

Epidemiologisch Bulletin

JAARGANG 51

TIJDSCHRIFT VOOR VOLKSGEZONDHEID EN ONDERZOEK IN REGIO HAAGLANDEN

2

2016

VOLKSGEZONDHEID

Wethouder Doorn uit Wassenaar over preventie en gezondheid > p. 4

Huisartspraktijk en **E-mental health** psychische klachten > p. 22

EPIDEMIOLOGIE

Minderjarige **jongeren** vanwege **alcohol** op **spoedeisende hulp** > p. 7

Grote verschillen in **gezonde levensverwachting** in Haaglanden > p. 16

Gezondheid **in cijfers** > p. 26

IN DIT NUMMER

Redactioneel	3
Interview Bert Doorn (CDA), wethouder Zorg, wonen en verkeer Wassenaar Van gezondheidsbeleid naar preventiebeleid <i>Liesbeth van Dalen</i>	4
Medisch Centrum Haaglanden-Bronovo en Hagaziekenhuis Minderjarige jongeren vanwege alcohol op spoedeisende hulp <i>Caroline Dekkers, Sandor Post, Margaret van Yperen en Christien van der Linden</i>	7
Grote verschillen in gezonde levensverwachting in Haaglanden <i>Ad van Dijk</i>	16
Zorgvernieuwing in de huisartspraktijk: E-mental health voor psychische klachten <i>Richard Starmans</i>	22
Gezondheid in cijfers: sociale uitsluiting	26
Korte berichten	27
Meldingen infectieziekten	31

Redactioneel

De traditie van het wethoudersinterview wordt in deze aflevering van het Epidemiologisch Bulletin voortgezet. Dit keer is het woord aan Bert Doorn, wethouder Zorg, wonen en verkeer van de gemeente Wassenaar. De wethouder schetst hoe gezondheidsbeleid is overgegaan in preventiebeleid en welke rol de GGD daarin speelt.

Alcoholgebruik door jongeren blijft een zorgwekkend thema. In deze aflevering van het Bulletin wordt een update gegeven van de bevindingen op de Spoedeisende Hulpafdelingen van de Haagse ziekenhuizen. Het aantal jongeren dat met ernstige alcoholvergiftiging wordt gezien lijkt niet toe te nemen, maar het daalt helaas ook niet – en dat ondanks de toegenomen aandacht en de genomen maatregelen in de afgelopen jaren. De onderzoekers achten vervolgonderzoek nodig om meer inzicht te krijgen in de ontwikkeling van het aantal minderjarige jongeren dat vanwege alcoholgerelateerde problemen een SEH consulteert.

Dit Bulletin neemt voorts de gezondheidsverschillen opnieuw onder de loep. Er is al geruime tijd aandacht voor verschillen binnen de Nederlandse bevolking in levensverwachting, bijvoorbeeld naar opleidingsniveau; maar hoe is het met verschillen in gezondheid gesteld, en dat dan gecombineerd met verschillen in levensverwachting? Voor het antwoord op deze vraag is het concept van de ‘gezonde levensverwachting’ bedacht. Binnen Haaglanden blijken de verschillen in gezonde levensverwachting groot, veel groter dan de verschillen in ‘absolute’ levensverwachting.

Deze uitgave van het Bulletin biedt een inkijkje in de ontwikkeling van e-mental health en met name de mogelijkheden die e-health biedt bij de begeleiding door de eerste lijn van mensen met psychische problemen. De auteur pleit voor verder onderzoek en scholing ter ondersteuning van deze zorgvernieuwing in de huisartsenpraktijk.

In de rubriek ‘Gezondheid in cijfers’ staat dit keer het onderwerp ‘Sociale uitsluiting’ centraal.

Wij hopen dat u dit Bulletin weer met belangstelling en plezier zult lezen.



Van gezondheidsbeleid naar preventiebeleid

Wassenaar ligt in een bosrijke omgeving met veel villa's en landhuizen. Het gemiddelde opleidings- en inkomensniveau van de ruim 25 duizend inwoners ligt substantieel hoger dan het landelijke gemiddelde. Ook de gezondheidscijfers uit de 'Gezondheidsmonitor & Kernboodschappen Wassenaar 2015' geven in het algemeen een gunstiger beeld dan die van overige gemeenten in Zuid-Holland West en/of Nederland. Toch vraagt het volksgezondheidsbeleid van de CDA-wethouder voor Zorg, wonen en verkeer, Dr. B. (Bert) Doorn wel degelijk om een aantal speerpunten. Die richten zich op ondersteuning van de vergrijzende bevolking en hun mantelzorgers en op het overmatige alcoholgebruik door jongeren. Bij beide speerpunten is preventie de insteek. "In plaats van een gezondheidsnota hebben we een preventienota gepresenteerd en daarbij speelt de GGD een belangrijke rol", aldus wethouder Doorn.

Liesbeth van Dalen

Preventie is het centrale thema

Met de transitie per 1 januari 2015 rond de uitvoering van nieuwe wettelijke taken en verantwoordelijkheden in het sociaal domein, zag de gemeente Wassenaar kansen voor een herinrichting van het zorg- en ondersteuningslandschap. Deze transformatie maakt dat de zorg en ondersteuning beter aansluiten bij de vraag van mensen zélf en dat in de toekomst een betaalbaar en hoogwaardig zorg- en ondersteuningsaanbod behouden blijft voor diegenen die het echt nodig hebben. In het kader van deze transformatie presenteerde de gemeente in december 2015 het Plan van aanpak preventie sociaal domein 2016. "Wij gaan van een gezondheidsnota naar een preventienota", licht Doorn toe. "We hebben geconstateerd dat de gemeente vooral op het terrein van preventie actief moet en wil zijn. Daar zit gezondheid gewoon bij in. Met één plan van aanpak in plaats van verschillende notities over preventie op het gebied van bijvoorbeeld jeugd en gezondheid, kiezen we voor een integrale aanpak." Met het preventiebeleid richt Wassenaar zich op het stimuleren van eigen kracht en zelfredzaamheid, het

vergroten van de sociale samenhang in de wijken en op het signaleren van problematiek. Doel is dat iedereen naar eigen vermogen participeert in de samenleving.

In de uitvoering van het preventiebeleid krijgt GGD Haaglanden, samen met verschillende maatschappelijke partners en de gemeente, een duidelijke rol. Doorn geeft als voorbeelden het faciliteren van kwetsbare ouderen, aandacht voor psychische en sociale gezondheid, stimuleren van voldoende beweging, preventie van roken, alcohol en druggebruik en aandacht voor zaken als luchtkwaliteit en geluidhinder.

In het bijzonder noemt Doorn twee groepen, namelijk kwetsbare ouderen en de jongeren met het specifieke probleem van alcoholmisbruik. "Rond het alcoholgebruik is extra aandacht nodig voor de ouders. Scholen voeren al een anti-alcoholbeleid, maar als ouders hun kinderen gelegenheid geven om zich voor feestjes in te drinken, dan heeft zo'n beleid weinig zin. Daarom organiseren we nu, samen met de GGD, voorlichtingscampagnes met het oog op de





ouders. De GGD roept bij burgers de associatie op met gezondheid. Als mensen de relatie zien tussen alcohol en gezondheid, dan kunnen we hen hopelijk bereiken. Ook onder volwassenen wordt er relatief veel gedronken in Wassenaar.”

Ook ouderen zijn in beeld als het om preventie gaat. De inwoners van Wassenaar zijn op hoge leeftijd vaak nog redelijk vitaal en willen zo lang mogelijk zelfstandig wonen. “We hebben extra aandacht voor valpreventie, want zodra iemand valt gaat het vaak snel achteruit. Ook is er aandacht voor het centraal organiseren van voorzieningen. Samen met woningcorporaties hebben we verspreid over het hele dorp een aantal steunpunten geopend. Daar kunnen mensen elkaar ontmoeten en een kop koffie drinken. Ook kunnen ouderen elke dag een warme maaltijd via de stichting Maatschappelijk Ondersteuning krijgen. Naast professionals als ouderenconsulenten zijn hierbij ook veel vrijwilligers actief.”

Doorn omschrijft de gemeente Wassenaar als ‘redelijk vergrijzend met de luxe van veel vrijwilligers en het feit dat het tussen de inwoners onderling goed gaat’.

Uit de Gezondheidsmonitor & kernboodschappen Wassenaar 2015 van GGD Haaglanden (zie kader op pagina 6) blijkt dat het risico op angststoornis of depressie onder de inwoners van Wassenaar lager ligt dan landelijk het geval is (33% resp. 40%). Dit komt volgens Doorn mede omdat het een prettig

Bert Doorn (CDA), wethouder Zorg, wonen en verkeer Wassenaar: “Mensen associëren de GGD met gezondheid en het is belangrijk dat bij de voorlichting over alcohol die relatie wordt gelegd.”

dorp is om in te wonen. “Er is veel groen en door de manier waarop inwoners met elkaar omgaan, zal vereenzaming minder snel toeslaan dan elders. Het zijn factoren waardoor mensen minder snel depressief raken dan in verstedelijkte gebieden met minder ruimte.”

Tegelijkertijd blijkt dat de inwoners de problemen het liefst achter de voordeur houden. Een opmerkelijk laag percentage opvoeders (21%) kent het Centrum voor Jeugd en Gezin. In de overige gemeenten binnen Zuid-Holland West ligt dat percentage op 36. “Dat is ook een kenmerk van de Wassenaarder. Men hangt niet graag de vuile was buiten en als er al problemen zijn proberen ze het zelf op te lossen.”

Grote inzet van vrijwilligers

Wassenaar mag zich verheugen in een groot aantal vrijwilligers. Doorn: “Er zijn allerlei initiatieven en groepen die zich met zorg voor elkaar bezighouden. Ik zie dat ook bij de opvang van zevenhonderd asielzoekers in Duinrell in de achterliggende winterperiode. Daar hebben veel mensen zich voor ingezet, zoals sportverenigingen met sportmanifestaties en kerken met maaltijden. Ik vind het een heel sociale gemeente.”

Het is goed als mensen in de buurt makkelijker een beroep op elkaar kunnen doen.

Het feit dat 20% van de mantelzorgers zich tamelijk zwaar belast voelt (voor heel Nederland ligt dit op 14%) is aandacht voor de (jonge) mantelzorgers een speerpunt in het WMO-beleid van de gemeente Wassenaar. “De stichting Maatschappelijke Ondersteuning doet veel aan ondersteuning en respijtzorg voor mantelzorgers. Ook daar heb je vrijwilligers voor nodig, mensen die kunnen inspringen als een mantelzorger een keer een weekend weg wil. Deze stichting organiseert samen met de Vrijwilligerscentrale hiervoor specifieke trainingen. Ook de steunpunten die ik noemde worden door vrijwilligers gerund.”

Het is goed als mensen in de buurt makkelijker een beroep op elkaar kunnen doen. Hulp bieden en vragen kan soms lastig zijn. Om dat makkelijker te maken is er een proef gestart met een telefoondienst met een boodschappenservice. “Jonge ouders bijvoorbeeld willen best iets doen, maar door hun werk en gezin kunnen ze zich niet vastleggen voor bepaalde momenten in de week. Maar ze willen graag een keer voor iemand boodschappen doen, de hond uitlaten of naar het ziekenhuis rijden. We hebben nu een telefoondienst met een

boodschappenservice, waarin degene die een dienst zoekt en degene die een dienst aanbiedt, aan elkaar gekoppeld worden. Daarmee hebben we nu ook de jongere vrijwilligers binnen board.”

Efficiënt GGD-bestuur

Over de adviserende en ondersteunende rol van de GGD wijst Doorn opnieuw op de inzet bij preventie. Ook vertelt hij: “Binnen het Algemeen Bestuur van GGD Haaglanden was ik eigenlijk verrast over de vele raakvlakken die onze gemeente met de GGD heeft. Ik vind het een goede zaak dat de GGD toezicht gaat houden op de uitvoering van de WMO en ben benieuwd hoe dat vorm krijgt. Ik las over de rol bij de werving van burgerhulpverleners en de inzet van de AED's. Hier in Wassenaar is de GGD betrokken bij de gebiedsgerichte teams zoals we ons sociale netwerk hebben ingericht. De GGD doet dus veel.” Naast zicht op wat de GGD zoal doet, is Doorn zeer te spreken over de werkwijze van het Algemeen Bestuur van GGD Haaglanden. “Het is erg goed georganiseerd, de vergaderingen worden goed voorbereid en de besluitvorming is helder. Als ik het vergelijk met andere samenwerkingsorganisaties dan vind ik het uitermate efficiënt.”

OVER DE AUTEUR

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

In november 2015 is de Gezondheidsmonitor & kernboodschappen Wassenaar 2015 van GGD Haaglanden gepubliceerd. In deze gezondheidsmonitor wordt ingegaan op verschillende landelijke en lokale ontwikkelingen en gezondheidsthema's voor Wassenaar. In het plan van aanpak preventie sociaal domein 2016 zijn de belangrijkste thema's uitgewerkt onder het speerpunt gezondheid:

- Gezondheidswinst behalen door inzet van preventie en vroegsignalering
- Bevorderen van gezondheid en participatie in Wassenaar
- Kwetsbare inwoners van Wassenaar ondersteunen bij het gezond(er) worden, regie voeren en participeren.
- Inwoners van Wassenaar stimuleren om hun leefstijl blijvend positief te beïnvloeden
- Naar een gezonde leefomgeving die bijdraagt aan de gezondheid en het welbevinden van de Wassenaarse bevolking
- Bijdragen aan de positieve ontwikkeling en vorming van de jeugd van Wassenaar.

Meer informatie zie: <http://www.ggdhaaglanden.nl/over/publicaties-en-onderzoeken/gezondheidsmonitor-en-kernboodschappen-gemeenten-zuid-holland-west.htm>



SAMENVATTING

INLEIDING

Het primaire doel van dit onderzoek is om het aantal 10- tot en met 17-jarige jongeren dat in 2014 met alcoholgerelateerde problemen een SEH in Den Haag en Leidschendam-Voorburg bezocht in kaart te brengen. Tweede doel is om het aantal 10- tot en met 17-jarige jongeren dat in 2014 met alcoholgerelateerde problemen deze SEH's bezocht te vergelijken met de aantallen in 2012 en 2013.

METHODE

De Spoedeisende Hulpafdelingen van het Medisch Centrum Haaglanden-Bronovo (MCH, locatie Westeinde, Antoniusshove en het Bronovoziekenhuis) en het Hagaziekenhuis (locatie Rode Kruis en Leyenburg) hebben in 2014 en in de maanden juni, juli, november en december van 2012 en 2013 bijgehouden hoeveel 10- tot en met 17-jarige jongeren met alcoholgerelateerde problemen de SEH bezochten. De gegevens zijn retrospectief uit de statussen van de patiënten gehaald.

RESULTATEN

In 2014 hebben 68 minderjarige jongeren (37 jongens en 31 meisjes, gem. leeftijd 15,4 jaar [$\pm 1,2$]) een SEH bezocht vanwege alcoholgerelateerde problemen. Vooral de 15- en 16-jarigen dronken (heel) veel. Het gemiddelde ethanolpromillage in het bloed van de jongeren was 2,0 ($\pm 0,5$) g/l. Over de periode 2012-2014 werden geen grote veranderingen waargenomen in het aantal en de achtergrondkenmerken van jongeren die met alcoholgerelateerde problemen een SEH bezochten.

CONCLUSIE

In 2014 hebben 68 minderjarige jongeren in Den Haag een SEH bezocht vanwege alcoholgerelateerde problemen. Gezien de serieuze gezondheidsrisico's en maatschappelijke kosten door alcoholgebruik onder jongeren, is elke minderjarige jongere die met alcoholgerelateerde problemen een SEH bezoekt er één te veel. Bovendien is dit aantal het topje van de ijsberg. Vervolgonderzoek is nodig om meer inzicht te krijgen in de ontwikkeling van het aantal minderjarige jongeren dat vanwege alcoholgerelateerde problemen een SEH consulteert.

Minderjarige jongeren vanwege alcohol op spoedeisende hulp

In 2014 bezochten 68 minderjarige jongeren een Spoedeisende Hulpafdeling in Den Haag en Leidschendam-Voorburg vanwege alcoholgerelateerde problemen.* De SEH's van Medisch Centrum Haaglanden-Bronovo en het Hagaziekenhuis in Den Haag monitoren, in samenwerking met de afdeling Epidemiologie van de GGD Haaglanden, sinds 2009 het aantal en de achtergrondkenmerken van jongeren die met alcoholgerelateerde problemen de SEH bezoeken. Dit artikel geeft inzicht in het aantal jongeren in de leeftijd van 10 tot en met 17 jaar dat in 2014 een SEH in Den Haag bezocht vanwege alcoholgerelateerde problemen, de mate van alcoholgebruik, de primaire reden voor het SEH-bezoek en de nazorg.

