

Epidemiologisch Bulletin

JAARGANG 51

TIJDSCHRIFT VOOR VOLKSGEZONDHEID EN ONDERZOEK IN REGIO HAAGLANDEN

1

2016

VOLKSGEZONDHEID

Wethouder Kist Leidschendam-Voorburg
over sport en gezondheid > p. 5

Haaglanden werft **burgerhulpverleners** > p. 31

EPIDEMIOLOGIE

Evaluatie van het Haaglanden Protocol
signaleren kindermishandeling > p. 9

BMI-curven en inschatten gezondheids-
risico's **kinderen van Hindostaanse**
afkomst > p. 17

Vitamine D-tekort bij kwart Chinese
Nederlanders > p. 25

Gezondheid **in cijfers** > p. 34

IN DIT NUMMER

Redactioneel	3
Interview wethouder Zorg en Welzijn Leidschendam-Voorburg Floor Kist (GroenLinks), Sportvisie met focus op zorg en welzijn	5
<i>Liesbeth van Dalen</i>	
Evaluatie van het Haaglanden Protocol	9
Het signaleren van kindermishandeling op de Spoedeisende Hulp gebaseerd op ouderproblematiek	
<i>Hester Diderich en Mark Dechesne</i>	
Een eerste validatie van de nieuwe BMI-curven. Gezondheidsrisico's inschatten bij kinderen van Hindostaanse afkomst	17
<i>Jeroen de Wilde, Barend Middelkoop</i>	
Vitamine D-tekort bij een kwart van de Chinese Nederlanders : het DRAGON-onderzoek	25
<i>Ping Wai Man, Wenzhi Lin, Irene van der Meer, Annemieke Heijboer, Ron Wolterbeek, Mattijs Numans, Barend Middelkoop, Paul Lips</i>	
Regio Haaglanden werft meer burgerhulpverleners	31
<i>Liesbeth van Dalen</i>	
Gezondheid in cijfers: Risico op angststoornis of depressie	34
Korte berichten	35
Meldingen infectieziekten	40

Redactioneel

Dit eerste nummer van het Epidemiologisch Bulletin van 2016 opent met een interview met een wethouder. Dit keer is het woord aan Floor Kist uit Leidschendam-Voorburg. De uitgave sluit af met een interview over de werving van burgerhulpverleners in regio Haaglanden. Tussen deze twee interviews in bevat deze uitgave drie artikelen over (Haaglands) onderzoek. Alle drie geven ze op veel vragen een antwoord, maar ze roepen ook de nodige vragen op.

Het artikel over het Haaglanden Protocol laat zien wat een alert optreden in de zorg op kan leveren: het signaleren van situaties van kindermishandeling die tot dan toe aan de aandacht waren ontsnapt. Het hoeft geen betoog dat hiermee de belangen van de betrokken kinderen en feitelijk óók hun ouders op een geweldige manier worden gediend. Tegelijk roept het artikel vragen op. Hoe ver moet de zorg (of de overheid) gaan met ingrijpen in de persoonlijke levenssfeer, ook al dient dit ingrijpen een onomstreden goed doel? Wat zullen de ouders vinden bij wie het signaal van ‘mogelijk kindermishandeling’ onjuist bleek? Er is geen afname gezien in het bezoek aan de SEH, maar kan het niettemin zo zijn dat een bepaalde categorie ouders (in dat geval gelukkig blijkbaar een kleine groep) de SEH gaan mijden omdat zij er niet zeker van zijn dat zorgprofessionals hun opvoedingsmethoden goedkeuren? Wat zullen, op de langere termijn, de gevolgen zijn voor de relatie tussen de zorg (of de overheid) en de burgers, als in die relatie op steeds meer terreinen de persoonlijke levenssfeer in het geding lijkt te komen? Vooralsnog is de communis opinio dat dit type bezwaren niet opwegen tegen de grote voordelen van het Haaglanden Protocol en dat respect voor de persoonlijke levenssfeer nooit mag leiden tot wegstijgen van problemen achter de voordeur. Niet voor niets zijn bij de vertaling naar de landelijke ‘Kindcheck’ de indicaties zelfs nog wat verruimd. Wat dan overigens natuurlijk

wel weer nieuwe vragen oproept, zoals over de relatie wetenschap en politiek. Want genoemde verruiming was niet ‘evidence based’.

Het tweede onderzoeksartikel gaat over de vrij recent ontwikkelde etnisch-specifieke referentiecurven voor de Body Mass Index (BMI) voor kinderen van Hindostaanse afkomst. Het laat op basis van enkele relevante bloedwaarden zien dat de nieuwe BMI-normen een veel betere inschatting geven van het risico dat kinderen later diabetes of een hart- of vaatziekte zullen krijgen. Dit is dus een eerste validering van de nieuwe referentiecurven en een bevestiging dat deze voor kinderen van Hindostaanse afkomst een verbetering zijn ten opzichte van de voorheen gebruikte, universele referentiecurven. Eerder waren in Nederland al specifieke curven gemaakt voor kinderen van Turkse en van Marokkaanse afkomst. Echter, er wonen in Nederland ook nog mensen met andere etnische achtergronden. Mensen uit Sub Sahara Afrika, bijvoorbeeld. Moeten voor hen ook aparte referentiecurven worden ontwikkeld? In dat geval: vermoedelijk apart voor kinderen uit Oost-Afrikaanse landen zoals Ethiopië en West-Afrikaanse landen zoals Ghana? Hun lichaamsbouw is immers sterk verschillend. En hoe zit het met kinderen met een Indonesische afkomst? Een Chinese afkomst? En, om het nog ingewikkelder te maken: kinderen met een gemengde etnische achtergrond? Kortom, hoe ver moeten we gaan in het specifiek maken van referentiecurven voor de groei?



**Lees verder
op pagina 4**



Redactioneel



vervolg

Ten slotte het artikel over de vitamine D-status van inwoners van Chinese afkomst. Dit roept weer heel andere vragen op. Veel Nederlanders van Chinese afkomst blijken een laag vitamine D-gehalte in het bloed te hebben; net zoals we in eerder onderzoek hebben gezien bij andere niet-westerse bevolkingsgroepen. De auteurs bevelen aan dat Nederlanders van Chinese afkomst het advies van de Gezondheidsraad voor mensen met een donkere huid opvolgen. In het algemeen acht de Gezondheidsraad voor vrouwen tussen 4 en 50 jaar en mannen tussen 4 en 70 jaar geen vitamine D-suppletie nodig, althans indien het om mensen met een lichte huid gaat. Maar aan mensen in deze leeftijd met een donkere huid adviseert de Gezondheidsraad wél suppletie (en ook aan alle oudere mensen, ongeacht hun huidskleur). Hebben Chinezen een donkere huid? Toegegeven, de Gezondheidsraad rekent ook de Turkse en Marokkaanse bevolkingsgroepen tot de groep met een donkere huid, en ook dat is veelal betwistbaar. Maar een misschien nog belangrijker kanttekening is de volgende. De Gezondheidsraad schrijft: “Omdat de aanmaak van vitamine D bij gelijke zonlichtblootstelling (...) lager is in een donkere huid dan in een lichte huid, *beveelt de commissie* voor de zekerheid suppletie met (...) vitamine D (...) aan” (cursivering door redactie Epidemiologisch Bulletin). Elders licht

de Gezondheidsraad toe dat nog onvoldoende vast staat wat de gezondheidseffecten zijn van lage vitamine D-spiegels in deze bevolkingsgroepen. Die vraag is ook voor de Chinese populatie nog niet beantwoord. Hebben zij wel gezondheidsproblemen bij een wat lage vitamine D-spiegel, of moeten voor hen de normen worden aangepast? Van inwoners van Afrika bijvoorbeeld is bekend dat zij sterke botten hebben, ook bij lage vitamine D-gehalten in het bloed. Kortom, hoe evidence based kunnen we aan deze bevolkingsgroepen adviezen geven over vitamine D?

Het antwoord op deze vragen heeft de redactie ook niet. We denken wel dat het goed is om ze te (blijven) stellen. Immers, als niemand vragen had gesteld, waren de onderzoeken waarvan verslag wordt gedaan in dit Bulletin nooit uitgevoerd. En het staat buiten kijf dat deze onderzoeken zeer nuttige en belangrijke resultaten hebben opgeleverd.

Over vragen gesproken: vergeet u niet de vragen te beantwoorden die wij in de lezersenquête stellen? Het kan online of ouderwets met papier opsturen naar een antwoordnummer. Uw antwoorden helpen de redactie om het Bulletin steeds meer te verbeteren. Bij voorbaat onze welgemeende dank.

Lezersonderzoek Epidemiologisch Bulletin

De redactie is benieuwd naar uw mening over het Epidemiologisch Bulletin en eventuele adviezen ter verbetering hiervan. Daarom wordt u van harte uitgenodigd om mee te doen aan een lezersonderzoek via www.ggdhaaglanden.nl/epibul.

U kunt ook gebruikmaken van het vragenformulier dat in dit Bulletin is gevoegd. Dit kunt u opsturen naar GGD Haaglanden t.a.v. afdeling epidemiologie, Antwoordnummer 13034, 2501 VG Den Haag



Sportvisie met focus op zorg en welzijn

Het mag dan één van de meest vergrijsde gemeenten van Nederland zijn, in 2020 hoopt de gemeente Leidschendam-Voorburg (ook) dé sportgemeente van Nederland te zijn. De wethouders voor Sport en voor Zorg en Welzijn vonden elkaar in hun visie op sport en gezondheid. Wethouder Floor Kist (GroenLinks) voor Zorg en Welzijn vertelt: “De Sportvisie is de belangrijkste drager van onze gezondheidsvisie. Want in de basis zijn er twee zaken belangrijk voor je gezondheid: wie niet beweegt en/of eenzaam is, is minder gezond. Die twee zaken verander je door sport.” Tegelijkertijd wil de wethouder juist die mensen te bereiken, die nu nog buiten beeld blijven. Dat is een van de terreinen waarop hij gebruik hoopt te maken van de expertise van GGD Haaglanden.

Liesbeth van Dalen

Sportclubs, maatschappelijke organisaties, onderwijspartners en de gemeente hebben met elkaar gewerkt aan een toekomstvisie op sport en bewegen. Er zijn heldere doelen afgesproken op het gebied van leefstijl, over toegankelijkheid van het beweegaanbod voor alle leeftijdsgroepen, over de rol van het onderwijs en over de maatschappelijke functies van de sportclubs (zie kader op pagina 6).

Kist: “Welzijn, gezondheid en bewegen zijn belangrijke uitgangspunten, net als de dwarsverbanden tussen bijvoorbeeld onderwijs, welzijn en sport. Denk aan het breed toegankelijk maken en houden van sportvoorzieningen, samenwerking tussen sportclubs door het uitwisselen van kennis en expertise én sporten en bewegen als vast onderdeel van het onderwijs. In de sportvisie zijn bovendien de



Floor Kist (Groen Links) wethouder Zorg en Welzijn:
“Voor de GGD zie ik het spanningsveld tussen adviseren en meedoen en tegelijkertijd toezicht houden.”

Visie op sport en bewegen in Leidschendam-Voorburg 2016-2020

Leefstijl

- Inwoners van Leidschendam-Voorburg hebben een gezonde en sportieve leefstijl

Sportclubs

- Sportclubs vervullen een maatschappelijke functie
- Sportclubs zijn professionele vrijwilligersorganisaties
- Sportclubs helpen elkaar door samen te werken
- Sportclubs innoveren met hun lidmaatschappen

Toegankelijkheid

- Het sport- en beweegaanbod in Leidschendam-Voorburg is er voor alle inwoners

Gemeente

- De gemeente stimuleert sporten en bewegen met haar beleid
- De gemeente versterkt en verbindt sportclubs

Accommodaties

- Sportaccommodaties in Leidschendam-Voorburg zijn in kwalitatief goede staat

Professionals

- Professionals stimuleren om te sporten en te bewegen

Onderwijs

- Gezond eten, sporten en bewegen zijn vaste onderdelen van het onderwijs

De missie van de gemeente luidt: Leidschendam-Voorburg is dé sportgemeente van Nederland.

curatieve en de preventieve inzet gecombineerd. Het aantal ouderen in Leidschendam-Voorburg is hoog en vraagt meer curatieve zorg en inzet, maar ook preventie speelt hier een rol. Zo zijn er buurten betrokken bij zorginstellingen voor mensen met dementie. Hier zie je een koppeling van welzijn en zorg en volgens ons kun je met die combinatie de beste resultaten boeken.”

De gemeente Leidschendam-Voorburg bestaat uit een landelijke omgeving in Leidschendam en een meer verstedelijkt gebied in Voorburg. Het aantal inwoners is ruim 73.000. Wat inkomen en opleiding betreft is de bevolking te omschrijven als bovengemiddeld in Nederland. Dat is volgens wethouder Kist terug te zien in de zorgvragen. “Want mensen met meer geld en beter opgeleid kunnen beter voor zichzelf zorgen. Wel zijn er enkele buurten met enige achterstand.” Hij noemt het ‘een woongemeente met actieve inwoners’. Er zijn allerhande hobbyclubs, tal van sportactiviteiten en een actieve welzijnsorganisatie met zo’n 600 vrijwilligers. De betrokkenheid is groot. Bij de kortdurende crisisopvang van vluchtelingen meldden zich zo’n 350 vrijwilligers. Met het beleid en de sportvisie worden veel inwoners bereikt. De aandacht gaat in het bijzonder uit naar mensen die minder makkelijk te vinden en te bereiken zijn, zoals mensen met een lager inkomen en mensen van niet Nederlandse herkomst. Die groepen wil de gemeente in beeld krijgen.

Sport krijgt welzijns karakter

In het verleden was het beleid met betrekking tot sport en sportverenigingen voornamelijk gericht op accommodaties. Sport krijgt nu meer een welzijns-karakter en een bredere maatschappelijke functie. “We vragen sportverenigingen zich niet alleen te richten op hun eigen leden, maar ook op wat erom heen gedaan kan worden aan sociale en maatschappelijke activiteiten. Door zowel in de sport- als in de welzijnssfeer te zitten wordt het volksgezondheidsbeleid breder.”

Wat betreft de rol van de GGD in Leidschendam-Voorburg ziet Kist een spanningsveld tussen adviseren en meedoen en tegelijkertijd toezicht houden. “De rol van de GGD is breed, van gezondheidsbevordering en vaccinatie voor individuele inwoners tot advisering aan gemeenten ten aanzien van besmettelijke ziektes en, zoals bij ons, bij problematiek rond vervuilde grond in een voormalig volkstuincomplex.



Ook heeft de GGD een taak bij crisissituaties en in onze gemeente maakt een GGD-er met OGGZ-expertise deel uit van ons gebiedsteam. Tegelijkertijd heeft de GGD de WMO toezichttaak. Dat heeft het risico in zich van vermenging van zaken, namelijk adviseren en meedoen en tegelijkertijd daar ook toezicht op houden. De GGD moet zich hierop beraden, zeker als je het sociale domein zo breed definieert als we hier in Leidschendam-Voorburg doen.”

Activiteiten en projecten volksgezondheid

Naast de sportvisie en landelijke speerpunten als roken, alcohol en overgewicht kent Leidschendam-Voorburg diverse pilots en beleid met betrekking tot de volksgezondheid.

Huisartsen pilot

In de wereld van welzijn en zorg is ook de huisarts in beeld. Wethouder Kist: “Huisartsen hebben een grotere positie dan ze zelf soms doorhebben. Een voorzitter van de huisartsenvereniging zei eens dat vijftig procent van de vragen welzijnsvragen zijn. Daarover nadenkend hebben wij, met goede afspraken over privacy, met vijf huisartsen een pilot opgezet om deze mensen te verwijzen naar het welzijnswerk in plaats van naar een medisch traject.” De pilot duurde vijf maanden. Na een periode van introductie en inwerken zijn ongeveer twintig patiënten verwezen. Afgelopen december waren alle betrokkenen het er over eens dat de werkwijze meerwaarde heeft. “Zij hebben de wens geuit de werkwijze te verbreden onder alle huisartsen in Leidschendam-Voorburg. Aan onze kant moeten we zorgen dat er een ingang is voor deze vraagstukken. Dat moet lukken met de capaciteit binnen welzijn en maatschappelijk werk.”

Meldpunt Bezorgd

De gemeente Leidschendam-Voorburg heeft een gebiedsteam, ACT team geheten (Adviseren, Coördineren en Transformeren) met mensen vanuit ongeveer vijf organisaties. Tot genoegen van Kist neemt hier ook een psychisch verpleegkundige van de GGD aan deel. “De GGD brengt op deze manier extra OGGZ-deskundigheid in het team. Zij rukken uit naar de ernstige, multiprobleem situaties waarin mensen verkeren.” Sinds kort heeft de gemeente een beeld van de omvang deze groep. “We hebben nu voor het eerst gekeken naar alles wat er gebeurt in het sociale domein en hebben het idee dat een

Sport krijgt meer een welzijns karakter en een bredere maatschappelijke functie

aantal mensen niet in beeld is. We vermoeden dat het name gaat om mensen van allochtone herkomst. Bijna dertig procent van onze inwoners zijn mensen van niet Nederlandse herkomst. Zij vinden het lastig om naar een instelling te gaan, uit gene of uit angst dat hun kinderen uit huis worden geplaatst. Kist verwacht dat de GGD kan helpen in het bereiken van deze mensen, zeker gezien de expertise die zij in Den Haag hebben opgedaan. “Ik denk dat GGD over expertises beschikt waar we ons voordeel mee kunnen doen, zoals dat ook het geval was bij de crisisopvang van vluchtelingen. We hebben net als elke gemeente in Nederland kortdurende crisis/noodopvang georganiseerd voor 200 vluchtelingen. We hebben daarbij zeer goed samengewerkt met de GGD. Zij boden aan om mee te denken wat betreft besmettelijke ziektes omdat het beeld bestond dat er bij een bepaalde groep iets meer dan gemiddeld TBC was geconstateerd. Tegelijkertijd hebben ze de vrijwilligers en medewerkers voorgelicht over wat te doen en waar op te letten. Dat gaf de vrijwilligers en medewerkers heel veel rust.”

Ouderen

Bewegen voor ouderen is onderdeel van de sportvisie en past bij een vergrijsde gemeente als Leidschendam-Voorburg. Dementie krijgt in het bijzonder aandacht. Drie welzijns/zorginstellingen hebben geld gekregen om de buurt te betrekken en iets te doen voor mantelzorgers, bijvoorbeeld met trainingen. Om de eenzame ouderen in beeld te krijgen hebben de seniorenadviseurs van de welzijnsorganisatie het plan opgevat om met alle ouderen te bellen met de vraag of ze een keer langs kunnen komen. “Als je alleen bent en je valt terug qua inkomen of gezondheid, dan is het van waarde als er een contact is die iets kan doen of waar je mee kunt praten. Dan gaat het gewoon beter met je”, aldus Kist. Hij is dan ook blij met de vele vrijwilligers binnen de welzijnsorganisatie. Dat de gemiddelde leeftijd van deze vrijwilligers rond de 65 jaar ligt, vindt hij bijzonder. “Daarmee bereik je dus twee dingen: de 65-plussers blijven actief en ze bereiken eenzame oudere mensen.”

GGZ problematiek

Uit de gezondheidsmonitor 2015, opgesteld door GGD Haaglanden, blijkt dat een derde van het aantal inwoners in Leidschendam-Voorburg een verhoogd risico heeft op een angststoornis of depressie. Kist weet dat door de forse kortingen in de GGZ meer mensen met een GGZ-indicatie nu zelfstandig thuis wonen. Ook ouderen wonen langer zelfstandig. “We zijn binnen het college en met corporaties in gesprek om te kijken wat dat langer zelfstandig wonen betekent voor de woonopgave die we als gemeente hebben. We spraken bijvoorbeeld met de GGD over de informatie-uitwisseling bij rampen. Voor inwoners van een zorginstelling ligt er een plan en weet je om wie het gaat. Dat geldt niet voor mensen die op zichzelf wonen.” Hij krijgt weinig signalen dat het niet goed zou gaan, maar hoort wel dat een aantal mensen met een ggz-indicatie geen gebruikmaakt van die indicatie. “Dat betekent misschien dat iemand thuis weg zit te kwijnen. We zijn op zoek naar deze mensen zodat we iets voor hen kunnen betekenen. ‘Iets betekenen’ betreft niet direct de zwaarste vorm van zorg, maar (ook) kijken naar preventieve mogelijkheden. Ik probeer een combinatie te maken tussen geïndiceerde zorg en welzijn, met alle maatschappelijke activiteiten die daarbij horen. Dat is de kern van onze sportvisie. Je maakt het breder en wilt meerdere doelen te bereiken.”

