

Reactie op 'Contact met de jeugd-ggz is een zaak van culturele én sociaaleconomische verschillen'

Met ons onderzoek naar de toegankelijkheid van de jeugd-ggz toonden we aan dat de kans van allochtone jongeren op een ggz-behandeling ongeveer half zo groot is als die van hun autochtone leeftijdsgenoten (Boon e.a. 2010a). In het Tijdschrift voor Psychiatrie schreven we dat dit eerder veroorzaakt wordt door etnische (of culturele) dan door sociaaleconomische factoren (Boon e.a. 2010b). Omdat we ons baseerden op Haagse cijfers, deden we de aanbeveling om 'het onderzoek te herhalen in andere Nederlandse grote steden, zodat duidelijk wordt oferspecifieke Haagse factoren zijn die een rol spelen' (bl. 656). Wierdsma en Kamperman (2011) hebben hieraan gehoor gegeven en hun bijdrage is een verslag van de door ons gewenste replicatie, en wel in Rotterdam.

Wat de bevindingen en conclusies betreft, zijn de verschillen met ons onderzoek minder groot dan de titel van hun artikel suggereert. Zij constateren dat ook in Rotterdam allochtone jongeren minder in behandeling komen en dat de autochtone jeugd met een lage sociaaleconomische status (SES) de weg naar de ggz wel weet te vinden. Wat de laatste groep betreft, stellen zij dat een lage SES het zorggebruik van de autochtone bevolking kan opdrijven. Het zorggebruik van de Rotterdamse autochtone jeugd met een lage SES verschilt wellicht van de Haagse situatie. Dit kan echter komen doordat Wierdsma en Kamperman zich op andere (alleen 1ste ggz-contact, ook verslavingszorg) en oudere (2001-2003) gegevens baseerden.

De resultaten van onze onderzoeken zijn dus in grote lijnen hetzelfde. Maar de auteurs lijken ons werk anders te interpreteren, waardoor er een polemiek over bijzaken dreigt te ontstaan. In het belang van vervolgstudies willen we dat de essentie van deze onderzoeken niet verloren gaat, temeer omdat we met ons werk hopen bij te dragen aan maatregelen waardoor alle bevolkingsgroepen in gelijke mate toegang tot de zorg krij-

gen. Daarom willen we graag op een aantal punten reageren.

Wierdsma en Kamperman (2011) citeren Veling (2010), die naar aanleiding van ons artikel stelde dat er mogelijk een ecologische fout in ons onderzoek zat. Volgens hem hielden we geen rekening met de mogelijkheid dat in stadswijken met veel Nederlanders juist de niet-Nederlandse jeugd relatief vaker in zorg is. Op het moment dat Veling dit schreef, was er al een artikel van ons in druk waarin we lieten zien dat hiervan geen sprake was (Boon e.a. 2010c). Uit dit onderzoek bleek bovendien dat in de 'zwarte wijken' (dat wil zeggen met meer dan 50% allochtone inwoners) met een lage SES, de verhouding tussen zorggebruik van autochtone en allochtone jeugd nog schever (3:1) lag. Kortom, een bevestiging van onze bevinding dat de etnische herkomst zeer bepalend is voor het al dan niet in zorg komen. We vinden het jammer dat de inmiddels achterhaalde kanttekening van Veling weer van stal wordt gehaald, omdat dit op de lezer de indruk wekt dat wij ons werk niet goed zouden hebben gedaan.

We vinden het ook niet terecht dat Wierdsma en Kamperman suggereren dat ons onderzoek minder betrouwbaar is omdat het de gegevens van slechts 'één ambulante zorginstelling, binnen één regio' (bl. 585) betreft. We schreven dat De Jutters (die overigens niet alleen ambulante zorg biedt) in het jaar dat we ons onderzoek deden (2008) 'bijna monopolist' op het gebied van jeugd-ggz in de regio was (Boon e.a. 2010b). Dit betekent dat het bestand waar wij ons onderzoek op baseren zeker niet onderdoet voor dat van onze Rotterdamse collega's, die immers ook geen zicht hebben op 'vrijgevestigde therapeuten'.

