse, Turkse, Marokkaanse en de overige Afrikaanse groep. Bij de adolescenten meisjes is de kans gestegen voor alle groepen van niet-Nederlandse herkomst. We zien dat de bijdrage van 'I-psy De Jutters' in 2009 voor de meeste groepen substantieel is (zie de

6e en de 11e kolom in tabel 2). Ondanks de stijging in behandelkansen, waren bij de jongeren in de leeftijd van 5-10 jaar de kansen op behandeling in 2009 nog steeds lager voor kinderen van migrantenherkomst dan voor autochtone kinderen (de RR's lopen uiteen van 0.2 tot 0.9). Dit geldt voor bijna alle groepen jongens, behalve de Antilliaans/Arubaanse groep (RR = 0.9) en voor bijna alle groepen meisjes, behalve de overig niet-westerse meisjes (RR = 0.8). Voor de Marokkaanse meisjes is de kans op behandeling in verhouding het laagst (RR = 0.2). Bij de adolescenten geldt een ander verhaal. Hier zijn de behandelkansen in 2009 voor migrantenjongeren gelijk of zelfs hoger dan de behandelkansen voor autochtone jongeren (de RR's variëren van 0.6 tot 1.2).

De kansen zijn in verhouding het laagst voor Marokkaanse meisjes (RR = 0.7), Marokkaanse jongens (RR = 0.7) en voor jongens uit westerse migrantengroepen (RR = 0.6).

‘Er is nog steeds sprake van een algehele ondervertegenwoordiging van jongeren in de Jeugd-GGZ, maar voor de meeste adolescenten van niet-Nederlandse herkomst geldt dat hun behandelkansen in 2009 bijna gelijk zijn aan die van autochtone adolescenten’

Conclusie en discussie

Dit onderzoek had als doel een beeld te krijgen van de invloed van een interculturele Jeugd-GGZ instelling op de toegankelijkheid van de zorg voor jongeren van niet-Nederlandse herkomst en om inzicht te krijgen in de verschillen in de toegankelijkheid voor kinderen en adolescenten en voor jongens en meisjes.

Enkele belangrijke conclusies van dit onderzoek zijn:

1) De oprichting van een speciale interculturele voorziening lijkt de toegankelijkheid van de Jeugd-GGZ voor minderheidsgroepen te hebben verbeterd. 2) Maar er zijn in 2009 nog steeds grote verschillen in de toegankelijkheid van de Jeugd-GGZ voor de verschillende etnische groepen. 3) De omvang van deze ongelijkheid is anders voor jongens en meisjes en is ook anders voor kinderen en adolescenten. 4) Er is nog steeds sprake van een algehele ondervertegenwoordiging van jongeren in de Jeugd-GGZ, maar voor de meeste adolescenten van niet-Nederlandse herkomst geldt dat hun behandelkansen in 2009 bijna gelijk zijn aan die van autochtone adolescenten (RR's benaderen de 1 of zijn groter dan

1). 5) Bij jongens in de kinderleeftijd geldt dat het algehele behandelpercentage in de buurt komt van de 7% die volgens epidemiologisch onderzoek hulp nodig zou hebben. 6) Helaas zijn de behandelkansen voor de meeste kinderen (zowel jongens als meisjes) van niet-Nederlandse herkomst nog steeds erg laag ten opzichte van de autochtone groep.

Meer problemen bij jongens in de kinderleeftijd

Voor meisjes in de kinderleeftijd en zowel adolescentenjongens als adolescentenmeisjes waren de behandelpercentages een stuk lager dan de geschatte 7% van de jongeren die behandeling nodig heeft. Het gemiddelde behandelpercentage bij jonge jongens (6,5%) lijkt daarentegen aardig in de buurt te komen van de 7% die volgens epidemiologisch onderzoek hulp nodig heeft. Echter, dit percentage is een gemiddelde voor alle jongeren in zowel de kinder- als de adolescentieleeftijd en voor zowel jongens als meisjes. Meerdere onderzoeken hebben aangetoond dat jongens gedurende de kinderleeftijd meer psychiatrische problemen hebben dan meisjes (18). Gedurende de adolescentie is de prevalentie bij beide geslachten weer ongeveer gelijk. Het behandelpercentage voor jongens in de kinderleeftijd zou dus inderdaad hoger moeten zijn dan dat voor meisjes in die leeftijd. Dit lijkt erop te wijzen dat de ondervertegenwoordiging van jonge jongens in het algemeen en jonge jongens van niet-Nederlandse herkomst in het bijzonder, groter zou kunnen zijn dan deze cijfers aantonen.