Regionale GGD is evident

Kist vindt de regionale samenwerking binnen GGD Haaglanden een goede ontwikkeling. “Neem de epidemiologische aspecten, dat kun je met geen mogelijkheid zelfstandig regelen. Anders dan in grote steden is het voor gemeenten van onze maat evident dat je dit regionaal organiseert. Bovendien merk ik dat de GGD zich enorm inzet om te zorgen dat de GGD ook van ons is en niet alleen van Den Haag. Als gemeente ben je daar natuurlijk gevoelig voor en daar besteden ze veel aandacht aan. Het heeft meerwaarde om met acht collega’s een bestuur te vormen.” Leidschendam-Voorburg maakt goed gebruik van de GGD. “De grootste opdracht die we hebben gekregen met de nieuwe taken van het rijk is ‘Hoe zorg je dat je alle kennis die je hebt, bij elkaar brengt’. Daarom is het fijn dat de GGD daar zoveel rapportages over uitbrengt en bijvoorbeeld, zoals ik vertelde, meedoet in het OGGZ-team. Er is nog meer te doen. Het sociale domein kent een enorme dynamiek en de GGD moet nadenken over hun rol daarin, ook als het gaat om welzijn en specialistische zorg. Qua inhoud ben ik heel tevreden over wat ze doen en merk ik dat onze gemeenteraad goed reageert op de rapportages van de GGD. Dus wat mij betreft: deze lijn vasthouden!”

OVER DE AUTEUR

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



Het signaleren van kindermishandeling op de Spoedeisende Hulp gebaseerd op ouderproblematiek

SAMENVATTING

DOEL

Het evalueren van het effect van het Haaglanden protocol; de signalering van kindermishandeling op de Spoedeisende Hulp afdeling (SEH) op basis van zorgwekkende signalen bij volwassen patiënten.

METHODE

Er heeft een voor- en een nameting plaatsgevonden bij negen SEH's in drie regio's in Nederland (één interventie-regio en twee controle-regio's).

RESULTATEN

Het aantal oudermeldingen in de interventieregio nam toe na invoering van het Haaglanden protocol van 1 per 100.000 SEH-bezoekers naar 64 per 100.000 SEH-bezoekers. In de controle-regio's bleef het aantal meldingen per 100.000 SEH-bezoekers zo goed als ongewijzigd: van 1,5 tot 3 per 100.000 SEH-bezoekers. Na onderzoek van de oudermeldingen door het Advies en Meldpunt Kindermishandeling werd kindermishandeling in 91% bevestigd. 73% van deze kinderen, gemiddeld 93 per jaar, was nog onbekend bij het AMK.

CONCLUSIE

De hoog positief voorspellende waarde van deze aanpak maakt het signaleren van kindermishandeling op basis van oudersignalen een goede aanvulling op de reguliere signaleringsmethoden.

De Spoedeisende hulp (SEH) van het Medisch Centrum Haaglanden (MCH) heeft in 2007 een nieuwe methode ontwikkeld om naast signalering van kindermishandeling op basis van kindsignalen ook te signaleren op basis van oudersignalen. Het zogenaamde 'Haaglanden Protocol' is in samenwerking met het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) Haaglanden ontwikkeld en geïntroduceerd in de Haagse regio. Onderstaand artikel bevat een evaluatie van dit 'Haaglanden Protocol'. Conclusie uit dit onderzoek is dat het signaleren van kindermishandeling op basis van ouderproblematiek een zeer hoge positief voorspellende waarde heeft. Door het identificeren van deze risico-ouders op de SEH kunnen professionals met behulp van het Haaglanden Protocol kindermishandeling eerder signaleren en zo zorgen dat kinderen en hun ouders passende hulp aangeboden krijgen.

Hester Diderich en Mark Dechesne

Inleiding

Kindermishandeling omvat 'Elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel.¹ Volgens de Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld (2013) vallen ook kinderen die getuige zijn van huiselijk geweld hieronder.² In Nederland geldt voor professionals geen meldplicht, wel een handelingsplicht; indien een professional een vermoeden heeft van kindermishandeling of huiselijk geweld volgt de verplichting om hulp in te schakelen.

Deze evaluatie heeft er via een wetsvoorstel toe geleid dat het Haaglanden Protocol is aangepast en als Kindcheck verplicht onderdeel is geworden van de meldcode. Deze evaluatie is onderdeel van het proefschrift The Hague Protocol, Detection of child maltreatment based on parental characteristics at the hospital Emergency Department. Dit proefschrift is bekroond met een ZonMw-parel (zie www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/parels). Het artikel bevat bovendien een overzicht met enkele andere onderzoeksresultaten uit haar proefschrift.

Deze hulp kan bestaan uit een melding bij het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK)*³ of het zelf organiseren van passende hulp.

In Nederland worden jaarlijks ruim 19.000 kinderen (0 tot 18 jaar) gemeld bij het AMK (per 2015 Veilig Thuis) terwijl de uitkomst van de prevalentiestudie kindermishandeling uit 2010⁴ suggereert dat jaarlijks gemiddeld 120.000 (34 per 1.000) kinderen slachtoffer zijn van kindermishandeling.

In 2007 is op de Spoedeisende hulp (SEH) van het Medisch Centrum Haaglanden (MCH) gezocht naar een nieuwe methode om kindermishandeling op te sporen. Naast de al bestaande methode waarbij signalering plaatsvindt op basis van kindsignalen (letsel, veelvuldig SEH-bezoek, inconsistentie in verhaal versus klacht of letsel), werd nu ook gesignaleerd op basis van oudersignalen.

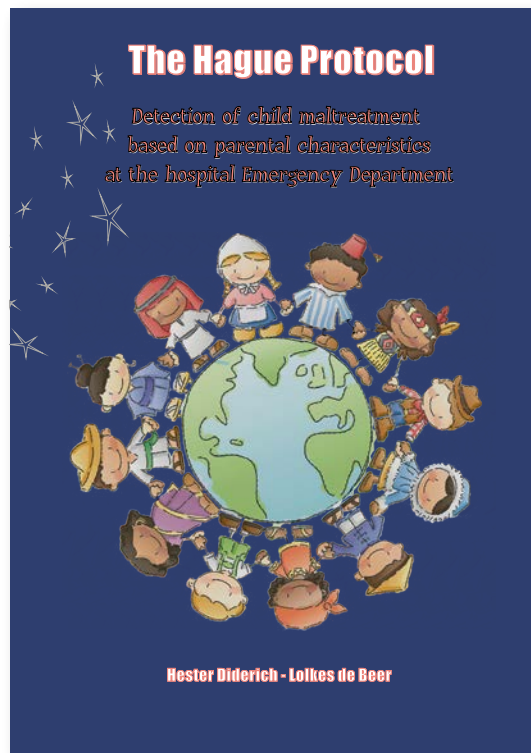
Het signaleren van kindermishandeling op basis van oudersignalen wordt gebruikt ter aanvulling op bestaande protocollen waarbij men signaleert op basis van kindsignalen.

Het zogenaamde 'Haaglanden Protocol' (signaleren op basis van oudersignalen) is in samenwerking met het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) Haaglanden ontwikkeld en in 2007 geïntroduceerd in de Haagse regio. Alle andere Haagse ziekenhuizen (2007), de ambulancediensten (2009) en de huisartsenposten (2010) in de regio Den Haag hebben deze werkwijze in de jaren erna overgenomen.

Het Haaglanden protocol: Inclusiecriteria

De inclusiecriteria van het Haaglanden Protocol zijn gekozen op basis van de literatuur en de dagelijkse praktijk. De doelgroep bestaat uit patiënten die verantwoordelijk zijn voor minderjarige kinderen of zwanger zijn en die de SEH bezoeken voor een van de volgende redenen:

- a Huiselijk geweld (ook gevallen waarin de patiënt ontkent het slachtoffer te zijn van huiselijk geweld, terwijl de arts een sterk vermoeden heeft dat er sprake is van huiselijk geweld).
- b Zelfmoordpoging of automutilatie (ongeacht de manier waarop de poging werd gedaan of de diepte of grootte van de wonden).
- c Ernstig middelenmisbruik: patiënten die worden gezien na intoxicatie met harddrugs. Patiënten die de SEH bezoeken na een intoxicatie met alcohol of softdrugs zijn alleen geïncledeerd indien:
 - i) er geen adequate zorg voor de kinderen blijkt te zijn;
 - ii) de andere ouder of familieleden aangaven dat het alcohol- en drugsmisbruik nadelige effecten op de gezinssituatie heeft;
 - iii) wanneer uit het patiëntendossier blijkt dat de patiënt al meerdere malen deze middelen had gebruikt.



De interventie

Patiënten in de Haagse regio (Den Haag, Zoetermeer, Delft, Voorburg, Leidschendam) die voldeden aan de inclusiecriteria werden door de SEH-arts of -verpleegkundige geïnformeerd over het Haaglanden Protocol en daarmee over verwijzing naar het AMK. Bij verwijzingen op basis van kindsignalen duurt het onderzoek van het AMK, waarbij wordt onderzocht of er sprake is van kindermishandeling, wie de vermoedelijke 'dader' is en welke hulp geïnitieerd moet worden, gemiddeld acht weken. Het AMK Haaglanden heeft een verkorte intakeprocedure ontwikkeld van twee weken voor de oudermeldingen om te voorkomen dat er een wachtlijst zou ontstaan voor de reguliere onderzoeken. Bovendien is een verkorte onderzoeksprocedure voor deze groep mogelijk, omdat de oorzaak van de vermoedelijke mishandeling – specifieke ouderproblematiek – immers al is vastgesteld.

Nadat het AMK de melding heeft ontvangen, wordt het gezin binnen twee weken uitgenodigd voor een bezoek. Bij ouders met ernstige psychiatrische of verslavingsproblematiek volgt standaard een huisbezoek. Bij het AMK spreken een maatschappelijk werker en een vertrouwensarts met de ouders, terwijl een orthopedagoog met alle betrokken kinderen vanaf zes jaar spreekt. De situatie wordt vervolgens geëvalueerd met behulp van CARE-NL⁵, een gestructureerde vragenlijst voor de inschatting van het risico op kindermishandeling.

* Ten tijde van het onderzoek bestond het AMK nog. Per 1 januari 2015 is deze organisatie samengevoegd met het Steunpunt Huiselijk Geweld (SHG) en heet sindsdien Veilig Thuis.



Indien nodig wordt contact opgenomen met informanten rond het gezin, zoals de huisarts, de school, de jeugdgezondheidszorg of het consultatiebureau. Vervolgens wordt bepaald of het kind slachtoffer van kindermishandeling of verwaarlozing is.

Er zijn drie mogelijke uitkomsten van deze evaluatie:

- a 'Kindermishandeling': het kind is slachtoffer van kindermishandeling of verwaarlozing. De ouders wordt, op vrijwillige basis, hulp en ondersteuning aangeboden. Wanneer ouders niet akkoord gaan, kan de hulp verplicht worden gesteld door de Raad voor de Kinderbescherming.
- b 'Kindermishandeling niet bevestigd': het is niet mogelijk om met zekerheid te bepalen of het kind slachtoffer is van kindermishandeling of verwaarlozing. Er wordt geen hulpverlening aangeboden. De kinderen in het gezin blijven geregistreerd in de database van het AMK tot het jongste kind 18 jaar is. Bij een volgende melding zal de eerdere melding meewegen tijdens het onderzoek.
- c 'Geen kindermishandeling': het kind is geen slachtoffer van kindermishandeling of verwaarlozing. Ouders krijgen een brief van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis, waarin aangegeven wordt dat het ziekenhuis de melding en de belasting betreurt, maar ook uitlegt dat veel kinderen, die wél slachtoffer zijn, op deze wijze worden opgespoord en geholpen. De gegevens van het kind worden verwijderd uit de database van het AMK en er wordt een toelichting hierover geplaatst in het patiëntendossier van de ouder.

Nadat het onderzoek van het AMK is afgesloten krijgt de melder uit het ziekenhuis een brief waarin alleen staat vermeld of er kindermishandeling is geconstateerd en welke hulp is georganiseerd.

Onderzoeksdesign en Setting

In de vier gemeenten binnen de Haagse interventieregio zijn twee grote en drie kleinere ziekenhuizen, waar in het jaar 2011 222.657 SEH bezoekers werden gezien. Deze regio bestrijkt Den Haag en de vier aangrenzende gemeenten met een totaal van 754.733 inwoners, waarvan 50,5% een niet Nederlandse achtergrond heeft

en 50,7% vrouwelijk is (Starmans & Vermeulen, 2012)⁶. Als controleregio's zijn de provincies Flevoland en Zuid-Limburg gekozen, omdat daar in geen enkel ziekenhuis kindermishandeling werd gesignaleerd op basis van oudersignalen. Flevoland heeft 387.881 inwoners en twee kleinere ziekenhuizen en de regio Zuid-Limburg telt 620.000 inwoners en heeft een academisch ziekenhuis en drie kleinere ziekenhuizen. In 2011 werden in beide controleregio's samen 95.898 bezoekers gezien op de SEH's.

Uitkomstmaten

Aantal oudermeldingen: Van de meldingen die bij het AMK zijn binnengekomen is in de AMK-database van de drie regio's gezocht naar meldingen (gebaseerd op de specifieke ouderproblematiek) die gedaan werden vanuit de SEH's. Gegevens werden verzameld van 1 januari 2006 tot en met 31 december 2011.

Kindermishandeling: Van de SEH-oudermeldingen is onderzocht of bij deze meldingen kindermishandeling werd vastgesteld door het AMK. Op basis van de evaluatie van het AMK wordt een oordeel gegeven over de gezinssituatie (met de eerdergenoemde uitkomsten: a. 'Kindermishandeling': het kind is slachtoffer van kindermishandeling of verwaarlozing; b. 'Kindermishandeling niet bevestigd': het is niet mogelijk om met zekerheid te bepalen of het kind slachtoffer is van kindermishandeling of verwaarlozing; c. 'Geen kindermishandeling').

Resultaten

Tussen 2006 en 2011 werden in totaal 581 oudermeldingen vanuit de SEH in zowel de interventie als de controleregio onderzocht door het AMK. Tabel 1 toont het aantal oudermeldingen vanuit de SEH naar het AMK per regio en uitgesplitst per jaar. In de interventieregio nam het aantal meldingen toe na invoering van het Haaglanden Protocol van 1 per 100.000 SEH bezoekers (2006-2007) naar 64 per 100.000 SEH bezoekers (2008-2011). Het aantal oudermeldingen per 100.000 SEH-bezoekers in de controleregio's bleef nagenoeg ongewijzigd: van 1,5 naar 3 per 100.000 SEH-bezoekers (OR=28,0 (95 BI 4,6 – 170,7)).

Tabel 1. Jaarlijks aantal AMK oudermeldingen vanaf de SEH

Aantal oudermeldingen	Voor invoering protocol (1 jan. 2006 t/m 6 dec. 2007)		Na invoering protocol (7 dec. 2007 t/m 31 dec. 2011)			
	2006	2007	2008*	2009	2010	2011
Interventie regio						
n/N	3 / 199.118	1 / 186.508	111 / 228.653	149 / 217.569	127 / 216.422	178 / 222.657
Meldingen per 100.000	1,5	0,5	48,5	68,5	58,7	79,9
Controleregio						
n/N	1 / 79.720	1 / 83.908	2 / 92.939	3 / 89.648	2 / 93.131	3 / 95.898
Meldingen per 100.000	1,3	1,2	2,2	3,3	2,1	3,1

n = aantal AMK oudermeldingen; N = Totaal aantal SEH bezoekers

* Voor en na implementatie, interventie- versus controleregio: OR = 28,0 (95 BI: 4,6 – 170,7); p < 0,001

De meeste ouders die gemeld werden bij het AMK waren moeders (84%: Tabel 2). Van de genoemde ouders had 40% een niet-Nederlandse etnische achtergrond en van 8% was de achtergrond onbekend. De meeste gemelde ouders hadden één of twee minderjarige kinderen. Slechts 12% had drie of meer kinderen.

Tabel 2. Algemene kenmerken van de ouders die via de SEH gemeld zijn bij het AMK op basis van ouderkenmerken in de interventieregio. 7 december 2007 t/m 31 december 2011 (N = 565)

	% (n)
Geslacht ouder	
Man	14 (80)
Vrouw	84 (476)
Beide ouders	2 (9)
Etnische achtergrond*	
Nederlands	42 (238)
Turks	11 (59)
Marokkaans	6 (35)
Surinaams/Caribisch	14 (79)
Andere etniciteit	19 (108)
Onbekend	8 (46)
Aantal kinderen per gezin	
1	45 (256)
2	43 (244)
3 of meer	12 (65)

* Voor en na implementatie, interventie- versus controleregio: OR = 28,0 (95 BI: 4,6 – 170,7); p < 0,001

Tabel 3. Oudermeldingen in interventie regio opgesplitst per categorie (N = 565)

Aantal oudermeldingen per categorie % (n)	% (n)
Reden voor melding bij het AMK	
Huiselijk geweld	48 (269)
Suicide/automutilatie	28 (161)
Middelen misbruik	14 (78)
Combinatie	3 (17)
Anders*	7 (40)

* Deze groep bestaat voornamelijk uit mensen met andere psychiatrische problematiek

Bijna de helft van de gemelde casussen betrof huiselijk geweld (48%). De tweede groep bestond uit zelfmoordpogingen of automutilatie (28 %: Tabel 3).

De positief voorspellende waarde van het opsporen van kindermishandeling met het Haaglanden protocol was 0,91. Dat wil zeggen dat bij 91% van de oudermeldingen (509/557) de aanwezigheid van kindermishandeling door het AMK werd bevestigd. Bij de categorie huiselijk geweld werd kindermishandeling vastgesteld in 93% van de gevallen, bij suicide was dit aantal 89% en bij middelenmisbruik 87%. In 7% van de gevallen kon kindermishandeling niet worden bevestigd. In 2% van de gevallen concludeerde het AMK dat er geen sprake was van kindermishandeling (Tabel 4).

Tabel 4. Positief voorspellende waarde van het Protocol Haaglanden in de interventie regio (alle meldingen na 7 december 2007) (N = 557)*

	Alle meldingen % (n/N)	Huiselijk geweld % (n/N)	Suicide % (n/N)	Middelen misbruik % (n/N)	Combinatie % (n/N)	Andere** % (n/N)
Mishandeling bevestigd	91 (509/557)	93 (247/264)	89 (143/159)	87 (68/78)	100 (17/17)	87 (34/39)
Mishandeling niet bevestigd	7 (36/557)	5 (13/264)	8 (12/159)	9 (7/78)	0 (0/17)	10 (4/39)
Geen mishandeling	2 (12/557)	2 (4/264)	3 (4/159)	4 (3/78)	0 (0/17)	3 (1/39)

n = kindermishandeling bevestigd door AMK, N = totaal aantal meldingen in betreffende categorie

* Data ontbreekt in 8 gevallen

** Deze groep bestaat voornamelijk uit mensen met andere psychiatrische problematiek

Tabel 5. Aantal bevestigde gevallen kindermishandeling (N=509), waarvan de kinderen voor de oudermelding nog onbekend waren bij het AMK (n) opgesplitst per oudercategorie

	Alle meldingen % (n/N)	Huiselijk geweld % (n/N)	Suicide % (n/N)	Middelen misbruik % (n/N)	Combinatie % (n/N)	Andere** % (n/N)
Nog onbekend?						
Ja	73 (371/509)	74 (182/247)	80 (115/143)	62 (42/68)	76 (13/17)	56 (19/34)
Nee	27 (138/509)	26 (65/247)	20 (28/143)	38 (26/68)	24 (4/17)	44 (15/34)

* Deze groep bestaat voornamelijk uit mensen met andere psychiatrische problematiek



Tabel 6. Type kindermishandeling na onderzoek AMK (N = 565)

Type kindermishandeling	% (n)
Getuige van huiselijk geweld	39,8 (225)
Pedagogische verwaarlozing	17,3 (98)
Emotionele verwaarlozing	8,0 (45)
Psychische mishandeling	4,4 (25)
Psychische verwaarlozing	0,4 (3)
Lichamelijke mishandeling	0,5 (2)
Combinatie*	26,9 (152)
Geen mishandeling	2,7 (15)

* Deze combinatie bestaat voornamelijk uit pedagogische en emotionele verwaarlozing en het getuige zijn van huiselijk geweld.