Samengevat: we zijn blij dat ons werk anderen heeft gestimuleerd tot vervolgonderzoek. Het onderzoek van Wierdsma en Kamperman bevestigt de belangrijkste conclusie van ons onderzoek dat het gebruik van de jeugd-ggz sterk bepaald wordt door de etnische samenstelling van de wijk. Onze bevinding dat ook de autochtone jeugdigen uit 'zwarte wijken' de weg naar de jeugd-ggz wel

weten te vinden (net zoals de autochtone jeugd uit ‘witte wijken’), komt in Rotterdam wat sterker naar voren. Mogelijk doordat ook de verslavingszorg in dit onderzoek betrokken is.

LITERATUUR

- Boon AE, de Haan AM, de Boer SSB. Verschillen in etnische achtergrond van forensische en reguliere Jeugd-GGZ cliënten. *Kind en Adolescent*, 2010a; 1: 16-28.
- Boon AE, de Haan AM, de Boer SSB. Cliënten Haagse Jeugd-ggz geen etnische afspiegeling van de jeugd van de stad; niet door sociaaleconomische status, maar door etnische herkomst. *Tijdschr Psychiatr* 2010b; 52: 653-8.
- Boon AE, de Haan AM, de Boer SSB. Haagse Jeugd en ggz-gebruik. De invloed van woonomgeving op het hulpzoekgedrag bij psychiatrische problematiek. *Cultuur, Migratie en Gezondheid* 2010c; 7: 122-31.
- Veling, W. Ondergebruik van ggz door jeugd van niet-Nederlandse herkomst; voorbij een statistisch verband. *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 659-66.
- Wierdsma AI, Kamperman AM. Contact met de jeugd-ggz is een zaak van culturele én sociaaleconomische verschillen *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 857-63.

AUTEURS

ALBERT BOON is senior onderzoeker bij Stichting De Jutters centrum voor Jeugd-GGZ Haaglanden en De Fjord centrum voor Orthopsychiatrie en Forensische Jeugdpsychiatrie.

ANNA DE HAAN is onderzoeker bij Stichting De Jutters centrum voor Jeugd-GGZ Haaglanden.

SJOUK DE BOER is onderzoeker bij Stichting De Jutters centrum voor Jeugd-GGZ Haaglanden en De Fjord centrum voor Orthopsychiatrie en Forensische Jeugdpsychiatrie.

Correspondentieadres: Albert Boon, Stichting De Jutters, Dr. Van Welylaan 2, 2566 ER Den Haag.

E-mail: a.boon@dejutters.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on ‘Contact with the child and adolescent psychiatric services is determined by cultural and socio-economic differences’

ANTWOORD aan Boon, De Haan & De Boer

Onder het motto ‘twee weten meer dan één’ reageren wij graag op het Ingezonden van Boon e.a. Gelijke toegang tot gespecialiseerde hulpverlening voor alle bevolkingsgroepen is een belangrijke beleidsdoelstelling van de overheid. Maar met één of twee observationele studies komen we nog niet tot passende beleidsmaatregelen waar Boon en collega’s zich voor inzetten. De enige weg voorwaarts is replicatie met oog voor verschillen naar plaats en tijd en de methodologische beperkingen van onderzoek op basis van registratiegegevens. Om die redenen hebben wij de Haagse handschoen opgepakt en gingen we in onze bijdrage ook in op de moeilijkheden en mogelijke valkuilen van dit type onderzoek.