Gezien de serieuze gezondheidsrisico's en maatschappelijke kosten die alcoholgebruik onder jongeren met zich meebrengt, is elke minderjarige jongere die met alcoholgerelateerde problemen een SEH bezoekt er één te veel. Aandacht voor deze groep blijft daarom noodzakelijk. De onderzoekers achten vervolgonderzoek nodig om meer inzicht te krijgen in de ontwikkeling van het aantal minderjarige jongeren dat vanwege alcoholgerelateerde problemen een SEH consulteert.

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

Inleiding

Landelijk is het aantal jongeren dat met alcoholgerelateerde problemen een Spoedeisende Hulpafdeling consulteert de laatste jaren flink gestegen.^{1,2} Alcoholgebruik brengt serieuze gezondheidsrisico's met zich mee, waaronder een verstoorde hersenontwikkeling, leer- en geheugenproblemen, een verhoogd risico op verslaving op latere leeftijd, risicovol seksueel gedrag, agressie en ongevallen.^{3,4} Het advies aan jongeren onder de 18 jaar is om, vanwege deze gezondheidsrisico's, helemaal geen alcohol te drinken.⁵ Bovendien is per 1 januari 2014 de leeftijdsgrens voor alcohol wettelijk verhoogd van 16 naar 18 jaar.⁶

* In dit artikel wordt over SEH's in Den Haag gesproken. Dit is inclusief de SEH van MCH Antoniusshove in Leidschendam-Voorburg.



Jongeren zijn extra gevoelig voor de schadelijke effecten, omdat hun hersenen nog in ontwikkeling zijn. Bovendien merkt een jongere minder snel dat hij dronken wordt en drinkt hierdoor meer.⁷

Hoewel er de afgelopen jaren in de media en vakliteratuur regelmatig aandacht is geweest voor alcoholgebruik onder jongeren en de schadelijke effecten ervan, blijft in Nederland het aantal minderjarige jongeren dat vanwege alcoholgerelateerde problemen in het ziekenhuis wordt opgenomen flink stijgen.^{1,2} Landelijk nam het aantal minderjarige jongeren dat als gevolg van alcoholgebruik in het ziekenhuis werd opgenomen in de periode 2007-2015 toe van 297 tot 931 jongeren. Na een daling in 2012 en een stabiel aantal in 2013 is het aantal gevallen in 2014 toegenomen met 10% ten opzichte van 2013 en steeg het aantal gevallen in 2015 ten opzichte van 2014 met 19%.¹ Het merendeel van de jongeren bezocht een Spoedeisende Hulpafdeling (SEH) vanwege alcoholvergiftiging, de minderheid vanwege andere redenen zoals (verkeers)ongevallen, agressie/geweld, suïcidepogingen en overgeven als gevolg van alcoholgebruik.¹

Volgens de definitie is er sprake van alcoholvergiftiging als de concentratie alcohol in het bloed, en daarmee in de hersenen, zo hoog is dat je bewusteloos of in coma kunt raken. De hoeveelheid alcohol waarbij iemand een alcoholvergiftiging oploopt verschilt per persoon. Dit is onder andere afhankelijk van leeftijd, geslacht, lichaamsgewicht en de snelheid waarmee wordt gedronken.^{8,9} Overmatig alcoholgebruik vormt een groot risico op het ontstaan van alcoholvergiftiging.^{10,11} Jongeren die met een alcoholvergiftiging in het ziekenhuis belanden worden vaak comazuipers genoemd. Veel jongeren zijn dan vaak nog wel bij bewustzijn. Jongeren voelen dronkenschap niet aankomen en er is soms ook maar een slok alcohol nodig om vanuit aangeschoten toestand bewusteloos te raken.^{10,11} In de praktijk wordt dan ook al van alcoholvergiftiging gesproken als een jongere zich met alcoholgerelateerde problemen meldt bij een SEH. De jongere heeft dan eigenlijk altijd overmatig gedronken.

Vanwege de schadelijke effecten van alcoholgebruik op de gezondheid van jongeren en het feit dat jongeren te vroeg, te vaak en te veel alcohol drinken, is in 2013 ingestemd met een wetwijziging in de Drank- en Horecawet om de leeftijdsgrens voor alcoholhoudende drank te verhogen van 16 naar 18 jaar.⁶ De wetwijziging is sinds 1 januari 2014 van kracht en houdt in dat aan jongeren onder de 18 jaar geen alcohol verkocht of geschonken mag worden en dat zij geen alcohol bij zich mogen hebben in het openbaar.⁶ De lokale overheid is verantwoordelijk voor het houden van toezicht en handhaving van verstrekkers van alcohol aan minderjarigen en dienen speerpunten van beleid hierop te hebben vastgelegd in een preventie- en handhavingplan. Zo heeft de gemeente Den Haag het houden van toezicht en handhaven van de leeftijdsgrens van 18 jaar als

belangrijke prioriteit opgenomen in het preventie- en handhavingbeleid.¹² Hiermee ondersteunen zowel de landelijke als de gemeentelijke politiek de noodzaak om onverantwoord alcoholgebruik en de daaraan gerelateerde gezondheidsrisico's onder jongeren terug te dringen.

De terugkerende aandacht voor alcoholgebruik onder jongeren en de daaraan gerelateerde gezondheidsrisico's was in 2009 voor de GGD Den Haag* reden om (overmatig) alcoholgebruik te gaan monitoren. Ten behoeve van deze monitoring, registreerden de Spoedeisende Hulpafdelingen van het Medisch Centrum Haaglanden-Bronovo (MCH, locatie Westeinde, Antoniushove en het Bronovoziekenhuis) en het Hagaziekenhuis (locatie Rode Kruis en Leyenburg) in Den Haag een aantal maanden per jaar hoeveel personen de SEH hebben geconsulteerd vanwege alcoholvergiftiging of letsel vanwege overmatig alcoholgebruik. In 2009 was de registratie gericht op het (totaal) aantal personen dat een SEH bezocht vanwege alcoholgerelateerde problemen, in 2011 focuste de registratie zich op jongeren in de leeftijd van 10 tot en met 24 jaar die vanwege alcoholgerelateerde problemen een SEH consulteerden. Resultaten van de registraties in 2009 en 2011 zijn eerder gepubliceerd in het Epidemiologisch Bulletin.¹³

Om zicht te houden op het aantal jongeren dat met alcoholgerelateerde problemen een SEH in Den Haag bezoekt, zijn de SEH's deze jongeren in de daaropvolgende jaren blijven registreren. In 2013 en 2014 heeft de registratie zich beperkt tot de groep minderjarige jongeren (<18 jaar), omdat jongeren geneigd zijn vaak veel te drinken in een korte tijd en deze groep het gevoeligst is voor de gezondheidsrisico's van alcoholgebruik. Dit is ook de groep jongeren voor wie het (nieuwe) advies geldt om beter geen alcohol te drinken.^{5,14} In 2014 is voor het eerst in alle maanden van het jaar geregistreerd.

Het primaire doel van dit onderzoek is om het aantal en de achtergrondkenmerken van 10- tot en met 17-jarige jongeren die met alcoholgerelateerde problemen een SEH in Den Haag consulteert in kaart te brengen. Een secundair doel is om het aantal minderjarige jongeren dat met alcoholvergiftiging deze SEH's consulteert te vergelijken met de aantallen in 2012 en 2013. In deze twee jaren hebben de eerdergenoemde SEH's in de maanden juni, juli, november en december geregistreerd hoeveel jongeren met alcoholgerelateerde problemen een SEH in Den Haag bezochten.

* Sinds 1 januari 2014: GGD Haaglanden, na fusie met de GGD Zuid-Holland West



Methoden

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit minderjarige jongeren, die in 2014 een SEH van een algemeen ziekenhuis in Den Haag hebben geconsulteerd vanwege alcoholgerelateerde problemen (alcoholvergiftiging of letsel vanwege [overmatig] alcoholgebruik).

Deze minderjarige jongeren kwamen naar voren bij een screening van alle SEH-consulten van 10- tot en met 17-jarige jongeren op basis van de inschrijfklaar 'alcoholvergiftiging' en de inschrijfklaar 'gevallen' in combinatie met een anamnese van overmatig alcoholgebruik. Overmatig alcoholgebruik was gedefinieerd als een ethanolpromillage in het bloed van 0,5 g/l of hoger en/of een zelfgerapporteerd aantal glazen van 5 of meer.

Managers van de SEH-afdelingen van de algemene ziekenhuizen in Den Haag voerden deze inventarisatie uit.

Opzet en procedure

De onderzoeksprocedure is eerder uitgebreid beschreven.¹³ In het kort was de procedure als volgt: bij binnenkomst op de SEH registreerden medewerkers van de SEH's volgens de normale inschrijfprocedure een aantal demografische gegevens van de jongere, waaronder geslacht, geboortedatum en woonplaats. Als tijdens (hetero)anamnese/diagnostisering op de SEH sprake kon zijn van (overmatig) alcoholgebruik werd, als dat voor de behandeling belangrijk was, het *ethanolpromillage* in het bloed bepaald. Ook werd naar het aantal gedronken glazen alcohol gevraagd of maakte de medewerker een inschatting van het alcoholgebruik. Tevens werd tijdens de inschrijfprocedure gevraagd naar de *omstandigheden* waaronder was gedronken (recreatief, onder druk van anderen, alcoholverslaving, suïcidepoging of een andere omstandigheid), of er sprake was van een ongeval voorafgaand aan het SEH-bezoek (eenzijdig traumatisch letsel [bijvoorbeeld een val], traumatisch letsel (mede) door anderen, [laveloos] op straat/de grond aangetroffen of een ander ongeval) en naar de *aard van het letsel* waarmee de jongere op de SEH werd binnengebracht.

De managers van de SEH's haalden de hierboven genoemde gegevens retrospectief uit de statussen van alle 10-17-jarige jongeren die in 2014 een SEH in Den Haag bezochten en

noteerden deze gegevens voor dit onderzoek op het daarvoor bestemde registratieformulier. Tevens noteerden zij welke *nazorg/behandeling* de patiënt had gekregen na de behandeling op de SEH.

De betrokken onderzoeker van GGD Haaglanden verwerkte vervolgens de ingevulde registratieformulieren.

Mate van alcoholgebruik: ethanolpromillage en zelfrapportage

De ernst van de alcoholvergiftiging is gerelateerd aan de concentratie alcohol (alcoholpromillage of ethanolpromillage) in het bloed.⁸ De mate van alcoholgebruik (door de jongeren) werd daarom bepaald aan de hand van het ethanolpromillage (in gram per liter) in het bloed: weinig/matig, redelijk veel, veel, heel veel, extreem veel (zie Tabel 1).

Als er geen indicatie was om het ethanolpromillage te bepalen, werd de mate van alcoholgebruik bepaald op basis van het zelfgerapporteerde aantal glazen door de patiënt, inschatting van het aantal glazen door anderen (vrienden) en de indruk van de hulpverlening.

Het ethanolpromillage in het bloed was bij 64 van de 68 jongeren bepaald. Van de overige vier jongeren kon op basis van de (hetero) anamnese gesteld worden dat er sprake was van alcoholgebruik.

Dataverwerking/analyse

Verschillen tussen de twee registratieperiodes in het percentage jongens, 10- tot en met 15-jarigen, 16-jarigen, 17-jarigen, Hagenaars, jongeren die (heel) veel dronken en in het percentage jongeren dat voorafgaand aan het bezoek aan de SEH een ongeval had werden getoetst aan de hand van een Chi-kwadraattoets (Chi-square).

Een onafhankelijke t-toets werd gebruikt om (significante) verschillen in leeftijd en ethanolpromillage te toetsen tussen twee registratieperiodes (juni, juli, november en december 2014 versus de overige maanden van 2014).

Een p-waarde <0,05 werd beschouwd als significant.

De afdeling Epidemiologie van GGD Haaglanden heeft de registratiegegevens van de SEH's ingevoerd in het statistische analyseprogramma SPSS (versie 21) en geanalyseerd.

Tabel 1. Indeling van de mate van alcoholgebruik op basis van het ethanolpromillage in het bloed en het aantal (zelf)gerapporteerde glazen alcohol.

Mate van alcoholgebruik	Ethanolpromillage (gram/liter)	Gerapporteerd aantal glazen
Weinig/matig	<0,50	1-2
Redelijk veel	0,50-0,99	3-4
Veel	1,00-1,99	5-6
Heel veel	2,00-2,99	7-8
Extreem veel	≥ 3,00	≥ 9



Resultaten

Leeftijd en geslacht

In 2014 hebben in totaal 68 minderjarige jongeren (37 jongens en 31 meisjes) een SEH in Den Haag bezocht vanwege alcoholgerelateerde problemen. De meesten kwamen uit de regio Haaglanden (n=64), waarvan 42 uit Den Haag zelf.

De gemiddelde leeftijd van de jongeren op het moment van bezoek was 15,4 ($\pm 1,2$) jaar. De jongste was 12 jaar oud, de oudste 17 jaar. Figuur 1 laat zien dat de grootste groep jongeren bij consultatie van een SEH 16 jaar oud was (n=26), gevolgd

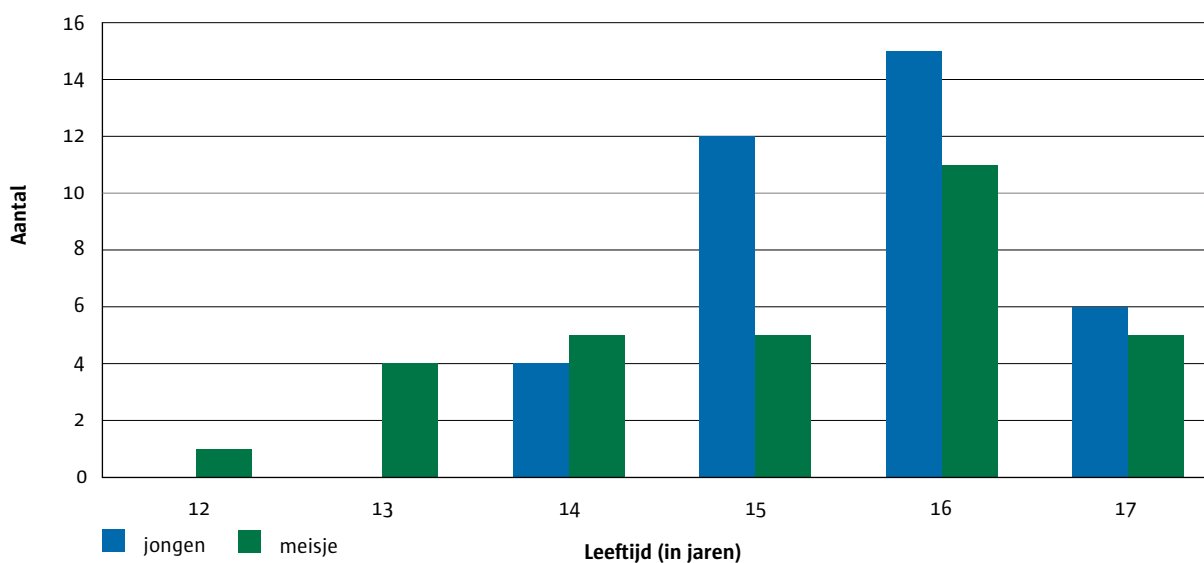
door de groep jongeren van 15 jaar oud (n=17). De 12- tot en met 14-jarige jongeren waren vooral meisjes; onder de 15- tot en met 17-jarigen bevonden zich juist meer jongens.