Voordat de SEH-melding werd gedaan was 73% van de gezinnen onbekend bij het AMK (Tabel 5). Het betreft 307 van de 509 meldingen waarbij na onderzoek van het AMK kindermishandeling werd bevestigd.

De meeste AMK-onderzoeken werden afgesloten onder de noemer 'getuige geweest van huiselijk geweld' (40%), gevolgd door een combinatie van 'getuige geweest van huiselijk geweld en pedagogische en emotionele verwaarlozing' (27%: Tabel 6).

Discussie

De belangrijkste bevinding is dat het Haaglanden Protocol een zeer hoge positief voorspellende waarde heeft. Het protocol zorgt voor een aanzienlijke toename (in de interventieregio Haaglanden van 1 naar 64 per 100.000 SEH-bezoekers) van het aantal gesignaleerde kinderen in mishandelingssituaties vanuit de ziekenhuizen.

Het Haaglanden Protocol is om een aantal redenen succesvol gebleken. Allereerst heeft het succes te maken met de gebruikte markers. Onderzoek wijst uit dat signaleren op basis van eerder genoemde kindsignalen een lage validiteit hebben. Daarnaast kan het gebruik van deze kindsignalen juist leiden tot het afleiden van de aandacht omdat slachtoffers van kindermishandeling zich op vele verschillende manieren kunnen presenteren op de SEH. Professionals die screenen op basis van vaste screeningslijsten, zouden hierdoor slachtoffers van mishandeling die niet binnen de screeningsmarkers vallen, over het hoofd kunnen zien. Het Haaglanden Protocol richt zich op signalen van ouders (de ouderproblematiek) die de SEH bezoeken als patiënt. Deze markers blijken een zeer hoge positief voorspellende waarde te hebben van 91%.

Dat neemt niet weg dat in zeven procent van de meldingen mishandeling niet bevestigd kon worden en dat in twee procent van de gevallen geen sprake was van mishandeling. De gezinnen waarbij na onderzoek bleek dat er geen sprake was van kindermishandeling, kregen een afsluitbrief namens de Raad van Bestuur van het ziekenhuis. Hierin werd uitgelegd waarom er is

gemeld, dat er veel kindermishandeling is gevonden met deze aanpak en dat men het betreurt dat in dit specifiek geval het onderzoek onnodig is gebleken. De bevindingen van het AMK werden in het patiëntendossier genoteerd, zodat de alle relevante ziekenhuis professionals binnen het ziekenhuis hiervan op de hoogte zijn.

Een tweede verklaring voor het succes van het Haaglanden Protocol is te vinden in zijn eenvoud en de heldere richtlijnen. Uit onderzoek onder verpleegkundigen en artsen blijkt dat 71% de huidige methoden voor het signaleren van mishandeling en verwijzen als moeilijk ervaren.⁷ Als barrières noemden zij werkdruk, onbekendheid en handelingsverlegenheid. Het signaleren van risico-ouders is relatief eenvoudig en kost weinig tijd. Men kan afgaan op de reden van het SEH-bezoek in combinatie met het vragen naar de aanwezigheid van minderjarige kinderen in het gezin. De enige extra taak die de verpleegkundige of arts heeft, is het uitleggen van de procedure aan de patiënt en het invullen van een formulier, dat moet worden verzonden naar het AMK.

Een derde voordeel van het Haaglanden protocol is de feedback die SEH-professionals krijgen van het AMK na afronding van het onderzoek. Wanneer SEH-professionals van het AMK een bevestiging krijgen van hun vermoeden en weten dat er hulpverlening is geregeld voor het gezin, blijven zij zeer gemotiveerd om te signaleren en te verwijzen. Zij zien dat er door de oudermelding meer kinderen in beeld komen en gezinnen snel passende hulpverlening krijgen aangeboden. Driekwart van de kinderen die via het Haaglanden protocol zijn gesignaleerd, waren voor de oudermelding immers nog niet bekend bij het AMK. Bij tot nu toe reguliere signaleringsmethoden op de SEH wordt er pas een melding gedaan bij het AMK wanneer het kind als patiënt op de SEH komt met letsel of klachten als gevolg van kindermishandeling. Het Haaglanden Protocol maakt het mogelijk problemen veel eerder te signaleren, dit blijkt uit het aantal gezinnen dat ondanks de serieuze problematiek waarmee zij de SEH bezochten, nog onbekend waren bij het AMK (73%).

De hoge positief voorspellende waarde van het protocol maakt het ethisch verantwoord om op basis van specifieke ouderproblematiek het AMK te vragen om de situatie van de kinderen te beoordelen. Dit in tegenstelling tot socio-demografische risicofactoren, zoals armoede of alleenstaande ouders, waarvan de informatie (terecht) niet beschikbaar is op een SEH.

Conclusie

Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat het signaleren van kindermishandeling op basis van ouderproblematiek, een zeer hoge positief voorspellende waarde heeft. Door het identificeren van deze risico-ouders op de SEH kunnen professionals met behulp van het Haaglanden Protocol kindermishandeling eerder signaleren en zo zorgen dat kinderen en hun ouders passende hulp aangeboden krijgen.



Meer uit het proefschrift The Hague Protocol, Detection of child maltreatment based on parental characteristics at the hospital Emergency Department van Dr. H.M. Diderich.

(de uitgebreide beschrijving is te lezen in het proefschrift (H.Diderich@mchaaglanden.nl))

Kan het Haaglanden Protocol ook succesvol zijn in een andere regio dan de oorspronkelijke implementatieregio?

In dit onderzoek fungeerde Friesland als nieuwe implementatieregio. Het aantal oudermeldingen steeg van twee van 92.464 patiënten (drie per 100.000) tot 108 van 167.037 patiënten (62 per 100.000). In Friesland werd kindermishandeling bevestigd in een lager percentage ten opzichte van de Haagse regio (62% versus respectievelijk 91%). Uit een follow-up analyse blijkt dat de lagere positieve voorspellende waarde veroorzaakt werd door het ontbreken van training inzake het Haaglanden Protocol bij AMK-medewerkers. Scholing over oudermeldingen voor AMK-medewerkers is belangrijk om bewustwording te creëren dat een oudermelding zonder kindsignalen ook onder de noemer kindermishandeling geschaard kan worden. Het Haaglanden Protocol kan succesvol geïmplementeerd worden in een andere regio; het scholen van medewerkers is hierbij essentieel.

Zijn er kinderen niet gedetecteerd, die op basis van de kenmerken van hun ouders gemeld hadden moeten worden bij het AMK?

Van totaal 108 onderzochte meldingen bleken acht meldingen 'gemist'. Redenen zijn het 'vergeten te vragen naar de aanwezigheid van kinderen' en de veronderstelling dat het niet nodig was om de kinderen te melden wanneer ouders aangaven al hulp te ontvangen. Deze redenen lijken makkelijk aan te pakken. Regelmatige scholing en een pop-up als reminder in het patiëntendossier kunnen helpen om te voorkomen dat deze casussen in de toekomst zullen worden gemist.

Is het zinvol om de huidige oudercategorieën uit te breiden, om zo meer slachtoffers van kindermishandeling te signaleren met behoud van de hoge positief voorspellende waarde?

Zijn er ouderkenmerken die naast de drie al in het protocol zijn opgenomen, goede voorspellers zouden zijn voor de signalering van kindermishandeling op de SEH? Om de vraag te beantwoorden is gebruik gemaakt van een 'nested case control design', waarin ouders die geïdentificeerd zijn als dader van kindermishandeling ($n = 100$) in verschillende dimensies vergeleken werden met een groep van ouders die niet zijn aangemerkt als dader van kindermishandeling

($n = 100$). Significante verschillen tussen beide groepen werden niet gevonden. De huidige oudercategorieën worden daarom niet uitgebreid om onnodige belasting voor ouders, kinderen en professionals te voorkomen.

Hoe verliep de ondersteuning en monitoring van gezinnen door het AMK na een oudermelding vanaf de SEH?

Van de 100 onderzochte casussen bleken 68 gezinnen bekend te zijn bij het AMK, de politie of andere hulpverleningsinstanties, voorafgaand aan de oudermelding. Van de 99 gevallen waarbij informatie beschikbaar was, werd in 31 gevallen de bestaande hulpverlening voortgezet of geïntensiveerd en in 24 gevallen werd de melding overgedragen aan de Raad voor de Kinderbescherming. In 27 gevallen werd nieuwe hulpverlening ingezet en in 17 gevallen bleek het niet nodig om hulpverlening in te zetten. Hoewel het AMK verplicht is om na drie maanden te informeren hoe het gezinnen vergaat, werd dit in 31 gevallen niet gedaan, waardoor zij het zicht op deze gezinnen verloren. Twee derde van de gezinnen was al bekend bij verschillende instanties (politie, AMK, Steunpunt Huiselijk Geweld) voor de oudermelding. Betere monitoring (frequenter en langer) door het AMK zou kunnen voorkomen dat de gezinsproblemen aanhouden en verergeren.

Leidt implementatie van het Haaglanden Protocol op de SEH tot zorgmijders?

Hiervoor werden het aantal patiënten (geïnccludeerd in de drie oudercategorieën van het protocol) die de SEH bezochten voor de implementatieperiode (2006-2007) vergeleken met het aantal SEH-patiënten na de implementatie periode (2008-2011). Het aantal SEH-patiënten geïnccludeerd in het protocol daalde niet. Men hoeft niet te vrezen deze gezinnen als patiënt te verliezen.



Landelijke ontwikkelingen: Van Haaglanden Protocol naar Kindcheck in Wet Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling – juli 2013

In januari 2013 hebben Kamerleden Van der Brug en Hilkens een motie ingediend waarin zij de regering verzoeken om het Haaglanden protocol verplicht te stellen voor alle SEH's, ambulancediensten en huisartsenposten in Nederland*. Als reactie hierop heeft de regering besloten de Kindcheck toe te voegen als verplicht onderdeel van de meldcode. Het Ministerie van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) heeft het Haaglanden Protocol aangepast tot de Kindcheck door:

- 1 De oudercategorieën zoals gebruikt in het Haaglanden Protocol (huiselijk geweld, middelenmisbruik en tentamen suïcide of automutilatie) uit te breiden tot: 'alle patiënten waarbij de (medische) conditie of situatie een risico kan inhouden voor kinderen die afhankelijk zijn van de cliënt'.
- 2 De Kindcheck verplicht te stellen voor een grotere groep professionals. De Kindcheck geldt nu voor alle instanties uit de reguliere en geestelijke gezondheidszorg en voor andere sectoren waar professionals te maken hebben met volwassen cliënten.
- 3 Professionals te verplichten om te allen tijde Veilig Thuis om advies te vragen bij zorgen over de veiligheid van kinderen op basis van ouderproblematiek.
- 4 Professionals (net als bij een vermoeden van kindermishandeling op basis van kindsignalen) de mogelijkheid te geven om verdachte gevallen te melden bij Veilig Thuis of zelf hulp te organiseren.

Niet eerder heeft de regering van een land het signaleren van kindermishandeling op basis van oudermeldingen verplicht. En hoewel het geen meldplicht is, zijn al deze professionals wel verplicht om een Kindcheck te doen, Veilig Thuis te informeren, en zo nodig te melden bij Veilig Thuis dan wel zelf hulp te organiseren. Met andere woorden: 'Een bijna verkapte meldplicht'. Om dit vooruitstrevende initiatief te laten slagen is het van belang om een aantal zaken goed in de gaten te houden, onder andere:

- In januari 2015 vond de transitie Jeugdzorg plaats, die net als vele andere grote transities een tijd van tegenslagen zal kennen, alvorens succesvol te zijn. Veel gemeenten zijn hard op weg om zich een beeld te schetsen van hun nieuwe verantwoordelijkheden op het gebied van Jeugdzorg en bescherming. De impact van de Kindcheck op lange termijn blijft daarbij onduidelijk.
- Uitbreiding van de oudercategorieën zoals voorgestaan in de Kindcheck kan leiden tot een lagere positief voorspellende waarde en dus een hoger aantal onterechte

meldingen (zie ook het kader op pagina 14). De hoog positief voorspellende waarde van 91% is te danken aan de vindlocatie (SEH) en de drie specifieke oudercategorieën. Monitoring van de landelijke implementatie van de Kindcheck is van belang om eventuele ongewenste uitkomsten (bijv. een drastische verlaging van de positief voorspellende waarde), tijdig bij te kunnen sturen, door bijvoorbeeld de criteria voor vindlocatie of oudercategorieën aan te passen.

- Om de positief voorspellende waarde hoog te houden is bij implementatie van de Kindcheck scholing van belang (zie kader op pagina 14).
- Nu de 'voorkant' (het signaleren en melden van vermoedens van kindermishandeling) steeds beter is geregeld, wacht de 'achterkant' (Veilig Thuis en hulpverleningsinstanties) met angst en beven op hoe dit na de transitie zal gaan. De enige manier om de 'voorkant' gemotiveerd te houden, is doordat zij kunnen vertrouwen op een adequate afhandeling door de 'achterkant'. Wanneer dit niet goed wordt geregeld, zaken niet meer worden onderzocht en wachtlijsten vollopen, zal het aantal meldingen afnemen (waarom alle moeite doen, als de gezinnen toch niet geholpen kunnen worden?).
- Om te voorkomen dat de implementatie van de Kindcheck leidt tot overbelasting van het systeem en het een onacceptabel lage positief voorspellende waarde heeft, is het van belang om de toepassing van de Kindcheck te monitoren. Een onderzoek om te achterhalen wat het effect van implementatie is op het gedrag van de professionals en het systeem kan en mag niet ontbreken.

Op 9 februari 2016 was er een Algemeen Overleg van de Tweede Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) met betrekking tot kindermishandeling. Besloten is dat er geen platte meldplicht komt, wel een registratieplicht. Binnen een maand zal duidelijk zijn voor welke gevallen dit gaat gelden. Ook wordt nader gekeken naar het geven van patiëntengegevens aan Veilig Thuis.

Informatie over Commissievergaderingen van de Tweede Kamer: www.tweedekamer.nl/vergaderingen/commissievergaderingen

* Website wetsbesluit: www.wetten.overheid.nl/BWBR0033723

MET DANK AAN DE VOLGENDE CO-AUTEURS EN ONDERZOEKERS

Prof. Dr. Anne Marie Oudesluys-Murphy, LUMC
Prof. Dr. Simone Buitendijk, Universiteit Leiden
Dr. Mark Dechesne, Universiteit Leiden
Dr. Minne Fekkes, TNO
Dr. Paul H. Verkerk., TNO
Dr. Fieke D. Pannebakker, TNO
Dr. Mariska Klein Velderman, TNO
Peggy J.G. Sorensen, Medisch Centrum Haaglanden
Drs. Paul Baeten, Veilig Thuis Haaglanden

OVER DE AUTEURS

Mw. Dr. H.M.Diderich-Lolkes de Beer is aandachtsfunctionaris kindermishandeling en huiselijk geweld, Medisch Centrum Haaglanden.

Dhr. Dr. Mark Dechesne is associate-professor bij het Centrum Regionale Kennisontwikkeling, Campus Den Haag van de Universiteit Leiden.

REFERENTIES

- 1 Artikel 1 Wet op de Jeugdzorg. http://wetten.overheid.nl/BWBR0028884/geldigheidsdatum_24-05-2011
- 2 **Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling.** http://wetten.overheid.nl/BWBR0033723/geldigheidsdatum_10-12-2015
- 3 Advies en Meldpunt Kindermishandeling Almelo. **Advies en Meldpunt Kindermishandeling: Beschrijving van het werkproces**, 2005. <http://kennisbank.mogroep.nl/scrivo/asset.php?id=90488>, MO groep Almelo 2005 - page 14
- 4 Alink L, van IJzendoorn R, Bakermans-Kranenburg M, Pannebakker F, Vogels T, Euser S. **Kindermishandeling in Nederland Anno 2010. De Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen.** Nationale Prevalentiestudie Mishandeling (NPM) 2011; 11-187. Leiden, TNO.
- 5 Ruiter C de. **Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling.** Utrecht: Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2005.
- 6 Starmans J, Vermeulen R. **Bevolkingsprognose Den Haag 2012-2020. Den Haag**, 2012. <http://www.denhaag.nl/home/bewoners/gemeente/document/Bevolkingsprognose-Den-Haag-20122020.htm>
- 7 Paavilainen E, Merikanto J, Astedt-Kurki P, Laippala P, Tammentie T, Paunonen-Ilmonen M. **Identification of child maltreatment while caring for them in a university hospital.** International Journal of Nursing Studies, 2002; 39, 287-294.



SAMENVATTING

INLEIDING

Op basis van eerder onderzoek zijn verlaagde BMI-afkapwaarden en etnisch specifieke groeicurven voor kinderen van Hindostaanse afkomst ontwikkeld. Het is de vraag of de aldus gecreëerde nieuwe normen voor de BMI van kinderen van Hindostaanse afkomst, daadwerkelijk een betere indicator opleveren van het gezondheidsrisico van deze kinderen.

METHODE

Onder basisscholieren is - met toepassing van nieuwe, etnisch specifieke BMI-normen voor kinderen van Hindostaanse afkomst én de voorheen gebruikte (universele) normen - onderzoek gedaan naar de relatie met enkele bloedwaarden die een indicatie geven van het risico dat een kind later diabetes of een hart- of vaatziekte zal krijgen. Ter vergelijking is ook een groep kinderen van Nederlandse herkomst in het onderzoek betrokken.

RESULTATEN

Het verband tussen de bloedwaarden enerzijds en de BMI anderzijds was ongeveer hetzelfde voor kinderen van Hindostaanse en van Nederlandse afkomst, indien voor de kinderen van Hindostaanse afkomst de nieuwe etnisch specifieke BMI-normen werden gebruikt. De overeenkomst was, met de nieuwe normen, duidelijk groter dan wanneer voor beide groepen de universele normen werden gebruikt. Ook werden met de nieuwe normen méér kinderen van Hindostaanse afkomst opgespoord die een verhoogd risico bleken te hebben, afgaande op de bloedwaarden.

CONCLUSIES

De conclusie luidt dat de nieuwe normen voor de kinderen van Hindostaanse afkomst een betere voorspelling leveren van het risico op ziekte. Conclusie is tevens dat er ongeveer anderhalf keer zo veel kinderen van Hindostaanse afkomst met een verhoogd risico worden opgespoord dan met de vroeger gebruikte normen.

Gezondheidsrisico's inschatten bij kinderen van Hindostaanse afkomst

In dit bulletin is meerdere malen gerapporteerd over de prevalentie van overgewicht bij kinderen.^{1,2} Overgewicht betekent dat er een overmaat is aan lichaamsvet. Over- en ondergewicht wordt bepaald door het gewicht in kilogram te delen door het kwadraat van de lengte in meters: de Body Mass Index (BMI). Uit eerder onderzoek bleek dat de universele BMI-criteria 'ondergewicht' (thinness = tengerheid) bij kinderen van Hindostaanse afkomst fors overschatten en overgewicht onderschatten.³ Daarom zijn er inmiddels verlaagde BMI-afkapwaarden en etnisch specifieke groeicurven voor kinderen van Hindostaanse afkomst ontwikkeld.⁴ Dit artikel geeft antwoord op de vraag of deze nieuwe etnisch specifieke afkappunten inderdaad 'het risico op het krijgen van ziekten als diabetes en hart- en vaatziekten (cardiometabole risico's) bij kinderen van Hindostaanse afkomst beter voorspellen dan de universele BMI-afkappunten'.