Kern van de zaak is dat het zorggebruik onder allochtonen lager is dan onder autochtonen en dat deze verschillen groter zijn in de arme buurten. Boon e.a. laten verschillen in het gebruik van de ggz zien voor één stad, met één zorginstelling, op buurtniveau en alle etnische groepen in één categorie. Wij komen tot vergelijkbare bevindingen in een andere stad, met meerdere voorzieningen, en verschillen tussen etnische groepen uitgedrukt in relatieve risico’s. De Haagse groep keek naar verschillen tussen ‘zwarte’ en ‘witte’ buurten. Voor Rotterdam ging het ons niet om de samenstelling van de buurt, maar berekenden wij leeftijd- en geslachtspecifieke incidentiecijfers.

In grote lijnen komen de resultaten overeen, maar wij duiden die anders. Boon e.a. persisteren in een *main effect*-interpretatie en zetten alle beleidstroeven op culturele factoren. Wij zien in de resultaten een interactie-effect van culturele én sociaaleconomische factoren. Oplossingen liggen dan niet alleen in het dichten van de kloof tussen etnische patiënten en de jeugd-ggz. Ook het hoge zorggebruik in de achterstandsgebieden is mogelijk aan herijking toe – al was het alleen maar om beleidsruimte te scheppen. Dat is geen polemiek over bijzaken, want als de diagnose niet deugt, dan zal ook van de diagnose-behandelcombinatie niet veel terecht komen.

AUTEURS

ANDRÉ WIERDSMA is socioloog/methodoloog en als universitair docent verbonden aan de afdeling Psychiatrie van het Erasmus MC.

ASTRID KAMPERMAN is psycholoog en als senior onderzoeker werkzaam bij O3 Onderzoekcentrum GGZ Rijnmond, afdeling Psychiatrie, Erasmus MC.

Correspondentieadres: dr. André Wierdsma, Erasmus MC, afdeling Psychiatrie, O3 Onderzoekcentrum GGZ Rijnmond, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam.

E-mail: a.wierdsma@erasmusmc.nl

Reactie op 'Acute ingrijpmedicatie'

Het fraaie overzichtsartikel van Bak e.a. (2011) over acute ingrijpmedicatie voorziet in een duidelijke behoefte, daar tot nu toe een Nederlandse richtlijn voor het gebruik van sederende of kalmerende medicatie bij acute situaties door agressie of opwindings door een psychiatrische stoornis ontbreekt. Het Verenigd Koninkrijk heeft wel een praktische richtlijn tranquilisation uit 2009 (<http://wlmht.nhs.uk/docs/policies/R10%20-%20Rapid%20Tranquilisation.pdf>). Voor een samenvatting zie <http://www.patient.co.uk/doctor/Rapid-Tranquilisation.htm>. Ook is er een Canadese richtlijn (<http://cadth.ca/media/pdf/htis/L%200167%20Antipsychotics%20for%20Rapid%20Tranquilization%20final.pdf>). Deze zouden als voorbeeld kunnen dienen voor een Nederlandse versie.

Opmerkelijk is dat een van de aanbevelingen van de auteurs neerkomt op de al sinds de jaren zestig beproefde cocktail van haloperidol en promethazine (ook wel bekend als 5/50, daarvoor nog wel met toevoeging van levomepromazine als 5/50/50 gegeven). In de tussentijd is promethazine een tijd in onbruik geweest, vanwege versterking van de vegetatieve bijwerkingen.

In hun overzicht staan auteurs niet stil bij de combinatie van olanzapine en lorazepam. Dat is opmerkelijk, omdat deze een voor de hand liggende combinatie betreft. Sinds september 2005 wordt aanbevolen om ten minste een periode van 60 minuten aan te houden tussen toedienen van olanzapine intramusculair en parenterale toediening van benzodiazepines (Naso 2008). Dit nadat de fabrikant van olanzapine 160 meldingen van bijwerkingen ontving, alsmede 29 gevallen van overlijden in samenhang met intramusculair gebruik van olanzapine werden gedocumenteerd, waarbij in 19 gevallen ook benzodiazepines parenteraal waren toegediend.

LITERATUUR

Bak M, van Os J, Marcelis M. Acute ingrijpmedicatie; literatuuroverzicht en aanbevelingen. Tijdschr Psych 2011; 53: 727-37.

