



Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

jaargang 46, 2011, nummer 4

inhoud

Redactioneel

epidemiologie

Perinatale sterfte en morbiditeit in Den Haag, 2000-2008

Community analyse Oranjeplein e.o.: resultaten van onderzoek in het kader van de Haagse Aanpak Gezond Gewicht

Bof, “l’histoire se répète”

volksgezondheid

De praktijkondersteuner binnen de eerstelijns GGZ
Wordt het kind met het badwater weggegooid?

Korte berichten

Colofon

December 2011, 46ste jaargang nr. 4

Redactie

mw. dr. G.A.M. Ariëns, GGD Den Haag
(kernredacteur)
dr. P.K. Chandie Shaw, internist, Medisch Centrum
Haaglanden, Den Haag
B. van Gent, arts, MHA
M. Lemmink, GGD Zuid-Holland West
mw. dr. I.M. van der Meer, GGD Den Haag
(kernredacteur)
prof. dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Den Haag
(hoofdredacteur)
E. Pieters, Parnassia Bavo Groep
B. Potemans, huisarts in Den Haag
mw. W. van Rijssel (redactiesecretaris/eindredacteur)
L.M.J. Staal, GGD Den Haag (kernredacteur)
mw. K. van der Voorn, STIOM Den Haag

Redactieadres

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn
GGD, Postbus 12652, 2500 DP Den Haag
Bezoekadres: Thorbeckelaan 360
Secretariaat EG
tel.: 070 - 3537266, fax : 070 - 353 72 92
e-mail: jessica.roos@denhaag.nl
Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij mw. Roos.

Epidemiologisch Bulletin op internet

[www.denhaag.nl/home/bewoners/top/
Gezondheidsonderzoek.htm](http://www.denhaag.nl/home/bewoners/top/Gezondheidsonderzoek.htm)

Ontwerp en productie

Gemeente Den Haag
Intern Dienstencentrum
Foto's: pag. 15 via JOGG, pag. 19 via Zebra Welzijn
en pag. 38 via GGD.

Uitgave

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, GGD Den Haag
Directeur Volksgezondheid

Via het bulletin wil de redactie de communicatie aanmoedigen tussen hulpverleners, leidinggevers, beleidsmedewerkers en onderzoekers in de gezondheid in de regio Den Haag. 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. Bij wijziging van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen. Voor het bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier. Het bulletin verschijnt vier maal per jaar.

ISSN 0921-6219

Inhoud

Redactioneel	1
Epidemiologie	
Perinatale sterfte en morbiditeit in Den Haag, 2000-2008 <i>Barend Middelkoop, Cathrien Jacobi, Ton van Dijk</i>	2
Community analyse Oranjeplein e.o.: resultaten van onderzoek in het kader van de Haagse Aanpak Gezond Gewicht <i>Gitte Kloek, Lot Schaap, Mary Berns, Stans Kraetzer, Irene van der Meer</i>	13
Bof, "l'histoire se répète" <i>Jurriaan van den Brand</i>	21
Volksgezondheid	
De praktijkondersteuner binnen de eerstelijns GGZ Wordt het kind met het badwater weggegooid? <i>Emile Pieters</i>	28
Korte berichten	37

Redactioneel

Public health in de breedte

Deze aflevering van het Epidemiologisch Bulletin neemt u mee door de levensfasen van de mens, van voor de geboorte tot volwassenheid. Het eerste artikel gaat in op het al langer bekende probleem van de hoge babysterfte in Den Haag. Doodgeboorte, en ziekte en sterfte kort na de geboorte komen in Den Haag erg vaak voor. In dit bulletin wordt beschreven in welke wijken en bij welke bevolkingsgroepen dit probleem het grootst is. De Haagse babysterfte roept nog veel vragen op en vervolgonderzoek staat op stapel. Omdat we intussen niet stil mogen zitten, worden er al de nodige activiteiten gericht op het verbeteren van de situatie van zwangere vrouwen in achterstandswijken, waar de babysterfte immers het hoogst is.

Het tweede artikel beschrijft initiatieven die rondom het Oranjeplein worden ondernomen, met het doel een gezond gewicht te bevorderen bij de jeugd. Inspiratiebron is een uit Frankrijk overgewaaide benadering: Epode, in het Frans het acroniem van de zinsnede: 'Laten we samen het overgewicht van de kinderen voorkomen'. Bestuurlijk draagvlak en samenwerking, ook met partijen die bij de traditionele benadering van overgewichtprogramma's niet worden betrokken, zijn twee van de sleutelkenmerken van deze benadering.

Het derde artikel vertelt over de bof die de laatste jaren weer regelmatig de kop opsteekt onder adolescenten. Ooit dachten we misschien dat antibiotica en vaccins ervoor zouden zorgen dat de infectieziekten tot het verleden zouden gaan behoren. De casus bof toont aan dat dit niet het geval is, zelfs niet voor een ziekte waarvoor een effectief vaccinatieprogramma met een voldoende bereik beschikbaar is. Het artikel beschrijft de epidemietjes en bespreekt de vraag hoe deze zijn te verklaren en wat er mogelijk aan te doen zou zijn.

Het vierde artikel bespreekt de inzet van de Praktijkondersteuner Huisarts voor de Geestelijke Gezondheidszorg in de eerste lijn. Onder invloed van onder meer veranderingen in de financieringsstructuur blijkt er minder gebruik te worden gemaakt van een in principe effectief en relatief weinig kostend aanbod.

De gezondheidsproblemen van vandaag worden sterk bepaald door de ongezonde leefstijl die gepaard blijkt te gaan aan een toenemende welvaart. Ook de traditioneel reeds tot het terrein van de public health behorende infectieziekten spelen nog altijd een belangrijke rol. Betrekkelijk nieuw als volksgezondheidsprobleem zijn depressie en andere problemen op het gebied van de geestelijke gezondheid. En bij een onderwerp als de perinatale ziekte en sterfte spelen mogelijk alle drie de factoren een rol. Dit bulletin geeft hiermee een doorkijkje naar de breedte van de public health en naar de nieuwe uitdagingen waarmee de (openbare) gezondheidszorg wordt geconfronteerd.

Perinatale sterfte en morbiditeit in Den Haag, 2000-2008

Barend Middelkoop, Cathrien Jacobi, Ton van Dijk

Binnen Europa zijn de Nederlandse cijfers voor perinatale sterfte hoog. Binnen Nederland zijn de cijfers van de vier grote steden het hoogst. En binnen die vier steden scoort Den Haag het ongunstigst. Uiteraard zijn deze uitkomsten verder onderzocht, aan de hand van gegevens uit de Perinatale Registratie Nederland over de periode 2000-2008. De trend daalt over de jaren maar de sterfte blijft in achterstandswijken veel hoger dan in de welvarender wijken. Het hoogste cijfer werd gevonden in het Haagse stadsdeel Centrum (15,6‰¹). Wat betreft etniciteit liet de Creoolse bevolkingsgroep het hoogste cijfer zien (22,8‰), gevolgd door de Hindostanen (15,4‰). In absolute aantallen vonden we echter de meeste sterfgevallen in de westerse en mediterrane bevolkingsgroepen. Onderstaand artikel beschrijft dit onderzoek, landelijk en in Den Haag, en staat stil bij de interpretatie van het gevondene.

De gezondheidszorg in Nederland is van hoog niveau en behoort tot de beste van de wereld. Dat is een tamelijk onomstreden gedachte in ons land. Toegegeven: dit rooskleurige beeld werd een aantal jaren geleden enigszins verstoord toen het RIVM cijfers publiceerde waaruit bleek dat het met de sterftcijfers in Nederland eigenlijk helemaal niet zo goed gaat. De levensverwachting stijgt nog wel steeds, maar minder snel dan in andere Europese landen, zodat we nu in de middenmoot van de EU terecht zijn gekomen. Maar sterftcijfers worden slechts gedeeltelijk bepaald door de gezondheidszorg, dus over dit laatste maakte eigenlijk nog steeds niemand zich ernstige zorgen. We gaan er nog steeds van uit dat er weinig reden is om kritisch te kijken naar de kwaliteit van onze gezondheidszorg.

Onderzoek naar perinatale sterfte in Nederland

De Europese Peristat studies (zie kader 1) zorgden voor een stevige landelijke discussie. Nederland bleek namelijk binnen Europa te scoren als een van de slechtst presterende landen wat betreft perinatale uitkomsten. De Peristat studies riepen allereerst de vraag op of hier niet louter sprake was van registratieverschillen. Die stelling leek echter moeilijk houdbaar, zeker als je Nederland vergeleek met de goed georganiseerde Scandinavische landen, die veel beter scoorden. Ook verschillen in bevolkings-samenstelling leken onvoldoende verklaring te bieden. Is het dan toch iets in de organisatie van de

verloskundige zorg? Nederland onderscheidt zich in het algemeen door de primaire rol van verloskundigen, het streven naar zo veel mogelijk thuisbevallingen, en een grotere terughoudendheid dan in veel andere landen als het gaat om het koste wat het kost in leven houden van pasgeborenen. Ook lopen we niet voorop met het aantal echo's die tijdens

'Nederland onderscheidt zich in het algemeen door de primaire rol van verloskundigen, het streven naar zo veel mogelijk thuisbevallingen, en een grotere terughoudendheid dan in veel andere landen als het gaat om het koste wat kost in leven houden van pasgeborenen'

de zwangerschap worden gemaakt en die kunnen leiden tot de beslissing de zwangerschap af te breken. Er werden vele stellingen betrokken, maar niemand kon met zekerheid de vinger op de (meest) zere plek leggen. De alarmerende cijfers uit Peristat II waren voor de toenmalige minister van Volksgezondheid aanleiding om een stuurgroep Zwangerschap en geboorte in te stellen met als opdracht: 'Breng voor 1 januari 2010 een advies aan mij uit met concrete en realistische voorstellen om de zorg rond zwangerschap en geboorte te optimaliseren, zodat waar mogelijk de perinatale sterfte en morbiditeit kan worden teruggedrongen.'

Over de auteurs:

Prof.dr. B.J.C. Middelkoop is epidemioloog bij de GGD Den Haag en bijzonder hoogleraar Public health bij het Leids Universitair Medisch Centrum; mw. dr. C.E. Jacobi is onderzoeker bij JongCAGO onderzoek; drs. A.A.H.M. van Dijk is directeur Volksgezondheid gemeente Den Haag en directeur GGD Den Haag.

¹ In overeenstemming met de literatuur presenteren we in dit artikel perinatale sterftcijfers niet als procenten maar als promillen.

Kader 1: Peristat I en II

In 2003 verscheen een studie die duidelijk vraagtekens plaatste bij de Nederlandse verloskundige zorg. Het ging om een vergelijkend onderzoek naar de perinatale gezondheid in het kalenderjaar 2000 in 15 Europese landen (in sommige landen moesten gegevens worden gebruikt uit 1998 of 1999), de zogeheten Peristat I studie (7). Met perinatale gezondheid wordt bedoeld op perinatale sterfte en perinatale morbiditeit (zie kader 3 voor definities). Perinatale sterfte wordt wereldwijd beschouwd als een indicator voor de kwaliteit van de verloskundige zorg. Perinatale sterfte is de optelsom van de foetale sterfte en de vroeg-neonatale (eersteweeks) sterfte. Nederland kende de hoogste foetale sterfte en de op één na hoogste vroeg-neonatale sterfte. De Peristat I studie veroorzaakte een kleine schok in verloskundig Nederland. Dit kon toch niet waar zijn? Het belangrijkste punt van kritiek op de studie was dat niet alle landen gegevens konden leveren vanaf een zwangerschapsduur van 22 weken. In sommige landen werden alleen sterfgevallen geregistreerd bij een langere zwangerschapsduur, soms pas vanaf 28 weken. Dit werd immers nog niet zo heel lang geleden beschouwd als een ondergrens voor levensvatbaarheid. Natuurlijk is bij een kortere zwangerschapsduur de kans op sterfte veel hoger. Dit was voor de onderzoekers reden om de vergelijking te herhalen,

maar dan beperkt tot zwangerschappen van minimaal 28 weken. In die vergelijking nam Nederland nog altijd de op één na ongunstigste plaats in in de foetale sterfte. Met andere woorden: het leek er sterk op dat de gevonden relatief ongunstige positie van Nederland geen artefact is, maar echt een ongunstige situatie weerspiegelt.