Jeroen de Wilde, Barend Middelkoop

Inleiding

Hindostanen* zijn met 8% de tweede etnische groep van Den Haag. De stad heeft hiermee de grootste Hindostaanse populatie van het Europese vasteland. Al meerdere decennia heeft de GGD speciale belangstelling voor deze groep vanwege een sterk verhoogd risico op het ontwikkelen van diabetes type 2 (vroeger ouderdomssuikerziekte genoemd) en hart- en vaatziekten in vergelijking met inwoners van Nederlandse afkomst.^{5,6} Zo hadden in de periode 2001 – 2003 16,7% van de 35- tot 44-jarige en 35% van de 45- tot 60-jarige Hindostanen al diabetes.⁷ Ter vergelijking: de meest recente landelijke cijfers (alle etnische groepen samengenomen) voor deze leeftijdsgroepen bedragen circa 1,7% respectievelijk 5,3%.⁸ Deze cijfers dateren uit 2011; de cijfers over de periode 2001 – 2003 waren vermoedelijk lager.

* De term Hindostanen wordt gebruikt voor een etnische groep waarvan de voorouders afkomstig zijn van het Indiase subcontinent: India, Pakistan, Bangladesh en Sri Lanka. In Nederland stamt deze groep veelal af van Indiase contractarbeiders die tussen 1873 en 1916 naar de voormalige Nederlandse kolonie Suriname migreerden om te werken op de plantages als contractarbeiders.

Lichaamsvet, met name het viscerale vet (= vet rondom de organen in de buik) speelt een belangrijke rol bij de ontwikkeling van diabetes.⁹ Sinds er wereldwijd sprake is van een obesitasepidemie is de prevalentie van diabetes explosief gestegen.¹⁰ Hindostanen zijn in het bijzonder gevoelig voor het krijgen van diabetes. Dit komt voor een groot deel omdat ze gemiddeld meer vet bij een lager gewicht of Body Mass Index (BMI) hebben dan mensen van Europese afkomst.^{11,12} Bovendien is dat vet ook vooral in de buik gelokaliseerd.^{13,14}

Inmiddels wordt om die reden aangeraden om voor volwassen Hindostanen fors verlaagde BMI-afkapwaarden te gebruiken, aangezien die waarden beter samenhangen met hun verhoogde gezondheidsrisico's.¹⁵⁻¹⁷ Een BMI van 23 kg/m² geldt voor hen al als grens voor overgewicht (voor Europeanen 25 kg/m²) en een BMI van 25 kg/m² als grens voor obesitas (voor Europeanen 30 kg/m²).¹⁸

Gebaseerd op die grenswaarden zijn voor kinderen van Hindostaanse afkomst ook verlaagde BMI-afkappunten vastgesteld. Uit de literatuur¹⁹⁻²¹ is namelijk bekend dat cardiometabole risico's bij kinderen van Hindostaanse afkomst ook al verhoogd zijn bij lagere waarden van indicatoren voor vetmassa (zoals gewicht, BMI en middelomtrek) dan bij Europese kinderen. Deze afkappunten variëren per leeftijd en geslacht, omdat kinderen in de groei andere lichaamsverhoudingen en een andere lichaamssamenstelling (verhouding spier en vet bijvoorbeeld) hebben dan volwassenen; en omdat deze lichaamssamenstelling gedurende de groei verandert. In eerdere artikelen zijn deze nieuwe afkappunten en de bijbehorende etnisch-specifieke groeicurven gepresenteerd.^{4,22}

Deze nieuwe groeicurven zijn ontwikkeld zoals in het algemeen groeicurven worden ontwikkeld, namelijk op basis van groeigegevens van de normale, gezonde populatie. In het eerdere onderzoek was gekozen voor de cohorten van kinderen van Hindostaanse afkomst, geboren in de jaren 1974, 1975 en 1976. Van deze kinderen waren de groeigegevens beschikbaar in de dossiers van de productgroep Jeugdgezondheidszorg van de GGD.⁴ Deze kinderen zijn geboren vóór het begin van obesitas-epidemie in Nederland. Hoewel dit sluipende begin moeilijk precies kan worden aangegeven, noemt men hiervoor in de westerse wereld veelal de jaren '80 van de vorige eeuw.²³ Door een zo oud mogelijk cohort te nemen werd de invloed van de obesitasepidemie zo goed mogelijk geminimaliseerd. De vraag die zich nu aandient is of met deze nieuwe normen voor de BMI van kinderen van Hindostaanse afkomst, het risico op het krijgen van ziekten als diabetes mellitus en hart- en vaatziekten (samen wel aangeduid als het 'cardiometabole risico') inderdaad beter wordt ingeschat dan met de vroeger gebruikte universele normen. Met de nieuwe BMI-normen zal vaker dan voorheen een kind van Hindostaanse afkomst te zwaar worden

gevonden; dat kan gebeuren bij een BMI die voor kinderen van Nederlandse herkomst nog in de normale range ligt. Met de nieuwe normen is er dus een kans dat er te snel alarm wordt geslagen bij kinderen van Hindostaanse afkomst. Daarom rees de vraag of bij gebruik van de nieuwe BMI-normen niet te snel gedacht wordt aan een verhoogd cardiometabool risico bij kinderen van Hindostaanse afkomst. In onderhavig onderzoek is gekeken naar bepaalde waarden in het bloed die een beeld geven van het cardiometabole risico, de zogeheten cardiometabole risicomarkers. Met behulp hiervan is getracht bovengenoemde vraag op twee manieren te beantwoorden. Ten eerste is gekeken naar het verband tussen enerzijds het cardiometabole risico en anderzijds de BMI, volgens de nieuwe normen, bij kinderen van Hindostaanse en van Nederlandse afkomst. Naar verwachting zou dat verband er met de nieuwe normen ongeveer net zo uit zien als datzelfde verband tussen het cardiometabole risico en de BMI volgens de universele normen, bij kinderen van Nederlandse herkomst. De nieuwe normen voor kinderen van Hindostaanse afkomst zijn immers op precies dezelfde manier ontwikkeld als de universele normen destijds zijn ontwikkeld voor kinderen van Nederlandse herkomst. De tweede vraag die in dit onderzoek is gesteld, luidde: 'Als het cardiometabole risico voor kinderen van Hindostaanse afkomst inderdaad nauwkeuriger wordt voorspeld met de nieuwe BMI-normen, hoe veel beter zijn die nieuwe normen dan in het opsporen van kinderen van Hindostaanse afkomst met een verhoogd cardiometabool risico? Wordt er echt een relevant extra aantal kinderen opgespoord?'

Methode

Gegevensverzameling en populatie

De huidige studie is opgezet als een beschrijvend dwarsdoorsnede-onderzoek onder gezonde kinderen van Hindostaanse en Nederlandse afkomst van 5 – 12 jaar in Den Haag. De gegevens zijn verzameld in de jaren 2009 – 2010. Aan ouders van kinderen van Hindostaanse afkomst van twee Hindoe-basisscholen en van drie reguliere basisscholen is gevraagd om hun kind mee te laten doen aan de studie. Om een vergelijking met kinderen van Nederlandse afkomst mogelijk te maken werden op deze drie reguliere basisscholen ook ouders van Nederlandse kinderen uitgenodigd om mee te doen aan de studie. Geschreven 'Informed consent' werd verkregen van de ouders (c.q. de wettelijk vertegenwoordiger(s)) van het kind. De Medisch Ethische Toetsingscommissie Zuidwest Holland gaf toestemming voor het uitvoeren van deze studie.

Cardiometabole biomarkers

Een biomarker is een meetbare indicator voor een bepaalde biologische conditie. In het geval van deze studie betreft het indicatoren die het risico op hart- en vaatziekten en diabetes (=



Insulineresistentie

Insulineresistentie betekent een verminderde gevoeligheid voor insuline. Dit wordt beschouwd als een voorstadium van diabetes mellitus type 2. Insulineresistentie kan onder meer worden ingeschat op basis van de combinatie van het glucose- en insulinegehalte in het bloed: het insulinegehalte is te hoog voor de gevonden glucosewaarde.

cardiometabool risico) representeren. Voor deze studie werd in nuchter capillair bloed (capillair betekent letterlijk: 'uit de haarvaten'; 0,5 ml bloed werd verkregen met een vingerprikje) het gehalte van glucose en C-peptide (een schatter voor insuline) bepaald, alsook de concentratie van specifieke vetten, waaronder totaal cholesterol, LDL cholesterol, HDL cholesterol en triglyceriden [Demecal / Lab Anywhere].²⁴ Aan de ouders van de kinderen was gevraagd om hun kind na de avondmaaltijd de dag ervoor tot aan de ochtend van het prikken niets meer te laten eten en drinken (behalve water). Het bloed werd geprikt tussen 7.30 uur en 8.30 uur waarna de kinderen een ontbijt kregen.

Op basis van de concentratie nuchter glucose en nuchter C-peptide werd de mate van insulineresistentie (zie kader) berekend met de Homeostatic Model Assessment 2- Insulin Resistance (HOMA2-IR) calculator van de universiteit van Oxford (<https://www.dtu.ox.ac.uk/homacalculator/>). Het HOMA2 model is een verbeterde versie van het originele HOMA-IR model.²⁵ In het vervolg van dit artikel wordt kortheidshalve gesproken van de HOMA-IR.

Voor de afkapwaarden voor een afwijkend gehalte van de diverse cardiometabole biomarkers zijn uiteenlopende bronnen gehanteerd (tabel 1).

Indicatoren van lichaamssamenstelling

Overgewicht is een overmaat aan lichaamsvet. De Body Mass Index (BMI; gewicht/lengte²) is op dit moment de meest gebruikte methode om een inschatting van de vetmassa te verkrijgen. Ondanks dat de BMI de vetmassa niet rechtstreeks meet, is de correlatie tussen de BMI en de vetmassa vrij hoog, zowel bij volwassenen als bij kinderen.^{29,30} Omdat bij kinderen in ontwikkeling de BMI varieert naar leeftijd en geslacht, worden voor kinderen universele BMI-naar-leeftijd curven, ook wel referentiecurven genoemd, gebruikt en afkapwaarden voor ondergewicht en overgewicht naar leeftijd en geslacht. Deze worden in Nederland aanbevolen om te gebruiken voor de inschatting van de voedingstoestand van kinderen. De beperkingen van de BMI om vet te meten hebben wel geleid tot het bepalen van etnisch specifieke BMI-referentiewaarden voor kinderen van Hindostaanse afkomst.^{4,22} Voor de huidige studie werden de universele BMI-referentie en BMI-afkappunten toegepast op de BMI van kinderen van Nederlandse en Hindostaanse herkomst om respectievelijk de zogenaamde standaard deviatiescores (SDS) en de BMI-klasse te bepalen. De BMI-SDS is een maat die aangeeft hoeveel de BMI van het betreffende kind afwijkt van de mediane BMI. Voor kinderen van Hindostaanse afkomst werd daarnaast ook met de Hindostaanse BMI-referentie de BMI-SDS berekend, en met de Hindostaanse BMI-afkappunten de BMI-klasse. De BMI-afkappunten corresponderen met de afkappunten voor BMI op volwassen leeftijd.⁴ BMI-klassen werden ingedeeld in 'tengerheid' (thinness), normaal gewicht, overgewicht en obesitas. De term 'tengerheid' wordt gebruikt omdat 'ondergewicht', de term die veel wordt gehanteerd voor de betreffende BMI-klasse, suggereert dat een kind ondervoed is, terwijl de term tengerheid meer beschrijvend is. Als andere indicator voor lichaamssamenstelling is de middel-omtrek/lengte-ratio (middelomtrek in cm gedeeld door lengte in cm) gebruikt. Dit is een betrouwbare indicator van het buikvet en is positief gecorreleerd met cardiometabole risico's.³¹⁻³³

Tabel 1. Afkapwaarden cardiometabole biomarkers

Biomarker	Leeftijd	Grenswaarde* (mmol/l)	Bron
Glucose	0-19	> 5,6	IDF**)-criteria ²⁶
C-peptide	0-19	> 1,03	Gardner et al. ²⁷
Totaal cholesterol	0-19	> 5,17	Expert panel ²⁸
LDL-cholesterol	0-19	> 3,36	Expert panel ²⁸
HDL-cholesterol	0-19	< 1,03	Expert panel ²⁸ , IDF**)-criteria ²⁶
Triglyceriden	0-9	> 1,13	Expert panel ²⁸
Triglyceriden	10-19	> 1,7	IDF**)-criteria ²⁶

* Boven de grenswaarde betekent: afwijkend, uitgezonderd bij HDL

** International Diabetes Federation



Getrainde onderzoeksassistenten hebben gewicht, lengte en de middelomtrek gemeten volgens standaardprotocollen zoals gebruikelijk in de jeugdgezondheidszorg.³⁴ Lichaamslengte werd gemeten met een SECA 214 draagbare lengtemeter tot op de millimeter nauwkeurig, en gewicht met een geijkte SECA 770 mechanische weegschaal tot op de 100 gram nauwkeurig. Middelomtrek werd met een flexibel meetlint tot op de millimeter nauwkeurig gemeten halverwege het laagste punt van de onderste rib en de boven voorzijde van de bekkenkam.

Inclusiecriteria

Ouders zijn verzocht een vragenlijst in te vullen met vragen over achtergrond, waaronder geboorteland van ouders en grootouders en het 'Hindostaans-zijn' van hen, en de gezondheid van het kind. Op basis van de achtergrondgegevens werd de etnische herkomst bepaald. Alleen kinderen waarvan alle (groot) ouders van Hindostaanse herkomst of van Nederlandse herkomst waren, werden geïnccludeerd. Daarnaast werden alleen gegevens van kinderen meegenomen die geen medische aandoening of medicijngebruik hadden die invloed kan hebben gehad op de voedingstoestand of de lengtegroei.

Statistische analyses

Alle analyses zijn verricht met IBM SPSS Statistics software (versie 23). Serum C-peptide (en dus ook de HOMA-IR) en triglyceriden waren niet normaal verdeeld, maar sterk scheef naar rechts; daarom zijn deze variabelen log-getransformeerd. De normaal verdeelde variabelen worden in de tabel weergegeven als gemiddelden plus-en-min de standaardfout. Van de log-getransformeerde variabelen worden de mediane waarden

gepresenteerd en de grenswaarden van het eerste en vierde kwartiel (de Inter Quartile Range: IQR. Binnen deze range liggen dus de waarden die gevonden worden bij de middelste 50% van de populatie).

De relaties tussen de BMI-SDS en de biomarkers werden geanalyseerd met regressiemodellen met correctie voor leeftijd en geslacht.

Resultaten

In totaal werden 206 kinderen van Nederlandse afkomst en 271 kinderen van Hindostaanse afkomst geïnccludeerd. Bij de Nederlandse kinderen hebben relatief iets minder jongens dan meisjes meegedaan dan bij de kinderen van Hindostaanse afkomst (44 respectievelijk 49%; $P=0,02$). De kinderen van Hindostaanse afkomst waren gemiddeld iets ouder dan de Nederlandse kinderen ($8,9 \pm 2,2$ jaar respectievelijk $8,4 \pm 2,0$ jaar; $P=0,038$).

Gemiddelde waarden voor de indicatoren van vetmassa en voor cardiometabole biomarkers

Verschillen tussen de twee etnische groepen in gemiddelde waarden van cardiometabole biomarkers en van indicatoren voor de vetmassa, waaronder de BMI, zijn weergegeven in tabel 2. Kinderen van Hindostaanse afkomst hadden gemiddeld een lagere BMI-SDS gebaseerd op de universele referentie ($P<0,001$), terwijl er geen verschil was op basis van de etnisch specifieke referentie. Ook de middelomtrek/lengte-ratio was niet significant verschillend. Deze laatste bevinding suggereert een tussen de etnische groepen vergelijkbare mate van hoeveelheid buikvet.

Tabel 2. Indicatoren lichaamssamenstelling en cardiometabole biomarkers, voor kinderen van Hindostaanse respectievelijk Nederlandse afkomst

	Hindostaans		Nederlands	
	Aantal	Gemiddelde (SE) c.q. mediaan (IQR) †	Aantal	Gemiddelde (SE) c.q. mediaan (IQR) †
Universele BMI-SDS *	271	0,12 (0,08)	206	0,58 (0,07)
Etnisch specifieke BMI-SDS	271	0,58 (0,07)	206	0,58 (0,07)
Middelomtrek/lengte-ratio	271	0,44 (0,00)	205	0,45 (0,00)
Glucose (mmol/l)	271	4,64 (0,02)	206	4,66 (0,03)
C-Peptide (nmol/l) ** ‡	267	0,50 (0,34 – 0,64)	205	0,47 (0,37 – 0,58)
HOMA-IR †	267	1,06 (0,74 – 1,37)	205	0,99 (0,77 – 1,29)
Cholesterol (mmol/l)	271	4,00 (0,03)	206	3,90 (0,05)
LDL (mmol/l)	271	2,29 (0,03)	206	2,30 (0,04)
HDL (mmol/l)	271	1,30 (0,02)	206	1,29 (0,02)
Triglyceriden (mmol/l) * ‡	271	0,70 (0,50 – 1,00)	206	0,60 (0,40 – 0,80)

†) SE = Standard Error (Standaardfout)

IQR = Inter Quartile Range: de grenswaarden voor de middelste 50% van de populatie

* $P<0,001$; statistisch significant verschillend, ook na correctie voor leeftijd en geslacht

** $P<0,05$; statistisch significant verschillend, maar niet meer na correctie voor leeftijd en geslacht

‡) Van deze variabelen worden de mediane waarden met IQR gepresenteerd



Wat betreft de gemiddelde waarden van de cardiometabole biomarkers waren de C-peptide en HOMA-IR voor kinderen van Hindostaanse afkomst weliswaar iets hoger, maar dit verschil was statistisch niet significant bij HOMA-IR, en voor C-peptide niet meer significant na correctie voor leeftijd en geslacht. De triglyceriden waren hoger voor Hindostaanse kinderen ($P=0,001$). Dit verschil bleef significant na correctie voor leeftijd, geslacht én vetpercentage ($P=0,02$).

Relatie tussen vetmassa-indicator en biomarkers naar etnische achtergrond

Voor alle biomarkers bleek dat, bij eenzelfde waarde voor de vetmassa-indicator, de waarde van de biomarker bij kinderen van Hindostaanse afkomst hoger lag dan bij kinderen van Nederlandse afkomst. Dit was bij alle drie gebruikte maten voor vetmassa het geval: universele BMI-SDS, BMI-SDS op basis van etnisch specifieke BMI-normen voor kinderen van Hindostaanse afkomst en voor de middelomtrek/lengte-ratio. Deze verschillen waren meestal niet significant. Bij gebruik van de universele BMI-normen, ook bij de kinderen van Hindostaanse afkomst, waren echter wel enkele verschillen significant: het C-peptide, de HOMA-IR, de triglyceriden en het totaal cholesterol waren statistisch significant hoger bij kinderen van Hindostaanse afkomst (ook na correctie voor leeftijd en geslacht). Wanneer voor de kinderen van Hindostaanse afkomst de etnisch specifieke BMI-normen werden gebruikt, of wanneer voor beide groepen de middelomtrek/lengte-ratio werd gebruikt, was er in de relatie met de cardiometabole biomarkers alleen nog maar een statistisch significant verschil bij de triglyceriden. De betekenis van deze bevindingen is te illustreren door bijvoorbeeld naar de HOMA-IR te kijken, de maat voor insulineresistentie. Bij gebruik van de universele BMI-normen kon het dus zo zijn dat bij eenzelfde BMI er geen insulineresistentie was bij een kind van Nederlandse herkomst en wel bij een kind van Hindostaanse herkomst: gemiddeld lag de HOMA-IR bij de kinderen van Hindostaanse herkomst significant hoger. Wanneer (uitsluitend) voor de kinderen van Hindostaanse herkomst gebruik werd gemaakt van de nieuwe BMI-normen, dan was er geen significant verschil meer in de hoogte van de HOMA-IR ten opzichte van de vergelijkbaar zware kinderen van Nederlandse herkomst. Het risico op insulineresistentie wordt dus voor kinderen van Hindostaanse herkomst met de nieuwe normen vrijwel gelijk ingeschat als gebeurt voor de kinderen van Nederlandse herkomst met de universele normen.

