

Epidemiologisch Bulletin

JAARGANG 51

TIJDSCHRIFT VOOR VOLKSGEZONDHEID EN ONDERZOEK IN REGIO HAAGLANDEN

3

2016

VOLKSGEZONDHEID

Wethouder De Goede-van Tiel uit Midden-Delfland over gezondheidsbeleid en sociaal domein > p. 4

Het concept van **Positieve publieke gezondheid** > p. 8

Haagse Aanpak **Perinatale Gezondheid** > p. 16

EPIDEMIOLOGIE

Ontbijtgedrag kinderen en jongeren:
Een goede start van de dag > p. 26

Gezondheid **in cijfers** > p. 33

IN DIT NUMMER

Redactioneel	3
Interview Annemiek de Goede-van Tiel (CDA), wethouder Zorg, welzijn en wonen gemeente Midden-Delfland Gezondheidsbeleid hoort in het sociale domein <i>Liesbeth van Dalen</i>	4
Een discussiestuk over positieve publieke gezondheid Het concept van Positieve gezondheid <i>Liesbeth Remmers en Barend Middelkoop</i>	8
Samen stappen zetten vanuit een gezamenlijke ambitie Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid <i>Annette de Graaf, Irene van der Meer en Daphne Metaal</i>	16
Ontbijtgedrag kinderen en jongeren in achterstands- wijken Haagse stadsdelen Centrum en Escamp Een goede start van de dag <i>Sanne Roos en Irene van der Meer</i>	26
Gezondheid in cijfers: huiselijk geweld	33
Korte berichten	34
Meldingen infectieziekten	38

Wilt u reageren op deze uitgave van het Epidemiologisch Bulletin?

Dan kunt u mailen naar: epibul@ggghaaglanden.nl. De redactie stelt uw reactie zeer op prijs.

Redactioneel

Wat is gezondheid? Dat is een belangrijke vraag in deze aflevering van het Epidemiologisch Bulletin.

Wethouder De Goede-van Tiel van de gemeente Midden-Delfland legt een sterk verband tussen gezondheid en het sociale domein. Zo'n manier van benaderen sluit sterk aan bij het nieuwe gezondheidsconcept waar de laatste jaren zo veel aandacht voor is. Een opiniërend artikel in dit Bulletin onderneemt een poging om het nieuwe concept van 'positieve gezondheid' tegen het licht te houden met de vraag wat dit zou kunnen betekenen voor de zorg voor de publieke gezondheid. En dan vooral de vraag hoe we het evenwicht bewaren tussen de verantwoordelijkheid die 'de burger' zelf geacht wordt te dragen en de verantwoordelijkheid van de overheid voor de publieke gezondheid.

In het artikel over ontbijtgedrag komt de vraag naar voren wat een gezond ontbijt is. De bijlage bij de Gezondheidsmonitor 2014, 'De gezondheid van de Haagse Jeugd', liet zien dat de meeste kinderen en jongeren dagelijks ontbijten. Echter, uit signalen van zorgverleners bleek dat zij de indruk hebben dat veel kinderen niet ontbijten voordat zij naar school gaan. Kan dit verschil te maken hebben met de gehanteerde definitie van wat een (gezond) ontbijt is? Het artikel vertelt u er meer over.

Alles begint natuurlijk met een gezonde start. De zorgwekkende Haagse cijfers over perinatale sterfte van een aantal jaren geleden hebben een push gegeven tot een breed gedragen 'Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid'. Dit Bulletin doet verslag van de activiteiten in dat kader en geeft een eerste inzicht in de (gelukkig gunstigere) actuele cijfers.

De rubriek 'Gezondheid in cijfers' heeft dit keer de focus op het onderwerp 'huiselijk geweld'.

Kortom: weer een gevarieerde en naar wij hopen ook inspirerende editie.



Gezondheidsbeleid hoort in het sociale domein

Mevrouw A.M.J. (Annemiek) de Goede-van Tiel (CDA) is wethouder Zorg, welzijn en wonen in de gemeente Midden-Delfland. Een gesprek met haar geeft een boeiend beeld van een bestuurder die gezondheid ziet als meer dan de afwezigheid van ziekte, die vindt dat gezondheidsbeleid impliciet onderdeel is van het sociaal domein en die werkt in de eerste van de acht gemeenten in Nederland met het Cittaslow keurmerk. Dat betekent dat de gemeente hoog scoort op het gebied van onder andere leefomgeving, landschap, streekproducten, gastvrijheid en milieu. “We kiezen voor duurzame oplossingen en kwaliteit van leven. Dat komt ook terug in de opvang van statushouders, de zorg voor dementerende ouderen en de aandacht voor het alcoholgebruik. Daarbij staat voor mij vast dat de publieke gezondheid en het sociale domein niet los van elkaar staan en ik ben benieuwd hoe GGD Haaglanden zich op dat terrein verder profileert”, aldus wethouder De Goede.

Liesbeth van Dalen

De gemeente Midden-Delfland bestaat uit de drie dorpen Maasland, Schipluiden, Den Hoorn en de twee buurtschappen 't Woudt en de Zweth. Het is een uniek gebied midden in een grootstedelijke omgeving én de dynamiek van het Westland. Midden-Delfland telt een kleine negentienduizend inwoners. Het is een gemeente met een lage bevolkingsdichtheid en een grote werkzame beroepsbevolking.

Typerend voor deze kleine gemeente is volgens wethouder De Goede de sociale cohesie. Mensen kennen elkaar. Bijna de helft van de volwassen inwoners, 43 procent, doet vrijwilligerswerk. Dat wil De Goede graag zo houden en het speelt dan ook mee in het bouwbeleid binnen de gemeente. “Ook wij hebben te maken met vergrijzing en ontgroening, waar we op inspelen met nieuwbouw in Den Hoorn. Daar stijgt het aantal inwoners. Inmiddels is een woonvisie neergelegd om ook te bouwen in

Schipluiden en Maasland. We hebben goed in beeld wat er nodig is, want als je scholen en winkels wilt houden, dan moet je gezinnen aantrekken. Bovendien: heb je geen jonge gezinnen dan zit je straks zonder vrijwilligers en mantelzorgers.”

Zorg voor ouderen met dementie en alcoholgebruik onder jongeren

In vergelijking met andere gemeenten in de regio en in vergelijking met Nederland is de gezondheid van de inwoners van Midden-Delfland op veel gebieden goed. Toch zijn er thema's die aandacht vragen, zoals 'ouderen sociaal vitaal' en 'jeugd en alcohol'.

De aandacht voor ouderen uit zich onder andere in initiatieven voor thuiswonende ouderen met beginnende dementie. “Voor mensen met een fysieke beperking kun je veel regelen, maar voor mensen met beginnende dementie is dat een stuk



lastiger. Dat is een heel zorgelijke doelgroep. Daarom zijn enkele initiatieven ontwikkeld. Een ervan is de signalering door kassières als iemand bijvoorbeeld drie keer per dag in de supermarkt vijf kilo aardappelen koopt. Dat kun je signaleren omdat men in deze kleine gemeente weet dat iemand alleen woont. De werkwijze is inmiddels in Maasland ingevoerd, we gaan het nu ook in de andere kernen opzetten. Daarnaast traint de stichting Welzijn vrijwilligers die de ouderen thuis bezoeken in het alerter zijn op beginnende dementie.”

Extra aandacht is er ook voor jongeren met problemen. “Met het overgrote deel van de jongeren gaat het goed, maar een aantal vraagt extra inzet om hen later volwaardig aan de maatschappij mee te laten doen. Eerlijk gezegd is dat aantal hoger dan ik had gedacht, wij komen echt dichtbij het landelijke percentage van vijftien. Ook het aantal mensen met aan autisme gelieerd gedrag is hier groot. Ik ben in gesprek met huisartsen om te kijken hoe we passende hulp kunnen bieden. Inmiddels is er een beschermde woonvorm voor jongeren met autistische problematiek, erop gericht dat ze mee kunnen gaan doen in de maatschappij.”

Het percentage mensen met overgewicht ligt onder het landelijke gemiddelde. Dat is volgens De Goede te verklaren door de hoge sportdeelname in de gemeente. Ook is er een hoge dichtheid aan speeltuintjes, zodat kinderen al heel jong dichtbij huis kunnen spelen en bewegen. “Relatief gezien hebben we dus minder overgewicht. Dat neemt echter niet weg dat we het zeker in preventieprojecten meenemen, zoals in het programma De gezonde school.”

Als laatste noemt De Goede het alcoholgebruik in de gemeente. Overmatig en zwaar alcoholgebruik ligt hoger dan het gemiddelde in Nederland. Samen met onder andere Brijder Verslavingszorg en dr. Nico van der Lely, initiatiefnemer van de polikliniek voor Jeugd en Alcohol in Delft, is een voorlichtingsprogramma opgesteld. “We hadden al een avond voorbereid om bij sportverenigingen aan ouders, jongeren en vrijwilligers voorlichting te geven over de gevolgen van alcoholgebruik. Het aantal aanmeldingen viel echter tegen, deels vanwege de planning vlak voor de meivakantie. We hebben de avond uitgesteld tot



Annemiek de Goede-van Tiel (CDA), wethouder Zorg, welzijn en wonen in Midden-Delfland: “Het verbinden van publieke gezondheidszorg met de nieuwe taken in het sociaal domein moet merkbaarder worden in de uitvoeringstaken van de GGD.”

na de zomer en moeten zorgen dat het onderwerp meer gaat leven bij ouders en bij mensen die achter de bar staan. De jongeren die redelijk veel drinken komen vaak uit gezinnen waar ook ouders veel drinken. Dat maakt het een stuk lastiger om mensen erop aan te spreken.”

Meer statushouders in plaats van crisisopvang

In een toelichting op het Cittaslow keurmerk vertelt De Goede over de huisvesting voor statushouders. Zoals elke gemeente heeft Midden-Delfland de taak om huisvesting te bieden aan statushouders. “Het Cittaslow-keurmerk houdt in dat we gericht zijn op kwaliteit van leven en kiezen voor duurzame oplossingen. Vanuit die visie heeft de raad besloten om geen crisisopvang te bieden aan vluchtelingen, maar het aantal statushouders te verhogen van 50 naar 75 tot 100. Het zijn mensen die in Nederland mogen blijven en we hebben inmiddels veel voorbereidingen getroffen voor goede integratie.

De scholen staan klaar, stichting Welzijn en stichting Participe zijn bezig met vrijwilligerstrainingen en er zijn koffieuurtjes waar de statushouders terecht kunnen. Ook is een maatjesproject opgezet waarbij een statushouder aan een vrijwilliger wordt gekoppeld, die hen bijvoorbeeld helpt bij het invullen van formulieren en hen wegwijs maakt in de supermarkt. De 'reguliere woningvoorraad voor statushouders is onvoldoende voor het huisvesten van dit aantal. We hopen in het najaar de overige woonvoorzieningen gereed te hebben, zodat het COA ons de extra statushouders kan toewijzen. Het is leuk hoe het merendeel van de bevolking dit heeft opgepakt. Overigens heeft de GGD hierin een indirectere rol dan bij crisisopvang, het gaat onder andere om advisering en informatie aan huisartsen."

Nieuw sociaal beleidskader 2016

In het najaar van 2016 presenteert Midden-Delfland een nieuw sociaal beleidskader. De Goede: "De praktijkervaring in het afgelopen jaar laat zien waar de accenten moeten liggen. Speerpunt is onder andere de hulpverlening aan jongeren in de leeftijd tot en vanaf 18 jaar. Het is niet goed dat de hulpverlening aan een jongere wordt onderbroken als hij 18 jaar wordt. Daarom gaan we WMO-begeleiding koppelen aan lokale ambulante jeugdhulpverlening. Het zijn dan dezelfde mensen die het werk doen en zo gaat de jongere ongemerkt over van jeugdhulpverlening naar WMO-ondersteuning." Met het oog op deze werkwijze gaan Midden-Delfland en de gemeenten Rijswijk, Westland en Delft gezamenlijk de WMO-ondersteuning en de zorg voor jongeren inkopen en lokaal inzetten.

Ook op het gebied van participatie en werkgelegenheid werkt Midden-Delfland samen met Delft, Rijswijk en Westland én met Den Haag. "We hebben een gemeenschappelijk arbeidsservicepunt waarbij Den Haag als grote stad meer banden heeft met vakbonden en werkgevers. De komende twee jaar staat participatie en het terugdringen van werkloosheid hoog op de agenda. Van iedereen die zich aanmeldt maken we een profielfoto van de talenten, de dromen en de aspecten waarbij hulp nodig is. Meedoen is ook in het kader van gezondheid belangrijk, want niets doen is lichamelijk en geestelijk niet goed." Waar het gaat om de huishoudelijk zorg kiest Midden-Delfland voor maatwerk gecombineerd met resultaatgericht werken. Daarbij krijgt de zorgverlener de vrijheid om de ene week wat extra's te doen en volgende keer wat minder uren in te zetten.

Als een jongere 18 jaar wordt gaat de hulpverlening ongemerkt over van ambulante jeugdhulpverlening naar WMO-ondersteuning

GGD en sociaal domein

In 2015 is in Nederland een stelselwijziging gerealiseerd met decentralisaties van zorg, werk en jeugdhulp. Daarmee hebben gemeenten nieuwe taken binnen het sociale domein, gericht op toenemende participatie, preventie en aandacht het organiseren van een vangnet voor degenen die buiten de boot vallen. De Goede ervaart de decentralisaties en aandacht voor het sociale domein als bevestiging van haar motto 'Gezondheid is meer dan afwezigheid van ziekte'. "Welzijn, het sociale aspect heeft een belangrijker rol heeft gekregen in de benadering van gezondheid. Dat vind ik een enorme pre." Zij is ervan overtuigd dat preventie en maatwerk de basis vormen om de taken in het sociale domein uit te voeren. "Dat geldt voor kinderen op de peuterspeelzaal, waar een 'gedragsprobleempje' makkelijker te sturen is dan op puberleeftijd, het geldt ook voor mantelzorgers zodat zij het vol kunnen houden en het geldt voor ouderen, bijvoorbeeld door valpreventie."

Het verbinden van publieke gezondheidszorg met de nieuwe taken in het sociaal domein moet volgens De Goede merkbaarder worden in de uitvoeringstaken van de GGD. Die verbinding is nu nog een zoektocht. Ze geeft als voorbeeld de sociaal medische advisering, zoals een parkeerkaart voor een gehandicapte. "Je kunt je strikt houden aan het aantal meters dat iemand wel of niet kan lopen, maar ik vind dat je ook moet kijken wat de kaart betekent voor iemand die vrijwilligerswerk doet of aan het verenigingsleven deelneemt. De inzet op het sociaal domein betekent hier 'oog voor participatie'." Om de verbinding tussen publieke gezondheid en het sociale domein tot stand te brengen, is het van belang om te beschikken over juiste, complete en actuele gezondheids- en veiligheidsinformatie. In dat verband is de wethouder blij met de data die GGD Haaglanden verstrekt, zoals factsheets, de gezondheidsmonitor en kernboodschappen voor de afzonderlijke gemeenten Zuid-Holland West.



Kernboodschappen voor gemeente Midden-Delfland

- 1 Gezondheidswinst behalen door inzet van preventie en vroegsignalering
- 2 Bevorderen van gezondheid en participatie in Midden-Delfland
- 3 Kwetsbare Midden-Delflanders ondersteunen bij het gezond(er) worden, regie voeren en participeren
- 4 Midden-Delflanders stimuleren om hun leefstijl blijvend positief te beïnvloeden
- 5 Naar een gezonde leefomgeving die bijdraagt aan de gezondheid en het welbevinden van de bevolking van Midden-Delfland
- 6 Bijdragen aan de positieve ontwikkeling en vorming van de jeugd van Midden-Delfland

GGD ook voor de omgeving

Wat De Goede aanspreekt in de GGD is dat de advisering verandert. “De GGD kwam in het verleden met name in beeld bij een uitbraak van een virus. Nu is de advisering toegespitst op de gemeenten afzonderlijk, dat vind ik een goede zaak.” Ook is de GGD vertegenwoordigd in de ‘maatschappelijke teams’ (elders sociale wijkteams geheten) in Midden-Delfland en is De Goede blij dat de GGD toezicht houdt op de uitvoering van de WMO. “Dat moet je als kleine gemeente niet zelf doen. Bovendien zijn er zorgverleners die in meerdere gemeenten de WMO-taken uitvoeren, dus is het beter dat een overkoepelende neutrale toezichthouder dat doet in plaats van de afzonderlijke gemeenten.”

Samengevat is De Goede zeer te spreken over de vorming van GGD Haaglanden. “We zijn blij met de expertise van deze GGD en we krijgen waar we voor betalen. Ik ga de GGD zeker om advies vragen over fijnstof en luchtkwaliteit bij de aanleg van een drukke weg naar Delft. Ik was verrast toen ik hoorde dat de GGD ook op dat terrein veel expertise heeft. Soms denk ik: ‘Kom meer naar buiten, jullie kunnen meer dan wij weten’.”

Wilt u reageren op dit artikel?

Dan kunt u mailen naar de redactie:

epibul@ggdhaaglanden.nl

OVER DE AUTEUR

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



Het concept van Positieve gezondheid

In de afgelopen jaren is in Nederland op verschillende manieren aandacht gevraagd voor een andere manier om naar gezondheid te kijken.

Deze nieuwe manier van kijken wordt aangeduid met de term ‘Positieve gezondheid’. Wat wordt met dit concept bedoeld, hoe is de relatie met de aloude gezondheidsdefinitie van de Wereldgezondheidsorganisatie, en wat kunnen we met dit nieuwe concept op het terrein van de publieke gezondheid? In dit artikel een verkenning van het concept van ‘Positieve gezondheid’ aan de hand van deze vragen.

Liesbeth Remmers en Barend Middelkoop

Het concept positieve gezondheid

Op 27 februari 2016 publiceerde het Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde het artikel “Heroverweeg uw opvatting van het begrip ‘gezondheid’” van Machteld Huber, Marja van Vliet en Inge Boers.¹ In dit artikel – hierbij in gecompriëerde vorm weergegeven – presenteren de auteurs een nieuwe, dynamische opvatting van het begrip gezondheid, waarin functioneren, veerkracht en zelfregie centraal staan. Aanleiding tot het ontstaan van dit concept was de discussie over de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) van gezondheid. Deze dateert van het moment van oprichting van de WHO in 1948 en luidt: ‘Een toestand van compleet fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte of gebreken’. Met een toename van de levensverwachting en daarbij een toename van het aantal mensen met een chronische ziekte, werkt het streven naar een toestand van compleet welbevinden medicaliserend, althans indien men het bereiken van gezondheid ziet als het uiteindelijke doel van zorg. Daarnaast blijken mensen bij een ongunstige diagnose of chronische problematiek in veel gevallen in staat zich aan te passen aan de situatie. Iemand die daarin slaagt beschouwt zichzelf veelal niet als ziek. Ook hier wringt dan de definitie van de WHO.

