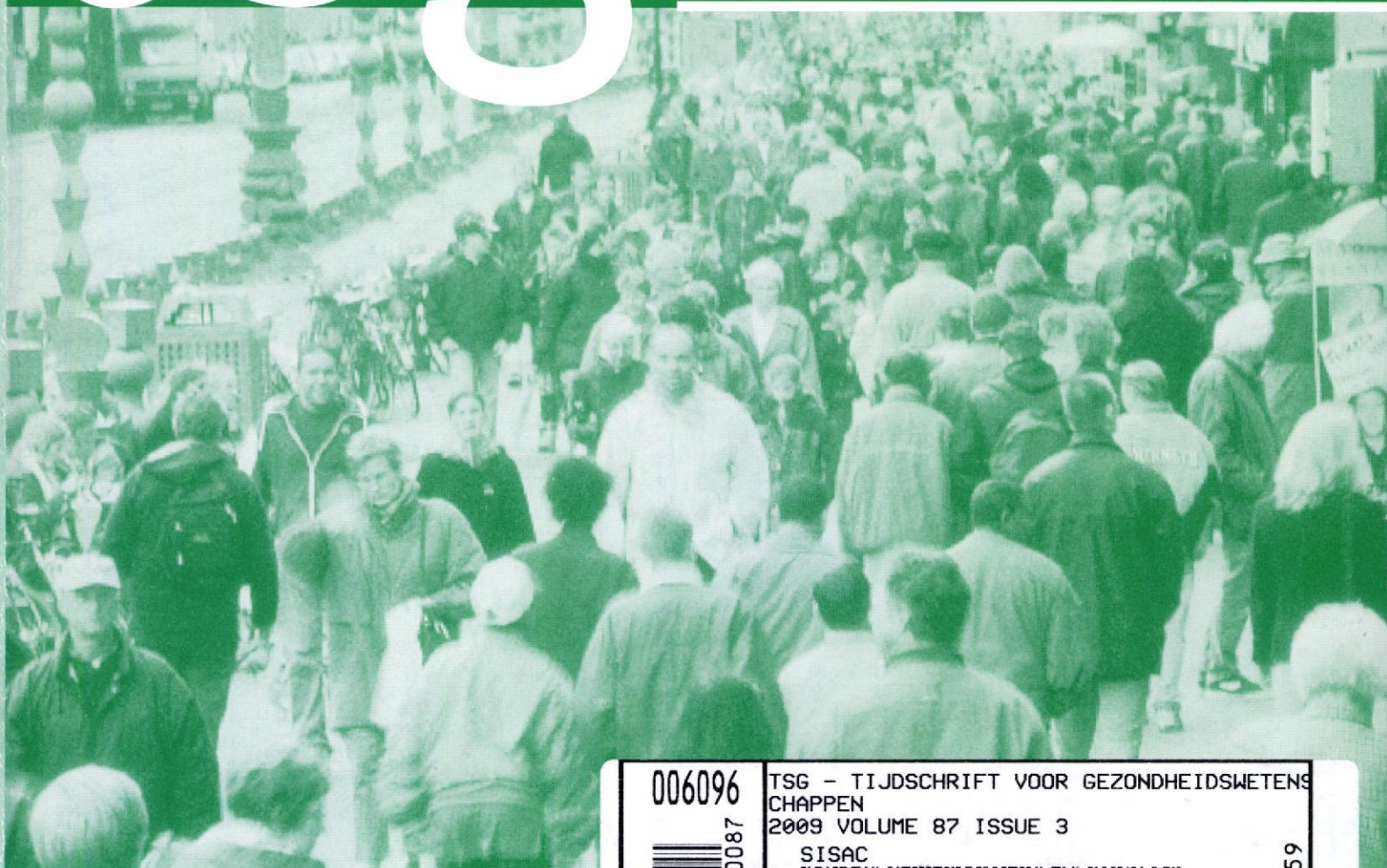


tsg

tijdschrift voor gezondheidswetenschappen



Spectrum
Comazuipen

Artikelen
Bemoeizorg voor verslaafden
Borstvoeding: de rol van vader en oma

Katern
Nederlands Congres Volksgezondheid 2009

006096	TSG - TIJDSCHRIFT VOOR GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN
00906239220087	2009 VOLUME 87 ISSUE 3
SWETS	SISAC
	1388-7491(2009)87:3;1-3
	SWZ
	18668359

3 / 2009

www.tsg.bsl.nl


Vereniging voor
Volksgezondheid en Wetenschap

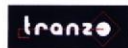
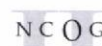
NEDERLANDS CONGRES Volksgezondheid 2009

S A M E N I N V E S T E R E N I N G E Z O N D H E I D

over BRUGGEN en GRENZEN

BELEID ONDERZOEK EN PRAKTIJK

8 en 9 april 2009 De Doelen Rotterdam



Abstracts mondelinge presentaties

doende menselijk kapitaal (opleiding) te beschikken om mee te dingen in de huidige kennismaatschappij. Er wordt gekozen voor gezond gedrag en voedsel om over voldoende gezondheidskapitaal te beschikken om het lang en gezond vol te houden, of het niet: men verkiest snel en riskant te leven.