In 2008 verscheen Peristat II. De opzet van Peristat II was erg vergelijkbaar met die van Peristat I, maar het aantal landen was uitgebreid tot 25 en het peiljaar was 2004. De daling van de perinatale sterfte was in Nederland sterker dan in andere Europese landen, maar toch waren de Nederlandse cijfers wederom niet erg flatteus (8). Van alle West-Europese landen bleek Nederland de hoogste vroeg-neonatale sterfte te kennen en wat betreft de foetale sterfte vanaf 22 weken zwangerschap stond Nederland op de tweede plaats van heel Europa. Nu hield niemand nog vol dat er geen reden is voor zorg, ook al werden er soms kanttekeningen geplaatst bij de geloofwaardigheid van de cijfers van individuele landen (9). Blijkbaar doet Nederland het gewoon slecht als je onze perinatale cijfers vergelijkt met andere Europese landen.

Natuurlijk was ook de Nederlandse onderzoekswereld al aan de slag gegaan met het doel meer inzicht te verkrijgen in de perinatale cijfers. Onder meer is gekeken naar perinatale sterfte onder uiteenlopende etnische bevolkingsgroepen en naar de geografische verdeling van perinatale sterfte en morbiditeit. Uit het onderzoek naar etnische verschillen in perinatale sterfte (1) bleek dat vrouwen met Afrikaanse wortels een 70% hogere perinatale sterfte hebben dan autochtone vrouwen. Voor Hindostaanse vrouwen ging het zelfs om een verhoging van 80% en voor Mediterrane (Turkse en Marokkaanse vrouwen) om 30%. In deze cijfers werd niet gecorrigeerd voor sociaal-economische positie. Een belangrijke oorzaak van de verhoogde cijfers ligt volgens de onderzoekers in het feit dat vrouwen pas laat in de zwangerschap in zorg komen.

Wat betreft de geografische verdeling is vooral interessant een artikel dat in 2008 verscheen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en waarin de sterfte in de periode 2002-2006 in de vier grote steden (hier aangeduid als G4) werd vergeleken met de landelijke cijfers. Apart werd aandacht besteed aan de situatie in de zogeheten krachtwijken (2). Dit onderzoek liet zien dat de perinatale sterfte in de G4 beduidend hoger ligt dan in de rest van Nederland. Binnen de G4 onderscheidde Den Haag zich ongunstig in die zin dat daar de foetale sterfte en ook de totale perinatale sterfte het hoogste ligt. Tabel 1, ontleend aan dit artikel, laat zien hoe hoog de perinatale sterfte ligt binnen en buiten de krachtwijken van de vier grote steden en in Nederland als geheel.

Tabel 1.

Perinatale sterfte binnen en buiten de krachtwijken van de vier grote steden en Nederland totaal. Periode 2002-2006.

	Krachtwijk (%)	Niet-Krachtwijk (%)
Den Haag	17,5	10,7
Amsterdam	13,3	8,1
Rotterdam	12,3	10,7
Utrecht	14,4	11,0
Nederland totaal	13,5	9,3

Bron: De Graaf JP et al. Perinatale uitkomsten in de vier grote steden en de prachtwijken in Nederland. Ned Tijdschr Geneesk 2008;152:2734-40)

De zojuist genoemde stuurgroep Zwangerschap en geboorte presenteerde in december 2009 haar rapport 'Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte', waarin naast problematiek van baby's ook aandacht werd besteed aan de risico's op sterfte en morbiditeit van de moeder. De stuurgroep deed een groot aantal, veelal zeer concrete aanbevelingen, waarvan wij er hier slechts een paar noemen:

- een casemanager voor iedere zwangere
- continue, één-op-één begeleiding vanaf het begin van de bevalling
- voor vrouwen in achterstandsituaties: intensievere begeleiding; ontwikkelen van lokale netwerken; en uiteindelijk een nationaal programma voor deze groep
- verplicht huisbezoek vóór 34e week
- verplichte deelname van professionals aan Verloskundige Samenwerkingsverbanden en ook aan Perinatale Audit Nederland; tevens aan Perinatale Registratie Nederland

De minister nam het rapport dankbaar in ontvangst, maar zette niet onmiddellijk alle aanbevelingen om in daadwerkelijk beleid. Wel werd aan ZonMw opdracht gegeven voor een programmeringstudie Zwangerschap en geboorte. Mede op basis van die studie (3) werd aan het ErasmusMC opdracht gegeven tot het project 'Aanpak babysterfte in Nederlandse gemeenten: ontwikkeling en implementatie van zorgexperimenten'. Tegelijkertijd gaf het ministerie van VWS opdracht aan ZonMw tot het uitzetten van een onderzoeksprogramma Zwangerschap en geboorte. Op het moment van schrijven van dit artikel bevinden beide projecten zich nog in de startfase.

Onderzoek in Den Haag

Inmiddels was de voor Den Haag zorgwekkende boodschap in het eerder genoemde NTVG-artikel over perinatale uitkomsten in de vier grote steden, niet ongemerkt aan de wethouder en de GGD voorbij gegaan. De wethouder gaf de GGD opdracht om meer informatie te verzamelen over de perinatale sterfte in Den Haag. Hierop nam de GGD contact op met de Perinatale Registratie Nederland (PRN, zie kader 2), waar over de periode 2000-2008 informatie beschikbaar was over alle Haagse zwangerschappen. Onder Haagse zwangerschappen verstaan wij alle zwangerschappen van ten minste 22 weken, waarvan het woonadres van de moeder een Haagse postcode heeft (postcodes 2491 t/m 2597).

Het totale aantal geboortes bedroeg 55.662, waarvan 1.921 twee- of meerlingen en 53.741 eenlingen.

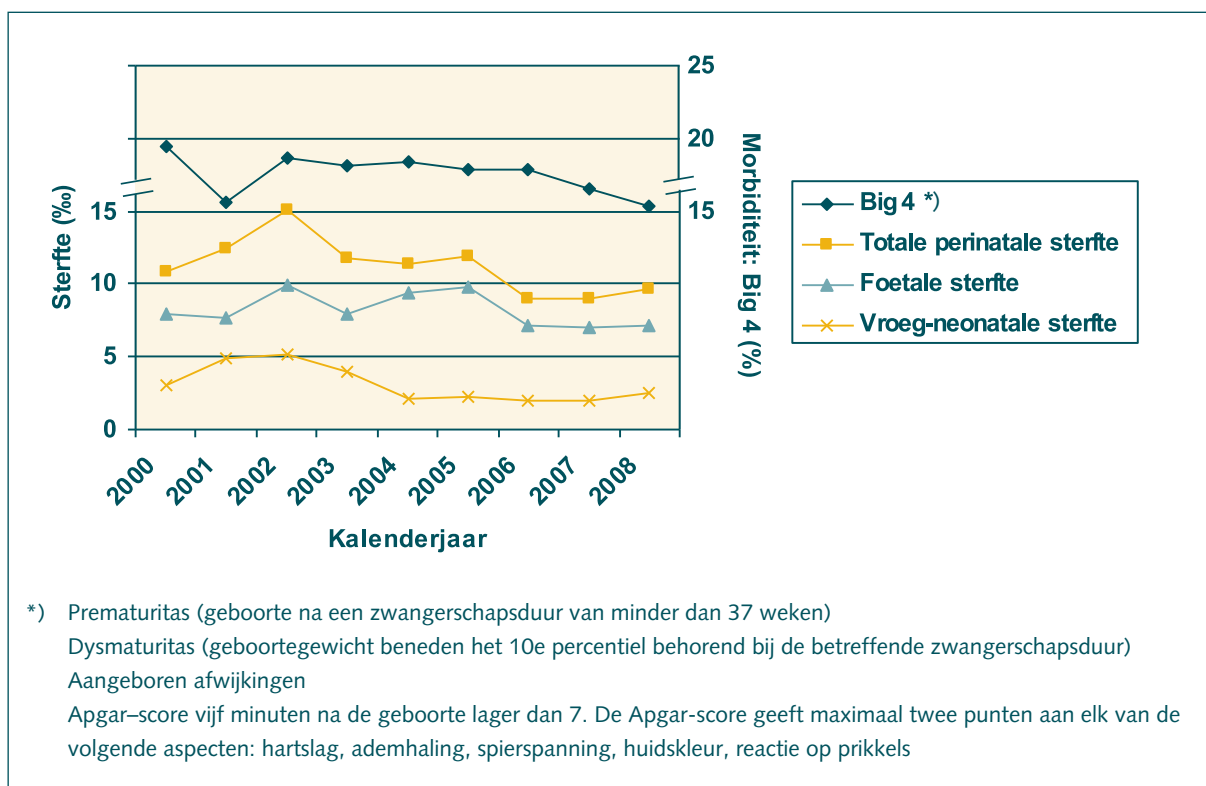
Omdat twee- en meerlingen altijd al een verhoogd risico hebben, is het gebruikelijk om de analyses van perinatale sterfte toe te spitsen op eenlingen.

Volledigheidshalve is nog wel even apart gekeken naar de meerlingen. Onder de Haagse meerlingen bedroeg het aantal gevallen van perinatale sterfte 74 (38,6‰. Landelijk was dit 33,6‰).

Figuur 1 laat de perinatale sterfte zien per jaar, totaal en uitgesplitst naar foetale en vroeg-neonatale sterfte. In absolute aantallen gaat het om in totaal 440 gevallen van foetale sterfte en 163 gevallen van vroeg-neonatale sterfte. Opgeteld zijn dit 603 gevallen van perinatale sterfte gedurende negen jaar, dus gemiddeld 67 gevallen per jaar. Er is een dalende tendens te zien. Eenzelfde daling zien we in figuur 1 bij de perinatale morbiditeit ('Big 4'). Bij statistische toetsing bleek de dalende trend bij de foetale sterfte niet significant, maar bij de vroeg-neonatale sterfte en bij de totale perinatale sterfte wel. Ook de daling van de morbiditeit is statistisch significant. De grafiek suggereert dat rond 2006 een stabiele verlaging is opgetreden.

Figuur 1.

Perinatale mortaliteit en morbiditeit naar kalenderjaar. Den Haag, 2000-2008.