Sporen de nieuwe BMI-normen beter op bij kinderen van Hindostaanse afkomst?

Om inzicht te krijgen in de vraag of de nieuwe BMI-normen beter zijn in het opsporen van cardiometabole afwijkingen bij kinderen van Hindostaanse afkomst dan de universele, kan het aantal opgespoorde afwijkingen bij kinderen van Hindostaanse

afkomst op basis van de nieuwe BMI-normen worden vergeleken met het aantal opgespoord met universele criteria. Omdat de Hindostaanse BMI-afkappunten verlaagd zijn ten opzichte van de universele is bij toepassing van de nieuwe BMI-normen, binnen de groep met overgewicht, een groter aantal opgespoorde kinderen te verwachten. Er wordt echter op die manier wel een groep kinderen toegevoegd met een minder sterk overgewicht dan wanneer de universele BMI-normen gehanteerd zouden worden. Daardoor zal in de met de nieuwe BMI-normen gedefinieerde groep met overgewicht, het percentage kinderen met daadwerkelijk een verhoogd cardiometabool risico lager liggen dan bij toepassing van de universele BMI-normen. Daarom is zowel naar aantallen als naar percentages gekeken. Een vergelijkbare redenering geldt voor de kinderen met tengerheid of normaal gewicht. Door de verlaging van de bovengrens voor deze groep zal de groep zoals gedefinieerd met de nieuwe BMI-normen, gemiddeld lichter zijn dan wanneer de universele BMI-normen gehanteerd zouden worden. Dus ook hier zal het percentage kinderen van Hindostaanse afkomst met opgespoorde afwijkingen naar verwachting lager zijn dan bij toepassing van de universele BMI-normen.

De prevalentie van afwijkende waarden van de individuele cardiometabole biomarkers was in het algemeen laag. De meest gevonden afwijkende waarde was een laag HDL-cholesterol: bij ongeveer 20% van de kinderen in beide etnische groepen. Doordat afwijkingen op de afzonderlijke biomarkers relatief weinig voorkwamen, was de zogenaamde 'power' (dit is de mate waarin een statistische toets in staat is verschillen waar te nemen) van de gebruikte toetsen te laag om verschillen te kunnen aantonen tussen beide etnische groepen; laat staan dat verschillen tussen verschillen (namelijk: geclassificeerd volgens de nieuwe BMI-normen versus geclassificeerd volgens de universele normen) kunnen worden aangetoond. Door deze lage statistische power zijn voor de afzonderlijke biomarkers dus geen uitspraken te doen over verschillen tussen kinderen van Hindostaanse en Nederlandse afkomst.

Om de statistische power van dit onderzoek te verhogen is een nieuwe variabele aangemaakt, een zogeheten somvariabele. Deze variabele geeft aan of er bij een kind ten minste één afwijkende biomarker is gemeten in het bloed. Deze somvariabele liet wél fors hogere prevalenties zien. Ongeveer een kwart van de kinderen met een normaal gewicht had dan één of meer afwijkende waarden (tabel 3), terwijl bij overgewicht (op basis van universele BMI-normen) dit percentage opliep tot 54,4% van de kinderen van Hindostaanse afkomst (31 kinderen) en 36% van de kinderen van Nederlandse afkomst (een net niet statistisch significant verschil: $P=0,08$). De situatie bij de kinderen van Hindostaanse afkomst leek veel meer op de situatie van de kinderen van Nederlandse afkomst indien etnisch specifieke BMI-normen werden gebruikt. Overigens was zelfs dan in de

Tabel 3. Percentage en aantallen kinderen met ten minste één afwijkende waarde van een cardiometabole biomarker naar gewichtsklasse (etnisch specifiek en universeel) en etnische afkomst

‘Tengerheid’ of normaal gewicht			Overgewicht of obesitas		
Hindostaans, universeel (N=214)	Hindostaans, etnisch specifiek (N=159)	Nederlands, universeel (N=156)	Hindostaans, universeel (N=57)	Hindostaans, etnisch specifiek (N=112)	Nederlands, universeel (N=50)
% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
27,1 (58)	25,2 (40)	27,6 (43)	54,4 (31)	43,8 (49)	36,0 (18)

categorie ‘overgewicht of obesitas’ het percentage met een afwijking volgens de somvariabele nog steeds iets hoger bij de kinderen van Hindostaanse afkomst (49 kinderen: 43,8%; dan van Nederlandse afkomst (18 kinderen: 36%).

De belangrijkste bevinding was dat met de nieuwe BMI-normen 49 kinderen van Hindostaanse herkomst werden opgespoord ten opzichte van slechts 31 kinderen indien de universele BMI-normen werden gebruikt; dit is een toename met ruim 50%.

Beschouwing

Kinderen van Hindostaanse afkomst hebben hogere waarden van verschillende cardiometabole biomarkers, met name triglyceriden en C-peptide. Ook ten opzichte van de universele BMI-SDS zijn ze gemiddeld meer insulineresistent (HOMA-IR hoger) dan kinderen van Nederlandse afkomst. Bij gebruik van de recent ontwikkelde etnisch specifieke (Hindostaanse) BMI-SDS werd dit verschil niet meer gevonden. De enige uitzondering betrof het gehalte aan triglyceriden. Dit was gemiddeld hoger voor kinderen van Hindostaanse afkomst dan voor kinderen van Nederlandse afkomst, onafhankelijk van de gebruikte indicator van de vetmassa.

Daadwerkelijk afwijkende waarden van afzonderlijke biomarkers in het bloed werden relatief weinig gevonden. Wanneer de afwijkende waarden echter samen werden genomen had een kwart van alle kinderen met tenerheid of een normaal gewicht (op basis van etnisch specifieke BMI-criteria) in beide etnische groepen één of meer afwijkende waarden, en voor kinderen met overgewicht of obesitas lag dit rond de 40%. Bij gebruik van universele BMI-normen had 54% van de kinderen van Hindostaanse afkomst met overgewicht of obesitas één of meer afwijkende cardiometabole biomarkers. Bij gebruik van etnisch specifieke normen was dit 44% tegenover 36% van de Nederlandse kinderen. Gebruik van etnisch specifieke BMI-normen lijkt dus niet tot onterechte alarmering te leiden. Integendeel: in de aldus geselecteerde groep van Hindostaanse afkomst is het percentage met een afwijking in de somvariabele voor de biomarkers nog altijd hoger dan onder de kinderen met overgewicht of obesitas met een Nederlandse herkomst. Met de nieuwe BMI-normen werden 49 kinderen van Hindostaanse afkomst met ten minste één afwijkende cardiometabole biomarker gevonden tegenover 31 kinderen bij toepassing van de universele BMI-normen.

Al eerder is in andere studies het hogere gemiddelde triglyceridegehalte van Hindostanen in vergelijking met mensen van Europese afkomst (Caucasiërs) gevonden, zowel bij kinderen³⁵ als bij volwassenen¹³. Daarnaast wordt ook vaak een gemiddeld hogere insulinespiegel en hogere mate van insulineresistentie gevonden bij kinderen van Hindostaanse afkomst in vergelijking met kinderen van Europese afkomst.^{19,36} In de Haagse onderzoekspopulatie waren deze waarden ook verhoogd, althans bij gebruik van de universele BMI-normen.

Sterke punten van dit onderzoek zijn de relatief grote aantallen kinderen die gemeten zijn en de betrouwbaarheid van de meetgegevens. Desalniettemin was het aantal gemeten kinderen relatief te klein om verschillen te kunnen vinden in daadwerkelijke afwijkingen van de afzonderlijke cardiometabole biomarkers. Toch waren er duidelijke trends zichtbaar. Met name het hoge percentage kinderen van Hindostaanse afkomst met één of meer afwijkende biomarkers bij overgewicht, gebaseerd op universele BMI-referenties, was opvallend. Een punt van aandacht is in hoeverre aan een verhoging van de waarde van cardiometabole biomarkers eenzelfde betekenis moet worden toegekend, ongeacht de etnische groep waartoe men behoort. In theorie is het denkbaar (net zoals er een afwijkende lichaamssamenstelling is) dat sommige hogere bloedwaarden bij mensen van Hindostaanse afkomst normaal zijn. Dit lijkt evenwel onwaarschijnlijk, gezien het daadwerkelijk veel vaker voorkomen van diabetes en hart- en vaatziekten onder Hindostanen. Toch zou een studie waarin de gezondheidssituatie van volwassen Hindostanen wordt gerelateerd aan hun BMI-gegevens op kinderleeftijd een nog sterkere validering geven van de nieuwe BMI-normen. Een dergelijke studie is dan ook zeer aanbevelenswaardig.

Conclusie

Deze studie laat zien hoezeer het uitmaakt welke indicator van de vetmassa gebruikt wordt om cardiometabole afwijkingen bij kinderen van Hindostaanse afkomst in te schatten. Er is een trend in een hoger aantal gevonden afwijkende cardiometabole biomarkers bij de kinderen van Hindostaanse afkomst bij gebruik van zowel de universele als de Hindostaanse BMI-afkappunten. Echter, met de Hindostaanse BMI-normen is de relatie tussen



cardiometabole biomarkers en BMI-SDS veel beter vergelijkbaar met de situatie van de kinderen van Nederlandse afkomst (bij wie de universele BMI-normen worden gebruikt). Met de nieuwe BMI-normen werden in dit onderzoek ruim anderhalf keer zo veel kinderen opgespoord met ten minste één afwijkende biomarker, terwijl er, vergeleken met de situatie voor kinderen van Nederlandse afkomst, nog altijd eerder sprake lijkt te zijn van onder- dan van oversignalering.

Dit onderzoek ondersteunt de aanbeveling om de nieuwe Hindostaanse BMI-referentie en afkappunten te gebruiken om cardiometabole risico's in te schatten bij kinderen van Hindostaanse afkomst.

REFERENTIES

- De Wilde JA, Middelkoop BJ, van Buuren S, Verkerk PH. **Overgewicht bij Haagse schoolkinderen. Een trendanalyse van 1999 tot en met 2007.** Epidemiologisch Bulletin 2008;43(4):37-46.
- De Wilde JA, Keetman M, Middelkoop BJ. **Aantal kinderen met overgewicht in Den Haag blijft zorgwekkend hoog.** Epidemiologisch Bulletin 2012;47(4):2-12.
- De Wilde JA, Middelkoop BJ, van Buuren S, Verkerk PH. **Ondergewicht, overgewicht en obesitas in twee generaties Surinaams-Hindostaanse kinderen van 3-15 jaar: Een historische cohortstudie.** Epidemiologisch Bulletin 2012;47(3):2-9.
- De Wilde JA, van Dommelen P, Middelkoop BJ. **Aangepaste body mass index (BMI) afkappunten om ondergewicht, overgewicht en obesitas te bepalen bij Hindostaanse kinderen.** Epidemiologisch Bulletin 2013;48(3):2-13.
- Middelkoop BJ, Ramsaransing GN, Sadhoeram SM, Burger I, Struben HWA. **Suikerziekte onder Hindostaanse Surinamers; verontrustende ziekte- en sterftegegevens.** Epidemiologisch Bulletin 1996;31(2):5-11.
- Middelkoop BJ, Kesarlal-Sadhoeram SM, Ramsaransing GN, Struben HW. **Diabetes mellitus among South Asian inhabitants of The Hague: high prevalence and an age-specific socioeconomic gradient.** Int J Epidemiol 1999;28(6):1119-1123.
- Bindraban NR, van Valkengoed IG, Mairuhu G, Holleman F, Hoekstra JB, Michels BP et al. **Prevalence of diabetes mellitus and the performance of a risk score among Hindustani Surinamese, African Surinamese and ethnic Dutch: a cross-sectional population-based study.** BMC Public Health 2008;8:271.
- <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/endocriene-voedings-en-stofwisselingsziekten-en-immuniteitsstoornissen/diabetes-mellitus/omvang/>. Pagina bezocht op 27 januari 2016. Data gebaseerd op het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg van het Nivel.
- Scherer PE. **Adipose tissue: from lipid storage compartment to endocrine organ.** Diabetes 2006;55(6):1537-1545.
- WHO. **Global status report on noncommunicable diseases 2014.** Geneva: World Health Organization, 2014.
- Shaw NJ, Crabtree NJ, Kibirige MS, Fordham JN. **Ethnic and gender differences in body fat in British schoolchildren as measured by DXA.** Arch Dis Child 2007;92(10):872-875.
- Deurenberg-Yap M, Chew SK, Deurenberg P. **Elevated body fat percentage and cardiovascular risks at low body mass index levels among Singaporean Chinese, Malays and Indians.** Obes Rev 2002;3(3):209-215.
- Raji A, Seely EW, Arky RA, Simonson DC. **Body fat distribution and insulin resistance in healthy Asian Indians and Caucasians.** J Clin Endocrinol Metab 2001;86(11):5366-5371.
- Wulan SN, Westerterp KR, Plasqui G. **Ethnic differences in body composition and the associated metabolic profile: a comparative study between Asians and Caucasians.** Maturitas 2010;65(4):315-319.
- Gray LJ, Yates T, Davies MJ, Brady E, Webb DR, Sattar N, Khunti K. **Defining obesity cut-off points for migrant South Asians.** PLoS One 2011;6(10):e26464.
- Chiu M, Austin PC, Manuel DG, Shah BR, Tu JV. **Deriving ethnic-specific BMI cutoff points for assessing diabetes risk.** Diabetes Care 2011;34(8):1741-1748.
- Misra A, Khurana L. **Obesity-related non-communicable diseases: South Asians vs White Caucasians.** Int J Obes (Lond) 2011;35(2):167-187.
- Misra A, Chowbey P, Makkar BM, Vikram NK, Wasir JS, Chadha D et al. **Consensus statement for diagnosis of obesity, abdominal obesity and the metabolic syndrome for Asian Indians and recommendations for physical activity, medical and surgical management.** J Assoc Physicians India 2009;57:163-170.
- Ehtisham S, Crabtree N, Clark P, Shaw N, Barrett T. **Ethnic differences in insulin resistance and body composition in United Kingdom adolescents.** J Clin Endocrinol Metab 2005;90(7):3963-3969.



- 20 Whincup PH, Gilg JA, Papacosta O, Seymour C, Miller GJ, Alberti KG et al. **Early evidence of ethnic differences in cardiovascular risk: cross sectional comparison of British South Asian and white children.** *BMJ* 2002;324(7338):635.
- 21 Yajnik CS, Lubree HG, Rege SS, Naik SS, Deshpande JA, Deshpande SS et al. **Adiposity and hyperinsulinemia in Indians are present at birth.** *J Clin Endocrinol Metab* 2002;87(12):5575-5580.
- 22 De Wilde JA, van Dommelen P, Middelkoop BJ. **Appropriate body mass index cut-offs to determine thinness, overweight and obesity in South Asian children in the Netherlands.** *PLoS One* 2013;8(12):e82822.
- 23 Han JC, Lawlor DA, Kimm SY. **Childhood obesity.** *Lancet* 2010;375:1737-1748.
- 24 Gootjes J, Tel RM, Bergkamp FJ, Gorgels JP. **Laboratory evaluation of a novel capillary blood sampling device for measuring eight clinical chemistry parameters and HbA1c.** *Clin Chim Acta* 2009;401(1-2):152-157.
- 25 Wallace TM, Levy JC, Matthews DR. **Use and abuse of HOMA modeling.** *Diabetes Care* 2004;27(6):1487-1495.
- 26 Zimmet P, Alberti G, Kaufman F, Tajima N, Silink M, Arslanian S et al. **The metabolic syndrome in children and adolescents.** *Lancet* 2007;369(9579):2059-2061.
- 27 Gardner D, Shoback D: Appendix: **Normal Hormone Reference Ranges; Greenspan's Basic & Clinical Endocrinology.** The McGraw-Hill Companies, 2011.
- 28 Expert panel on integrated guidelines for cardiovascular health and risk reduction in children and adolescents: summary report. *Pediatrics* 2011;128 Suppl 5:S213-S256.
- 29 Field AE, Laird N, Steinberg E, Fallon E, Semega-Janneh M, Yanovski JA. **Which metric of relative weight best captures body fatness in children?** *Obes Res* 2003;11(11):1345-1352.
- 30 Romero-Corral A, Somers VK, Sierra-Johnson J, Thomas RJ, Collazo-Clavell ML, Korinek J et al. **Accuracy of body mass index in diagnosing obesity in the adult general population.** *Int J Obes (Lond)* 2008;32(6):959-966.
- 31 Browning LM, Hsieh SD, Ashwell M. **A systematic review of waist-to-height ratio as a screening tool for the prediction of cardiovascular disease and diabetes: 0.5 could be a suitable global boundary value.** *Nutr Res Rev* 2010;23(2):247-269.
- 32 Lee CM, Huxley RR, Wildman RP, Woodward M. **Indices of abdominal obesity are better discriminators of cardiovascular risk factors than BMI: a meta-analysis.** *J Clin Epidemiol* 2008;61(7):646-653.
- 33 Mokha JS, Srinivasan SR, Dasmahapatra P, Fernandez C, Chen W, Xu J, Berenson GS. **Utility of waist-to-height ratio in assessing the status of central obesity and related cardiometabolic risk profile among normal weight and overweight/obese children: the Bogalusa Heart Study.** *BMC Pediatr* 2010;10:73.
- 34 Kist-van Holthe JE, Bulk-Bunschoten AMW, Pijpers F, Renders CM, Timmermans-Leenders EP, Blok D-IJ et al. **JGZ-richtlijn Overgewicht. Preventie, signalering, interventie en verwijzing van kinderen van 0-19 jaar.** Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2012.
- 35 Donin AS, Nightingale CM, Owen CG, Rudnicka AR, McNamara MC, Prynne CJ et al. **Ethnic differences in blood lipids and dietary intake between UK children of black African, black Caribbean, South Asian, and white European origin: the Child Heart and Health Study in England (CHASE).** *Am J Clin Nutr* 2010;92(4):776-783.
- 36 Whincup PH, Nightingale CM, Owen CG, Rudnicka AR, Gibb I, McKay CM et al. **Early emergence of ethnic differences in type 2 diabetes precursors in the UK: the Child Heart and Health Study in England (CHASE Study).** *PLoS Med* 2010;7(4):e1000263.

OVER DE AUTEURS

Dhr. drs. J.A. de Wilde is arts Maatschappij & Gezondheid en jeugdarts KNMG en werkt als senior onderzoeker bij de productgroep Jeugdgezondheidszorg, GGD Haaglanden; Dhr. prof. dr. B.J.C. Middelkoop is arts Maatschappij & Gezondheid en werkt als epidemioloog bij de afdeling Epidemiologie, GGD Haaglanden en als hoogleraar Public health bij de afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, LUMC, Leiden. E-mail: jeroen.dewilde@denhaag.nl



Vitamine D-tekort bij een kwart van de Chinese Nederlanders: het DRAGON-onderzoek

SAMENVATTING

DOEL

Het bepalen van de vitamine D-status en risicofactoren van lage vitamine D-concentraties bij Chinese Nederlanders.

METHODE

Via Chinese organisaties werden Chinese Nederlanders uitgenodigd mee te doen aan het onderzoek. Er werd gebruik gemaakt van vragenlijsten met vragen over algemene kenmerken en vragen over determinanten van de vitamine D-status. Bloed werd nuchter afgenomen voor de bepaling van serum 25-hydroxyvitamine D [25(OH)D], maat voor de vitamine D-status.