Kinderen kunnen echter niet kiezen waar hun wiegje staat. Kinderen moeten het doen met de ouders die ze hebben. De keuze's die hun ouders hebben gemaakt en de situatie van de ouders bepalen de sociale context waarbinnen het kind opgroeit. Om zicht te krijgen op eigenschappen die ouders aan hun kinderen overdragen is een intergenerationele optiek van groot belang. Gezondheid begint al voor er sprake is van bevruchting. Ouders investeren in eigen gezondheid en opleiding. Dat bepaalt mee de leeftijd wanneer ze een 1e kind krijgen. Een kind kan geboren worden als ongewenst kind van een alleenstaande tiener uit een achterstandsgezin, of als gewenst godsgeschenk van twee hooggeschoolde dertigers. Wat betekent dit voor de levensloop van deze kinderen? Wij stellen het doorgeven van menselijk en gezondheidskapitaal aan de volgende generatie hier aan de orde.

Kinderen behoren te worden geboren in een gezondmakend milieu. Welke aangrijpingspunten in de levensloop zijn er voor preventie voor de langere termijn, zonder in bedilzucht te vervallen?

Met behulp van een aantal discussiepunten (zoals leeftijd eerste kind, kinderopvang, arbeidsparticipatie) projecteren we verschillende levenslopen. Door het spelen met variabelen worden consequenties voor de levensloop zichtbaar gemaakt.

Mondelinge presentatie 28

Regionale verschillen in perinatale sterfte in Nederland

M. Tromp¹, M. Eskes¹, J.B. Reitsma¹, J.J.H.M. Erwich², H.A.A. Brouwers³, G.C. Rijninks-van Driel¹, G.J. Bonsel⁴, A.C.J. Ravelli¹

¹ AMC/UvA, Amsterdam

² Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen

³ Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht

⁴ Erasmus MC, Rotterdam

e-mail: m.tromp@amc.uva.nl

Probleemstelling. Perinatale sterfte is een belangrijke indicator voor gezondheid. Internationale vergelijkingen van perinatale sterfte laten verschillen tussen landen zien, met een ongunstige positie voor Nederland. De geobserveerde verschillen in Europa zijn moeilijk eenduidig te verklaren door de vele potentiële verklaringen zoals verschillen in registratie, variatie in definities en variatie in demografische opbouw. Onbekend is of er binnen Nederland regionale verschillen bestaan.

Methode. De studiepopulatie bestond uit alle eenlingzwangerschappen (N=906.152) in de periode 2000-2004 geregistreerd in de Perinatale Registratie Nederland. Perinatale sterfte inclusief foetale sterfte vanaf 22,0 weken zwangerschapsduur en vroeg neonatale sterfte (0-6 dagen) was de belangrijkste uitkomstmaat. Verschillen in perinatale sterfte werden geanalyseerd in 4 regio's (Noord, Oost, Zuid, West) met en zonder correctie voor demografische (leeftijd, pariteit, etniciteit) en sociaal economische risicofactoren (urbanisatiegraad en sociaal economische status).

Resultaten. De perinatale sterfte over de periode 2000-2004

bedroeg 10,1 per 1.000 geboortes. Perinatale sterfte was hoger in regio Noord (11,2 per 1.000 geboortes), zowel foetale als neonatale sterfte waren verhoogd. Na correctie voor demografische factoren verhoogde het perinatale sterfte risico voor regio Noord (odds ratio 1,2, 95% BI 1,1-1,3, ten opzichte van regio West). Additionele correctie voor urbanisatiegraad en sociaal economische status verklaarde een deel van het verhoogde sterfte risico (odds ratio 1,1, 95% BI 1,1-1,2). Analyse van risicogroepen liet zien dat de verschillen het meest prominent waren bij geboortes met congenitale afwijkingen en bij atermen geboortes.

Implicaties. Meer onderzoek is nodig naar de oorzaak van regionale verschillen in perinatale sterfte. De resultaten van de risicogroepen analyse wijzen op een mogelijke rol voor zorgfactoren.

Conclusies. Er bestaan regionale verschillen in perinatale sterfte in Nederland. Deze verschillen kunnen niet worden verklaard met demografische of sociaal economische factoren.