Perinatale sterfte en morbiditeit naar wijk en naar etnische achtergrond

Figuur 2 laat de perinatale sterfte zien naar achterstandscore van de woonwijk. In de PRN waren van elke zwangere de vier cijfers van de postcode beschikbaar. Omdat de koppeling woonwijk-postcode in Den Haag erg lastig is, is Den Haag voor deze analyse ingedeeld in drie sociaal-economische strata. De wijken met de laagste achterstandscore hebben we aangeduid als 'het Zand', de wijken met de hoogste achterstandscore als 'het Veen'. De wijken met een tamelijk gemiddelde achterstandscore hebben we aangeduid als 'de Overgang Zand-Veen'. Omdat de perinatale sterfte het hoogste bleek in 'het Veen' en we daar meer gedetailleerde informatie over wilden hebben, hebben we dit gedeelte verder gesplitst naar de stadsdelen Centrum, Escamp en Laak/Binckhorst. In 'het Zand' lag de totale perinatale sterfte met 7,43‰ beduidend lager dan het landelijke gemiddelde. Zowel in 'de Overgang' als in 'het Veen' bleek de perinatale sterfte verhoogd (respectievelijk 11,65‰ en 14,40‰). Binnen 'het Veen' was de sterfte het hoogst in de achterstandswijken in stadsdeel Centrum (15,58‰), gevolgd door Escamp (14,17‰), terwijl het cijfer voor Laak (12,81‰)

slechts weinig verschilde van het cijfer voor 'de Overgang'. Tabel 2 laat dezelfde gegevens zien, met uitsplitsing in foetale en vroeg-neonatale sterfte en voorts aangevuld met cijfers over de morbiditeit (Big 4; zie kader 3 voor definities). Bij de foetale sterfte en de vroeg-neonatale sterfte zien we eenzelfde patroon als bij de totale perinatale sterfte: de cijfers van 'het Veen' zijn bijna twee maal zo hoog als die van 'het Zand', en binnen 'het Veen' heeft Laak een niet veel hoger cijfer dan 'de Overgang'. We zien wel verschillen tussen de sterfte en de morbiditeit. Zo is de gradiënt bij de morbiditeit minder steil. En binnen 'het Veen' zijn de verschillen tussen Laak, Escamp en Centrum in het voorkomen van de Big 4 klein. Tabel 3 toont de foetale, vroeg-neonatale en totale perinatale sterfte, uitgesplitst naar de etnische achtergrond van de zwangere. Voor deze analyse zijn de categorieën 'Nederlands' en 'Ander Europees' (zie het kader over de PRN) samengevoegd tot 'westers'. Zowel de foetale als de vroeg-neonatale sterfte - en dus ook de totale perinatale sterfte - zijn bij niet-westerse vrouwen hoger dan bij westerse vrouwen (perinatale sterfte 13,7 versus 9,3‰). Onder de niet-westerse vrouwen scoren de Creoolse vrouwen het ongunstigst (niet minder dan 22,76‰), gevolgd door

de Hindostaanse vrouwen (15,43‰). Onder de belangrijkste etnische minderheidsgroepen scoren de Mediterrane vrouwen het meest gunstig met 11,59‰. Ook bij de morbiditeit vinden we de meest ongunstige cijfers bij de Creoolse en Hindostaanse zwangeren: 23,5 respectievelijk 20,5%; hier scoren de Mediterrane vrouwen eveneens relatief gunstig (17,4%). De perinatale sterfte in de Aziatische bevolking ligt in dezelfde orde als in de westerse bevolking; de morbiditeit lijkt daarentegen wel verhoogd onder de Aziaten.

Kader 2:

Perinatale Registratie Nederland

De Perinatale Registratie Nederland verzamelt gegevens van zwangerschappen. De gegevens over de moeder komen binnen bij de LVR-1 en LVR-2: de Landelijke Verloskundigen Registratie voor de verloskundigen respectievelijk de gynaecologen. De gegevens over het kind komen binnen bij de LNR: de Landelijke Neonatale Registratie. Bij de PRN worden de gegevens van deze drie registraties (LVR-1, LVR-2 en LNR) aan elkaar gekoppeld. Het lastigste onderdeel van deze koppeling is om het juiste kind aan de juiste moeder te koppelen. Toch lukt de koppeling bijzonder goed, met een geschat foutpercentage van minder dan 1% (10).

Verreweg de meeste zorgverleners in Nederland leveren de gewenste gegevens aan de LVR en de LNR, zodat de PRN vrijwel compleet is. Voor zo ver ons bekend zijn de Haagse gegevens in de PRN volledig.

De aard van de gegevens die in de PRN zijn te vinden wordt bepaald door de LVR- en LNR-formulieren. Soms levert dit duidelijke beperkingen op. Zo is naar huidige inzichten een gegeven als 'etnische achtergrond' niet optimaal beschikbaar voor de onderzoeksperiode van dit onderzoek. De LVR-formulieren hebben de volgende opties voor dit item: Nederlands, Mediterraan, Ander Europees, Creools, Hindostaans, Aziatisch, Overig. Doordat er één categorie Mediterraan is, kan geen onderscheid worden gemaakt tussen Turkse en Marokkaanse zwangeren. Bovendien vallen ook andere Noord-Afrikaanse landen onder deze categorie. Het valt zelfs niet uit te sluiten dat sommige zorgverleners, zeker in een wat verder verleden, Griekse, Italiaanse en Spaanse vrouwen hebben geregistreerd als Mediterraan. Evenzo is het denkbaar dat niet iedereen dezelfde definitie heeft gehanteerd van Creools.

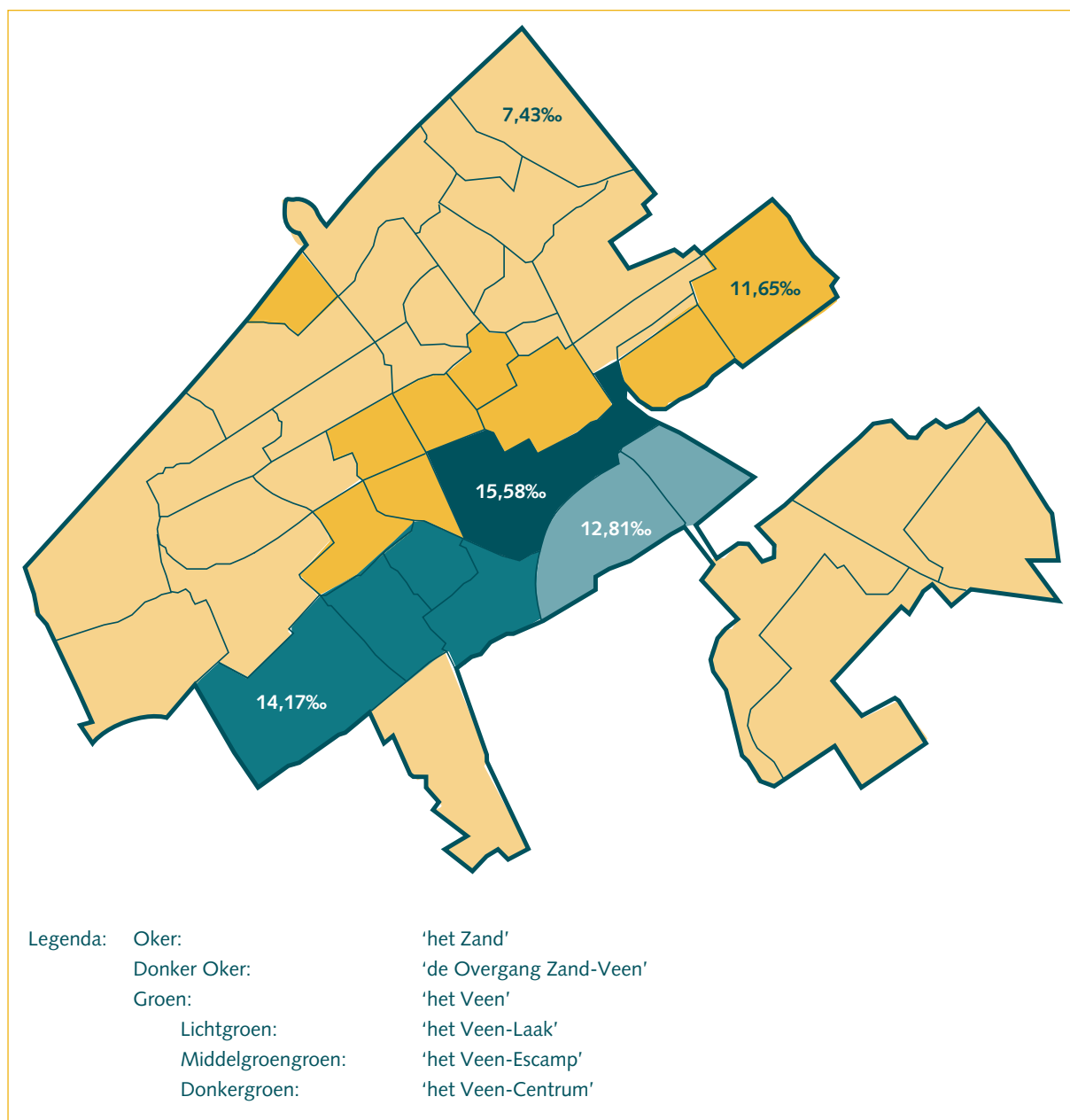
Relatief wonen in de achterstandswijken veel niet-westerse vrouwen. Daarom is het zinvol om na te gaan of de verschillen tussen de onderscheiden gebieden wellicht te verklaren zijn uit verschillen tussen wijken naar etnische samenstelling. En, omgekeerd, of verschillen tussen etnische groepen wellicht te verklaren zijn uit verschillen in sociaal-economische positie van de woonwijk. Hiertoe is een logistische regressie analyse uitgevoerd. Uit zo'n analyse volgt hoeveel hoger het risico is in een bepaalde groep, in vergelijking met een referentiegroep, uitgedrukt als Odds Ratio (OR; een OR van 2 betekent dat het risico in de betreffende groep twee maal zo hoog is als in de referentiegroep). Als referentiegroep is, voor de analyse naar sociaal-economische status, 'het Zand' genomen en voor de analyse naar etnische achtergrond de westerse vrouwen. Eerst zijn de ongecorrigeerde Odds Ratio's berekend. Vervolgens zijn gecorrigeerde Odds Ratio's berekend, waarbij in het ene geval is gecorrigeerd voor de etnische samenstelling van de wijken en in het andere geval voor de achterstandscore van de wijken waar de betreffende etnische groepen woonachtig zijn. Hiermee werd een goede schatting verkregen van in het ene geval de invloed van de achterstandscore van de wijken op de perinatale sterfte en in het andere geval de invloed van de etnische achtergrond. Omdat ook de leeftijd van de moeder en het aantal eerder doorgemaakte zwangerschappen (pariteit; in het algemeen hing een hogere pariteit dan 2 samen met een lager risico) veel invloed hebben, is tegelijk voor deze variabelen gecorrigeerd.

'In het Zand lag de totale perinatale sterfte beduidend lager dan het landelijk gemiddelde. Binnen het Veen was de sterfte het hoogst in achterstandswijken in stadsdeel Centrum, gevolgd door Escamp'

Tabel 4 laat zien hoe sterk het risico is verhoogd in 'de Overgang Zand-Veen' en in 'het Veen'. Deze risicoverhoging blijkt weinig te veranderen na toevoeging van de correctiefactoren. Dus het rekening houden met verschillen tussen de drie groepen wijken wat betreft etniciteit, leeftijd van de moeder en pariteit, leidt niet tot een heel ander resultaat. Dat is enigszins tegen de verwachting in, omdat de verhoogde sterfte in de achterstandswijken deels zal worden veroorzaakt doordat vooral daar de etnische minderheidsgroepen met het hoogste risico wonen. Als daarmee rekening wordt gehouden, zouden de wijkverschillen moeten afnemen. Blijkbaar heeft de

Figuur 2.