Mate van alcoholgebruik

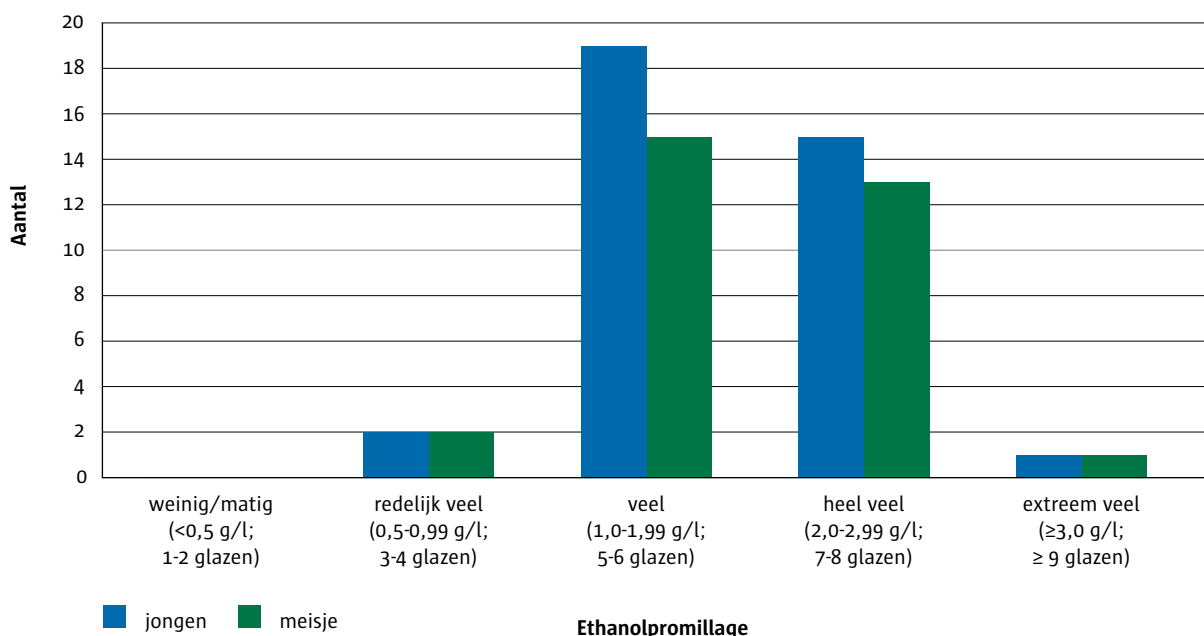
Bijna alle jongeren hadden veel (n=34) of heel veel (n=28) gedronken (zie Figuur 2). Net wat meer jongens dan meisjes dronken (heel) veel (n=34 versus n=28). Twee jongeren hadden extreem veel gedronken voordat zij een SEH in Den Haag bezochten met alcoholgerelateerde problemen.

Het waren vooral de 15- en 16-jarige jongeren die (heel) veel

Figuur 1. Aantal minderjarige jongeren (n=68) dat in 2014 een SEH in Den Haag heeft bezocht vanwege alcoholgerelateerde problemen naar leeftijd en geslacht. Den Haag, 2014.



Figuur 2. Mate van alcoholgebruik van 10- tot en met 17-jarige jongeren (n=68) die een SEH in Den Haag hebben bezocht vanwege alcoholgerelateerde problemen, naar leeftijd en geslacht. Den Haag, 2014.



dronken: alle 15-jarigen (n=17) en 22 (van de 26) 16-jarigen. Het gemiddelde ethanolpromillage in het bloed van de jongeren was 2,0 (±0,5) g/l. Van een jongere was bekend dat hij/zij al een keer eerder een SEH had bezocht vanwege alcoholgerelateerde problemen.

De meeste jongeren (n=54) dronken onder recreatieve omstandigheden. Van elf jongeren was de reden van drinken onbekend. De overige drie dronken om andere redenen (psychiatrisch, rouwverwerking en privéproblemen thuis).

Primaire reden SEH-bezoek

Als gevolg van het alcoholgebruik had bijna de helft van de jongeren (32 van de 68) voorafgaand aan het SEH-bezoek een ongeval gehad – meestal met traumatisch letsel tot gevolg – dat spoedeisende hulp (mede) noodzakelijk maakte. Negen van hen waren gevallen met traumatisch letsel tot gevolg en 23 waren gecollabereerd (buiten bewustzijn geraakt) zonder traumatisch letsel of (laveloos) op straat aangetroffen.

Het type letsel ofwel de lichamelijke gevolgen van het (overmatig) alcoholgebruik van de totale groep jongeren dat op de SEH werd gediagnosticeerd, dus ongeacht of er een ongeval had plaatsgevonden, betrof in bijna alle gevallen (n=64) ‘symptomen van overmatig alcoholgebruik’. Voor drie jongeren betrof het ‘uitwendig letsel’ (alle drie hoofdletsel) en een jongere had een ‘open verwonding’ (schaafwonden).

Nazorg

Vijf jongeren die met alcoholgerelateerde problemen de SEH-afdeling bezochten hadden geen behandeling nodig en mochten naar huis. Drie van hen kregen wel het advies voor een poliklinische nacontrole. Bij bijna de helft (n=31) van de jongeren was een klinische dag/nachtopname noodzakelijk en voor een kwart (n=17) van de jongeren volgde opname op een verpleegafdeling of intensive care van het ziekenhuis. Elf van hen kregen het advies voor een poliklinische nacontrole. Een van de jongeren voor wie een klinische dag/nachtopname noodzakelijk was, werd ook doorverwezen naar de huisarts (voor het verwijderen van hechtingen).

Bijna een derde van de jongeren (31%, n=21) kreeg (ook) een doorverwijzing naar de GGZ; in 15 gevallen betrof het een verwijzing naar de (ambulante) verslavingszorg en een jongere werd doorverwezen naar een (ambulante) psycholoog/psychiater. Bij één jongere was opname in een verslavingskliniek/psychiatrisch ziekenhuis noodzakelijk. Zeventien jongeren werden doorverwezen naar het jongerensprekuur van Context; een jongere heeft dat geweigerd. Een jongere werd doorverwezen naar SuNa*, een jongere naar het AMK**, een jongere werd aangemeld bij Brijder*** en een jongere kreeg niet nader omschreven psychosociale begeleiding.

* Suïcidepoging Nazorg; nazorg voor jongeren bij poging tot zelfdoding

** Advies- en Meldpunt Kindermishandeling; per 1 januari 2015 is het AMK opgegaan in de organisatie ‘Veilig Thuis’

*** Brijder is een instelling gespecialiseerd in verslavingszorg

Tabel 2. Demografische gegevens en de mate van alcoholgebruik voor jongeren in de leeftijd van 10 tot en met 17 jaar die een SEH in Den Haag bezochten vanwege alcoholgerelateerde problemen. Den Haag, juni, juli, november en december 2012, 2013 en 2014.

	2014 (n=22)	2013 (n=25)	2012 (n=26)
Geslacht (aantal)			
Jongen	13	13	16
Meisje	9	12	10
Leeftijd (± SD) (in jaren) (aantal)	15,7 (± 1,2)	16 (± 1,0)	15,9 (± 1,1)
10- tot en met 15-jarigen	5	8	9
16-jarigen	13	7	6
17-jarigen	4	10	11
Hagenaar	13	17	15
Mate van alcoholgebruik (aantal)			
Weinig/matig (<0,50 g/l, 1-2 glazen)	0	2	1
Redelijk veel (0,50-0,99 g/l, 3-4 glazen)	2	0	1
Veel (1,00-1,99 g/l, 5-6 glazen)	9	14	12
Heel veel (2,00-2,99 g/l, 7-8 glazen)	11	9	10
Extreem veel (≥ 3 g/l, ≥ 9 glazen)	0	0	2
Ethanolpromillage in bloed (± SD) g/l	1,9 (± 0,6)	1,7 (± 0,7)	2,1 (± 0,7)



Vergelijking resultaten 2014 met 2012 en 2013

De gegevens van 2014 zijn vergeleken met die van 2012 en 2013. De vergelijking betrof het aantal jongeren met alcoholgerelateerde problemen bij een SEH in Den Haag in de maanden juni, juli, november en december, omdat in 2012 en 2013 alleen in deze vier maanden registratie heeft plaatsgevonden.

Tabel 2 laat geen grote veranderingen over de tijd zien wat betreft kenmerken en aantal jongeren dat vanwege alcoholgerelateerde problemen een SEH bezocht in de periode 2012-2014. Wat wel opvalt is dat in 2014 bijna twee keer zoveel 16-jarigen met alcoholgerelateerde problemen een SEH in Den Haag bezochten als in 2013 en 2012. Voor de 17-jarigen gold juist het omgekeerde; het aantal 17-jarigen was in 2014 ongeveer twee keer zo laag als in 2012 en 2013.

Representativiteit maanden juni, juli, november en december

Om na te gaan of de vier registratiemaanden (juni, juli, november en december) representatief zijn voor de rest van het jaar zijn deze vier maanden van 2014 vergeleken met de acht overige maanden van 2014 (zie Tabel 3). Dit omdat te verwachten is dat jongeren in juni en juli meer drinken vanwege examen- en strandfeesten en in december vanwege feestdagen. Het aantal jongeren dat in juni, juli, november en december 2014 een SEH in Den Haag bezocht vanwege alcoholgerelateerde problemen (n=22) was ongeveer een derde van het totaal aantal in 2014. De gemiddelde leeftijd ($p=0,192$) en het gemiddelde ethanolpromillage ($p=0,712$) in het bloed verschilden niet significant tussen de jongeren die in juni, juli, november en december 2014 en zij die in de overige acht maanden van 2014 een SEH in Den Haag bezochten vanwege alcoholgerelateerde problemen.

Wel is er een verschil in het percentage 16- en 10- t/m 15-jarigen tussen de twee periodes waarneembaar; het percentage 16-jarigen in juni, juli, november en december 2014 was twee keer zo hoog en het percentage 12- tot en met 15-jarigen juist (ruim) twee keer zo laag als in de overige acht maanden van 2014.

Het percentage jongens, het percentage Hagenaars, het percentage jongeren dat (heel) veel dronk en het percentage jongeren dat voorafgaand aan het SEH-bezoek een ongeval had verschilden niet significant (p -waarden >0.4) tussen de twee periodes.

Discussie

Alcoholgebruik 2014

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat in 2014 68 jongeren in de leeftijd van 10 tot en met 17 jaar met alcoholgerelateerde problemen een SEH in Den Haag hebben bezocht. Aangezien jongeren onder de 18 jaar vanwege gezondheidsrisico's geadviseerd wordt helemaal niet te drinken, is elke jongere die met alcoholgerelateerde problemen een SEH bezoekt er één te veel.

In lijn met het feit dat jongens in het algemeen vaker en meer drinken dan meisjes (3), was een (kleine) meerderheid van de jongeren in onze studie een jongen (n=37). Landelijk was het aandeel meisjes (52%) dat in 2014 met alcoholgerelateerde klachten op een SEH werd behandeld juist (net wat) hoger dan het aandeel jongens.¹

Aangezien alcoholgebruik toeneemt met de leeftijd³ is het opvallend dat het aantal 15- en 16-jarigen groter was dan het aantal 17-jarigen. Ruim een derde (38%) van de jongeren was

Tabel 3. Demografische gegevens en de mate van alcoholgebruik voor jongeren in de leeftijd van 10 tot en met 17 jaar die in juni, juli, november en december een SEH in Den Haag bezochten vanwege alcoholgerelateerde problemen en in de overige acht maanden van het jaar. Den Haag, 2014.

	Juni, juli, nov, dec 2014	Overige acht maanden 2014
Aantal	N=22	N=46
Jongens	59% (n=13)	52% (n=24)
Leeftijd (\pm SD) (in jaren) [range]	15,7 \pm 1,2 [13-17 jr]	15,3 \pm 1,1 [13-17 jr]
10- tot en met 15-jarigen	23% (n=5)	57% (n=26)
16-jarigen	59% (n=13)	28% (n=13)
17-jarigen	18% (n=4)	15% (n=7)
Hagenaar	59% (n=13)	63% (n=29)
Ethanolpromillage (\pm SD) (g/l) [range]	1,9 \pm 0,6 [0,5-2,8]	2,0 \pm 0,5 [0,7-3,2]
1,00-2,99 g/l	91%	96%
Ongeval voor consult SEH	50% (n=11)	46% (n=21)



16 jaar oud; dit aandeel ligt aanzienlijk hoger dan het landelijke aandeel 16-jarigen dat in 2014 met alcoholgerelateerde problemen op een SEH belandde (29%).¹ Het aandeel 17-jarigen (16% versus 21%) en het aandeel 14- en 15-jarigen (38% versus 44%) lagen daarentegen lager dan landelijk, terwijl het aandeel 12- en 13-jarigen niet verschilde met landelijk (7% versus 6%). De gemiddelde leeftijd van de minderjarige jongeren met alcoholgerelateerde problemen die in 2014 een SEH in Den Haag consulteerden was gelijk aan landelijk (15,4 jaar).¹ Overeenkomstig landelijke resultaten¹ was alcoholvergiftiging de belangrijkste reden voor behandeling van de jongeren met alcoholgerelateerde problemen op de SEH. Een onderzoek naar de schadelijke effecten van verschillende soorten drugs van Van Amsterdam e.a.¹⁵ laat zien dat alcohol, wat betreft de individuele en maatschappelijke schade die het kan aanrichten, na crack en heroïne, het hoogste scoort. Uit een onderzoek onder personen van 16 tot 65 jaar blijkt echter dat alcohol als minder schadelijk wordt ingeschat dan uit genoemde onderzoek blijkt. Hoe jonger, hoe minder kennis over (de schadelijkheid) van alcohol.⁵ Ook de recente cijfers over (minderjarige) jongeren die vanwege alcoholgerelateerde problemen op een SEH worden behandeld of moeten worden opgenomen^{1,2} doen vermoeden dat jongeren niet goed op de hoogte zijn van de schade die hun alcoholgebruik kan aanrichten. Dit wijst op de noodzaak jongeren tijdig voor te lichten over en bewust te maken van de schadelijkheid van alcoholgebruik. Dit is ook wat de gemeente Den Haag ambieert, zoals staat beschreven in de nieuwe nota volksgezondheid 'De gezonde kracht van Den Haag' die in maart 2016 is vastgesteld. In het kader van deze nota worden onder andere risicogroepen die problematisch alcohol gebruiken vroegtijdig opgespoord en toegeleid naar preventieve ondersteuning.¹⁶

In dit onderzoek dronk een ruime meerderheid van de jongeren onder recreatieve omstandigheden. Uit de medische dossiers van de jongeren bleek dat in veel gevallen met vrienden werd gedronken en in afwezigheid van de ouders (niet in Resultaten). Het is bekend dat de omgeving, waaronder (de sociale druk van) vrienden⁴ en ouders¹⁷, een belangrijke rol speelt in het alcoholgebruik van jongeren. Preventie- en voorlichtingsactiviteiten over alcoholgebruik bij jongeren zouden zich dan ook mede moeten richten op de rol van vrienden en ouders hierin. Dit is ook de reden dat in het Preventie- en Handavingsplan in het kader van de nieuwe Drank- en Horecawet van de Gemeente Den Haag de omgeving van de jonge drinker centraal staat, met een belangrijke rol voor de ouders/opvoeders.¹² Naast ouders en vrienden, spelen ook alcoholverstrekkers in de omgeving van jongeren een rol in hun alcoholgebruik. Een onderzoek van het Nederlands Instituut voor alcoholbeleid (STAP) in 2013 in opdracht van de gemeente Den Haag liet zien dat jongeren onder de 16 jaar in Den Haag eenvoudig aan alcohol konden komen; twee op de drie jongeren kregen alcohol mee in

sportkantines, café's en de detailhandel (supermarkt, slijterij, avond/nachtwinkel).¹⁸ Om vast te stellen of de nieuwe wet door alcoholverstrekkers wordt nageleefd, heeft de Gemeente Den Haag in 2015 een onderzoek uitgevoerd waarbij jongeren onder de 18 jaar zijn ingezet om naleving van de leeftijdsgrenzen in café's, sportkantines en winkels te toetsen.¹² Uit dit onderzoek bleek dat ruim drie op de vier jongeren alcohol meekregen. Het Haagse nalevingspercentage lag met 23% iets hoger dan het landelijke nalevingspercentage van 22%.¹⁹ In 2016 zal wederom een nalevingsonderzoek worden gehouden.

Naast gezondheidsrisico's, brengt alcohol ook hoge maatschappelijke kosten met zich mee, waaronder kosten voor algemene gezondheidszorg (preventie en behandeling) en voor verslavingszorg.²⁰

In 2014 bedroeg het landelijke tarief voor een spoedrit van de ambulance 603 euro.²¹ Dit komt neer op ruim 27.000 euro aan kosten voor de 45 jongeren met alcoholgerelateerde problemen die met de ambulance naar de SEH in Den Haag werden gebracht (niet in Resultaten). Deze kosten zijn een onderschatting van de werkelijke ambulancekosten die gemaakt worden voor jongeren met alcoholgerelateerde problemen in Den Haag; een deel van de jongeren wordt namelijk ter plaatse door ambulancepersoneel behandeld en kan daarna (onder begeleiding van een bijvoorbeeld een ouder of vriend) naar huis. Er is dan dus wel een ambulance uitgereden, maar de jongere komt uiteindelijk niet op de SEH terecht.

Ook behandeling en nazorg zullen de nodige kosten met zich hebben meegebracht. Voor een meerderheid van de jongeren was na behandeling op de SEH een dag/nachtopname of opname op een verpleegafdeling of intensive care afdeling van een ziekenhuis noodzakelijk. De kostenindicatie van een dag verblijf in het ziekenhuis is 554 euro.²² Voor de 48 jongeren in deze studie die vanwege hun alcoholgerelateerde problemen een nacht in het ziekenhuis moesten doorbrengen komt dit neer op ruim 26.000 euro. Bovendien kreeg bijna een derde van de jongeren (ook) een doorverwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg, in de meeste gevallen naar de (ambulante) verslavingszorg.