Eind 2009 werd de basis gelegd voor een nieuw, meer dynamisch gezondheidsconcept tijdens een tweedaagse internationale ‘invitational conference’ met als titel: ‘Is health a state or an ability?’.

De conferentie formuleerde het nieuwe concept als volgt: ‘*Health as the ability to adapt and to self manage, in the face of social, physical and emotional challenges*’; vertaald als ‘Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven’.² In de British Medical Journal werd in 2011 verslag gedaan van deze conferentie.³

Het verslag van de conferentie werd aangeboden aan de WHO, die daarop enigszins afhoudend reageerde. Eerst wilde men weten of een en ander meetbaar kon worden gemaakt.

Het initiatief voor de conferentie lag bij twee Nederlandse organisaties: de Gezondheidsraad en ZonMw, het belangrijkste fonds op het gebied van gezondheidsonderzoek. Naar aanleiding van de reactie van de WHO werd vervolgens in Nederland een onderzoek uitgevoerd om het concept nader uit te werken en meetbaar te maken. Aan respondenten uit zeven groepen van belanghebbenden werd om reacties gevraagd: behandelaren, patiënten, burgers, beleidsmakers, verzekeraars, public health actors en



Tabel 1. Hoofddimensies van gezondheid, per dimensie onderverdeeld in aspecten (tabel met toestemming overgenomen uit het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde¹)

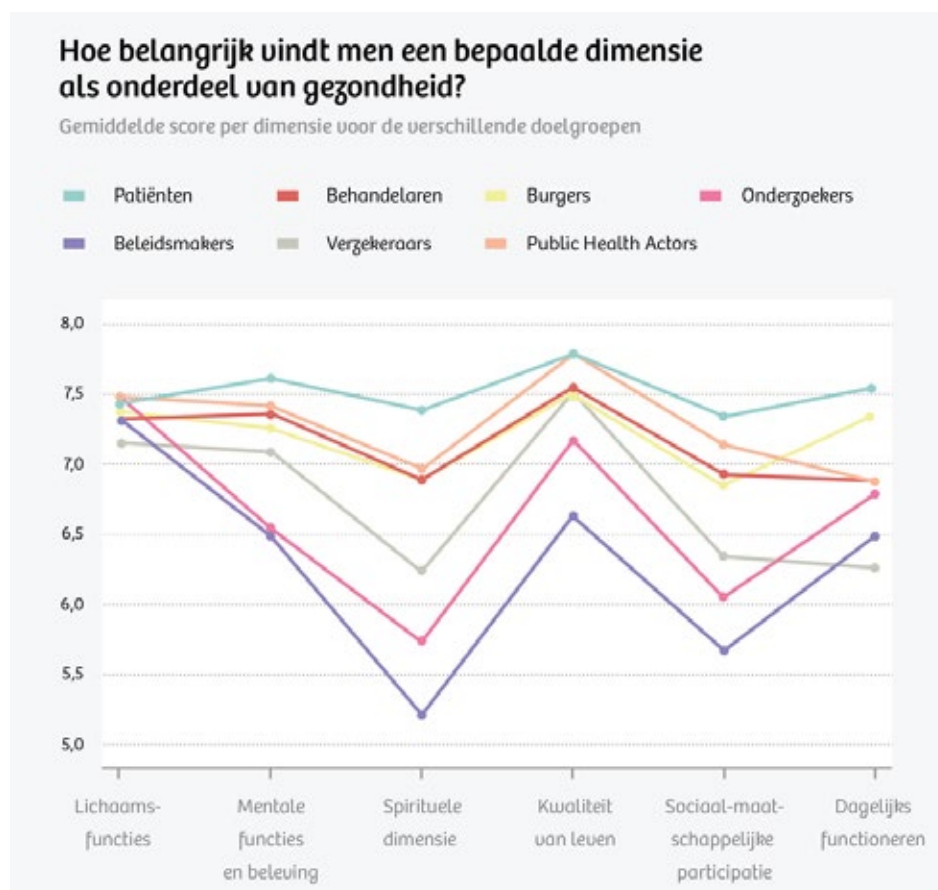
Lichaamsfuncties	Mentale functies en beleving	Spirituele en existentiële dimensie	Kwaliteit van leven	Sociaal-maatschappelijke participatie	Dagelijks functioneren
<ul style="list-style-type: none"> • medische feiten • medische waarnemingen • fysiek functioneren • klachten en pijn • energie 	<ul style="list-style-type: none"> • cognitief functioneren • emotionele toestand • eigenwaarde en zelfrespect • gevoel controle te hebben • zelfmanagement en eigen regie • veerkracht 	<ul style="list-style-type: none"> • zingeving • doelen of idealen nastreven • toekomstperspectief • acceptatie 	<ul style="list-style-type: none"> • kwaliteit van leven, welbevinden • geluk beleven • genieten • ervaren gezondheid • lekker in je vel zitten • levenslust • balans 	<ul style="list-style-type: none"> • sociale en communicatieve vaardigheden • betekenisvolle relaties • sociale contacten • geaccepteerd worden • maatschappelijke betrokkenheid • betekenisvol werk 	<ul style="list-style-type: none"> • basis-adl*) • instrumentele adl*) • werkvermogen • gezondheidsvaardigheden

* Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen

onderzoekers. Hen werd gevraagd aan te geven wat zij als indicatoren van gezondheid zien en of deze indicatoren passen bij het nieuwe concept. Daarnaast werd hun mening over het nieuwe concept gevraagd. Als positieve aspecten van het concept kwamen naar voren dat de mens centraal staat en niet de ziekte,

dat de mens in zijn kracht wordt aangesproken, dat naast de ziekte er ook nog een heel stuk gezondheid mogelijk is en dat het nieuwe concept het potentieel benadrukt. Vragen die het concept opriep waren: 'Wat als iemand goed is aangepast en zich ellendig voelt, is hij dan 'gezond'? Wat betekent dit voor

Figuur 1. Mate van overeenstemming in de mening van zeven doelgroepen over dimensies van gezondheid. Per doelgroep is weergegeven in hoeverre de groep een dimensie als onderdeel van het begrip 'gezondheid' beschouwde, in de vorm van een score (figuur met toestemming overgenomen uit het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.¹)



vergoedingen? Waar blijft ziekte? Kan iedereen dit wel en is er aandacht voor de sociale omgeving of moet iedereen het zelf uitzoeken?’ Daarnaast is genoemd dat gezondheid geen doel op zich is maar een middel om ‘je ding te kunnen doen’.

De vraag naar indicatoren van gezondheid leverde 556 uitspraken op. Deze uitspraken zijn door de onderzoekers gecategoriseerd en samengevat in zes hoofddimensies van gezondheid die op basis van dit onderzoek kunnen worden onderscheiden. Elk van deze domeinen kent een aantal aspecten; in totaal kwamen de onderzoekers tot 32 aspecten (Tabel 1).

Het oordeel van de zeven groepen respondenten over welke indicatoren bij ‘gezondheid’ passen, varieert nogal. Figuur 1 laat zien dat alle groepen respondenten lichaamsfuncties een belangrijke indicator van gezondheid vinden. De meningen lopen echter uiteen als het bijvoorbeeld gaat om de spirituele-existensiële dimensie (zingeving). Patiënten vinden alle zes dimensies vrijwel even belangrijk en zien gezondheid als een breed begrip. Beleidsmakers en onderzoekers verschillen het sterkst van de andere groepen: hun opvatting van het begrip gezondheid is smaller en vooral biomedisch georiënteerd. Verder valt op dat de scores van de groep ‘public health actors’ het dichtst bij de scores van de patiënten liggen, op de voet gevolgd door de behandelaars. Bij alle onderzochte groepen had een eigen ervaring met ziekte de meeste invloed op een bredere kijk op gezondheid.

Dit nieuwe concept van gezondheid wordt aangeduid met de term ‘Positieve gezondheid’. De visualisering van dit concept gebeurt gewoonlijk met een spinnenwebdiagram als scoringsinstrument; zie Figuur 2.

Bij gebruik van dit instrument kent de respondent zelf een rapportcijfer (variërend van 0 tot 10) toe aan elk van de zes dimensies. Het idee van de ontwerpers is dat dit ingevulde spinnenweb kan worden gebruikt in het gesprek met de arts of andere zorgverlener.

ZonMw, een van de initiatoren van de discussie over het concept ‘Positieve gezondheid’, laat eind 2015 een inventarisatie uitvoeren om een beeld te krijgen van wat er in Nederland zoal gaande is onder de noemer van positieve gezondheid. Er komen 89 reacties uit zeer uiteenlopende organisaties op het gebied van beleid, onderwijs en opleiding, onderzoek en aanbieders van zorg. Een zogeheten Reflectiegroep, waarin onder andere deelnemers van het ministerie van VWS, ZonMw, de Gezondheidsraad, het RIVM, Zorginstituut Nederland en Patiëntenfederatie NPCF, buigt zich in maart 2016 over de resultaten van deze inventarisatie. Opvallend is enerzijds het enthousiasme en anderzijds de beperkingen en obstakels die men ziet. Niettemin concludeert men: “Positieve gezondheid past bij de missie, visie, strategie en beoogde werkwijze van veel organisaties.” Men zegt aan de slag te gaan en al doende te willen wil leren. Nauwkeurige lezing van het document leert dat er een grote behoefte bestaat aan inspirerende voorbeelden, maar dat de praktische vertaling van ‘positieve gezondheid’ voorlopig vooral gevonden wordt in de formulering van een missie en een visie. Ook moeten instrumenten voor een concrete praktijk eigenlijk nog ontwikkeld worden. Dat geldt zowel voor de praktijk van de zorg als voor onderwijs en onderzoek en voor beleid.

Reacties op het concept positieve gezondheid

Het concept van positieve gezondheid krijgt veel aandacht. Het wordt opgenomen in de visie van organisaties (zo ook bij de GGD Haaglanden; zie kader op pagina 11) en op veel plekken in de (publieke) gezondheidszorg probeert men het concept toe te passen en concreet uit te werken. Het concept voorziet in een behoefte in een tijdsbestek waarin wordt gezocht naar nieuwe vormen en werkwijzen in de zorg, waarbij preventie, eigen regie en een gelijkwaardiger verhouding tussen zorgverlener en zorgvrager centraal staan. Het concept biedt een kader en een gezamenlijke taal en werkt verbindend tussen beroepsgroepen.

Figuur 2. De dimensies van het concept ‘Positieve gezondheid’



Door de brede kijk op gezondheid en specifiek de dimensies sociaal-maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren, slaat het concept een brug tussen het domein van de gezondheidszorg en dat van de WMO en participatie. 'Gezondheid' heeft niet alleen betrekking op de gezondheidssector maar is integraal onderdeel van het dagelijks bestaan (hoe men woont, werkt en leeft) en wordt dus beïnvloed door het beleid op diverse beleidsterreinen. Het concept draagt bij aan een beter inzicht in de bijdragen van alle maatschappelijke actoren (beleid, onderwijs en opleiding, onderzoek,

praktijk etc.) aan de kansen op een gezonde populatie, ofwel ieders bijdrage aan gelijke kansen op gezondheid in die populatie.

Een interessant gegeven in dit verband is dat verschillende doelgroepen anders aankijken tegen gezondheid (zie Figuur 1 op pagina 9). Het delen van en inzicht geven in elkaars visie op gezondheid door diverse (beleids)domeinen, kan gemeenten handvatten bieden voor het vormgeven aan (gezondheids-) beleid, wie zich eigenaar voelt van welke taken en hoe ze met elkaar samenhangen.

Positieve gezondheid in de missie en visie van GGD Haaglanden

Het concept van Positieve gezondheid is ook opgenomen in de missie en visie van GGD Haaglanden. Hiervan getuigt de volgende tekst in het Directiejaarverslag 2015:

Missie

“Bewaken, bevorderen en beschermen van de gezondheid van de inwoners van de regio Haaglanden met producten en diensten die helpen gezond op te groeien en op te voeden, gezonder te leven en langer gezond te blijven.”

De uitvoering door GGD Haaglanden bestaat uit:

- Actief bewaken en monitoren van de publieke gezondheid in de regio Haaglanden; op basis hiervan het lokale bestuur adviseren over het te voeren gezondheidsbeleid.
- Bevorderen van de gezondheid. Als pro-actief adviseur van het lokale bestuur en de maatschappelijke organisaties in de publieke gezondheidszorg en als uitvoerder bijdragen aan de verbetering van de gezondheid en aan het terugdringen van de verschillen in gezondheid en levensverwachting van verschillende bevolkingsgroepen.
- Beschermen tegen natuurlijke en/of opzettelijke bedreigingen van de volksgezondheid, door toezicht, maar ook door een actief ingrijpen bij gezondheidsbedreigingen van individuen of groepen van personen.

Visie

Uitgangspunt voor GGD Haaglanden is dat alle inwoners van de regio een gelijke kans moeten hebben op een goede gezondheid. De samenleving verandert echter. Van burgers wordt een actieve betrokkenheid bij de samenleving verwacht. Gezondheid is een waarde op zich, maar tegelijkertijd ook een voorwaarde om als burgers mee te kunnen doen aan het maatschappelijk leven, om deel te nemen aan onderwijs, om te kunnen werken, om vrijwilligerswerk te doen. In het licht van een andere visie op zelfredzaamheid en eigen kracht van burgers ligt het accent bij gezondheid meer op de mogelijkheden om zelf regie te voeren op het eigen leven dan op de afwezigheid van ziekte.

De GGD Haaglanden werkt dan ook vanuit een definitie van gezondheid die aansluit bij een integrale benadering van gezondheid met focus op eigen kracht:

“Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.”

(Machteld Huber, 2012)

In de samenwerking tussen bijvoorbeeld de GGD, gemeenten en zorgverzekeraars kan het verschil in opvatting over gezondheid een mooie voedingsbodem bieden voor gesprek. Het concept van positieve gezondheid kan hier ondanks de verschillen in opvatting en taken tussen de partijen, verbindend werken en het gezamenlijke doel centraal houden. Aan de meer uitvoerende kant van de (publieke) gezondheidszorg roept het concept van positieve gezondheid vragen op over bejegening, houding en gedrag in contact met klanten. Het zijn vragen als: 'Wat kan iemand nog wel, in hoeverre kan de professional de klant ondersteunen in de breedte (op alle dimensies), waar kan de klant dan terecht, wat kan hij/zij zelf doen en wanneer is de klant tevreden als het gaat om zijn/haar eigen gezondheid?'

Naast de kansen die het concept met zich meebrengt, zijn er ook kanttekeningen te plaatsen. Een onderzoek van Mariëlle Jambroes geeft inzicht in de relatie tussen positieve en publieke gezondheid en laat daarin belangrijke aandachtspunten zien.⁵ Het onderzoek bestond uit 28 focusgroepinterviews met verschillende belanghebbenden uit de (publieke) gezondheidszorg en uitvoerende organisaties op het vlak van onderzoek, onderwijs en beleid. Hen werd gevraagd te reflecteren op een aantal open vragen ten aanzien van het concept van positieve gezondheid.

Enkele aandachtspunten uit dit onderzoek zijn de volgende.

1) Gezondheid als eigen verantwoordelijkheid?

Blaming the victim.

Het concept van positieve gezondheid benadrukt het potentieel van een persoon en doet een appel op de eigen kracht. Naast de eerdergenoemde positieve kant hieraan, kan een gevolg zijn dat (het bereiken van) gezondheid als eigen verantwoordelijkheid wordt gezien en vervolgens als een 'individuele verdienste'. Hoe kijken we dan aan tegen mensen die volgens het concept van positieve gezondheid niet gezond zijn? Het risico van blaming the victim ligt hier op de loer.

2) Variatie in mogelijkheden 'to adapt and self manage'.

Mensen verschillen in de mate waarin zij in staat zijn om zich aan te passen en eigen regie te voeren. Kwetsbare ouderen en mensen met psychische problemen bijvoorbeeld kunnen daar moeite mee hebben. Het zelf regie kunnen voeren in het algemeen en specifiek ten aanzien van gezondheid (health literacy) hangt bovendien

samen met sociaal-economische factoren. Minder (hoge) educatie, inkomen en sociale positie worden in verband gebracht met minder gezondheidsvaardigheden, met als gevolg minder mogelijkheden tot 'aanpassing en eigen regie' in geval van uitdagingen zoals beschreven in het concept van positieve gezondheid. Sociaal-economische factoren zijn vaak niet enkel door het individu te beïnvloeden. Dit pleit voor een collectieve verantwoordelijkheid voor deze groepen in de samenleving om ervoor te zorgen dat er in de populatie gelijke(re) kansen op gezondheid zijn.

3) Omgevingsfactoren en collectieve taken onderbelicht?

Als gevolg van de focus op het individuele vermogen om zich aan te passen en eigen regie te voeren, zou het centraal stellen van het concept kunnen leiden tot minder aandacht voor een gezonde leefomgeving en populatiegerichte (collectieve) gezondheidszorg. Ook kan het belang van adequate wet- en regelgeving onderbelicht raken.

Discussie: de betekenis van positieve gezondheid voor de publieke gezondheid

Gezondheid is afhankelijk van individuele en omgevingsfactoren, waarbij de laatste vaak slechts in beperkte mate (of helemaal niet) te beïnvloeden zijn door het individu. Het individu kan niet los gezien worden van zijn omgeving en zijn/haar afhankelijkheid van bronnen, kwaliteit en toegankelijkheid van diensten, luchtkwaliteit, behuizing, arbeidsomstandigheden, de sociaal-culturele omgeving etc. Bovendien is de mate waarin iemand in staat is om zich aan te passen en zelf regie te voeren mede afhankelijk van de omgeving. Zie het kader 'Eigen regie, veerkracht en autonomie' waarin verder wordt ingegaan op de relativiteit van de autonomie (op pagina 14).