RESULTATEN

104 mannen en 314 vrouwen namen deel aan het onderzoek. De gemiddelde leeftijd was 56 jaar. 23,1% van de mannen en 23,6% van de vrouwen had een vitamine D-tekort volgens de criteria van de Gezondheidsraad (serum 25(OH)D < 30 nmol/L voor personen van 0-70 jaar, < 50 nmol/L voor personen vanaf 70 jaar). Gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht bleek dat het niet gebruiken van vitamine D-supplementen [OR 7,53 (95%-BI 4,61 – 12,31)] en het minder dan drie dagen per week minimaal een half uur lichamelijke activiteit hebben [OR 1,61 (95%-BI 1,02 – 2,53)], onafhankelijke voorspellers zijn van een serum 25(OH)D-concentratie < 50 nmol/L.

CONCLUSIE/AANBEVELING

Afgemeten aan de criteria van de Nederlandse Gezondheidsraad had bijna een kwart van de Chinese Nederlanders een vitamine D-tekort. Vooral het gebruik van vitamine D-suppletie was geassocieerd met vitamine D-concentraties boven 50 nmol/L. Toekomstig onderzoek zou gericht moeten zijn op de gevolgen van de gevonden vitamine D-status voor de gezondheid van de Chinese Nederlanders.

Vitamine D is nodig voor sterke botten en spieren. In 2006 is in het Epidemiologisch Bulletin gepubliceerd over de vitamine D-status van personen in Nederland van een niet-westerse herkomst.¹ Een vitamine D-tekort bleek bij hen substantieel en significant vaker voor te komen dan bij de autochtone Nederlanders. Het onderzoek werd uitgevoerd bij grote niet-westerse herkomstsgroepen (herkomstlanden Turkije, Marokko en Suriname) en bij groepen met het donkerste huidtype (sub-Sahara Afrikanen). Inmiddels blijken heupfracturen steeds vaker voor te komen bij Chinezen in Azië. Dit kan een gevolg zijn van een afnemende vitamine D-status vanwege een veranderende leefstijl. Hoe de vitamine D-status is van Chinese Nederlanders is onbekend. Daarom is besloten tot een studie om dit te onderzoeken. De gegevens zijn mede verzameld bij Haagse inwoners van Chinese herkomst. In dit artikel worden de resultaten gepresenteerd. De resultaten zijn tevens gepubliceerd in The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology.²

Ping Wai Man, Wenzhi Lin, Irene van der Meer, Annemieke Heijboer, Ron Wolterbeek, Mattijs Numans, Barend Middelkoop, Paul Lips

Inleiding

Vitamine D wordt in de huid geproduceerd bij directe blootstelling aan zonlicht. Daarnaast kan een adequate vitamine D-status bereikt worden door consumptie van vitamine D-rijke producten, zoals vette vis, en inname van vitamine D-supplementen. Een tekort aan vitamine D kan bij volwassenen leiden tot spierpijnen en spierzwakte (hypovitaminose D-myopathie), botbreuken en botweekheid (osteomalacie).^{3,4}

Personen met een donkerder huidtype hebben een grotere blootstelling aan zonlicht nodig om dezelfde hoeveelheid vitamine D aan te maken dan personen met een lichter huidtype.⁵ Daarom lopen personen met een donkerder huidtype risico op het ontwikkelen van een vitamine D-tekort als zij migreren van een land met een lagere breedtegraad (rond de evenaar) naar een land met een hogere breedtegraad. Uit eerder onderzoek, onder andere gepubliceerd in dit tijdschrift, bleek dat personen van niet-westerse herkomst in Nederland substantieel en significant vaker een vitamine D-tekort hadden dan autochtone Nederlanders.^{1,6} Dit onderzoek richtte zich op de grootste niet-westerse herkomstsgroepen: Turken, Marokkanen en (Hindostaanse-/Creoolse-) Surinamers, aangevuld met een groep met het donkerste huidtype (sub-Sahara Afrikanen).

Er zijn geen gegevens over de vitamine D-status van Chinese Nederlanders. In 2014 omvatte deze bevolkingsgroep een populatie van ruim 85.000 personen in Nederland en ongeveer 6.200 personen in Den Haag.* Het is daarmee niet één van de grotere migrantengroepen. Wel blijkt dat in Azië het aantal heupfracturen steeds vaker voorkomt bij Chinezen.^{7,8} Dit kan een consequentie zijn van een vitamine D-tekort als gevolg van een veranderende leefstijl. Reden om ook in Nederland onderzoek te doen naar de vitamine D-status van inwoners met een Chinese herkomst. Het doel van het DRAGON-onderzoek (vitamin D Relationships And Genes in Osteoporosis in the Netherlands) was het bepalen van de vitamine D-status en risicofactoren van lage vitamine D-concentraties bij Chinese Nederlanders.

Methode

De gegevens voor het DRAGON-onderzoek zijn verzameld in maart 2014 bij mannen en vrouwen van 18 jaar en ouder met een Chinese herkomst en woonachtig in Nederland. Deelnemers zijn geworven via Chinese welzijnsorganisaties, Chinese ouderenorganisaties, Chinese vrouwenorganisaties en Chinese sociale media-kanalen. Personen moesten zelf geboren zijn in, of tenminste één ouder hebben geboren in China, Hong Kong of Taiwan (zie kader).

Bij verschillende Chinese organisaties in Den Haag, Rotterdam, Utrecht en Amsterdam hebben de deelnemers vragenlijsten ingevuld. Deze waren beschikbaar in het Nederlands en in het Chinees. Getrainde vrijwilligers waren aanwezig om de deelnemers te helpen. De vragen betroffen algemene kenmerken, het gebruik van vitamine D- en calciumsupplementen, consumptie van vette vis en zuivelproducten, lichaamsbeweging, blootstelling aan zonlicht, het aantal jaren woonachtig in Nederland, roken, alcoholconsumptie en de menopauzale status van vrouwen.

Tijdens de onderzoeksdagen werd van de deelnemers nuchter veneus bloed afgenomen. De serum 25(OH)D-concentratie, maat voor de vitamine D-status, werd in het endocrinologisch laboratorium van het Vrije Universiteit medisch centrum (VUmc) in Amsterdam bepaald met de ID-XLC-MS/MS-methode.¹⁰ Er is internationaal nog geen consensus over de grenswaarde van een vitamine D-tekort. Het Institute of Medicine (IOM) in de Verenigde Staten legt de grenswaarde voor 25(OH)D bij 50 nmol/l.¹¹ De Nederlandse Gezondheidsraad hanteert een grenswaarde van 30 nmol/l voor personen van 0-70 jaar en van 50 nmol/l voor personen van 70 jaar en ouder.¹² Het onderzoek presenteert het percentage deelnemers dat een vitamine D-tekort heeft volgens deze definitie.

Begin 1900 kwamen voornamelijk Chinezen uit Hong Kong naar Nederland⁹. De immigratie van Chinezen uit de Volksrepubliek China is van recenter datum. Geregistreerde migranten voor het SING-onderzoek (Survey Integratie Nieuwe Groepen, belangrijke basis voor het SCP-rapport) met gegevensverzameling in 2009 zijn: Volksrepubliek China (53.300), Hong Kong (18.200) en Taiwan (2600). Ook uit andere Aziatische landen, zoals Vietnam, Singapore, Maleisië en Macau, zijn groepen Chinezen naar Nederland gekomen. Zij waren echter niet als zodanig te onderscheiden.

Het onderzoeksprotocol is goedgekeurd door de Medisch Ethische Commissie van het Leids Universitair medisch centrum (LUMC). Alle deelnemers gaven vooraf schriftelijke toestemming.

Resultaten

418 personen, 104 mannen en 314 vrouwen, namen deel aan het onderzoek. Van 416 deelnemers kon de vitamine D-concentratie worden bepaald. De deelnemers waren gemiddeld 56 jaar oud. 18% procent van de mannen en 36% van de vrouwen gebruikten vitamine D-supplementen. Van mannen en vrouwen die vitamine D-supplementen gebruikten was de geschatte hoeveelheid vitamine D per dag respectievelijk 12,5 microgram (500 Internationale Eenheden, IE) en 16 microgram (640 IE). Meer dan 60% van de deelnemers gebruikte dagelijks zuivelproducten, met een gemiddelde van 1,2 zuiveleenheid per dag. Er vanuit gaande dat 1 zuiveleenheid ongeveer 200 mg calcium bevat, is de hoeveelheid calciuminname door het gebruik van zuivelproducten 240 mg per dag. Ongeveer 15% van de deelnemers gebruikte ook calciumsupplementen. Het zelfgerapporteerde gebruik van calciumsupplementen was echter onvoldoende precies om de totale inname van calcium per dag te berekenen.

Tabel 1 op pagina 27 geeft de vitamine D-status van de deelnemers weer. De mediane 25(OH)D-concentratie was significant lager bij mannen (42,0 nmol/l) dan bij vrouwen (47,0 nmol/l) en nam bij zowel mannen als vrouwen toe met de leeftijd. Volgens de criteria van de Gezondheidsraad had bijna een kwart van de deelnemers een vitamine D-tekort. 67,9% van de mannen en 53,1% van de vrouwen hadden een 25(OH)D-concentratie onder de 50 nmol/l. Als gebruikers van vitamine D-supplementen buiten de analyse zouden worden gelaten, dan hadden 76,2% van de mannen en 69,5% van de vrouwen een serum 25(OH)D-concentratie < 50 nmol/l.

* Bron: CBS Statline, gebaseerd op personen met herkomstlanden China, Hong Kong en Taiwan. Voor Den Haag was het aantal personen uit Taiwan onbekend (onderdeel van overige Aziatische herkomst). Het aantal in Den Haag geldt dus alleen voor personen met de herkomstlanden China en Hong Kong.





Den Haag Chinatown is de Chinese buurt van Den Haag. Kenmerkend zijn de twee poorten aan het begin en het eind van de Wagenstraat.

Gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht bleek dat het niet gebruiken van vitamine D-supplementen en het minder dan drie dagen per week minimaal een half uur lichamelijke activiteit hebben, onafhankelijke voorspellers zijn van een serum 25(OH)D-concentratie < 50 nmol/l (Tabel 2). De andere gemeten indicatoren waren niet onafhankelijk geassocieerd met de vitamine D-status. De analyse is herhaald met gegevens van alleen de vrouwen om de menopauzale status in de analyse mee te kunnen nemen; in de analyse bij mannen en vrouwen samen werd geen associatie gevonden omdat dit niet van toepassing is op de mannen. Gecorrigeerd voor leeftijd werd bij hen een serum 25(OH)D-concentratie < 50 nmol/l niet alleen voorspeld door het niet gebruiken van vitamine D-supplementen en door het minder dan drie dagen per week tenminste een half uur lichamelijke activiteit hebben, maar tevens door een premenopauzale status.

Tabel 1. Vitamine D-status van de Chinese Nederlanders

Serum 25(OH)D	Mannen (N=103)	Vrouwen (N=313)
Mediaan (nmol/l)	42,0	47,0
Vitamine D-tekort volgens criteria van de Gezondheidsraad*	23,1%	23,6%
< 25 nmol/l	5,8%	10,9%
25-50 nmol/l	62,1%	42,2%
50-75 nmol/l	19,4%	24,3%
≥ 75 nmol/l	12,6%	22,6%

* 25(OH)D < 30 nmol/l voor personen van 0-70 jaar en < 50 nmol/l voor personen van 70 jaar en ouder

Tabel 2. Onafhankelijke determinanten (voorspellers) van serum 25(OH)D < 50 nmol/l

Determinant (% in de totale onderzoeksgroep)	Odds Ratio (95% BI)*
jongere leeftijd (per jaar)	1,02 (0,999 – 1,04)
Mannelijk geslacht (25%)	1,29 (0,76 – 2,18)
Geen gebruik vitamine D-supplementen (69%)	7,53 (4,61 – 12,31)
Lichamelijke activiteit < 3 dagen/week tenminste half uur per dag (60%)	1,61 (1,02 – 2,53)

* Tussen haakjes staan de 95%-betrouwbaarheidsintervallen

Discussie

Uit dit eerste onderzoek naar de vitamine D-status van Chinese Nederlanders blijkt dat bijna een kwart van deze bevolkingsgroep een vitamine D-tekort heeft volgens de criteria van de Gezondheidsraad.

In het DRAGON-onderzoek hadden 68% van de mannen (mediaan 42 nmol/l) en 53% van de vrouwen (mediaan 47 nmol/l) een serum 25(OH)D-concentratie < 50 nmol/l. Een onderzoek in Peking en Hong Kong, uitgevoerd in de lente, vond bij een groter deel (ruim 90%) van de deelnemers, vrouwen van 18-40 jaar, een serum 25(OH)D-concentratie < 50 nmol/l.¹³ Een onderzoek in vijf grote steden in China vond bij 45% van de mannen en 66% van de vrouwen een serum 25(OH)D-concentratie < 50 nmol/l.¹⁴ Dit laatste onderzoek vond echter plaats in de maanden mei tot september wanneer de aanmaak van vitamine D door de zon het grootst is. Het DRAGON-onderzoek in Nederland vond plaats in de maand maart, aan het eind van de winter. Dan is de vitamine D-concentratie in het lichaam het laagst. Het lijkt erop dat de vitamine D-status van de Chinese Nederlanders vergelijkbaar of zelfs beter is dan de vitamine D-status van Chinezen in China. Eerdere onderzoeken naar de vitamine D-status van autochtone Nederlanders en groepen van niet-westerse herkomst in Nederland hadden vitamine D-metingen door het gehele jaar heen en gebruikten een andere analysemethode (immunoassay) dan het DRAGON-onderzoek (LC-MS/MS).^{15,16} Hierdoor kan geen goede vergelijking worden gemaakt tussen de vitamine D-status van de Chinese Nederlanders in het DRAGON-onderzoek en de autochtone Nederlanders of andere migrantengroepen van niet-westerse herkomst in Nederland. Doordat de serum 25(OH)D-concentraties van een aantal etnische herkomstgroepen echter, ondanks metingen door het gehele jaar heen, substantieel lager waren dan de concentraties gevonden bij de Chinese Nederlanders aan het eind van de winter, is de verwachting dat de vitamine D-status van de Chinese Nederlanders minder ongunstig is dan die van Surinaams-Hindostaanse, Surinaams-Creoolse en Turkse herkomst. Dit geldt mogelijk ook ten opzichte van personen van Marokkaanse en sub-Sahara Afrikaanse herkomst.

Het DRAGON-onderzoek vond een betere vitamine D-status bij vrouwen dan bij mannen

Het DRAGON-onderzoek vond een betere vitamine D-status bij vrouwen dan bij mannen. Dit is waarschijnlijk (deels) te verklaren door het hogere percentage vrouwen dat vitamine D-supplementen gebruikte. Daarnaast zou het type werk van de mannelijke deelnemers van invloed kunnen zijn geweest. Het werken in restaurants, wat mogelijk voor een groot deel van de

mannelijke deelnemers gold,⁹ betekent lange werkdagen, weinig vrije tijd en weinig blootstelling aan zonlicht. In het DRAGON-onderzoek werd echter geen significant verschil gemeten in het aantal dagen per week buiten komen en nooit, soms of vaak blootstelling aan de zon (data niet gepresenteerd).

Eerder onderzoek liet een positieve invloed zien van vitamine D-suppletie op de vitamine D-status bij niet-westerse migranten.^{1,17,18} Dagelijks 20 microgram (800 IE) of driemaandelijks 2.500 microgram (100.000 IE) vitamine D-suppletie, bleek effectiever voor het verbeteren van de vitamine D-status bij personen van niet-westerse herkomst in Nederland dan blootstelling aan zonlicht.¹⁷ In het DRAGON-onderzoek gebruikten 18% van de mannen en 36% van de vrouwen vitamine D-supplementen. In een onderzoek in Shenyang (Noord China) gebruikten 9,3% van de mannen en 14,5% van de vrouwen vitamine D-supplementen.¹⁹ Een groter percentage supplementgebruikers in de Chinees-Nederlandse populatie kan hebben bijgedragen aan een betere vitamine D-status van de Chinese Nederlanders ten opzichte van de Chinezen in China.

Een groter percentage supplementgebruikers in de Chinees-Nederlandse populatie kan hebben bijgedragen aan een betere vitamine D-status van de Chinese Nederlanders ten opzichte van de Chinezen in China.

De lichamelijke activiteit was onafhankelijk geassocieerd met de vitamine D-status. Echter, lichamelijke activiteit op zichzelf is geen bron van vitamine D. Hoewel in het DRAGON-onderzoek niet gevraagd is of de lichamelijke activiteiten buitenshuis hadden plaatsgevonden, zijn buitenactiviteiten zoals fietsen, wandelen en tuinieren net zo gebruikelijk voor de (tweede generatie) Chinese Nederlanders als voor de autochtone Nederlanders.⁹ Over het algemeen is de huid van Chinezen niet erg donker en wijkt de kleding qua bedekking van het lichaam niet erg af van de autochtone Nederlanders. Lichamelijke activiteit kan daarom bijgedragen hebben aan een betere vitamine D-status door blootstelling aan zonlicht. Uit de gegevens blijkt echter geen verschil in de gerapporteerde hoeveelheid blootstelling aan zonlicht tussen deelnemers met serum 25(OH)D-concentraties boven of onder de 50 nmol/l (data niet gepresenteerd). Een beperking van dit onderzoek is dat potentiële deelnemers niet aselect geworven zijn. In het streven naar een representatieve onderzoekspopulatie was daarom gekozen voor het werven via verschillende Chinese organisaties. Het is echter niet te



garanderen dat de onderzoekspopulatie volledig representatief is voor de totale bevolking van Chinese herkomst in Nederland, temeer omdat personen onder de 40 jaar ondervertegenwoordigd waren.

De kracht van het DRAGON-onderzoek is het grote aantal deelnemers, gezien het feit dat de Chinees-Nederlandse doelgroep bekend staat als een gesloten gemeenschap. Daarnaast is voor de bepaling van de serum 25(OH)D-concentratie gebruik gemaakt van een analysemethode (ID-XLC-MS/MS) die als kwalitatief hoogstaand beschouwd wordt.

Conclusie en aanbeveling

Afgemeten aan de criteria van de Nederlandse Gezondheidsraad had bijna een kwart van de Chinese Nederlanders een vitamine D-tekort. Meer dan de helft van de Chinese Nederlanders had een serum 25(OH)D-concentratie onder de 50 nmol/l. Vooral het gebruik van vitamine D-supplementen was geassocieerd met vitamine D-concentraties boven 50 nmol/l. De Gezondheidsraad

adviseert personen tot 70 jaar met een donkere huid dagelijks 10 microgram (400 IE) vitamine D te gebruiken en iedereen vanaf 70 jaar 20 microgram (800 IE) per dag.¹² Er wordt geen definitie gegeven voor donkere huid. Gezien de prevalentie van het vitamine D-tekort en de associatie met het gebruik van vitamine D-suppletie, lijkt het volgen van het advies van de Gezondheidsraad voor personen met een donkere huid ook gerechtvaardigd voor Chinese Nederlanders. Toekomstig onderzoek zou gericht moeten zijn op de gevolgen van de gevonden vitamine D-status voor de gezondheid van de Chinese Nederlanders.

Dankwoord

De auteurs danken alle deelnemers en vrijwilligers hartelijk voor hun bijdrage aan het DRAGON-onderzoek.

De auteurs zijn de 'Stichting Artrose Zorg' en het 'Fonds voor het Hart' zeer erkentelijk voor hun financiële bijdragen aan het onderzoek.

OVER DE AUTEURS

Dhr. drs. P.W. Man is openbaar apotheker in Den Haag en apotheker-onderzoeker bij de afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde van het LUMC in Leiden.

Mw. drs. W. Lin is arts bij Medisch Centrum Balans in Den Haag. **Mw. dr. ir. I.M. van der Meer** is senior epidemiologisch onderzoeker bij GGD Haaglanden in Den Haag. **Mw. dr. A.C. Heijboer** is klinisch chemicus-endocrinoloog en hoofd van het Endocrinologisch Laboratorium van het VUmc in Amsterdam.