Bovenstaande gegevens benadrukken eens te meer de noodzaak om onverantwoord alcoholgebruik onder jongeren terug te dringen en daarmee de daaraan gerelateerde gezondheidsrisico's en maatschappelijke kosten.

Alcoholgebruik 2014 in vergelijking met 2012 en 2013

Hoewel het totaal aantal 16- en 17-jarigen stabiel was over de jaren 2012-2014, bezochten in 2014 bijna twee keer zoveel 16-jarigen en twee keer zo weinig 17-jarigen met alcoholgerelateerde problemen een SEH in Den Haag als in 2013 en 2012. Dit in tegenstelling tot de landelijke situatie, waar het percentage 16-jarigen juist afnam.¹ Het is denkbaar dat deze 16-jarige jongeren vanwege de verhoogde leeftijdsgrens naar 18 jaar



vaker thuis of bij vrienden zonder toezicht van ouders drinken en dan (eerder) te veel drinken. Waarom het aantal 17-jarige jongeren juist een stuk lager was in 2014 is niet duidelijk. Vanwege de kleine aantallen is bij de interpretatie van deze resultaten echter voorzichtigheid geboden. Toekomstig onderzoek onder minderjarige jongeren is nodig om te zien of dit verschil in aantal 16- en 17-jarigen duidt op een trend of dat het een eenmalige bevinding betreft.

De vergelijking van de maanden juni, juli, november en december met de overige acht maanden van 2014 liet zien dat deze vier maanden wat betreft het aantal minderjarige jongeren dat vanwege alcoholgerelateerde problemen een SEH in Den Haag bezocht en wat betreft achtergrondkenmerken representatief zijn voor 2014. Wel was het aandeel 16-jarigen in juni, juli, november en december 2014 twee keer zo hoog en het aandeel 12- tot en met 15-jarigen ruim twee keer zo laag als in de rest van 2014. Er is vooralsnog geen verklaring voor het verschil in leeftijdsamenstelling tussen de periodes. Het is mogelijk dat het hier om een toevalsfluctuatie gaat. Het is van belang om jongeren die met alcoholgerelateerde problemen een SEH bezoeken te blijven registreren om inzicht te krijgen in de mogelijke effecten van de wettelijke leeftijdsverhoging voor alcohol op het aantal jongeren dat vanwege alcoholgerelateerde problemen een SEH consulteert.

Landelijk liet het aantal jongeren dat ten gevolge van alcoholgebruik in 2015 het ziekenhuis moest worden opgenomen een toename van 19% zien ten opzichte van 2014.¹ De onderzoekers verwachten vanaf 2016 een daling van het aantal opnames van jongeren met alcoholvergiftiging; in 2014 en 2015 waren er immers nog 16- en 17-jarige jongeren die vanaf 2014 ineens niet meer buitenshuis alcohol konden kopen en drinken. Zij hebben zich mogelijk weinig aangetrokken van de nieuwe leeftijds grens.²³

Beperkingen

Ondanks de waardevolle inzichten die het onderzoek geeft, kent het ook een belangrijke beperking. Het is zeer aannemelijk dat het aantal jongeren met alcoholgerelateerde problemen in deze studie slechts het topje van de ijsberg is. Gegevens die zijn gebruikt in dit onderzoek zijn retrospectief uit de statussen van patiënten gehaald en bovendien wordt in de ziekenhuizen nog niet routinematig gescreend op (overmatig) alcoholgebruik. Daarnaast zal een deel van de jongeren met alcoholgerelateerde problemen door een huisarts behandeld worden. Uit cijfers van het NIVEL in 2012 bleek dat naast de (ongeveer 5.000) alcoholvergiftigingen op de SEH er naar schatting 3.800 personen met een alcoholvergiftiging bij een huisartsenpost werden behandeld.²

Tot slot zijn er, zoals eerder al kort aangekaart, ook nog jongeren met alcoholgerelateerde problemen, die op straat door ambulancepersoneel worden behandeld en vervolgens naar huis

gaan. Ook deze groep jongeren ontbreekt in deze studie.

Om deze groep jongeren in beeld te krijgen, wordt momenteel in samenwerking met de Coöperatie Regionale Ambulancevoorziening (RAV) Haaglanden een registratiesysteem opgezet. Deze registratie zal die van de SEH's aanvullen zodat een goed inzicht kan worden verkregen van het aantal jongeren in Den Haag dat voor alcoholgerelateerde problemen behandeld wordt. Daarnaast wordt bekeken of de registratie uitgebreid kan worden naar de gehele regio, om uiteindelijk een zo volledig mogelijk beeld te verkrijgen van jongeren met alcoholgerelateerde problemen in de regio Haaglanden.

Conclusie

Dit onderzoek laat zien dat 68 minderjarige jongeren in 2014 in Den Haag een SEH hebben bezocht vanwege alcoholgerelateerde problemen. Over de periode 2012-2014 werden geen grote veranderingen waargenomen in het aantal en achtergrondkenmerken van jongeren die met alcoholgerelateerde problemen een SEH in Den Haag bezochten.

Gezien de serieuze gezondheidsrisico's en maatschappelijke kosten die alcoholgebruik onder jongeren met zich meebrengt, is elke minderjarige jongere die met alcoholgerelateerde problemen een SEH bezoekt er één te veel. Bovendien zijn de 68 jongeren in deze studie slechts het topje van de ijsberg. Aandacht voor deze groep blijft daarom noodzakelijk.

OVER DE AUTEURS

Mw. Dr. C. Dekkers, senior epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie, GGD Haaglanden, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, Den Haag;

Dhr. S. Post, unithoofd SEH, Hagaziekenhuis locatie Sportlaan/Leyweg, Den Haag (tot 01-10-2015); per 01-10-2015:

Verpleegkundig specialist in opleiding Cardiologie, Hagaziekenhuis locatie Leyweg, Den Haag;

Mw. M. van Yperen, Praktijkopleider specialistische afdeling (SEH), Medisch Centrum Haaglanden – Bronovo, ziekenhuis Bronovo, Den Haag;

Mw. Dr. M.C. van der Linden, Klinisch epidemioloog acute zorg, Medisch Centrum Haaglanden – Bronovo, locatie Westeinde, Den Haag.

E-mail: caroline.dekkers@ggdhaaglanden.nl



REFERENTIES

- 1 Lely N van der, De Klerk FA, Hoof JJ van, Dalen WE van. **Factsheet alcoholopnames en alcoholintoxicaties bij minderjarigen van 2007 tot en met 2015**; Universiteit Twente; Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid STAP; Reinier de Graaf Groep; Enschede/Utrecht/Delft; maart 2016.
- 2 VeiligheidNL. **Alcoholvergiftigingen en ongevallen met alcohol**. Letsel Informatie Systeem 2013, 2003-2013.
- 3 Verdurmen J, Abraham M, Planije M, Monshouwer K, Dorselaer S van, Schulten I et al. **Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar. Schadelijke effecten en effectiviteit van alcoholinterventies**. Utrecht: Trimbos-instituut; 2006.
- 4 Hasselt N van. **Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder jongeren**. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.
- 5 Dalen W van, Kingma J. **Ziek van alcohol. Een analyse van de kennis onder de Nederlandse bevolking over de gevolgen van alcoholgebruik voor onze gezondheid**. Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid (STAP). Utrecht, februari 2012.
- 6 **Leeftijdsgrens alcohol en roken naar 18 jaar** [online]; 2014. Beschikbaar via: <http://www.opgroeiensonderalcohol.nl/index.php?hact=11&sact=1>. Geraadpleegd 1 juni 2015.
- 7 De Vos-Van der Hoeven T. **Het effect van alcohol op puberhersenen** [online]; 2015. Beschikbaar via: <http://www.opvoedadvies.nl/alcoholhersen.htm>. Geraadpleegd 1 juni 2015.
- 8 **Alcohol intoxicatie (alcoholvergiftiging)** [online]. Beschikbaar via: <http://mens-en-gezondheid.infonu.nl/aandoeningen/75847-alcohol-intoxicatie-alcoholvergiftiging.html>. Geraadpleegd 7 maart 2016.
- 9 **Alcoholvergiftiging** [online]; <http://www.vnn.nl/meer-weten-over/alcohol/drink-ik-teveel/alcoholvergiftiging/>. Geraadpleegd 6 maart 2016.
- 10 **Comazuipen** [online]; <http://www.vnn.nl/meer-weten-over/alcohol/drink-ik-teveel/comazuipen/>. Geraadpleegd 6 maart 2016.
- 11 **Comazuipen maar niet in coma** [online]. Beschikbaar via: <http://nos.nl/op3/artikel/315946-comazuipen-maar-niet-in-coma.html>. Geraadpleegd 7 maart 2016.
- 12 Gemeente Den Haag. **Preventie- en handhavingsplan in het kader van de nieuwe Drink- en Horecawet Gemeente Den Haag** (BOW.2014.255).
- 13 Dekkers C, Linden C van der, Post S, Yperen M van, Burger I. **Alcoholvergiftiging en letsel door overmatig alcoholgebruik onder jongeren in Den Haag**. Epidemiologisch Bulletin 2012,47(3):10-19.
- 14 **Advies alcoholgebruik jongeren** [online]; 2013. Beschikbaar via: <http://www.alcoholinfo.nl/publiek/hoeveel-alcohol-is-teveel/hoeveel-alcohol-per-dag/drinkadvies-jongeren>. Geraadpleegd 1 juni 2015.
- 15 Amsterdam JGC van, Opperhuizen A, Koeter MWJ, Aerts LAGJM van, Brink W van den. **Ranking van drugs. Een vergelijking van de schadelijkheid van drugs**. RIVM Rapport 340001001. Bilthoven, 2009.
- 16 Gemeente Den Haag. **Gewijzigd voorstel m.b.t. de nota Volksgezondheid 2015-2018 De gezonde kracht van Den Haag**. RIS 284021_1-december-2015.
- 17 Vermeulen-Smit E. **The role of parents in preventing adolescent alcohol and cannabis use** [proefschrift]. Ridderprint BV Ridderkerk, 2014.
- 18 Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid (STAP). Factsheet **'Alcoholverstreking aan jongeren onder de 16 jaar. Nalevingsonderzoek gemeente Den Haag. Hotspotonderzoek'**. Utrecht: STAP, 2014.
- 19 Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid (STAP). Factsheet **'Alcoholverstreking aan jongeren onder de 18 jaar. Nalevingsonderzoek gemeente Den Haag 2015.'** Utrecht: STAP, juni 2015.
- 20 Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid (STAP). Factsheet **'De maatschappelijke kosten en schade van alcoholgebruik'**. Utrecht: STAP, 2010.
- 21 Nederlandse Zorgautoriteit. **Bekostiging en financiering ambulancezorg 2014**. Achtergrond bij de beleidsregel BR/CU-7089. Oktober 2013.
- 22 **Dagje ziekenhuis: VS zes keer zo duur als Nederland** [online]; 2013. Beschikbaar via: <http://www.z24.nl/economie/dagje-ziekenhuis-vs-zes-keer-zo-duur-als-nederland>. Geraadpleegd 1 april 2016.
- 23 Lely N van der, De Klerk FA, Hoof JJ van, Dalen WE van. **Aantal ziekenhuisopnames van jongeren vanwege alcoholgebruik in 2015 opnieuw toegenomen**. Persbericht. Universiteit Twente; Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid STAP; Reinier de Graaf Groep, 8 maart 2016.



Grote verschillen in gezonde levensverwachting in Haaglanden

SAMENVATTING

INLEIDING

In dit artikel is voor zowel mannen als vrouwen in de gemeenten in regio Haaglanden de levensverwachting en gezonde levensverwachting bij de geboorte berekend. Daarnaast is de gezonde levensverwachting berekend voor de Haagse wijken met achterstand. De gezonde levensverwachting geeft inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking.

METHODE

Met behulp van leeftijdsspecifieke sterftecijfers, bevolkingsaantallen van de gemeenten in de regio en gegevens over de ervaren gezondheid uit de gezondheidsenquête 2012 is voor mannen en vrouwen de levensverwachting en de gezonde levensverwachting berekend.

RESULTATEN

De levensverwachting en gezonde levensverwachting bij geboorte in de regio Haaglanden wijken niet of nauwelijks af van Nederland. Wel zijn er verschillen ten aanzien van de gezonde levensverwachting tussen de gemeenten in de regio. Inwoners van wijken met achterstand in Den Haag hebben een veel kortere gezonde levensverwachting vergeleken met de wijken zonder achterstand in Den Haag.

CONCLUSIES

Gezonde levensverwachting is een nuttige indicator om verschillen in gezondheid te meten tussen gemeenten en subgroepen van de populatie. Wel is de berekening van de gezonde levensverwachting gevoelig voor de wijze waarop de ervaren gezondheid is gemeten.

Er zijn grote verschillen in het gemiddeld aantal levensjaren dat men mag verwachten in goede gezondheid door te brengen, ofwel 'de gezonde levensverwachting', tussen inwoners van de gemeenten in regio Haaglanden en tussen wijken binnen Den Haag met en zonder achterstand. Dat blijkt uit onderzoek naar de levensverwachting en de gezonde levensverwachting in de gemeenten van regio Haaglanden, waarbij Den Haag is opgesplitst in wijken met achterstand en wijken zonder achterstand. Tussen gemeenten ligt het verschil in gezonde levensverwachting voor mannen op bijna dertien jaar en voor vrouwen op bijna elf jaar. De verschillen tussen wijken met achterstand en de wijken zonder achterstand in de gemeente Den Haag zijn het grootst. In wijken met achterstand leven vrouwen bijna zeventien jaar korter in als goed ervaren gezondheid dan vrouwen in Haagse wijken zonder achterstand. Voor mannen ligt dit op twaalf jaar. De verschillen in 'gezonde levensverwachting' tussen gemeenten en wijken worden deels verklaard door verschillen in sociaaleconomische status.

Ad van Dijk

Inleiding

GGD Haaglanden onderzoekt de gezondheid van inwoners van de regio. Daarvoor worden diverse methoden gebruikt. Een bekende methode is de gezondheidsenquête, waarin inwoners van de regio zelf wordt gevraagd aan te geven hoe (on)gezond ze zich voelen of hoe (on)gezond men leeft. Ook andere gegevens van personen zijn bruikbaar om inzicht te krijgen in de gezondheid van mensen. Deze gegevens zijn veelal niet door personen zelf maar door anderen gerapporteerd of door instanties geregistreerd. Eén zo'n gegeven is de leeftijd waarop iemand sterft. Op basis daarvan kan worden berekend wat de gemiddelde leeftijd is waarop een gehele populatie sterft. Een gezond leven betekent vaak ook een lang leven. In die zin geeft het aantal jaren dat iemand leeft een indicatie voor de gezondheid van een leven.

Onderzoek op basis van gegevens over sterfte in een populatie (sterftecijfers) heeft bij GGD Haaglanden een lange traditie.¹ Naast het berekenen van de levensverwachting (LV) kunnen sterftecijfers ook worden gecombineerd met gegevens uit de gezondheidsenquête. Op basis van de LV en de vraag aan



De gezonde levensverwachting is het gemiddeld aantal levensjaren dat een persoon mag verwachten in goede gezondheid door te brengen.

mensen hoe zij hun gezondheid ervaren, kan worden opgemaakt welk deel van hun leven mensen in een populatie (gemiddeld) doorbrengen in als goed ervaren gezondheid. Dit is de gezonde levensverwachting (GLV).

Wanneer er al onderzoek gedaan wordt waarbij mensen zelf hun gezondheid kunnen rapporteren, zoals bij een enquête, dan is de vraag gerechtvaardigd wat GLV nog kan toevoegen. Het antwoord op deze vraag luidt als volgt. Onderzoek naar de gezondheid van mensen in de regio geeft een beeld van een populatie op een bepaald moment. De GLV geeft daarbij een andere kijk op de gezondheid en maakt een schatting van het vooruitzicht dat

mensen in een populatie hebben bij geboorte over hun gezondheid. Het geeft een indicatie over de omvang van het deel van het leven dat men mogelijk in goede gezondheid zal doorbrengen.

Dit artikel presenteert de levensverwachting en het aantal jaren dat men doorbrengt in als goed ervaren gezondheid. Deze zijn berekend voor de gemeenten van regio Haaglanden: Delft, Den Haag, Leidschendam-Voorburg, Midden-Delfland, Pijnacker-Nootdorp, Rijswijk, Wassenaar, Westland en Zoetermeer. Den Haag is opgesplitst in twee clusters van wijken, namelijk wijken met achterstand en wijken zonder achterstand.