Vergroten van de toegankelijkheid

De resultaten van dit onderzoek blijven wijzen op de noodzaak voor reguliere Jeugd-GGZ instellingen om meer toegankelijk te worden voor jongeren in het algemeen en voor jongeren van niet-Nederlandse herkomst in het bijzonder. Samenwerking met instellingen voor interculturele psychiatrie is hierbij een manier om dit doel te bereiken. Uit ons onderzoek blijkt dat samenwerking met een instelling voor interculturele psychiatrie wel eens een positief effect zou kunnen hebben op de behandelkansen voor minderheidsgroepen. De cijfers van ‘De Jutters’ alleen laten geen stijging in behandelkansen zien, er is zelfs sprake van een daling. Opvallend is dat de kansen voor jongeren van Turkse herkomst het meest zijn toegenomen. Dit zou samen kunnen hangen met het feit dat er voornamelijk medewerkers van Turkse herkomst bij ‘I-psy De Jutters’ werkzaam zijn. Het lijkt erop dat er vooral is gewerkt met ‘culturele matching’ (behandelaar en cliënt hebben dezelfde

culturele achtergrond en/of spreken dezelfde taal) en dat dit voor een toestroom van Turkse cliënten heeft gezorgd. Dit impliceert dat instellingen voor interculturele psychiatrie een etnisch zo gevarieerd mogelijk personeelsbestand moeten hebben. Het 'transcultureel' werken (cliënt en behandelaar spreken

'Helaas zijn de behandelkansen voor de meeste kinderen (zowel jongens als meisjes) van niet-Nederlandse herkomst nog steeds erg laag ten opzichte van de autochtone groep'

verschillende talen of hebben verschillende culturele achtergronden) daarentegen, lijkt minder van de grond te zijn gekomen. Dit is echter wel nodig om de werkwijze van *I-psy De Jutters'* overdraagbaar te maken aan de reguliere instellingen die met interculturalisatie bezig zijn. Voor hen is het zaak om aandacht te blijven besteden aan interculturalisatie. Samenwerking met instellingen voor interculturele psychiatrie is niet de enige manier om de toegankelijkheid te verhogen en heeft er ook nog niet voor gezorgd dat het doel geheel is bereikt. Dit impliceert dat het voor zowel instellingen voor interculturele psychiatrie als voor reguliere instellingen zaak is om aandacht te blijven besteden aan interculturalisatie vooral daar waar het kinderen betreft en de ouders nog een grote rol spelen. We denken ook dat het helpt om potentiële cliënten en hun ouders goed te informeren over de mogelijkheden van de professionele hulpverlening en psycho-educatie voor het herkennen van psychiatrische problematiek. Toekomstig onderzoek zou gericht moeten zijn op de kennis van psychiatrische problematiek en professionele hulpverlening bij jongeren en hun ouders.

Dit onderzoek zou gedaan moeten worden bij verschillende etnische herkomstgroepen om te bekijken hoe het kennisniveau is bij de verschillende groepen en welke maatregelen genomen zouden kunnen worden.

Een beperking van het huidige onderzoek is dat het is gebaseerd op de data van de Jeugd-GGZ instellingen in Haaglanden. Het is aan te raden om soortgelijk onderzoek te herhalen in andere grote steden en steden buiten de Randstad om te weten te komen of specifieke kenmerken van bepaalde instellingen of steden een rol spelen bij de resultaten.

Dergelijk onderzoek is al gedaan in Rotterdam en de onderzoekers kwamen tot soortgelijke conclusies over

de toegankelijkheid van de Jeugd-GGZ voor jongeren van niet-Nederlandse herkomst (17). Toekomstig onderzoek zou zich daarnaast kunnen richten op verdieping van de kennis van factoren als behandelduur, drop-out, cliëntwaardering, effect van de behandeling etc. om meer inzicht te krijgen in hoe jongeren van verschillende etnische herkomst het therapieproces doorlopen wanneer zij eenmaal in behandeling zijn.