Dhr. drs. R. Wolterbeek is arts en statisticus bij de afdeling Medische Statistiek en Bio-informatica van het LUMC in Leiden. **Dhr. prof. dr. M.E. Numans** is huisarts en hoofd van de afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde van het LUMC in Leiden.

Dhr. prof. dr. B.J.C. Middelkoop is arts-epidemioloog bij GGD Haaglanden in Den Haag en hoogleraar bij de afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde van het LUMC in Leiden. **Dhr. prof. em. dr. P. Lips** is internist-endocrinoloog en emeritus hoogleraar bij de afdeling Endocrinologie van het VUmc in Amsterdam.

REFERENTIES

- 1 Meer IM van der, Boeke AJ, Lips P, Middelkoop BJC. **Etnische groep en leefstijl bepalen vitamine D-status bij niet-westerse allochtonen in Nederland.** Epidemiologisch Bulletin 2006; 41(4): 17-20.
- 2 Man PW, Lin W, Meer IM van der, Heijboer A, Wolterbeek R, Numans ME, Middelkoop BJC, Lips P. **Vitamin D status in the Chinese population in the Netherlands: the DRAGON study.** J Steroid Biochem Mol Biol 2015; doi: 10.1016/j.jsbmb.2015.12.004. [Epub ahead of print].
- 3 Glerup H, Mikkelsen K, Poulsen L, Hass E, Overbeck S, Andersen H, Charles P, Eriksen EF. **Hypovitaminosis D myopathy without biochemical signs of osteomalacic bone involvement.** Calcif Tissue Int 2000; 66: 419-424.
- 4 Lips P. **Vitamin D deficiency and secondary hyperparathyroidism in the elderly: consequences for bone loss and fractures and therapeutic implications.** Endocr Rev 2001; 22: 477-501.
- 5 Clemens TL, Adams JS, Henderson SL, Holick MF. **Increased skin pigment reduces the capacity of skin to synthesise vitamin D3.** Lancet 1982; 319(8263): 74-76.



- 6 Meer IM van der, Middelkoop BJC, Boeke AJP, Lips P. **Prevalence of vitamin D deficiency among Turkish, Moroccan, Indian and sub-Sahara African populations in Europe and their countries of origin: an overview.** Osteoporos Int 2011; 22: 1009–1021.
- 7 Lau EM, Cooper C. **The epidemiology of osteoporosis. The oriental perspective in a world context.** Clin Orthop Relat Res 1996; (323): 65-74.
- 8 Xia WB, He SL, Xu L, et al. **Rapidly increasing rates of hip fracture in Beijing. China.** J Bone Miner Res 2012; 27(1): 125-129.
- 9 Gijsberts M, Huijnk W, Vogels R. **Chinese Nederlanders.** Den Haag, 2011: Sociaal en Cultureel Planbureau. ISBN 9789037705294.
- 10 Heijboer AC, Blankenstein MA, Kema IP, Buijs MM. **Accuracy of 6 routine 25-hydroxyvitamin D assays: influence of vitamin D binding protein concentration.** Clinical chemistry 2012; 58: 543-548.
- 11 Ross AC, Manson JE, Abrams SA, et al. **The 2011 report on dietary reference intakes for calcium and vitamin D from the Institute of Medicine: what clinicians need to know.** J Clin Endocrinol Metab 2011; 96(1): 53-58.
- 12 Gezondheidsraad. **Evaluatie van de voedingsnormen voor vitamine D.** Den Haag, 2012: Gezondheidsraad. Publicatienummer 2012/15.
- 13 Woo J, Lam CW, Leung J, et al. **Very high rates of vitamin D insufficiency in women of child-bearing age living in Beijing and Hong Kong.** Br J Nutr 2008; 99: 1330-1334.
- 14 Yu S, Fang H, Han J, et al. **The high prevalence of hypovitaminosis d in china: a multicenter vitamin d status survey.** Medicine 2015; 94(8): e585.
- 15 Meer IM van der, Boeke AJP, Lips P, et al. **Fatty fish and supplements are the greatest modifiable contributors to the serum 25-hydroxyvitamin D concentration in a multiethnic population.** Clin Endocrinol 2008; 68(3):466-72.
- 16 Verkaik-Kloosterman J, Valkengoed IGM van, Boer EJ de, Nicolaou M, A DL van der. **Voedingsstatus van Hindoestaanse en Creoolse Surinamers en Autochtone Nederlanders in Nederland: Het SUNSETonderzoek.** Bilthoven, 2011: RIVM (briefrapport 350070003/2011).
- 17 Wicherts IS, Boeke AJP, Meer IM van der, Schoor NM van, Knol DL, Lips P. **Sunlight exposure or vitamin D supplementation for vitamin D-deficient non-western immigrants: a randomized clinical trial.** Osteoporos Int 2011; 22(3): 873-82.
- 18 Holvik K, Meyer HE, Sogaard AJ, Selmer R, Haug E, Falch JA. **Biochemical markers of bone turnover and their relation to forearm bone mineral density in persons of Pakistani and Norwegian background living in Oslo, Norway: The Oslo Health Study.** Eur J Endocrinol 2006; 155: 693-699.
- 19 Yan L, Zhou B, Wang X, et al. **Older people in China and the United Kingdom differ in the relationships among parathyroid hormone, vitamin D, and bone mineral status.** Bone 2003; 33: 620-627.



Regio Haaglanden werft meer burgerhulpverleners

“De professionele hulpverlening door ambulance, brandweer en politie is al goed georganiseerd. Door bij een reanimatie burgerhulpverleners in te zetten start de hulpverlening nog sneller en ontstaat een zeer sterke keten.” Tot die conclusie komen de directeur van de Hartstichting, Floris Italianer en de directeur van GGD Haaglanden, Ton van Dijk. Eind januari jl. gaven zij het startsein voor een samenwerking om meer burgers en professionals zich te laten registreren als burgerhulpverlener in een reanimatie-oproepsysteem. Hulpverlening binnen zes minuten maakt de overlevingskans van mensen met een acute hartstilstand namelijk aanzienlijk groter.

Liesbeth van Dalen

Elke dag overlijden in Nederland 35 mensen aan een hartstilstand. In de regio Haaglanden krijgen jaarlijks ongeveer 1000 burgers buiten het ziekenhuis een hartstilstand. Cruciaal voor de overlevingskansen van deze patiënten is, naast het snel inzetten van professionele ambulancehulp, een onmiddellijke opstart van de hulpverlening ter plaatse. Reanimatie en behandeling met een AED (Automatische Externe Defibrillator) binnen zes minuten biedt de grootste kans op overleving. Inzet van burgerhulpverleners vormt daarin de ontbrekende schakel.

Uit onderzoek van de Hartstichting naar de effecten van het reanimeren bij een hartstilstand blijkt dat in vijftien procent van de gevallen sprake is van een goede afloop. “Dit aantal willen we verdubbelen”, aldus Floris Italianer. “Dat kan als de reanimatie en behandeling binnen zes minuten begint, dan is de kans op overleven aanzienlijk groter. De ambulance haalt dat niet altijd, dus daarom is het belangrijk dat er burgerhulpverleners in de buurt zijn. Met minimaal 170.000



**Red levens in
jouw buurt**

Coen Mol
Aangemeld in Essellanden, Wateringen

Elke dag sterven in Nederland 35 mensen aan een hartstilstand. Mensen die jij kunt redden als je kan reanimeren en in de buurt bent. Daarom is er een systeem dat jou kan oproepen, met één bericht. Kun jij ook al reanimeren? Meld je dan aan op hartstichting.nl

 
Hand in hand voor het leven

Reanimatie en behandeling met een AED binnen zes minuten biedt de grootste kans op overleving.

vrijwilligers hopen we zo landelijk twee-en-een-half-duizend extra levens per jaar te redden. Ook wordt gewerkt aan uitbreiding van het aantal AED's. Bekend is dat een hartstilstand vaak thuis plaatsvindt en in de vroege ochtend, terwijl de meeste AED's in winkels of op kantoren geplaatst zijn. Daar moeten er dus meer beschikbaar van komen.”



Werkwijze Hartveilig Wonen

Hartveilig Wonen werkt met publiekelijk toegankelijke AED's die gebruikt worden door opgeleide en geregistreerde burgerhulpverleners. Bij een 112-melding van een reanimatiepatiënt stuurt de Meldkamer Ambulancezorg, naast de inzet van ambulancehulp, automatisch een alarmering naar Hartveilig Wonen. Hartveilig Wonen alarmeert vervolgens per sms de in de omgeving van het slachtoffer geregistreerde burgerhulpverleners. Zij krijgen de vraag om de dichtstbijzijnde geregistreerde AED op te halen en deze naar de plaats van het slachtoffer te brengen of om direct naar het slachtoffer te gaan en te beginnen met de reanimatie.

Burgerhulpverleners in de buurt

De kracht van de voor reanimatie opgeleide burgerhulpverleners is dat zij zich bevinden in de buurt van een slachtoffer. Door registratie bij het systeem, krijgen zij per sms een oproep van Hartveilig Wonen (zie kader). De actie voor de werving van de burgerhulpverleners richt zich op twee groepen, namelijk professionele zorgverleners en bedrijfshulpverleners in hun vrije tijd alsmede nog niet opgeleide burgers. Bij tal van bedrijven, overheidsorganisaties en instellingen in Den Haag en regio Haaglanden werken bedrijfshulpverleners. Volgens de GGD-directeur zijn veel van deze opgeleide professionals, evenals zorgprofessionals in de gezondheidszorg, onbekend met de mogelijkheid om zich te laten registreren als burgerhulpverlener. "Ik weet dat zij zich graag hadden ingezet als ze hadden geweten dat vlak in de buurt iemand een hartstilstand had."

Eind 2015 startte de Hartstichting een landelijke campagne om het aantal geregistreerde burgerhulpverleners te verhogen van 90.000 naar minimaal 170.000. De campagne heeft inmiddels 25.000 vrijwilligers opgeleverd. Dat is volgens Italianer mede te danken aan de goede samenwerking met zo'n vierhonderd reanimatiepartners, waaronder opleidingsinstellingen. Zij kunnen opgeleide mensen informeren en motiveren om zich te laten registreren.

"We hopen dat zorgprofessionals en bedrijfshulpverleners hun skills ook in hun vrije tijd willen inzetten."

Inzet in regio Haaglanden

De Haaglanden-campagne moet leiden tot een stijging van het aantal geregistreerde burgerhulpverleners in de regio van ruim 1.800 naar zo'n 4.000. De campagne richt zich met voorlichting en diverse activiteiten zowel op Bedrijfshulpverleners (BHV-ers) en zorgprofessionals als op nog niet opgeleide doelgroepen, zoals mantelzorgers en zorgvrijwilligers. Deze laatste groepen kunnen kosteloos een reanimatiecursus volgen, die GGD Haaglanden organiseert en samen met het Rode Kruis aanbiedt. Verwacht wordt dat de deelnemers zich na het behalen van het diploma inschrijven bij het oproepsysteem van Hartveilig Wonen. Dat kan onder meer via hartstichting.nl. De campagne in regio Haaglanden loopt van maart tot en met mei. De rol van de GGD in de regionale campagne omschrijft Van Dijk als een 'makelaarsfunctie'. "Vooral de positie van de GGD dichtbij het bestuurlijk vlak kan zorgen voor agendasetting binnen de gemeenten in de regio. Daarmee versterken we de landelijke campagne. Bovendien is de ambulancedienst van de GGD een onderdeel van de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) Haaglanden, zodat goede afspraken gemaakt kunnen worden."

Wie kan burgerhulpverlener worden?

Iedereen van 18 jaar en ouder met een geldig reanimatiecertificaat kan zich aanmelden bij het oproepsysteem. Het oproepsysteem selecteert bij een incident alle geregistreerde mensen die zich bevinden binnen een bepaalde straal. De oproepberichten kunnen 7 dagen per week, 24 uur per dag, dus ook 's nachts worden uitgestuurd. Het gaat om een vrijwillig systeem en de burgerhulpverlener verleent alleen hulp als hij daartoe in staat is. Wie om persoonlijke redenen op dat moment geen hulp kan of wil verlenen, hoeft niet op de oproep te reageren. Italianer: "Er zijn goede afspraken met de ambulancediensten en de samenwerking ter plaatse verloopt goed. Als de burgerhulpverlener al bezig is met reanimeren kan het zijn dat de ambulancemedewerker





Red levens in jouw buurt

Elke dag sterven er in Nederland 35 mensen aan een hartstilstand. Jong, oud, man, vrouw: het kan iedereen overkomen. Het overgrote deel van de slachtoffers bevindt zich in en rond het huis. Dit zijn mensen die jij kan redden als je een reanimatiecursus hebt gevolgd en in de buurt bent. Daarom is er een systeem dat jou kan oproepen. Met één bericht.

Hoe werkt het systeem?

Op het moment dat de 112-meldkamer een melding krijgt over een hartstilstand schakelt zij, direct na het uitschakelen van de ambulance(s), het oproepsysteem in. Via dit systeem gaan berichten via de mobiele telefoon naar de mensen die in de buurt van het slachtoffer zijn. Het bericht bevat

de locatie waar het slachtoffer zich bevindt met de boodschap daarheen te gaan en te starten met reanimatie of om een bepaalde AED op te halen en vervolgens naar het slachtoffer te gaan. Omdat meerdere mensen een bericht krijgen is de kans groot dat je er niet alleen voor staat en samen hulp verleent aan het slachtoffer.

Kun jij ook al reanimeren? Meld je dan aan op hartstichting.nl/burgerhulpverlener

Elke dag telt  Hartstichting

het overneemt of dat de burgerhulpverlener verder gaat. Vergeet niet, reanimeren is inspannend werk en je kunt elkaar dan ook afwisselen als het langer duurt." Hij begrijpt dat sommige mensen aarzelen om zich aan te melden uit angst dat de reanimatie misschien misgaat. "Mijn reactie daarop is: niets doen is het enige foute wat je kunt doen. De meeste mensen zijn blij dat ze iets hebben kunnen doen. Overigens is er altijd begeleiding achteraf als een burgerhulpverlener is opgeroepen. Bovendien denken mensen dat ze 24 uur per dag bereikbaar moeten zijn. Dat is een misverstand, men kan zelf aangeven gedurende

welke dagen/tijden men beschikbaar wil zijn."

"Tegelijkertijd willen we een beroep doen op de burgerverantwoordelijkheid van zorgprofessionals en bedrijfshulpverleners", voegt Van Dijk toe. "We hopen dat zij hun skills ook in hun vrije tijd willen inzetten. Bovendien moet de organisatie van het geheel goed geregeld zijn. Er moeten goede faciliteiten zijn voor het opleiden en trainen van mensen en enig 'eigenbelang' kan daarbij helpen als bijvoorbeeld iemand een partner met hartproblemen wil kunnen reanimeren."

Sterke keten van burgers en professionals

Van Dijk en Italianer schetsen het resultaat, namelijk een sterke keten. "Naast de ambulancedienst zijn ook brandweer en politie uitgerust met AED en opgeleid om te reanimeren. Met de burgerhulpverleners hebben we nu bij de start van een alarmering op drie niveaus deskundige inzet. Daarbij is de burgerhulpverlener meestal het snelst ter plaatse, spoedig daarna krijgen zij versterking van de professionele hulpverleners. Dat is een mooie keten in het redden van levens."

De directeur van de Hartstichting is blij met de samenwerking met GGD Haaglanden en de Veiligheidsregio bij deze campagne. "Ik hoop dat het afstraalt op de andere grote steden. Zonder wethouders te passeren hoop ik dat burgemeesters de handschoen oppakken." Waaraan Van Dijk toevoegt dat de burgemeesters, net zoals dat in Den Haag ging, die handschoen direct bij de GGD kunnen neerleggen. "Want daar kan de bestuurder de GGD op aanspreken."

OVER DE AUTEUR

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

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.

Risico op angststoornis of depressie

In de Gezondheidsenquête van 2012 zijn enkele vragen gesteld om het voorkomen van psychische klachten in kaart te brengen. Hierbij is gebruik gemaakt van een vragenstel waarmee voor een aantal gevoelens die samenhangen met angst en depressie wordt gevraagd hoe vaak deze zich in de afgelopen maand voordeden. Op grond van de antwoorden op deze vragen is een indeling gemaakt in

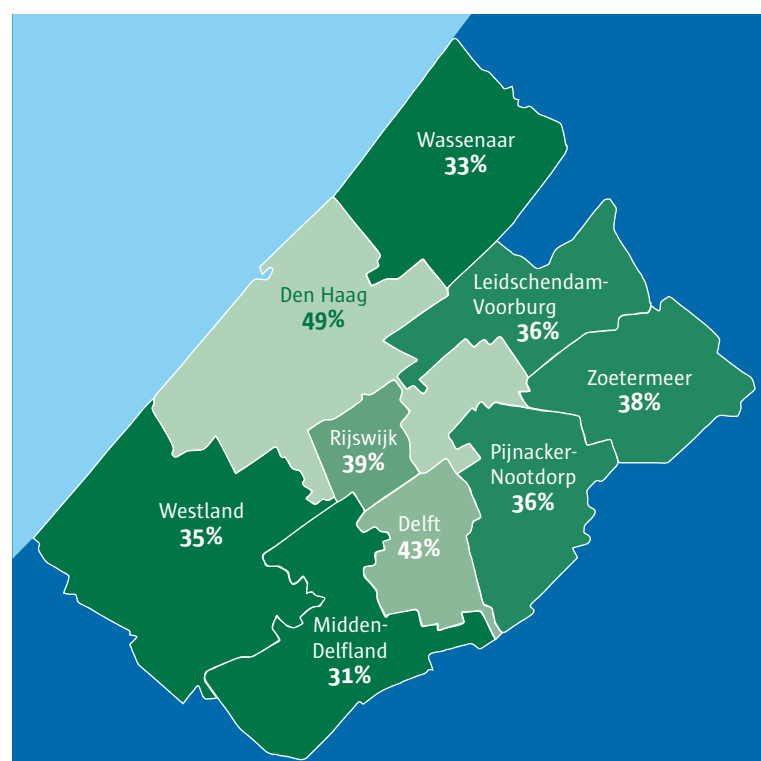
drie groepen: een groep die geen verhoogd risico heeft op een angststoornis of depressie, een groep met een matig verhoogd risico en een groep met een sterk verhoogd risico.

Volgens de Gezondheidsenquête 2012 heeft 35% van de inwoners van Haaglanden een matig risico op angst en depressie en heeft 8% een hoog risico op angst of depressie. Landelijk liggen de

35% van de inwoners van Haaglanden heeft een matig risico op angst en depressie

cijfers iets lager: 34% heeft een matig risico en 6% heeft een hoog risico op angst en depressie. Binnen Haaglanden varieert het percentage inwoners met een (matig of sterk verhoogd) risico op angst en depressie van 31% in Midden-Delfland tot 49% in Den Haag.

Figuur 1. Percentage inwoners van 19 jaar en ouder met een matig tot hoog risico op een angststoornis of depressie.



Het percentage inwoners in Den Haag met een (matig of sterk verhoogd) risico op angst en depressie is vergelijkbaar met het percentage in Rotterdam. In Amsterdam (46%) en Utrecht (40%) liggen deze percentages lager.

Een matig of sterk verhoogd risico op angst en depressie komt binnen Haaglanden het meest voor onder vrouwen, 19-34-jarigen, niet-westers allochtonen, laag opgeleiden, niet (meer) gehuwden en onder mensen met een laag inkomen.

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

Bron: Gezondheidsenquête 2012



IkPas: dertig dagen geen alcohol

Fris de lente in, een maandje detoxen? Wat doet een maand lang geen alcohol drinken met u? Ga nu de uitdaging aan en doe in maart mee aan de tweede editie van IkPas.