Perinatale sterfte in vijf gebieden. Den Haag, 2000-2008.



totale correctie (dus inclusief de variabelen 'leeftijd van de moeder' en 'pariteit') een zodanige invloed dat er al met al slechts bescheiden verschuivingen optreden in de waarde van de Odds Ratio's. Tabel 5 is vergelijkbaar met tabel 4, maar richt zich op de variabele 'etnische achtergrond van de moeder'. Het risico is voor de Mediterrane vrouwen niet langer significant verhoogd, nadat is gecorrigeerd voor de achterstandscore van de woonwijk, pariteit en de leeftijd van de moeder. De verhoogde risico's voor de Creoolse en Hindostaanse vrouwen daarentegen

worden slechts beperkt beïnvloed door de correctie. Hun risico's blijven ruim twee (Creoolse vrouwen) tot anderhalf (Hindostaanse vrouwen) maal zo hoog als dat van de westerse vrouwen. Een zeer vergelijkbaar beeld, met ongeveer dezelfde Odds Ratio's, zien we als we apart naar de foetale en vroeg-neonatale sterfte kijken. Het meest opvallend zijn de Odds Ratio's voor vroeg-neonatale sterfte bij de Creoolse vrouwen (22 gevallen; zie tabel 3): ongecorrigeerd 3,44 ten opzichte van de westerse vrouwen en gecorrigeerd 2,81 (niet in tabel).

Tabel 2.

Perinatale mortaliteit (%) en morbiditeit (%) naar achterstandscore van de woonwijk. Den Haag, 2000-2008.

Gebied	Aantal geboortes: N	Aantal levend geboren: N	Foetale sterfte: N (%)	Vroeg-neonatale sterfte: N (%)	Totale perinatale sterfte: N (%)	Big 4: N (%)
Zand	18.698	18.593	105 (5,62)	34 (1,83)	139 (7,43)	2.676 (14,3)
Overgang Zand-Veen	14.339	14.216	123 (8,58)	44 (3,10)	167 (11,65)	2.584 (18,0)
Veen	20.489	20.279	210 (10,25)	85 (4,19)	295 (14,40)	4.116 (20,1)
Veen – Laak	5.074	5.027	47 (9,26)	18 (3,58)	65 (12,81)	1.012 (19,9)
Veen – Escamp	7.266	7.190	76 (10,46)	27 (3,76)	103 (14,17)	1.448 (19,9)
Veen – Centrum	8.149	8.062	87 (10,68)	40 (4,96)	127 (15,58)	1.656 (20,3)
Totaal *)	53.526	53.301	440 (8,19)	163 (3,06)	603 (11,22)	9.413 (17,5)

*) van 215 vrouwen was de postcode niet toe te rekenen aan de drie gebieden. Dit betrof voornamelijk postbusadressen; daarnaast enkele niet-bestaande postcodes in de range van de gemeente Den Haag (2491 t/m 2597)

Kader 3: Definities

Perinatale sterfte is de som van de foetale sterfte en de vroeg-neonatale sterfte. *Foetale sterfte* is sterfte vóór de geboorte, bij een zwangerschapsduur van ten minste 22 weken. Indien de zwangerschapsduur onbekend is, geldt als criterium een geboortegewicht van ten minste 500 gram. Foetale sterfte wordt uitgedrukt als het aantal doodgeboortes per 1.000 geboortes. *Vroeg-neonatale sterfte* is sterfte tot en met de zevende dag na de geboorte. Vroeg-neonatale sterfte wordt uitgedrukt als het aantal sterfgevallen in de eerste week na de geboorte per 1.000 levend geboren.

Wat betreft perinatale morbiditeit (ziekte) kijkt men meestal naar de zogeheten 'Big 4'. Zo ook in dit arti-

kel. Onder de Big 4 verstaat men prematuriteit, dysmaturiteit, aangeboren afwijkingen en een lage Apgar score. Onder prematuriteit wordt verstaan een geboorte na een zwangerschapsduur van minder dan 37 weken. Van dysmaturiteit spreken we als het geboortegewicht ligt in de range van de 10% baby's met het laagste geboortegewicht, rekening houdend met de betreffende zwangerschapsduur (geboortegewicht 'onder de tiende percentiel'). De Apgar-score geeft maximaal twee punten aan elk van de volgende aspecten: hartslag, ademhaling, spierspanning, huidskleur, reactie op prikkels. We rekenen een Apgar-score lager dan 7, gemeten vijf minuten na de geboorte, tot de Big 4. Met het begrip pariteit wordt bedoeld op het aantal eerdere zwangerschappen.

Samenhang tussen perinatale sterfte en morbiditeit

In bovenstaande is al even ingegaan op het verband tussen morbiditeit en sterfte. Je zou de sterfte kunnen beschouwen als het topje van de ijsberg van de morbiditeit. Dus dan is het verhoogde perinatale sterfterisico voor bijvoorbeeld de Creoolse groep een afspiegeling van de verhoogde perinatale morbiditeit. Maar als dit het hele verhaal zou zijn, dan zou je verwachten dat voor elke subgroep ongeveer dezelfde verhouding zou bestaan tussen sterfte en morbiditeit. Dat dit niet zo is blijkt wel uit het feit dat zowel de sociaal-economische als de etnische verschillen in

mortaliteit groter zijn dan de verschillen in morbiditeit (zie tabel 2 en 3). Bijvoorbeeld: de perinatale morbiditeit in 'het Veen' verschilt iets minder dan een factor anderhalf van die in 'het Zand', maar de mortaliteit ligt bijna twee keer zo hoog. En de perinatale morbiditeit bij de Creoolse bevolkingsgroep ligt eveneens iets minder dan een factor anderhalf hoger dan die onder westerlingen, terwijl de mortaliteit tweeënehalf keer zo hoog ligt. In de paragraaf Beschouwing worden enkele mogelijke verklaringen genoemd voor deze bevindingen.

Er is nog op een andere manier gekeken naar de

samenhang tussen mortaliteit en morbiditeit. Uit landelijk onderzoek is bekend dat een groot deel van de perinatale mortaliteit kan worden gerelateerd aan de Big 4; geschat wordt 85,2% (3). In het Haagse onderzoek vonden we iets vergelijkbaars: in 83,5% van de gevallen van perinatale sterfte in de periode 2000-2008 was sprake van één of meer aandoeningen die onder de Big 4 vallen. Verreweg het belangrijkste aandeel leverde de prematuriteit: in 72,4% van de gevallen van perinatale sterfte was sprake van een te vroege geboorte.

‘Een eerste verkenning van de data wees erop dat veel vrouwen laat in zorg komen en dat dit een sterke verhoging geeft van het risico op perinatale sterfte. Laat in zorg komen werd vooral gezien bij Creoolse vrouwen’

Een niet-verwaarloosbaar deel van de perinatale sterfte betreft kinderen met een geboortegewicht van minder dan 500 gram. Kinderen met een zo laag geboortegewicht zijn nagenoeg nooit levensvatbaar. Van alle gevallen van perinatale sterfte hadden 119 kinderen (19,7%) een geboortegewicht van minder dan 500 gram.

Suboptimale zorg(vraag)

In de PRN zijn slechts weinig gegevens beschikbaar die een indruk kunnen geven van de geleverde zorg. Bij sommige vrouwen kende de LVR-2 een andere

postcode dan de LVR-1. Blijkbaar waren deze vrouwen tussen hun eerste contact bij de verloskundige en hun verwijzing naar de gynaecoloog verhuisd. Verhuizing tijdens de zwangerschap is potentieel een risico voor de continuïteit in de zorg. Maar er werd geen verhoogde perinatale sterfte gevonden onder de verhuisde vrouwen; integendeel (8,97‰ versus 11,29‰ bij de niet-verhuisde vrouwen).

Een eerste verkenning van de PRN-data wees erop dat veel vrouwen laat in zorg komen en dat dit een sterke verhoging geeft van het risico op perinatale sterfte. Laat in zorg komen werd vooral gezien bij de Creoolse vrouwen.

Beschouwing

Ook al wordt nog altijd gediscussieerd over de betekenis die moet worden toegekend aan de Peristat studies, ons onderzoek bevestigt in ieder geval het beeld dat de perinatale sterfte en morbiditeit in Den Haag verhoogd zijn ten opzichte van landelijke cijfers. Echter, binnen Den Haag blijken de verschillen zeer groot. Perinatale sterfte en morbiditeit maken duidelijk deel uit van het thema ‘sociaal-economische gezondheidsverschillen’. In de meer welgestelde wijken zijn de perinatale sterftecijfers gunstiger dan het landelijk gemiddelde. In de wijken met een hoge achterstandscore is de perinatale sterfte echter twee maal zo hoog en ligt daarmee sterk boven het landelijk gemiddelde. Ook de etnische verschillen zijn groot, met hoge cijfers voor de Creoolse en

Tabel 3.

Perinatale mortaliteit (‰) en morbiditeit (%) naar etnische achtergrond van de moeder. Den Haag, 2000-2008.

Etniciteit	Aantal geboortes: N	Aantal levend geboren: N	Foetale sterfte: N (‰)	Vroeg-neonatale sterfte: N (‰)	Totale perinatale sterfte: N (‰)	Big4: N (%)
Westers *)	30.871	30.656	215 (6,96)	72 (2,35)	287 (9,30)	4.861 (15,9)
Niet-westers	19.649	19.456	193 (9,82)	77 (3,96)	270 (13,74)	3.699 (19,0)
Mediterraan **)	11.391	11.296	95 (8,34)	37 (3,28)	132 (11,59)	1.963 (17,4)
Creools ***)	2.812	2.770	42 (14,94)	22 (7,94)	64 (22,76)	652 (23,5)
Hindostaans	3.693	3.650	43 (11,64)	14 (3,84)	57 (15,43)	749 (20,5)
Aziatisch	1.753	1.740	13 (7,42)	4 (2,30)	17 (9,70)	335 (19,3)
Totaal ****)	50.520	50.112	408 (8,08)	149 (2,97)	557 (11,03)	8.560 (17,1)

*) dit zijn de PRN-categorieën Nederlands en ‘Ander Europees’ samengenomen

**) voornamelijk Turkse en Marokkaanse vrouwen

***) voornamelijk afkomstig uit Suriname, maar ook wel van de Antillen of rechtstreeks uit sub-Sahara Afrika

****) van 3.221 vrouwen was de etnische achtergrond als ‘Overig’ geregistreerd of niet ingevuld

Tabel 4.

Ongecorrigeerde en gecorrigeerde Odds Ratio's voor perinatale sterfte naar achterstandscore van de woonwijk. Den Haag, 2000-2008.

Gebied	Ongecorrigeerde OR*)	Gecorrigeerde OR *) **)
Zand (referentie)	1	1
Overgang Zand-Veen	1,57	1,61
Veen	1,95	1,99

*) alle Odds Ratio's in deze tabel zijn statistisch significant ($p < 0,05$)

**) gecorrigeerd voor leeftijd van de moeder, pariteit en etnische achtergrond

Hindostaanse bevolkingsgroepen. Correctie voor de meest relevante variabelen verandert dit beeld niet wezenlijk. De perinatale sterfte voor de Mediterrane vrouwen ligt in dezelfde orde als die voor westerse vrouwen, indien gecorrigeerd wordt voor de achterstandscore van de woonwijk. Een vergelijkbare bevinding werd recent gepubliceerd op basis van cijfers uit Amsterdam (4). Toch moet daarbij niet worden vergeten dat, in absolute aantallen, het grootste deel van de perinatale sterfte in Den Haag zich afspeelt binnen de westerse en Mediterrane bevolkingsgroepen (287 respectievelijk 132 sterfgevallen).