Om gelijke kansen op positieve gezondheid mogelijk te maken, is het van belang enerzijds te werken aan veerkracht en vaardigheden van het individu, anderzijds aan een gezonde leefomgeving voor iedereen en een adequaat collectief en preventief aanbod. De taken van de publieke gezondheid bestaan in het bewaken, beschermen en bevorderen van de gezondheid van de bevolking. Voor een belangrijk deel gaat het daarbij om het creëren van de voorwaarden die op collectief niveau moeten worden verwezenlijkt om ieders kansen op positieve



Om gelijke kansen op positieve gezondheid mogelijk te maken, is het van belang enerzijds te werken aan veerkracht en vaardigheden van het individu, anderzijds aan een gezonde leefomgeving voor iedereen en een adequaat collectief en preventief aanbod.

gezondheid te vergroten, uiteraard met name voor de mensen voor wie die kansen onvoldoende groot zijn. Aldus kan de publieke gezondheid eraan bijdragen om de kansen op positieve gezondheid in de populatie gelijk(er) te maken. Het nieuwe concept van positieve gezondheid impliceert voor de publieke gezondheid, misschien nog wel sterker dan voor andere sectoren van de zorg, een grote uitdaging om te komen tot een goed evenwicht wat betreft de verantwoordelijkheden: in hoeverre wordt de verantwoordelijkheid gelegd bij de burger en in hoeverre dient de publieke gezondheid de verantwoordelijkheid te nemen?

De vraag is welke ideeën en vragen bovenkomen bij toepassing van het concept van positieve gezondheid op de uitvoering van taken in de publieke gezondheid. Zoals in het Rapport Positieve gezondheid in Nederland 2016⁴ wordt geconcludeerd, typeren dit soort vragen de ontwikkelfase waar het concept zich momenteel 'bevindt'.

Als bijdrage aan deze ontwikkeling volgt hieronder een aanzet doen aan de gedachtenontwikkeling over concrete toepassingen in de publieke gezondheid.

- 1) **Werken vanuit het concept van positieve gezondheid betekent focussen op het versterken van veerkracht en gezondheidsvaardigheden (health literacy) in de populatie.** Dit betekent ook oog hebben voor de groep mensen die kwetsbaar is en minder goed in staat is om eigen regie te voeren. Enerzijds kan dit worden vertaald in op het individu gerichte interventies, anderzijds in collectief gerichte interventies, waaronder ook wet- en regelgeving kunnen worden geschaard.
- 2) **Werken vanuit het concept positieve gezondheid vraagt om het (versterken) van sociale netwerken rondom een individu en in de populatie.** Bij het voeren van eigen regie en versterken van veerkracht zijn de kwantiteit en de kwaliteit van de relaties die iemand heeft belangrijk, en dus het sociale netwerk.⁶ Zorgverleners, uitvoerders van preventieve interventies en ook het gemeentebestuur kunnen hieraan bijdragen door in te spelen op het (helpen) bouwen en betrekken van sociale netwerken.

- 3) **Werken met het concept van positieve gezondheid betekent zorgen voor de juiste omstandigheden waarin het individu woont, werkt en leeft.** Dit betekent blijven inzetten op de factoren die gezondheid beïnvloeden, maar niet door het individu zelf te beïnvloeden zijn. Die inzet betreft onder andere de gezondheidsbescherming, collectief-preventieve taken, gezondheidsbevorderende programma's en het bevorderen van een gezonde leefomgeving. Ook hier kan wet- en regelgeving aan de orde zijn.
- 4) **Werken vanuit het concept van positieve gezondheid, vraagt om werkvormen die uitgaan van co-creatie tussen professionals en klanten.** Omdat de betekenis die mensen aan gezondheid geven kan verschillen en afhankelijk is van je positie in het systeem, je belang en je visie, is het van belang deze verschillende zienswijzen mee te nemen in de ontwikkeling van het (zorg-)beleid en van het (zorg-)aanbod. Bij het ontwikkelen van (gezondheids-)beleid en bijvoorbeeld gezondheidsbevorderende programma's moet worden ingespeeld op dat wat de (betreffende) doelgroep belangrijk vindt. Het kan nodig zijn inzet te plegen op minder voor de hand liggende dimensies zoals de spirituele dimensie. Door werkvormen van co-creatie toe te passen (dat wil zeggen: creatie in een samenspel tussen professionals en patiënten/burgers), zullen beleidsmaatregelen en dienstverlening beter passen bij de leefwereld van patiënten/burgers.
- 5) **Werken vanuit het concept van positieve gezondheid betekent monitoren en evalueren op de zes dimensies van het concept.** Als het gaat om de monitoring- en evaluatietaak van de GGD kan gekeken worden naar hoe op populatieniveau gescoord wordt ten aanzien van de diverse dimensies van gezondheid. Als gezondheid óók betekent: 'eigenwaarde en zelfrespect', 'doelen of idealen nastreven' en dergelijke, dan valt te overwegen dergelijke thema's op te nemen in onderzoek. Dit levert informatie op ten aanzien van de diverse dimensies en biedt aangrijpingspunten voor diverse beleidsterreinen.

- 6) Werken vanuit het concept positieve gezondheid betekent elkaars bijdrage aan gezondheid leren zien. Het opnemen van het concept van positieve gezondheid in opleidingsprogramma's zal leiden tot een bredere blik van professionals (met name de zorgaanbieders, maar ook bijvoorbeeld de beleidsmedewerkers) ten aanzien van gezondheid en samenwerking tussen beroepsgroepen bevorderen.
- 7) Het concept positieve gezondheid biedt een handvat bij samenwerken zowel op het niveau van beleid als in de concrete praktijk van de zorgverlening. Bijvoorbeeld: preventie en curatie zijn steeds meer met elkaar in gesprek en richten zich steeds meer op samenwerking. Het concept van positieve gezondheid lijkt hierbij een goed handvat te kunnen bieden, bijvoorbeeld in de doelen die men wil stellen bij deze samenwerking.

Eigen regie, veerkracht en autonomie

Veel van de in dit artikel gebruikte begrippen zijn niet scherp gedefinieerd. Dat hangt samen met de aard van 'Positieve gezondheid'. Het is geen scherpe definitie, maar een concept.

De gebruikte begrippen verwijzen weliswaar duidelijk naar datgene dat bedoeld wordt met 'positieve gezondheid', maar vragen om nadere ontwikkeling en invulling. Hierbij zullen ongetwijfeld allerlei vragen naar boven komen die nog beantwoord moeten worden.

Begrippen als 'eigen regie' en 'veerkracht' bijvoorbeeld verwijzen impliciet naar de keuze die iemand zelf maakt ten aanzien van zijn of haar eigen leven en gezondheid. Dit suggereert een zekere autonomie in die keuze. De vraag is echter of autonomie in deze betekenis wel bestaat, in absolute termen.

Het artikel besteedt aandacht aan de vraag of met name mensen met lage gezondheidsvaardigheden voldoende in staat zijn tot eigen regie wanneer zij daarbij niet kunnen rekenen op een zekere ondersteuning, gericht op het individu en/of op het collectief en/of op wet- en regelgeving. De relativiteit van autonomie beperkt zich echter niet tot mensen met geringe gezondheidsvaardigheden. Ter illustratie volgen hierna twee voorbeelden, één uit de sfeer van de primaire preventie en één uit de sfeer van de secundaire preventie. In beide gevallen gaat het om de vraag hoe autonoom mensen zijn in de beslissingen die zij nemen en de keuzen die zij maken. Eerst een voorbeeld uit de sfeer van de primaire

preventie. Roken was vijftig jaar geleden volkomen normaal. Op verjaardagen stonden glazen op tafel die gevuld waren met sigaretten. Dat was onderdeel van de normale gastvrijheid. In die tijd kozen de meeste mensen ervoor om te roken. In alle vrijheid had het hun voorkeur om zichzelf als roker te beschouwen. Inmiddels, vele jaren en vele tabaksontmoedigingsinterventies later, beschouwt een ruime meerderheid van de bevolking zichzelf, geheel uit vrije wil, als niet-roker. Niemand mist de glazen met sigaretten. Blijkbaar is die vrije wil relatief. De beslissingen en keuzen worden sterk beïnvloed door de fysieke en sociale omgeving.

Ten tweede een voorbeeld uit de sfeer van de secundaire preventie. In Denemarken wordt prenatale screening actief aan iedere zwangere vrouw aangeboden. Sinds 2013 gebeurt dat met een nieuwe, weinig belastende en zeer betrouwbare methode, de zogeheten Niet-Invasieve Prenatale Test (NIPT). Het gevolg lijkt dat steeds meer mensen het onaanvaardbaar vinden om een kind te krijgen met het syndroom van Down. In 2013 werden welgeteld 23 baby's met Down geboren in heel Denemarken. Denken Denen in dit opzicht anders dan Nederlanders, en zo ja, hoe komt dat? Ook hier lijkt een verschil in de omgeving een belangrijke rol te spelen ten aanzien van een kwestie waarin men denkt in alle vrijheid haar of zijn keuzen te maken. Beide voorbeelden illustreren dat keuzevrijheid relatief is.



Conclusie

Het nieuwe concept 'Positieve gezondheid' blijkt voor veel mensen inspirerend te zijn. Praktijkvoorbeelden, zeker uit de public health, zijn nog schaars. De actualiteit is dat mensen met het concept aan de slag willen omdat het 'taal' en handvatten biedt voor samenwerking ten behoeve van een gezamenlijk doel: gelijke kansen op gezondheid voor iedereen. In het streven naar gelijke kansen op positieve gezondheid voor iedereen, wetende dat de mogelijkheden daarvoor ongelijk verdeeld zijn in onze samenleving, legt dat nadrukkelijk een aantal taken bloot voor de actoren in het domein van de publieke gezondheid. Het concept van de positieve gezondheid laat zien dat het versterken van veerkracht loont bij het inzetten op het individu enerzijds en op de omgeving anderzijds. Het daarbij hanteren van werkvormen van co-creatie kan ertoe bijdragen dat maatregelen, dienstverlening en interventies beter aansluiten bij dat wat mensen zelf onder gezondheid verstaan.

OVER DE AUTEURS

Mw. drs. L.M.C. Remmers is projectsecretaris bij 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 Eerstelijngeneeskunde, LUMC, Leiden.
E-mail: liesbeth.remmers@ggdhaaglanden.nl

Dankwoord

Dit artikel is mede gebaseerd op gesprekken die de eerste auteur heeft gevoerd met de leden van het Beleidsadviesnetwerk van GGD Haaglanden en met diverse vakgenoten.

Wilt u reageren op dit artikel?

Dan kunt u mailen naar de auteur(s)
of naar de redactie:

epibul@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

- 1 Huber M, Vliet M van, Boers I. **Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'**. Ned Tijdschr Geneesk 2016;160(8):A7720
- 2 Zie de website van het Institute for Positive Health: <http://www.ipositivehealth.com>
- 3 Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H van der, Jadad AR, Kromhout D et al. **How should we define health?** BMJ 2011;343:d4163
- 4 Ellen van Steekelenburg, Ingrid Kersten, Machteld Huber. **Rapport Positieve gezondheid in Nederland 2016**. Institute for Positive Health en ZonMw, 2016. Te vinden op: http://www.zonmw.nl/fileadmin/documenten/Preventieprogramma/Rapport_Positieve_Gezondheid_in_Nederland_2016.pdf
- 5 Jambroes M, Nederland T, Kaljouw M, Vliet K van, Essink-Bot ML, Ruwaard D. **Implications of health as 'the ability to adapt and self-manage' for public health policy: a qualitative study**. Eur J Public Health. 2015 Dec 24. pii: ckv206
- 6 Walburg, J.A. **Positieve Gezondheid. Naar een bloeiende samenleving**. Bohn Stafleu van Loghum. Houten 2015 (Hoofdstuk 10)



Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid

In 2012 is de Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid gelanceerd. De ambitie was tweeledig, namelijk binnen tien jaar het Haagse perinatale sterftecijfer omlaag brengen tot het landelijk gemiddelde en het verschil in de perinatale sterftecijfers tussen de wijken met een lage en met een hoge sociaal economische status halveren. Onderstaand artikel geeft een reflectie op hetgeen de afgelopen vier jaar is ingezet en gerealiseerd. Duidelijk is dat op de ambities resultaten zijn geboekt: beide cijfers nemen af. Bovendien zijn binnen het Haags geboortenetwerk de samenwerking en verbinding fors toegenomen. De zorg voorafgaand aan een zwangerschap met focus op leefstijlfactoren, vraagt echter meer aandacht.

Annette de Graaf, Irene van der Meer en Daphne Metaal

Aanleiding

In 2008 werd in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde een artikel gepubliceerd over perinatale uitkomsten in de vier grote steden en prachtwijken in Nederland.¹ Hieruit bleek dat in de periode 2002-2006 de perinatale sterfte (sterfte van de foetus vanaf 22 weken zwangerschap tot zeven dagen na de geboorte) hoger was in de vier grote steden (11,1 %) dan in de rest van Nederland (8,8%) en dat van de vier grote steden de perinatale sterfte in Den Haag het hoogst was (11,8%). De gegevens over de perinatale gezondheid in Den Haag zijn uitgebreider onderzocht.^{2,3} De resultaten waren richtinggevend voor de Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid.^{4,5}

Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid

Ambitie

Vanuit het verdiepende onderzoek naar oorzaken van de perinatale sterfte in Den Haag, is bij de start van de Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid in 2012 een tweeledige ambitie geformuleerd voor de aanpak van de perinatale sterfte in Den Haag⁵:

- Binnen tien jaar het Haagse perinatale sterftecijfer omlaag brengen tot het landelijk gemiddelde.
- Het verschil in de perinatale sterftecijfers tussen de wijken met een lage SES (14,4%) en de wijken met een hoge SES (7,4%) reduceren met de helft (niet twee keer maar maximaal anderhalf keer zo hoog).

Figuur 1. Partners Platform Perinatale Gezondheid



Het waarmaken van bovenstaande ambities vereist een maatwerkgerichte aanpak, samen met betrokken partners in de stad. Daartoe is in 2011 het Platform Perinatale Sterfte (later: Gezondheid) gestart onder voorzitterschap van de directeur van GGD Haaglanden.

Vanuit het platform (Figuur 1 op pagina 16) is de Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid (HAPG) ontwikkeld. Voor deze aanpak zijn er zeven speerpunten opgesteld (zie kader). Met de keuze voor deze speerpunten is bewust gekozen voor de focus op Perinatale Gezondheid (en niet op sterfte). Overweging hierbij was dat ook het verminderen van de perinatale morbiditeit om aandacht vraagt.

Het uitgangspunt van HAPG

De Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid start met de analyse dat perinatale sterfte (2000-2008) in feite gebonden is aan de 'oude' Haagse indeling van zand (hoge SES-wijken) en veen (lage SES-wijken). Door de uitgebreide analyse van de data en dossieronderzoek is vrij specifiek gemaakt op welke terreinen en op welke doelgroepen de focus zou moeten liggen. In de uitvoering resulteerde dit in drie programmalijnen, overeenkomstig de eerste drie speerpunten: Versterken zorgketen, Preventie en Vraaggerichte infrastructuur. De speerpunten 4 tot en met 7 zijn opgenomen in deze drie programmalijnen.

HAPG is een integrale aanpak die aansluit bij de verschillende fases van de geboortezorg. Van anticonceptie naar gezond zwanger worden (leefstijl) en van de verschillende fases tijdens de zwangerschap, geboorte en kraamperiode tot de verbinding met de Jeugdgezondheidszorg. Gedurende al deze fases staat de geboortezorg niet op zichzelf maar in verbinding met de (sociale) omgeving rond de cliënt. De zorg voor een gezonde zwangerschap begint (lang) vóór de zwangerschap. Aansluitend op de geboorte en kraamperiode vervult de Jeugdgezondheidszorg zijn rol.

Organisatie HAPG

In oktober 2012 wordt bij GGD Haaglanden een projectleider HAPG aangesteld. Met de start van de projectleider komt er meer vaart in de activiteiten van HAPG. Overigens had het artikel in 2008 in het NTvG over de hoge perinatale sterfte in Den Haag¹ een dusdanige urgentie gecreëerd dat al vóór de start van de projectleider, de partners begonnen zijn met activiteiten die binnen HAPG vallen.

De zeven speerpunten en geformuleerde doelen

- 1 Versterken van de kwaliteit van de zorgketen.
Doel: Het realiseren van maatregelen, projecten en instrumenten die de samenwerking tussen de verschillende organisaties uit de nulde, eerste en tweede lijn versterken, de overdracht tussen (zorg)professionals bevorderen en de communicatie tussen hen optimaliseren inzake de behandeling van/het perinatale zorgplan voor de (zwangere) vrouw. Deze maatregelen zullen resulteren in een algehele versterking van de zorgketen, waarbij de verwachting is dat dit zal leiden tot een betere (keten)zorg voor de (zwangere) vrouw tijdens zwangerschap en geboorte.
- 2 Algemene maatregelen ter bevordering perinatale gezondheid/preventie.
Doel: Het realiseren van een scherp en innovatief pakket aan communicatiemiddelen en informatievoorziening over een gezonde leefstijl voor, tijdens en na de zwangerschap, anti- en preconceptie en het belang van een vroege (tijdige) zorgstart, alsook het in positie hebben gebracht van een outreachende infrastructuur.
- 3 Infrastructuur met decentrale teams per stadsdeel vanuit CJG's/vraaggerichte infrastructuur.
Doel: Het realiseren van een vraaggerichte infrastructuur per wijk die outreachend en sluitend van karakter is zodat de (risico)vrouwen (vrouwen uit achterstandswijken, tienermoeders, Hindostaanse en Creoolse vrouwen) in beeld zijn gebracht én zijn bereikt en via een casemanager naar het passende zorgpad/zorgaanbod worden verwezen en begeleid.
- 4 Aandacht voor risicogroepen (reductie risicovolle leefwijzen voor de conceptie en voorkomen late zorgstart).
- 5 Aansluiten bij SEGV-aanpak (thematische flexmodules met betrekking tot perinatale sterfte).
- 6 Extra aandacht voor Hindostaanse vrouwen.
- 7 Extra aandacht voor Creoolse vrouwen.
Doel (speerpunten 4 tot en met 7, risicogroepen en SEGV): Het realiseren van een pakket aan maatregelen, interventies, methoden en instrumenten die specifiek gericht zijn op de (problematiek van de) vrouwen uit de risicogroepen (lage SES-vrouwen, Hindostaanse en Creoolse vrouwen) tijdens de fase van preconceptie, zwangerschap, geboorte, kraamtijd alsook tijdens de (start van de) opvoeding.

Het Platform Perinatale Gezondheid (Figuur 1 op pagina 16) functioneert als stuurgroep van HAPG en komt ongeveer twee maal per jaar bij elkaar. Met het oog op de borging van perinatale gezondheid en HAPG hebben additioneel bijeenkomsten plaatsgevonden met bestuursvertegenwoordigers van ziekenhuizen, welzijnsorganisaties etc.

In overleg met professionals binnen de geboortezorg (zie onderstaand kader) en het Platform Perinatale Gezondheid valt, waar mogelijk, de uitvoering van HAPG-activiteiten binnen de al bestaande structuren. Voordeel is dat er geen extra overleggen gepland worden (tijdwinst) en dat deze opzet leidt tot commitment en borging op langere termijn.