De volgende onderzoeksvragen zijn beantwoord:

- Wat is de LV en de GLV voor de gemeenten in regio Haaglanden en in welke mate verschillen ze onderling en ten opzichte van het landelijke cijfer?
- In welke mate verschilt de LV en de GLV voor wijkclusters met achterstand ten opzichte van wijkclusters zonder achterstand in de gemeente Den Haag?

Hoe worden LV en GLV berekend?

Om de Gezonde levensverwachting te berekenen wordt eerst de Levensverwachting berekend aan de hand van leeftijdsspecifieke sterftcijfers van de populatie. Dit is dus een voorspelling van de sterftkansen op basis van de sterftedata van de bevolking die in de huidige periode leeft. In dit onderzoek is de periode 2009-2012 genomen. Uitgangspunt is dat de leeftijdsspecifieke sterftkans constant blijft en opgaat voor de toekomst. Met de leeftijdsspecifieke sterftkans is voorspelbaar hoeveel personen overlijden – en dus overleven – per leeftijdscategorie. Dat wordt voor elke volgende leeftijdscategorie berekend en op den duur sterft de populatie (denkbeeldig) uit.

Dit leidt tot een schatting van het aantal personen dat in een leeftijdscategorie heeft geleefd en vervolgens tot een berekening van het aantal jaren dat de totale populatie heeft geleefd. Daarmee kan worden bepaald hoeveel jaren een gemiddelde persoon uit deze populatie heeft geleefd, de LV. De gezonde levensverwachting is het gemiddeld aantal levensjaren dat een persoon mag verwachten in goede gezondheid door te brengen. Dit wordt berekend met behulp van het percentage mensen met een goede ervaren gezondheid per leeftijdscategorie.^{2,3,4}

Methode

De GLV wordt berekend met behulp van de LV.

Voor het berekenen van de LV en GLV zijn de volgende gegevens gebruikt:

- Gegevens over de sterfte 2009-2012 uitgesplitst naar leeftijdscategorie (0 jaar; 1-19 jaar; 20-44 jaar; 45-54 jaar; 55-64 jaar; 65-74 jaar; 75-84 jaar; 85 jaar en ouder), geslacht en gemeente en, voor Den Haag, naar wijkclusters 'achterstand' en 'geen achterstand'.⁵ Om betrouwbare indicatoren te kunnen berekenen is een voldoende aantal waarnemingen per gemeente nodig. Om die reden zijn hier de sterfgevallen over de periode 2009-2012 samengenomen.
- Gegevens over de bevolking in de periode 2009-2012 uitgesplitst naar leeftijdscategorie (zie hiervoor), geslacht en gemeente en, voor Den Haag, naar wijkclusters achterstand en geen achterstand.⁵ De gemeente Den Haag hanteert de definitie dat een hoge achterstandsscore in een wijk wordt bepaald door het percentage etnisch-culturele groepen, het gemiddelde inkomen, het percentage langdurig werklozen, de gemiddelde WOZ-waarde van huizen en de sociale stabiliteit (vastgesteld op basis van het aandeel verhuizingen in drie jaar).*

* Volgens de berekening hebben de volgende wijken een achterstand: Stationsbuurt-Rivierenbuurt, Transvaalkwartier, Schilderswijk, Bouwlust-Vrederust, Morgenstond, Moerwijk, Rustenburg en Oostbroek, Groente- en Fruitmarkt, Laakkwartier, Spoorwijk en Binckhorst en Regentessekwartier.



Tabel 1. Levensverwachting in jaren, gezonde levensverwachting in jaren, en percentage van de levensverwachting dat in als goed ervaren gezondheid wordt doorgebracht voor regio Haaglanden en Nederland naar geslacht.

		Regio Haaglanden	Nederland
Man	Levensverwachting	79,5 jaar	79,2 jaar
	Gezonde levensverwachting ('ongezonde' levensverwachting)	63,9 jaar (15,6 jaar)	63,7 jaar (15,5 jaar)
	Percentage LV in als goed ervaren gezondheid	80,4%	80,4%
	Vrouw		
	Levensverwachting	82,8 jaar	82,9 jaar
	Gezonde levensverwachting ('ongezonde' levensverwachting)	63,0 jaar (19,8 jaar)	63,3 jaar (19,6 jaar)
	Percentage LV in als goed ervaren gezondheid	76,1%	76,4%

- Gegevens over de ervaren gezondheid van mensen van 19 jaar en ouder uit de gezondheidsenquête van 2012.6 Voor personen onder de 19 jaar is gebruik gemaakt van de gegevens uit het onderzoek onder scholieren (het 'Peilstation') voor de gemeente Den Haag en de jongerenenquête 2010 voor de overige gemeenten in de regio.^{7,8}

In deze onderzoeken is de ervaren gezondheid gemeten met de vraag 'Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?' met als antwoordcategorieën 'goed' en 'zeer goed' (=gezond) en 'gaat wel', 'slecht' en 'zeer slecht' (=on gezond).

De levensverwachting en de gezonde levensverwachting zijn berekend bij geboorte, uitgesplitst voor geslacht. Voor de landelijke LV en GLV is gebruik gemaakt van CBS-gegevens, peildatum 31 december 2011, uitgesplitst naar geslacht.⁵

Resultaten

Verschillen tussen de regionale en de landelijke cijfers

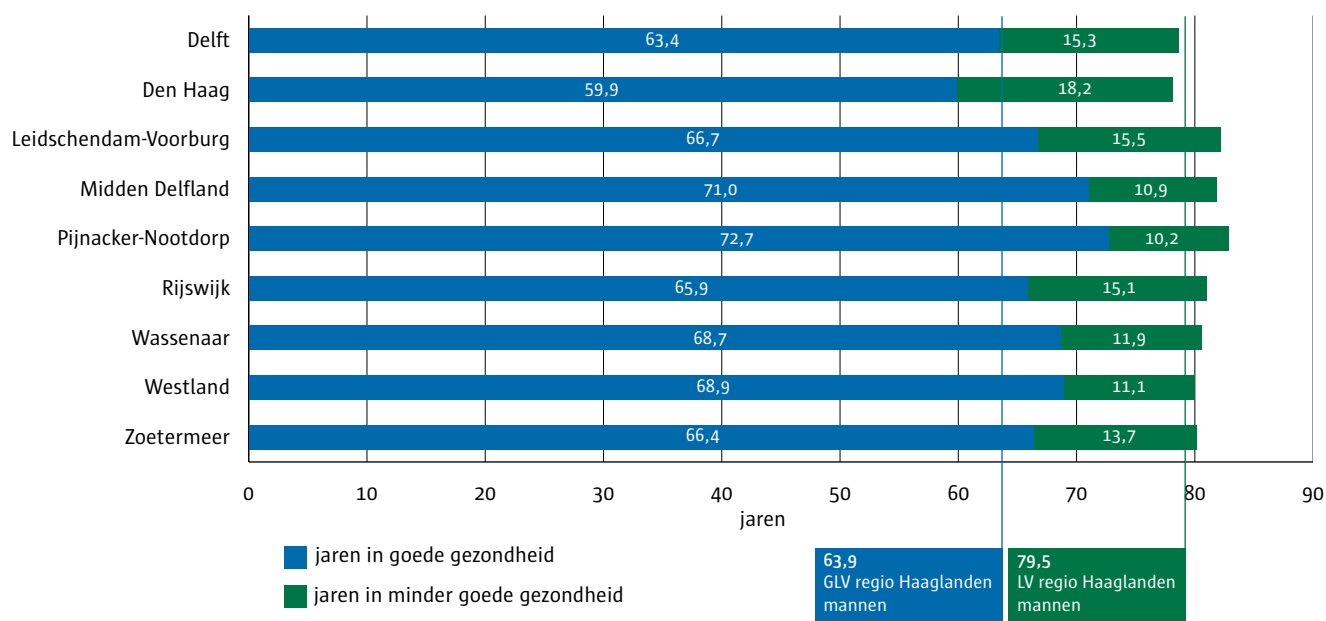
De LV bij geboorte in regio Haaglanden is gelijk aan de LV bij geboorte in Nederland. Zowel landelijk als in regio Haaglanden worden vrouwen iets ouder dan mannen (3,3 jaar voor de regio Haaglanden, 3,7 jaar voor Nederland) (zie Tabel 1).

Ook de verschillen in GLV bij geboorte tussen regio Haaglanden en Nederland zijn klein. Terwijl zowel in de regio als landelijk de LV bij vrouwen hoger is dan bij mannen, is er geen verschil in de GLV tussen mannen en vrouwen.

Vrouwen leven dus langer dan mannen, maar niet langer wat betreft in als goed ervaren gezondheid dan mannen.

Het percentage van LV bij geboorte dat in als goed ervaren gezondheid wordt doorgebracht is in de regio Haaglanden gelijk aan dat van Nederland (zie Tabel 1).

Figuur 1. Levensverwachting vanaf geboorte en gezonde levensverwachting vanaf geboorte voor mannen naar gemeente.



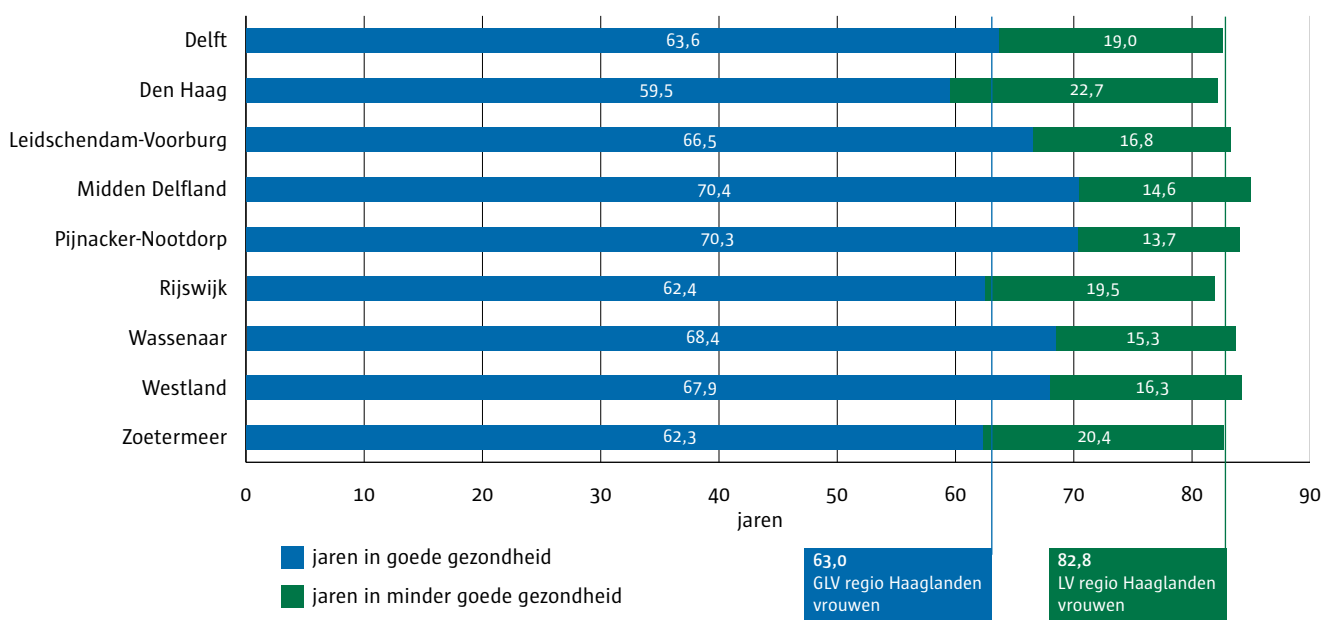
Verschillen tussen gemeenten in de regio Haaglanden*

Bij mannen is de LV het hoogst in Pijnacker-Nootdorp (82,9 jaar) en het laagst in Den Haag (78,1 jaar). Dit is een verschil van 4,8 jaar. Bij vrouwen is het verschil tussen de gemeenten minder groot. In Rijswijk is de LV bij vrouwen 81,9 jaar en in Midden-Delfland 85 jaar. Dit is een verschil van 3,1 jaar. Vergeleken met de totale regio blijkt dat bij mannen uit Pijnacker-Nootdorp, gevolgd door Leidschendam-Voorburg, en vrouwen uit Midden Delfland, Wassenaar en Pijnacker-Nootdorp sprake is van een hogere LV dan gemiddeld in de regio. Mannen in Delft en Den Haag en vrouwen in Den Haag en Rijswijk hebben een lagere LV dan de totale regio (zie figuur 1 en 2).

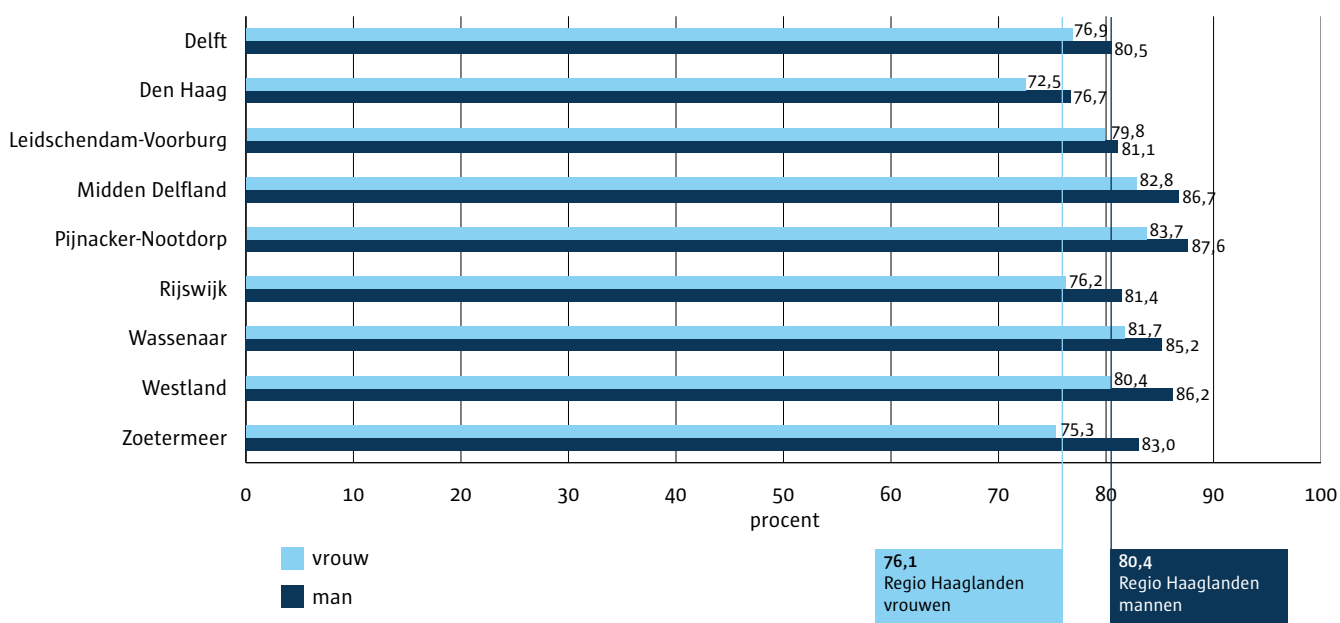
De verschillen in GLV zijn veel groter dan de verschillen in LV. Mannen hebben in Den Haag een GLV bij geboorte van 59,9 jaar, in Pijnacker-Nootdorp is dit 72,7 jaar, een verschil van 12,8 jaar. Vrouwen hebben in Den Haag een GLV van 59,5 jaar en in Midden-Delfland 70,4 jaar. Dit is een verschil van 10,9 jaar. Het percentage van de levensverwachting dat in als goed ervaren gezondheid wordt doorgebracht ligt voor een man uit Pijnacker-Nootdorp op 87,6 procent en voor een man uit Den Haag op 76,7 procent. Dit is een verschil van 10,9 procent. Bij vrouwen is dat 83,7 procent in Pijnacker-Nootdorp en 72,5 procent in Den Haag, een verschil van 11,2 procent (zie Figuur 3).

* Dus inclusief de totale gemeente Den Haag, wijken met achterstand én wijken zonder achterstand.

Figuur 2. Levensverwachting vanaf geboorte en gezonde levensverwachting vanaf geboorte voor vrouwen naar gemeente.



Figuur 3. Percentage van de Levensverwachting bij geboorte doorgebracht in goed ervaren gezondheid naar geslacht en gemeente.



Tabel 2. Levensverwachting in jaren, gezonde levensverwachting in jaren en percentage van de levensverwachting dat in als goed ervaren gezondheid wordt doorgebracht voor wijken met achterstand en wijken zonder achterstand in Den Haag naar geslacht.

