

Epidemiologisch Bulletin

4

2014

EPIDEMIOLOGIE

Leefstijlinterventiestudie
diabetes Hindostaanse Surinamers > p. 4

Depressie in Den Haag hoger
dan andere drie grote steden > p. 12

Kwetsbare ouderen > p. 19

Gezondheid **in cijfers** > p. 28

VOLKSGEZONDHEID

Wethouder De Prez uit Delft
over **rol GGD** > p. 25

IN DIT NUMMER

Redactioneel	3
Lessen uit een diabetes leefstijlinterventie bij Hindostaanse Surinamers	4
<i>Linda Vlaar, Irene van Valkengoed, Vera Nierkens, Mary Nicolaou, Karien Stronks, Barend Middelkoop</i>	
Depressie in Den Haag en de andere grote steden	12
<i>Paul Uitewaal en Renske Gillissen</i>	
Ontvangen kwetsbare ouderen voldoende hulp?	19
<i>Cretien van Campen, Roelien Beuker, Elly Glerum</i>	
Delftse Wethouder Raimond de Prez: Focus GGD op OGGZ en epidemiologisch onderzoek	25
<i>Liesbeth van Dalen</i>	
Gezondheid in cijfers: Een op de acht volwassenen geeft mantelzorg	28
Korte berichten	29
Meldingen infectieziekten	32

Redactioneel

Deze laatste uitgave van het Epidemiologisch Bulletin in 2014 begint met een artikel over een leefstijlinterventiestudie onder ruim vijfhonderd Hindostaanse Surinamers met een verstoorde bloedsuikerwaarde en/of insulineresistentie. Gebleken is namelijk dat diabetes mellitus type 2 veel onder deze Haagse bevolkingsgroep voorkomt. De studie laat zien dat de in cultureel opzicht aangepaste interventie het diabetesrisico blijkt te verlagen, zij het in beperkte mate. Belangrijkste resultaat is dat de interventiegroep na twee jaar een betere twee-uurs plasma glucose en gewicht had ten opzichte van de controlegroep.

In het tweede artikel wordt duidelijk dat Den Haag ten opzichte van de andere drie grote steden een relatief hoog percentage inwoners heeft met een verhoogde kans op een depressie. De auteurs deden een analyse naar het waarom en welke groepen in Den Haag hierin zo hoog scoren ten opzichte van de drie andere grote steden. Daaruit blijkt dat depressieve gevoelens veel vaker worden gezien bij mensen met een Turkse achtergrond, laag opgeleiden en mensen zonder werk. Op basis van de bekende determinanten is er geen afdoende verklaring te geven voor het relatief hoge percentage mensen met depressieve gevoelens in Den Haag.

De vraag of kwetsbare ouderen voldoende hulp ontvangen, kwam aan de orde in een grootschalig onderzoek onder 6.724 zelfstandig wonende senioren van 65 jaar of ouder in regio Zuid-Holland West. Daaruit blijkt dat bijna een op de vijf 65-plussers kwetsbaar is. Onder hen geven met name mensen met een hoge opleiding, niet-westerse allochtonen en mensen die moeite hebben met rondkomen, aan dat zij onvoldoende hulp ontvangen. De auteurs adviseren gemeenten dan ook om sociaal geïsoleerde kwetsbare ouderen vaker op te zoeken en te voldoen aan hun opdracht om voor deze mensen voldoende ondersteuning te realiseren.

In de komende uitgaven van het Epidemiologisch Bulletin komen achtereenvolgens de wethouders van de negen gemeenten binnen GGD Haaglanden aan het woord. Wethouder Raimond de Prez (PvdA) voor wonen, stedelijke vernieuwing en zorg in Delft, bijt in dit Bulletin het spits af. Hij schetst de aandachtsgebieden voor het gezondheidsbeleid in Delft en vertelt welke uitdagingen hij ziet voor GGD Haaglanden. Wat hem betreft heeft deze GGD vooral taken op het gebied van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) en epidemiologisch onderzoek.

Tot slot blijkt uit de rubriek 'Gezondheid in cijfers' dat één op de acht volwassenen in regio Haaglanden mantelzorg verleent.

SAMENVATTING

INLEIDING

Diabetes mellitus type 2 (hierna 'diabetes' genoemd) komt veel voor bij Hindostaanse Surinamers. Preventie van diabetes zou kunnen leiden tot belangrijke gezondheidswinst. Dit artikel bevat de resultaten van een interventiestudie bij Hagenaars met een Hindostaans-Surinaamse achtergrond (hierna 'Hindostaanse Surinamers' genoemd) naar de effecten van een diabetes leefstijlinterventie in de dagelijkse praktijk.

METHODE

Voor de interventiestudie (randomized controlled trial), zijn 536 Hindostaanse Surinamers (18–60 jaar) met een verstoorde bloedsuikerwaarde en/of insulineresistentie willekeurig ingedeeld in de groep met de cultureel aangepaste leefstijlinterventie of in de controlegroep. Na één en na twee jaar zijn in de totale populatie veranderingen in glucosemetabolisme, gewicht, voeding en bewegen gemeten en uitgesplitst naar body mass index (BMI) onder en boven 27,5 kg/m².

RESULTATEN

Na twee jaar had de interventiegroep een betere twee-uurs plasma glucose en gewicht ten opzichte van de controlegroep. Deze verschillen tussen de interventie- en controlegroep waren sterker bij personen met een hoge BMI bij start van de studie, dan bij personen met een lage BMI. Voor de overige metabole maten werd geen verschil gevonden tussen de interventie- en controlegroep. Ook bleken er geen verschillen in verandering van voeding en bewegen tussen beide groepen.

CONCLUSIE

De leefstijlinterventie bleek het diabetes risico te verlagen, zij het in beperkte mate. De interventie lijkt vooral geschikt voor de groep die bij aanvang een hoge BMI had. Het is raadzaam om aanvullende of alternatieve strategieën te overwegen teneinde het hoge risico op diabetes bij de totale Hindostaanse Surinaamse doelgroep te verlagen.

Lessen uit een diabetes leefstijl-interventiestudie bij Hindostaanse Surinamers

Type 2 diabetes mellitus (hierna 'diabetes' genoemd) komt veel voor bij Hagenaars van Hindostaans-Surinaamse afkomst. Aangezien preventie van diabetes bij deze groep tot belangrijke gezondheidswinst zou kunnen leiden, is in de periode mei 2009 tot oktober 2010 onder 536 Hindostaanse Surinamers tussen de 18 en 60 jaar een cultureel aangepast diabetes preventieprogramma uitgevoerd. De uitvoerders waren benieuwd naar de effectiviteit ervan wat betreft het voorkomen van diabetes bij Hindostaanse Surinamers. Ze hoopten op toenemend risicobesef en motivatie voor gedragsverandering. De leefstijlinterventie bleek het diabetesrisico te verlagen, maar in beperkte mate. Om het hoge risico op diabetes bij de Hindostaanse Surinamers te reduceren, zouden aanvullende of alternatieve preventieve strategieën overwogen moeten worden.

Linda Vlaar, Irene van Valkengoed, Vera Nierkens, Mary Nicolaou, Karien Stronks, Barend Middelkoop

Inleiding

Diabetes komt in verhouding veel voor bij Hindostaanse Surinamers.¹ Diabetes wordt bij Hindostaanse Surinamers over het algemeen op een lagere leeftijd vastgesteld en er is vaker sprake van aan diabetes gerelateerde klachten.¹⁻³ Het voorkomen of uitstellen van diabetes en diabetes gerelateerde klachten bij deze groep kan leiden tot belangrijke gezondheidswinst.⁴ Eerdere effectstudies laten zien dat een intensieve leefstijl-interventie diabetes kan voorkomen of uitstellen.⁵⁻⁷ Deze intensieve leefstijlinterventies zijn gericht op het verbeteren van voeding en beweging bij mensen met een hoog risico op diabetes. Studies met toepassing van de kennis en ervaring van deze succesvolle leefstijlinterventies in de dagelijkse praktijk, behaalden gematigde resultaten.⁸⁻¹¹ Het lijkt nuttig om een dergelijk intensieve leefstijlinterventie ook in de dagelijkse praktijk uit te





Op 4 juni 2014 is Linda Vlaar op dit onderzoek gepromoveerd. Een proefschrift is op te vragen bij Linda Vlaar zelf of (ten dele) in te zien via <http://hdl.handle.net/11245/1.417770>.

voeren bij Hindostaanse Surinamers. Eerdere leefstijlinterventies onder Hindostanen in Azië en Amerika bleken effectief te zijn in het voorkomen van diabetes bij deze hoog-risicogroep.^{5,12,13} Deze studies waren echter alleen gericht op mensen met overgewicht en/of (centrale) obesitas of waren niet toegepast in de dagelijkse praktijk. Ook gaven ze geringe informatie over de mate van gedragsverandering en verandering in de factoren die het gedrag beïnvloeden. Deze informatie is echter wel nodig om de leefstijlinterventie in te kunnen voeren in de praktijk. Om deze redenen is een intensieve leefstijlinterventie ontwikkeld voor Hindostaanse Surinamers.¹⁴⁻¹⁶ Deze interventie is aangepast aan de cultuur. Culturele aanpassingen lijken namelijk een positieve invloed te hebben op de effectiviteit van interventies bij specifieke populaties.

De effecten van deze cultureel aangepaste leefstijlinterventie zijn geëvalueerd in de DH!AAN-interventiestudie. De interventie is ontwikkeld voor toepassing in de dagelijkse praktijk. De opzet ervan is gebaseerd op een succesvolle leefstijlinterventie, gericht op voeding en bewegen, wat betreft het voorkomen of uitstellen van diabetes bij autochtone Nederlanders.¹⁷ Dit artikel beschrijft de effecten van de interventie op het verlagen van diabetes risicofactoren bij Hindostaanse Surinamers.

Methoden

Doelgroep

De onderzoekspopulatie bestaat uit deelnemers van de DH!AAN-studie, een twee jaar durende interventiestudie, ofwel een 'randomized controlled trial' in de praktijk. Doel van deze interventiestudie was het onderzoeken van de effecten van een cultureel aangepaste leefstijlinterventie wat betreft

verandering in gewicht (gewicht, BMI, buikomtrek en vet-massa), glucosemetabolisme, voeding en beweging onder Hindostaanse Surinamers (trial nummer NTR1499). DH!AAN betekent 'aandacht' en is tegelijk een acroniem: Diabetes preventie project bij HIndostAANse Surinamers in Den Haag.

Onderzoeksopzet

Samengevat zijn er 2.307 Hindostaanse Surinamers tussen de 18-60 jaar gescreend van een totaal van 10.583 Hindostaanse Surinamers die via 48 huisartsenpraktijken in Den Haag waren uitgenodigd. Een gedetailleerde beschrijving van de methode en het proces van aanpassen van de leefstijlinterventie aan de Hindostaanse Surinamers is elders te vinden.^{14-16,18}

Inclusie in de interventiestudie

Na de screening zijn deelnemers met een verstoorde bloedsuikervaarde en/of insulineresistentie uitgenodigd om deel te nemen aan de interventiestudie.¹⁴⁻¹⁶ Dit werd bepaald aan de hand van nuchtere glucosewaarde (nuchter glucose van 5,6–6,9 mmol/L), verstoorde glucose tolerantie (2-uurswaarde glucose van 7,8–11,0 mmol/L), een HbA1c-waarde van 6,0% (42 mmol/mol) of hoger, en/of een waarde van 2,39 of hoger voor de HOMA-IR (maat voor insulineresistentie). In totaal zijn 536 mensen willekeurig toegewezen aan de interventiegroep (n = 283) of aan de controlegroep (n = 253).

De studie is goedgekeurd door de medisch ethische commissie van het Academisch Medisch Centrum van Amsterdam. Alle deelnemers hebben zowel schriftelijk als mondeling toestemming gegeven.



Definities

DH!AAN	Diabetes preventie project bij Hindostaanse Surinamers in Den Haag; tevens Sarnami voor 'aandacht'.
HbA1c	Geglyceerde hemoglobine – een maat voor het gemiddelde van het glucose-gehalte in de voorafgaande weken.
HOMA-IR	Homeostasis model assessment of estimated insulin resistance – een methode om insulineresistentie te meten en wordt berekend aan de hand van nuchter insuline en nuchter glucose.
Motivational Interviewing	Een directieve methode waarbij de cliënt centraal staat en waarbij de intrinsieke motivatie om gedrag te veranderen wordt verhoogd door het exploreren en oplossen van de bij de patiënt aanwezige ambivalentie over zijn of haar gedrag.
Orale Glucose Tolerantie Test (OGTT)	Deze test bestaat uit nuchter bloedafname, drinken van een suikerdrankje (75 g) en twee uur later weer een bloedafname. Dit is een standaardtest om na te gaan of iemand diabetes of verstoorde nuchter plasma glucose en/of verstoorde twee-uurs plasma glucose (glucosegehalte twee uur na het drinken van het suikerdrankje) heeft.
Randomized Controlled Trial (Afgekort: RCT)	Onderzoeksoepzet waarbij deelnemers willekeurig worden toegewezen aan de interventie- dan wel de controlegroep. De RCT wordt beschouwd als de gouden standaard om het effect van een interventie vast te stellen.

training in motiverende gespreksvoering en waren bekend met de Hindostaans-Surinaamse cultuur en voeding. Er was speciale aandacht voor potentiële barrières en stimulerende factoren, specifiek voor de Hindostaans-Surinaamse populatie.¹⁵ Met het oog op steun van de familie bood de diëtiste een gezinsbijeenkomst bij de deelnemer thuis. Daarnaast kon de deelnemer meedoen aan twee kooklessen met een groep ter verhoging van het zelfvertrouwen en de vaardigheden rond het gezonder maken van traditionele gerechten. Tot slot konden alle deelnemers van de interventiegroep deelnemen aan een 20-weeken durend bewegingsprogramma 'bewegen op recept' onder begeleiding van getrainde coaches.²¹⁻²³

Controlegroep

Deelnemers in de controlegroep werden uitgenodigd om deel te nemen aan twee groepssessies geleid door studenten diëtetiek. Deze vonden plaats bij de start van de interventiestudie en na zes maanden. De inhoud van de sessies bestond uit algemene informatie over diabetes, gezonde voeding en beweging en het tweemaal uitreiken van een folder met eenvoudige leefstijladviezen.

Meetinstrumenten

Deelnemers aan zowel de interventie- als controlegroep werden gescreend aan de start van de interventiestudie en na één en twee jaar.^{14,16} Gewicht, lengte, buikomtrek, vetpercentage, bloeddruk, voeding en bewegen werden gemeten zoals eerder beschreven.^{16,18} Om glucose, HbA1c, insuline en lipide profiel te meten vond een nuchter bloedafname plaats. Ook kreeg men een orale glucose tolerantie test aangeboden. BMI werd berekend door gewicht (kg) te delen door het kwadraat van de lengte (m²).

Leeftijd en geslacht werden duidelijk aan de hand van de registraties van de huisartsen. Tijdens de initiële screening is gevraagd naar *opleidingsniveau*, gevolgd door een indeling in laag (lagere school of minder), gemiddeld (lager/middelbaar beroepsonderwijs of lager/middelbaar voortgezet onderwijs) of hoog (hoger beroepsonderwijs of universiteit). Deelnemers die in de 1^e of 2^e graad familie hadden met diabetes werden geclassificeerd als iemand die een familielid heeft met diabetes.