Samenwerkingsvormen in de geboortezorg

Overlevormen van de beroepsgroepen in den Haag

- Kring van verloskundigen, nu Verloskundige Zorggroep Haaglanden (VZH): Vereniging van eerstelijns-verloskundigen, werkzaam in Den Haag en de randgemeenten.
- Maatschappen gynaecologie: Binnen ieder ziekenhuis bestaat een maatschap gynaecologie.
- Kraamschakel: (Overleg)orgaan van (17) kraamzorg-organisaties, werkzaam in Den Haag en omgeving.

Overlevormen tussen partners in de keten:

- Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's): Medisch inhoudelijke afstemming tussen samenwerkingspartners in het adherentiegebied van het ziekenhuis, waaronder ten minste eerstelijns-verloskundigen, klinisch verloskundigen, arts-assistenten, gynaecologen en kraamzorg. Bij de start van HAPG bestonden er drie VSV's, nu zijn er nog twee: VSV Haga en VSV Bro/MCH.
- Perinatale audits: VSV's organiseren perinatale audits, waarbij zorgverleners op een kritische en gestructureerde manier de daadwerkelijk verleende zorg analyseren.
- District Verloskundig Platform (DVP): Dit platform van (vertegenwoordigers van) aanbieders van geboortezorg en betrokken ketenpartners in Den Haag, heeft als doel om invulling te geven aan de activiteiten op het gebied van geboortezorg in Den Haag.
- Ketenpartners 1^e lijns Kindzorg: Samenwerkingsverband van de VZH, Kraamschakel en JGZ 0-4 jaar om een sterke eerstelijnsgeboortezorgketen vorm te geven.

Speerpunt 1 'Versterken kwaliteit zorgketen' wordt vanuit het District Verloskundig Platform (DVP) vormgegeven. De vanuit het DVP (al) functionerende werkgroepen initiëren zorgvernieuwing (Ketenpartners 1^e lijns Kindzorg en de Werkgroep Zorgpaden). De Verloskundige Samenwerkings Verbanden (VSV's) nemen gezamenlijk hun rol op in het ontwikkelen van stedelijk brede – ziekenhuisoverstijgende – werkafspraken. Vanuit het DVP wordt de verbinding gemaakt tussen HAPG met de zorgverzekeraars.

Voor speerpunt 2 'Algemene maatregelen ter bevordering perinatale gezondheid/preventie' neemt de werkgroep preventie zijn rol. Deze werkgroep heeft twee jaar gedraaid. Hieraan namen verloskundigen, gezondheidsbevorderaars, JGZ, kraamzorg en jeugdzorg deel. Doel was vooral het vaststellen van behoeften en het nadenken over nieuwe mogelijkheden. Vervolgens zijn de verschillende onderdelen geborgd bij de afdeling Gezondheidsbevordering van GGD Haaglanden, het DVP en de VZH.

Voor speerpunt 3 'Vraaggerichte infrastructuur' heeft HAPG gebruikgemaakt van de multidisciplinaire teams (nu Jeugdteams) voor risico- en kwetsbare gezinnen bij de Centra voor Jeugd en Gezin. Deze jeugdteams kunnen een maatwerk aanpak organiseren per gezin. Het is de JGZ die met name de overbrugging maakt tussen de geboortezorg en deze Jeugdteams (Figuur 2 op pagina 21). Daarnaast functioneert in de ziekenhuizen een 'vast' multidisciplinair overleg tussen pediatrie, obstetrie en psychiatrie (POP poli) voor die zwangeren waar (medische) multi-problematiek aanwezig is.

De JGZ heeft ingezet op de verbinding tussen deze POP poli's, de JGZ en de aanwezige multiprobleem gezinaanpak vanuit het CJG.

Zoals eerder genoemd zijn de speerpunten 4 tot en met 7 opgenomen in bovenstaande drie speerpunten.

Beeld van de resultaten HAPG

Op 19 mei 2016 vond het Haags Geboortezorg Congres plaats. In de voorbereiding van dit congres hebben partners een beeld gegeven van de resultaten van HAPG. Al deze resultaten zijn gebundeld in een boekje. Voor een uitgebreide beschrijving van de resultaten, wordt verwezen naar dit boekje.⁶

Hier volgt een compilatie.



Versterken (kwaliteit) van de zorgketen

(speerpunt 1):

- Uniforme werkafspraken
Eerstelijns verloskundigen hadden te maken met verschillende werkafspraken met de ziekenhuizen. Er ontstond behoefte aan gezamenlijk, overstijgend en optimaal beleid. Vanuit een vertegenwoordiging van verloskundigen en gynaecologen zijn er nu elf stedelijk brede – ziekenhuisoverstijgende – medische werkafspraken. Verloskundige zorgverleners in zowel de eerste als de tweede lijn werken ermee. Integrale zorg krijgt ook een concreet gezicht in de ‘integrale intake, risicoselectie en toewijzing casemanager’ van de werkgroep ketenzorg HAGA Juliana Geboortecentrum. Inmiddels zijn zestien verloskundige praktijken aangesloten.
- Health Pregnancy 4 All (HP4All)
De risicoscreeningskaart ‘R4U scorekaart’ is ontwikkeld voor screening van risicofactoren op ongunstige zwangerschapsuitkomsten en biedt inzicht in de nodige zorg op zes domeinen: sociale, psychische, zorg en leefstijl gerelateerde, medische en obstetrische risicofactoren. De R4U wordt nog niet bij alle zwangeren-intakes systematisch gebruikt. De risicoscreening R4U is inmiddels digitaal beschikbaar voor de eerste lijn. Het MCH neemt de R4U op papier af.
De op de risicoscreening aansluitende zorgpaden, opgesteld met betreffende samenwerkingspartners in Den Haag, maken de beschikbare zorg in Den Haag toegankelijk voor doorverwijzingen vanuit de verloskunde. Deze zorgpaden resulteerden in 2015 in een toename van doorverwijzingen van sociaal-gerelateerde zorgvragen van zwangeren. Dit betreft bijvoorbeeld doorverwijzingen naar het Loket voor Jonge Moeders, Algemeen Maatschappelijk werk en het programma Stevig Ouderschap (JGZ). Dit blijkt onder andere uit registraties van het MCH en van eerstelijns verloskunde. Sociale zorgpaden zijn digitaal beschikbaar en worden jaarlijks geüpdate door de werkgroep borging zorgpaden.
- Centering Pregnancy (CP) is prenatale zorg in groepsverband. Bij CP vindt het eerste consult waarin de anamnese wordt afgenomen individueel plaats. De vervolgcontroles tijdens de zwangerschap worden echter niet individueel maar aan een groep zwangeren met een vergelijkbare zwangerschapsduur aangeboden. In de bijeenkomsten wordt voorlichting gegeven, wordt kennis uitgewisseld, evenals ervaringen, leren zwangeren gezondheidsvaardigheden te ontwikkelen en stimuleert deze groepsgerichte aanpak onderlinge ondersteuning en vriendschap. De cliënt krijgt een actieve rol toebedeeld.
Uit onderzoek blijkt dat CP een positieve invloed heeft op gezondheidsvaardigheden,⁷ de voorbereiding op de bevalling en geboorte⁷ en de start van borstvoeding.⁸ In Nederland wordt dit onderzocht binnen Regionaal Consortium Noordelijk Zuid-Holland, gesubsidieerd door ZonMw en uitgevoerd door TNO Child Health en het Leids Universitair Medisch Centrum. Een cohort studie in Nederland laat positieve resultaten zien zoals minder bijstimulatie en pijnbestrijding tijdens de baring, meer start borst-voeding en hogere tevredenheid onder zwangeren.⁹
- CP draait in Den Haag op dit moment in twee verloskundige praktijken. De verloskundige praktijken investeren veel tijd in de werving en enthousiasmering van zwangeren. Mond-tot-mond-reclame zal uiteindelijk helpen. Sinds de start in 2015 hebben er in Den Haag ongeveer tien groepen CP gedraaid.
- Huisartsen en verloskundigen
Een prettige en goede samenwerking tussen huisartsen en verloskundigen draagt bij aan betere geboortezorg. Vanuit de Huisartsen Kring Haaglanden (HKH) en VZH was er behoefte om deze samenwerking te verbeteren. Er zijn zeer concrete afspraken gemaakt omtrent het verbeteren van de onderlinge bereikbaarheid en samenwerking. Zo informeren – in overleg met de cliënt – verloskundigen de huisarts nu via ZorgMail over de zwangerschap en zijn huisartsen eenvoudiger te bereiken voor de verloskundigen. De afspraken zijn besproken en goedgekeurd door de beide beroepsgroepen.
- Ketenpartners 1^e lijns Kindzorg
In 2011 ondertekenden de VZH, Kraamschakel en Jong Florence (JGZ 0-4) de intentieverklaring ‘Intensiveren samenwerking’. Het was de basis voor en de start van structureel overleg tussen deze partners. Door de jaren heen is door de partners tijd en aandacht gegeven aan de samenwerking. Een mooi concreet resultaat is het uniforme overdrachtsformulier, waarbij verloskundige en/of gynaecoloog en kraamzorg de overdracht naar JGZ bundelen in één formulier dat door alle partners in de stad wordt gehanteerd.



Preventief Werken aan Perinatale Gezondheid

(speerpunt 2)

Na de analyse van de problematiek, wensen en behoeften en de al bestaande interventies, kwam de werkgroep preventie tot de conclusie dat er behoefte was aan materialen om het gesprek over 'gezonde zwangerschap en geboorte' in de wijk en op school te stimuleren.

Ontwikkeling van educatieve en voorlichtingsmaterialen

De strategie om waar mogelijk aan te haken bij andere programma's en de verbinding te zoeken met lokale en andere partners deed kleine mogelijkheden groeien tot grote kansen. Met beperkte financiële middelen is veel bereikt.

- GGD Rotterdam-Rijnmond en de GGD Den Haag financierden in 2013 gezamenlijk de ontwikkeling van het Negen Maanden Spel. Dit gezelschapsspel voor iedereen van 16-99 jaar is ontwikkeld met een brede groep professionals en partners en vervolgens verspreid en gepromoot door de gehele stad: in het onderwijs, bij vrouwengroepen, bij vadergroepen, bij taaleducatie etc. Vrij snel na de verspreiding is het spel geëvalueerd.¹⁰ Dit resulteerde in een aantal goede suggesties over inzet en ondersteuning.
- Op de website www.oefenen.nl bestaat een module 'Gezond Zwanger'. Dit programma richt zich op langzaam lerende, laaggeletterde en/of analfabete jongvolwassenen, zowel autochtoon als allochtoon met vragen en informatieachterstand over zwangerschap en geboorte. Deze module is ontwikkeld door Stichting Expertise Centrum ETV, ondersteund door partners van HAPG en gefinancierd door de Gemeente Den Haag vanuit de Haagse Educatieve Agenda. Het is een online programma met zeven hoofdstukken met videostrips en oefeningen. De animaties vormen samen één stripverhaal. Binnen drie maanden stond het spel met bijna 40.000 bezoekers in de top tien van best bezochte programma's van het online oefenprogramma.
- De poster voor jongeren over seksualiteit en het maken van keuzes: 'Vind je iemand leuk' was onderdeel van de Week van de Liefde 2014 en vindt inmiddels zijn weg in Den Haag, onder andere op scholen. Op deze poster, opgesteld als een weg vol keuzes met QR-codes naar meer informatie heeft ook aandacht voor zwangerschap (en wat je moet doen om gezond zwanger te zijn). Zeker 450 posters zijn in Den Haag verspreid. De poster is

samengesteld in overleg met partners uit de JGZ, verloskundigen, VO scholen, ROC, praktijkleerscholen, Centrum 16-22 en de Jutters.

- De folder 'Voorkom Zwangerschapsdiabetes' is ontwikkeld op verzoek van de verloskundigen.¹¹ Het ontbrak hen aan intercultureel materiaal ter ondersteuning van het gesprek over voeding. De folder wordt met toelichting door de verloskundige persoonlijk verspreid onder zwangeren met verhoogd risico op zwangerschapsdiabetes. Inmiddels wordt de tweede druk door de VZH gefinancierd. In aansluiting op de folder zijn ook de eerste succesvolle kookworkshops voor zwangeren georganiseerd.

Preventieve activiteiten Gezond Zwanger worden en zijn

- Met financiële middelen van ZonMw (via HP4All) zijn 17 voorlichters Gezond Zwanger getraind (MBO niveau). Per jaar geven de voorlichters tussen de twintig à dertig voorlichtingen aan groepen in de wijk over zwangerschap en geboorte (mannen, vrouwen, jongeren, scholen, ouders etc.). Als ondersteunend materiaal beschikken zij over het Negen Maanden Spel en de poster 'Vind je iemand leuk?'.¹² Ook ontwikkelen zij hun eigen materiaal.
- Kinderwensspreekuur: In het kader van het onderzoek Preconceptiezorg HP4All is het kinderwensspreekuur weer gestart. Kinderwensspreekuren of -consulten zijn bedoeld om vrouwen voor te bereiden op een gezonde zwangerschap. Huisartsen en verloskundigen geven in dit consult informatie en voorlichting aan vrouwen -en hun partners- met een kinderwens. Op veel verschillende manieren is er aandacht besteed aan de (her)start van het kinderwensspreekuur. Vrouwen uit de achterstandswijken zijn via folders, de lokale (wijk)krant en een brief aan alle vrouwen in de leeftijd 19 tot 40 jaar benaderd. Uiteindelijk namen in de onderzoeksperiode (2013 en 2014) 234 Haagse vrouwen deel aan het kinderwensspreekuur. Mondjesmaat zijn er nog steeds vrouwen met een zwangerschapswens die de verloskundige bezoeken. Voor sociale minima heeft de gemeente Den Haag het kinderwensspreekuur opgenomen in de zorgpolis. In 2016 is HP4All 2 gestart met het onderzoek naar Interconceptiezorg. Ouders worden vanuit het consultatiebureau doorverwezen naar het kinderwensspreekuur voorafgaand aan de volgende zwangerschap. JGZ Jong Florence doet dit onder andere door de volgende



zwangerschapswens met ouders te bespreken en hen te wijzen op een filmpje.¹³

- Zwangeren in beweging: Bewegen is voor zwangeren in achterstandswijken lang niet altijd een vanzelfsprekendheid. Zwangerschapsgym of yogagroepen vinden geen aansluiting in deze wijken. De verloskundigen in Den Haag signaleren dat veel zwangere vrouwen uit de achterstandswijken niet of nauwelijks bewegen. Verloskundigen van een aantal praktijken, de Haagse Aanpak Gezond Gewicht en de gemeentelijke afdeling Sportsupport zetten zich sinds kort gezamenlijk in om een manier te vinden om dit 'aan te pakken'. Een vast uurtje per week laagdrempelig bewegen voor zwangeren kwam moeilijk van de grond. Over het vervolg wordt nagedacht.

Vraaggerichte infrastructuur (speerpunt 3)

In haar geboorteplan beschrijft een zwangere – in overleg – haar wensen met betrekking tot de zorg tijdens de zwangerschap en bevalling. Het geboorteplan, als uitgangspunt voor de verloskundige zorg, is inmiddels gebruikelijk voor verloskundigen en gynaecologen. De toenemende samenwerking in de geboortezorg tussen de eerste en de tweede lijn – zoals beschreven bij het versterken van de zorgketen – draagt bij aan het zoveel mogelijk centraal stellen van de zwangeren.

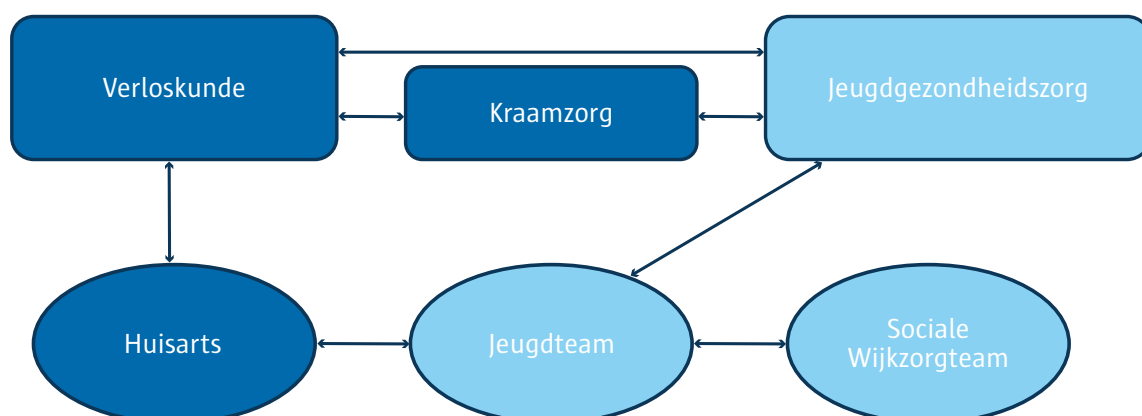
In de zorg voor kwetsbare zwangeren is met het oog op continuïteit de verbinding van de geboortezorg met de JGZ en eventueel jeugdteams belangrijk. Juist omdat geboortezorg en de CJG's/JGZ en Jeugdteams vanuit andere kaders en wetten geregeld worden, is het borgen van de afstemming en overdracht belangrijk. Figuur 2 illustreert hoe in Den Haag de verbinding tussen beiden wordt gelegd. Daarin heeft

de JGZ de verbindende rol: (geboorte)zorg (donkerblauw) en de door de gemeente gefinancierde multidisciplinair jeugdteam en JGZ (lichtblauw). De JGZ kan bij twijfels en sociale problematiek een prenataal huisbezoek brengen tijdens de zwangerschap. Aanvraag hiervoor doet de verloskundige/gynaecoloog, eventueel na overleg met de huisarts. De jeugdverpleegkundige brengt tijdens het huisbezoek de problematiek in kaart, werkt aan stevig ouderschap en kan zo nodig – in overleg met de aanstaande ouders en de geboortezorg – de situatie bespreken in het Jeugdteam waar vanuit verdere zorg geregeld kan worden. Na de introductie van risicoscreening, de sociale zorgpaden en de toegenomen bekendheid van de JGZ in de tweede lijn, is het aantal prenatale huisbezoeken verdubbeld. Het aantal zwangeren dat doorverwezen wordt naar het jeugdteam of sociale wijkteam is zeer beperkt.