Referenties:

1. Junger M, Mesman J, & Meeuw W. Prevalentie van zelfgerapporteerde problemen. In M. Junger, J. Mesman & W. Meeuw (Eds.), Psychosociale problemen bij adolescenten. Prevalentie, risicofactoren en preventie (pp. 27-35). Assen: Koninklijke Van Gorcum BV (2003).
2. Rutter M & Stevenson J. Using epidemiology to plan services: A conceptual approach. In M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (Eds.), Rutter's child and adolescent psychiatry. Fifth edition. Oxford: Blackwell Publishing (2008).
3. Sytema S, Gunther N, Reelick F, Drukker M, Pijl B & van het Land H. Verkenningen in de Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Een bijdrage uit de psychiatrische casusregisters [Explorations in child and youth mental health care. A contribution from psychiatric case registers]. Utrecht: Trimbos Instituut (2006).
4. Meltzer H, Gatward R, Goodman R, & Ford, T. The mental health of children and adolescents in Great Britain. Londen: Stationery Office (2000).
5. Zachrisson H, Rödje K & Mykletun, A. Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. BMC Public Health, 6(1), 34 (2006).
6. Boon AE & de Haan AM. De toegankelijkheid van de Jeugd-GGZ voor jeugdigen van niet-Nederlandse herkomst. Epidemiologisch Bulletin 45(2), 2-7 (2010).
7. Boon AE, de Haan AM & de Boer SSB. Verschillen in etnische achtergrond van forensische en reguliere Jeugd GGZ cliënten. Kind en Adolescent, 1, 16-28 (2010).
8. De Haan AM, Boon AE, Vermeiren RRJM & De Jong JTVM. Ethnic Differences in Utilization of Youth Mental Health Care. Ethnicity and Health, 17(1-2), 105-110 (2012).
9. Boon AE, de Haan, AM & de Boer SSB. Haagse Jeugd en ggz-gebruik. De invloed van woonomgeving op het hulpzoekgedrag bij psychiatrische problematiek. Cultuur, Migratie en Gezondheid, 7, 122-131 (2010).
10. Verhulst FC, Achenbach TM, van der Ende J, Erol N, Lambert MC, Leung PWL, et al. Comparisons of problems reported by youth from seven countries. American Journal of Psychiatry, 160(8), 1479-1485 (2003).

11. Adriaanse M, van Domburgh L, Veling W & Doreleijers TAH. Psychische problemen en stoornissen bij Marokkaans Nederlandse kinderen en jongeren. Duivendrecht: VU Medisch Centrum (2011).
12. Nikapota A & Rutter M. Sociocultural/Ethnic groups and psychopathology. In M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (Eds.), Rutter's child and adolescent psychiatry. Fifth edition. (pp. 199-211). Oxford: Blackwell Publishing (2008).
13. Reijneveld SA, Harland P, Brugman E, Verhulst FC & Verloove-Vanhorick SP. Psychosocial problems among immigrant and non-immigrant children; Ethnicity plays a role in their occurrence and identification. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 145-152 (2005).
14. Stevens G. *Mental Health in Moroccan Youth in the Netherlands*. Rotterdam: Optima. (2004).
15. van Oort FVA, Joung IMA, Mackenbach JP, Verhulst FC, Bengi-Arslan L, Crijnen, AA M, et al. Development of ethnic disparities in internalizing and externalizing problems from adolescence into young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 48(2), 176-184 (2007).
16. Zwirs BW, Burger H, Schulpen TW, Wiznitzer M, Fedder H & Buitelaar JK. Prevalence of psychiatric disorders among children of different ethnic origin *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(4), 556-566 (2007).
17. Wierdsma AI & Kamperman AM. Contact met de Jeugd-GGZ is een zaak van culturele en sociaaleconomische verschillen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53(11), 857-863 (2011).
18. Thapar A & Rutter M. Genetics. In M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (Eds.), Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Fifth Edition. Oxford: Blackwell Publishing (2008).
19. CBS. Centraal Bureau voor de Statistiek. Statline. Voorburg: CBS (2009).

Korte berichten

Onderzoek

Onderzoek seksuele gezondheid: vrouwen genieten minder van seks

Op 1 juni dit jaar presenteerde Rutgers WPF de resultaten van het tot nu toe derde grootschalige onderzoek naar de seksuele gezondheid van de Nederlandse bevolking. Meer dan 8.000 mannen en vrouwen hebben voor de derde keer deelgenomen aan dit representatieve bevolkingsonderzoek over seksualiteit in Nederland. Aan de orde kwamen: seksueel gedrag en beleving, seksuele problemen, soa en hiv, geboorteregeling, transgender en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Hieronder de belangrijkste resultaten:

Nederlandse vrouwen vrijen minder veilig

Het aantal vrouwen dat geen anticonceptie gebruikt, is gestegen van 31% in 2009 naar 40%. Van alle vruchtbare vrouwen doet 9% niet aan geboorteregeling, terwijl ze niet zwanger willen worden en wel seks hebben. De pil is nog steeds verreweg het meest populaire voorbehoedmiddel. Kennis van alternatieven en betere voorlichting door de huisarts kunnen wellicht leiden tot gebruik van een middel dat makkelijker te gebruiken is - slechts 41% van alle vrouwen die de pil slikken vergeet namelijk nooit een pil.