Analyse

Van 375 van de 536 deelnemers (195 in de interventiegroep, 180 in de controlegroep) waren gegevens beschikbaar voor de analyse van het effect op metabole maten. Voor 370 mensen (194 in de interventiegroep, 176 in de controlegroep) kon ook het effect op voeding en bewegen geëvalueerd worden. Voor deze groepen volgt eerst een beschrijving van de bloed-suikerwaarden, insulineresistentie, gewicht, bloeddruk, lipide profiel, voeding en beweging bij de start van de studie en na twee jaar. Voor de analyse van de verschillen in verandering na twee jaar tussen de interventie- en controlegroep is gebruik gemaakt van de intention-to-treat principe. Dit betekent dat

De interventie bestond uit individuele sessies waarin motiverende gespreksvoering (Motivational Interviewing) werd toegepast. Bij de leefstijlinterventie zijn de nationale richtlijnen voor gezonde voeding en beweging gebruikt.¹⁹⁻²⁰ De interventie was gebaseerd op een succesvol gebleken diabetes leefstijlinterventie wat betreft het voorkomen of uitstellen van diabetes onder autochtone Nederlanders.¹⁷ Diëtisten voerden de interventie uit als onderdeel van hun dagelijkse praktijk. De leefstijlinterventie bestond uit zes tot acht individuele leefstijlsessies in het eerste halfjaar, gevolgd door drie à vier vervolgsessies in de 18 maanden daaropvolgend. De diëtisten volgden een



alle deelnemers die aan een groep zijn toegewezen, betrokken worden in de analyse, ongeacht of zij de toegewezen interventie daadwerkelijk gevolgd of voltooid hebben. Ook is bekeken of de effecten verschillen tussen personen die bij de start van de studie een hoge of een lage body mass index (BMI onder of boven 27,5 kg/m²) hadden.

In alle analyses is $P < 0,05$ als statistisch significant beschouwd. Voor alle analyses is SPSS 20,0 (SPSS, Chicago, Ill.) gebruikt.

Resultaten

Basisgegevens deelnemers interventiestudie

De mediane leeftijd van de deelnemers was 45 jaar (range van 37-52 jaar). Van de deelnemers was 49,4% man en had 11,7% een laag opleidingsniveau (tabel 1). De interventie- en controlegroep verschilden aan de start van de interventiestudie niet op basis van leeftijd, opleiding, gewicht status, bloeddruk, lipide profiel of glucose metabolisme.

Effectiviteit van de leefstijlinterventie

In de interventiegroep waren na twee jaar positieve veranderingen in de metabole maten zichtbaar. Het gewicht en de 2-uurs

plasma glucose waren significant verbeterd ten opzichte van de controlegroep (tabel 2 op pagina 8). Het gemiddelde gewicht bij de interventiegroep daalde van 76,2 kg naar 75,4 kg, terwijl het gemiddelde gewicht bij de controlegroep vrijwel gelijk bleef. Daarbij daalde het 2-uurs plasma glucose van 6,0 mmol/L naar 5,7 mmol/L in de interventiegroep, terwijl deze in de controlegroep steeg van 5,5 mmol/L naar 5,9 mmol/L. Deze verschillen tussen de interventie- en controlegroep waren sterker bij personen met een hoge BMI bij de start van de studie, dan bij personen met een lage BMI.²⁴ Voor de overige metabole maten werd geen verschil gevonden tussen de interventie- en controlegroep. Bij deelnemers aan de interventiegroep bleken na twee jaar meer positieve veranderingen op het gebied van voeding en bewegen dan in de controlegroep, zij het dat de verschillen niet significant waren (tabel 3 op pagina 9).

Discussie

Over het algemeen waren in de interventiegroep positieve veranderingen zichtbaar wat betreft gewicht, glucose metabolisme, bloeddruk, lipide profiel, voeding en bewegen. Met name bij personen met een hoge BMI bij de start van de studie was sprake van een groter gewichtsverlies en verbetering in de 2-uurs plasma glucose in de interventiegroep ten opzichte van

Tabel 1. Basisgegevens van deelnemers van de interventiestudie.

	Interventiegroep n = 283	Controlegroep n = 253
Mediane leeftijd in jaren	45 (37-52)	44 (37-51)
Man (%)	136 (48.1)	129 (51.0)
Opleiding (%)		
Laag ^a	27 (9.9)	34 (13.7)
Gemiddeld ^b	192 (70.6)	172 (69.4)
Hoog ^c	53 (19.5)	42 (16.9)
Familie met diabetes mellitus type 2 (%) ^d	214 (77.8)	184 (74.5)
Gemiddelde body mass index in kg/m ²	28.1 (3.8)	27.2 (3.8)
Gemiddelde buikomtrek in cm		
Mannen	95.0 (10.5)	95.0 (11.4)
Vrouwen	90.4 (10.6)	91.1 (10.4)
Mediane systolische bloeddruk in mm Hg	125.7 (117.5-137.5)	125.0 (116.5-136.5)
Gemiddelde diastolische bloeddruk in mm Hg	83.3 (9.9)	82.7 (10.2)
Plasma glucose in mmol/l		
Gemiddelde nuchter plasma glucose	5.3 (0.6)	5.3 (0.5)
Mediane 2-uurswaarde plasma glucose	5.9 (5.0-7.0)	5.5 (4.8-6.9)
Mediane HbA1c in %	5.7 (5.4-5.9)	5.6 (5.4-5.9)
Median insulin in pmol/l	13.4 (9.6-17.5)	12.8 (9.6-17.1)
Gemiddelde LDL cholesterol in mmol/l	3.2 (0.8)	3.2 (0.9)
Mediane HDL cholesterol in mmol/l	1.2 (1.1-1.4)	1.2 (1.0-1.4)

Data zijn gepresenteerd als n (percentages), gemiddelden (standaarddeviatie) of medianen (Interkwartiel range)

a Lagere school of minder

b Lager/middelbaar beroepsonderwijs of lager/middelbaar voortgezet onderwijs

c Hoger beroepsonderwijs of universiteit

d Eerste en tweede graad



Tabel 2. Effecten van de leefstijlinterventie op metabole maten na 2 jaar onder Hindostaanse Surinamers met verhoogd risico op type 2 diabetes.

	Interventiegroep N=195		Controlegroep N=180		p-waarde
	Start studie	Na 2 jaar	Start studie	Na 2 jaar	
Gemiddeld gewicht in kg	76,2 (14,2)	75,4 (14,0)	74,2 (12,6)	74,0 (12,7)	0,042
Gemiddelde body mass index in kg/m ²	28,1 (4,1)	27,8 (4,0)	27,4 (3,7)	27,3 (3,7)	0,078
Gemiddelde buikomtrek in cm	93,7 (11,0)	93,9 (10,6)	92,5 (9,9)	93,6 (9,7)	0,756
Gemiddelde vetmassa in %	36,9 (9,1)	36,2 (10,0)	35,9 (9,6)	35,2 (9,2)	0,845
Gemiddelde bloeddruk in mmHg					
Systolisch	129,5 (16,9)	127,5 (16,2)	129,5 (19,1)	128,6 (17,9)	0,113
Diastolisch	83,4 (10,3)	82,0 (10,5)	83,2 (11,1)	82,6 (10,2)	0,065
Gemiddelde nuchter plasma glucose in mmol/L	5,3 (0,5)	4,9 (0,7)	5,3 (0,5)	5,0 (0,7)	0,331
Mediaan 2-uurs plasma glucose in mmol/L	6,0 (5,0-7,2)	5,7 (4,7-6,7)	5,5 (4,7-6,9)	5,9 (4,8-7,1)	0,021
Mediaan HbA1c in %	5,7 (5,4-5,9)	5,7 (5,5-6,0)	5,7 (5,4-5,9)	5,7 (5,5-5,9)	0,411
HbA1c in mmol/mol	39 (36-41)	39 (37-42)	39 (36-41)	39 (37-41)	0,411
Mediaan nuchter insuline in pmol/L	13,3 (9,5-17,0)	11,4 (8-17,5)	12,1 (9,4-16,2)	12,3 (8,6-16,0)	0,073
Mediaan HDL cholesterol in mmol/L	1,2 (1,1-1,5)	1,3 (1,2-1,6)	1,3 (1,0-1,5)	1,3 (1,1-1,5)	0,073
Gemiddelde LDL cholesterol in mmol/L	3,2 (0,8)	3,1 (0,9)	3,2 (1,0)	3,1 (1,0)	0,111

Data zijn gepresenteerd als gemiddelden (standaarddeviatie), medianen (interquartile range) of aantallen (percentages).

Een p-waarde kleiner dan 0,05 geeft een significant verschil tussen de interventie- en controlegroep aan.

de controlegroep. De veranderingen in bloeddruk, lipide profiel, voeding en bewegen na twee jaar verschilden echter niet significant tussen de interventiegroep en controlegroep.

Zoals verwacht had deze interventie onder Hindostaanse Surinamers, net als andere interventies onder ‘niet-zieke mensen’ in de dagelijkse praktijk, na twee jaar een beperkter effect dan interventies die zijn uitgevoerd onder streng gecontroleerde omstandigheden.^{5,7-12,25} In een eerdere analyse bleek zelfs na één jaar nog geen resultaat van de interventie.¹⁸ Dit kan komen doordat het effect van leefstijlverandering pas op de lange termijn zichtbaar wordt. Vermunt et al vond in een onderzoek onder de algemene bevolking bijvoorbeeld ook kleinere veranderingen na een half jaar dan na anderhalf of tweeënhalf jaar follow-up.^{8,26} Het zou dus kunnen dat ook kleine, niet-significante, positieve veranderingen in leefstijl in onze populatie op langere termijn een positief uitwerking hebben op het gewicht en glucose metabolisme en daarmee op het diabetes risico.

Het was niet mogelijk om te bepalen of het effect van de leefstijlinterventie te danken is aan het intensieve karakter van de interventie of aan de culturele aanpassingen. De inhoud van de groepssessie in de controlegroep was niet aangepast. Ondanks de veronderstelling dat twee groepssessies met algemene informatie weinig effecten zouden bewerkstelligen, zouden de deelnemers toch hun voeding en beweging hebben kunnen aanpassen. Dit zou tot een onderschatting van de verschillen tussen

de interventie- en controlegroep hebben geleid. Het ontbreken van veranderingen in de bestudeerde maten binnen de controlegroep na twee jaar spreekt dit echter tegen.

De bevinding dat de effecten van leefstijlinterventie sterker zijn bij met mensen met een hoge BMI dan met een lage BMI suggereert dat de interventie beter toepasbaar is in de eerste groep dan in de tweede.²⁴ Dit sluit aan bij het feit dat eerdere studies vooral personen met overgewicht geworven hebben.⁸⁻¹¹ Hindostaanse Surinamers hebben echter al een aantoonbaar hoog risico op diabetes bij een lage BMI. Voor deze subgroep zou mogelijk een andere benadering wenselijk zijn. Dit is een onderwerp voor vervolgonderzoek.

Het gevonden verschil tussen personen met een hoge en lage BMI pleit ook voor verder onderzoek naar de effectiviteit van de interventie binnen verschillende subgroepen. Wellicht hangt de effectiviteit van de interventie ook af van de aan- of afwezigheid van een verstoorde glucosetolerantie (bijvoorbeeld verstoorde 2-uurswaarde plasma glucose).¹³ Zo kan ook bepaald worden of de interventie voor deze subgroepen verdere aanpassingen behoeft. Over het geheel genomen zijn de culturele aanpassingen door de deelnemers echter als positief beoordeeld.²⁴

De resultaten kunnen vertekend zijn door selectieve deelname of selectieve uitval. De uitval in de studie was namelijk relatief hoog ten opzichte van andere studies in de praktijk.^{8,27,28} In eerdere analyses van de DHIAAN-studie bleek echter dat de



Tabel 3. Effect van de leefstijlinterventie op bewegen en voeding na 2 jaar onder Hindostaanse Surinamers met verhoogd risico op type 2 diabetes.

	Interventiegroep		Controlegroep		p-waarde
	Start studie N=194	Na 2 jaar N=165	Start studie N=176	Na 2 jaar N=150	
Bewegen					
Gemiddelde totale activiteit (min/wk)	2640,0 (1090,4)	2613,4 (1102,8)	2511,0 (1203,9)	2509,6 (1193,6)	0,802
Aantal middelmatig tot intensief actief	160 (82,5)	140 (84,8)	140 (79,5)	130 (86,1)	0,683
Voedingsinname*					
Fruit	83 (43,0)	80 (48,5)	68 (38,6)	72 (48,3)	0,759
Groenten	129 (66,5)	115 (69,7)	102 (58,0)	92 (61,3)	0,664
Volkoren producten	12 (6,2)	29 (17,6)	13 (7,4)	28 (18,7)	0,236
Regelmatig eten	107 (55,4)	116 (70,3)	98 (56,0)	92 (61,3)	0,259
Zilvervriesrijst	24 (12,4)	28 (17,0)	15 (8,5)	25 (16,7)	0,909

Data zijn gepresenteerd als gemiddelden (standaarddeviatie), medianen (interquartile range) of aantallen (percentages).

*Bij voedingsinname gaat het om het percentage mensen dat voldoet aan de norm voor het desbetreffende item (bijvoorbeeld twee stuks fruit). Een p-waarde kleiner dan 0,05 geeft een significant verschil tussen de interventie- en controlegroep aan.

interpretatie van de resultaten niet veranderde als de analyses rekening hielden met deze mogelijke vertekening.¹⁸ Desondanks toont het aan hoe moeilijk het in de praktijk is om in de totale doelgroep gezondheidswinst te behalen.

Een andere beperking van deze studie was het gebruik van zelfgerapporteerde vragenlijsten voor het navragen van voeding en bewegen. Zelfrapportage van gedrag kan recall bias (herinneringsbias) en sociaal wenselijke antwoorden opleveren.^{29,30}

Het is echter lastig aan te geven op basis van eerdere studies of dit over- of onderschatting van de effecten heeft.³¹⁻³³

Aangezien onze analyses gebaseerd zijn op verschillen tussen de interventie- en controlegroep, zal deze beperking vergelijkbaar zijn voor beide groepen.

De leefstijlinterventie voor Hindostaanse Surinamers met een verhoogd risico op diabetes was effectief, maar in beperkte mate. Het effect op gewicht en bloedsuikerwaarden werd vooral gevonden bij personen met een hoge BMI (boven de 27.5 kg/m²; obesitas) bij aanvang van de interventiestudie. Voor de groep die ondanks een lage BMI al een verstoorde bloedsuikerwaarde en/of insuline resistentie heeft is het de vraag of deze leefstijlinterventie wel de optimale manier is om diabetes te voorkomen. De interventie is intensief en vraagt een substantiële investering van de betrokken professionals en deelnemers. Om het hoge risico op diabetes in de totale Hindostaanse Surinaamse doelgroep te reduceren, zouden wellicht ook aanvullende of alternatieve preventieve strategieën overwogen moeten worden. Te denken is aan strategieën die zich richten op aanpassing van de specifieke leefstijldoelen voor de groep met een lage BMI of op aanvullende veranderingen in de omgeving. De precieze invulling en effecten van dergelijke maatregelen moeten echter nog onderzocht worden.