		Wijken met achterstand in Den Haag	Wijken zonder achterstand in Den Haag
Man	Levensverwachting	76,8 jaar	78,8 jaar
	Gezonde levensverwachting	52,3 jaar	64,6 jaar
	('ongezonde' levensverwachting)	(24,5 jaar)	(14,2 jaar)
	Percentage LV in als goed ervaren gezondheid	68,2%	82%
Vrouw	Levensverwachting	81,4 jaar	82,5 jaar
	Gezonde levensverwachting	48,3 jaar	64,9 jaar
	('ongezonde' levensverwachting)	(33,1 jaar)	(17,6 jaar)
	Percentage LV in als goed ervaren gezondheid	59,3%	78,7%

Verskil tussen wijken met achterstand en wijken zonder achterstand in Den Haag

Het verschil in LV bij geboorte tussen de mannen in Haagse wijken met achterstand en mannen in Haagse wijken zonder achterstand is twee jaar, bij vrouwen ruim een jaar. Vrouwen in Haagse wijken met achterstand leven 4,6 jaar langer bij geboorte dan mannen in Haagse wijken met achterstand (zie Tabel 2).

Groot zijn de verschillen in gezonde levensverwachting bij geboorte tussen vrouwen in wijken met achterstand en vrouwen in wijken zonder achterstand. Vrouwen in wijken met achterstand leven 16,6 jaar korter in als goed ervaren gezondheid dan vrouwen in wijken zonder achterstand. Vrouwen in wijken met achterstand brengen 33,1 jaar in als niet goed ervaren gezondheid door. Dat is bijna twee keer langer dan vrouwen in wijken zonder achterstand (17,6 jaar).

Mannen in wijken met achterstand leven 12,3 jaar korter in als goed ervaren gezondheid dan mannen in wijken zonder achterstand.

Vrouwen in wijken met achterstand leven 16,6 jaar korter in als goed ervaren gezondheid dan vrouwen in wijken zonder achterstand.

Discussie

De GLV bij geboorte is in regio Haaglanden 63,9 jaar voor mannen en 63,0 jaar voor vrouwen. Tussen de gemeenten varieert de GLV sterk, namelijk van 70,4 jaar bij vrouwen in Midden-Delfland tot 59,5 jaar in Den Haag. Daarbij speelt de mate van urbanisatie een rol.^{9,10} Zo verschillen gemeenten met een hoge urbanisatiegraad (Den Haag) met gemeenten met een lage urbanisatiegraad (Pijnacker-Nootdorp of Midden-Delfland bijvoorbeeld). Landelijk blijkt hetzelfde beeld. De vier grote steden in Nederland (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) hebben een populatie met meer gezondheidsproblemen dan de kleinere gemeenten in Nederland.^{10,11}

Er zijn grote verschillen in GLV bij geboorte tussen de wijken met achterstand en de wijken zonder achterstand in Den Haag. Zo hebben vrouwen in wijken met achterstand 16,6 jaar minder te leven in een als goed ervaren gezondheid dan vrouwen in wijken zonder achterstand. Het verschil tussen een vrouw in een wijk met achterstand in Den Haag en een vrouw in een wijk zonder achterstand in Den Haag is 19,4 procent. De verschillen in gezondheid tussen wijken met achterstand en wijken zonder achterstand hangen onder andere samen met de lagere sociaal-economische status van inwoners.⁶ Indicatoren als ervaren gezondheid, huisartsbezoek en leefgewoonten als roken en bewegen geven aan dat mensen in wijken met achterstand een minder goede gezondheid hebben. De GLV bevestigt dit beeld.

Verschillen in sociaaleconomische status en urbanisatiegraad gaan samen met verschillen in gezondheid. Bovendien rapporteren inwoners van wijken met achterstand in Den Haag en inwoners van grote gemeenten niet alleen een minder goede gezondheid, ook de vooruitzichten op een leven in een goede, aan gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven zijn slechter dan inwoners uit wijken zonder achterstand en kleinere gemeenten in de regio.

Het begrip 'ervaren gezondheid' is veelomvattend. Het verdient aanbeveling om ook de levensverwachting te berekenen met andere, meer specifieke gezondheidsindicatoren zoals LV zonder psychosociale problemen of de LV zonder chronische aandoeningen. Mogelijk ontstaat er zo meer inzicht in de achtergrond van de verschillen tussen gemeenten en wijken met en zonder achterstand.

OVER DE AUTEUR

Dhr. Drs. A. Ph. van Dijk is epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie, GGD Haaglanden, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, Den Haag.

E-mail: ad.vandijk@ggdhaaglanden.nl



Kanttekeningen bij de methode

Bij het berekenen van de LV en GLV is een aantal kanttekeningen te plaatsen. Een eerste kanttekening betreft de populatie. Uitgangspunt is dat de sterftekans per leeftijdscategorie gedurende het leven van een pasgeborene niet verandert. Deze wordt immers berekend op basis van nu bekende gegevens. Over de toekomstige sterftekansen is nog niets bekend. Hetzelfde geldt voor de berekening van de GLV, waarbij het percentage personen dat de gezondheid als goed ervaart wordt gebruikt. Een toekomstige stijging of daling van sterftekansen of ervaren gezondheid in de populatie kan pas achteraf laten zien of een onderschatting of een overschatting van de LV en GLV is gemaakt.

Een tweede kanttekening betreft migratie. Het verleden laat zien dat binnen gemeenten en tussen gemeenten migratie plaatsvindt. Door bijvoorbeeld stadsvernieuwing en het ontwikkelen van Vinx locaties migreren groepen met verschillende sociaaleconomische statussen van het ene deel van de gemeente naar het andere deel en van de ene gemeente naar de andere gemeente. Zo verhuizen ouderen naar wijken of andere gemeenten omdat daar voorzieningen (bijvoorbeeld verzorgings- of verpleegtehuizen) aanwezig zijn die ze in hun huidige wijk missen. Gezonde ouderen verhuizen naar betere wijken, gezonde jonge inwoners van wijken met achterstand verhuizen in de toekomst mogelijk naar wijken zonder achterstand en studenten (Delft) maken slechts voor een relatief korte tijdsduur deel uit van de gemeente.

Dit betekent dat de huidige samenstelling van de bevolking in een gemeente of wijkcluster al beïnvloed is door selectieve migratie. Tegelijkertijd wordt het voorspellen van de levensverwachting door selectieve migratie in de toekomst onzekerder, en daarmee de vergelijking van de gemeenten en wijken.

Een derde kanttekening betreft de vraagstelling waarmee de ervaren gezondheid wordt gemeten. Iemand heeft een als goed ervaren gezondheid wanneer hij of zij 'goed' of 'zeer goed' aankruist bij de vraag. Het gaat hier om een subjectieve rapportage van de ervaren gezondheid. De vraag is of er tussen personen eenzelfde opvatting bestaat over wat een goede gezondheid is en of er sprake kan zijn van systematische bias. Vergelijking tussen regio's, waarbij de indicatoren afzonderlijk zijn berekend, is alleen mogelijk wanneer dezelfde vraag naar ervaren gezondheid is gebruikt. Er bestaan alternatieve vragen met andere antwoordcategorieën, waarbij men gezond is wanneer het antwoord 'goed', 'zeer goed' of 'uitstekend' kan worden aangekruist.

In onderhavig onderzoek is de vraagstelling gebruikt die door CBS en RIVM worden gehanteerd ('goed' en 'zeer goed'). De keuze voor een andere vraagstelling met andere antwoordcategorieën kan effect hebben op de GLV.¹² In Den Haag zijn in 2012 beide versies van de vraag opgenomen in de Haagse Gezondheidsenquête. De vraag met de extra antwoordcategorie 'uitstekend' laat een tien procent hogere proportie goed ervaren gezondheid zien, met als gevolg een hogere GLV.

REFERENTIES

- 1 Meer I van der. **Sterfte in Den Haag**. Epidemiologisch Bulletin 2015;51(4):17-26.
- 2 Chian CL. **The life table and its construction**. In: Introduction to stochastic processes in biostatistics. New York: Wiley, 1968: 189-214.
- 3 Sullivan DF. **A single index of mortality and morbidity**. HSMHA Health Reports 1971;86:347-54.
- 4 Sturmans F. **Epidemiologie. Theorie, methoden en toepassing**. Nijmegen: Dekker & van de Vegt, 1982.
- 5 **CBS statline**. Online. 2016. Bezocht op 08 maart 2016. Beschikbaar op URL: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=71950NED&D1=0-2,5,7&D2=a&D3=a&D4=a&D5=30,l&HDR=G4,G3,T&STB=G1,G2&VW=T>.
- 6 **De Gezondheidsmonitor Den Haag 2014**. Gemeente Den Haag, 2014.
- 7 Dijk A van, Berns M, Steenbergen-Terpstra N, Kallenbach-Heinen J. **Peilstationsonderzoek Genotmiddelengebruik Scholieren Voortgezet Onderwijs**. Den Haag 2011.
- 8 **Gezondheidsonderzoek Jongeren 2010. Gezondheidssituatie van jongeren uit regio Zuid-Holland West**. <http://www.ggahaaglanden.nl/over/publicaties-en-onderzoeken/gezondheidsonderzoek-zuidholland-west/gezondheidsonderzoek-jongeren.htm>.
- 9 Santana P, Costa C, Mari-Dell'Olmo M, Gotsens M, Borrell C. **Mortality, material deprivation and urbanization: exploring the social patterns of a metropolitan area**. Int J Equity Health. 2015 Jun 9;14:55.
- 10 Reelick F, Dijk A van. **Gezondheidsverschillen in de regio Rotterdam**. TSG 1994;72:305-308.
- 11 Veelen J van, Dijk A van, Ariëns G, Verhoeff A, Klaus-Meijs W, Ameijden E van, et al. **G4 op gezondheid uitgemeten**. Den Haag 2009.
- 12 Toet J, Uitenbroek DG., Ameijden EJC van. **Berekening van de Gezonde Levensverwachting in kleine geografische eenheden**. TSG 2013, 91 (2), 115-120.



E-mental health voor psychische klachten

In de huisartspraktijk begint het gebruik van e-mental health voor psychische problemen langzaam toe te nemen. Onderstaand artikel schetst de e-mental health voor individuele hulp voor mensen met psychische klachten. De burger, cliënt of patiënt kan dan zelf aan de slag gaan met vragenlijst en hulpprogramma's, al dan niet begeleid door de Praktijkondersteuner Huisarts GGZ (POHGGZ). Hoewel de eerste ervaringen bij bepaalde groepen patiënten positief zijn en de ontwikkelingen in e-mental health snel gaan, blijkt dat veel huisartsen en ook praktijkondersteuners GGZ nog weinig weten van e-mental health als behandelvorm en er geen ervaring mee hebben. Verder onderzoek naar en scholing en oefening in e-mental health programma's voor psychische klachten, kunnen de implementatie van deze zorgvernieuwing in de huisartsenpraktijk ondersteunen.

Richard Starmans

Wat is e-mental health?

Onder e-mental health worden verschillende activiteiten verstaan. Er zijn websites waar patiënten en anderen informatie over ziektes en behandelingen kunnen vinden of testen kunnen doen door een vragenlijst in te vullen. Soms zijn deze sites gesponsord door een farmaceutisch bedrijf of – bij psychische klachten – door een GGZ-instelling die hierbij een belang heeft. Sommige sites zijn gericht op zelfmanagement zoals voor mensen met ADHD. Ook gaat het om het elektronische patiëntendossier, om het online maken van afspraken met hulpverleners en om het delen van ervaringen en onderling contact tussen lotgenoten. Ten slotte wordt het gebruikt voor elektronische communicatie tussen zorgverleners. Zo kan een huisarts langs elektronische weg een patiënt naar een specialist verwijzen: de verwijsvraag met medische gegevens van de patiënt over bijvoorbeeld medicatie, gaat veilig versleuteld via internet naar het ziekenhuis of de GGZ-instelling. Daarbij is meteen zichtbaar wat de wachttijd is, of voorbereiding gewenst is en wat er in het ziekenhuis gaat gebeuren. Dat is vaak afhankelijk van de verwijsreden (bijvoorbeeld eerst onderzoek voordat de specialist de patiënt ziet).

Inleiding

Bij e-mental health voor individuele hulp aan mensen met psychische klachten kan de burger, cliënt of patiënt zelf aan de slag gaan met vragenlijst en hulpprogramma's. Ook zijn er programma's voor mensen die in zorg zijn bij GGZ-beroepsbeoefenaren in de generalistische basis-GGZ en de specialistische GGZ* en in de huisartspraktijk. Het gaat om psycho-educatie, zelf-testen, zelfhulp en behandeling. Cognitieve gedragstherapie is de methodologische basis van veel programma's. Van een aantal programma's voor depressie, angst en alcoholproblemen is aangetoond dat die effectief zijn, zowel als het gaat om zelfhulp als om behandeling.¹ Dit artikel belicht de mogelijkheden voor de inzet van e-mental health in de huisartspraktijk. Voor de eerste lijn is dit een vorm van zorgvernieuwing.

* Het nieuwe stelsel van de GGZ kent drie echelons: de eerstelijns GGZ bestaat uit de zorg door huisarts en diens POHGGZ. In de generalistische basis-GGZ werken vooral psychologen en pedagogen voor mensen die een (vermoeden op een) volgens de DSM-classificeerbare aandoening hebben. Ten slotte is er de specialistische GGZ voor meer complexe problemen die meestal een multidisciplinaire aanpak vergen.



Meerwaarde is dat de patiënt meer eigen regie en een eigen aandeel heeft in het werken aan de problemen in zijn eigen tempo en op een zelfgekozen moment.

Uit de literatuur is bekend dat e-mental health veel mogelijkheden heeft voor effectieve zorg.² Voor mensen met alcoholproblemen is een e-mental health programma zelfs effectiever dan face-to-face behandeling.³ Het anoniem hulp krijgen kan hier positief ervaren worden vanwege de privacy. Patiënten bij monde van het Landelijk Platform GGZ staan positief tegenover e-mental health. Zij willen dat hulpverleners op de hoogte zijn van het zelfzorg-aanbod en hun patiënten hierin kunnen adviseren over bijvoorbeeld zelfzorgmiddelen, herstelwerkgroepen en e-health blended aanbod.⁴

Hoe gaat het in de huisartspraktijk?

De indruk bestaat dat in de huisartspraktijk het gebruik van e-mental health voor psychische problemen langzaam toeneemt.

Er zijn programma's waar de patiënt zelf mee aan de slag kan gaan zoals met de algemene site 'thuisarts.nl' of 'kleur je leven' voor mensen met een depressie. Daarnaast zijn er programma's die 'blended' aangeboden worden. Daarbij begeleidt de POHGGZ de patiënt bij het doorlopen van het e-health-programma. Hij volgt wat de patiënt doet, motiveert, geeft feedback en bepaalt welke vervolgonderdelen de patiënt kan gaan doen. Naast deze contacten kunnen er face-to-face-contacten zijn. Ook is het mogelijk om een 'blended' programma te doorlopen met een anonieme begeleider van de aanbieder.

De huisartspraktijk koopt dan een aantal pakketten van programma's in, waarmee de POHGGZ bij patiënten aan de slag kan gaan. Daarbij bespreekt de praktijkondersteuner met de patiënt de mogelijkheid om e-mental health in te zetten. Als ze besluiten om hiermee aan de slag te gaan, krijgt de patiënt een e-mail met de toegang tot de site van de e-mental health. Dat gebeurt altijd door het inloggen op een beveiligde website. In de 'blended'-vorm kan de praktijkondersteuner de patiënt volgen, feedback geven en ook uitnodigen en motiveren om volgende stappen te zetten in het programma of een nieuw programma te starten. De POHGGZ krijgt bericht als de patiënt een onderdeel heeft voltooid.



Wat is e-mental health in de huisartsenpraktijk?

In de huisartsenpraktijk kan de patiënt met psychische klachten of verslavingsproblemen onder begeleiding van de POH-GGZ en/of huisarts thuis met e-mental health aan de slag om zijn klachten te verbeteren. De POH-GGZ en/of huisarts kunnen de patiënt op maat begeleiden door in te gaan op persoonlijke knelpunten en motivatie. Door effectief aanbod kunnen de klachten van de patiënt verminderen. E-mental health aanbod kan de inzet van de POH-GGZ en huisarts daarmee versterken. Zeker nu sinds 2014 een nieuw GGZ-stelsel geïntroduceerd is, waarbij de huisarts en POH-GGZ een belangrijkere rol hebben in het signaleren en behandelen van psychische klachten.

E-mental health is

het gebruik van informatie- en communicatietechnologie om de geestelijke gezondheid te ondersteunen of te verbeteren.

Bron: www.huisarts-emh.nl

Uit een onderzoek onder vooral praktijkondersteuners GGZ blijkt dat de helft van hen een meerwaarde ziet van e-mental health als uitbreiding van hun eigen diagnostische en therapeutische mogelijkheden.¹ Een deel geeft aan nog niet veel ervaring te hebben en denkt dat de patiënt een voorkeur heeft voor persoonlijk contact. Sommigen geven aan dat het niet aansluit bij hun populatie, bijvoorbeeld laaggeletterden, mensen van allochtone herkomst en patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen.