Geen seks, wel zin

Het aantal mannen en vrouwen dat het afgelopen jaar geen seks heeft gehad, is toegenomen. Het betreft ongeveer 17% van de mannen en 22% van de vrouwen ten opzichte van 13% van de mannen en 16%

van de vrouwen in 2006. Deze mensen zijn niet tevreden over hun seksleven en zouden graag vaker seks willen hebben. Ook hun zelfbeeld lijdt onder het minder actieve seksleven.

Vrouwen genieten minder van seks

Over het algemeen genieten mannen meer van seks dan vrouwen (78% tegen 60%). Het gebrek aan seksueel plezier bij vier op de tien vrouwen is zeker een reden tot zorg en aanleiding tot toekomstig onderzoek. Voor een grote groep mannen en vrouwen wordt het plezier bovendien overschaduwed door problemen als een voortijdig orgasme (10%) en erectieproblemen (8%) bij mannen en een te droge vagina (12%), orgasme- (11%) of opwindingsproblemen (10%) bij vrouwen. Mensen die in hun jeugd ongewenste seksuele ervaringen hebben gehad, hebben twee keer zo veel risico op problemen.

Aandacht voor transgenders

In Nederland weten we nog maar weinig van transgenders, mannen en vrouwen die zich niet eenduidig man of vrouw voelen. Voor het eerst werden in dit bevolkingsonderzoek vragen gesteld over acceptatie. Het blijkt dat ongeveer een vijfde van alle ondervraagde Nederlanders afkeurend staat tegenover genderambivalentie; ze gaan liever niet om met mensen van wie niet duidelijk is tot welk geslacht ze zich rekenen.

Het doorlopende monitoronderzoek 'Seksuele gezondheid in Nederland' brengt in kaart hoe het is gesteld met de seksuele gezondheid van de Nederlandse

bevolking. Eerder vond dit onderzoek plaats in 2006 en 2009. Het tijdschrift Seksuologie besteedt in de uitgave van juni 2012 in een serie artikelen aandacht aan alle belangrijke resultaten uit het onderzoek.

'Een dubbel gevoel': pilotonderzoek naar seksualiteitsbeleving transgenders

Eveneens door Rutgers WPF is onderzoek gedaan naar transgenders, mensen van wie de geslachtsidentiteit niet overeenkomt met het geslacht dat hen bij de geboorte, op grond van hun lichaam, is toebedeeld. Dit betekent dat vóór een eventuele transitie (geslachtsverandering) de relatie tussen lichaam en genderidentiteit anders is dan bij niet-transgenders. De verwachting is dat transgenderpersonen seksualiteit anders beleven. Het rapport 'Een dubbel gevoel: een pilotonderzoek naar seksualiteitsbeleving en informatiebehoefte over seksualiteit van transgenders' doet verslag van een kwalitatief pilotonderzoek onder twaalf transgenderpersonen, met daarin een eerste verkenning van factoren die een rol kunnen spelen bij seksualiteitsbeleving. Transgenderpersonen ervaren een afstand tussen hun zelfbeeld, lichaam en/of genderrol. Die afstand maakt het moeilijker om van seks te genieten, met name voor en tijdens de transitie. Er is dan sprake van een 'dubbel gevoel' door enerzijds de prettige sensatie en het gevoel van intimiteit dat seks kan geven, en anderzijds de afkeer en angst voor controleverlies als gevolg van het lichaam en de genderrol, die niet kloppen.