Perinatale sterfte 2000 – 2014

Over de periode 2000-2014 konden gegevens van perinatale sterfte worden verkregen van Stichting Perined. Als gevolg van wijzigingen bij Stichting Perined (andere manier van koppeling gegevens uit de eerste en de tweede lijn) komen de gegevens niet geheel overeen met de eerder gepresenteerde gegevens over de periode 2000-2008.² Daarnaast komen de perioden niet overeen met de start van de Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid in 2012. Toch is de indeling in de perioden 2000-2008 en 2009-2014 aangehouden omdat een kleinere tijdsperiode te kleine aantallen perinatale sterfte zou omvatten voor een goed beeld. Verschillen in perinatale sterfte zijn niet statistisch getoetst; dit is niet nodig omdat er geen steekproef getrokken is (gegevens betreffen alle zwangerschappen vanaf 22 weken).

Figuur 2. Verbinding Geboortezorg met Jeugdteams via Jeugdgezondheidszorg.



Tabel 1. Totale perinatale sterfte, in totaal en naar wijken op basis van de sociaal-economische status van de inwoners, Den Haag 2000-2008 en 2009-2014.

Wijken	2000-2008		2009-2014	
	Aantal geboorten	Perinatale sterfte (‰)	Aantal geboorten	Perinatale sterfte (‰)
Hoge SES	18.387	7,2	13.237	5,6
Overgang	14.152	11,6	10.442	9,6
Lage SES	20.200	14,3	15.001	10,7
Totaal Den Haag	52.739	11,1	38.680	8,6
Verskil met landelijk	-	1,5	-	0,9

Het aantal geboorten in Den Haag ligt rond de zesduizend per jaar (5.860 geboorten per jaar in 2000-2008, 6.447 in 2009-2014). De perinatale sterfte is afgenomen van 11,1 per 1.000 geboorten in 2000-2008 naar 8,6 per 1.000 geboorten in 2009-2014 (Tabel 1). De afname was zichtbaar in alle groepen van wijken. Gemiddeld overleden er in Den Haag in 2000-2008 65 kinderen per jaar vanaf de 22^{ste} week van de zwangerschap tot één week na de geboorte, in 2009-2014 was dit gedaald tot 56 kinderen per jaar. Er overlijden in Den Haag dus jaarlijks 9 kinderen minder rondom de geboorte.

De perinatale sterfte is afgenomen van 11,1 per 1.000 in de jaren 2000-2008 naar 8,6 per 1.000 in de jaren 2009-2014.

Het verschil in perinatale sterfte tussen de hoge SES-wijken en de lage SES-wijken was in 2000-2008 een factor twee. In 2009-2014 is dit verschil iets kleiner geworden (factor 1,9). Hiermee is een stap gezet in de ambitie om het verschil in de perinatale sterftcijfers tussen de wijken met een lage SES en de wijken met een hoge SES te reduceren met de helft (niet twee keer maar maximaal anderhalf keer zo hoog).

Ook landelijk is er een daling in perinatale sterfte te zien. In Nederland nam de perinatale sterfte af van 9,6 per 1.000 geboorten in 2000-2008 tot 7,8 per 1.000 geboorten in 2009-2014. De perinatale sterfte in Den Haag is nog steeds hoger dan landelijk, maar het verschil neemt af van 1,5 per duizend in 2000-2008 tot 0,9 per duizend in 2009-2014. Hiermee is een stap gezet in de ambitie om de Haagse perinatale sterfte naar het landelijk niveau terug te brengen.

Reflectie

Cijfers laten zien dat het verschil van de perinatale sterfte in Den Haag met het landelijk gemiddelde afneemt, alsook het verschil in perinatale sterfte tussen de Haagse wijken. Dit is een goed en zeer hoopvol resultaat en steunt alle betrokken partners in de energie en ambitie om verdere stappen te zetten als het gaat om het verbeteren van de perinatale gezondheid.

Waar alle partners binnen de Haagse geboortezorg trots op mogen zijn, is de toename van samenwerking en verbinding. De betrokken partners hebben veel tijd en energie besteed aan het elkaar goed leren kennen, het opbouwen van vertrouwen en het naar elkaar luisteren op basis van wederzijds respect voor expertise en visies. Dit is dé basis om verdieping aan te brengen binnen de samenwerking en deze te intensiveren. De relaties tussen verloskundige zorg, kraamzorg en jeugdgezondheidszorg zijn duidelijker, het netwerk om de geboortezorg heen is in kaart gebracht en zorgpaden faciliteren de ontsluiting. Als er zorgen zijn (zowel prenataal als na de geboorte) weet men elkaar te vinden. Het samenwerken vanuit een gezamenlijke ambitie, wordt door alle betrokkenen als bijzonder en positief ervaren.

De VSV's hebben in Den Haag een duidelijke ontwikkeling doorgemaakt en zijn volop in beweging. Het is interessant om te analyseren op welke wijze de groei naar integrale zorg de kwaliteit van de zorgverlening verbetert. Tegelijkertijd is er op landelijk niveau veel onrust in de geboortezorg. De zorgstandaard

Waar alle partners binnen de Haagse geboortezorg trots op mogen zijn, is de toename van samenwerking en verbinding.



Integrale Geboortezorg is in juni 2016 door het Zorginstituut Nederland vastgesteld. In de standaard wordt vanuit het perspectief van een zwangere voor elke fase in de zwangerschap de noodzakelijk geachte zorg voor en begeleiding van de zwangere beschreven. Het gaat dan zowel om de basiszorg die iedere zwangere aangeboden hoort te krijgen, als om de aanvullende zorg – bij risico's of complicaties – conform de geldende richtlijnen, aangevuld met regionale en lokale afspraken. De komende periode moet duidelijk worden hoe de zorgstandaard zijn uitwerking krijgt in Den Haag.

In zijn algemeenheid hebben veel verschillende preventie-interventies plaatsgevonden vanuit een zeer breed spectrum aan werkwijzen. Na de lancering vraagt de implementatie veel aandacht, een lange adem en een groot draagvlak. Een continue investering op preventie en de partners die daarbij betrokken zijn, is nodig. Op cruciale thema's voor een gezonde (start van de) zwangerschap is te weinig voortgang geboekt, zoals het correct gebruik van foliumzuur en het roken en/of drinken van alcohol tijdens de zwangerschap.

De verschillen in de perinatale gezondheid van de Haagse wijken worden voor een belangrijk deel verklaard door de stapeling van niet medische risico's vaak gerelateerd aan armoede. Daarom zou bij de zorg op maat voor kwetsbare zwangeren in achterstandssituaties sociale verloskunde het uitgangspunt behoren te zijn. De kennis van de zorgverleners in de geboortezorg samen met sociale hulpverlening en voeding- en leefstijlbeïnvloeding legt de basis voor integrale zorg op maat. Aan sociale verloskunde wordt inhoud gegeven door de verbreding van verloskundige zorg (inclusief preconceptie en antenatale zorg) en de lokale sociaal maatschappelijke hulpverlening en de jeugdgezondheidszorg.¹⁴

Ambities

Op 7 juli 2016 zijn de ambities voor het vervolg van HAPG met de leden van het platform perinatale gezondheid besproken. Alle partners onderschrijven de richting van het vervolg: de wensen en behoeften van cliënten vormen het uitgangspunt om de perinatale gezondheid te verbeteren. Daarbij ligt de focus op preventie en de verbinding tussen de geboortezorg en de bestaande structuren in de wijk, juist voor de risicozwangeren.

De wensen en behoeften van cliënten vormen het uitgangspunt om de perinatale gezondheid te verbeteren.

Verdiepende analyse

Diepergaande analyse van cijfers over de perinatale sterfte, morbiditeit alsook van demografische ontwikkelingen in de wijk en bijvoorbeeld wanneer de zwangeren in zorg komen, vindt plaats in samenspraak met de leden van het platform perinatale gezondheid. Doel hiervan is om meer zicht te krijgen op risicogroepen en risicofactoren, om vervolgens gezamenlijk een (vervolg)aanpak te ontwerpen.

Versterken Zorgketen (speerpunt 1)

Cliëntenparticipatie staat, zowel in Nederland als internationaal, volop in de belangstelling.¹⁵ Veel westerse landen stappen af van een 'top-down' gezondheidszorgbeleid en willen dat cliënten een expliciete rol krijgen in de gezondheidszorg.¹⁶ Eerder stond de cliënt ook centraal in besluitvormingsprocessen, maar werd er meer *over* dan *met* de cliënt gesproken.¹⁷ Ook de partners binnen HAPG willen 'de stem' van cliënten actiever gebruiken om het eigen handelen te verbeteren en zo goed mogelijk te kunnen werken vanuit de wensen en behoeften van cliënten. Methodologieën zoals spiegelgesprekken – uitgevoerd in beide VSV's – maken het mogelijk gericht de zorg te verbeteren. Dit zijn gesprekken tussen zorgprofessionals en cliënten, waarbij (onder leiding van een onafhankelijk voorzitter), direct feedback en informatie wordt verzameld over de verleende en ervaren zorg- en dienstverlening.

De geboortezorg groeit toe naar integrale zorg, waar het schot tussen de eerste en tweede lijn verdwijnt en samenwerking tussen verloskundige en gynaecoloog vanzelfsprekend is. Een perinataal webbased dossier draagt hieraan bij, maar is voorlopig nog een droom door de vele obstakels buiten de lokale invloedssfeer.

Sociale verloskunde krijgt prioriteit. Systematische risicoscreening en aanvullende (sociale) zorgpaden ondersteunen een optimalisering van de geboortezorg. Dit geeft de mogelijkheid de cliënt en zijn omgeving centraal te stellen. De digitale



beschikbaarheid (ook voor de tweede lijn) faciliteren het gebruik van de screening en de zorgpaden. Zorg voor kwetsbare risicozwangeren vraagt de aandacht van de gehele geboortezorg. Sociale verloskunde (met risicoscreening en sociale zorgpaden), Centering Pregnancy en het versterken van competenties van zorgprofessionals zijn verschillende manieren om de zorg voor deze groep zwangeren te borgen. Het is de ambitie om de geboortezorg te versterken in onder andere het herkennen en omgaan met huiselijke geweld, zwangeren met een (verstandelijke) beperking, verslavingen (roken), jonge moeders en vluchtelingen.

Preventie (speerpunt 2)

De ambitie is dat Haagse zwangeren zo gezond mogelijk zwanger worden en zwanger zijn. Dit betekent een nieuwe impuls voor preconceptiezorg (en interconceptiezorg). Het belang van gezond zwanger worden krijgt hierbij een plek in de wijk. De ambities zijn dat het correct gebruik van foliumzuur toeneemt, evenals het vitamine D-gebruik. Het aantal zwangeren dat rookt neemt verder af en het aantal zwangeren dat afziet van alcoholgebruik neemt toe. Bewegen en gezonde voeding dragen bij aan een gezonde zwangerschap en goede start. De partners van HAPG vinden nieuwe manieren om dit onder zwangeren van de doelgroep te promoten.

Vraaggerichte infrastructuur (speerpunt 3)

De zorg voor kwetsbare zwangeren verbetert en de logische verbinding tussen geboortezorg en JGZ wordt versterkt waardoor risicogezinnen in beeld zijn vanaf de geboorte. Het is de ambitie om het aantal prenatale huisbezoeken (nogmaals) te verdubbelen. Het aantal zwangeren dat begeleid wordt in het kader van Stevig Ouderschap, neemt toe. Waar nodig neemt het Jeugdteam zijn rol in de begeleiding van het risicogezin en versterkt het gezin in zijn eigen kracht.

Tot slot

Het verbeteren van de perinatale gezondheid is geen sinecure. Veel partners zijn betrokken binnen HAPG, waarbij de gezamenlijke ambitie tegelijkertijd een omvangrijke, complexe maar uitdagende 'opdracht' is gebleken door de jaren heen. Met elkaar houden de partners koers, zetten ze gezamenlijk nieuwe stappen vanuit dezelfde ambitie en zijn ze trots op de energie, betrokkenheid en inzet van eenieder.

Dankwoord

De auteurs danken alle partners van het Platform Perinatale Gezondheid voor alle bijdragen. Tevens bedanken zij Stichting Perined voor de toestemming de cijfers over perinatale sterfte te mogen analyseren (16.28).

OVER DE AUTEURS

Mw. A.A. de Graaf, MPH, MPM, senior projectleider Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid GGD Haaglanden. **Mw. Dr. Ir. I.M. van der Meer**, senior epidemiologisch onderzoeker GGD Haaglanden. **Mw. D.M.B. Metaal MSc.**, senior adviseur Lijn1 (Regionale Ondersteuningsstructuur voor de eerste lijn).
E-mail: annette.degraaf@ggdhaaglanden.nl.

REFERENTIES

- 1 De Graaf JP, Ravelli ACJ, Wildschut HJ, Denkta S, Voorham AJ, Bonsel GJ, Steegers EAP. **Perinatale uitkomsten in de vier grote steden en de prachtwijken in Nederland**. Ned Tijdschr Geneesk 2008, 152: 2734-2740.
- 2 Middelkoop BJC, Jacobi CE, Dijk AAHM van. **Perinatale sterfte en morbiditeit in Den Haag, 2000-2008**. Epidemiologisch Bulletin 2011, 46: 2-12.

- 3 Kortekaas MHM, Miranda E de, Jacobi CE, Middelkoop BJC. **Perinatale sterfte onder Creoolse vrouwen, Den Haag 2000-2010**. Epidemiologisch Bulletin 2013, 48: 27-38.
- 4 **Aan de slag met Haagse Perinatale Gezondheid. Deel I: Uitvoeringsdocument**. Den Haag, 2012: Public Result B.V. In opdracht van Haags Platform Perinatale Gezondheid (HPPG), opdrachtnummer PERIN 12-2.
- 5 Raadsinformatie: RIS249015, brief en bijlage 2.
- 6 **Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid. Resultaten en ambities in beeld**. Den Haag: GGD Haaglanden; 2016. www.ggdhaaglanden.nl/hapg-publicaties
- 7 WHO Commission on the Social Determinants of Health. **Achieving health equity: From root causes to fair outcomes**. Geneva: World Health Organisation; 2007.
- 8 Baldwin KA. **Comparison of selected outcomes of CenteringPregnancy versus traditional prenatal care**. J Midwifery Womens Health 2006, 51: 266-272.



- 9 Rijnders M, Bruinsma-van Zwicht B, Crone M. **CenteringPregnancy in Den Haag. In: Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid. Resultaten en ambities in beeld.** Den Haag: GGD Haaglanden; 2016. www.ggdhaaglanden.nl/hapg-publicaties
- 10 Karamali N, Meer I van der. **Evaluatie van het Negen Maanden spel. Een laagdrempelig voorlichtingsmiddel ter bevordering van de perinatale gezondheid in Den Haag en Rotterdam.** Den Haag: GGD Haaglanden; 2015. www.ggdhaaglanden.nl/publicaties
- 11 Folder: **Voorkom zwangerschapsdiabetes.** www.ggdhaaglanden.nl/hapg-publicaties
- 12 Poster: **Vind je iemand leuk.** www.ggdhaaglanden.nl/publicaties
- 13 Filmpje: www.jongflorence.nl/wcs/ogk/nl/8301/kinderwensspreekuur.html
- 14 Steegers EAP, Denkta S, Graaf J.P de, Bonsel GJ. **Sociale verloskunde voorkomt armoedeval.** Medisch Contact 2013, 68: 714-717.
- 15 Teunissen GJ, Abma TA. **Derde partij: tussen droom en daad. Een verkennend onderzoek naar de patiëntenpartij en -criteria voor onderzoek, beleid en kwaliteit bij overheden en zorginstellingen.** Tijdschr Gezondheidswetenschappen 2010, 4: 182-189.
- 16 Leys M, Reyntens S, Gobert M, Becher K [Eindredactie] **Patiëntenparticipatie in het gezondheidszorgbeleid. Hoe patiënten een expliciete plaats geven in de organisatie van de gezondheidszorg? Een literatuuroverzicht en verkenning van internationale en Belgische initiatieven.** Brussel: Koning Boudewijnstichting; 2007.
- 17 Van de Bovenkamp H, Grit K, Bal R. **Inventarisatie patiëntenparticipatie in onderzoek, kwaliteit en beleid.** Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) Erasmus MC, Universitair Medisch Centrum Rotterdam; 2008.

Wilt u reageren op dit artikel?
Dan kunt u mailen naar de auteur(s)
of naar de redactie:
epibul@ggdhaaglanden.nl



SAMENVATTING

INLEIDING

Uit de Gezondheidsmonitor van 2014 blijkt dat in Haagse wijken met achterstand 85% van de 4- tot en met 12-jarigen en 67% van de 13- tot en met 18-jarigen dagelijks ontbijt. Uit gesprekken met professionals lijken echter veel kinderen en jongeren in de achterstandswijken zonder ontbijt naar school te gaan. Vanwege deze discrepantie is besloten tot een uitgebreider onderzoek naar het ontbijtgedrag van kinderen en jongeren in Haagse achterstandswijken.

METHODE

Een mondelinge vragenlijst over het ontbijtgedrag is afgenomen bij ouders van kinderen van 2 tot en met 12 jaar en bij jongeren van 13 tot en met 18 jaar.

RESULTATEN

In totaal hebben 254 ouders van kinderen en 177 jongeren meegedaan aan het onderzoek. Uit de vraag naar het aantal dagen ontbijten blijkt dat 85% van de kinderen en 59% van de jongeren dagelijks ontbijt. Volgens de voor dit onderzoek gehanteerde definitie voor ontbijten (voor schooltijd, thuis, met brood of ontbijtgranen blijkt 76% van de kinderen en 47% van de jongeren elke schooldag te ontbijten. Wat opvalt is dat veel kinderen en jongeren bij het ontbijt een suikerhoudende drank drinken, zoals chocolademelk, appelsap of thee met suiker: 45% van de kinderen en 37% van de jongeren (onbekend bij 5% van de kinderen en 13% van de jongeren).

CONCLUSIES

Het percentage kinderen en jongeren dat ontbijt volgens de voor het onderzoek gehanteerde definitie is lager dan werd vastgesteld in een vragenlijst met een enkelvoudige vraag naar het aantal dagen ontbijten. Met slechts driekwart van de kinderen en bijna de helft van de jongeren die volgens de definitie lijkt te ontbijten blijft het stimuleren van ontbijten voor schooltijd relevant. Het terugdringen van de consumptie van suikerhoudende drank verdient ook aandacht.

Een goede start van de dag

Er blijkt een verschil tussen de gegevens uit de GGD Gezondheidsmonitor van 2014 en de signalen van professionals met betrekking tot het ontbijtgedrag van kinderen en jongeren. Daarom heeft GGD Haaglanden een uitgebreider onderzoek uitgevoerd naar het ontbijtgedrag van kinderen en jongeren in achterstandswijken. Daarbij hebben de onderzoekers een eigen definitie van ontbijt toegepast met als kenmerken: voor schooltijd, thuis en met brood of ontbijtgranen. Uit het onderzoek blijkt dat het percentage kinderen en jongeren dat volgens deze definitie een ontbijt nuttigt, lager is dan de cijfers uit de Gezondheidsmonitor. Het komt erop neer dat in een gemiddelde basisschoolklas een op de vier leerlingen wekelijks (weleens) zonder ontbijt naar school gaat. Het stimuleren van dagelijks ontbijten bij deze doelgroep blijft daarom relevant.