Als meerwaarde ziet men dat de patiënt meer eigen regie en een eigen aandeel heeft in het werken aan de problemen in zijn eigen tempo en op een zelfgekozen moment. E-mental health geeft daarnaast ondersteuning aan de gesprekken met extra informatie en oefeningen.



Tabel 1. Pro's en contra's van e-mental health in de huisartspraktijk

Kansen	Beperkingen
<ul style="list-style-type: none"> • Eigen regievoering door patiënt • Programma's passend bij voorkeur patiënt • Meer psycho-educatie dan in face-to-face contact • Meer oefeningen dan in face-to-face contact • Uitbreiding instrumentarium POHGGZ; de zorg kan daardoor intensiever zijn • Efficiëntere zorg voor patiënt en hulpverlener 	<ul style="list-style-type: none"> • Vergt discipline van patiënt • Zorgverlener moet kunnen voorlichten over programma's • Patiënt moet Nederlandse taal beheersen • Patiënt moet over digitale vaardigheden beschikken • 'Blended' onder begeleiding van en feedback door POHGGZ is effectiever; de tijdswinst voor de hulpverlener is beperkt • Effect vooral aangetoond in meer eenduidige geselecteerde patiëntengroepen dan die van de eerste lijn

Uit een onderzoek onder kaderhuisartsen GGZ* blijkt dat deze allemaal een meerwaarde zien voor de e-mental health, met name omdat het een extra tool is in de 'gereedschapskist' om patiënten te begeleiden.⁵ Ook noemen zij kansen voor meer

patiënt-empowerment en psycho-educatie en de mogelijkheid om patiënten meer passende informatie te geven, die zij naar behoefte kunnen teruglezen. Patiënten kunnen naar hun persoonlijke keuze bijvoorbeeld ontspanningsoefeningen doen met een vrouwenstem of juist een mannenstem. Deze kaderhuisartsen gebruiken allemaal e-mental healthprogramma's.

In dit onderzoek uiten de kaderhuisartsen ook bezwaren: de programma's zijn ontwikkeld in de meer gespecialiseerde GGZ. Daarmee is nog niet bewezen wat de effectiviteit in de huisartspraktijk is. Voor sommige patiënten zijn de gedragstherapeutische technieken waarop de programma's meestal gebaseerd zijn minder geschikt, omdat ze als te moeilijk of te abstract ervaren worden. Ten slotte vergen de e-mental healthprogramma's van de patiënt enige mate van zelfdiscipline, beheersing van de Nederlandse taal en basale digitale vaardigheden.

Tabel 1 geeft een overzicht van een aantal kansen en beperkingen van e-mental health.

Knelpunt

Het grootse knelpunt blijkt echter dat veel huisartsen en praktijkondersteuners GGZ nog weinig weten van e-mental health als behandelvorm en er geen ervaring mee hebben. Er wordt dan ook aanbevolen om huisartsen en praktijkondersteuners GGZ te scholen

* Kaderhuisartsen zijn huisartsen die een tweejarige vervolgopleiding hebben gehad in een deelgebied van de huisartsgeneeskunde. Zij kunnen zich dan –vaak regionaal– richten op zorgontwikkeling, consultatie, samenwerking, nascholing. Op dit moment zijn er kaderhuisartsen onder meer in diabetes, astma/copd, hart- en vaatziekten, urogynaecologie, ouderengeneeskunde, bewegingsapparaat, reizigersgeneeskunde, palliatieve zorg, beleid en beheer en GGZ.

Voorbeeld e-mental health bij slaapproblemen

Indien een patiënt bij de huisarts komt voor slaapproblemen en de huisarts na exploratie verwijst naar de POHGGZ, dan kan deze in overleg met de patiënt besluiten om e-mental health in te zetten.

Een e-mental health programma voor slaapproblemen kan uit de volgende onderdelen bestaan:

- 1 **Beter slapen:** psycho-educatie over slaapgewoonten, adviezen over slaapritme, activiteiten voor het slapen gaan, nuttigen van eten en drank en betere slaapproblemen. Over deze onderwerpen kan de patiënt zijn eigen situatie beschrijven. Een slaapdagboek geeft inzicht over hoe nu feitelijk geslapen wordt, dat kan aan de orde komen tijdens de behandeling.
- 2 **Leren ontspannen:** voelen van spanning in eigen lichaam, bewust worden van eigen ademhaling en ademhalingsoefeningen.
- 3 **Minder piekeren:** anders leren denken en ontspannen.
- 4 **Mindfulness:** bewust worden van gedachten, gevoelens en lichamelijke gewaarwording.

Bij alle onderdelen wordt voorlichting gegeven en geeft de patiënt aan hoe zijn situatie is, soms met een dagboek. De POHGGZ geeft hier elektronisch feedback op. Steeds zijn er oefeningen om thuis uit te voeren.

Afhankelijk van het verloop hebben patiënt en POHGGZ elektronisch contact. Soms zullen ook face-to-face contacten plaatsvinden bijvoorbeeld als de opdrachten niet goed lopen.



E-mental health in de huisartsenpraktijk

Waarom zou je e-mental health gaan gebruiken in de huisartsenzorg?
En waar begin je als je ermee wilt starten?
Welk aanbod is er, en wat weten we over de kwaliteit daarvan?
Welke aanbieders zijn er zoal en hoe maak ik een keuze?
Hoe hebben collega's dit aangepakt?

Je vindt het in deze toolkit!



Bron: www.huisarts-emh.nl

zodat ze weten wat de mogelijkheden zijn en de patiënten kunnen motiveren voor deze vorm van hulp. De verzekeraars stimuleren de huisartsen om e-mental health aan te bieden in hun praktijk in de verwachting dat de hulpverlening daarmee goedkoper wordt. Ze hebben dan ook extra financiering geregeld waardoor e-mental health ingezet kan worden zonder extra kosten voor de huisartspraktijk. Voor de patiënt zijn er geen extra kosten en het komt niet ten laste van het jaarlijkse eigen risico. In de regio Haaglanden maakt een toenemend aantal huisartspraktijken via hun POHGGZ gebruik van e-mental health programma's van commerciële aanbieders zoals Indigo** en Minddistrict.***

Om e-health-programma's beter toegankelijk te maken heeft het Trimbos-instituut een 'toolkit e-mental health in de huisartspraktijk' ontwikkeld (zie www.huisarts-emh.nl).^{4,6} De toolkit geeft een systematisch overzicht van alle beschikbare programma's, voor welke doelgroep ze zijn, waarop deze gebaseerd zijn en wat de kosten ervan zijn. Daarmee kunnen huisarts en POHGGZ gemakkelijker kiezen welke programma's ze willen gebruiken.

Toekomst

De ontwikkelingen in e-mental health gaan snel. Verder onderzoek moet de precieze plaats hiervan voor mensen met psychische klachten in de huisartsenpraktijk nog vaststellen. De eerste ervaringen lijken positief bij bepaalde groepen patiënten. Vooral nog lijkt er echter nog geen sprake van een perspectief op grote zorgverschuivingen naar de

e-mental health in de huisartspraktijk. Verder onderzoek en scholing kan die ontwikkeling wel stimuleren. Scholing over psychische klachten waarin ook met programma's voor e-mental health geoefend wordt, kan de implementatie van deze zorgvernieuwing ondersteunen. Daarnaast moet de e-health een plaats in de opleidingen krijgen.

OVER DE AUTEUR

Dhr. Dr. R. Starmans is als kaderhuisarts GGZ verantwoordelijk voor de zorginnovatie op GGZ-gebied bij de Haagse gezondheidscentra en is voorzitter van de NHG-expertgroep kaderhuisartsen GGZ PsyHAG. E-mail: rstarmans@shg.nl

REFERENTIES

- 1 Smeets O, Abello KM, Zijlstra-Vlasveld M, Boon B. **E-health in de GGZ: hoe staat het ermee.** Ned Tijdschr Geneeskd 2014; 158: A8589.
- 2 Blankers M, Donker T, Riper H. **E-mental health in Nederland. Wetenschappelijke evidentie en uitdagingen voor de praktijk.** Psycholoog. 2013; 12-23.
- 3 Bransen E, Geede A, Drenthen T, Boon B. **Onlinehulp werkt goed bij alcoholprobleem.** Medisch Contact 2015; 10: 450-2.
- 4 Landelijk Platform GGZ. **Bouwstenen zelfmanagement en passende zorg 2016.** Zie: <http://www.platformggz.nl/lpggz/download/common/bouwstenen-zelfmanagement-en-passende-zorg-lpggz-definitief.pdf>.
- 5 Wind L. **Uitkomsten enquête kaderhuisartsen GGZ.** PsyHAG-symposium, 2016.
- 6 Smeets O, Zijlstra-Vlasveld M. **Toolkit e-mental health in de huisartspraktijk.** Utrecht, Trimbos-instituut, januari 2016. Zie: www.huisarts-emh.nl.

** Zie: www.indigo.nl

*** Zie: www.minddistrict.nl

De rubriek Gezondheid in cijfers belicht kort een thema met betrekking tot de gezondheid van de inwoners van de regio Haaglanden. De cijfers zijn afkomstig uit recent onderzoek.

Sociale uitsluiting

In de Gezondheidsenquête van 2012 zijn enkele vragen gesteld om het voorkomen van sociale uitsluiting in kaart te brengen. Van sociale uitsluiting is sprake als mensen niet volledig deel kunnen nemen aan het maatschappelijk leven. Daarbij gaat het om deelname op zowel sociaal, politiek, cultureel als economisch gebied. In het Gezondheidsonderzoek is de indicator sociale uitsluiting opgebouwd uit vier verschillende deelgebieden waarop iemand sociaal uitgesloten kan zijn, te weten: sociale participatie (onder andere eenzaamheid), materiele deprivatie (onder

andere rondkomen), toegang tot sociale grondrechten (onder andere tevredenheid over de woning) en normatieve integratie (onder andere af en toe iets doen voor de bureu). Een persoon is sociaal uitgesloten als hij of zij op meerdere dimensies uitgesloten is. De indicator is ontwikkeld door de Academische werkplaats OGGZ G4-USER*.

Volgens de Gezondheidsenquête 2012 is 8% van de inwoners van Haaglanden matig tot sterk sociaal uitgesloten. Landelijk is het percentage iets lager: 5%. Binnen

8% van de inwoners van Haaglanden is matig tot sterk sociaal uitgesloten.

Haaglanden varieert het percentage inwoners dat sociaal uitgesloten is van 1% in Midden-Delfland tot 12% in Den Haag.

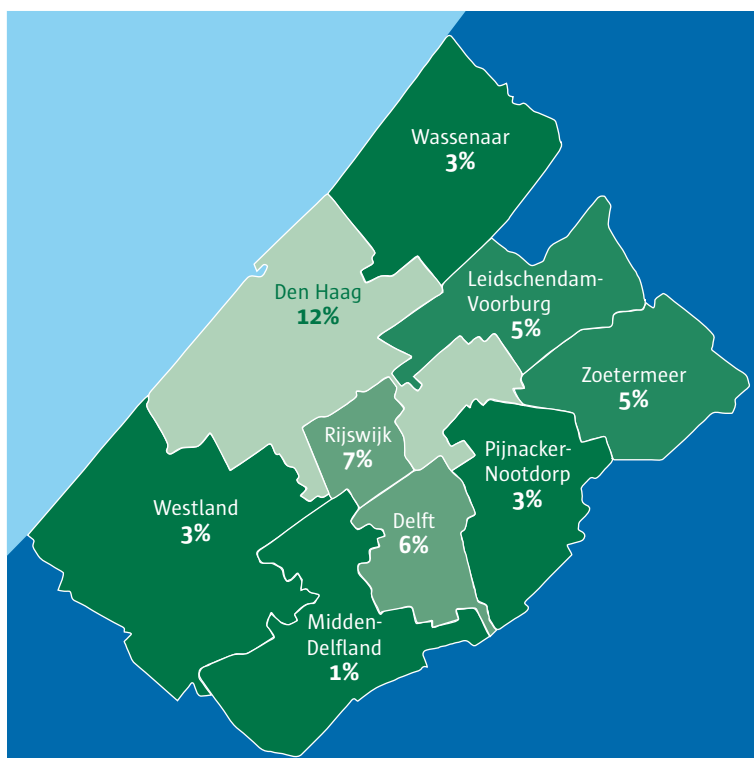
Het percentage sociaal uitgesloten inwoners in Den Haag is vergelijkbaar met Rotterdam (13%) maar hoger dan in Amsterdam (9%) en Utrecht (8%).

Binnen Haaglanden voelen 19-64-jarigen, laag opgeleiden, mensen met een laag inkomen, ongehuwden en gescheiden inwoners zich vaker sociaal uitgesloten. De grootste verschillen zijn te zien bij etniciteit; van de autochtone inwoners voelt 3% zich matig tot ernstig sociaal uitgesloten, bij de inwoners met een westerse herkomst is dit 7% en bij inwoners met een niet-westerse herkomst is dit 26%.

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

* Methodologische toelichting bij vraagstelling Sociale Uitsluiting Gezondheidsenquête, Addi van Bergen en Annelies van Loon. Academische werkplaats OGGZ G4-USER, Amsterdam, 2013.

Figuur 1. Percentage inwoners van 19 jaar en ouder dat matig tot sterk sociaal uitgesloten is.



Bron: Gezondheidsenquête 2012



Machteld Huber ‘Meest Invloedrijke Persoon Publieke Gezondheid 2015’

De meest invloedrijke persoon in de publieke gezondheid van 2015 is Machteld Huber, initiatiefnemer van Institute for Positive Health. Dit vanwege haar inspanningen om een nieuwe definitie van gezondheid op de kaart te zetten. Tijdens het Nationaal Congres Volksgezondheid op 6 april maakt de NPHF Federatie voor Gezondheid en GGD GHOR Nederland de winnaar van de verkiezing bekend. Dit was de zesde keer de verkiezing “Meest Invloedrijke Persoon

Publieke Gezondheid” is georganiseerd. De winnaar van vorig jaar was Yvonne Vanneste, jeugdarts GGD West-Brabant en projectleider M@ZL.

We zijn niet ziek, maar gezond! Machteld Huber heeft met de introductie van het nieuwe concept ‘positieve gezondheid’ veel losgemaakt in de gezondheidszorg. Ze heeft de nieuwe definitie die de WHO heeft geformuleerd op zijn kop gezet en daarmee de gezondheidszorg veranderd door niet de

nadruk te leggen op ‘ziek zijn’, maar op ‘gezond’.

Deze nieuwe definitie gaat uit van eigen kracht en meer hulp uit de wijk. Het concept van positieve gezondheid sluit prachtig aan bij de huidige ontwikkelingen naar meer zelfregie en zelfredzaamheid en waarde toekennen aan kracht van personen met minder goede gezondheid of omstandigheden. Ze legt daarmee een sterke verbinding van de publieke gezondheid met het sociaal domein én met de eerstelijns zorg.

Grootschalig onderzoek naar vroege symptomen van psychiatrische ziekten

De afdeling Psychiatrie van het LUMC start als partner in een groot Europees project een onderzoek naar vroege symptomen bij psychiatrische ziekten als alzheimer, schizofrenie en depressie. De toegekende subsidie van 350.000 euro voor de startfase komt vanuit het EU Innovative Medicines Initiative.

Een van de vroegste symptomen van diverse psychiatrische ziekten is dat mensen zich afzonderen van vrienden, familie en van sociale netwerken op het werk. Tot nu toe is niet bekend wat de onderliggende biologische en neuropsychologische oorzaken zijn van deze zogeheten sociale terugtrekking.

Prof. Nic van der Wee is hoogleraar Biologische Psychiatrie en leidt het onderzoek in Leiden. “In ons centrum gaan we deelnemers uitgebreid interviewen en onderzoeken. Ze krijgen MRI-scans, we maken een EEG, we verzamelen DNA en nemen bloed af. Daarnaast houden patiënten zelf gegevens over het sociaal gedrag bij met een speciale smartphone-app.”

Doel is om uiteindelijk nieuwe medicijnen te kunnen ontwikkelen. “Door het biologische proces te begrijpen proberen we nu aanknopingspunten te vinden om vroege symptomen van deze ziektes preciezer aan te kunnen pakken.”

Naast het LUMC zijn er nog vijf andere deelnemende Nederlandse academische centra: Universiteit Groningen, UMC Utrecht, VU medisch centrum, Erasmus Medisch Centrum en het Radboud Universitair Medisch Centrum. Het is uitzonderlijk dat zes Nederlandse universiteiten pre-klinisch onderzoek verbinden met uiteenlopend klinisch onderzoek rondom schizofrenie, depressie en Alzheimer.