De sociaal-economische en etnische verschillen in mortaliteit zijn groter dan de verschillen in morbiditeit. Het is niet onmiddellijk duidelijk wat hiervan de verklaring is. Enerzijds is het denkbaar dat in de wijken met een hoge achterstandscore en bij Creoolse en Hindostaanse zwangerschappen pathologie speelt die een bovengemiddelde kans geeft op overlijden. Anderzijds kan evenmin worden uitgesloten dat de aansluiting tussen de zorg en de patiënt bij deze groepen minder goed is, waardoor de overlevingskansen voor foetus en pasgeborene minder groot zijn. Een derde mogelijkheid is dat de morbiditeit bij sommige groepen wordt ondergerapporteerd; in dat geval zou de gradiënt in de morbiditeit in werkelijkheid steiler kunnen zijn dan uit de registraties naar voren komt.

Over de onderliggende oorzaken van de sterk verhoogde cijfers voor de Creoolse en Hindostaanse bevolking kunnen we op dit moment slechts speculeren. Beide groepen hebben een verhoogd cardiometabool risico, wat een rol kan spelen. Bij de Creolen gaat het vooral om verhoogde bloeddruk, bij de Hindostanen om (zwangerschaps)diabetes. De afdeling Epidemiologie van de GGD wil hier meer

zicht op krijgen via onderzoek op basis van de medische dossiers. Hiertoe heeft een verloskundige in het kader van haar masterstudie de dossiers gelicht van alle gevallen van perinatale sterfte bij Creoolse en Hindostaanse vrouwen in de periode 2000 tot en met 2010 ('cases') plus voor iedere case drie dossiers van Creoolse respectievelijk Hindostaanse vrouwen van wie de zwangerschap niet eindigde in perinatale sterfte ('controls'). Via deze case-control studie probeert de GGD te achterhalen wat de belangrijkste risicofactoren (bijvoorbeeld hoge bloeddruk, diabetes, overgewicht) zijn die verantwoordelijk zijn voor de verhoogde perinatale sterfte in deze bevolkingsgroepen.

Over de zorg heeft het onderzoek laten zien dat een laat eerste bezoek aan verloskundige of gynaecoloog erg vaak voorkomt. Ook dit aspect wordt betrokken in de genoemde case-control studie. Wat betreft de etnische verschillen is het interessant ook te kijken naar de andere steden. In Amsterdam komen vooral de Ghanese, Marokkaanse en Antilliaanse en in iets mindere mate de Turkse en Surinaamse vrouwen laat in zorg (5). In Rotterdam zijn de cijfers gesplitst voor vrouwen die voor het eerst zwanger zijn en vrouwen voor wie het om de tweede of volgende zwangerschap gaat. Bij de vrouwen die voor het eerst zwanger zijn, zijn het vooral de Antilliaanse, Marokkaanse, Kaap-Verdiaanse en Surinaams-Creoolse vrouwen die laat komen. De Hindostaanse vrouwen verschijnen bijna even vroeg als de Nederlandse vrouwen. Opvallend in de Rotterdamse cijfers is dat de Nederlandse vrouwen bij tweede en volgende zwangerschappen zich vrijwel even vroeg melden als bij hun eerste zwangerschap, maar dat vrijwel alle andere etnische groepen later komen. Dit werd het sterkst gezien bij de Surinaams-Creoolse en Hindostaanse vrouwen (6). Mogelijk was men tijdens de eerdere zwangerschap niet overtuigd geraakt van het belang van goede

zwangerschapscontrole. Maar er kunnen natuurlijk ook heel andere punten spelen, zoals onvoldoende mogelijkheid voor opvang van de oudere kinderen. De ongunstige positie van Den Haag ten opzichte van de andere grote steden is al met al met dit onderzoek niet verklaard. Immers, in de andere grote steden spelen dezelfde sociaal-economische en etnische gezondheidsverschillen.

Misschien is nog wel iets te zeggen over de positie van Nederland ten opzichte van andere Europese landen. Een hoopgevende bevinding in ons onderzoek is de dalende trend in foetale en vroeg-neonatale sterfte en ook in de perinatale morbiditeit. De gunstige knik die lijkt op te treden rond 2006 roept de vraag op of dit te maken kan hebben met de invoering van de echo bij de twintigste week. Immers, indien uit de echo blijkt dat de foetus een ernstige, of zelfs niet met het leven verenigbare aandoening heeft, dan kan worden besloten tot afbreking van de zwangerschap. Indien deze afbreking plaatsvindt vóór de 22e week, komt de zwangerschap niet in de perinatale statistieken terecht. Als deze hypothese klopt, is mogelijk zelfs een optimistische conclusie mogelijk betreffende de Nederlandse positie binnen Europa. Nederland was relatief laat met de invoering van deze echo; mogelijk is een deel van de slechte Nederlandse cijfers hieraan te wijten. Er is overigens ook nog een andere verklaring mogelijk voor de ongunstige Nederlandse cijfers. Nederland neemt binnen Europa een achterhoede positie in op het gebied van tabaksontmoedigingsbeleid. Roken is een belangrijke risicofactor voor ongunstige zwangerschapsuitkomsten. Zo bezien lijkt er een

opmerkelijke discrepantie te bestaan tussen enerzijds de grote zorg die de rijksoverheid uitspreekt over de Nederlandse perinatale cijfers en anderzijds het op zijn zachtst gezegd weinig doortastende rijksbeleid ten aanzien van roken.

Nederland neemt binnen Europa een achterhoede positie in op het gebied van tabaksontmoedigingsbeleid. Roken is een belangrijke risicofactor voor ongunstige zwangerschapsuitkomsten'

Voor het overige blijft geldig wat aan het begin van dit artikel werd gesteld: we weten nog steeds niet goed wat de ongunstige positie verklaart van Nederland in cijfers van de Peristat studies.

Ontwikkelingen in Den Haag

In Den Haag wordt op verschillende manieren gewerkt aan het onderwerp 'perinatale sterfte en morbiditeit'. Om te beginnen maakt dit onderwerp, zoals gezegd, deel uit van het bredere thema van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Het gemeentelijk gezondheidsbeleid richt zich nadrukkelijk op het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Dit betreft zowel structurele maatregelen, zoals de gezonde wijk aanpak, als voorlichting op individueel en groepsniveau. Verbetering in algemene zin van kansen op gezondheid en van gezondheidsvaardigheden van inwoners van achterstandswijken en van vertegenwoordigers van etnische minderheden zal leiden tot verbetering van zwangerschapsuitkomsten. Aan het thema zwangerschap en geboorte zal de komende jaren extra aandacht worden geschonken.

Tabel 5.

Ongecorrigeerde en gecorrigeerde Odds Ratio's voor perinatale sterfte en naar etnische achtergrond van de moeder. Den Haag, 2000-2008.

Etniciteit	Ongecorrigeerde OR	Gecorrigeerde OR*)
Westers **) (referentie)	1	1
Niet-westers	1,48 ***)	1,23 ***)
Mediterraan **)		1,26 ***)
Creools **)		2,49 ***)
Hindostaans		1,68 ***)
Aziatisch		1,05
		0,94

*) gecorrigeerd voor leeftijd van de moeder, pariteit en achterstandscore van de woonwijk

**) zie voetnoten bij tabel 3

***) $p < 0,05$

Stiom is al gestart met een project dat beoogt om in de achterstandswijken de zorg voor moeder en kind vóór, tijdens en na de zwangerschap te verbeteren. Doelen van dit project zijn: vergroten bereik onder de doelgroep; verhogen health literacy van de doelgroep en bewustwording over zwangerschap en geboorte; bevorderen contacten met zorg- en hulpverlening; bevorderen cultuursensitiviteit van zowel de wijkbewoners als de betrokken professionals; en bevorderen gedeelde zorg (shared care). Het project bevindt zich momenteel in de ontwikkelfase. De eerste stap is een nadere verkenning via literatuuronderzoek, focusgroepgesprekken en gesprekken tussen professionals en doelgroep. In een later stadium wordt een laagdrempelig informatie- en consultatiepunt in gezondheidscentra ingericht. Wijkbewoners worden onder andere geïnformeerd via de zogeheten 'zwermers': getrainde burgers in de wijk die mensen in hun netwerk op een informele wijze informeren over gezondheidsonderwerpen en het gezondheidssysteem, en hen mobiliseren om tijdig gebruik te maken van de gezondheidsinstellingen. De kennis die hier wordt opgedaan vormt belangrijke input voor het uiteindelijke doel: het komen tot verbeteringen in de ketenzorg.

De rol van de GGD beperkt zich uiteraard niet tot onderzoek, zoals de genoemde case-control studie. De uitkomsten van het in dit artikel gepresenteerde onderzoek waren voor de GGD aanleiding om het gesprek aan te gaan met de betrokken beroepsgroepen om na te gaan wat zij kunnen doen om de ongunstige situatie in achterstandswijken in Den Haag en bij sommige etnische minderheidsgroepen te verbeteren. In ieder geval zal hiervoor het instrument van de perinatale audit worden ingezet. Mogelijkheden voor verbetering worden voorts besproken in het Haags Platform Perinatale Sterfte dat enkele malen per jaar bijeen komt, onder voorzitterschap van de directeur Volksgezondheid van de gemeente Den Haag, tevens directeur van de GGD.

Dankwoord

Met dank aan mw. dr. A.C.J. Ravelli (AMC) en mw. dr. C.W.P.M. Hukkelhoven (PRN) voor hun nuttige adviezen bij de voorbereiding en uitvoering van dit onderzoek.

Referenties:

1. Ravelli AC, Tromp M, Eskes M, Droog JC, van der Post JA, Jager KJ, Mol BW, Reitsma JB. Ethnic differences in stillbirth and early neonatal mortality in The Netherlands. *J Epidemiol Community Health* 2011;65:696-701
2. De Graaf JP, Ravelli AC, Wildschut HI, Denktas S, Voorham AJ, Bonsel GJ, Steegers EA. Perinatale uitkomsten in de vier grote steden en de prachtwijken in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008;152:2734-40
3. Bonsel GJ, Birnie E, Denktas S, Poeran J, Steegers EAP. Lijnen in de Perinatale sterfte. ErasmusMC, Rotterdam 2010
4. Ravelli AC, Steegers EA, Rijninks-van Driel GC, Abu-Hanna A, Eskes M, Verhoeff AP, Buitendijk SE, Stronks K, Van der Post JA. Perinatale sterfteverschillen in Amsterdam. *Ned Tijdschr Geneesk* 2011;155:A3130
5. Alderliesten ME, Vrijkotte TGM, Van der Wal MF, Bonsel GJ. Late start of antenatal care among ethnic minorities in a large cohort of pregnant women. *BJOG* 2007;114:1232-9
6. Choté AA, de Groot CJ, Bruijnzeels MA, Redekop K, Jad-doe VW, Hofman A, Steegers EA, Mackenbach JP, Foets M. Ethnic differences in antenatal care use in a large multi-ethnic urban population in the Netherlands. *Midwifery* 2011;27:36-41
7. Buitendijk SE, Nijhuis JG. Hoge perinatale sterfte in Nederland in vergelijking met de rest van Europa. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;148:1855-60
8. Mohangoo AD, Buitendijk SE, Hukkelhoven CW, Ravelli AC, Rijninks-van Driel GC, Tamminga P, Nijhuis JG. Hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met andere Europese landen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008;152:2718-27
9. Ekkelenkamp M. Lekker bevallen in Slowakije. *Medisch Contact* 2011(66):454
10. Tromp M, Méray N, Ravelli AC, Reitsma JB, Bonsel GJ. Medical Record Linkage of Anonymous Registries without Validated Sample Linkage of the Dutch Perinatal Registries. *Stud Health Technol Inform* 2005;116:125-30

Community analyse Oranjeplein e.o.: resultaten van onderzoek in het kader van de Haagse Aanpak Gezond Gewicht

Gitte Kloek, Lot Schaap, Mary Berns, Stans Kraetzer, Irene van der Meer

In het kader van de aanpak van overgewicht bij Haagse kinderen en jongeren is er van de situatie rond het Haagse Oranjeplein e.o. een community analyse gemaakt. Hiertoe zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd, o.a. onder jongeren, volwassenen en ondernemers. De resultaten van de onderzoeken worden gebruikt om de aanpak van overgewicht bij te sturen: zit men met de keuze voor bepaalde interventies in de wijk op de goede weg? Onderstaand artikel licht de verschillende onderzoeken van de community analyse toe en presenteert de resultaten. Het artikel eindigt met informatie over hoe de aanpak vorm krijgt.