REFERENTIES

- 1 Middelkoop BJC, Kesarlal-Sadhoeram SM, Ramsaransing GN, Struben HWA. **Diabetes mellitus among South Asian inhabitants of The Hague: high prevalence and a age-specific socioeconomic gradient.** *Int J Epidemiol* 1999; 28: 1119-1123
- 2 Bindraban NR, Valkengoed IG van, Mairuhu G, Holleman F, Hoekstra JB, Michels BP et al. **Prevalence of diabetes mellitus and the performance of a risk score among Hindustani Surinamese, African Surinamese and ethnic Dutch: a cross-sectional population-based study.** *BMC Public Health* 2008; 8: 271.
- 3 Bos V, Kunst AE, Keij-Deerenberg IM, Garssen J, Mackenbach JP. **Ethnic inequalities in age- and cause-specific mortality in The Netherlands.** *Int J Epidemiol* 2004; 33(5): 1112-1119.
- 4 Webb DR, Gray LJ, Khunti K, Srinivasan B, Taub N, Campbell S et al. **Screening for diabetes using an oral glucose tolerance test within a western multi-ethnic population identifies modifiable cardiovascular risk: the ADDITION-Leicester study.** *Diabetologia* 2011; 54(9): 2237-2246.
- 5 Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA et al. **Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin.** *N Engl J Med* 2002; 346(6): 393-403.
- 6 Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P et al. **Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance.** *N Engl J Med* 2001; 344(18): 1343-1350.
- 7 Roumen C, Corpeleijn E, Feskens EJ, Mensink M, Saris WH, Blaak EE. **Impact of 3-year lifestyle intervention on postprandial glucose metabolism: the SLIM study.** *Diabet Med* 2008; 25(5): 597-605.
- 8 Vermunt PW, Milder IE, Welaard F, Vries JH de, van Oers HA, Westert GP. **Lifestyle counseling for type 2 diabetes risk reduction in Dutch primary care: results of the APHRODITE study after 0.5 and 1.5 years.** *Diabetes Care* 2011; 34(9): 1919-1925.
- 9 Ackermann RT, Cheng YJ, Williamson DF, Gregg EW. **Identifying adults at high risk for diabetes and cardiovascular disease using hemoglobin A1c National Health and Nutrition Examination Survey 2005-2006.** *Am J Prev Med* 2011; 40(1): 11-17.
- 10 Laatikainen T, Dunbar JA, Chapman A, Kilkkinen A, Vartiainen E, Heistaro S et al. **Prevention of type 2 diabetes by lifestyle intervention in an Australian primary health care setting: Greater Green Triangle (GGT) Diabetes Prevention Project.** *BMC Public Health* 2007; 7: 249.
- 11 Saaristo T, Moilanen L, Jokelainen J, Korpi-Hyovalti E, Vanhala M, Saltevo J et al. **Cardiometabolic profile of people screened for high risk of type 2 diabetes in a national diabetes prevention programme (FIN-D2D).** *Prim Care Diabetes* 2010; 4(4): 231-239.
- 12 Ramachandran A, Snehalatha C, Mary S, Mukesh B, Bhaskar AD, Vijay V. **The Indian Diabetes Prevention Programme shows that lifestyle modification and metformin prevent type 2 diabetes in Asian Indian subjects with impaired glucose tolerance (IDPP-1).** *Diabetologia* 2006; 49(2): 289-297.
- 13 Pan XR, Li GW, Hu YH, Wang JX, Yang WY, An ZX et al. **Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance.** The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care* 1997; 20(4): 537-544.
- 14 Vlaar EMA, Valkengoed IGM van, Nierkens V, Nicolaou M, Lammers R, Middelkoop BJC, Stronks K. **Diabetes preventie project bij HindostAANse Surinamers in Den Haag.** *Epidemiologisch bulletin* 2009; 44:3.
- 15 Nicolaou M, Vlaar EMA, Valkengoed IG van, Middelkoop BJC, Stronks K, Nierkens V. **Development of a diabetes prevention program for Surinamese South Asians in the Netherlands.** Health Promotion International 2013.
- 16 Vlaar EMA, Valkengoed IG van, Nierkens V, Nicolaou M, Middelkoop BJC, Stronks K. **Feasibility and effectiveness of a targeted diabetes prevention program for 18 to 60-year-old South Asian migrants: design and methods of the DHIAAN study.** *BMC Public Health* 2012; 12: 371.
- 17 Mensink M, Corpeleijn E, Feskens EJ, Kruijschoop M, Saris WH, Bruin TW de et al. **Study on life-style-intervention and impaired glucose tolerance Maastricht (SLIM): design and screening results.** *Diabetes Res Clin Pract* 2003; 61(1): 49-58.
- 18 Admiraal WM, Vlaar EM, Nierkens V, Holleman F, Middelkoop BJ, Stronks K et al. **Intensive life-style intervention in general practice to prevent type 2 diabetes among 18 to 60-year-old South Asians: 1-year effects on the weight status and metabolic profile of participants in a randomized con-trolled trial.** *PLoS One* 2013; 8(7): e68605.
- 19 Gezondheidsraad. **Richtlijnen voor een gezonde voeding: het ecologische perspectief.** 2011. Den Haag, Gezondheidsraad.
- 20 Kemper H, Ooijendijk W, Stiggelbout M. **Consensus over de Nederlandse norm voor gezond bewegen.** *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG)* 2000; 78(3): 180-183-183.
- 21 Hosper K, Deutekom M, Stronks PK. **The effectiveness of 'Exercise on Prescription' in stimulating physical activity among women in ethnic minority groups in the Netherlands: protocol for a randomized controlled trial.** *BMC Public Health* 2008; 8: 406.
- 22 Schmidt M, Absalah S, Nierkens V, Stronks K. **Which factors engage women in deprived neigh-bourhoods to participate in exercise referral schemes?** *BMC Public Health* 2008; 8: 371.
- 23 Gademan MG, Deutekom M, Hosper K, Stronks K. **The effect of exercise on prescription on physical activity and wellbeing in a multi-ethnic female population: A controlled trial.** *BMC Public Health* 2012; 12: 758.
- 24 Vlaar EMA. **Feasibility and effectiveness of a culturally targeted diabetes prevention program among South Asians in Dutch primary care: The DHIAAN study.** 2014. Uitgeverij BOXPress, 's Hertogenbosch. Ref type: Thesis/Dissertation
- 25 Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Aunola S, Cepaitis Z, Hakumaki M et al. **Prevention of diabetes mellitus in subjects with impaired glucose tolerance in the Finnish Diabetes Prevention Study: results from a randomized clinical trial.** *J Am Soc Nephrol* 2003; 14(7 Suppl 2): S108-S113.



- 26 Vermunt PW. **Type 2 diabetes prevention in Dutch primary care: the APHRODITE study.** 51-65. 2012. Ridderkerk, Tilburg University.
Ref Type: Thesis/Dissertation
- 27 Kontogianni MD, Liatis S, Grammatikou S, Perrea D, Katsilambros N, Makrilakis K. **Changes in dietary habits and their association with metabolic markers after a non-intensive, community-based lifestyle intervention to prevent type 2 diabetes, in Greece.** The DEPLAN study. *Diabetes Res Clin Pract* 2012; 95(2): 207-214.
- 28 Mensink M, Feskens EJ, Saris WH, Bruin TW de, Blaak EE. **Study on Lifestyle Intervention and Impaired Glucose Tolerance Maastricht (SLIM): preliminary results after one year.** *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27(3): 377-384.
- 29 Kremers SP, Visscher TL, Seidell JC, van MW, Brug J. **Cognitive determinants of energy balance-related behaviours: measurement issues.** *Sports Med* 2005; 35(11): 923-933.
- 30 Shephard RJ. **Limits to the measurement of habitual physical activity by questionnaires.** *Br J Sports Med* 2003; 37(3): 197-206.
- 31 Kaaks RJ. **Biochemical markers as additional measurements in studies of the accuracy of dietary questionnaire measurements: conceptual issues.** *Am J Clin Nutr* 1997; 65(4 Suppl): 1232S-1239S.
- 32 Kipnis V, Midthune D, Freedman L, Bingham S, Day NE, Riboli E et al. **Bias in dietary-report instruments and its implications for nutritional epidemiology.** *Public Health Nutr* 2002; 5(6A): 915-923.
- 33 Black AE, Cole TJ. **Biased over- or under-reporting is characteristic of individuals whether over time or by different assessment methods.** *J Am Diet Assoc* 2001; 101(1): 70-80.

OVER DE AUTEURS

Mw. E.M.A. Vlaar PhD was ten tijde van het onderzoek onderzoeker/promovenda op de Afdeling Sociale Geneeskunde, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam (UvA); nu is zij beleidsmedewerker/onderzoeker bij GGD Flevoland, **mw. dr. I.G.M. van Valkengoed** is universitair docent, Afdeling Sociale Geneeskunde, Academisch Medisch Centrum, UvA, **mw. dr. V. Nierkens** is docent Public Health en Eerstelijns-geneeskunde LUMC, Leiden, **dr. M. Nicolaou** is senior onderzoeker, Afdeling Sociale Geneeskunde, Academisch Medisch Centrum, UvA, **mw. prof. dr. K. Stronks** is hoogleraar Afdeling Sociale Geneeskunde, Academisch Medisch Centrum, UvA, **Prof. B.J.C. Middelkoop** is arts-epidemioloog, afdeling Epidemiologie, GGD Haaglanden en hoogleraar bij de afdeling Public Health en Eerstelijns-geneeskunde, LUMC, Leiden.
E-mail: l.strijbis@ggdflevoland.nl



Depressie in Den Haag in vergelijking met de andere drie grote steden nader bekeken

SAMENVATTING

INLEIDING

Ten opzichte van de andere drie grote steden heeft Den Haag een relatief hoog percentage inwoners met een verhoogde kans op een depressie. Dit artikel bevat een analyse naar het waarom en welke groepen in Den Haag hierin zo hoog scoren ten opzichte van de drie andere grote steden. De analyse richt zich op drie factoren die sterk samenhangen met het krijgen van een depressie, namelijk etnische achtergrond, opleidingsniveau en werksituatie.

METHODE

In 2008 en in 2012 is er onder de volwassen inwoners van de vier grote steden een gezondheidsenquête afgenomen. Onderdeel van deze gezondheidsenquêtes zijn tien vragen over depressieve kenmerken, de K10. In voorliggende analyse zijn de K10-uitkomsten van de gezondheidsenquête 2012 van Den Haag en de andere drie grote steden nader onderzocht op bekende determinanten voor depressie (leeftijd, geslacht, etnische achtergrond, opleiding, woon- en werksituatie) en op risicogroepen.

RESULTATEN

Den Haag kent in vergelijking met de andere grote steden een relatief hoog percentage mensen met depressieve gevoelens. Depressieve gevoelens worden veel vaker gezien bij mensen met een Turkse achtergrond, laag opgeleiden en mensen zonder werk in vergelijking met autochtone Nederlanders, mensen met meer dan basisonderwijs en mensen met werk. De verschillen met de drie andere grote steden kunnen niet worden verklaard door de bekende determinanten voor depressie.

CONCLUSIE

Er is op basis van de bekende determinanten geen afdoende verklaring te geven voor het relatief hoge percentage mensen met depressieve gevoelens in Den Haag. Den Haag scoort op al de onderzochte groepen relatief hoog.

Ten opzichte van de andere drie grote steden heeft Den Haag een relatief hoog percentage inwoners met een verhoogde kans op een depressie. Dit blijkt uit de gezondheidsenquêtes 2008 en 2012. Een nadere analyse daarvan geeft aan dat depressieve gevoelens in Den Haag vaker worden gezien bij mensen met een Turkse achtergrond, laag opgeleiden en mensen zonder werk. Het verschil tussen Den Haag en de andere drie grote steden is echter niet eenvoudig te verklaren. Gezien de gezondheidsrisico's van depressieve gevoelens en met het oog op tijdige interventie, is het van belang dat er nader onderzoek plaatsvindt naar de achterliggende beïnvloedbare factoren van depressie.

Paul Uitewaal en Renske Gilissen

Inleiding

In 2008 en in 2012 is er onder de volwassen inwoners van de vier grote steden een gezondheidsenquête afgenomen. Onderdeel van deze gezondheidsenquêtes zijn tien vragen over depressieve kenmerken (de K10), zie kader op pagina 13. De hoogte van de score op deze vragenlijst is gerelateerd aan de kans dat iemand een depressie heeft. Bij een lage score is de kans op een depressie zeer klein en bij een hoge score erg groot.

Aan de hand van de gezondheidsenquête 2008 zijn de verschillen in uitkomsten op de K10 tussen de stadsdelen van Den Haag bestudeerd. Uit deze analyse bleek dat depressie het meest voorkomt in de stadsdelen Centrum en Laak en het minst vaak in Leidschenveen, Segbroek en Scheveningen. Deze verschillen bleken echter goed te verklaren door verschillen in samenstelling van de bevolking tussen de stadswijken. Gecorrigeerd voor factoren die samenhangen met depressie (geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen, werksituatie, woonsituatie en etniciteit)

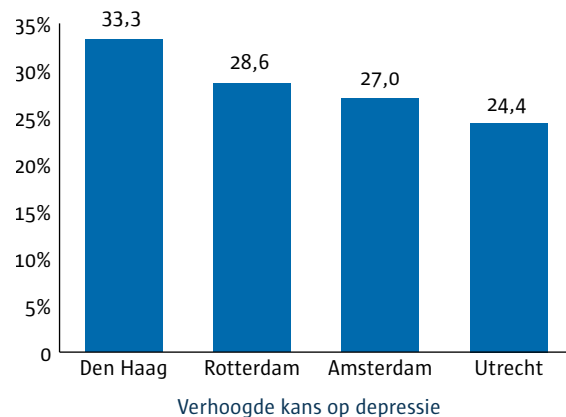


De 10 vragen van de K10

- 1 Hoe vaak voelde u zich erg vermoeid zonder duidelijke reden?
- 2 Hoe vaak voelde u zich zenuwachtig?
- 3 Hoe vaak was u zo zenuwachtig dat u niet tot rust kon komen?
- 4 Hoe vaak voelde u zich hopeloos?
- 5 Hoe vaak voelde u zich rusteloos of ongedurig?
- 6 Hoe vaak voelde u zich zo rusteloos dat u niet meer stil kon zitten?
- 7 Hoe vaak voelde u zich somber of depressief?
- 8 Hoe vaak had u het gevoel dat alles veel moeite kostte?
- 9 Hoe vaak voelde u zich zo somber dat niets hielp om u op te vrolijken?
- 10 Hoe vaak vond u zichzelf afkeurenswaardig, minderwaardig of waardeloos?

Er kon geantwoord worden op een 5-punts Likert schaal (altijd, meestal, soms, af en toe, nooit).

Figuur 1. Percentage mensen in de G4-gezondheidsenquête 2012 met een score op de K10 boven de 20 (verhoogd risico op het krijgen van een depressie).



bleken deze verschillen vrijwel te verdwijnen.¹ Uit de gezondheidsenquête 2008 bleek dat, in vergelijking met de drie andere grote steden, Den Haag een relatief hoog aantal mensen kent met een sterk verhoogd risico op het krijgen van een depressie (een score op de K10 ≥ 30 : Den Haag 9%, Amsterdam 7%, Rotterdam 8%, Utrecht 5%).² Een analyse van de uitkomsten van de G4-gezondheidsenquête 2012 laat opnieuw zien dat een relatief hoog percentage van de bewoners in Den Haag een verhoogd risico loopt op een depressie: score op de K10 ≥ 20 (figuur 1). De vraag dringt zich op waarom dit zo is.

De positief voorspellende waarde van de K10 voor een depressie (dus dat deel van de mensen dat daadwerkelijk een depressie heeft) bij afkappunt 20 is 0,41. Dit betekent dat 41% van de mensen boven dit afkappunt daadwerkelijk een depressie heeft. Dit komt erop neer dat 50.000 tot 55.000 mensen in Den Haag een depressie hebben.

In dit stuk worden de verschillen tussen Den Haag en de andere drie grote steden nader onderzocht. De vraag hierbij is: Kunnen de verschillen in score op de K10 tussen de vier grote steden verklaard worden uit de bekende determinanten voor depressie (leeftijd, geslacht, etnische achtergrond, opleiding, woon- en werksituatie)?³⁻⁵

Een hiermee samenhangende vraag is of er specifieke groepen aan te wijzen zijn die vooral verantwoordelijk zijn voor deze verschillen. Is het bijvoorbeeld zo dat mensen met een lage opleiding in Den Haag gemiddeld hoger scoren op de K10 dan deze groep in de andere grote steden? Anders geformuleerd: Wat zijn de verschillen in gemiddelde score op de K10 tussen de vier grote steden binnen de verschillende risicogroepen? Op deze manier wordt hopelijk duidelijk welke groepen binnen Den Haag een – in vergelijking met andere grote steden – relatief hoog risico lopen op het krijgen van een depressie en wordt getracht hiervoor een verklaring te vinden.

Methode

Voor het beantwoorden van de vragen is gebruikgemaakt van de gegevens van de G4-gezondheidsenquête 2012. De score op de K10 wordt ingedeeld in twee categorieën: een score lager dan 20 punten en een score van 20 of hoger. Een score lager dan 20 punten betekent dat de kans om een depressie te hebben klein is. Bij een score van 20 of hoger is deze kans duidelijk groter. Uit eerder onderzoek is bekend welke factoren (of determinanten) samenhangen met depressie.³⁻⁵ De belangrijkste factoren zijn leeftijd, geslacht, etnische achtergrond, opleiding, woon- en werksituatie. Hierbij zijn drie factoren aan te wijzen die bijzonder sterk samenhangen met het krijgen van een depressie. Dit zijn etnische achtergrond, opleidingsniveau en werksituatie. De verdiepende analyse is beperkt tot deze drie factoren. Bij etnische achtergrond is gekeken naar inwoners met een Turkse en Marokkaanse herkomst. Hoewel Den Haag ook een groot aantal inwoners kent met een Surinaamse achtergrond,

Tabel 1. Odds Ratio's van de verschillen in score op de K10: 1. ongecorrigeerd en 2. gecorrigeerd voor de verschillende determinanten. Gegeven is de OR met de betrouwbaarheidsintervallen tussen haakjes. Significante verschillen tussen Den Haag en de andere drie steden zijn vetgedrukt.

