

Lezingen: abstracts 12 en 13 april

cinatie en stellingen aanklikken waarin ze zich herkennen. Afhankelijk van de gekozen stellingen verschijnt vervolgens een scenario-tekst die de barrière(s) tot vaccinatie probeert weg te nemen. Verder worden de bezoekers via vragen gestimuleerd om een concreet plan te maken 'waar', 'hoe' en 'wanneer' ze een vaccinatieafspraak gaan maken. Er is een 'tool' om het telefoonnummer van de dichtst bij zijnde GGD of een GGD naar keuze op te zoeken. Tevens kan on-line een vaccinatieafspraak gemaakt worden bij GGD Amsterdam.

De meest recente resultaten van de wervingsactiviteiten voor www.homohep.nl, het aantal bezoekers en het aantal on-line gemaakte afspraken worden gepresenteerd. Homohep.nl draagt bij aan het werven van MSM voor gratis hepatitis B vaccinatie.

Risicofactoren voor gehoorverlies bij ernstig te vroeg geboren kinderen

E.T.M. Hille,¹ H.L.M. van Straaten,² P.H. Verkerk¹

¹ TNO Kwaliteit van Leven, Leiden

² Isala Klinieken, Zwolle

E-mail: et.hille@pg.tno.nl

Doel: Bepalen welke risicofactoren een rol spelen bij permanent gehoorverlies in kinderen die ernstig te vroeg geboren zijn.

Design: Neonatale gehoorscreening is in Nederland voor het eerst geïntroduceerd op de afdelingen voor neonatale intensieve zorg (NICU) en wel in oktober 1998. Screeningstest is de 'Automated Auditory Brainstem Response' (AABR). Kinderen met 2 afwijkende screeningstesten worden verwezen voor audiologische diagnostiek. Voor de huidige studie zijn alleen NICU-kinderen geïnccludeerd die geboren zijn in de periode 1 oktober tot 1 januari 2002 met een zwangerschapsduur <30 weken en/of een geboortegewicht <1000 gram. Pasgeborenen die binnen 3 maanden zijn overleden, zijn geëxcludeerd.

Resultaten: De studiepopulatie bestond uit 2186 ernstig te vroeg geboren kinderen met een gemiddelde zwangerschapsduur van 28,5 weken (SD 1,6) en een gemiddeld geboortegewicht van 1039 gram (SD 256). De prevalentie van permanent gehoorverlies was 3,2%.

Conclusie: De prevalentie van permanent gehoorverlies in ernstig te vroeg geboren kinderen is 3,2%. Een lage APGAR-score en het krijgen van vijf of meer dagen beademing zijn onafhankelijke risicofactoren voor gehoorverlies.

Mortality in urban and rural neighbourhoods: who are most at risk?

C. van Hooijdonk,¹ M. Droomers,¹ I. Deerenberg,²

J.P. Mackenbach,³ A.E. Kunst³

¹ RIVM, Bilthoven

² CBS, Voorburg

³ ErasmusMC, Rotterdam

E-mail: carolien.van.hooijdonk@rivm.nl

Background: Mortality in urban neighbourhoods is higher than in rural neighbourhoods. Two mechanisms might be causing these differences in mortality i.e. a compositional or a context-

al mechanism. Either individuals living in the neighbourhood are responsible (compositional) or the environment in which these individuals live is responsible (contextual).

Aim: To establish urban-rural variation in (cause-specific) mortality across neighbourhoods in the Netherlands and to determine which population subgroups bear the burden of this higher (cause-specific) mortality risk in urban neighbourhoods.

Methods: Deaths occurring from 1995 to 2000 were linked to the municipal population register that contains information on gender, age, marital status and ethnicity. For each individual place of residence was known and data were tabulated according to neighbourhood, gender, age, marital status and ethnicity. Poisson regression was used to calculate an expected number of (cause-specific) deaths adjusted for the four individual characteristics. Urbanicity was linked through neighbourhood code and categorised in five categories based on the number of addresses in a neighbourhood.

Poisson regression was used to estimate urban-rural differences in (cause-specific) mortality, using rural neighbourhoods as reference. To study which population subgroups bear the burden of the higher (cause-specific) mortality risk, these analyses were repeated among the 32 population groups based on gender, age, marital status and ethnicity.

Results: Total and cancer mortality risks are higher in urban neighbourhoods even after correction for the four individual characteristics. In contrast, we found that heart disease mortality was highest in semi-rural neighbourhoods. For total and cancer mortality persons aged 35 and above, married, widowed, and divorced persons, and natives experience higher risks in urban neighbourhoods. For total mortality men also show higher risks in urban neighbourhoods. For heart disease mortality the following subgroups have higher risks in semi-rural neighbourhoods: males, adults aged 25 and above, widowed and divorced persons, natives and migrants other than Turkish, Surinamese, Moroccan and Antillean people.

Conclusion: Even after taking into account the compositional effect of demographic differences between urban and rural areas, urban neighbourhoods still have higher mortality risks. This might hint at a potential influence of the living environment on mortality.

Ervaringen van gezinnen met een kind met een chronische nieraandoening: knelpunten en oplossingen

E.J. Hosli, S.B. Detmar, J. Bruil

TNO Kwaliteit van Leven, Leiden

E-mail: ej.hosli@pg.tno.nl

Doel: Meer inzicht krijgen in de problemen die gezinnen met een kind met een chronische nieraandoening ervaren en in de gewenste en uitgetoetste oplossingen voor deze problemen.

Methode: Gezinnen werden geworven voor deelname aan een interview via vijf in kindernefrologie gespecialiseerde ziekenhuizen. Gezorgd werd voor variatie in behandeling (predialyse, hemodialyse, peritoneaal dialyse en transplantatie), leeftijd van het kind, etniciteit en gezinssamenstelling.

Aan het onderzoek namen 27 gezinnen deel. Van elk gezin werd een ouder geïnterviewd. Kinderen ouder dan acht jaar