Aandoening	School	Kinderopvang	Verpleeg- en verzorgingshuis	Eindtotaal
Huiduitslag (ringworm, impetigo)		7		7
Maag-darm aandoening		2		2
Influenza			2	2
Vlekjesziekten (waterpokken, vijfde ziekte, hand-voet en mondziekte)	2	5		7
Eindtotaal	2	14	2	18

Door sociaal, juridisch en lichamelijk 'in transitie te gaan' - dat wil zeggen het proces van geslachtsverandering te beginnen-verkleinen transgenderpersonen de afstand tussen zelfbeeld, lichaam en genderrol. Deelnemers gaven aan dat hun seksuele tevredenheid door de transitie enorm toenam. Maar ook na de transitie kan het lastig blijven: velen hadden het gevoel fasen te hebben overgeslagen in hun seksuele ontwikkeling, vooral als zij pas op latere leeftijd voor hun gevoelens uitkwamen. Ook kunnen hormoonbehandeling en geslachtsoperaties het seksuele verlangen, de opwinding en het orgasme zowel positief als negatief beïnvloeden. Transgenders hebben behoefte aan meer op hun situatie toegespitste informatie over seksualiteit. Tot nu toe krijgen zij dergelijke informatie vooral van andere transgenders en soms via het genderteam of een hulpverlener.

Het rapport kan worden gedownload:
<http://www.rutgerswpf.nl/article/een-dubbel-gevoel-een-pilotonderzoek-naar-seksualiteitsbeleving-en-informatiebehoefte-over-s>.

Cursussen

Master of Public Health
 Deze nieuwe tweejarige deeltijdopleiding richt zich op de

ambitieuze professional in de publieke gezondheidszorg die een goed beeld willen krijgen over de meest actuele ontwikkelingen in het veld en hun impact willen vergroten. Wie ook strategisch wil leren opereren in het professionele, beleidsmatige en politieke krachtenveld is welkom bij de opleiding Master of Public Health. Het docententeam bestaat uit mensen die als geen ander weten hoe je beleid, onderzoek en praktijk verbindt, zoals prof. dr. Karien Stronks AMC-UvA, prof. dr. Hans van Oers RIVM/UvT, prof. dr. Niek Klazinga AMC-UvA, prof. dr. Koos van der Velden Radboud Universiteit Nijmegen, prof. dr. Eddy Houwaart VU Amsterdam, dr. Onno de Zwart GGD Rotterdam Rijnmond en prof. dr. Johan Polder RIVM. Doelgroep: (aankomend) leidinggevend, beleidsadviseurs en projectleiders. Dat de deelnemers afkomstig zijn uit verschillende organisaties in de publieke gezondheidszorg versterkt het multidisciplinaire karakter van de opleiding. Data: start in september 2012. De opleiding kan in twee jaar worden afgerond en moet in uiterlijk drie jaar afgerond zijn. Locatie: Utrecht. Informatie: <http://www.nspoh.nl/MPH>

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 professioneler wil aanpakken. We denken daarbij aan: al dan niet geregistreerde bedrijfs- en verzekeringsartsen, artsen Maatschappij en Gezondheid, beleidsmedewerkers, epidemiologen, gezondheidswetenschappers, projectmanagers, professionals of projectcoördinatoren werkzaam bij een GGD, GGZ, zorgverzekeraar, thuiszorgorganisatie, nationaal instituut, koepelorganisatie, in de verslavingszorg of andere maatschappelijke organisaties. Data: donderdag 27 september, 11 oktober en 8 november 2012. Kosten: € 1.155. Locatie: Utrecht. Informatie: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=66>

Public health in de Europese Unie
 Public health overstijgt de nationale grenzen. Raak in deze module vertrouwd met de betekenis en impact van het Europese volksgezondheidsbeleid voor Nederland. Doelgroep: professionals in de publieke gezondheidszorg met belangstelling voor internationale aspecten van public health. U beschikt over vier jaar werkervaring op beleidsniveau in de openbare gezondheidszorg. Data: donderdag 11 oktober en 1 november 2012

Kosten: € 770

Locatie: Amsterdam

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

Kansen en effectiviteit van preventie

U hoort over verschillende instrumenten voor preventie en leert hoe u informatie over de effectiviteit van die instrumenten kunt beoordelen. De effectiviteit van losse interventies is soms al moeilijk te bepalen. Dit geldt al helemaal voor de mix van interventies, zoals die bijvoorbeeld wordt ingezet voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden, of voor communityprojecten en integraal gezondheidsbeleid.

Doelgroep: beleidsmakers, projectleiders, projectmanagers, afdelingsmanagers en onderzoekers in de volksgezondheid met een academisch denk- en werkniveau.

Data: vrijdag 12 oktober, 9 november (afstandsonderwijs), 16, 23 en 30 november (afstands-onderwijs), 7 en 14 december 2012

Kosten: € 3.990

Locatie: Utrecht

Informatie: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=622>

Epidemiologie; wat kan ik er mee?