Het Europese Innovative Medicines Initiative subsidieert dit PRISM-project (Psychiatric Ratings Using Intermediate Stratified Markers) met 16,5 miljoen euro samen met de farmaceutische industrie onder leiding van Boehringer Ingelheim en Lilly.

Training: Zorg voor Ouderen met een psychiatrische achtergrond

Verpleeg- en verzorgingshuizen worden in toenemende mate geconfronteerd met ouderen met een psychiatrische achtergrond. Ook groeit het besef dat zorginstellingen niet alleen aandacht moeten hebben voor goede lichamelijke zorg maar zich ook moeten richten op het mentaal welbevinden van hun bewoners. Aangezien verzorgenden vaak vooral somatisch opgeleid zijn en soms onthand zijn in het omgaan met ouderen met psychische of psychiatrische problematiek, is er deze aanvullende scholing.

Datum 6 juni 2016
Organisator Trimbos-instituut
Locatie Trimbos-instituut

Internationaal stemmingsstoornissencongres ISBD-ISAD Amsterdam 13 - 16 juli

De International Society for Bipolar Disorders (ISBD) en de International Society for Affective Disorders (ISAD) organiseren van 13 tot en met 16 juli 2016 het internationale congres stemmingsstoornissen ISBD-ISAD in Amsterdam. Het congres biedt een podium aan klinici en wetenschappers, die hun kennis over het snelst ontwikkelende gebied van de psychiatrie, stemmingsstoornissen, presenteren en bespreken. Tijdens het congres ligt de focus op bipolaire stoornis, depressieve stoornis en andere gemeenschappelijke comorbide psychiatrische aandoeningen.

In de week van het congres opent het Van Gogh Museum een speciale tentoonstelling 'De waanzin nabij: Van Gogh en zijn ziekte'. Mede in dat verband worden op de openingsdag van het congres ook twee lezingen aan Van Gogh en deze tentoonstelling gewijd. Informatie en inschrijven zie www.isbd2016.com

Nationaal congres GGZ-Verpleegkunde: Van presentie tot evidence-based practice

Op 16 juni 2016 organiseren Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) en Stichting Sympopna het nationaal congres GGZ-verpleegkunde, getiteld 'Van presentie tot evidence-based practice'. Het doel is om verbanden te leggen tussen alle verpleegkundigen die werken in de verschillende velden van de GGZ, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatric. Dus ongeacht of iemand werkt als verpleegkundige, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, verpleegkundig specialist, consultatief psychiatrisch verpleegkundige of anderszins: dit congres biedt kennis en inspiratie die van waarde is voor de alledaagse werkpraktijk. Het maakt ook niet uit of iemand werkt in de algemene GGZ, de forensische zorg, de verslavingszorg, de ziekenhuispsychiatrie, de kinder- en jeugdpsychiatrie, de ouderenzorg, de verstandelijk gehandicaptenzorg, de dementie-zorg of

binnen een wijkteam: het programma belooft voor iedereen interessant te zijn.

De deelnemer kan op deze dag verder kijken dan over de eigen alledaagse praktijk en kennis maken met nieuwe gebieden van verpleegkundige zorg.

Accreditatie wordt aangevraagd voor Kwaliteitsregister Verpleegkundigen en Verzorgenden, Register Zorgprofessionals, Verpleegkundig Specialisten register en POH-GGZ (Praktijkondersteuning Huisarts - Geestelijke Gezondheidszorg).

Locatie: Congrescentrum 'De Reehorst', Ede.

Organisatie: Stichting Sympopna

Informatie en kosten: zie www.sympopna.nl/vpk.html



Cursussen NSPOH

De Netherlands School of Public & Occupational Health is gespecialiseerd in 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:

Summercourse 'Epidemiologie: wat kan ik er mee'

De Summercourse Epidemiologie is een intensief programma om uw kennis van epidemiologie en biostatistiek op te frissen en bij te spijkeren. Bestemd voor sociaal geneeskundigen, beleidsmedewerkers, gezondheidswetenschappers, professionals en projectcoördinatoren werkzaam in het brede veld van de volksgezondheid.

Data: 17 t/m 19 augustus 2016

Locatie: Zweeloo

Kosten: € 1325,-

Volksgezondheidsproblemen beter begrijpen

Welke ontwikkelingen spelen er in de publieke gezondheidszorg? Volg de bevindingen van volksgezondheids-onderzoek in de wetenschappelijke literatuur. Ontdek de kracht van nieuwe kennis en actuele inzichten bij de ontwikkeling van een gezond gezondheidsbeleid.

Voor beleidsmakers, projectleiders, afdelingsmanagers en onderzoekers in het brede veld van de volksgezondheid.

Data: 7, 8, 15, 22 en 30 september, 6 en 14 oktober en 3 november 2016

Locatie: Utrecht

Kosten: € 3990,-

Health System Research

Over grenzen heen kijken. De verschillende (Europese) landen organiseren elk op eigen wijze zijn zorgsysteem, afhankelijk van politiek, gewoonten en behoeften. Vergelijk de landen en systemen en ontdek op welke wijze het functioneren van zorgsystemen bijdraagt aan de kwaliteit van de gezondheidszorg. Voor beleidsmakers, projectleiders, afdelingsmanagers, artsen en onderzoekers met een academisch denk- en werkkniveau en werkzaam in het brede veld van de volksgezondheid.

Data: 14 28 september, 12 oktober en 2 november 2016

Locatie: Utrecht

Kosten: € 1580,-

Tweejarige opleiding

Master Public Health

Op woensdag 7 september 2016 start een leergang van de tweejarige opleiding Master Public Health. De Master Public Health is een postinitiële deeltijd-opleiding op wetenschappelijk niveau.

De masteropleiding richt zich op ambitieuze professionals die een volgende stap willen maken om hun impact in de publieke gezondheid te vergroten. Bijvoorbeeld (aankomend) leidinggevenden, beleidsadviseurs, projectleiders, afdelingsmanagers en onderzoekers die inhoudelijke en strategische kwaliteiten willen

ontwikkelen om met effect te opereren in het professionele, beleidsmatige en politieke krachtenveld van de volksgezondheid. Zij zijn werkzaam bij een GGD, gemeente, universiteit, ministerie, (koepel van) zorgverzekeraar(s), zorginstelling of een ander soort instituut dat zich bezighoudt met volksgezondheid en beleid.

De Master Public Health heeft drie programma-adviseurs die de (wetenschappelijke) kwaliteit van de opleiding borgen en bijdragen aan de ontwikkeling en samenhang van de opleidingsonderdelen: prof.dr.ir. Lex Burdorf, Erasmus MC, prof. Dr. Henk Garretsen, Tilburg University en prof.dr. Niek Klazinga, AMC-UvA.

Het opleidingsprogramma van de Master of Public Health van de NSPOH is sinds september 2015 Europees geaccrediteerd door Agency for Public Health Education Accreditation APHEA. www.aphea.net.

Meer informatie: www.nspoh.nl/mph en de digitale folder over de MPH

Inlichtingen over alle cursussen en opleidingen bij NSPOH: tel: 030-8100500, e-mail info@nspoh.nl en www.nspoh.nl



Publieke gezondheid borgen: kansen voor versterking

Nederland kent een goed stelsel van publieke gezondheid.

Om dat te behouden is versterking nodig van de GGD'en.

Tot die conclusie komt GGD GHOR Nederland in het rapport 'Publieke gezondheid borgen'.

Mede door de decentralisaties is er op het terrein van de jeugdzorg en Omgevingswet meer te doen voor de GGD'en. Ook internationale veranderingen hebben effect op het werk van de GGD'en, zoals de verhoogde instroom van asielzoekers en de opkomst van nieuwe infectieziekten en antibioticaresistentie. Terwijl taken toenemen, dreigt er tegelijkertijd een tekort te ontstaan aan goed geschoolde, specialistische professionals. Al deze ontwikkelingen maken dat de GGD'en versterking nodig hebben om een goed stelsel van publieke gezondheid te waarborgen.

Infectieziektebestrijding en antibioticaresistentie

Het rapport 'Publieke Gezondheid borgen' noemt twee belangrijke taken die onder druk kunnen komen te staan, namelijk de infectieziektebestrijding en antibioticaresistentie. De infectieziektebestrijding is de afgelopen jaren complexer geworden. Zo neemt de kans op uitbraken toe, alleen al omdat mensen meer reizen, en hebben zoönosen, de ziekten die van dier op mens overgaan, grote maatschappelijke consequenties.

GGD'en komen dan ook vaker in actie, zoals bij de Q-koorts en internationale uitbraken als MERS en Ebola. Daarnaast vraagt het tegengaan van antibioticaresistentie om een intensieve aanpak.

Voor de bestrijding van antibioticaresistentie zijn enkele tientallen fte nodig. Ook moet er worden geïnvesteerd in de opleiding voor medische milieukunde. Deze specialisten geven lokale overheden inzicht in hun mogelijkheden om de volksgezondheid via de fysieke leefomgeving te beïnvloeden.

Verbinding publieke gezondheid en sociaal domein

Andere zaken die aandacht nodig hebben, zo blijkt uit rapport, zijn het maken van nadere afspraken over de verbinding van GGD-taken met het sociaal domein. Dat biedt gemeenten de mogelijkheid om effectiever en efficiënter te werken voor hun inwoners. Van oudsher houden GGD'en zich immers bezig met kwetsbare burgers, zoals de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg en sociaal-medische advisering. Gemeenten kunnen de kennis en expertise van GGD'en benutten voor bijvoorbeeld het beoordelen van verwarde personen. Zo kan voorkomen worden dat deze mensen te snel in de (kostbare) GGZ-trajecten belanden.

(Bron: <http://www.ggdghor.nl/nieuws>, geraadpleegd 28 april 2016)



Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 1e kwartaal 2016

Ziekte	1e kwartaal 2016	1e kwartaal 2015	1e kwartaal 2014
A-ZIEKTEN			
MERS-CoV			
Pokken			
Poliomyelitis anterior acuta			
SARS			
Virale haemorrhagische koorts			
B-ZIEKTEN			
(humane infectie)avaire influenza			
Difterie			
Pest			
Rabies			
Tuberculose	27	21	19
Buiktyfus			4
Cholera			
Hepatitis A		7	3
Hepatitis B acuut en chronisch	40	31	45
Hepatitis C acuut		2	1
Kinkhoest	82	121	71
Mazelen			24
Paratyfus A,B,C	1		3
Rubella			
STEC (e-coli)	4		
Shigellose	1	4	7
Invasieve GAS	2	2	
Voedselinfectie	1	2	
C-ZIEKTEN			
Antrax (miltvuur)			
Bof			3
Botulisme			
Brucellose			
Ziekte van Creutzfeld-Jacob klassiek		1	
Ziekte van Creutzfeld-Jacob variant			
Gele koorts			
Invasieve HIB			
Hantavirusinfectie			
Legionellose/legionella pneumonie	1	5	4
Leptospirose	1		
Listeriose	1	1	1
Malaria	2	1	4
Meningokokkose	4	2	1
MRSA-infectie (cluster buiten ziekenhuis)			
Invasieve pneumokokken (bij kinderen)		2	

Ziekte	1e kwartaal 2016	1e kwartaal 2015	1e kwartaal 2014
C-ZIEKTEN VERVOLG			
Psittacose			
Q-koorts			
Tetanus			
Trichinose			
West-Nilevirus			
Totaal	167	202	190

Infectieziekten gemeld door instellingen in 1e kwartaal 2016

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de meldingen door instellingen in het eerste kwartaal 2016. Deze instellingen behoren tot instellingen waar 'kwetsbare' groepen zoals kinderen, ouderen of zieken verblijven. Op grond van artikel 26 van de Wet op de publieke gezondheid moeten deze instellingen sommige infectieziekten melden bij de GGD.

Scenario	Kinderopvang	Onderwijs- instelling	Vluchtelingen- opvang	AWBZ zorginstelling	Ziekenhuis	Eindtotaal
Huiduitslag/exanthenen	18	4	1	2		25
Impetigo (krentenbaard)	6	2				8
Gastro-enteritis	7	1		21	1	30
Schimmelinfectie				1		1
Luchtweginfectie	5	3		3		11
Anders*	1	2		2		5
Influenza(-achtig) ziektebeeld	2	2		1		5
Eindtotaal	39	14	1	30	1	85

* Anders = pfeiffer, MRSA (2x), ooginfectie en onwel worden



Mededelingen infectieziekten

Zikavirus

De afdeling infectieziektebestrijding van GGD Haaglanden heeft het eerste kwartaal van 2016 vele vragen gekregen over het zikavirus.

Sinds mei 2015 is een uitbraak van zikavirus gaande in Zuid- en Midden-Amerika, waaronder ook Suriname en de Cariben. Het zikavirus wordt overgebracht door bepaalde steekmuggen (muggen uit de Aedes-familie) die in de tropen veel in en rondom huis voorkomen. Deze muggen voeden zich voornamelijk met menselijk bloed en steken zowel overdag als in de late namiddag en begin van de avond.

In Nederland is infectie met zikavirus alleen vastgesteld bij mensen die het virus in het buitenland hebben opgelopen. Verspreiding binnen Nederland zal zich, bij afwezigheid van deze muggen-familie, naar verwachting niet voordoen.

De symptomen zijn meestal mild en duren gemiddeld twee tot zeven dagen. Driekwart van de geïnfecteerden ontwikkelt helemaal geen klachten.

Complicaties van een zikavirusinfectie zijn zeldzaam, maar er zijn aanwijzingen voor een verband tussen deze virusinfectie en hersenafwijkingen, zoals microcefalie, bij de foetus tijdens een infectie in de zwangerschap, en het syndroom van Guillain-Barré, een neurologische aandoening met uitval van functies. Hierover is nog weinig bekend en beide verbanden worden verder onderzocht.

Momenteel is het Nederlandse advies voor zwangere vrouwen en vrouwen die zwanger willen worden om in overleg met een arts het reizen naar gebieden waar het zikavirus voorkomt vooraf goed af te wegen en te overwegen dit uit te stellen. Verder is het belangrijk om zwangere vrouwen te wijzen op het belang van het ook overdag nemen van zorgvuldige antimuggenmaatregelen indien zij naar landen reizen met transmissie van het zikavirus.

Actuele informatie over de verspreiding van het zikavirus is te vinden op de RIVM-website:
<http://www.rivm.nl/Onderwerpen/Z/Zikavirus>

Scabiës (schurft)

Scabiës is een ongevaarlijke huidziekte die door een schurftmijt wordt overgebracht. Een van de belangrijkste verschijnselen is toenemende jeuk.

Het 1e kwartaal van 2016 is GGD Haaglanden opnieuw geconfronteerd met een melding van de zeer besmettelijke vorm van scabiës in een zorginstelling. Volgend hierop zijn ongeveer 300 contacten door de GGD benaderd met het advies een preventieve behandeling te nemen.

Het komt helaas nog steeds voor dat scabiës bij patiënten soms lange tijd miskend wordt. Dit kan leiden tot ongewenste verspreiding binnen en buiten de instelling/thuiszorg. Ingrijpende en kostbare bestrijdingsoperaties kunnen hiervan het gevolg zijn. De rol van de GGD is hierbij met name gericht op advisering en preventieve behandeling van contacten buiten de instellingen.

GGD Haaglanden zal dit probleem onder de aandacht van de instellingen en de artsen blijven brengen.





COLOFON

Juni 2016, 51^{ste} jaargang nr. 2

REDACTIE

mw. dr. G.A.M. Ariëns, GGD Haaglanden (kernredacteur)
mw. drs. R.J. Beuker, GGD Haaglanden (kernredacteur)
dhr. dr. P.K. Chandie Shaw, internist, Medisch Centrum Haaglanden
mw. E.M. van Dalen (redactiesecretaris/eindredacteur)
dhr. drs. M. Lemmink, GGD Haaglanden
mw. dr. ir. I.M. van der Meer, GGD Haaglanden (kernredacteur)
dhr. prof. dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Haaglanden (hoofdredacteur)
dhr. dr. R.J.J.E.T. Starmans, huisarts
mw. M. van der Werff MSc, Stichting Lijn 1
dhr. drs. V.M. Vladár Rivero, Parnassia Groep
mw. drs. E. Vlagsma, GGD Haaglanden (kernredacteur)

REDACTIEADRES

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

Epidemiologisch Bulletin op internet:

www.ggdhaaglanden.nl/epibul

Ontwerp:

Ontwerpwerk

Fotografie:

Femque Schoo, Femfotografie

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.

U kunt per mail aan ons doorgeven of, en zo ja, hoe u (per post of digitaal) het Epidemiologisch Bulletin kosteloos wilt ontvangen: epibul@ggdhaaglanden.nl.

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

Reinier de Graafweg 5
2625 AD 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