Inleiding

Overgewicht vormt een serieuze bedreiging van de volksgezondheid. Het RIVM heeft berekend dat overgewicht, na roken, het meeste gezondheidsverlies veroorzaakt in de Nederlandse bevolking (1). Zo verliezen mensen met ernstig overgewicht gemiddeld 3 levensjaren en 5 gezonde jaren.

In 2007 had een vijfde van de kinderen in Den Haag overgewicht¹ (2). Bij vergelijking van de wijken bleek dat er een duidelijke relatie was tussen overgewicht bij de kinderen en de wijkachterstandscore. In de wijken met de hoogste achterstandscore was overgewicht in de periode 1999-2007 significant toegenomen. In de wijken met de laagste achterstandscores, die al lagere prevalentiecijfers hadden, bleef overgewicht stabiel of nam het zelfs iets af.

‘Mensen met ernstig overgewicht verliezen gemiddeld drie levensjaren en vijf gezonde jaren’

Haagse Aanpak Gezond Gewicht (HAGG)

Onder de naam ‘Haagse Aanpak Gezond Gewicht’

worden in Den Haag verschillende activiteiten uitgevoerd om overgewicht te bestrijden (3). De doelen van de HAGG zijn:

1. In 2014 is het percentage overgewicht onder de jeugd in Den Haag niet toegenomen ten opzichte van 2010.
2. In 2018 is het percentage overgewicht onder de jeugd in Den Haag afgenomen ten opzichte van 2010.
3. In 2018 is het percentage overgewicht onder de jeugd wonend in de krachtwijken teruggebracht tot het Haagse gemiddelde².

De Haagse Aanpak Gezond Gewicht is voortgekomen uit eerdere ontwikkelingen die in onderstaand kader worden beschreven.

Kader:

Wat is er al gedaan?

Sinds 2006 wordt er in Den Haag onder de naam ‘Actieprogramma Gezond Gewicht’ geïnvesteerd in een gezond gewicht van de Haagse jeugd (4). Tijdens de eerste periode (2006-2009) is een structuur opgezet met aandacht voor preventie, vroegsignalering en begeleiding van kinderen met overgewicht. De activi-

Over de auteurs:

Mw. dr. ir. G.C. Kloek en mw. drs. C. Schaap werken als onderzoeker bij het Lectoraat Leefstijlverandering bij Jongeren van De Haagse Hogeschool; mw. drs. M.H.P. Berns en mw. dr. ir. I.M. van der Meer werken als onderzoeker bij de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag; mw. drs. C. Kraetzer werkt bij de afdeling Gezondheidsbevordering van de GGD Den Haag.

¹ Alleen de Nederlandse, Turkse, Marokkaanse en Hindostaanse kinderen in Den Haag zijn meegenomen in dit onderzoek.

² Deze doelstelling is conform de doelstelling van het Meerjarenplan Samen Gezond. Het Meerjarenplan Samen Gezond is opgesteld vanuit een verbintenis tussen de gemeente Den Haag en diverse lokale en landelijke partijen, die alle de intentie hebben uitgesproken om de gezondheid van bewoners in de krachtwijken te verbeteren. Het doel van het programma is dat in 2018 alle bewoners van de achterstandswijken even gezond zijn als de gemiddelde inwoner van Den Haag.

teiten van dit actieprogramma worden in de huidige collegeperiode (2010–2014) verbeterd en waar nodig uitgebreid. (3). Omdat binnen het actieprogramma Gezond Gewicht de focus vooral op de schoolomgeving ligt, heeft de GGD Den Haag in 2009 een verzoek ingediend bij ZonMw tot deelname aan het programma ‘Gezonde Slagkracht’. Dit is een programma dat ook aandacht besteedt aan andere leefomgevingen van het kind, te weten de wijk en thuis. In 2010 is de gemeente Den Haag inderdaad Gezonde Slagkracht-gemeente geworden.

Deze meer wijkgerichte aanpak sluit aan bij een landelijke beweging: JOGG (Jongeren Op Gezond Gewicht). In 2010 heeft Den Haag zich, als een van de eerste gemeenten in Nederland, aangesloten bij JOGG (5). JOGG is de beweging waarbij iedereen in stad, dorp of wijk zich inzet om gezond eten en bewegen voor jongeren gemakkelijk en aantrekkelijk te maken. Het doel is de stijging van overgewicht en obesitas bij Nederlandse jongeren om te zetten in een daling. JOGG is gebaseerd op de EPODE-aanpak.

In 1992 is in Frankrijk gestart met een nieuwe methodiek voor de aanpak van overgewicht bij kinderen met de naam EPODE (Ensemble, Prévenons l’Obésité Des Enfants; laten we samen overgewicht bij kinderen voorkomen). De methode bleek niet onmiddellijk succesvol, maar na twaalf jaar bleek de prevalentie van overgewicht in de deelnemende steden (Fleurbaix en Laventie) 8,8%. Dit was veel lager dan in de controle steden (Bois-Grenier and Violaines) waar de prevalentie 17,8% bedroeg (6). Naar het Franse voorbeeld EPODE wordt in Nederland JOGG (Jongeren Op Gezond Gewicht) geïmplementeerd in verschillende gemeenten (7).

De EPODE-strategie behelst een lokale integrale samenwerking waarbij 4 pijlers centraal staan: politiek bestuurlijk draagvlak, sociale marketing, publiek-private samenwerking en wetenschappelijke evaluatie. In Nederland (JOGG) is er een vijfde pijler aan deze strategie toegevoegd, namelijk de afstemming tussen preventie en zorg.

De wijkgerichte aanpak in Den Haag is in maart 2010 gestart rondom het Oranjeplein (kortweg ‘Oranjeplein e.o.’) in de Schilderswijk en de Stationsbuurt, zie figuur 1 (kaart). De keuze voor dit gebied is gebaseerd op de kenmerken van het gebied en de mogelijkheden die het bood. Zo omvat het gebied een groot plein,

woonhuizen, winkels, zorgvoorzieningen en scholen. Meteen bij de start van de concrete aanpak werd besloten een community analyse uit te voeren. Het doel hiervan was de aanpak zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de wijk. De resultaten van de community analyse moesten kunnen worden gebruikt voor het bijsturen van de aanpak, die was gebaseerd op bestaande kennis en ervaring van de betrokken professionals uit de wijk.

Community analyse Oranjeplein e.o.

De vraag die centraal stond in de community analyse van Oranjeplein e.o. was: wat is de huidige stand van zaken ten aanzien van bewoners, organisaties en voorzieningen op het gebied van overgewicht in Oranjeplein e.o. in Den Haag?

Deze vraag werd opgesplitst in deelvragen:

1. Wat zijn de demografische en epidemiologische kenmerken van de bewoners van Oranjeplein e.o.?
2. Hoe denken jongeren van Oranjeplein e.o. over de onderwerpen voeding en bewegen?
3. Hoe denken volwassenen van Oranjeplein e.o. over de onderwerpen voeding en bewegen bij kinderen?
4. Welke interventies gericht op de aanpak van overgewicht door organisaties vinden plaats in Oranjeplein e.o.?
5. Welke bijdrage kunnen ondernemers leveren aan de aanpak van overgewicht in Oranjeplein e.o.?

Er bestaat geen standaard aanpak voor een community analyse. Om bovenstaande vragen te beantwoorden zijn in de periode maart 2010 - april 2011 verschillende onderzoeken uitgevoerd. Hieronder staan deze onderzoeken beschreven en worden de gevonden resultaten gepresenteerd.

Demografie

De demografische analyse is uitgevoerd door de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag (8). Hiervoor is gebruik gemaakt van bestaande gegevens, zoals Den Haag in Cijfers en CBS Statline. Het Oranjeplein e.o. ligt in drie buurten: Schildersbuurt-Noord, Schildersbuurt-Oost en Huygenspark. Deze drie buurten omvatten meer dan alleen Oranjeplein e.o.. Vanwege de beschikbaarheid van gegevens is er voor gekozen de demografische analyse uit te voeren op basis van de volledige drie buurten.

Figuur 1.

Kaart van het Oranjeplein e.o.



De drie buurten hebben een hoge achterstandscore³. De grootste etnisch-culturele groepen zijn van Turkse en Marokkaanse afkomst: beide groepen vormen, afzonderlijk van elkaar, een vijfde van de bevolking. Ten opzichte van het landelijk niveau waren de inkomens laag. Meer dan de helft van de bewoners in Oranjeplein e.o. had een inkomen dat lager was dan of gelijk aan het 40-procentpunt van de landelijke inkomensverdeling (14.200 euro per jaar). Bijna een derde van de potentiële beroepsbevolking (15-64-jarigen) in de drie buurten ontving in 2005 een uitkering. 78% van hen ontving deze uitkering meer dan een jaar. In totaal zijn er bijna 10.000 woningen in de drie buurten van Oranjeplein e.o., 60% van de woningen valt onder de categorie flat. In 2005 was 89% van alle woningen huurwoning, 11% was koopwoning.

Epidemiologie

Voor de epidemiologische analyse is gebruik gemaakt

van het rapport 'Gezondheid in de krachtwijken' (9). De epidemiologische gegevens hierin betreffen de gehele Schilderswijk, op kleiner geografisch niveau zijn geen gegevens beschikbaar.

Een kwart (26%) van de 3-16-jarige kinderen in de Schilderswijk had in de periode 2005-2007 overgewicht. Ten opzichte van de periode 1999-2001 was dit een significante toename (toen 24% overgewicht). In heel Den Haag had in 2007 19% van de 3-16-jarige kinderen overgewicht. Het percentage overgewicht varieert per etnische groep: 34% van de Turkse en 26% van de Marokkaanse kinderen in heel Den Haag had overgewicht.

Jongeren

Om na te gaan hoe jongeren denken over de thema's voeding en beweging hebben twee studenten Farmakunde van de Hogeschool Utrecht vijftig straatinterviews gehouden in Oranjeplein e.o. (10). Alle gesprekken bevatten de onderwerpen voeding of

³ De door de gemeente Den Haag gebruikte achterstandscore is gebaseerd op de volgende indicatoren: percentage etnisch-culturele groepen, inkomen, WOZ-waarde woningen, percentage verhuizingen en percentage langdurig werklozen per gebied. Een score van 0 is gemiddeld, een negatieve score (-) betekent minder achterstand en een positieve score betekent meer achterstand.

beweging en de beleving van de woonwijk. De gesprekken waren kort en aangepast aan de spreektaal van de jongeren. Bij de straatinterviews is gevraagd naar de bereidheid om deel te nemen aan focusgroepen. In totaal zijn er zes focusgroepen gehouden, alleen met jongens, alleen met meisjes, en gemengde groepen, in verschillende leeftijdscategorieën: 12-14 jaar en 15-18 jaar.