Maak kennis met de basisbegrippen uit de epidemiologie en biostatistiek én leer ze toepassen in uw eigen praktijk. Ook vakliteratuur beoordeelt u daarna beter.

Doelgroep: op academisch niveau functionerende professionals in de public health.

Data: vrijdag 2 en 30 november en 14 december 2012

Kosten: € 1.155

Locatie: Amsterdam

Informatie: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=637>

Training Adviesvaardigheden

Inzicht in de verschillende adviessituaties en diversiteit in adviesrollen is noodzakelijk om de

eigen adviessituatie scherp te krijgen. Tijdens deze training komen naast deze verschillende rollen, aspecten aan bod als: opdrachtaanalyse, fasen in een adviestraject, adviesstrategieën en persoonlijke adviestijlen.

Doelgroep: professionals in de publieke gezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg die een adviserende rol hebben bij beleid en/of uitvoering.

Data: donderdag 8 en 29 november 2012 en 10 januari 2013

Kosten: € 1.360

Locatie: Utrecht

Informatie: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=214>

Inlichtingen over alle cursussen bij NSPOH, telefoon 020-4097000, e-mail info@nspoh.nl.

Trainingen, cursussen, workshops Rutgers WPF

Maakt voorlichting geven over seksualiteit deel uit van uw werk? En wilt u meer achtergrondinformatie of zoekt u inspiratie om seksuele vorming gestalte te geven? Kijk op het aanbod van trainingen, workshops of cursussen op www.rutgerswopf.nl.

Workshops en cursussen voor mantelzorgers najaar 2012

Workshop: 'Zorg uit handen, maar niet de regie'

Data: dinsdag 18 september, 13.30-15.30 en dinsdag 2 oktober, 19.00-21.00 uur

Workshop: 'Combineren kun je leren'

Datum: maandag 8 oktober, 19.00-21.00 uur

Cursus: 'Omgaan met veranderd gedrag'

Bestaat uit twee bijeenkomsten:

Data: maandag 17 september en maandag 1 oktober,

13.30-15.30 uur, donderdag 25 oktober en donderdag

8 november, 13.30-15.30 uur

Cursus: 'Mantelzorg, blijf in je kracht!'

Twee bijeenkomsten, de eerste gericht op het herkennen van stress, de tweede op het bewaken van grenzen.

Data: dinsdag 9 oktober en dinsdag 23 oktober, 13.30-15.30 uur

Workshop: 'Mantelzorg delen' Mogelijkheden en kansen om (meer) gebruik te maken van mensen uit de omgeving, tevens informatie over respijtzorg.

Datum: dinsdag 6 november, 13.30-15.30 uur

Workshop: 'Juridische en fiscale zaken bij het zorgen'

Datum: woensdag 3 oktober, 19.00-21.00 uur

Workshop: 'Mantelzorg en sociale media'

Datum: dinsdag 25 september, 19.00-21.00 uur

Informatie over de locaties en aanmelden bij Stichting MantelOrg Den Haag, telefoon (070) 3468701, info@mantelzorgdenhaag.nl, www.mantelzorgdenhaag.nl.

Aangiften infectieziekten

Meldingen tijdens het tweede kwartaal 2012, voor de stad Den Haag

De hieronder besproken cijfers en analyse zijn gebaseerd op de gegevens van Osiris, de database van het RIVM waarin alle aangifteplichtige meldingen geregistreerd worden, en op gegevens van ons elektronisch patiëntendossier, het programma HPZone.

Meldingen over het tweede kwartaal 2012

In dit rapport worden de gegevens van het tweede kwartaal 2012 besproken.

Het aantal meldingsplichtige

infectieziekten, door de GGD Den Haag doorgegeven aan het Centrum Infectieziektebestrijding bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in het tweede kwartaal 2012 was 144 (exclusief de meldingen van TBC). Dit is iets hoger dan het aantal in dezelfde periode in 2011 (136, exclusief de meldingen van TBC). Dit kleine verschil in het totale aantal meldingen verbergt echter de stijging met 50% van het aantal meldingen van kinkhoest. Hieronder volgen commentaren op de gemelde infectieziekten.