	Ongecorrigeerd	Gecorrigeerd
Utrecht	0,64 (0,58-0,71)	0,84 (0,75-0,94)
Amsterdam	0,74 (0,68-0,80)	0,86 (0,78-0,95)
Rotterdam	0,80 (0,74-0,86)	0,76 (0,68-0,84)
Den Haag Ref.	1,00	1,00

is dit niet apart geanalyseerd omdat het in Den Haag vooral gaat om mensen met een Surinaams-Hindostaanse achtergrond en in Amsterdam vooral om mensen met een Surinaams-Creoolse achtergrond. De gezondheidsenquête maakt geen onderscheid tussen deze groepen, waardoor een vergelijking tussen de steden niet goed mogelijk is. Het aantal geïnterviewde mensen met een overig niet-westerse herkomst is te divers om mee te nemen in de analyse.

Bij opleidingsniveau is de analyse beperkt tot mensen zonder opleiding of met alleen lagere school en mensen met een hogere opleiding. In eerder onderzoek bleek dat het verschil in depressiviteit het grootst was tussen deze groepen en minder uitgesproken tussen mensen met middelbaar onderwijs en hoger onderwijs.¹ Hierbij is telkens gecorrigeerd voor de genoemde bekende determinanten van depressie. Wanneer een verschil tussen twee steden na correctie voor bijvoorbeeld etnische herkomst verdwijnt, is de verklaring voor dit verschil dat er in de ene stad relatief meer mensen van deze etnische herkomst meededen aan de enquête. De vragen naar woon- en werksituatie uit de gezondheidsenquête zijn samengevat tot één variabele voor woonsituatie en één voor werksituatie. Met behulp van een multivariate logistische regressie analyse zijn de verschillen stapsgewijs geanalyseerd, waarbij Den Haag de referentiegemeente is.

Resultaten

Allereerst is gekeken of de verschillen tussen Den Haag en de andere steden verklaard kunnen worden vanuit verschillen in het voorkomen van bekende factoren die geassocieerd zijn met het hebben van depressieve gevoelens (tabel 1).

Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, etnische achtergrond en opleiding verdwijnen de verschillen tussen Utrecht en Amsterdam en Rotterdam, maar blijft er een – hoewel kleiner – verschil tussen Den Haag en de andere grote steden bestaan.

Vervolgens zijn de scores op de K10 tussen de gemeenten vergeleken voor mensen met eenzelfde etnische achtergrond, eenzelfde opleidingsniveau en eenzelfde werksituatie.

1. Etnische achtergrond (tabel 2)

Opvallend zijn de grote verschillen in score op de K10 tussen etnische groepen. Hierbij scoren de mensen met een Turkse en Marokkaanse achtergrond erg hoog.

Van de mensen met een Nederlandse achtergrond heeft in de vier grote steden (G4) gemiddeld 23,5% een verhoogde kans op een depressie (score ≥ 20 op de K10). Den Haag en Rotterdam scoren hierbij wat boven gemiddeld (beide 25%) en Amsterdam (23%) en Utrecht (21%) onder gemiddeld. Na correctie voor de overige determinanten zijn deze verschillen echter niet meer significant. Mensen met een Turkse achtergrond hebben in de G4 ruim 2,5 keer vaker een score van 20 of hoger op de K10 dan mensen met een Nederlandse achtergrond (60% van de Turkse respondenten in de G4 scoort 20 of hoger). Den Haag kent het hoogste percentage Turken met een verhoogde kans op een depressie (67%) gevolgd door Utrecht (66%). In Amsterdam en Rotterdam zijn deze percentages beduidend lager (Amsterdam 53%,

Den Haag kent het hoogste percentage inwoners met een verhoogde kans op een depressie (33%)

Tabel 2. Odds Ratio's van de verschillen in score op de K10:

1. ongecorrigeerd en 2. gecorrigeerd voor de verschillende determinanten bij drie etnische groepen (Nederlandse, Turkse en Marokkaanse herkomst). Gegeven is de OR met de betrouwbaarheidsintervallen tussen haakjes. Significante verschillen tussen Den Haag en de andere drie steden zijn vetgedrukt.

	Nederlandse herkomst		Turkse herkomst		Marokkaanse herkomst	
	Ongecorrigeerd	Gecorrigeerd	Ongecorrigeerd	Gecorrigeerd	Ongecorrigeerd	Gecorrigeerd
Utrecht	0,80 (0,70-0,91)	0,94 (0,81-1,09)	0,97 (0,59-1,57)	1,25 (0,72-2,17)	1,18 (0,74-1,87)	1,37 (0,28-2,31)
Amsterdam	0,88 (0,78-0,98)	0,96 (0,84-1,09)	0,56 (0,39-0,82)	0,68 (0,44-1,03)	0,91 (0,61-1,37)	1,02 (0,64-1,63)
Rotterdam	1,02 (0,92-1,13)	0,91 (0,79-1,04)	0,58 (0,42-0,81)	0,54 (0,33-0,87)	0,73 (0,48-1,10)	1,28 (0,68-2,43)
Den Haag Ref.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00



Tabel 3. Odds Ratio's van de verschillen in score op de K10:

1. ongecorrigeerd en 2. gecorrigeerd voor de verschillende determinanten bij mensen zonder opleiding of alleen basisschool en mensen die hoger opgeleid zijn. Gegeven is de OR met de betrouwbaarheidsintervallen tussen haakjes. Significante verschillen tussen Den Haag en de andere drie steden zijn vetgedrukt.

	Niet of laag opgeleid		Hoger opgeleid	
	Ongecorrigeerd	Gecorrigeerd	Ongecorrigeerd	Gecorrigeerd
Utrecht	0,99 (0,76-1,29)	1,07 (0,80-1,44)	0,73 (0,65-0,82)	0,81 (0,71-0,92)
Amsterdam	0,74 (0,60-0,90)	0,71 (0,57-0,89)	0,85 (0,77-0,94)	0,80 (0,80-0,999)
Rotterdam	0,69 (0,58-0,81)	0,54 (0,40-0,74)	0,93 (0,85-1,02)	0,72 (0,72-0,90)
Den Haag Ref.	1,00	1,00	1,00	1,00

Rotterdam 54%). Na correctie voor leeftijd, geslacht, opleiding, werksituatie en woonsituatie blijven er significante verschillen bestaan tussen Den Haag en Utrecht enerzijds en Amsterdam en Rotterdam anderzijds.

Mensen met een Marokkaanse achtergrond hebben twee keer vaker een score van 20 of hoger op de K10 (46,5%) dan mensen met een Nederlandse achtergrond. Ook bij deze groep zijn er verschillen tussen de vier grote steden. Dit aantal is vooral hoog in Utrecht (52%) gevolgd door Den Haag (48%) en Amsterdam 46%. In Rotterdam scoort 40% van de inwoners met een Marokkaanse achtergrond 20 of hoger. Na correctie voor leeftijd en geslacht verdwijnen deze verschillen tussen de steden echter. Verdere correctie voor opleiding, werksituatie en woonsituatie brengt hier geen verandering in.

2. Opleiding (tabel 3)

Een andere verdeling van groepen is de verdeling naar opleiding. Vooral mensen zonder opleiding of alleen basisschool scoren relatief hoog op de K10. Er is een analyse uitgevoerd binnen de groep laagopgeleiden (hoogst voltooide opleiding basisonderwijs) en binnen de groep hoger opgeleiden (hoogste voltooide opleiding hoger dan basisschool).

Ruim 51% van de laagopgeleiden in de G4 heeft een score van 20 of hoger op de K10. Hierbij bestaan er ongecorrigeerd binnen deze groep verschillen tussen de vier grote steden. Den Haag heeft het hoogste percentage (56%), gevolgd door Utrecht (55%). Dit percentage is hoger dan in Amsterdam (48%) en Rotterdam (46%). Deze verschillen tussen Den Haag en Utrecht enerzijds en Amsterdam en Rotterdam anderzijds blijven ook bestaan na correctie voor de genoemde determinanten. Mensen met een hogere opleiding dan basisschool scoren de helft zo vaak (24,5%) 20 of hoger op de K10 dan mensen met een lage opleiding. In Den Haag is dit percentage het hoogst (27%), gevolgd door Rotterdam (26%), Amsterdam (24%) en Utrecht (21%). De ongecorrigeerde verschillen tussen Den Haag en Amsterdam en Utrecht zijn daarbij significant. Na correctie blijven deze verschillen bestaan en verschilt Den Haag ook significant van Rotterdam.

3. Werksituatie (tabel 4)

Uit eerder onderzoek blijkt dat een erg hoog percentage van de mensen zonder werk, die moeten rondkomen van een uitkering (afgezien van gepensioneerden), hoog scoren op de K10 en dus een grote kans hebben depressief te zijn.⁶ Werkenden

Tabel 4. Odds Ratio's van de verschillen in score op de K10:

1. ongecorrigeerd en 2. gecorrigeerd voor de verschillende determinanten bij mensen zonder werk met uitkering, mensen met werk en overige situaties (pensioen, huisvrouw/-man, student). Gegeven is de OR met de betrouwbaarheidsintervallen tussen haakjes. Significante verschillen tussen Den Haag en de andere drie steden zijn vetgedrukt.

	Zonder werk met uitkering		Werkend		Overig	
	Ongecorrigeerd	Gecorrigeerd	Ongecorrigeerd	Gecorrigeerd	Ongecorrigeerd	Gecorrigeerd
Utrecht	0,79 (0,59-1,06)	0,95 (0,70-1,31)	0,60 (0,50-0,71)	0,69 (0,57-0,83)	0,82 (0,69-0,97)	0,88 (0,73-1,06)
Amsterdam	0,63 (0,49-0,81)	0,75 (0,57-0,96)	0,79 (0,68-0,92)	0,85 (0,72-1,00)	0,81 (0,71-0,92)	0,85 (0,74-0,98)
Rotterdam	0,63 (0,50-0,79)	0,65 (0,48-0,88)	0,81 (0,70-0,93)	0,76 (0,64-0,91)	0,93 (0,83-1,04)	0,82 (0,70-0,97)
Den Haag Ref.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

daarentegen scoren veel lager op de K10. Nagegaan is of er binnen de groepen mensen zonder werk met een uitkering, mensen met werk en de overige groepen (studenten, gepensioneerden, huisvrouw/-mannen) verschillen bestaan tussen de vier grote steden in het hebben van een verhoogde kans op een depressie. In de vier grote steden scoort gemiddeld 61% van de mensen zonder werk met een uitkering 20 punten of hoger op de K10 (Utrecht 62%, Amsterdam 57%, Rotterdam 57%, Den Haag 68%). Voor werkenden ligt dit bijna drie keer lager; van hen scoort 21% 20 of hoger op de K10 (Utrecht 17%, Amsterdam 21%, Rotterdam 21% en Den Haag 25%). Van de groep 'overig' heeft 27% een score van 20 of hoger. Ongecorrigeerd zijn er voor mensen zonder werk met een uitkering significante verschillen tussen Den Haag (68%) en Amsterdam en Rotterdam (beide 57%). Utrecht verschilt ongecorrigeerd met 62% niet significant van Den Haag. Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, etnische achtergrond en woonsituatie blijven de verschillen tussen Den Haag en Rotterdam en Amsterdam bestaan. Voor werkenden bestaan er significante verschillen tussen Den Haag enerzijds (25%) en de andere grote steden anderzijds (Amsterdam 21%, Rotterdam 21% en Utrecht 17%). Na correctie worden de verschillen tussen Amsterdam en Den Haag kleiner en net niet significant meer. Tussen Den Haag en Utrecht en Rotterdam blijven de verschillen bestaan. Ook in de groep overig (student/huisvrouw-man/gepensioneerd) steekt Den Haag relatief ongunstig af bij de andere grote steden (Den Haag 29%, Rotterdam 28% en Amsterdam en Utrecht beide 25%). Ongecorrigeerd zijn de verschillen tussen Den Haag en Utrecht en Amsterdam significant, gecorrigeerd verschilt ook Rotterdam significant van Den Haag, maar verdwijnt het verschil tussen Den Haag en Utrecht.

Bespreking en conclusie

Den Haag kent een relatief hoog percentage inwoners met een matig tot sterk verhoogd risico op een depressie (aantal mensen dat 20 of meer punten scoort op de K10). De verschillen tussen Den Haag en de andere steden kunnen niet verklaard worden vanuit verschillen in het voorkomen van bekende factoren die geassocieerd zijn met het hebben van depressieve gevoelens (geslacht, leeftijd, etnische achtergrond, opleiding en woon- en werksituatie). Met andere woorden: de verschillen zijn niet te verklaren door verschillen in samenstelling van de populatie in de steekproeven tussen de vier grote steden (bijvoorbeeld relatief veel laag opgeleiden, mensen met een Turkse achtergrond of werklozen in de steekproef). Na correctie voor deze factoren worden de verschillen tussen Den Haag en de andere grote steden kleiner, maar blijven wel bestaan. Vervolgens is gekeken naar de verschillen binnen de belangrijkste risicogroepen. Deze analyse is uitgevoerd voor de subgroepen: mensen met een Nederlandse, Turkse en Marokkaanse achtergrond, laag opgeleide mensen (hoogst voltwoide opleiding basisschool) en hoger opgeleide mensen (hoogst voltwoide opleiding



'Worn-out' door Vincent van Gogh.
Potlood op aquarelpapier, 50 x 32 cm
Van Gogh Museum, Amsterdam
(Vincent van Gogh Stichting)

hoger dan basisschool), en naar werksituatie: werk, zonder werk met uitkering, of student/huisvrouw-man/gepensioneerd. Binnen deze determinanten van depressie valt op dat, met uitzondering van mensen met een Marokkaanse achtergrond, Den Haag in vergelijking met de andere drie grote steden, consistent een hoger percentage respondenten telt dat 20 of hoger scoort op de K10.

De resultaten uit de gezondheidsenquête geven aan dat depressiescores tussen de etnische groepen verschillen. Voor inwoners met een Nederlandse en Marokkaanse achtergrond zijn de verschillen tussen de steden klein en na correctie voor leeftijd, geslacht, woon- en werksituatie niet significant. Zowel in Den Haag als Utrecht scoort een relatief hoog percentage mensen met een Turkse achtergrond 20 of hoger op de K10 (Den Haag (67%) en Utrecht (66%)). Dit is duidelijk hoger dan in Amsterdam (53%) en Rotterdam (54%), hoewel ook deze percentages nog altijd ruim twee keer hoger liggen in vergelijking met mensen van Nederlandse afkomst (gemiddeld 24%). Ook ander Nederlands onderzoek laat zien dat mensen met een Turkse achtergrond gemiddeld hoger scoren op de K10 dan andere etnische groepen.⁵ Kennelijk onderscheidt de Turkse minderheidsgroep in Nederland zich in dit opzicht van andere etnische groepen.



Dat depressie bij etnische minderheidsgroepen vaker voorkomt in vergelijking met de oorspronkelijke populatie is een bekend gegeven.⁶⁻⁷ Waarom depressie vaker voorkomt bij etnische minderheidsgroepen is niet zo duidelijk. Een verklaring kan gezocht worden in achtergrondkenmerken van de minderheidsgroepen: opvoeding, culturele overtuiging en normen, ontwikkeling van cognitieve copingsmechanismen en aanwezige omgevingsfactoren (medische voorzieningen, familie, sociaal netwerk, werk, discriminatie etc).⁸ Dit kan gemiddeld per etnische minderheidsgroep verschillen. De druk op migranten om hun traditionele waarden en normen te herzien (de-traditionalisering) is, gegeven de moderne maatschappij waarin men woont, groot. Het niet kunnen voldoen aan nieuw gestelde waarden en normen (eigen verantwoording, opleiding, zelfontplooiing, bevredigend werk) kan aanleiding zijn voor stress. Een vijandige buitenwereld (discriminatie) zal dit proces niet vergemakkelijken. In het artikel van Missinne⁷ wordt gesuggereerd dat er een samenhang bestaat tussen depressie en 'etnische discriminatie'. Mogelijk spelen migratiestress en acculturatieproblemen hierbij een rol spelen. Uit de cijfers van de gezondheidsenquête blijkt dat een wat lager percentage 2^e generatie migranten verhoogd scoort op de K10. Dit verloopt bij Turkse inwoners van 61% in de 1^e generatie naar 47% in de 2^e generatie en bij Marokkaanse inwoners van 47% in de 1^e generatie naar 38% in de 2^e generatie. Ook ander onderzoek laat geen verschil zien tussen 1^e en 2^e generatie migranten.⁷ Om het voorkomen van depressieve gevoelens binnen etnische groepen te verminderen, verdient het aanbeveling te zoeken naar beïnvloedbare factoren van depressie, die van toepassing zijn op etnische minderheidsgroepen en in het bijzonder op de Turkse groep.