Sanne Roos en Irene van der Meer

Inleiding

Uit de Gezondheidsmonitor van 2014 blijkt dat 91% van de Haagse kinderen (4 tot en met 12 jaar) en 74% van de Haagse jongeren (13 tot en met 18 jaar) dagelijks ontbijt.¹ De cijfers geven aan dat minder kinderen uit Haagse wijken met achterstand dagelijks ontbijten (85%) dan kinderen uit Haagse wijken zonder achterstand (95%).¹ Ook jongeren uit Haagse wijken met achterstand ontbijten minder vaak (67%) dan jongeren uit wijken zonder achterstand (82%). Het onderzoek uit de Gezondheidsmonitor omtrent het ontbijtgedrag is beperkt gebleven tot een schriftelijk onderzoek met alleen de vraag hoeveel dagen per week kinderen en jongeren ontbijten. Een mogelijke verklaring voor deze hoge percentages is sociale wenselijkheid van de antwoorden, alsook een selectieve non-respons (als vooral personen die dagelijks ontbijten aan het onderzoek hebben deelgenomen). Ook kan sprake zijn van een verschil in interpretatie van wat een ontbijt is tussen inwoners en de onderzoekers en/of professionals. Uit gesprekken tussen de GGD en professionals zoals docenten op basisscholen en welzijnsmedewerkers komt naar voren dat er in de wijken met achterstand veel kinderen en jongeren zonder ontbijt naar school zouden gaan.



Gezien het verschil in percentages in de Gezondheidsmonitor en de signalen van professionals heeft GGD Haaglanden een uitgebreider onderzoek naar het ontbijtgedrag van kinderen en jongeren in achterstandswijken uitgevoerd. De onderzoeksvraag was: 'Hoeveel procent van de kinderen (volgens ouders) en jongeren zegt dagelijks te ontbijten en hoeveel procent ontbijt volgens de voor het onderzoek gebruikte definitie met criteria waaraan een ontbijt zou moeten voldoen (zie kader). Subvragen betroffen de producten die de Haagse jeugd tijdens het ontbijt gebruikt en hoe belangrijk ze het ontbijt vinden.

Het belang van ontbijten

Ontbijten is een belangrijk onderdeel van een gezonde leefstijl, 'Ontbijt elke dag' is daarom ook één van de kernboodschappen van de Haagse Aanpak Gezond Gewicht (HAGG).¹⁰ Het ontbijt is de eerste maaltijd op een dag, het breekt het vasten na een periode van slaap en brengt daarmee de spijsvertering op gang. Daarnaast levert het ontbijt energie en voedingsstoffen voor een goede start van de nieuwe dag.¹¹⁻¹³

Definitie van ontbijt

Voor dit onderzoek is een definitie voor ontbijten gehanteerd, gebaseerd op onderstaande criteria:

Voor schooltijd: Uit onderzoek blijkt dat kinderen een betere concentratie hebben en betere schoolprestaties leveren indien zij voor school ontbijten.²⁻⁵ Volgens deze definitie van ontbijt moet het ontbijt daarom vóór schooltijd worden gegeten. Omdat het criterium 'voor schooltijd' in het weekend over het algemeen niet van toepassing is, is deze definitie van ontbijt gebaseerd op het ontbijtgedrag op schooldagen.

Thuis: De ideale situatie is als kinderen thuis ontbijten aangezien uit onderzoek blijkt dat dit beter is voor het eetgedrag van kinderen.^{5,6} Volgens deze definitie van ontbijt moet daarom thuis worden ontbeten.

Met brood of ontbijtgranen: Het Voedingscentrum zegt in de Richtlijnen Voedselkeuze 2011 over het ontbijt: 'Ontbijt en lunch zijn broodmaaltijden, dat wil zeggen ze moeten brood bevatten; bij het ontbijt mag dit ook een ontbijtgraan zijn'.⁷ De Gezondheidsraad geeft in de Richtlijnen Goede Voeding van 2006 en 2015 geen specifieke richtlijnen aan waaraan een ontbijt moet voldoen.^{8,9} Volgens deze definitie van ontbijt moet het ontbijt daarom graanproducten zoals brood of ontbijtgranen bevatten.

Versillende onderzoeken laten zien dat mensen die niet ontbijten vaak een hoger lichaamsgewicht hebben in vergelijking met mensen die wel ontbijten.¹⁵⁻¹⁷ Het regelmatig overslaan van het ontbijt lijkt daarom een risicofactor voor het ontwikkelen van overgewicht,¹⁵ dagelijks ontbijten wordt geassocieerd met minder overgewicht en obesitas.¹⁶ Uit een literatuurstudie naar ontbijtgewoonten blijkt dat kinderen die regelmatig ontbijten een betere voedingsinname hebben in vergelijking met niet ontbijtende kinderen. Het overslaan van het ontbijt zou juist resulteren in een hogere en vaak onevenwichtige energie-inname gedurende de dag.¹⁴ Zo zouden kinderen die het ontbijt overslaan, eerder de neiging hebben om later op de dag voor minder gezonde tussendoortjes te kiezen.¹⁸ Uit verschillende onderzoeken naar het effect van het eetpatroon op de prestaties van kinderen blijkt dat ontbijten een positieve impact heeft op de schoolprestaties van kinderen. Kinderen die ontbijten zouden volgens de onderzoeken een betere concentratie hebben en betere schoolprestaties leveren.²⁻⁵

Methoden

Een mondelinge vragenlijst over ontbijtgedrag is afgenomen bij ouders van 2- tot en met 12-jarige kinderen en bij jongeren in de leeftijd van 13 tot en met 18 jaar, die wonen in achterstandswijken van de Haagse stadsdelen Centrum en Escamp. De leeftijds-groepen omvatten dezelfde leeftijden als het onderzoek in de Gezondheidsmonitor (4-18). De 2- en 3-jarigen zijn geïncludeerd omdat dit een aandachtsgroep is van de Haagse Aanpak Gezond Gewicht (HAGG). Een ouder kan meerdere kinderen hebben in de leeftijdscategorie van 2 tot en met 12 jaar. Als er tijdens het onderzoek naar alle kinderen van een ouder zou zijn gevraagd, dan zouden kinderen uit gezinnen met meerdere kinderen meer kans hebben om in het onderzoek te komen dan kinderen uit gezinnen met één kind. Om die redenen is per ouder om de gegevens van één kind gevraagd. Voor een zo hoog mogelijke respons en een zo klein mogelijke selectie zijn de respondenten geworven op verschillende plekken waar inwoners van de betreffende achterstandswijken komen. Zo zijn de enquêtes afgenomen bij speeltuinen, winkelcentra, scholen, buurthuizen en een Centrum voor jeugd en gezin, in stadsdelen Centrum en Escamp. De ervaring was dat jongeren over het algemeen bereid waren om mee te werken en dat dit bij de ouders verschilde per locatie; bij winkelcentra leken ouders minder bereid om deel te nemen dan bij speeltuinen of buurthuizen.

De vraag naar het aantal dagen per week ontbijten was dezelfde vraag als in het onderzoek van de Gezondheidsmonitor. Voor het toetsen aan de voor dit onderzoek gehanteerde definitie van ontbijt (zie kader op pagina 27) zijn vragen opgenomen over het aantal schooldagen, wanneer (bijvoorbeeld voor schooltijd, of in

de schoolpauze), waar (bijvoorbeeld thuis, of onderweg) en wat er ontbeten wordt. Voor inzicht in belemmerende en bevorderende factoren voor ontbijten is gevraagd naar redenen om wel of niet te ontbijten. Daarnaast is er een aantal vragen gesteld om te meten hoe de houding van ouders en jongeren ten opzichte van het ontbijt was: ontbijten de ouders samen met de kinderen en jongeren, hoe belangrijk vinden ze het ontbijt en hoe gezond vinden ze hun eigen ontbijt?

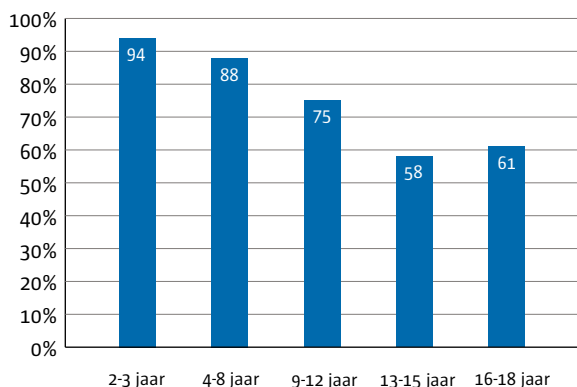
Resultaten

In totaal hebben 254 ouders van kinderen (82 van 2- tot en met 3-jarigen, 94 van 4- tot en met 8-jarigen en 78 van 9- tot en met 12-jarigen) en 177 jongeren (13- tot en met 18-jarigen) meegedaan aan het onderzoek.

Aantal dagen ontbijten volgens respondent

85% van de kinderen (2- tot en met 12 jaar) en 59% van de jongeren ontbijt volgens de respondent (ouder van kind of jongere zelf) dagelijks. 10% van de jongeren en 2% van de kinderen ontbijt (bijna) nooit. In figuur 1 is te zien dat het percentage kinderen (volgens ouders) en jongeren dat dagelijks zegt te ontbijten afneemt van 94% bij de 2- tot en met 3-jarigen naar 58% bij de 13- tot en met 15-jarigen, en dan ongeveer gelijk blijft tot 61% bij de 16- tot en met 18-jarigen.

Figuur 1. Het percentage kinderen (volgens ouders) en jongeren dat naar eigen mening dagelijks (inclusief weekend) ontbijt per leeftijdscategorie. Achterstandswijken van Centrum en Escamp, 2015.



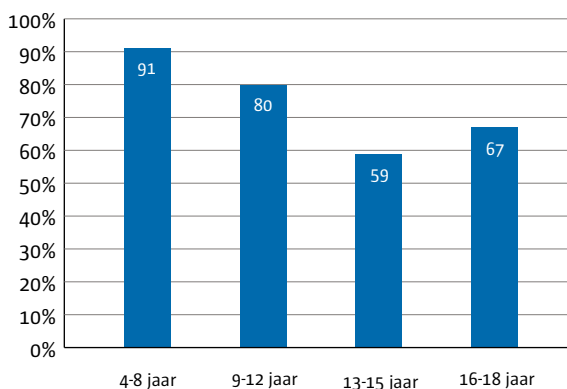
Het percentage 4- tot en met 12-jarigen dat volgens ouders uit dit onderzoek dagelijks zegt te ontbijten, komt overeen met de cijfers over kinderen uit wijken met achterstand van de Gezondheidsmonitor (Tabel 1). Het percentage jongeren uit dit onderzoek dat zegt dagelijks te ontbijten is iets lager dan de cijfers uit de Gezondheidsmonitor over jongeren uit wijken met achterstand.

Ontbijten op schooldagen

Kinderen uit de jongste leeftijdscategorie (2- tot en met 3-jarigen) gaan nog niet naar de basisschool. Om deze reden is tijdens het analyseren van de gegevens die specifiek over schooldagen gingen een selectie gemaakt van kinderen in de basisschoolleeftijd (4 tot en met 12 jaar) en jongeren (13 tot en met 18 jaar). Ouders geven aan dat 87% van de kinderen elke schooldag ontbijt, 3% zegt dat de kinderen (bijna) nooit ontbijten op schooldagen. Van de jongeren zegt 63% elke schooldag te ontbijten en 20% ontbijt (bijna) nooit op schooldagen.

In Figuur 2 is te zien dat het percentage kinderen en jongeren dat dagelijks zegt te ontbijten afneemt bij de eerste drie leeftijdscategorieën. Meer jongeren in de oudste leeftijdscategorie (16 tot en met 18 jaar) zeggen elke schooldag te ontbijten (67%) ten opzichte van 13- tot en met 15-jarigen (59%).

Figuur 2. Het percentage kinderen (volgens ouders) en jongeren dat aangeeft elke schooldag te ontbijten per leeftijdscategorie. Achterstandswijken van Centrum en Escamp, 2015.



Tabel 1. Een vergelijking tussen het percentage dat dagelijks zegt te ontbijten volgens dit onderzoek en de Gezondheidsmonitor.²

Dagelijks (inclusief weekenddagen) ontbijten volgens respondent	Kinderen (4-12 jaar)	Jongeren (13-18 jaar)
Gezondheidsmonitor (totaal)	91%	74%
Gezondheidsmonitor (wijken met achterstand)	85%	67%
Ontbijtonderzoek (wijken met achterstand)	83%	59%



Redenen voor wel/niet ontbijten op schooldagen

De belangrijkste redenen om op schooldagen te ontbijten volgens ouders zijn een goede start van de dag, concentratie op school en trek in de ochtend. Redenen om niet te ontbijten zijn volgens ouders dat zij geen tijd hebben vanwege drukte in de ochtend (voor het werk) of omdat kinderen geen trek hebben. Jongeren geven aan niet te ontbijten omdat ze geen trek of geen tijd hadden. Ook geven verschillende jongeren aan dat ze niet ontbijten omdat ze 'geen zin' hebben om te ontbijten, ze bleven bijvoorbeeld liever langer slapen.

Locatie ontbijt

Volgens ouders ontbijten de meeste kinderen op de schooldagen thuis (88%). Een aantal kinderen ontbijt onderweg naar school (5%) of op school (4%). De andere kinderen ontbijten (bijna) nooit. Van de jongeren zegt 64% thuis te ontbijten, daarnaast ontbijt een gedeelte onderweg of op school (beide 8%). Meer jongens (13 tot en met 18 jaar) dan meisjes zeggen onderweg naar school te ontbijten (15% versus 2%).

Productkeuze ontbijt

De meeste kinderen (87%) en jongeren (69%) ontbijten op schooldagen met brood of ontbijtgranen. Bij de jongeren kiest 4% voor alleen een snack tijdens het ontbijt, zoals koek. Van alle kinderen drinkt 47% een zuiveldrink bij het ontbijt. Ook jongeren drinken voornamelijk zuivel tijdens het ontbijt (31%), zij kiezen echter minder vaak voor suikerhoudende zuivel (3%) dan kinderen (13%). Ongeveer evenveel kinderen als jongeren drinkt water tijdens het ontbijt (10% en 11%). Van alle kinderen uit dit onderzoek drinkt 45% een suikerhoudende drank bij het ontbijt zoals chocolademelk, appelsap of thee met suiker. Van de jongeren drinkt 37% een suikerhoudende drank bij het ontbijt. Dit percentage ligt mogelijk nog hoger omdat van 5% van de kinderen en 13% van de jongeren onbekend is of ze wel of geen suikerhoudende variant kiezen.

Van de andere voedingsmiddelen was onvoldoende informatie beschikbaar om een uitsplitsing te maken, bijvoorbeeld vet of suikerrijk ontbijtbeleg. Hiervoor zou een diëtetische anamnese afgenomen moeten zijn, dat was qua onderzoeksopzet niet haalbaar.

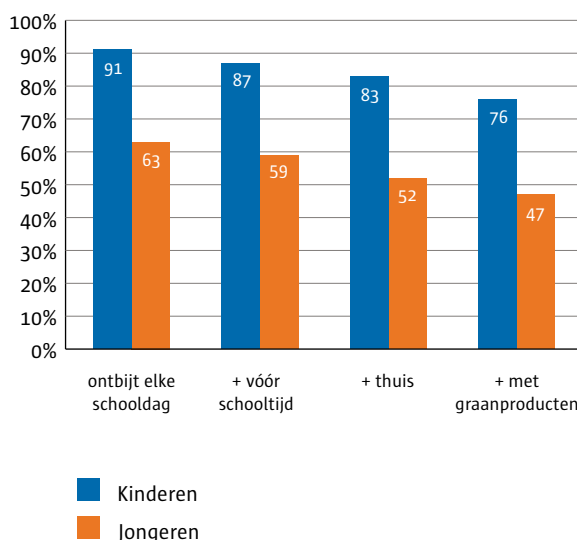
37% van de jongeren en 45% van de kinderen uit het onderzoek drinken een suikerhoudende drank bij het ontbijt zoals chocolademelk, appelsap of thee met suiker.

Ontbijten volgens definitie voor ontbijt

Figuur 3 is een overzicht van het percentage kinderen en jongeren dat ontbijt, waarbij steeds meer criteria worden meegenomen uit de definitie van ontbijt die voor dit onderzoek is aangehouden.

Het overzicht begint met het percentage kinderen en jongeren dat, naar mening van de ouders van kinderen en van de jongeren, minimaal vijf schooldagen per week ontbijt. Vervolgens is per duo staven een criterium van de voor het onderzoek gehanteerde definitie voor ontbijt toegevoegd: 'Voor schooltijd ontbijten' (thuis of onderweg), 'thuis ontbijten' en 'het ontbijt bestaat uit brood of ontbijtgranen'. Volgens deze definitie ontbijt 76% van de kinderen en 47% van de jongeren elke schooldag.

Figuur 3. Een overzicht van het percentage kinderen en jongeren dat elke schooldag ontbijt, waarbij steeds meer criteria van de voor het onderzoek gehanteerde definitie voor ontbijt zijn toegevoegd. Achterstandswijken van Centrum en Escamp, 2015.



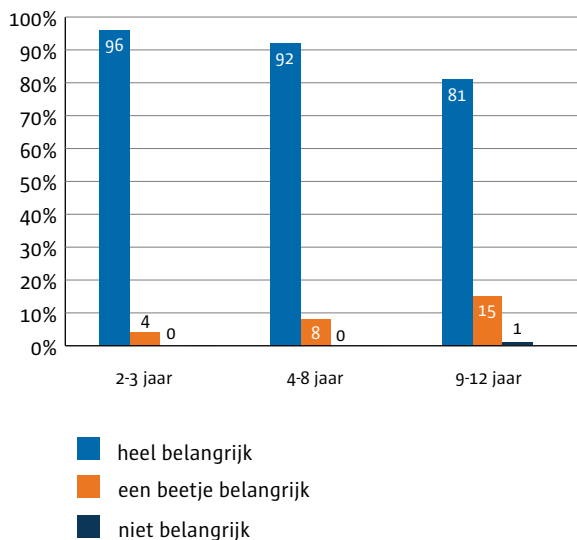
De houding ten opzichte van het ontbijt

Ouders van kinderen geven aan dat 44% van de kinderen (bijna) nooit met één of beide ouders ontbijt op schooldagen, bij de jongeren is dit percentage bijna het dubbele, namelijk 83%. 7% van de jongeren zegt elke schooldag met één of beide ouders te ontbijten, bij de kinderen is dit 40%. Bij de kinderen ontbijten meer meisjes (47%) met hun ouders dan jongens (34%). Hier blijkt ook een verschil te zijn tussen de kinderen uit de achterstandswijken van Centrum en Escamp: meer kinderen uit achterstandswijken van stadsdeel Centrum (47%) ontbijten met hun ouders dan kinderen uit achterstandswijken van stadsdeel Escamp (32%).