Hepatitis B

Het aantal hepatitis B meldingen (44: 42 chronische gevallen en 2 acute gevallen) is iets lager dan tijdens dezelfde periode in 2011 (54). In de categorie chronische gevallen zijn mannen meer vertegenwoordigd. Het betreft vooral de leeftijdscategorie van 20-39 jaar. De besmettingsbron is doorgaans niet bekend. Bij tweederde van de gevallen wordt verticale transmissie als meest waarschijnlijke bron aangegeven. Daarbij geeft een besmette moeder het virus door aan haar kind rond de bevalling. Meestal gaat het om personen afkomstig uit landen waar de ziekte veel voorkomt. Acute hepatitis B werd gemeld bij twee mannen, de vermoedelijke bron van besmetting kon niet worden achterhaald.

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (79) is de helft hoger dan het aantal gevallen dat in dezelfde periode in 2011 werd gemeld (53). Het RIVM geeft aan dat er elke 2 tot 3 jaar een piek is in het aantal gemelde patiënten met kinkhoest.

In het jaar 2008 was er voor de laatste keer een piek in meldingen van kinkhoest. De huidige toename is dus niet ongewoon. Het bijzondere is dat de verheffing van het aantal gevallen van kinkhoest die normaal in het najaar speelt, zich nu ook voortzet in het voorjaar. Deze trend is ook landelijk vastgesteld maar het RIVM heeft tot op heden hiervoor geen verklaring. De meeste gemelde patiënten waren overigens gevaccineerd. Hoewel vaccinatie tegen kinkhoest geen volledige bescherming meer geeft, maakt het wel uit voor het verloop van de ziekte. Bij gevaccineerde mensen verloopt de ziekte veel milder dan bij ongevaccineerde mensen. Op verzoek van het RIVM adviseren de consultatiebureaus de ouders van pasgeborenen om tijdig de drie eerste vaccinaties tegen kinkhoest te komen halen. Onvolledig gevaccineerde zuigelingen zijn immers het meest kwetsbaar voor kinkhoest. De GGD heeft de huisartsen verzocht om indien kinkhoest vermoed wordt in de omgeving van een onvolledig gevaccineerde zuigeling of hoogzwangere vrouw, snel diagnostiek in te zetten en zo nodig preventieve behandeling met antibiotica te geven.

Legionellose

Een 65-jarige man werd met deze ernstige longinfectie gemeld. Hij was zeer waarschijnlijk in Italië besmet.

Listeriose

Deze infectieziekte die zeer diverse verschijnselen kan geven, is vooral gevaarlijk voor mensen met een sterk verzwakte afweer en voor het ongeboren kind bij zwangere vrouwen die de ziekte doormaken. De besmettingsbron ligt vooral in

voeding, zoals zachte kazen die met ongepasteuriseerde melk zijn bereid, paté en andere voedingswaren. Van deze aandoening werd één 76-jarige patiënt met ernstig onderliggend lijden gemeld. Bij deze patiënt was het niet mogelijk de besmettingsbron te achterhalen.

Malaria

Twee patiënten werden gemeld met de malariaparasiet, opgelopen in Ghana resp. Nigeria. Zij hadden tijdens hun verblijf daar geen malariaprofylaxe geslikt.

Meningokokkenziekte

Een tweejarige jongen en een jong volwassene man werden gemeld. Zij waren allebei besmet met de meningokok type B waartegen nog geen vaccin bestaat. Ter voorkoming van verdere verspreiding is antibiotica gegeven aan personen die tijdens de besmettelijke periode intensief contact hadden met deze patiënten.

Psittacose

Deze infectie kan een ernstige longontsteking veroorzaken. De besmetting wordt via contact met vogels opgelopen. Bij beide gemelde gevallen bevonden zich vogels in huis. Bij één van de patiënten werden de vogels onderzocht, maar de bacterie die psittacose veroorzaakt, kon niet worden aangetoond.

Shigellose (bacillaire dysenterie)

Vier mannen en vijf vrouwen werden gemeld. Zeven patiënten hadden de ziekte in Azië opgelopen, één in Afrika en één in Nederland. Bij de patiënt die in Nederland was besmet is de besmettingsbron niet gevonden.

STEC/Enterobemorrhagische E.coli-infectie

Van deze ziekte, meestal opgelopen door eten van onvoldoende gebakken vlees, werden drie volwassen vrouwen gemeld. Om diverse redenen is bij deze patiënten geoordeeld dat het zoeken naar een besmettingsbron niet zinvol was.

Voedselinfecties

Het betreft meldingen van twee of meer patiënten met gastro-enteritis met een onderlinge relatie wijzend op voedsel als een bron. Hiervan is één melding gedaan, waarbij drie personen ziek waren geworden door de salmonella bacterie. De besmettingsbron is niet gevonden.