Twee keer zoveel mensen zonder opleiding of alleen basisschool (51%) dan mensen met een hogere opleiding (25%) scoren hoog op de K10. Dit verschil blijft bestaan wanneer gecorrigeerd wordt voor andere factoren als leeftijd, geslacht, etnische achtergrond en werkstatus. Dat opleiding en depressie samenhangen zou verklaard kunnen worden doordat mensen met een hogere opleiding meer mogelijkheden krijgen aan hun welzijn te werken, meer kans hebben op de arbeidsmarkt en betere perspectieven hebben. Uit de literatuur blijkt dat laag opgeleide vrouwen vaker depressief zijn dan laag opgeleide mannen en dat dit verschil tussen mannen en vrouwen zou verdwijnen bij de hoogst opgeleide groep.⁹ Ook uit de G4-gezondheidsenquête blijkt dat laag opgeleide vrouwen vaker hoog scoren op de K10 dan mannen (54% van vrouwen met een lage opleiding scoort >20 punten op de K10 versus 44% van de laag opgeleide mannen). Dit verschil tussen mannen en vrouwen neemt wel iets af in de hoger opgeleide groepen maar verdwijnt niet (21,5 van vrouwen met een hoge opleiding scoort >20 punten op de K10 versus 14,4% van de hoog opgeleide mannen). Opvallend is het hoge percentage mensen zonder werk en afhankelijk van een uitkering dat hoog scoort op de K10.

In Den Haag is dit maar liefst 68%, maar ook in de andere steden is dit erg hoog (gemiddeld 59% in de andere drie steden). Al eerder werd geconstateerd dat zelfdoding ruim vijf tot acht keer vaker voorkomt bij mensen met een bijstands- of arbeidsongeschiktheidsuitkering dan bij mensen die geen uitkering ontvangen.¹⁰ De hieruit volgende aanbeveling dat uitkeringsverstrekkers een belangrijke rol kunnen vervullen in het signaleren en verwijzen van mensen met suïcidale gedachten, is vanuit dit gegeven goed te onderbouwen.

Samenvattend kent Den Haag in vergelijking met de andere grote steden een relatief hoog percentage mensen met depressieve gevoelens. Dit verschil laat zich niet eenvoudig verklaren. Depressieve gevoelens worden ten opzichte van de andere steden in Den Haag met name vaker gezien bij mensen met een Turkse achtergrond, laag opgeleiden en mensen zonder werk, maar ook bij mensen met een Nederlandse achtergrond, werkenden en mensen met wat hogere opleiding. Na correctie voor leeftijd, geslacht, etnische achtergrond, opleiding, woon- en werksituatie blijft het verhoogde voorkomen staan. Den Haag scoort, met uitzondering van de Marokkaanse minderheidsgroep, bij alle te onderscheiden groepen relatief hoog op de K10, hoewel dit verschil niet altijd met alle steden significant is. Depressie en depressieve gevoelens houden een ernstig gezondheidsrisico in. Mensen met lichamelijke aandoeningen én een depressie hebben een twee maal grotere kans op overlijden.¹¹ Depressie staat in Nederland op de zevende plaats op de lijst van ziekten met de hoogste ziektelast.¹²

Omdat er geen afdoende verklaring is voor het relatief hoge percentage mensen met depressieve gevoelens in Den Haag is het dan ook van belang nader onderzoek te doen naar de achterliggende beïnvloedbare factoren van depressie. Hierbij kan vooral worden gedacht aan die groepen waarbij depressieve gevoelens frequent voorkomen, zoals werkzoekenden met een uitkering, mensen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond en laag opgeleide mensen. Vervolgens zou gezocht moeten worden naar mogelijkheden om bij depressieve gevoelens vroegtijdig te kunnen interveniëren.

OVER DE AUTEURS

Dr. P.J.M. Uitewaal is senior wetenschappelijk medewerker, Productgroep Epidemiologie en Gezondheidsbevordering, GGD Haaglanden, **mw. dr. R. Gilissen** is epidemiologisch onderzoeker, GGD Haaglanden.



REFERENTIES

- 1 Uitewaal P. **Depressie in Den Haag; Het risico op depressie in de verschillende Haagse stadsdelen**. Epidemiologisch Bulletin, 2012, jaargang 47, nummer 1
- 2 Veelen JJ van, Dijk AP van, Ariëns GAM, et al. **G4 op gezondheid uitgemeten**. Over gezondheidsverschillen in de vier grote steden. Den Haag, november 2009.
- 3 De Graaf R, Ten Have M, Dorsselaar S van. **De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking**. Nemesis-2: opzet en eerste resultaten. Trimbos instituut, Utrecht, 2010.
- 4 Nationaal Kompas Volksgezondheid. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/depressie/welke-factoren-beinvloeden-de-kans-op-depressie/>
- 5 Wurff FB van der, Beekman AT, Dijkshoorn H, Spijker JA, Smits CH, Stek ML, Verhoeff A. **Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands**. J Affect Disord. 2004 Nov 15;83(1):33-41.
- 6 Limm H, Heinmüller M, Liel K, Seeger K, Gündel H, Kimil A, Angerer P. **Factors associated with differences in perceived health among German long-term unemployed**. BMC Public Health. 2012 27; 12:485.
- 7 Missinne S, Bracke P. **Depressive symptoms among immigrants and ethnic minorities: a population based study in 23 European countries**. Social psychiatry and Epidemiology. 2010.
- 8 CBS: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/allochtonen/publicaties/artikelen/archief/2013/2013-3933-wm.htm>
- 9 Chevalier A, Feinstein L. Sheepskin or Prozac: **The causal effect of education on depression**. 2007; UCD Geary Institute Discussion Paper Series; WP2007/15. University college Dublin.
- 10 Gilissen R, Bruin K de, Burger I, Hemert B van. **Kenmerken van personen overleden door zelfdoding**. Epidemiologisch bulletin, 2013; 48 (4): 7-14.
- 11 Cuijpers P, Smit F. **Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies**. Journal of Affective Disorders, 2002; 72(3): 227-236.
- 12 Nationaal Kompas Volksgezondheid. **Ziektelast in DALY's: Wat is de ziektelast in Nederland?** RIVM 2011.



Ontvangen kwetsbare ouderen voldoende hulp?

In de regio Zuid-Holland West is bijna een op de vijf 65-plussers kwetsbaar. Bij deze mensen is sprake van een opeenstapeling van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren met als gevolg een grotere kans op ernstige gezondheidsproblemen. Binnen de groep kwetsbare senioren geven met name mensen met een hoge opleiding, niet-westerse allochtonen en mensen die moeite hebben met rondkomen aan dat zij onvoldoende hulp ontvangen. Men mist vooral informele hulp bij het huishouden en heeft vaker een woning die over vijf jaar minder geschikt is om zelfstandig te wonen. Kenmerkend daarbij is dat zij eenzaam en sociaal uitgesloten zijn.

Cretien van Campen, Roelien Beuker, Elly Glerum

SAMENVATTING

INLEIDING

Het signaleren van kwetsbare ouderen en hen voldoende ondersteuning bieden is een belangrijke, maar moeilijke opdracht voor gemeenten.

METHODE

In dit artikel is in de regio Zuid-Holland West op basis van een grootschalig onderzoek onder 6.724 zelfstandig wonende senioren van 65 jaar of ouder onderzocht welke kwetsbare ouderen te weinig hulp ontvangen.

RESULTATEN

De resultaten laten zien dat de groep kwetsbare ouderen met onvoldoende hulp is te typeren als eenzaam en sociaal uitgesloten in vergelijking met de groep kwetsbare ouderen die wel voldoende hulp ontvangt.

DISCUSSIE

De gemeente kan op basis van deze inzichten gericht beleid voeren om in samenwerking met ouderenadviseurs en professionals kwetsbaarheid onder ouderen vroegtijdig te signaleren en passende ondersteuning te organiseren.

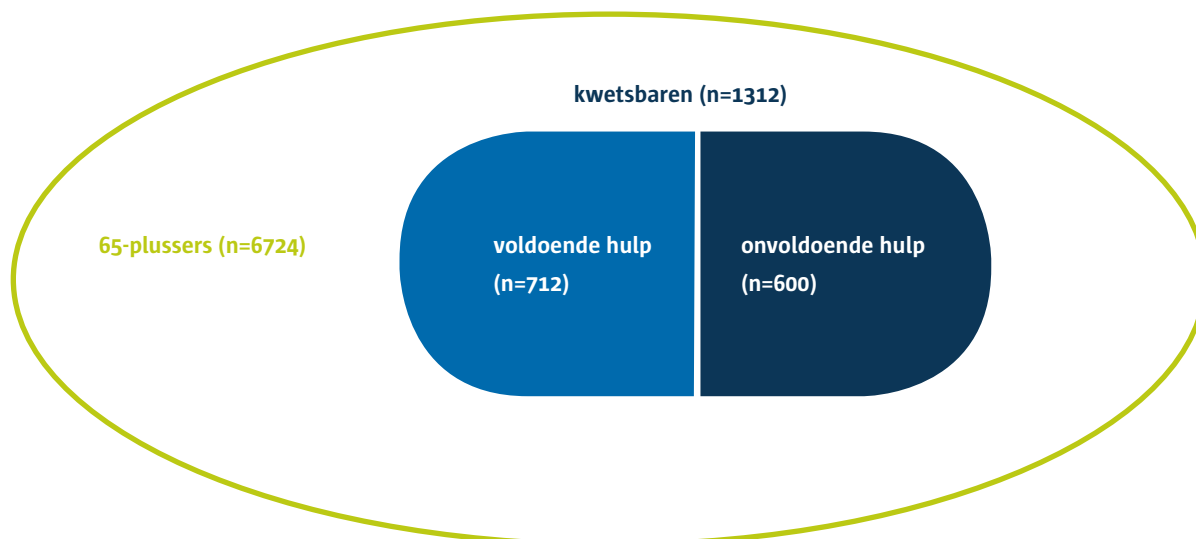
Inleiding

Gemeenten krijgen in toenemende mate aandacht voor de groeiende groep kwetsbare ouderen. Het blijkt echter voor veel gemeenten lastig om deze mensen te vinden en te achterhalen wat zij aan zorg en ondersteuning nodig hebben.

De gemeente heeft als taak een integraal aanbod van zorg, wonen en welzijn te creëren voor kwetsbare ouderen. Daarbij zijn ook medische disciplines en mantelzorgers betrokken. Veel gemeenten voeren dit beleid uit door middel van zogenoemde gesprekken aan de keukentafel, waar de hulpbehoefte van een kwetsbare oudere in kaart gebracht wordt. Ook wordt bekeken welke disciplines in afstemming met elkaar de juiste zorg en ondersteuning op maat kunnen bieden.

De omvang van het probleem hangt af van de definiëring van het begrip 'kwetsbaarheid bij ouderen'. Dit onderzoek is gebaseerd op de definitie dat kwetsbaarheid bij ouderen een proces is van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren, dat de kans vergroot op ernstige gezondheidsproblemen (functiebeperkingen, opname, overlijden).^{1,2} In Nederland is ongeveer een op de vier 65-plusser kwetsbaar.³ De percentages zijn hoger onder mensen met een lage sociaal-economische status, mensen met functiebeperkingen, multimorbiditeit en mensen die in een verzorgings- of verpleeghuis wonen.⁴ Sommige gemeenten hanteren andere definities die naast gezondheid ook kwetsbaarheid op de domeinen van wonen en welzijn omvatten en de zelfregie van ouderen als uitgangspunt nemen.

Figuur 1. Kwetsbare ouderen binnen de onderzoekspopulatie.



Een deel van de kwetsbare ouderen ontvangt voldoende zorg en ondersteuning. Op basis van een panelstudie onder mensen met chronische fysieke beperkingen bleek dat 44% van de kwetsbare ouderen voldoende zorg ontving. Een groot deel van de kwetsbare ouderen gaf aan meer ondersteuning nodig te hebben, vooral wat betreft hulp bij het huishouden, vervoersmogelijkheden en/of een betere kwaliteit van het collectief vervoer. Ook willen zij meer activiteiten die toegankelijk zijn voor mensen met een beperking en iemand die hen ondersteunt, zoals een vrijwilliger, maatje of buddy.⁵ Uit een ander bevolkingsonderzoek bleek dat zes van de tien kwetsbare ouderen geen extramurale of intramurale verpleging en verzorging ontvangen.⁶

Door de decentralisering en hervorming van de langdurige zorg zal de zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen meer regionaal en op gemeenteniveau ingevuld worden.^{7,8} Om een goed beeld te krijgen is het van belang om over regionale gegevens te beschikken. Eerder verscheen een factsheet met een vergelijking van kwetsbare ouderen met andere ouderen.⁹ Dit artikel beschouwt de zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen in de regio Zuid-Holland West aan de hand van de volgende vragen:

1. Welke kwetsbare ouderen vinden dat ze te weinig hulp ontvangen?
2. Wie zijn deze ouderen? Zijn ze extra kwetsbaar? In welke bevolkingsgroepen zijn ze te vinden? Welke zorg ontvangen ze al wel? Hoe wonen ze? Hoe participeren ze in de samenleving?
3. Wat kan de gemeente voor ze doen?

Methode

De gegevens zijn afkomstig uit het Gezondheidsonderzoek 2012. Dit onderzoek is in het najaar van 2012 uitgevoerd door de toenmalige GGD Zuid-Holland West bij inwoners van 19 jaar en ouder in de regio Zuid-Holland West. In totaal zijn gegevens

beschikbaar van 6.724 zelfstandig wonende senioren (65 jaar of ouder) in de gemeenten Delft, Leidschendam-Voorburg, Midden-Delfland, Pijnacker-Nootdorp, Rijswijk, Wassenaar, Westland en Zoetermeer.⁷

Operationalisatie van kwetsbaarheid

Om kwetsbare senioren in de regio Zuid-Holland West in kaart te brengen is in de vragenlijst de Tilburg Frailty Indicator (TFI) opgenomen. De TFI meet kwetsbaarheid aan de hand van vijftien vragen over kracht, voedingstoestand, uithoudingsvermogen, mobiliteit, lichamelijke activiteit, evenwicht, horen en zien (= lichamelijk domein), cognitie, stemming en coping (= psychisch domein), alleen zijn, sociale relaties en sociale steun (= sociaal domein). De TFI is ontwikkeld op basis van gesprekken met internationale deskundigen en in verschillende studies empirisch getoetst. Daaruit bleek dat het een betrouwbaar en valide meetinstrument van kwetsbaarheid bij ouderen is, dat onder meer langdurige opname in een zorginstelling en overlijden kan voorspellen. Op basis van deze onderzoeken zijn afkappunten bepaald voor kwetsbaarheid (overall) en voor de afzonderlijke domeinen (lichamelijk, psychisch en sociaal).¹⁰

Operationalisatie van (on)voldoende hulp

Een kwetsbare oudere heeft onvoldoende hulp wanneer aan één of meer van de volgende criteria is voldaan: de persoon heeft behoefte aan (extra) hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) OF huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL), OF een welzijnsvoorziening, OF ouderenvervoer. Het oordeel van de oudere zelf is dus leidend bij het bepalen van voldoende of onvoldoende hulp.

In dit onderzoek wordt binnen de groep kwetsbare ouderen een vergelijking gemaakt tussen de groep die onvoldoende hulp krijgt en de groep die voldoende hulp krijgt (zie figuur 1).



Resultaten

In de regio Zuid-Holland West is 18% van de 65-plussers kwetsbaar.⁹ Dat is lager dan het landelijk gemiddelde van 24%.³ Binnen de groep van kwetsbare 65-plussers in deze regio vindt bijna de helft (46%) dat ze onvoldoende hulp ontvangen ten aanzien van ADL, HDL, welzijnsvoorzieningen en/of ouderenvervoer (zie figuur 2).

