

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

Lezingen: abstracts 12 en 13 april

werden ook geïnterviewd. Er werden semi-gestructureerde interviews gehouden bij de gezinnen thuis, met een topiclijst als leidraad om ervoor te zorgen dat dezelfde onderwerpen bij elk gezin aan de orde kwamen. Topics waren onder andere: ervaren problemen, gewenste oplossingen en oplossingen die het gezin uit had geprobeerd, ervaren ondersteuning en ervaren controle over het gezinsleven.

Kernthema's die de belangrijkste problemen weergeven en categorieën van oplossingen werden gedefinieerd op basis van transcripten van de interviews.

Resultaten: Voor het merendeel van de gezinnen had de ziekte een grote impact op het gezinsleven en leidde ze ertoe dat gezinsleden veel minder controle hadden over het dagelijkse leven dan ze wensten. Ongeveer eenderde van de gezinnen gaf echter aan dat ze de ziekte geen grote last vond en dat alles tamelijk goed ging.

Belangrijke probleemgebieden die uit de data naar voren kwamen waren 'ziektelast' (tijdsbeslag en emotioneel), 'verantwoordelijkheid', 'gebrek aan ontspanningsmogelijkheden', 'geld en wettelijke regelingen', 'sociale steun / het vragen en krijgen van ondersteuning', 'onzekerheid' en 'functioneren van het kind'.

Hoewel de probleemgebieden voor veel gezinnen hetzelfde waren, was er een grote verscheidenheid in uitgeprobeerde en gewenste oplossingen.

Conclusies: Deze studie draagt bij aan onze kennis van het functioneren van gezinnen met een kind met een chronische nieraandoening. Hij geeft inzicht in ervaren problemen en in de oplossingen die gezinnen wensen en uitgeprobeerd hebben. De resultaten laten zien dat gewenste oplossingen aanzienlijk variëren tussen gezinnen en daarmee dat het belangrijk is om interventies toe te spitsen op de specifieke behoeftes van gezinnen.

Gezichtspunten van (aanstaaende) ouders op de wenselijkheid van uitbreiding van neonatale screening

E.J. Hosli,¹ N.S. Dijkstra,¹ M.E.B. Rijnders,¹ M.F. Verweij,² N.M. Nijsingh,² S.B. Detmar¹

¹ TNO Kwaliteit van Leven, Leiden

² Centrum voor Bio-ethiek, Utrecht

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

Door ontwikkelingen op het gebied van genomics zullen er in de (nabije) toekomst nieuwe mogelijkheden ontstaan voor genetisch testen, vroegdiagnostiek en de behandeling van vele ziektes. Ons onderzoek richt zich op de mogelijkheden voor de ontwikkeling en implementatie van verschillende typen genetische testen in de neonatale periode.

De hoofdvraag is of en hoe neonatale screening geïmplementeerd kan worden op een manier die is afgestemd op de behoefte van cliënten en die sociaal acceptabel en moreel gerechtvaardigd is. Om deze vraag te beantwoorden combineren we empirisch en ethisch onderzoek.

In deze presentatie geven we een overzicht van het empirisch onderzoeksgedeelte, waarin we het perspectief van (aanstaaende) ouders op verschillende voorbeelden van bestaande en potentiële mogelijkheden voor neonatale screening in kaart

hebben gebracht. De vraagstelling van het onderzoek is: wat zijn het perspectief en de voorkeuren van aanstaande ouders, ouders met gezonde kinderen en ouders met een kind met een aandoening op verschillende (toekomstige) mogelijkheden voor neonatale genetische screening? Welke voordelen en nadelen zien ze? Wat zijn hun ideeën over een proactieve benadering, geanticiperde spijt, morele verantwoordelijkheid, medicalisatie en counselling? Om de onderzoeksvragen te beantwoorden hebben we focusgroeponderzoek uitgevoerd.

In totaal zijn zeven focusgroepen gehouden. In de focusgroepen kwamen vele argumenten voor en tegen uitbreiding van neonatale screening naar voren. De aard van de gebruikte argumenten was divers. Sommige argumenten waren algemeen, andere argumenten waren gebonden aan specifieke ziektes. De argumenten konden worden onderverdeeld in veertien categorieën, die betrekking hadden op het kind, op het gezin, of op de maatschappij. In het geval effectieve vroege medische handelingsopties aanwezig zijn, bleek de deelnamebereidheid aan een screening bijna 100% te zijn. Zijn deze opties er echter niet, dan neemt de deelnamebereidheid sterk af en lopen de argumenten die mensen gebruiken sterk uiteen. De resultaten van de focusgroepen zullen in deze presentatie uitgebreider worden besproken.

Grensoverschrijdende samenwerking in de Euregio Maas-Rijn bij aanpak risicogedrag adolescenten

A.W. Houben, B. van der Zanden

GGD Noord- en Midden-Limburg, Venlo

E-mail: awhouben@hotmail.com

Achtergrond/aanleiding. De Euregio Maas-Rijn (EMR), een gebied met 3,9 miljoen inwoners, omvat Limburg (NL) en de Duitse en Belgische grensstreken. Er zijn een vijftal deelgebieden te onderscheiden, met verschillen in taal, cultuur en wetgeving. Lokale besturen en preventie-instellingen in de EMR ontvingen rond de eeuwwisseling signalen over toenemend (genot)middelengebruik en risicogedrag bij jongeren, mogelijk gerelateerd aan toenemende mobiliteit van jongeren en veranderingen in vrijetijdsbesteding. Geïnitieerd door de Limburgse GGD'en hebben 11 preventie-instellingen in de EMR in 2001 besloten om de krachten te bundelen en hun kennis en expertise op het gebied van onderzoek, beleidsontwikkeling en preventieprogramma's met elkaar te delen.

Interreg-project. De beoogde samenwerking is projectmatig uitgewerkt en uitgevoerd met Europese subsidie vanuit Interreg IIIa, een stimuleringsfonds voor grensoverschrijdende samenwerking. De projectdoelstelling was om door middel van intensieve samenwerking de efficiency van grensoverschrijdende en lokale preventieprogramma's te bevorderen. Dit is in twee stappen aangepakt.

1. De samenwerking is geïnitieerd en gerealiseerd door het gezamenlijk uitvoeren van twee epidemiologische studies: een grootschalig kwantitatief onderzoek naar het vóórkomen van (determinanten van) risicogedrag bij adolescenten in de EMR en een kwalitatief onderzoek naar condities en voorwaarden voor preventiemogelijkheden.
2. Verbetering van de efficiency van preventieprogramma's is