Veel deelnemers uit 2015 gaven aan onbewust een patroon te hebben aangenomen waarbij het vanzelfsprekend was dat ze een of meerdere glazen alcohol per dag dronken. Door bewust een keuze te maken om wel of niet te drinken, doorbraken ze het patroon en was alcohol niet meer vanzelfsprekend. Ook heeft een groot deel van de deelnemers positieve lichamelijke veranderingen ervaren: ze voelden zich fitter en scherper, sliepen beter, vielen af en hadden een betere huid.

IkPas is dé beweging in Nederland voor tijdelijk geen alcohol drinken. Bijna elk land heeft wel een soortgelijke actie. De initiatiefnemers van IkPas zijn de gezamenlijke GGD'en en instellingen voor verslavingszorg in Nederland, het Trimbos Instituut en de Hogeschool Windesheim. IkPas is de verzameling van al hun lokale en regionale activiteiten rond 30 of 40 dagen geen alcohol drinken. Daarnaast doet Hogeschool Windesheim onderzoek naar de effecten op de gezondheid van 30 of 40 dagen alcohol drinken.

De 30 dagen actie loopt van 1 maart tot en met 30 maart 2016.

Voor vragen over IkPas in de regio Haaglanden en achtergrondinformatie kunt u contact opnemen met GGD Haaglanden via ikpas@ggdhaaglanden.nl.

Meer informatie over de landelijke actie vindt u op www.ikpas.nl (externe link).

Rectificatie

In het Epidemiologisch Bulletin nr 4/2015 staat een onjuiste vermelding over de beëindiging van het STIOM. Op pagina 56 wordt vermeld dat het STIOM in 2002 failliet is gegaan. Dit moet zijn 2012.

Themadag 2016 Stichting Geheim Geweld 'De lange weg naar herstel'

Op 25 april 2016 organiseert Stichting Geheim Geweld een landelijke themadag voor lotgenoten en professionals. Thema voor deze bijeenkomst is 'De lange weg naar herstel'.

Kindermishandeling kan iemands leven bepalen, zelfs tot ver in de volwassenheid. Tegelijkertijd is het bekend dat contact met lotgenoten een manier kan zijn om los te komen van een traumatisch verleden. Daarom blijft Stichting Geheim Geweld zich inzetten om lotgenoten bij elkaar te brengen. Tijdens de themadag voeren enkele aansprekende (ervarings) deskundigen het woord. Daarnaast kunt u onder deskundige begeleiding deelnemen aan de discussies over verschillende subthema's, zoals schuld en schaamte, familie en relaties. Ook onderwerpen als preventie, hulpverlening, lotgenotencontact en opvoeding komen aan bod. Er is volop ruimte voor het delen van tips en eigen ervaringen. De dag wordt mede mogelijk gemaakt door Gemeente Den Haag, Fonds Slachtofferhulp en het Hilton Hotel.

Sluiting inschrijftermijn 4 april 2016.

Locatie: Hilton Hotel, Zeestraat 35 Den Haag

Kosten: de eigen bijdrage in de kosten bedragen € 50,- voor lotgenoten en €100,- voor professionals.

Meer informatie en aanmeldformulier:
www.stichtinggeheimgeweld.nl

Kijk op Gezondheid 2015 voor acht gemeenten in de regio Haaglanden

GGD Haaglanden heeft in 2015 een Gezondheidsmonitor en Kernboodschappen opgesteld voor elk van de gemeenten Delft, Leidschendam-Voorburg, Midden-Delfland, Pijnacker-Nootdorp, Rijswijk, Wassenaar, Westland en Zoetermeer. De Gezondheidsmonitor is een analyse van de gezondheidssituatie van de inwoners. Onderwerpen die aan bod komen zijn demografie, lichamelijke en (psycho) sociale gezondheid, sterfte, leefstijl, fysieke omgeving, gezondheidszorg en toekomstverkenning. Op basis van de cijfers uit deze monitor zijn Kernboodschappen geformuleerd. Ze bieden handvatten voor het invullen van het beleid. Voor elke gemeente zijn de Kernboodschappen en de meest in het oog springende cijfers ook opgenomen in een factsheet.

De rapporten en factsheets zijn te vinden op <http://www.ggdhaaglanden.nl/over/publicaties-en-onderzoeken/gezondheidsmonitor-en-kernboodschappen.htm>

Factsheets over gezondheid ouderen in Den Haag

Onlangs presenteerde GGD Haaglanden acht factsheets over de gezondheid en leefstijl van ouderen in Den Haag; voor elk stadsdeel één. Deze factsheets zijn gebaseerd op de resultaten van de gezondheidsenquête van GGD Haaglanden onder ruim 2.500 Haagse ouderen. De lezer krijgt op compacte wijze informatie over zaken als leeftijdsopbouw, lichamelijke en geestelijke gezondheid, leefstijl zoals bewegen, roken en alcohol, maar ook over participatie en eenzaamheid. Waar dat van toepassing is zijn significante verschillen ten opzichte van andere stadsdelen aangegeven.

Den Haag als seniorvriendelijke stad

De factsheets passen binnen het actieprogramma 'Den Haag seniorvriendelijke stad'. Binnen dit programma werkt de gemeente met betrokken Hagenaars aan een stad waar de oudere bewoners gemotiveerd worden actief te blijven en waar vitaliteit wordt bevorderd en eenzaamheid wordt tegengegaan. Uitgangspunt is dat de omgeving en voorzieningen voor iedereen toegankelijk en veilig zijn. Door de werkwijze waarop dit wordt uitgevoerd, is Den Haag als eerste Nederlandse stad lid geworden van het Age Friendly Cities netwerk van de World Health Organization (WHO).

De gemeente liet bovendien TNO onderzoeken hoe seniorvriendelijk Den Haag is. TNO heeft dit in kaart gebracht op basis van focusgesprekken met ouderen waarin zij konden aangeven waaraan zij in hun buurt behoefte hebben. De meting beslaat alle levensdomeinen. Bovendien is de meting bedoeld om initiatieven in de stad te laten ontstaan die aansluiten op de doelen van bovenstaand actieprogramma. De komende periode bespreekt de gemeente de uitkomst van deze meting en de gepresenteerde factsheets van GGD Haaglanden met partners in de stad en in gerichte bijeenkomsten.

Meer informatie over 'Den Haag seniorvriendelijke stad' is te vinden op www.seniorvriendelijkdenhaag.nl. Het genoemde actieprogramma en de meting zijn te vinden op www.denhaag.nl via bestuurlijke stukken onder de zoektermen RIS 285266 en RIS 285864. De factsheets zijn te downloaden van www.ggdhaaglanden.nl/publicaties. Voor vragen over de factsheets: Caroline Dekkers, (070) 353 78 61 / 06 131 137 65. Voor vragen over 'Den Haag seniorvriendelijke stad' en de meting: Elisabeth de Vries (070) 353 55 25 / 06 55 17 59 98.



Nationaal Congres Alcohol en Drugs 2016

Op 16 en 17 maart 2016 vindt het Nationaal Congres Alcohol & Drugs 2016 plaats. In de alcohol- en drugspreventie is de afgelopen tien jaar veel gedaan en bereikt. Desondanks blijven er grote uitdagingen. Tijdens het tweedaagse congres delen lokale en landelijke partners hun ervaringen en kennis. De eerste dag gaat over alcohol en de tweede dag over drugs. U kunt ook voor één van de twee dagen kiezen.

Data: 16 maart 2016 Alcoholcongres,
17 maart 2016 Drugscongres
Organisator: Trimbos-instituut
Locatie: De Rijtuigenloods, Amersfoort
Kosten: € 190 bij deelname aan één dag
(incl. BTW) € 325 bij deelname aan beide
dagen (incl. BTW)

Informatie en aanmelden:
www.congresalcoholendrugs.trimbos.nl

GGD Appstore public e-health

Op 21 januari 2016 lanceerden alle 25 GGD'en de koepelorganisatie GGD GHOR Nederland gezamenlijk de GGD Appstore. De eerste onafhankelijke publieke appstore met apps voor de gezondheid! Kort en bondig is het idee van de GGD-Appstore: Een zorgvuldige, onafhankelijke en transparante toetsing van gezondheidsapps door deskundige professionals. Deze kennis wordt vervolgens gebundeld en met iedereen gedeeld. Alleen apps die voldoen aan de door de GGD opgestelde criteria worden geplaatst én voorzien van een herkenbaar vignet.

Zikavirus

Sinds 2014 is een uitbraak van zikavirus gaande in Zuid- en Midden-Amerika. 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.

Vanuit Paaseiland (Chili) heeft het virus zich verspreid naar een groot aantal landen in Latijns-Amerika en de Cariben, waaronder ook Suriname en Curaçao. In Nederland is infectie met zikavirus alleen vastgesteld bij mensen die het in het buitenland hebben opgelopen. Dat is tot nu toe bij reizigers gebeurd die in Suriname of op Aruba besmet zijn geraakt met het virus. Verspreiding binnen Nederland zal zich, bij afwezigheid van deze muggenfamilie, naar verwachting niet voordoen.

De incubatieperiode van zikavirus-infecties varieert van drie tot twaalf dagen. De symptomen zijn meestal mild en duren gemiddeld twee tot zeven dagen. Driekwart van de geïnfecteerden ontwikkelt helemaal geen klachten. De belangrijkste symptomen zijn: lichte koorts (onder de 38,5° C), spierpijn/gewrichtspijn, hoofdpijn, zich niet lekker voelen, huiduitslag en oogontsteking.

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

Het huidige Nederlandse advies voor zwangere vrouwen en vrouwen die zwanger willen worden is om in overleg met een arts het reizen naar de tropen vooraf goed af te wegen en te overwegen dit uit te stellen. Dit geldt met name voor reizen naar gebieden waar veel zikavirus voorkomt. 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>

Zwementie: jonge studenten zwemmen met mensen met dementie

Zwementie is een participatieprogramma waarin studenten van de Haagse Hogeschool en ROC Mondriaan zwemmen met mensen met dementie. De mensen met dementie (veelal ouderen) wonen nog thuis of verblijven in een van de Haagse zorginstellingen.

Zwementie biedt profijt vanuit meerdere invalshoeken. Naast het belangrijkste, namelijk (begeleid) zwemmen voor mensen met een gediagnostiseerd dementieel beeld, wordt ook gewerkt aan de beeldvorming die jongeren over mensen met dementie hebben. Jongeren/ studenten uit sociale en sportieve beroepsopleidingen van de Haagse Hogeschool en ROC Mondriaan kunnen het gedrag van mensen met dementie ervaren in een andere context dan de onderwijs- of hulpverleningssituatie. Bovendien krijgen thuiswonende ouderen, de gemeente en de deelnemende zorginstellingen een zinvol activiteitenprogramma geboden, zonder dat daar onevenredige (personeels-)inspanningen tegenover staan. Mantelzorgers kunnen op deze manier een plezierige activiteit met hun naaste (met dementie) ondernemen.

Tot slot vormt Zwementie een nieuw onderzoeksdomein voor het Lectoraat Psychogeriatric van de Haagse Hogeschool. Samengevat sluit Zwementie aan bij de overgang van een verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving.

Praktische informatie

Zwementie is geschikt voor alle mensen, jong en oud, met een (beginnend) dementieel beeld en hun mantelzorgers of begeleiders. De zwemactiviteiten kennen twee deelname-niveaus. Naast zwemmen in een wellnessachtige sfeer voor iedereen met dementie, is er ook zwemmen met een sportiever karakter, geschikt voor mensen in de beginfase van dementie. Op vrijdag (vier keer per maand) tussen 14.00 en ± 15.00 uur wordt er gezwommen in Zwembad Overbosch, Vlaskamp 3 in Den Haag. De kosten bedragen € 12,50 per deelnemer per zwemsessie. Dit is inclusief de toegang voor begeleiders/ mantelzorgers.

Vooraf inschrijven is verplicht, zie www.zwementie.nl.

Nederlands Congres Volksgezondheid 2016

Het thema van het Nederlands Congres Volksgezondheid 2016 op 6 en 7 april is 'Werelden verbinden: gezondheid en het sociale domein'. VNG, Pharos en Movisie zijn de partijen die in 2016 het congressthema inhoudelijk gaan vullen. Ze maken zich hard voor de verbinding tussen preventie, zorg en sociaal domein op het lokale niveau. Het is nodig om de krachten te bundelen met het oog op het gezamenlijke doel: het welbevinden van mensen.

Data: 6 en 7 april 2016

Organisator: Diverse organisaties, waaronder Trimbos-instituut

Locatie: Doelen, Rotterdam

Kosten: € 225,- per dag.

Informatie en aanmelden: ncvgz.nl

Lezersonderzoek Epidemiologisch Bulletin

De redactie is benieuwd naar uw mening over het Epidemiologisch Bulletin en eventuele adviezen ter verbetering hiervan. Daarom wordt u van harte uitgenodigd om mee te doen aan een lezersonderzoek via www.ggdhaaglanden.nl/epibul.



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:

Debatteren en mondeling argumenteren

De kunst van het debat. Deelnemers vergroten in één dag hun mondelinge vaardigheden om met succes een (beleids)stelling te verdedigen of juist aan te vallen. Zij ontdekken in deze module hoe zij hun visie verwoorden en met argumenten onderbouwen. Voor artsen, beleidsmedewerkers, epidemiologen, gezondheidswetenschappers, leidinggevend, projectleiders en andere professionals in de publieke gezondheidszorg die hun verbale presentatie en argumentatie willen verbeteren.

Data: 4 april 2016

Locatie: Utrecht

Kosten: € 395,-

Verbinden van beleid, onderzoek en praktijk

Krijg inzicht in de belangen en verhoudingen van gemeenten en onderzoek de mogelijkheden voor co-creatie op het gebied van informatievoorziening. Voor epidemiologen en beleidsmedewerkers/ beleidsadviseurs.

Data: 11, 18 en 25 april, 23 en 30 mei 2016

Locatie: Utrecht

Kosten: € 1170,-

Professioneel presenteren

Boeiend en overtuigend presenteren is te leren. Na afloop van deze module draaien deelnemers hun hand niet meer om voor een aansprekende, interactieve presentatie. Bestemd voor professionals werkzaam in de publieke- en bedrijfsgezondheid die zich (verder) willen bekwalen in het geven van presentaties voor groepen.

Data: 19 april en 17 mei 2016

Locatie: Utrecht

Kosten: € 790,-

Training adviesvaardigheden

Hoe zorgt een adviseur dat zijn adviezen worden opgevolgd? In deze driedaagse training leren deelnemers de theorie en praktijk van succesvol adviseren. Bestemd voor bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en andere professionals met een adviserende taak in de publieke gezondheidszorg en/of de bedrijfsgezondheidszorg.

Data: 20 april, 11 mei en 8 juni 2016

Locatie: Utrecht

Kosten: € 1185,-

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

Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 4e kwartaal 2015

Ziekte	4e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 4e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	4e kwartaal 2015	4e kwartaal 2014	4e kwartaal 2013	1e t/m 4e kwartaal 2015	1e t/m 4e kwartaal 2014	1e t/m 4e kwartaal 2013
A-ZIEKTEN						
MERS-CoV					1	
Pokken						
Poliomyelitis anterior acuta						
SARS						
Virale haemorrhagische koorts						
B-ZIEKTEN						
(humane infectie)avaire influenza						
Difterie						
Pest						
Rabies						
Tuberculose	24	21	20	90	82	69
Buiktyfus					5	3
Cholera						
Hepatitis A		14	3	8	23	10
Hepatitis B acuut en chronisch	30	49	40	129	166	162
Hepatitis C acuut		1	1	1	2	2
Kinkhoest	78	123	43	400	466	202
Mazelen			27		45	45
Paratyfus A,B,C	4			5	4	1
Rubella						
STEC (e-coli)	3	2	1	9	7	33
Shigellose	18	11	21	54	29	37
Invasieve GAS	1	2	2	7	4	11
Voedselinfectie			2	5	2	7
C-ZIEKTEN						
Antrax (miltvuur)						
Bof	2			27	6	5
Botulisme						
Brucellos				2		1
Ziekte van Creutzfeld-Jacob klassiek	2	1	1	3	4	4
Ziekte van Creutzfeld-Jacob variant						
Gele koorts						
Invasieve HIB	1	1		1	1	1
Hantavirusinfectie					1	
Legionellose	3	8	3	22	27	23



Ziekte	4e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 4e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	4e kwartaal 2015	4e kwartaal 2014	4e kwartaal 2013	1e t/m 4e kwartaal 2015	1e t/m 4e kwartaal 2014	1e t/m 4e kwartaal 2013
C-ZIEKTEN VERVOLG						
Leptospirose		2		3	4	1
Listeriose	1	1		4	6	5
Malaria	8	5	7	16	17	16
Meningokokkose	1		2	3	3	3
MRSA-infectie (cluster buiten ziekenhuis)						2
Invasieve pneumokokken (bij kinderen)	1	2		4	3	3
Psittacose			2		1	3
Q-koorts		1			2	
Tetanus						
Trichinose						
West-Nilevirus					2	1
Totaal	177	244	175	793	911	650

Infectieziekten gemeld door instellingen in 2015

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de meldingen door instellingen in geheel 2015. Deze instellingen behoren tot instellingen waar ‘kwetsbare’ groepen zoals kinderen, ouderen of zieken verblijven. Op grond van artikel 26 van de Wet op de publieke gezondheid moeten die instellingen bepaalde infectieziekten melden bij de GGD.

Scenario	Kinderopvang	Onderwijs-instelling	Vluchtelingen-opvang	AWBZ zorginstelling	Ziekenhuis	Eindtotaal
Huiduitslag/exanthemen	43	14	2	6	1	66
Impetigo (krentenbaard)	21	7				28
Gastro-enteritis	13	2		35	1	51
Schimmelinfectie	2	1				3
Luchtweginfectie	10	5		2		17
Influenza(-achtig) ziektebeeld		2		7		9
Anders*	2	1		2		5
Eindtotaal	91	32	2	52	2	179

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

Mededelingen infectieziekten

Vluchtelingen

Vanaf augustus 2015 heeft Nederland te maken met een verhoogde instroom van asielzoekers.

De hoge instroom heeft er toe geleid dat er in de regio van de GGD Haaglanden gedurende het vierde kwartaal van 2015 diverse gemeentelijke crisis-noodopvang locaties en (tijdelijke) asielzoekercentra zijn gerealiseerd. De afdeling infectieziekten heeft in dit kader meerdere voorlichtingen voor medewerkers en vrijwilligers van opvanglocaties verzorgd en is betrokken geweest bij de afhandeling van meldingen van infectieziekten uit deze locaties. Daarnaast is er door de afdeling, samen met de tuberculose afdeling, voorlichting gegeven aan medewerkers van de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) te Rijswijk.

Malaria

In 2015 heeft de GGD Haaglanden 16 meldingen van malaria ontvangen (17 in 2014), waarvan de helft in het laatste kwartaal. Malaria is een infectieziekte die wordt veroorzaakt door malariaparasieten die na een muggenbeet in het lichaam komen. Malaria is een van de meest bedreigende infectieziekten in de (sub) tropen. Malaria komt regelmatig voor in Nederland. Het gaat dan om importgevallen van mensen die de ziekte in (sub)tropen hebben opgelopen.

Malaria is meestal te voorkomen door het gebruik van muskietnetten, muggenwerende middelen en het juiste geneesmiddel ter preventie van malaria. De bij GGD-Haaglanden gemelde patiënten waren allen besmet in Afrika en hadden, op één persoon na, geen geneesmiddelen tegen malaria genomen. Het blijft daarom belangrijk om reizigers die naar malaria-gebieden gaan, goed voor te lichten over deze beschermende maatregelen.

Voor informatie over het Zikavirus: zie korte berichten op pagina 37.



COLOFON

Maart 2016, 51^{ste} jaargang nr. 1

REDACTIE

mw. dr. G.A.M. Ariëns, GGD Haaglanden (kernredacteur)
mw. drs. R.J. Beuker, GGD Haaglanden (kernredacteur)
mw. I. Burger, lid redactie Jubileumnummer
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:
Nationale Beeldbank/Evert Jan Luchies
Hilbert Krane

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