Mondelinge presentatie 28

Neonatale gehoorscreening door de jeugdgezondheidszorg: van implementatie naar bestendiging

C.P.B. van der Ploeg¹, N.N. Uilenburg², P.H. Verkerk¹

¹ TNO Kwaliteit van Leven, Leiden

² NSDSK, Amsterdam

e-mail: kitty.vanderploeg@tno.nl

Probleemstelling. Tussen 2002 en 2006 is de neonatale gehoorscreening overal in Nederland geïmplementeerd in de JGZ. Via evaluatie wordt nagegaan of deelname, validiteit (specificiteit en sensitiviteit) en tijdigheid van de screeningen aan gestelde eisen voldoen. Het doel is om de kwaliteit van de uitvoering van de neonatale gehoorscreening in de JGZ t/m de diagnostiek op het audiologisch centrum (AC) te bewaken en waar nodig te verbeteren.

Methode. De gehoorscreening vindt meestal thuis plaats, tegelijk met de hiepriek. In sommige regio's wordt gescreend op het consultatiebureau. Als het kind de eerste test niet haalt, wordt de screening later herhaald. Als het kind na drie testen nog niet is geslaagd, volgt verwijzing voor diagnostiek op het AC. Testuitslagen en leeftijd van alle kinderen zijn verzameld. De resultaten van het implementatiejaar (189.794 kinderen) zijn vergeleken met die van het geboortjaar 2006 (181.603 kinderen).

Resultaten. In beide perioden was deelname aan de screening hoog, maar niet alle naar het AC verwezen kinderen namen deel aan de diagnostiek. Van de kinderen waarvan de diagnose bekend is, bleek ruim een derde een permanent één- of tweezijdig gehoorverlies van minimaal 40dB te hebben. Bij kinderen met een verwijzing omdat bij beide oren geen voldoende screenresultaat werd gevonden had ongeveer de helft een dubbelzijdig gehoorverlies. Het aantal kinderen met een gehoorverlies dat de diagnose voor de leeftijd van 4 maanden krijgt, is verbeterd van 81% in het implementatiejaar tot 88% in 2006.

Conclusie. De neonatale gehoorscreening verloopt in het algemeen goed. Wel is het wenselijk dat meer aandacht wordt besteed aan de verwijzing naar het AC. De resultaten van de evaluatie zijn van belang voor de praktijk. Zo kan de JGZ het belang van diagnostisch onderzoek uitleggen aan ouders doordat be-

Abstracts mondelinge presentaties

kend is dat het kind op het moment van verwijzing een relatief grote kans heeft op gehoorverlies.

Mondelinge presentatie 29

Actief testen! Laagdrempelige hepatitis C en HIV screening en behandeling van drugsverslaafden en daklozen

W.M. de Jong¹, J. Breemer², R. Wolter², D.M. Hotho³,
R.J. de Knecht³, O. de Zwart²

¹ Bureau BP&O / Beleid Praktijk & Onderzoek, Rotterdam

² GGD Rotterdam-Rijnmond, Rotterdam

³ Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam

e-mail: wouterdejong@bpeno.nl

Probleemstelling. Drugsverslaafden en dak- en thuislozen in Nederland die zijn geïnfecteerd met hepatitis C of HIV worden veelal niet behandeld. Het gevolg is dat de ziektelast hoog blijft en een besmettingsrisico voor anderen blijft bestaan. Het samenwerkingsproject Actief Testen! is uitgevoerd om de behandelingsgraad in deze populatie te vergroten.

Methode. Patiënten van vier instellingen voor GGZ en Maatschappelijke Opvang in de regio Rotterdam-Rijnmond zijn gescreend op hepatitis C en HIV en, indien geïnfecteerd, doorgeleid voor diagnose en behandeling door lever- en HIV-specialisten. Patiënten krijgen begeleiding van hulpverleners van de deelnemende instellingen. De behandeling zelf vindt plaats op locaties van de poliklinieken voor drugsverslaafden. In het project hebben diverse deelonderzoeken plaats gevonden.

Resultaten. Tussen mei 2007 en oktober 2008 zijn ruim 400 personen gescreend op hepatitis C en HIV. Van de getesten waren 100 personen geïnfecteerd met hepatitis C en 3 personen met HIV. Dit betrof op een persoon na allemaal personen die harddrugs hebben gebruikt, het merendeel door injecties. Inmiddels zijn 21 patiënten gestart met de behandeling van hepatitis C. Dit aantal groeit gestaag. Het project heeft een praktisch functionerend samenwerkingsverband opgeleverd dat een basis biedt voor continuering en uitbreiding van het aanbod in de komende jaren.