Naso AR. Optimizing patient safety by preventing combined use of intramuscular olanzapine and parenteral benzodiazepines. Am J Health Syst Pharm 2008; 65: 1180-3.

AUTEUR

HENK KOERS is psychiater, St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein.

Correspondentieadres: Henk Koers, St. Antonius Ziekenhuis, afd. Psychiatrie, Postbus 2500, 3430 EM Nieuwegein.

E-mail: h.koers@antoniusziekenhuis.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Rapid tranquillisation; review of the literature and recommendations'

ANTWOORD aan Koers

We danken collega Koers voor zijn reactie. Inderdaad is er in het Nederlandse taalgebied geen richtlijn voor snelle en effectieve toepassing van medicatie bij patiënten met ernstige opwindning of agitatie. Deze medicatie heeft als doel de situatie veilig en hanteerbaar te krijgen en om verdere stappen in het hulpverleningsproces te kunnen zetten. Koers verwijst naar een aantal richtlijnen uit het buitenland die als voorbeeld kunnen dienen.

Een niet in ons artikel beschreven zoekactie leverde inderdaad veel buitenlandse richtlijnen op, die zeker bruikbaar zijn en behoorlijk overeenkomen met wat wij concluderen. Wij hebben voor de lokale situatie een eigen richtlijn ontwikkeld op basis van de door ons geraadpleegde literatuur, zoals in het artikel beschreven, en op basis van de richtlijn van het National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 'Rapid tranquillisation' (zie [http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/RT%20Algorithm%20\(2\).pdf](http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/RT%20Algorithm%20(2).pdf)). Een kopie van onze richtlijn is op te vragen bij de eerste auteur (MB). Hierin vindt u

ook alle waarschuwingen die buiten het bestek van het artikel vallen, maar wel van belang zijn voor het toepassen van acute ingrijpmedicatie.

Hierin past ook de opmerking over de combinatie olanzapine en lorazepam. De gebruikte zoektermen leverden geen verwijzing op naar studies die 'rapid tranquillisation' onderzoeken met de combinatie van olanzapine en lorazepam. Koers betoogt dat het gelijktijdig toedienen van olanzapine en lorazepam een voor de hand liggende combinatie is. Het is ons niet geheel duidelijk waarom de combinatie voor de hand ligt, daar olanzapine zelf al sederende effecten heeft. Uit de literatuur blijkt dat het effect van olanzapine al redelijk snel optreedt.

Het artikel waar Koers naar verwijst, waarschuwt juist voor de complicaties die kunnen optreden bij gelijktijdige toediening van olanzapine en lorazepam. Terecht wijst hij daarom ook op het feit dat men olanzapine niet samen met een benzodiazepine moet toedienen, maar dat men bij aanhoudende onrust en/of agressie lorazepam (of een andere benzodiazepine) niet eerder dan 60 minuten na toediening van olanzapine mag toedienen. Dit is in overeenstemming met het advies in de NICE-richtlijn. Wij kunnen deze combinatie niet aanbevelen daar er geen vergelijkende studies hiernaar zijn verricht.

AUTEURS

MAARTEN BAK is psychiater en plv. opleider, Afdeling Psychiatrie en Psychologie, UMC Maastricht en afdeling Integrale Zorg, Mondriaan Maastricht.

JIM VAN OS is hoogleraar Psychiatrie, Afdeling Psychiatrie en Psychologie, UMC Maastricht, en Visiting Professor of Psychiatric Epidemiology, King's College London, Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, Londen.

MACHTELD MARCELIS is psychiater, Afdeling Psychiatrie en Psychologie, UMC Maastricht en afdeling Integrale Zorg, Mondriaan Maastricht.

Correspondentieadres: dr. Maarten Bak, Afdeling Psychiatrie en Psychologie, UMC Maastricht, Postbus 616 (Vijv1), 6200 MD Maastricht.

E-mail: m.bak@maastrichtuniversity.nl.