De meeste ouders vinden het belangrijk dat hun kind dagelijks ontbijt. In Figuur 4 is te zien dat, naarmate de kinderen ouder worden, ouders het minder belangrijk vinden dat hun kind ontbijt op schooldagen. Uiteindelijk gaf maar 1% van de ouders aan het niet belangrijk te vinden dat hun kind ontbijt. De meeste ouders

(69%) schat het ontbijt van hun kind gezond in. Daarnaast geeft 20% van de ouders aan het ontbijt van hun kind gemiddeld gezond te vinden, 2% geeft aan het ontbijt van hun kind ongezond te vinden. 4% van de ouders heeft geen idee of het ontbijt van hun kind gezond of ongezond was.

Figuur 4. Percentages van hoe belangrijk ouders het vinden dat hun kind elke schooldag ontbijt per leeftijdscategorie. Achterstandswijken van Centrum en Escamp, 2015.



Het grootste deel van de jongeren gaf aan het ontbijt heel belangrijk te vinden: 65%. Daarnaast gaf 20% aan het ontbijt een beetje belangrijk te vinden en 15% gaf aan het ontbijt niet belangrijk te vinden. Relatief meer meisjes (70%) dan jongens (61%) vonden het ontbijt heel belangrijk. Meer jongens (21%) gaven ook aan dat ze het ontbijt niet belangrijk vinden vergeleken met meisjes (10%). Van de jongeren gaf 42% aan dat ze hun ontbijt gezond vonden. Meer jongeren uit achterstandswijken van stadsdeel Centrum gaven aan dat ze hun ontbijt ongezond vonden (8%) dan jongeren uit achterstandswijken van stadsdeel Escamp (2%). Ook vonden meer jongens (47%) hun ontbijt gezond dan meisjes (39%). Meer meisjes gaven aan dat ze hun ontbijt ongezond vonden.

Conclusie

Het verschil tussen de (hoge) percentages dagelijks ontbijten volgens de Gezondheidsmonitor en signalen van professionals dat een groter aantal kinderen en jongeren uit achterstandswijken zonder ontbijt naar school gaat, is (deels) te verklaren uit de toegepaste definitie van ontbijt (zie pagina 27). Het percentage kinderen (volgens ouders) en jongeren dat dagelijks zegt te ontbijten neemt af van 94% bij de 2- tot en met 3-jarigen naar 58-61% bij de 13- tot en met 15-jarigen en 16- tot en met 18-jarigen. Deze percentages komen overeen met de cijfers uit het eerdere onderzoek van de Gezondheidsmonitor.¹ Wordt de in het onderzoek toegepaste definitie van ontbijt (voor schooltijd,

thuis en met brood of ontbijtgranen) gebruikt, dan ontbijt driekwart van de 4- tot en met 12-jarigen (76%) en bijna de helft van de 13- tot en met 18-jarigen (47%) elke schooldag. Nog steeds vindt een aantal professionals de gevonden percentages hoog. Volgens dit onderzoek ontbijt driekwart van de kinderen elke schooldag. Dit betekent dat in een gemiddelde basisschoolklas van 24 leerlingen (in achterstandswijken) er zes kinderen wekelijks (wel eens) zonder ontbijt naar school gaan. Veel kinderen en het grootste gedeelte van alle jongeren, ontbijten niet met hun ouders op schooldagen. Dit kan een belemmerende factor zijn voor het ontbijtgedrag van kinderen en jongeren, de voorbeeldfunctie van ouders is van invloed op het gedrag.¹⁴⁻¹⁸ Kinderen uit achterstandswijken van stadsdeel Escamp ontbijten minder vaak met hun ouders dan kinderen uit achterstandswijken van stadsdeel Centrum. Verder zijn er geen grote verschillen gevonden tussen het ontbijtgedrag per stadsdeel. Het grootste gedeelte van zowel de ouders als de jongeren geeft aan het ontbijt wel belangrijk te vinden. Als ze niet ontbijten zijn de belangrijkste redenen dat er geen tijd is om te ontbijten of dat de kinderen geen trek hebben. Deze resultaten komen overeen met de bevindingen van een kleinschalige pilot van 'the Breakfast Club' in de Haagse Schilderswijk.¹⁹

Een groot deel van zowel de ouders als de jongeren schat in dat het ontbijt dat ze consumeren gezond is. Toch kiest bijna de helft van de kinderen en ruim een derde van de jongeren voor een suikerhoudende drank bij het ontbijt. Er zijn aanwijzingen dat suiker uit drank makkelijker kan leiden tot een toename van overgewicht.²⁰ Uit een ander onderzoek blijkt dat jonge kinderen die dagelijks zoete drank drinken, vaker overgewicht hebben in tegenstelling tot kinderen die niet dagelijks zoete drank drinken.²¹ Daarnaast blijkt uit onderzoek dat het drinken van suikerrijke drank tijdens het ontbijt een negatief effect heeft op de alertheid van kinderen. Direct na het consumeren van de suikerrijke drank gaat de alertheid van kinderen in eerste instantie omhoog, later daalt deze alertheid tot minder dan gemiddeld.²²

Discussie en aanbevelingen

Sociale wenselijkheid van de antwoorden kan de resultaten vertekenen, bijvoorbeeld als ouders en/of jongeren het sociaal wenselijke antwoord geven dat dagelijks wordt ontbeten, terwijl dat in werkelijkheid niet gebeurt. De vragen over ontbijten zijn in dit onderzoek mondeling afgenomen, waardoor de enquêteur ook non-verbale signalen kon opmerken. Daarnaast is doorgevraagd over ontbijten, waardoor opgemerkt kon worden hoe de antwoorden op de vervolgvragen beantwoord werden. Alsnog kan niet worden uitgesloten dat ouders en jongeren sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven, maar de ervaring van de onderzoeker is dat de ouders en jongeren waarschijnlijk wel eerlijke antwoorden gaven. De onderzoeker merkte wel dat ouders zich schaamden als ze aangaven dat hun kinderen niet dagelijks ontbeten. Het gesprek vervolgde dan bijvoorbeeld met



opmerkingen dat ze het erg vinden dat hun kinderen niet ontbijten, maar dat hun kinderen niet willen, en dat ze niet goed weten wat ze daarmee moeten doen.

Kijkend naar de antwoorden van ouders en jongeren op de vraag hoeveel dagen per week ze ontbijten, dan wijken deze cijfers niet veel af van de cijfers uit de Gezondheidsmonitor. Door het gebruik van een uitgebreidere vragenlijst dan in het onderzoek van de Gezondheidsmonitor, is wel een duidelijker beeld ontstaan van het ontbijtgedrag van de kinderen. Het is duidelijk dat het ontbijtgedrag van basisschoolleerlingen beter is dan dat van middelbare scholieren, andere onderzoeken bevestigen deze resultaten.²³ Er is echter geen duidelijke verklaring waarom het ontbijtgedrag van oudere jongeren (16-18 jaar) in het huidige onderzoek beter

is ten opzichte van 13-15-jarigen. Mogelijk verschillen beide leeftijdsgroepen jongeren op factoren die niet gemeten zijn, maar wel van invloed zijn op het ontbijtgedrag, bijvoorbeeld het opleidingsniveau van de jongeren.

Ondanks het hoge percentage dat dagelijks ontbijt is er nog steeds een vrij grote groep die regelmatig het ontbijt overslaat. Het stimuleren van dagelijks voor schooltijd ontbijten bij de Haagse jeugd blijft daarom relevant, bij voorkeur met aandacht voor ontbijten met brood of ontbijtgranen. Elke dag ontbijten is maar een klein onderdeel van een gezonde leefstijl en gezond gedrag. Aangezien een groot gedeelte van de Haagse jeugd een suikerhoudende drank drinkt tijdens het ontbijt is het terugdringen van deze consumptie wenselijk.

OVER DE AUTEURS

Mw. S. Roos is in juli 2016 afgestudeerd als diëtist aan de opleiding Voeding & Diëtetiek, Haagse Hogeschool en was van september 2015 tot maart 2016 stagiaire Epidemiologie, GGD Haaglanden. E-mail: sanne-roos@hotmail.com

Mw. Dr. Ir. I.M. van der Meer is senior epidemiologisch onderzoeker bij de afdeling Epidemiologie van GGD Haaglanden. E-mail: irene.vandermeer@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

- 1 **De gezondheid van de Haagse Jeugd, bijlage van de Gezondheidsmonitor Den Haag 2014.** Den Haag: Gemeente Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn; 2014.
- 2 ELLS LJ, HILLIER FC, SHUCKSMITH J, CRAWLEY H, HARBIGE L, SHIELD J, et al. **A systematic review of the effect of dietary exposure that could be achieved through normal dietary intake on learning and performance of school-aged children of relevance to UK schools.** Br J Nutr 2008, 100: 927-936.
- 3 RAMPERSAUD GC, PEREIRA MA, GIRARD BL, ADAMS J, METZL JD. **Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents.** J Am Diet Assoc 2005, 105: 743-760.
- 4 NICKLAS TA, O'NEIL C, MYERS L. **The importance of breakfast consumption to nutrition of children, adolescents, and young adults.** Nutr Today 2004, 39: 30-39.
- 5 SAVAGE JS, FISCHER JO, BIRCH LL. **Parental influence on eating behavior: conception to adolescence.** J Law Med Ethics 2007; 35: 22-34.
- 6 BENTON D. **Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity.** Int J Obes Relat Metab Disord 2004, 28: 858-869.
- 7 Voedingscentrum. **Richtlijnen Voedselkeuze 2011.** Beschikbaar via: http://www.voedingscentrum.nl/Assets/Uploads/voedingscentrum/Documents/Professionals/Voedselvoorlichting/01_Richtlijnen%20voedselkeuze%20Voedingscentrum.pdf. Geraadpleegd 1 oktober 2015.
- 8 Gezondheidsraad. **Richtlijnen goede voeding 2006.** Den Haag: Gezondheidsraad; 2006. Publicatienummer 2006/21.
- 9 Gezondheidsraad. **Richtlijnen goede voeding 2015.** Den Haag: Gezondheidsraad, 2015. publicatienummer 2015/24. ISBN 978-94-6281-089-1.
- 10 GGD Haaglanden. **Factsheet Haagse Aanpak Gezond Gewicht.** Internetsite GGD Haaglanden. Beschikbaar via: <http://www.ggdhaaglanden.nl/professionals/gezondgewicht/gezondgewicht/publicaties/factsheet-haagse-aanpak-gezondgewicht-hagg.htm>. Geraadpleegd 30 september 2015.
- 11 Voedingscentrum. **Wat is een goed ontbijt.** Internetsite Voedingscentrum. Beschikbaar via: <http://www.voedingscentrum.nl/nl/schijf-van-vijf/eet-niet-teveel-en-beweeg/wat-is-een-goed-ontbijt.aspx>. Geraadpleegd 30 september 2015.
- 12 Voedingscentrum. **Eerlijk over eten.** Den Haag: Voedingscentrum. Geraadpleegd 17 september 2015.
- 13 O'NEIL CE, BYRD-BREDBENNER C, HAYES D, JANA L, KLINGER SE, STEPHENSON-MARTIN S. **The Role of Breakfast in Health: definition and criteria for a quality breakfast.** J Acad Nutr Diet 2014, 114: S8-S26.
- 14 GALVIN MA, KIELY M, FLYNN A. **Impact of ready-to-eat breakfast cereal (RTEBC) consumption on adequacy of micronutrient intakes and compliance with dietary recommendations in Irish adults.** Public Health Nutr 2003, 6: 351-363.
- 15 CROEZEN S, VISSCHER TL, BOGT NC ter, VELING ML, HAVEMAN-NIES A. **Skipping breakfast, alcohol consumption and physical inactivity as risk factors for overweight and obesity in adolescents: results of the E-MOVO project.** Eur J Clin Nutr 2009, 63: 405-412.
- 16 ARORA M, NAZAR GP, GUPTA VK, PERRY CL, REDDY KS, STIGLER MH. **Association of breakfast intake with obesity, dietary and physical activity behavior among urban school-aged.** BMC Public Health 2012, 17: 12:881 doi: 10.1186/1471-2458-12-881.



- 17 Horikawa C, Kodama S, Yachi Y, Heianza Y, Hirasawa R, Ibe Y, et al. **Skipping breakfast and prevalence of overweight and obesity in Asian and Pacific regions: a meta-analysis.** *Prev Med* 2011; 53: 260-267.
- 18 Gorissen WHM, Ruiter M, Schulpen TWJ. **Met een lege maag naar school: een probleem onder Utrechtse scholieren?** *Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg* 1999, 31: 68-72.
- 19 Meer IM van der, Bindraban CA. **Aegon Breakfast Club. Evaluatie van een pilot in de Haagse Schilderswijk.** Den Haag: GGD Haaglanden; 2016.
- 20 Ebbeling CB, Feldman HA, Osganian SK, Chomitz VR, Ellenbogen SJ, Ludwig DS. **Effects of decreasing sugar-sweetened beverage consumption on body weight in adolescents: a randomized, controlled pilot study.** *Pediatrics* 2006, 117: 673-680.
- 21 Boer MD de, Scharf RJ, Demmer RT. **Sugar-Sweetened Beverages and Weight Gain in 2- to 5-Year-Old Children.** *Pediatrics* 2013; 132: 413-420.
- 22 Wesnes KA, Pincock C, Richardson D, Helm G, Hails S. **Breakfast reduces declines in attention and memory over the morning in schoolchildren.** *Appetite* 2003, 41: 329-331.
- 23 Looze M de, Dorselaer S van, Roos S de, Verdurmen J, Stevens G, Gommans R, et al. **Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland: HBSC-2013 (Health Behaviour in School-aged Children).** Utrecht: Universiteit Utrecht; 2014. ISBN: 978-90-5335-914-3.

Wilt u reageren op dit artikel?
Dan kunt u mailen naar de auteur(s)
of naar de redactie:
epibul@ggdhaaglanden.nl



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.

Huiselijk geweld

Acht procent van de volwassen inwoners in Haaglanden geeft aan ooit slachtoffer te zijn geweest van huiselijk geweld. Dit is iets hoger dan gemiddeld in Nederland (7,4%). Binnen Haaglanden varieert het percentage volwassenen dat slachtoffer is geweest van huiselijk geweld van 3,4% in Midden-Delfland tot 9,0% in Den Haag.

Het percentage Haagse slachtoffers van huiselijk geweld is hoger dan in Utrecht (6,7%) maar vergelijkbaar met Amsterdam en Rotterdam.

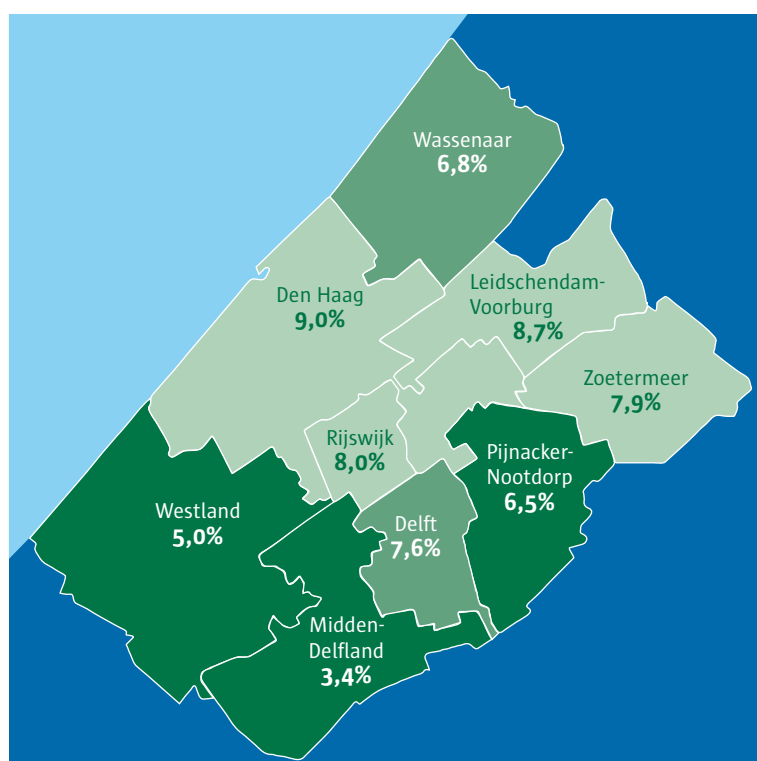
De vormen van huiselijk geweld die het meest genoemd worden zijn emotioneel geweld (72%) en/of lichamelijk geweld (62%). Veertien procent geeft aan seksueel misbruikt te zijn.

Een derde (36%) van de slachtoffers van huiselijk geweld meldt dat de pleger een ex-partner was, een derde (34%) meldt dat het een (stief)ouder was en in 19% van de gevallen was de eigen partner de pleger van het geweld.

Binnen Haaglanden geven relatief meer vrouwen dan mannen aan ooit slachtoffer te zijn geweest van huiselijk geweld, meer 19-34-jarigen dan 65-plussers, meer mensen met een laag inkomen dan mensen met een hoger inkomen en meer alleenstaanden en gescheiden mensen dan gehuwden of samenwonenden.

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

Figuur 1. Percentage inwoners van 19 jaar en ouder dat aangeeft ooit slachtoffer te zijn geweest van huiselijk geweld.



Bron: Gezondheidsenquête 2012



Lancering website Gezondheid in Sociaal Domein

Eind juni 2016 heeft GGD GHOR Nederland de website Gezondheid in Sociaal Domein gelanceerd voor gemeentelijke bestuurders en ambtenaren. Deze website geeft inzicht in de gezondheidssituatie van een gemeente. Dit brengt de gezondheidskansen voor een gemeente in kaart.

Het doel van de website is om gemeentelijke bestuurders en ambtenaren van input te voorzien voor een gesprek over gezondheid met (keten)partners. Daarnaast levert het inzicht in de gezondheidssituatie een bijdrage aan de beleidsontwikkeling van gemeenten op het gebied van sociaal domein en gezondheid. Bijvoorbeeld om het preventie- en integrale gezondheidsbeleid verder vorm te geven en de resultaten van inspanningen op gezondheidsgebied te monitoren. GGD GHOR Nederland heeft de website, in samenwerking met GGD'en en Kwaliteitsinstituut Nederlandse Gemeenten (KING) ontwikkeld.