Implicaties. Door de projectmatige aanpak kon extra aandacht worden besteed aan onderzoek, samenwerking, deskundigheidsbevordering en consensusvorming. Het hieruit ontstane multisectorale samenwerkingsverband is een peiler geworden in het beleid. De mix van interventie-ontwikkeling, uitvoering, onderzoek en beleid is een succesvolle formule gebleken. De resultaten van het project hebben geleid tot een verdere verdieping van de infectieziektebestrijding.

Conclusies. Effectieve hepatitis C screening en behandeling is mogelijk voor een doelgroep voor wie behandeling in de praktijk vaak moeizaam verliep. Kern van de innovatieve aanpak is de praktische samenwerking tussen specialisten en hulpverleners in combinatie met een laagdrempelig aanbod van screening en behandeling.

Mondelinge presentatie 29

Motiverende en belemmerende factoren ten aanzien van hepatitis B-screening in de Turks-Nederlandse populatie in Rotterdam

Y.J.J. van der Veen¹, C.W.N. Looman², H.A.C.M. Voeten¹,
J.H. Richardus³

¹ GGD Rotterdam-Rijnmond/Erasmus MC, Rotterdam

² Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam

³ Erasmus MC/GGD Rotterdam-Rijnmond, Rotterdam

e-mail: vanderveeny@ggd.rotterdam.nl

Probleemstelling. Hepatitis B infecties (HBV) zijn een belangrijk gezondheidsprobleem in de Turks-Nederlandse populatie. Om in deze doelgroep HBV-dragers op te sporen en verdere transmissie van het virus te voorkómen, is het stimuleren van screening noodzakelijk. Dit onderzoek heeft als doel vast te stellen welke culturele- en gedragsfactoren van invloed zijn op het screeningsgedrag, zodat een effectieve interventie ontwikkeld kan worden.

Methode. We hebben een vragenlijstonderzoek gehouden onder Turkse-Nederlanders van 16-40 jaar in Rotterdam. Door middel van ordinale regressie-analyse en mediatie-analyse werd een hypothetisch gedragsmodel getest.

Resultaten. Univariate ordinale regressie van 355 vragenlijsten toonde aan dat een hoge intentie ten aanzien van screening geassocieerd was met een hogere leeftijd (OR 1,03; BI 1,01-1,06), een positieve attitude (OR 1,5; BI 1,1-2,1), een hoge eigen-effectiviteit (OR 1,6; BI 1,2-2,2), positieve sociale steun (OR 1,3; BI 1,1-1,6), positieve sociale norm (OR 1,2; BI 1,1-1,4), en tevredenheid met de Nederlandse gezondheidszorg (OR 1,2; BI 1,1-1,4). Uit mediatie-analyse bleek dat de culturele factoren schaamte en stigma ten aanzien van Hepatitis B, en het associëren van HBV-screening met seksualiteit, een negatief effect hadden op de attitude en eigen-effectiviteit. Een open houding naar andere bevolkingsgroepen en een hechte familieband hadden een positieve invloed op respectievelijk de eigen-effectiviteit en de waargenomen sociale norm ten aanzien van screening.

Relevantie voor beleid, wetenschap of praktijk. Een interventie gericht op het stimuleren van HBV-screening moet de associatie tussen screening en seksualiteit vermijden door nadruk te leggen op de meest voorkomende transmissieroute in deze groep, namelijk van moeder op kind bij de bevalling. Het gezondheidsbelang van screening voor zowel de eigen gezondheid als die van de familie kan als motiverende factor gebruikt worden.

Conclusies. Dit onderzoek heeft aangetoond dat naast gedragsdeterminanten, ook culturele determinanten van invloed kunnen zijn op de intentie van Turkse Nederlanders om zich te laten screenen voor Hepatitis B.

Mondelinge presentatie 29

Evaluatie afhandeling hepatitis B meldingen bij GGD-en Oost-Nederland

R.P.M. Koene¹, A.M.F. Lohuis¹, T. Waegemaekers², M.H. Bos³,
J. Hautvast⁴

¹ GGD Regio Nijmegen, Nijmegen

² Hulpverlening Gelderland Midden, Arnhem

³ GGD Regio IJssel Vecht, Zwolle

⁴ UMC St Radboud, AMPHI, Nijmegen

e-mail: rkoene@ggd-nijmegen.nl

Probleemstelling. Na een hepatitis B melding aan de GGD vindt, na bron- en contactopsporing door de GGD, zo nodig verwijzing van patiënt; en serologische screening en vaccinatie van contacten door de huisarts plaats. Maar wat is de effectiviteit