Onder kwetsbare ouderen met onvoldoende hulp komt sociale kwetsbaarheid vaker voor dan onder kwetsbare ouderen met voldoende hulp (zie figuur 3). Lichamelijke en psychische kwetsbaarheid komt in beide groepen even vaak voor. Dit zou erop kunnen duiden dat fysieke en mentale problemen beter in beeld zijn bij de zorg. Sociale kwetsbaarheid is onderbelicht.

Demografische en sociaaleconomische kenmerken

Kijkend naar demografische en sociaaleconomische kenmerken laat figuur 4 zien dat kwetsbaarheid toeneemt met de leeftijd. Binnen de groep kwetsbaren echter blijft het aandeel dat onvoldoende hulp heeft ongeveer gelijk met toenemende leeftijd. Kwetsbaarheid komt vaker voor onder vrouwen, maar het aandeel dat onvoldoende hulp heeft verschilt nauwelijks tussen mannen en vrouwen.

Ouderen van niet-westerse herkomst zijn vaker kwetsbaar dan van Nederlandse en westerse herkomst. De niet-westerse migranten ontvangen vaker onvoldoende hulp. Zij maken blijkbaar minder gebruik van de gemeentelijke voorzieningen of doen daar minder snel een beroep op. Bij hoogopgeleiden komt kwetsbaarheid weliswaar minder vaak voor, maar de kwetsbaren in deze groep geven wel relatief vaak aan onvoldoende hulp te ontvangen. Dat zou kunnen betekenen dat ze hogere eisen stellen of minder een beroep doen op hun familie en vrienden. Kwetsbaarheid komt vaker voor bij senioren die moeite hebben met rondkomen. In deze groep is het aandeel dat onvoldoende hulp heeft relatief groot.

Uit de gegevens blijkt dus dat het wel of niet kunnen organiseren van hulp niet samenhangt met leeftijd en geslacht, en ook niet met inkomen. Niet-westerse allochtonen en mensen die moeite hebben met rondkomen hebben vaker onvoldoende hulp. Opvallend is dat ook kwetsbare senioren met een hoge opleiding relatief vaak aangeven onvoldoende hulp te hebben.*

Woonomgeving, zorggebruik en participatie

Naast eerdergenoemde kenmerken is ook gekeken of kenmerken als de woonomgeving, de feitelijk ontvangen informele en formele zorg en de mate waarin mensen participeren, verschil maken voor het ontvangen van voldoende of onvoldoende hulp. Kwetsbare senioren wonen vaker in een seniorenwoning, maar er is geen verschil tussen kwetsbaren die wel of niet voldoende hulp krijgen (zie tabel 1). Kwetsbaren die onvoldoende hulp krijgen geven vaker aan dan anderen dat hun woning over vijf jaar alleen geschikt is met aanpassingen, of dat de woning over vijf jaar niet meer geschikt is om zelfstandig te kunnen

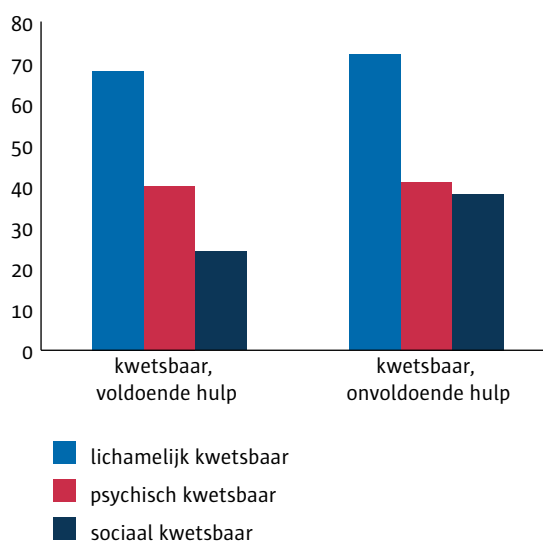
Figuur 2. Kwetsbare personen van 65 jaar en ouder met voldoende of onvoldoende hulp, naar gemeente (percentages).



■ kwetsbaar, voldoende hulp
■ kwetsbaar, onvoldoende hulp

Bron: GGD Zuid-Holland West, Gezondheidsonderzoek 2012.

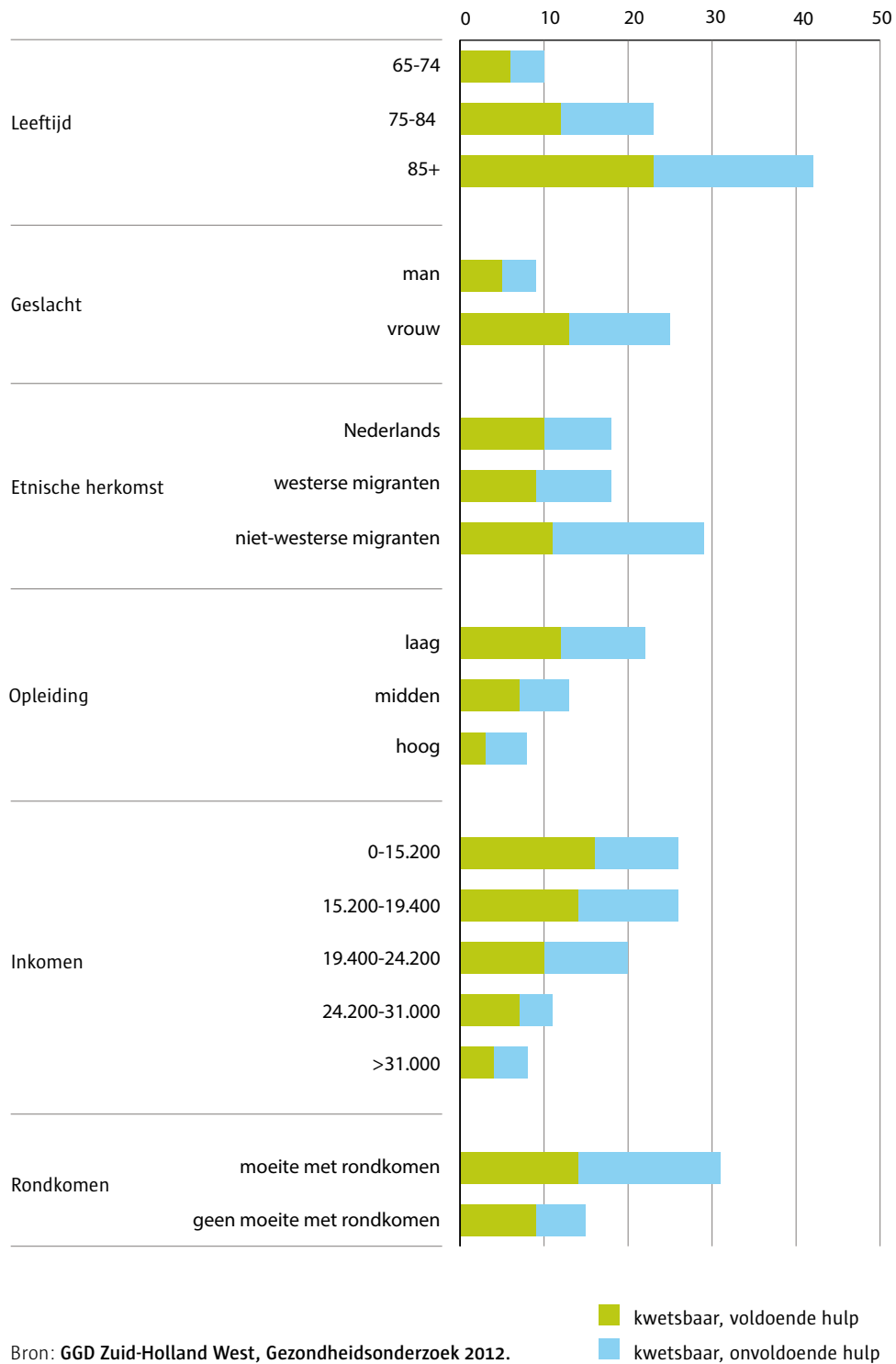
Figuur 3. Prevalentie van kwetsbaarheid bij kwetsbare ouderen met (on)voldoende hulp op de domeinen lichamelijk, psychisch en sociaal (percentages).



Bron: GGD Zuid-Holland West, Gezondheidsonderzoek 2012.

* Naar alleenstaanden is niet apart gekeken omdat de TFI een item 'woont alleen' bevat en een kruistabel tautologisch zou worden (zie ook discussie in Den Draak en Van Campen 2011).

Figuur 4. Percentage kwetsbare ouderen met (on)voldoende hulp naar achtergrondkenmerken (percentages).



wonen. De vraag rijst of kwetsbare ouderen die zeggen onvoldoende zorg te ontvangen ook echt minder zorg krijgen. Dat blijkt mee te vallen. Wat betreft hulp bij het huishouden (HDL) en hulp bij persoonlijke verzorging (ADL) ontvangen ongeveer evenveel personen formele hulp van de thuiszorginstellingen en gemeente. Er is wel een verschil in de informele hulp. In de doelgroep ontvangen ongeveer evenveel personen informele hulp bij ADL, maar minder personen ontvangen informele hulp

bij HDL. Ook na correctie voor demografische kenmerken blijven de verschillen significant. Kwetsbare senioren die onvoldoende hulp ontvangen voelen zich overigens niet minder zelfredzaam. Er is geen verschil in het gevoel de regie te hebben over het eigen leven. Kwetsbare senioren zijn vaker sociaal uitgesloten dan andere senioren, met name de kwetsbaren die onvoldoende hulp krijgen. Ook na correctie voor demografische verschillen tussen de twee



Tabel 1. Percentage ouderen dat gebruik maakt van bepaalde voorzieningen en overige kenmerken, onderscheiden in kwetsbare ouderen met voldoende hulp en kwetsbare ouderen zonder voldoende hulp.

	kwetsbare ouderen met voldoende hulp	kwetsbare ouderen zonder voldoende hulp
woont in een seniorenwoning	26%	26%
woning over 5 jaar niet meer geschikt of alleen met aanpassingen	32%	46%
ontvangt informele hulp bij ADL	18%	15%
ontvangt informele hulp bij HDL	37%	28%
ontvangt formele hulp bij ADL	24%	21%
ontvangt formele hulp bij HDL	53%	58%
heeft geen regie over het eigen leven	41%	45%
is enigszins tot sterk sociaal uitgesloten	27%	39%
heeft minimaal wekelijks een sociale activiteit	67%	61%
heeft minimaal wekelijks een verenigingsactiviteit	26%	29%
doet minimaal wekelijks iets voor een ander	22%	21%
is mantelzorger	9%	9%

Bron: GGD Zuid-Holland West, Gezondheidsonderzoek 2012.

groepen blijven de verschillen in sociale uitsluiting significant. Kwetsbare senioren die onvoldoende hulp hebben, lijken wat minder vaak sociale contacten te hebben, maar de verschillen zijn niet significant.

De doelgroep participeert niet minder in het verenigingsleven. Ze zijn niet minder lid van een vereniging, doen niet minder betaald werk, vrijwilligerswerk, mantelzorg, oppassen op kinderen, werk voor de kerk of klusjes bij anderen.

Conclusies en discussie

De groep kwetsbare ouderen met onvoldoende hulp onderscheidt zich van de groep kwetsbare ouderen met voldoende hulp, in die zin dat ze vaker sociaal kwetsbaar en sociaal uitgesloten zijn. Het gaat vaker om mensen met een hoge opleiding, niet-westerse allochtonen en mensen die moeite hebben met rondkomen. Belangrijke verschillen tussen de groepen kwetsbare ouderen die wel en niet voldoende hulp krijgen, zijn dat de laatste groep vaker informele hulp bij het huishouden mist en vaker een woning heeft die over vijf jaar minder geschikt is om zelfstandig te wonen.

Een beleidsaanbeveling voor gemeenten die hier uit volgt, is om de sociaal geïsoleerde kwetsbare ouderen vaker op te zoeken. Daarbij rijst de vraag door wie en op welke wijze de groep het beste gevonden kan worden. Wetenschappelijk onderzoekers en professionals pleiten vaak voor vroegopsporing van kwetsbare ouderen met korte screeningsachtige vragenlijsten zoals de GFI, ISAR, Easycare, Trazag of de in dit onderzoek gebruikte TFI. Uit een recent review door het RIVM blijkt echter dat professionele vroegopsporing zich sterk richt op het lichamelijke domein terwijl ouderadviseurs vaak meer aandacht hebben voor problemen op het gebied van welzijn en participatie.¹¹

De gemeenten in de regio Zuid-Holland West organiseren al activiteiten om de groep kwetsbare senioren te vinden en te ondersteunen. De ervaring is dat het vaak familie en mantelzorgers zijn die als eersten signaleren dat er meer hulp nodig is.¹² Soms zijn beide partijen afwezig. Ook komt het voor dat de kwetsbare ouderen hulp weigeren, de zogenaamde zorgwekkende zorgmijders.

De groep kwetsbare ouderen die onvoldoende hulp heeft zou via signalerende huisbezoeken door vrijwilligers van de welzijnsinstellingen gesignaleerd kunnen worden. Daarnaast kennen huisartsen en praktijkondersteuners bij huisartsen (POH-ers) vaak de kwetsbaren ouderen in hun praktijk wel. Zij zouden pro-actiever aandacht kunnen besteden aan deze doelgroep, bijvoorbeeld door hen te verwijzen naar de Zichtbare Schakel, de wijkverpleegkundige die bij een 'niet-pluis-gevoel' een bezoek kan gaan brengen.

In de nabije toekomst gaat er veel veranderen in de langdurige zorg voor kwetsbare ouderen. Door het beleid van zolang mogelijk zelfstandig wonen, zal het voor de kwetsbare ouderen moeilijker worden om voldoende zorg te ontvangen. Naast een al dan niet aangepaste woning is het van belang dat er in de omgeving bereikbare voorzieningen en diensten zijn. De persoonlijke hulp moet volgens dit beleid in eerste instantie komen uit de directe omgeving van familie en vrienden. Kwetsbare ouderen bij wie de leefsituatie zorgelijk is, kunnen gemeld worden bij de sociale wijkteams. De regisseur van het wijkteam zal dan actie ondernemen en verwijzen naar de juiste hulpverlening.

Ook de kwetsbare oudere zelf kan actie ondernemen. Met een vooruitziende blik zouden mensen vanaf 55 jaar kunnen gaan anticiperen op ouder worden. Een mogelijk instrument hiervoor

is de levensloopwijzer. Met dit (digitaal) instrument kan iemand anticiperen op het ouder worden. Het betreft verschillende levensgebieden zoals wonen, zorg en welzijn, financiën, sociale contacten en levenseinde. Per domein vult men in wat men op latere leeftijd denkt nodig te hebben en anticipeert daarop. Zoals aangetoond in verschillende projecten is de verbinding tussen gezondheids- en welzijnsbeleid daarbij belangrijk. Voorbeelden hiervan zijn het onderhouden van een sociaal netwerk (Vrienden maken kun je leren en andere trainingen), de kunst van het ouder worden, de kunst van het ouder zijn en Welzijn op recept.