'Iemand die op school fruit eet wordt voor 'konijn' uitgemaakt'

De jongeren gaven aan wel te weten dat gezond eten belangrijk is, maar dat ze de noodzaak daarvan pas in zullen zien als ze zelf vinden dat ze te dik zijn. De jongeren zeiden niet vaak te ontbijten, graag met elkaar bij de snackbar te lunchen, en een groot deel van hun geld daaraan uit te geven. Over het ontbijt merkten de jongeren ook op dat veel jongeren een slecht slaappatroon hebben ontwikkeld, waardoor het teveel inspanning kost om eerder op te staan om ontbijt te maken. Een deel geeft aan dat voldoende fruit eten makkelijk haalbaar is. De jongeren hebben geen negatief beeld van gezonde voeding. Wel wordt iemand die op school fruit eet voor 'konijn' uitgemaakt. Het drinken van water heeft geen goed imago. *"Water moet je echt niet drinken als je chillt met een grouppe [groep], dat is toch niet gezellig! Neem dan op zijn minst een goedkoop Energy-blikje."* Jongeren kiezen wat ze eten op basis van smaak en gemak. Daarnaast is het moeilijk om voor gezonde alternatieven te kiezen in plaats van snacks, omdat die alternatieven -volgens deze jongeren- niet voorhanden zijn.

Bewegen is bij jongens populairder dan bij meisjes. Alle jongens uit het onderzoek vinden sporten leuk en belangrijk, maar een gedeelte van de jongens wil niet vastzitten aan de tijden van een sportvereniging. Bij de vragen over de wijk, gaven jongens aan dat er te weinig pleinen zijn om op te sporten. Ze willen meer grasvelden, omdat de pleinen vooral van asfalt zijn. De meisjes uit het onderzoek sporten niet, maar weten wel dat sport belangrijk is voor de gezondheid. Zij willen graag samen met andere meisjes aan sport doen, voor de gezelligheid, en alleen met meisjes. Er was discussie over bewegen in het openbaar, een aantal meisjes vond dat dat voor meisjes vanaf hun 21ste niet meer kon. Om zich te verplaatsen in de stad, geven de meisjes de voorkeur aan de tram boven de fiets, ook weer vanwege de gezelligheid. De mening van de jongens hierover is verdeeld. Een aantal jongens heeft een voorkeur voor de fiets boven de tram, omdat fietsen goedkoper en sneller is.

Volwassenen

Om na te gaan hoe volwassenen (waaronder moeders en vaders) denken over de thema's gezonde voeding en voldoende bewegen door kinderen, heeft de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag vijf focusgroepen (vijf tot vijftien deelnemers per groep) georganiseerd met volwassen bewoners (11). De groepen waren als volgt samengesteld: 1x Somalische vrouwen, 1x Marokkaanse vrouwen, 2x vrouwen met een gemengde etnisch-culturele achtergrond (onder andere Turkse vrouwen) en 1x mannen voornamelijk van Marokkaanse achtergrond. De gesprekken gingen over een gezonde leefstijl bij kinderen/jongeren: gezonde voeding, voldoende bewegen, belemmeringen voor de kinderen/jongeren om gezond te eten en voldoende te bewegen, en mogelijkheden of wensen op dat gebied.

'De ouders zagen belemmeringen voor gezond eten door kinderen en jongeren op school, want daar verkoopt de kantine ongezonde producten, kunnen kinderen naar de snackbar om de boek en zijn traktaties zoet en/of vet'

Deelnemers aan de gesprekken leken goed op de hoogte van wat gezond eten is. Veel genoemd werden fruit, groenten, melkproducten en brood. Daarnaast gaf men aan dat gevarieerd eten, ontbijten en matig met vet belangrijk is. Gezond bewegen brachten de deelnemers niet per definitie in verband met (georganiseerde) sport. Ook hier leek men wel goed op de hoogte want de besproken onderwerpen waren: buiten spelen, fietsen/wandelen naar/van school of andere activiteiten, zwemmen, voetballen op straat, gymnastiek op school en, speciaal voor meisjes, dansen.

De ouders zagen belemmeringen voor gezond eten door kinderen en jongeren op school, want daar verkoopt de kantine ongezonde producten, kunnen kinderen naar de snackbar om de hoek en zijn de traktaties zoet en/of vet. Volgens de ouders zijn er op school geen regels voor gezonde traktaties, of worden die niet toegepast. Ook financieel zien de ouders belemmeringen: groente en fruit zijn duur en energiedrankjes zijn populair en goedkoop. De sociale omgeving speelt een rol door de invloed van vrienden die niet gezond eten of familie en burens die de kinderen 'on gezond' voedsel toestoppen. Als laatste werd genoemd dat er in het gezin geen tijd, rust of zin is voor het ontbijt. Georganiseerd sporten vonden



Het drinken van water heeft onder de jongeren geen goed imago

ouders vaak duur en de mogelijkheden zijn vaak te ver weg en/of lastig te organiseren met de zorg voor andere kinderen en andere activiteiten. Buiten spelen en fietsen vindt men te gevaarlijk en daarnaast zijn er op sommige speelplekken te weinig speeltoestellen. Gemengd sporten is niet voor alle meisjes toegestaan en over het algemeen zijn er voor meisjes weinig activiteiten omdat het accent vaak op voetbal ligt. Als laatste lijkt de Ooievaarspas (kortingsregeling voor mensen met een laag inkomen) soms ongewenste situaties op te roepen, doordat sommige kinderen daar wel gebruik van kunnen maken en andere niet. Men vindt dat er daardoor oneerlijke situaties ontstaan. Voor mogelijkheden op het gebied van gezonde voeding zagen de ouders vooral een rol weggelegd voor de scholen. Scholen kunnen hun eigen voedingsaanbod gezonder maken, lessen geven over voeding en bijvoorbeeld regels voor traktaties strakker hanteren. Behalve bij de Somalische vrouwen was er geen behoefte aan voorlichting, want men vond dat die er al genoeg is. Wel vonden deze ouders dat zij zelf ook het goede voorbeeld zouden kunnen geven. Wensen voor bewegen liggen op het vlak van meer speeltoestellen, aandacht voor andere sporten en sportverenigingen in de buurt en meer activiteiten voor meisjes waarbij het van belang is dat zij gescheiden mogen sporten.

Organisaties

Voor het inventariseren van bestaande activiteiten gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl hebben 3de jaars studenten Voeding en Diëtik van de Haagse Hogeschool medewerkers van tien organisaties geïnterviewd, die actief zijn in Oranjeplein e.o. (12-13). Dit waren medewerkers van onder andere het welzijnswerk, het opbouwwerk, de bibliotheek, de jeugdgezondheidszorg, het buurthuis en een bewonersorganisatie. Het interview ging over de aanwezige problematiek in Oranjeplein e.o., de mogelijke bijdrage van de organisaties aan de aanpak van overgewicht en de aanwezigheid van bestaande activiteiten op gebied van leefstijl.

Bestaande activiteiten in Oranjeplein e.o. blijken vooral gericht op het stimuleren van gezonde voedselkeuzes en lichamelijke activiteit, een beperkt aantal activiteiten zorgt daarbij voor een veilige omgeving om te kunnen bewegen. Niet genoemd werden activiteiten die zich richten op de beschikbaarheid van betaalbare en gezonde voeding en dranken, het stimuleren van borstvoeding en het stimuleren van de publiek-private samenwerking voor het tegengaan van overgewicht. De meeste activiteiten zijn gericht op een positieve attitude ten aanzien van voeding en/of beweggedrag. Een klein aantal

activiteiten richt zich op de sociale omgeving van jongeren, door de ouders bij de activiteiten te betrekken, of op het bevorderen van de eigen effectiviteit of vaardigheden door middel van een beweegtraining of kookcursus. Daarnaast neemt een aantal organisaties barrières voor bewegen weg door de activiteiten op een laagdrempelige manier aan te bieden.

‘Soms zijn de opvoedvaardigheden van ouders beperkt zijn en soms ook hebben kinderen veel geld op zak dat ze aan snoep besteden’

De problematiek in Oranjeplein e.o. wordt volgens de meeste organisaties veroorzaakt door de slechtere sociaal-economische omstandigheden waarin de bewoners leven. Het kennisniveau is laag en men reageert niet of te traag op ziekteverschijnselen. Soms zijn de opvoedvaardigheden van ouders beperkt en soms ook hebben kinderen veel geld op zak dat ze aan snoep besteden. Problemen als criminaliteit, verslaving en samenscholing hangen mogelijk samen met de werkloosheid. Eén organisatie wijst erop dat psychische problemen als gevolg van de emigratie naar Nederland een rol zouden kunnen spelen in de problematiek van de wijk. Ook de fysieke omgeving speelt een rol. In de buurt rond het Oranjeplein is sprake van verminderde veiligheid op straat en beperkte (sport)faciliteiten.

Alle organisaties zijn bereid tot samenwerken in het kader van overgewicht bij jongeren. Over de precieze inbreng doen zij meestal geen uitspraak, omdat dit mede afhankelijk is van de (jaar)planning van de betreffende organisatie en het beschikbare budget. Een aantal organisaties, zoals het buurthuis en de bibliotheek, stelt ook ruimte beschikbaar voor het organiseren van activiteiten. Een vaak gehoorde voorwaarde voor deelname is geld/subsidie. De organisaties verwachten van de HAGG dat er activiteiten worden gericht op voeding en bewegen, dat de activiteiten van de eigen organisatie daarbij aan kunnen sluiten en dat een multidisciplinaire insteek een positieve bijdrage kan leveren aan het oplossen van een probleem.

Ondernemers

Onderzoekers van het Lectoraat Leefstijlverandering bij Jongeren van De Haagse Hogeschool hebben acht ondernemers geïnterviewd (14). De ondernemers zijn geselecteerd tijdens een rondwandeling door de wijk. De meeste bedrijven in Oranjeplein e.o. bevinden zich

aan de Hoefkade, Koningstraat en Stationsweg. Van de acht geïnterviewde ondernemers hebben er zeven een bedrijf in Oranjeplein e.o. Eén ondernemer had zijn bedrijf niet in Oranjeplein e.o. zelf, maar omdat bij hem wel veel jongeren uit Oranjeplein e.o. komen, is hij in het onderzoek opgenomen. De geïnterviewde ondernemers zijn de eigenaar van een bakkerswinkel (1x), een apotheek (3x), een snackbar (2x), een supermarkt (1x) en een drogisterij (1x). De gegevens van de ondernemers zijn verzameld met behulp van een semi-gestructureerd interview, waarin drie vragen centraal stonden: de problematiek die de ondernemer ziet in de wijk, de mogelijkheden tot verbetering die de ondernemer ziet voor de wijk en de bijdrage die hij zelf zou kunnen leveren aan deze verbeteringen.

Voor de cijfers over het aantal ondernemers is net als bij de demografische analyse gebruik gemaakt van gegevens over de Schilderswijk-Noord, Schilderswijk-Oost en het Huygenspark. Het totaal aantal verkooppunten komt op 131 winkels, 51 (39%) van deze winkels kunnen voorzien in dagelijkse behoeften. In het gebied van Oranjeplein e.o. bevindt zich één supermarkt en drie apotheken. Het aantal horecavoorzieningen in de fastservicesector (zoals ijssalons, lunchrooms, grillrooms, fastfoodketens en snackbars) is twintig.

Veel ondernemers benoemen vaak als eerste dat zij niet veel problemen zien in Oranjeplein e.o. Zij maken daarbij vaak de vergelijking met vroeger toen het allemaal ‘veel slechter’ was in de wijk. Na doorvragen komt een aantal problemen vaak terug zoals de dagelijkse stress en het gegeven dat bewoners mogelijk nog wel praten over gezondheid en ziekte, maar zelf geen actie ondernemen om er iets aan te doen. Verschillende ondernemers benoemen dat de bewoners ongezond zijn en te veel medicatie gebruiken. Bewoners hebben een ongezond voedingspatroon en sporten zit niet in de cultuur. Als laatste wordt signaleerd dat ouders maar beperkt toezicht houden op hun kinderen.