Bepaling gezondheidssituatie door gezondheidsraderen

De gezondheidssituatie van een gemeente wordt, op deze website, bepaald door verschillende factoren,

de zogenaamde gezondheidsraderen. Om de samenhang tussen deze raderen weer te geven hebben de GGD'en en GGD GHOR Nederland het radermodel ontwikkeld. De gezondheidsraderen kunnen gemeentebestuurders en -ambtenaren als het ware gebruiken als 'beleidsknoppen'; door aan een gezondheidsrader te draaien brengt u andere gezondheidsraderen ook in beweging.

(Herkomst) data website

De gegevens komen uit verschillende bronnen en onderzoeken, waarvan de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2012 (onderzoek van de regionale GGD'en in samenwerking met RIVM en CBS) de belangrijkste bron is. De informatie op deze website is openbaar toegankelijk en dus ook voor andere geïnteresseerden zoals inwoners en onderzoekers te bekijken.

Zie www.gezondheidinsociaaldomein.nl

Ochtendconferentie 'Verslavingspreventie en de sociale wijkteams'

Sociale wijkteams hebben vaak te maken met problemen waarbij overmatig alcohol- en drugsgebruik direct of indirect een rol kunnen spelen. Van huiselijk geweld, schooluitval, financiële problemen tot verstoorde sociale relaties. Toch krijgen medewerkers van sociale wijkteams weinig hulpvragen binnen over problematisch middelengebruik en slechts 13% van de teams werkt samen met de verslavingszorg. Een gemiste kans. Tijdige signalering en aanpak van problematisch middelengebruik helpt voorkomen dat problemen uit de hand lopen. Deze werkconferentie gaat over de vraag hoe een betere verbinding van de sociale wijkteams met de verslavingszorg de preventieve doelstelling van de teams kan versterken. Daarbij is er aandacht voor de filosofie van de Wmo: niet zorgen vóór (cliënten) maar zorgen dát (zij hun problemen zelf oplossen). Zelf zien mensen hun

middelengebruik zelden als een probleem. Wat zijn de consequenties daarvan voor hulp op het gebied van middelengebruik?

De conferentie is bedoeld voor hulpverleners, preventiewerkers en andere betrokkenen (beleidsmedewerkers, raadsleden, wethouders) bij sociale wijkteams en verslavingszorg zoals welzijnsinstellingen, MEE, onderwijs, politie, woningcorporaties en organisaties voor jeugdhulp en geestelijke gezondheidszorg.

Datum: 20 september 2016 van 9.30 tot 13.00 uur

Organisatie en locatie: Trimbos Instituut

Kosten: gratis

Aanmelding kan per e-mail naar: mdevries@trimbos.nl



Publieke Gezondheid voor asielzoekers en voor vluchtelingen in gemeenten

GGD'en voeren zowel voor asielzoekers als voor vluchtelingen met een verblijfsvergunning in de gemeente publieke gezondheidszorg taken uit. In opvanglocaties gebeurt dat in het kader van een overeenkomst tussen het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA) en GGD GHOR Nederland. De taken voor vluchtelingen in gemeenten zijn gelijk aan die voor andere inwoners van Nederland en vallen onder gemeentelijke verantwoordelijkheid.

GGD GHOR Nederland ondersteunt de GGD'en bij de uitvoering van deze taken. Het betreft onder andere de jeugd-gezondheidszorg, infectieziekte- en tuberculosebestrijding en gezondheidsbevordering.

In de afgelopen maanden hebben meer mensen asiel aangevraagd in Nederland dan in eerdere jaren. Asielzoekers worden naast de reguliere COA-opvanglocaties op dit moment ook opgevangen in tijdelijke gemeentelijke crisisnoodopvanglocaties. De taken van GGD'en in de crisisnoodopvanglocaties zijn afhankelijk van lokale afspraken met de betreffende gemeente. Taken zijn bijvoorbeeld hygiëne inspecties en infectieziektebestrijding.

Taken GGD bij Publieke Gezondheid Asielzoekers

Bij binnenkomst in Nederland screent de GGD alle asielzoekers op tuberculose. Eventueel vindt onderzoek of behandeling plaats.

De GGD'en bieden onder meer de volgende zorg aan asielzoekers in COA-opvanglocaties:

- halfjaarlijkse vervolgscreening tuberculose bij asielzoekers uit hoog risicolanden (gedurende twee jaar)
- jeugdgezondheidszorg
- infectieziektepreventie en -bestrijding
- jaarlijkse hygiënecontrole van voorzieningen in asielzoekerscentra
- gezondheidsbevordering voor diverse thema's, zoals seksuele gezondheid en voorlichting over de Nederlandse gezondheidszorg.

Deze taken worden uitgevoerd op basis van een overeenkomst van het COA met GGD GHOR Nederland. Het volledige takenpakket van de GGD en een overzicht van de volledige gezondheidszorg aan asielzoekers staat in de factsheet gezondheidszorg voor asielzoekers.

Taken GGD bij vluchtelingen in gemeente

De taken van de GGD zijn voor vluchtelingen hetzelfde als voor alle inwoners van Nederland. Dit zijn onder andere de volgende taken:

- jeugdgezondheidszorg (JGZ)
- infectieziektebestrijding
- beschermen en bevorderen van de gezondheid.

Bron: <http://www.ggdghor.nl/organisatie/Projecten/publieke-gezondheid-asielzoekers-pga> (dd. 21-07-2016)

Gezondheidsenquête Haaglanden 2016

In de komende maanden voert GGD Haaglanden de Gezondheidsenquête Haaglanden 2016 uit. Dit is een grootschalig onderzoek naar de gezondheid, het welzijn en de leefstijl van volwassen inwoners in de regio Haaglanden. Voor dit onderzoek worden vanaf september 2016 ruim 50.000 inwoners uitgenodigd om een online vragenlijst in te vullen.

De gegevens uit het onderzoek vormen een belangrijke basis voor de ontwikkeling van het lokale gezondheidsbeleid en het organiseren van activiteiten om de gezondheid en het welzijn van inwoners te verbeteren. Daarnaast kunnen ook andere instellingen en organisaties in de regio die zich richten op gezondheid, welzijn en zorg, gebruik maken van de onderzoeksresultaten.



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:

Veranderen, samenwerken en procesmanagement

Samen werken aan betere samenwerking. Werkt u met veel verschillende partners in complexe samenwerkingsverbanden? Loopt u tegen weerstand aan of krijgt u te maken met gebrek aan motivatie? Ontdek de valkuilen in het samenwerkingsproces en scherp uw eigen vaardigheden aan. Succes verzekerd!

Voor preventiemedewerkers, gezondheidsbevorderaars, verpleegkundigen, projectleiders, artsen Maatschappij en Gezondheid, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en programma-managers met minimaal twee jaar ervaring in de publieke en bedrijfsgezondheidssector. Bijvoorbeeld GGD, GGZ, verslavingszorg, thuiszorg, een landelijke categorale instelling of een ondersteuningsinstituut. Ook andere professionals werkzaam in complexe samenwerkingsverbanden kunnen met deze module hun voordeel doen.

Data: 1 en 15 november 2016

Locatie: Utrecht

Kosten: € 790

Kansen en effectiviteit van preventie

Op weg naar meer gezondheid en minder ziekte.

Welke instrumenten voor preventie zijn beschikbaar, bruikbaar en effectief?

Voor wie beleidsmakers op het gebied van volksgezondheid en andere (medische) professionals in de sector Public Health.

Data: 11, 18, 24 en 25 november, 2, 9 en 16 december 2016

Locatie: Utrecht

Kosten: € 3990

Inleiding in de Positive Deviance strategie:

Een nieuwe onderzoeksbenadering

De Positive Deviance strategie is een innovatieve en onorthodoxe onderzoeksbenadering. Uitgangspunt is dat er in alle gemeenschappen bijzondere individuen of organisaties zijn, die op een positieve manier afwijken van het gemiddelde. Leer in deze module de ins and outs van deze strategie.

Voor wie gezondheid(communicatie) professionals, onderzoekers en beleidsmakers, die hun onderzoekvaardigheden willen verbeteren.

Data: 16 november 2016

Locatie: Utrecht

Kosten: € 395

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



Minisymposium Chronische Pijn

In het kader van de Landelijke Week van de Pijn eind september 2016 hebben de werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen, het Netwerk Chronische Pijn en de Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o een geaccrediteerde nascholing georganiseerd. De nascholing gaat over nieuwe inzichten in chronische pijn.

Dr. Ben van Cranenburgh, neurowetenschapper en schrijver van onder andere het boek 'Pijn, Waarom?', zal het minisymposium openen. Hij is expert op het ontregelde neurale pijnsysteem en zal spreken over de neurowetenschappelijke verklaringen voor chronische pijn en de onderbouwing van de niet-farmacologische vormen van aanpak, waardoor de patiënt zelf zo lang mogelijk de regie over zijn pijn houdt.

De nascholing is bedoeld voor huisartsen, SOG's, revalidatieartsen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, psychologen en POH GGZ.

Datum: 27 september 16:00 - 21:00 uur

Locatie: Sophia Revalidatiecentrum Den Haag

Accreditatie: 4 punten

Informatie: Brenda Teutenberg, WDH

Piep zei de muis | Preventieve KOPP/KVO interventie

Het doel van de training 'Piep zei de muis' is het voorkomen van ernstige psychische problemen bij kinderen van 4-8 jaar als gevolg van psychosociale, psychische of verslavingsproblemen bij een of beide ouders. De training is bestemd voor GGZ-professionals, doelgroep jongeren.

Datum: 4 oktober 2016

Organisatie en locatie: Trimbos Instituut

Kosten € 395

Vertelt u mij eens iets meer...

Cultuursensitief werken in gezondheidszorg en welzijnswerk

Door Cor Hoffer

'Mijn zusje heeft af en toe paniekaanvallen, waarbij zij soms flauwvalt. Mijn ouders hebben een pandit om hulp gevraagd. Die heeft geadviseerd dat er een ritueel uitgevoerd moest worden.' (Surinaams-Hindostaans-Nederlandse vrouw)

Vertelt u mij eens iets meer... is een handreiking aan professionals in de gezondheidszorg en het welzijnswerk, die niet goed weten hoe zij op zo'n uitspraak moeten reageren. Door aan deze vrouw te vragen of zij dit wil uitleggen, zal de professional inzicht krijgen in hoe zij en haar naasten omgaan met ziekten en problemen. Dit kan de aanzet zijn om nader tot elkaar te komen en om goede zorg te verlenen.

Dit boek bevat praktische tips voor de professionals en beschrijft welke invloed cultuur en levensbeschouwing hebben op zorg en welzijn. Het kan gaan om hindoeïstische rituelen, islamitische medische ethiek of de wens van sommige reformatorisch-christelijke en antroposofische ouders om hun kinderen niet te laten vaccineren tegen mazelen. Uitgangspunt is dat het niet zozeer gaat om kennis van specifieke culturele en levensbeschouwelijke verschijnselen, maar meer om de belevingswereld van de individuele patiënt of cliënt. Ook worden suggesties gedaan voor deskundigheidsbevordering.

Cor Hoffer (antropoloog en socioloog) geeft trainingen cultuursensitief werken. In *Vertelt u mij eens iets meer...* beschrijft hij de belangrijkste inzichten die hij in de loop der jaren heeft opgedaan.



ISBN: 9789088505782

Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 2e kwartaal 2016

Ziekte	2e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 2e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	2e kwartaal 2016	2e kwartaal 2015	2e kwartaal 2014	1e t/m 2e kwartaal 2016	1e t/m 2e kwartaal 2015	1e t/m 2e kwartaal 2014
A-ZIEKTEN						
MERS-CoV			1			1
Pokken						
Poliomyelitis anterior acuta						
SARS						
Virala haemorrhagische koorts						
B-ZIEKTEN						
(humane infectie)avaire						
influenza						
Difterie						
Pest						
Rabies						
Tuberculose	37	24	25	64	45	44
Buiktyfus	1		1	1		5
Cholera						
Hepatitis A	1		2	1	7	5
Hepatitis B acuut en chronisch	35	35	39	75	66	84
Hepatitis C acuut	1	1	1	1	1	2
Kinkhoest	120	106	82	202	227	153
Mazelen			19			43
Paratyfus A,B,C		1		1	1	3
Rubella						
STEC (e-coli)	4	3	2	8	3	2
Shigellose	7	7	3	8	11	10
Invasieve GAS	3	2	1	5	4	1
Voedselinfectie	3		1	4	3	1
C-ZIEKTEN						
Antrax (miltvuur)						
Bof	1	23	2	1	23	5
Botulisme						
Brucellose		1			1	
Ziekte van Creutzfeld-Jacob klassiek			2		1	2
Ziekte van Creutzfeld-Jacob variant						
Gele koorts						
Invasieve HIB						
Hantavirusinfectie						
Legionellose/ legionella pneumonie	5	3	3	6	8	7



Ziekte	2e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 2e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	2e kwartaal 2016	2e kwartaal 2015	2e kwartaal 2014	1e t/m 2e kwartaal 2016	1e t/m 2e kwartaal 2015	1e t/m 2e kwartaal 2014
C-ZIEKTEN VERVOLG						
Leptospirose				1		
Listeriose	4		3	5	1	4
Malaria	4	3		6	4	4
Meningokokkose	1		1	5	2	2
MRSA-infectie (cluster buiten ziekenhuis)						
Invasieve pneumokokken (bij kinderen)			1		2	1
Psittacose	1			1		
Q-koorts			1			1
Tetanus						
Trichinose						
West-Nilevirus						
Totaal	228	209	190	395	410	380

Infectieziekten gemeld door instellingen in 2016

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de meldingen door instellingen in 2016. 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 sommige infectieziekten melden bij de GGD.

Scenario	Kinderopvang	Onderwijsinstelling	Vluchtelingenopvang	AWBZ zorginstelling	Ziekenhuis	Eindtotaal
Huiduitslag/exanthemen	33	11	1	3		48
Impetigo (krentenbaard)	7	2			1	10
Gastro-enteritis	10	1		33	1	45
Schimmelinfectie	1			1		2
Luchtweginfectie	5	3		3		11
Anders*	2	2		3		7
Influenza(-achtig) ziektebeeld	2	2		1		5
Eindtotaal	60	21	1	44	2	128

* Anders = pfeiffer, MRSA (3x), ooginfectie (2x) en onwel worden

Mededelingen infectieziekten

Hepatitis B

GGD Haaglanden krijgt per kwartaal tussen de 30 en 40 meldingen van hepatitis B. Hepatitis B is een ontsteking van de lever die ontstaat door besmetting met het hepatitis B-virus. De overdracht van het virus kan plaatsvinden door seksueel contact, contact met bloed of van moeder op kind bij de geboorte. Na een melding doet de GGD een bron- en contactonderzoek. Contactonderzoek wordt uitgevoerd om na te gaan of directe contacten van de gemelde persoon (bijvoorbeeld sekspartners of gezinsleden) deze infectie ook hebben. Indien dit niet het geval is kunnen de contacten beschermd worden tegen hepatitis B door middel van een vaccinatieserie.

Tot 2016 vroeg de GGD de eigen huisarts van de contacten al deze acties uit te voeren en werd dit op afstand door de GGD gevolgd. Vanaf 2016 voert de afdeling infectieziekten het screenen en vaccineren van contacten van hepatitis B-patiënten zelf uit en kunnen contacten hiervoor op spreekuren van de GGD terecht.

Kinkhoest

Kinkhoest is een infectie van de luchtwegen met de bacterie *Bordetella pertussis*. Sinds 1996 is er een duidelijke toename in het voorkomen van kinkhoest. Het aantal meldingen per jaar in Nederland varieert. Elke twee tot drie jaar is er een piek in het aantal gemelde patiënten met kinkhoest te zien. Met name bij onbeschermd zuigelingen kan de ziekte zeer ernstig verlopen.

Eind 2015 heeft de Gezondheidsraad het rapport 'Vaccinatie tegen kinkhoest: doel en strategie' uitgebracht. Het advies dat naar voren komt uit dit rapport is om zwangere vrouwen in het derde trimester te vaccineren tegen kinkhoest. De meest effectieve vaccinatietermijn ligt tussen de 28^e en de 32^e zwangerschapsweek. Middels deze vaccinatie kan het grootste deel van de jaarlijkse ziekenhuisopnames van zuigelingen worden voorkomen.

De minister besluit in de loop van dit jaar of zij het advies van de Gezondheidsraad, om deze vaccinatie in een nationaal programma aan te bieden, overneemt. GGD Haaglanden ondersteunt, net als het RIVM, het belang van dit advies en biedt daarom zwangere vrouwen nu al de mogelijkheid zich op eigen kosten te laten vaccineren tegen kinkhoest.

Zikavirus

In de vorige nummers van het Epidemiologisch Bulletin is al melding gemaakt van de uitbraak van het zikavirus in verschillende landen van Zuid- en Midden-Amerika. Deze uitbraak is nog gaande. In Nederland is infectie met het zikavirus alleen vastgesteld bij mensen die het virus in het buitenland hebben opgelopen, waaronder een klein aantal zwangere vrouwen. Waarschijnlijk zijn er veel meer mensen besmet geraakt, want maar één op de vijf mensen krijgt daadwerkelijk klachten na een besmetting. Verspreiding van het zikavirus binnen Nederland is onwaarschijnlijk omdat de verantwoordelijke muggen van nature niet in Nederland voorkomen.

Gezien de mogelijk ernstige complicaties is het van belang om op de hoogte te blijven van de verspreiding van dit virus ook in Nederland.

Het RIVM heeft derhalve aan het ministerie van VWS geadviseerd een meldplicht in te stellen voor gecompliceerde zikavirusinfectie en voor zikavirusinfectie in de zwangerschap in de groep C meldingsplichtige ziekten, voor zowel Caribisch als continentaal Nederland. Het ministerie van VWS heeft dit advies overgenomen. Naar verwachting zal dit besluit in september 2016 geïmplementeerd worden, nadat het besluit in de Staatscourant is verschenen.

Aan deze rubriek werkten mee: Dhr. E.J.M. de Coster, Dhr. E.M. Huisman en Mw. A.M. van der Zande



COLOFON

September 2016, 51^{ste} jaargang nr. 3

REDACTIE

mw. dr. G.A.M. Ariëns, GGD Haaglanden (kernredacteur)
mw. drs. R.J. Beuker, GGD Haaglanden (kernredacteur)
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
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:

Arend van der Salm

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