OVER DE AUTEURS

Dr. C. van Campen is senior onderzoeker ouderen en welbevinden bij het Sociaal en Cultureel Planbureau en associate lector Toegepaste gerontologie aan de hogeschool Windesheim. **Mw. Drs. R. Beuker** is epidemiologisch onderzoeker bij GGD Haaglanden, **Mw. E. Glerum** is functionaris gezondheidsbevordering bij GGD Haaglanden.
E-mail: c.van.campen@scp.nl

REFERENTIES

- 1 Gobbens RJJ, Van Assen MALM, Wijnen-Sponselee Mth, Schols JMGA. (2010e). **The Tilburg Frailty Indicator: Psychometric Properties**. In: J Am Med Dir Assoc, jg. 11, nr. 5, p. 344-355.
- 2 Gobbens RJ, Assen MA van, Luijkx KG, Schols JM. **The predictive validity of the Tilburg Frailty Indicator: disability, health care utilization, and quality of life in a population at risk**.
- 3 Campen C van. **Kwetsbare ouderen**. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. 2011.
- 4 Den Draak M, Campen C van. **Kwetsbare ouderen in Nederland**. In: Campen C van. (red.) Kwetsbare ouderen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. 2011.
- 5 Marangos AM, De Klerk M. (2011) **Gemeentelijke ondersteuning**. In: Campen C van. (red.) Kwetsbare ouderen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. 2011.
- 6 Den Draak M, Campen C van. **Kwetsbare ouderen zonder thuiszorg**. TSG, jrg 90, nr. 4, p. 235-242. 2012.
- 7 TK (2012/2013a). **Toekomst awbz; Brief staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst**. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012/2013, 30597, nr. 296.
- 8 TK (2013/2014b). **Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015)**. Memorie van toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33841, nr. 3.
- 9 Factsheet **Kwetsbare senioren in Zuid-Holland West**. GGD Haaglanden, 2014. (www.ggdhaaglanden.nl/publicaties).
- 10 Gobbens RJ, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee Mth, Schols JMGA. (2010c). **Towards an integral conceptual model of frailty**. In: J Nutr Health Aging, jg. 14, nr. 3, p. 175-181. Van Campen, a.w. 2011.
- 11 S. De Bruin S et al. **Vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen; op weg naar betere aansluiting bij wat ouderen zelf willen en kunnen**. De Bilt: RIVM. 2014.
- 12 De Klerk M. et al. **Hulp geboden; Een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van (meer) informele hulp**. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau. 2014.



Focus GGD op OGGZ en epidemiologisch onderzoek

“Delft Kennisstad is een stad waar mensen graag willen wonen, werken en studeren. Een stad waar zorg en ontspanning in de buurt is. Een stad waar het veilig opgroeien is en mensen gezond ouder kunnen worden. Waar allerlei voorzieningen zijn om prettig en zelfstandig te kunnen wonen en leven. En waarin mensen voor elkaar zorgen, met een zeer betrokken naaste omgeving en vrijwilligersnetwerk.” Aldus de ‘Sociale Visie 2014-2018’ van het gemeentebestuur Delft.¹ Om deze situatie te realiseren zijn er ook op het gebied van volksgezondheid speerpunten van beleid. In onderstaand interview vertelt wethouder Raimond de Prez (PvdA) voor wonen, stedelijke vernieuwing en zorg, wat de uitdagingen zijn. Voor GGD Haaglanden ziet hij daarbij vooral een rol op het gebied van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) en epidemiologisch onderzoek.

Liesbeth van Dalen

Delft heeft een gezondheid die past bij een stad, stelt De Prez. Het is een relatief jonge stad met honderdduizend inwoners. Van de ongeveer 20.000 studenten wonen er naar schatting 13.000 in de stad. Daarom kent Delft minder vergrijzingsproblematiek en voldoet de stad ruimschoots aan de beweegnorm. Het alcoholgebruik daarentegen is er hoog. Uit de factsheet van de GGD Zuid Holland West anno 2012² blijkt dat de stad ten opzichte van andere gemeenten meer mensen met een laag inkomen telt, meer mensen zich sociaal uitgesloten voelen en dat Delftenaren minder tevreden te zijn over hun woonomgeving. Dat laatste heeft volgens De Prez deels te maken met de openbare ruimte. “Delft heeft veel sociale woningbouw en in sommige wijken is lange tijd geen onderhoud gepleegd in afwachting van een geplande herstructurering. Deze herstructurering is

echter deels stop gezet als gevolg van de vastgoedcrisis en het feit dat de woningcorporaties geld moesten afdragen aan de rijksoverheid. Bovendien hebben de corporaties minder te besteden omdat hun huizen minder waard zijn.”

Voor de komende jaren kent het volksgezondheidsbeleid van de stad twee speerpunten: meer bewegen en tegengaan van alcoholgebruik onder jongeren.

De Prez: “Het thema bewegen organiseren we samen met sportverenigingen in de stad. We hebben ervoor gekozen omdat bewegen, sport en spel veel positieve neveneffecten heeft. Het is positief voor het bewegingsapparaat en voor de algehele gezondheidstoestand én het biedt mensen de kans om uit een sociaal isolement te komen. Sport en spel is leuk en iets waar mensen graag aan meedoen, daarmee is het een makkelijke setting om andere gezondheidsaspecten aan te kaarten.”

Het tweede speerpunt is de aanpak van verslavingsproblematiek, met name het alcoholgebruik en -misbruik onder jongeren. “Delft heeft de alcoholpoli van Dr. vd. Lely en hij heeft veel gedaan om mensen bewust te maken van het feit dat alcohol veel ongezonder is voor kinderen dan het is voor volwassenen. Dat heeft geleid tot een alcoholpreventieplan om samen met onder andere Brijder Verslavingszorg en de Sportraad het alcoholgebruik en -misbruik onder jongeren verder terug te dringen.”

Wat betreft het inschakelen van diensten van GGD Haaglanden wijst De Prez eerst op het feit dat in Delft, in tegenstelling tot een aantal andere steden, de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) losstaat van de GGD en in een aparte stichting is ondergebracht.

Vervolgens benadrukt hij het grote belang van het epidemiologisch onderzoek van de GGD, de GGD als expertisecentrum. “Daardoor krijg je veel beleidsinformatie die vergelijkbaar is en meer context biedt.



Raimond de Prez,
Wethouder voor
wonen, stedelijke
vernieuwing en zorg
(PvdA) in Delft

Tweede belangrijke punt is dat beide OGGZ-centrum-gemeenten (Delft en Den Haag) nu in één organisatie zijn ondergebracht. We kunnen van elkaar leren en schaalvoordeel halen. Dat geldt ook op het gebied van gezondheidsbevordering. Diensten als infectieziektebestrijding en ambulancezorg daarentegen zie ik vooral als reguliere gemeentelijke dienstverlening.” Ten aanzien van de speerpunten in Delft liggen er volgens De Prez voor de GGD – behalve het geven van voorlichting in het preventieve domein – geen specifieke taken in de aanpak van alcoholgebruik. “Die aanpak is aan verslavingsartsen en Brijder uitbesteed. Delft is een regiegemeente. Dit houdt in dat een aantal partijen van de gemeente de opdracht hebben gekregen om samen een aanbod te doen voor de uitvoering van gezondheids- en welzijns-taken. We gaan niet meer met elke partij afzonderlijk in overleg. Onze visie is: zij zijn de experts en wij zijn degenen die de opdracht geven. Dus we laten aan de experts over hoe ze invulling willen geven aan die opdracht en gezamenlijk afspraken maken over de te behalen resultaten. De GGD kan met de specifieke expertise in samenwerking met deze partijen een bijdrage leveren aan de gezondheid en het welzijn van de bevolking.”

De toekomst voor GGD Haaglanden

De Prez is naast ‘gemeente die gebruikmaakt van diensten van de GGD’ tevens bestuurder van GGD Haaglanden. In die context ziet De Prez een belangrijke taak voor GGD Haaglanden in het leggen van de verbinding tussen de WMO-zorg van de gemeente en de curatieve zorg van de eerste en tweede lijn. “De GGD zit daar nu nog tussenin. Het streven moet zijn er een samenhangend geheel van te maken, zodat er samenhang is tussen wat de huisarts doet en er in het ziekenhuis gebeurt en wat er thuis wordt gedaan door thuiszorg, huishoudelijke hulp, begeleiding en lichte persoonlijke verzorging. Daar zie ik een grote uitdaging voor de GGD.”

Verder verwacht De Prez niet dat er voor de GGD nieuwe terreinen komen. Wel worden sommige terreinen intensiever. “Ik denk vooral aan de OGGZ. Daar tref je vaak het sluitstuk van zeer ongezond gedrag en het is tegelijkertijd een plek waar mensen vanuit een crisissituatie terechtkomen en vatbaar zijn voor hulp en het verbeteren van hun leven. Daar speelt de GGD een heel belangrijke rol in. Je zult een toename zien van mensen die ontspoord zijn omdat ze onvoldoende preventieve zorg ontvangen via



Mijn overtuiging is dat er meer aandacht moet naar de zorg voor mensen met GGZ-problematiek

de reguliere zorg. Ook zullen door de toenemende druk op de sociale woningbouw en het verlies van inkomen meer mensen in de schulden komen en dak- of thuisloos kunnen worden. In dergelijke acute situaties zou de GGD een rol moeten kunnen spelen.” Ten slotte zal er volgens De Prez op het terrein van infectieziektebestrijding het nodige te doen zijn. “Den Haag heeft zijn expats en wij hebben onze studenten van over de hele wereld. Met de internationalisering van de samenleving komen ook allerlei ziektes binnen.”

Heroriëntatie op gezondheid, zorg en ondersteuning

Op 28 augustus jl. zonden de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een brief aan de Tweede Kamer inzake publieke gezondheid. Duidelijk is dat het denken over gezondheid verandert van begrippen als ‘ziekte, zorg en afhankelijkheid’ naar ‘gezondheid, preventie en eigen kracht’. In deze context wil het ministerie de rol van de GGD versterken wat betreft toezicht en controle op gezondheidsrisico’s, integrale aanpak van preventie, beleidsadvisering in het sociale domein en in de ondersteuning van sociale wijkteams en het leggen van nieuwe verbindingen tussen preventie, zorg en ondersteuning in de buurt.

De Prez begrijpt deze keuzes. “De grote beweging in de zorg is dat er steeds meer zorg thuis en zorg aan huis is. Dat betekent ook iets voor het toezicht op gezondheid. Als mensen in een verzorgingstehuis zitten is er naast de zorg ook toezicht op zorg en

welzijn, er is een evacuatieplan en een rampenplan en is bekend waar kwetsbare mensen zitten. Dat is wezenlijk anders wanneer mensen langer thuis blijven wonen. Dan zitten ze verspreid door de hele stad. De vraag is wie dan toeziet op het algemeen welzijn van de mensen en gezondheidsrisico’s en wie er verantwoordelijk is in het geval van evacuatie. Op dit punt zal de GGD zich moeten heroriënteren op haar taak en opvattingen.

In mijn overtuiging is het belangrijkste ijkpunt de zelfstandigheid van mensen. Mensen denken niet in termen van zorg of welzijn. Nee, ze denken aan zelfstandigheid en aan comfort en hoe ze oud willen worden. Ze vragen zich af hoe ze dat moeten organiseren als ze het zelf niet meer kunnen. Alle zorg, begeleiding en hulp aan huis moeten daarop gericht zijn. De GGD moet het lokale perspectief voor ogen houden en kan een rol spelen om de samenhang te bewaken, bijvoorbeeld door onderzoeksgegevens te leveren ten behoeve van beleid.”

De Prez geeft als voorbeeld dat, dankzij dergelijk systematisch onderzoek, bekend is dat zeventig procent van dak- en thuisloosheid ontstaat door huurachterstand. “Daardoor konden we beleid ontwikkelen en het bleek verrassend eenvoudig om er iets aan te doen. Zodra er na één keer niet wordt betaald, moet er actie zijn. Dan ontstaat die achterstand niet. ‘Even wachten’ is echt niet sociaal, want binnen drie maanden is de schuld onbeheersbaar. We zien nu dat het aantal huisuitzettingen terugloopt en tegelijk dat de samenstelling in de maatschappelijke opvang verandert. Het zijn meer jonge mensen, meer mensen met een allochtone achtergrond of met sluimerende GGZ-problematiek die acuut wordt. Dat bevestigt mijn overtuiging dat er meer aandacht moet naar de zorg voor mensen met GGZ-problematiek. Dat is de nieuwe maatschappelijke opgave.”

REFERENTIES

- 1 **De Sociale Visie Delft 2014 – 2018** is een eenmalige uitgave van de gemeente Delft.
Teksten: Sibylle van der Lem, Anne-Margot van Eijck, Nico Vesseur e.a. www.delft.nl/keerpunt
Delft, Januari 2014
- 2 Factsheet **Gezondheid en welzijn van volwassenen en senioren in de gemeente Delft**.
Resultaten van het Gezondheidsonderzoek 2012

OVER DE AUTEUR

Mw. E.M. van Dalen is onder andere eindredacteur en redactiesecretaris van het Epidemiologisch Bulletin.



In de rubriek Gezondheid in cijfers belichten we kort een onderwerp met betrekking tot de gezondheid van de inwoners van de regio Haaglanden. De cijfers zijn afkomstig uit recent onderzoek.

Mantelzorg geven

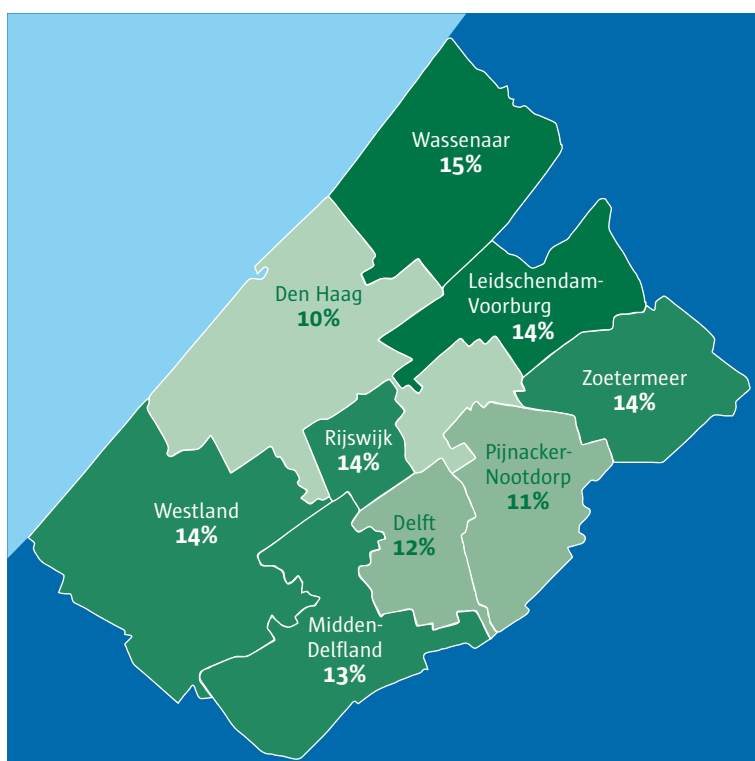
Mantelzorg is de zorg die mensen vrijwillig en onbetaald geven aan mensen met een fysieke, verstandelijke of psychisch beperking. Deze zorg kan verleend worden aan familieleden, huisgenoten of mensen in het sociale netwerk (vrienden, kennissen, burens). Van de volwassen inwoners in Haaglanden geeft 12% langdurig of intensief mantelzorg (langer

dan 3 maanden en/of meer dan 8 uur per week). Dit is vergelijkbaar met gemiddeld in Nederland (13%)¹. Binnen Haaglanden varieert het percentage mantelzorgers van 10% in Den Haag tot 15% in Wassenaar (figuur 1). Het percentage Haagse mantelzorgers is vergelijkbaar met het percentage in Amsterdam, Rotterdam en Utrecht.

Een op de acht volwassenen geeft mantelzorg

Mantelzorg wordt vaker gegeven door vrouwen en door mensen in de leeftijdsgroep 50 t/m 64 jaar. 35-64-jarigen geven het meest mantelzorg aan hun ouder(s) of schoonouder(s), 75-plussers geven vooral mantelzorg aan hun partner.

Figuur 1. Percentage volwassenen dat mantelzorg geeft, naar gemeente. Deze cijfers zijn afkomstig uit de Gezondheidsenquête 2012.



14% van de mantelzorgers voelt zich tamelijk zwaar belast tot overbelast. Deze zware belasting wordt relatief vaak ervaren door mantelzorgers van het vrouwelijk geslacht, met een niet-westerse herkomst, met een laag inkomen of mantelzorgers die moeite hebben met rondkomen.

Meer informatie over de gezondheid van inwoners in Haaglanden is te vinden op www.ggdhaaglanden.nl/publicaties.

REFERENTIES

1 Bron: Gezondheidsenquête 2012



Cursussen NSPOH

De Netherlands School of Public & Occupational Health is gespecialiseerd in hoogwaardig onderwijs op (post)academisch niveau en biedt opleidingen en trajecten aan professionele organisaties op het brede terrein van maatschappij en gezondheid, arbeid en gezondheid en sociale zekerheid. De komende maanden organiseert NSPOH onder andere de volgende cursussen/bijeenkomsten:

Inleiding in kwalitatief onderzoek

In deze module leert u hoe u een kwalitatief onderzoek opzet en hoe u de gegevens systematisch analyseert. Doelgroep: artsen Maatschappij & Gezondheid (M&G), bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, gezondheidswetenschappers, leidinggevend en beleidsmedewerkers die op academisch denk- en werkniveau minstens vier jaar werkzaam zijn in de gezondheidszorg.