Infectieziekten gemeld door instellingen

In tabel op pagina 32 wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het tweede kwartaal 2012. Deze instellingen behoren tot instellingen waar 'kwetsbare' groepen zoals kinderen, ouderen of zieken verblijven. Op grond van artikel 26 van de wet op de publieke gezondheid moeten die instellingen sommige infectieziekten melden bij de GGD.

Het aantal meldingen uit instellingen is minder dan het aantal meldingen in het voorgaande kwartaal 2012 (27). Het verschil is te wijten aan minder meldingen van maag-darm aandoeningen en influenza in verpleeg- en verzorgingshuizen.

Meldingen tijdens het tweede kwartaal 2012 voor de regio Zuid-Holland West

Bof

Het aantal bof-meldingen was in het tweede kwartaal twaalf. De meeste bof-patiënten zijn studenten die als kind gevaccineerd zijn met BMR. Er was een melding van een kind van drie jaar. Het kind was gevaccineerd volgens het schema van het Rijksvaccinatieprogramma.

Hepatitis B

Er waren vier meldingen van hepatitis B. Bij alle vier de meldingen ging het om dragerschap met het hepatitis B virus.

Invasieve pneumokokkenziekte

Er is één kind gemeld met een invasieve pneumokokkenziekte. Het kind was gevaccineerd maar het toen gebruikte vaccin beschermde nog niet tegen het specifieke serotype. Het vaccin dat sinds 2011 wordt gebruikt, beschermt wel tegen dit serotype.

Kinkhoest

Er zijn 159 meldingen van kinkhoest geweest. Sinds het begin van het jaar is er in heel Nederland sprake van toename van het aantal gemelde gevallen van kinkhoest. Deze trend is ook in de regio van de GGD Zuid-Holland West zichtbaar.

Legionellose

Er werd één patiënt gemeld met een legionellose. De bron was een hotel het buitenland.

Listeriose

Eén patiënt werd gemeld met Listeriose. Listeriose wordt gemiddeld een keer per jaar gemeld bij de GGD Zuid-Holland West. De patiënten die gemeld worden bij de GGD hebben meestal een ernstige afweerstoornis.

Q-koorts

Er was een melding van een patiënt met Q-koorts. Waarschijnlijk was de ziekte in Spanje opgelopen.

Shigellose

In het tweede kwartaal zijn er zes meldingen van Shigellose geweest. In drie gevallen ging het om een Shigella sonnie en in drie gevallen om een flexneri. Eén patiënt had de ziekte in Nederland opgelopen, de andere patiënten hadden de bacterie in Argentinië en India opgelopen.

STEC

Er is 17 maal een Shiga-toxine producerende E-coli gemeld. Er was geen sprake van een cluster; een specifieke voedselbron is ook niet gevonden.

Aan deze rubriek werkten mee:

E.J.M. de Coster

K.B. Yap

E.M. Huisman

Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte	Het tweede kwartaal 2012			Voorgaande 4 kwartalen				t/m het destbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar	
	GGD Den Haag 2e kw. 2012	GGD-Zuid Holl.West 2e kw. 2012	Tot. regio Haaglanden 2e kw. 2012	Tot. regio Haaglanden 2e kw. 2011**	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2011**	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2011**	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2012**	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 2e kw. 2012	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 2e kw. 2011**
A-ziekten	Nieuwe Influenza A (H1N1)								
B-ziekten	9	6	15	10	16	7	8	23	14
					1				
							1	1	
				1	4		2	2	3
	44	4	48	65	62	66	53	101	126
				2	1				4
	79	159	238	89	95	95	119	357	129
	1	1	2	6	10	1	1	3	6
	2		2	2		3		2	4
				2	3	1	1	1	4
	25***		25***	32	22	34	22	47***	47
	1		1		6		3	4	
				3	1		3	3	12
C-ziekten	3	17	20	14	20	12	11	31	19
	2		2	5	13	8	1	3	8
	2		2	2		2		2	2
		1	1					1	
		12	12	9	5	2	16	28	50
	1	1	2			3	1	3	2
		1	1	2	3	1	2	3	2
				1			1	1	2
				1	1	1			2
totaal	169	202	371	250	263	235	245	616	478

*) Inclusief dragers.

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

***) Dit aantal is een schatting.

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, Pijnacker, Nootdorp, Midden-Delfland en Westland.



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 13034
2501 VG Den Haag