Data: vrijdag 6 en 27 februari en 6 maart 2015

Kosten: € 1185

Locatie: Utrecht

Strategie en beleid in de publieke gezondheid

In deze module maakt u een krachtenveldanalyse en ontwikkelt u een slimme strategie voor een integrale aanpak van gezondheid.

Doelgroep: beleidsmakers, projectleiders, afdelingsmanagers, artsen en onderzoekers met een academisch denk- en werkniveau en werkzaam in de sector volksgezondheid. Bijvoorbeeld bij GGD, gemeente, universiteit, ministerie, thuiszorg, (koepel) van zorgverzekeraars, gezondheidsinstituut of een andere zorginstelling/bedrijf op het gebied van volksgezondheid.

Data: donderdag 12 en 26 maart, 9 en 23 april, 21 mei, 4 en 18 juni 2015

Kosten: € 4110

Locatie: Utrecht

Inlichtingen over alle cursussen bij NSPOH:

tel: 030-8100500, e-mail info@nspoh.nl en

zie www.nspoh.nl

Symposium Interculturele palliatieve zorg

Het Netwerk Palliatieve Zorg Haaglanden (onderdeel van de Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o.) organiseerde op 11 november 2014 een symposium 'Interculturele palliatieve zorg' in Theater Dakota in Den Haag. Doel van de middag was kennisdeling en ontmoeting rond het thema.

De middag was bedoeld voor professionals en vrijwilligers in de palliatieve zorg.

De inleidende presentatie werd gegeven door Mw.dr.Maria van den Muijsenbergh, huisarts en daarnaast werkzaam bij Pharos, Expertisecentrum gezondheidsverschillen, en bij de Radboud Universiteit Nijmegen.

In de inleiding werd ingegaan op een aantal algemene aandachtspunten in de palliatieve zorg voor mensen uit andere culturen en hun naasten.

Vervolgens waren er twee workshoprondes met keuze uit vijf workshops:

- Communicatie
- Pijnbeleving en pijnbestrijding
- Rouwbeleving en rouwrituelen
- Cultuurspecifieke zorg
- Stichting Mammarosa

Het symposium werd bezocht door 120 zorgverleners uit allerlei zorginstellingen in de regio: verpleegkundigen intra- en extramuraal, verzorgenden, huisartsen, geestelijk verzorgers, maatschappelijk werkers en vrijwilligers.

Een verslag van de middag staat op: <http://transmuralezorg.nl/denhaag-activiteiten/bijeenkomsten/1>

Voor meer informatie: Marijanne Engel, projectleider Netwerk Palliatieve Zorg Haaglanden, email: marijanne.engel@transmuralezorg.nl

Symposium Zorgmijders met een licht verstandelijke beperking

Binnen de (O)GGZ-doelgroep bevindt zich een grote populatie mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB). Juist omdat mensen met een LVB moeite hebben met het overzien van hun eigen problemen en geen hulpvraag kunnen formuleren, komen ze niet in de zorg terecht of hebben slechte ervaringen met de zorg en verdwijnen ze weer uit beeld. Deze zorgmijders met een LVB blijken nog regelmatig tussen wal en schip te vallen. Dit komt mede omdat het herkennen van een verstandelijke beperking gecompliceerder is dan gedacht en ook psychiatrische problematiek bij mensen met een LVB zich anders kan uiten.

Deze studiedag is bedoeld voor professionals, beleidsmakers, managers en andere betrokkenen werkzaam in de (O)GGZ, maatschappelijke opvang, verslavingszorg, ambulante en residentiële gehandicaptenzorg, MEE, reclassering, justitie en politie, welzijnsorganisaties, GGD's, gemeenten, begeleid wonen en woningcorporaties.

Datum: 12 februari 2015

Locatie: De Observant in Amersfoort.

Kosten: € 220 p.p. (excl. BTW)

http://www.leidscongresbureau.nl/congres/zorgmijders_lvb

Meteen terecht en snelle diagnose op gezamenlijke mammapoli MCH en Bronovo

Op 27 oktober is in MCH Antoniushove in Leidschendam de gezamenlijke mammapoli van MCH en Bronovo van start gegaan. Al sinds 2013 worden hier door een gespecialiseerd team van beide ziekenhuizen borstkankeroperaties verricht. Door alle zorg voor borstkankerpatiënten te concentreren op één locatie, wordt de zorg nog beter. Patiënten die mogelijk borstkanker hebben worden door hun huisarts verwezen naar een mammapoli. Belangrijk is dat zij daar snel terechtkunnen om zo snel mogelijk te weten waar ze aan toe zijn. De gezamenlijke mammapoli van MCH en Bronovo in MCH Antoniushove is dagelijks

geopend, waardoor vrouwen er meteen - binnen 24 uur - terechtkunnen en snel - ook binnen 24 uur - duidelijkheid krijgen over de diagnose en eventuele behandeling. Als verder onderzoek noodzakelijk is, wordt dit meteen gepland. Alle betrokken specialisten zijn aanwezig op de mammapoli, zodat patiënten verzekerd zijn van het beste behandeladvies. Mocht een operatie noodzakelijk zijn, dan kunnen patiënten rekenen op een behandelteam, dat gespecialiseerd is in borstkankersorg. Het wordt steeds meer bekend dat specialisatie leidt tot betere zorg. Niet alleen het operatieteam is gespecialiseerd in de behandeling

van vrouwen met borstkanker, maar ook aanverwante specialismen, zoals de radioloog die gespecialiseerd is in mammapathologie alsmede de verpleging op de afdeling. In 2016 opent het vernieuwde radiotherapiecentrum zijn deuren in MCH Antoniushove, waardoor patiënten ook voor bestralingsbehandelingen hier terechtkunnen.

De mammapoli in Bronovo en MCH Westeinde blijft voorlopig een dag per week open voor nieuwe patiënten. De gezamenlijke mammapoli is bereikbaar via 0800-62 662 7654 en vragen@mammapoli.nu



Girls' talk, groepscounselingsprogramma voor meiden

Rutgers WPF organiseert de cursus Girls' Talk, een groepscounselingprogramma voor seksueel actieve, kwetsbare meisjes van 14 tot 18 jaar met een relatief laag opleidingsniveau. Het programma is gericht op hun seksuele 'empowerment' en weerbaarheid. Het is de bedoeling hun seksuele gezondheid en welzijn te verbeteren. In het programma wordt daarom niet alleen aandacht besteed aan veilig vrijen en geslachtsgemeenschap, maar er wordt ook gesproken over het realiseren van plezierige seksuele ervaringen, vrij van dwang, discriminatie en geweld.

Deelnemers krijgen tijdens deze tweedaagse cursus actuele informatie over het seksuele gedrag en seksuele risico's van meisjes. Ze krijgen informatie over een gender- en cultuurspecifieke invalshoek en leren met Girls' Talk met verschillende werkvormen en opdrachten uit te voeren. Tijdens de scholing ontvangen de deelnemers de werkmap met het programma en een dvd.

Na deze cursus heeft u inzicht in het seksuele gedrag en seksuele risico's van meisjes en uw eigen waarden, normen en opvattingen over seksualiteit en hoe deze de begeleiding kunnen beïnvloeden. U bent in staat om:

- het groepscounselingsprogramma van acht bijeenkomsten van anderhalf uur in meidengroepen uit te voeren;
- seksualiteit en seksueel gedrag bespreekbaar te maken;
- meisjes in groepen te stimuleren om eigen ervaringen met seksualiteit in te brengen en aan te sluiten bij hun vragen en beleavingswereld;
- verschillende werkvormen in te zetten en meiden te begeleiden bij hun seksuele ontwikkeling zonder betuttelend of normatief te zijn.

De cursus duurt twee dagen van 9.30 tot 17.00 uur en wordt gegeven bij Rutgers WPF, Oudenoord 176-178 te Utrecht op de volgende data

9 en 16 maart 2015

12 en 19 juni 2015

9 en 16 september 2015

6 en 13 november 2015

De kosten bedragen € 320 (inclusief deelnemersmateriaal)

Informatie: <http://www.rutgerswpf.nl>

Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 3^e kwartaal 2014

Ziekte	3 ^e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1 ^e t/m 3 ^e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	3 ^e kwartaal 2014	3 ^e kwartaal 2013	3 ^e kwartaal 2012	1 ^e t/m 3 ^e kwartaal 2014	1 ^e t/m 3 ^e kwartaal 2013	1 ^e t/m 3 ^e kwartaal 2012
A-ZIEKTEN						
MERS-CoV				1		
Nieuwe Influenza A (H1N1)						
B-ZIEKTEN						
bacillaire dysenterie/shigellose	8	6	8	18	16	31
buiktyfus		2		5	3	
Creutzfeld-J's disease	1			3	3	1
hepatitis A	4	1	4	9	7	6
hepatitis B chronisch*	36	40	45	116	122	146
hepatitis C acuut		1	1	1	1	1
kinkhoest	191	66	291	343	159	648
legionella pneumonie	12	14	5	19	20	8
mazelen	2	11		45	18	
meningokokkose	1		3	3	1	5
paratyfus A,B,C	1		3	4	1	4
tuberculose	17	12	24	61	49	**71
voedselinfectie	1	3	3	2	5	7
invasieve GAS	1	5		2	9	3
West-Nilevirus					1	
brucellose		1			1	
C-ZIEKTEN						
E-coli 0157	3	15	24	5	32	55
Hantavirusinfectie	1			1		
leptospirose	2	1	2	2	1	2
malaria	8	2	14	12	9	17
ornithose/psittacose	1			1	1	2
Q-koorts				1		1
rode hond						
bof	1	3		6	5	28
Listeriose	1		4	5	5	7
invasieve pneumokokken				1	3	3
inv. Haemophilus influenzae type b					1	1
MRSA		1			2	
Totaal	292	184	431	666	475	1047

*) Inclusief dragers

**) Dit aantal is een schatting ivm computerproblemen



Meldingen door instellingen 1^e, 2^e en 3^e kwartaal 2014

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de meldingen door instellingen in de eerste drie kwartalen van 2014. Dit betreft instellingen waar 'kwetsbare' groepen verblijven, zoals kinderen,

ouderen of zieken. Op grond van artikel 26 van de Wet op de publieke gezondheid moeten deze instellingen bepaalde infectieziekten melden bij de GGD.

Scenario	Kinderopvang	Onderwijs- instelling	AWBZ zorginstelling	Ziekenhuis	Eindtotaal
Huiduitslag/exanthemen	37	13	11	5	66
Impetigo (krentenbaard)	15	3			18
Gastroenteritis	5	2	27		34
Schimmelinfectie	3	2			5
Luchtweginfectie	2	5	1		8
Anders	4	8	1		13
Influenza(-achtig) ziektebeeld	3		3		6
Eindtotaal	69	33	43	5	150

Toelichting bij meldingen infectieziekten op pagina 32

Kinkhoest

Kinkhoest is een infectie van de luchtwegen met de bacterie *Bordetella pertussis*. Sinds 1996 is er een duidelijke toename in het voorkomen van kinkhoest. Het aantal meldingen per jaar in Nederland varieert. Elke twee tot drie jaar is er een piek in het aantal gemelde patiënten met kinkhoest te zien. De laatste piek was in 2012. Sinds medio 2014 is er weer sprake van een duidelijke toename van het aantal gemelde patiënten met kinkhoest in Nederland en in onze regio. Met name bij onbeschermdde zuigelingen kan de ziekte zeer ernstig verlopen. De adviezen en maatregelen die de GGD adviseert zijn vooral gericht op de preventie van kinkhoest bij deze zuigelingen.

Ebola

Sinds februari 2014 is er een ebola-uitbraak in Guinee, Sierra Leone en Liberia. Het ebolavirus veroorzaakt een zeer ernstige infectieziekte. De ziekteverschijnselen zijn hoge koorts, hoofdpijn, spierpijnen, braken, diarree en bloedingen in het lichaam. Deze ziekteverschijnselen treden op tussen 2 en 21 dagen (met een gemiddelde van 7 dagen) na besmetting met het ebolavirus. Ebola is pas besmettelijk als iemand daadwerkelijk klachten heeft. Daarom lopen vooral mensen die

zieke patiënten verzorgen risico om besmet te raken.

De ziekte is alleen besmettelijk via direct lichamelijk contact met een patiënt of lichaamsvloeistoffen van de patiënt (bloed, speeksel, urine, zweet en dergelijke) of door het slachten en opeten van een ziek wild dier (bushmeat). Eenmaal besmet is er een grote kans op overlijden (40-90%). Het ebolavirus verspreidt zich niet via de lucht of via muggen. Ook kan het virus niet worden overgedragen door het aanraken van voorwerpen zoals geld of het zwemmen in een zwembad.

De kans dat een reiziger ebola meebrengt naar Nederland is – ondanks de groeiende uitbraak – heel klein, maar niet uitgesloten. Daarom blijft alertheid geboden.

Landelijk zijn er, in overleg met de ketenpartners, diverse richtlijnen en triagestandaarden ontwikkeld over diagnostiek, behandeling en hygiëne. Deze worden op basis van de mondiale ontwikkelingen zo nodig aangepast.

De afdeling infectieziektebestrijding van de GGD houdt zich bezig met de implementatie van deze richtlijnen in de regio, de afstemming met de regionale ketenpartners en het beantwoorden van de vele vragen rondom dit onderwerp van publiek en (zorg) instellingen.

Aan deze rubriek werkten mee: E.J.M. de Coster, E.M. Huisman en Mw. D. van der Zande





COLOFON

November 2014, 49^{ste} jaargang nr. 4

REDACTIE

mw. dr. G.A.M. Ariëns, GGD Haaglanden (kernredacteur)
mw. drs. R.J. Beuker, GGD Haaglanden (kernredacteur)
dr. P.K. Chandie Shaw, internist, Medisch Centrum Haaglanden
mw. E.M. van Dalen (redactiesecretaris/eindredacteur)
drs. M. Lemmink, GGD Haaglanden
mw. dr. I.M. van der Meer, GGD Haaglanden (kernredacteur)
prof. dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Haaglanden (hoofdredacteur)
drs. L.M.J. Staal, GGD Haaglanden (kernredacteur)
dr. R.J.J.E.T. Starmans, huisarts
mw. M. van der Werff MSc, Stichting Lijn 1
dr. R.F.P. de Winter, ParnassiaGroep

REDACTIEADRES

Redactieadres: GGD Haaglanden, Postbus 16130, 2500 BC Den Haag
Bezoekadres: Westeinde 128, Den Haag
Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij Mw. Wagemaker.
Telefoon: (070) 752 89 63
e-mail: addy.wagemaker@ggdhaaglanden.nl

Epidemiologisch Bulletin op internet:
www.ggdhaaglanden.nl/publicaties

Ontwerp: Ontwerpwerk

Fotografie:

GGD Haaglanden

Gemeente Delft

Linda Vlaar

Uitgave:

GGD Haaglanden

Het Epidemiologisch Bulletin is een kwartaaluitgave van GGD Haaglanden. 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 over gezondheidsproblemen in de regio Haaglanden en het beleid dat wordt gevoerd om deze problemen het hoofd te bieden.

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.

Op www.awpgnzh.nl/epibul kunt u aangeven of, en zo ja, hoe u (per post of digitaal) het Epidemiologisch Bulletin kosteloos wilt ontvangen. Wilt u bij een afmelding, als u het blad niet meer wilt ontvangen of in het vervolg liever per e-mail, alstublieft ook uw adresgegevens invoeren? Dat maakt het eenvoudiger om uw gegevens uit het adressenbestand te kunnen verwijderen.

ISSN 0921-6219



BEZOEKADRESSEN

Westeinde 128
2512 HE Den Haag

Van Bleyswijkstraat 93^e
2613 RR Delft

Croesinckplein 24-26
2722 EA Zoetermeer

POSTADRES

Postbus 16130
2500 BC Den Haag

T (088) 355 01 00
info@ggdhaaglanden.nl

www.ggdhaaglanden.nl