Meer sporten of bewegen wordt gezien als een belangrijke oplossing, maar dat moet dan wel worden gefaciliteerd. Daarnaast vinden de ondernemers dat ook het voedingspatroon moet veranderen en dat (zwangere) vrouwen en ouders specifieke aandachtsgroepen zouden moeten zijn.

Communiceren met de doelgroep moet het liefst mondeling, in de eigen taal en door iemand die aanzien heeft bij de doelgroep.

Mogelijkheden tot eigen bijdragen die de



Alle jongens uit het onderzoek vinden sporten leuk en belangrijk

ondernemers zelf zien, liggen op het gebied van sponsoring, het verspreiden van informatie over de HAGG en de loketfunctie van de apotheek bij het doorverwijzen van patiënten naar activiteiten van de HAGG. Een aantal ondernemers met een winkel of horecavoorziening vindt dat een bijdrage financieel ook iets op moet leveren, want ze blijven ondernemer. Op dit moment leveren alleen de apotheken een bijdrage aan de doelstellingen van de HAGG doordat zij bepaalde patiëntgroepen voorlichten over bekende risicofactoren van hun aandoeningen.

Beschouwing

De verschillende onderzoeken die in het kader van een community analyse voor Oranjeplein e.o. zijn uitgevoerd, hadden tot doel de aanpak van overgewicht bij te sturen. Tegelijkertijd met de community analyse is vormgegeven aan de concrete aanpak. Er is een projectgroep samengesteld uit medewerkers van organisaties uit de wijk, voorgezeten door de GGD Den Haag. Als er op een specifiek thema iets moet worden uitgewerkt, stelt de projectgroep tijdelijke werkgroepen in. Daarnaast zijn er een stuurgroep en een dagelijks bestuur om alles goed te laten verlopen. De betrokken partijen zijn niet nieuw in de wijk en

hoefden ook niet te wachten op de afronding van de community analyse om relevante interventies te kunnen starten. De eerste interventies (zomeractiviteiten) zijn in de zomer van 2010 gestart.

Zodra een deelonderzoek van de community analyse was afgerond zijn de resultaten teruggekoppeld naar de projectorganisatie. Op deze wijze en in deze setting heeft de community analyse die in Oranjeplein e.o. is uitgevoerd gefunctioneerd als (extra) argument voor keuzes in de aanpak. Een paar voorbeelden:

- 1) Het feit dat zowel jongeren als volwassenen het 'weinig ontbijten door jongeren' noemden, vormde een argument om het ontbijtproject 'Tijd voor ontbijt' van Zebra Welzijn op een basisschool in Oranjeplein e.o. te financieren.
- 2) Dat als reden voor het niet-ontbijten andere factoren werden genoemd, zoals slechte slaapgewoonten en stress in de ochtend, was een bevestiging van het belang van psychosociale/opvoedkundige factoren in de overgewichtproblematiek. Dit was een extra argument om door Context ontwikkelde workshops in de wijk in te zetten, zoals 'Omgaan met stress', 'Meer zelfvertrouwen' en 'Lekker slapen'.

- 3) Dat vooral meisjes weinig bewegen en dat zij dit graag samen en uitsluitend met andere meisjes willen was een extra argument om een project met koken en bewegen voor meisjes van buurthuis De Mussen te financieren.
- 4) En dat volwassenen zeiden dat ouders zelf het goede voorbeeld kunnen geven was een extra argument voor twee interventies waarbij ouders het goede voorbeeld geven. Zo is onlangs vanuit Zebra Welzijn een project gestart met moeders (ambassadeurs), en staat er een project voor vaders van buurtbouwwerk BOOG samen met buurthuis De Mussen in de startblokken. Hierbij gaat om het opleiden van bewoners, die andere buurtbewoners kunnen stimuleren tot een gezonde leefstijl van hun gezin.
- 5) Aan sociale invloed zou meer aandacht kunnen worden besteed. De resultaten van het deelonderzoek onder jongeren laten zien dat zij het belangrijk vinden om bij de groep te horen en zich conform de heersende normen binnen die groep te gedragen.

Uitbreiding

Het is de bedoeling dat de wijkgerichte aanpak wordt uitgebreid naar alle Haagse krachtwijken: Schilderswijk, Stationsbuurt/Rivierenbuurt, Transvaal en Zuidwest. In Bouwlust/Vrederust, onderdeel van de krachtwijk Zuidwest, is inmiddels ook gestart met een wijkgerichte aanpak. De huidige aanpak in Oranjeplein e.o. wordt op korte termijn uitgebreid naar de gehele Schilderswijk, de Stationsbuurt en de Rivierenbuurt. Evaluaties worden uitgevoerd om de aanpak te monitoren en te optimaliseren.

Dankwoord

De community analyse in Oranjeplein e.o. is mede mogelijk gemaakt door een financiële bijdrage van ZonMw. Daarnaast bedanken wij graag alle deelnemers aan de onderzoeken alsook de studenten die deelonderzoeken uitvoerden voor hun medewerking.

Referenties:

1. Hoeymans N, Baal PHM van. Wat is de bijdrage van risicofactoren? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. Online (bezoekt op 26 augustus 2011); Beschikbaar op URL: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/ziektelast-in-daly-s/wat-is-de-bijdrage-van-risicofactoren/>
2. Wilde JA de, Middelkoop BJC, Dommelen P van, Verkerk PH. Overgewicht bij Haagse schoolkinderen. Een trendanalyse van 1999 tot en met 2007. *Epidemiologisch bulletin* 2008; 43(4): 37-46.
3. Hooijdonk C van. Macro projectplan Haagse aanpak Gezond Gewicht. Den Haag: GGD Den Haag, afdeling Gezondheidsbevordering; 2011.
4. Leeuwen HS van, Burger I, Kuipers ECC, Houdijk ECAM. Actie tegen overgewicht. *Epidemiologisch bulletin* 2007, 42(1): 20-25.
5. JOGG in Den Haag. [Korte berichten] *Epidemiologisch bulletin* 2010, 45(3): 38.
6. Romon M, Lommez A, et al. Downward trends in the prevalence of childhood overweight in the setting of 12-year school- and community-based programmes. *Public Health Nutr.* 2009, 12(10): 1735-1742.
7. JOGG Plan van aanpak 2010-2015. Online. 2010 (bezoekt op 24 maart 2011); Beschikbaar op URL: http://www.jongerenopgezwondgewicht.nl/download/1/jogg_pva.pdf.
8. Meer IM van der. *Epidemiologische analyse Oranjeplein e.o.*. Den Haag: GGD Den Haag; 2010.
9. Gemeente Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn. *Gezondheid in de krachtwijken. Gezonde wijkenanalyse Haagse Krachtwijken*. Den Haag: gemeente Den Haag; 2010.
10. Abbadi K el, Morabit F el. "Lekker in je vel? Ik dacht het wel!". *Bewonersonderzoek onder jongeren tussen de 12 en 18*. [Stageverslag]; 2010.
11. Berns MPH. *Verslag Focusgroepen Volwassenen: gezond eten en gezond bewegen*. Den Haag: GGD Den Haag; 2011.
12. Berveling M, Bretveld A, Yaish K, Slingerland L, Wel A van der. *Ga voor Goud! Adviesrapport*. [Stageverslag] Den Haag: De Haagse Hogeschool; 2010.
13. Basir M, Kramer L van de, Slingerland L, Sterk H, Zou C. *Adviesrapport 'Ga voor Goud!'*. [Stageverslag] Den Haag: De Haagse Hogeschool; 2010.
14. Kloek G, Schaap C. *JOGG Den Haag. Communityanalyse Oranjeplein: ondernemersonderzoek*. Den Haag: De Haagse Hogeschool; 2011.

Bof, "l'histoire se répète"

Jurriaan van den Brand

De bof is terug van weggeweest. Vanaf eind 2009 tot en met september 2011 hebben meer dan 1000 mensen in Nederland de bof gekregen. De verspreidingsroute liep via universitaire studenten. In Den Haag was er een uitbraak aan de Hotelschool, ruim vijf jaar na een uitbraak aan dezelfde school. De GGD Den Haag verzorgt in optredende gevallen de informatie over de bof. Omdat Den Haag de afgelopen jaren nu al twee keer is getroffen door een uitbraak van bof, zal de GGD Den Haag aansluiten bij nieuwe initiatieven voor nader onderzoek van de ziekte bof. Onderstaand artikel beschrijft de achtergronden van de bof, het verloop van de recente epidemie en de gevolgen voor het bestrijdingsbeleid.

Achtergronden

In januari 2011 vaardigde de GGD Den Haag de informatie uit naar alle studenten van de Haagse Hotelschool dat er sprake was van een bofuitbraak. Onder studenten in Nederland was op dat moment al langere tijd sprake van een epidemie van de bof. De bof was terug in Den Haag.

Wat is bof?

Bof is een infectieziekte die wordt veroorzaakt door het bofvirus. Voor de introductie van de BMR-vaccinatie (bof, mazelen en rodehond) in het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) in 1987 kwamen regelmatig bofepidemieën voor, waarbij voornamelijk kinderen tussen het eerste en negende levensjaar werden aangedaan. Na 1987 daalde het aantal aangegeven gevallen naar minder dan 50 per jaar (1). In 1999 is de meldingsplicht voor bof afgeschaft, maar in 2008 is deze weer geïntroduceerd, met name om zicht te houden op het falen van het vaccin. De bof is een zeer besmettelijke ziekte, met als enig reservoir de mens. De ziekte wordt overgedragen als druppelinfectie uit neus- en keelholte (bij hoesten en niezen). Daarbij is de bof het meest besmettelijk vanaf één tot 2 dagen vóór het optreden van de parotiszwelling tot 5 dagen daarna (2). Er zijn gevallen beschreven waar het virus in het speeksel is geïsoleerd vanaf 5 dagen vóór tot 9 dagen na het ontstaan van de parotitis (2). In de urine is het virus tot 5 dagen na het begin van de parotitis aantoonbaar bij 80% van de patiënten.

Waarom een epidemie?

Ondanks de introductie van de BMR-vaccinatie in 1987 trad de afgelopen jaren (december 2009, 2010 en 2011) op nationaal niveau een epidemie van bof op. Met name de jongvolwassenen uit de jaren 1987,

1988 en 1989 bleken vatbaar, ondanks twee vaccinaties. Overigens werd het overgrote deel van de studenten die gevaccineerd waren niet ziek, dus een conclusie dat de vaccinatie tegen bof niet werkt is niet gerechtvaardigd.

‘Vanaf eind 2009 tot en met september 2011 hebben meer dan 1000 mensen in Nederland de bof gekregen’

De herintrede van de bof in Nederland heeft meerdere oorzaken: waning immunity (waarmee bedoeld wordt een vermindering van specifieke afweer tegen de bof omdat bij afwezigheid van het natuurlijk voorkomen van de bof er geen reactivering van het aangelegde afweergeheugen is), minder goede werking van de bofcomponent in het BMR-vaccin, en mogelijk minder goede kruisimmunitet van antistoffen tegen het in het vaccin aanwezige type A-bofvirus dan tegen het bij deze epidemie circulerende type G-bofvirus. De mate van intensief contact onder universitaire studenten is waarschijnlijk ook een factor die bijdraagt aan de aanhoudende transmissie in deze groep.

Verloop nationale uitbraak

Het signaleringsoverleg

In Nederland worden alle GGD'en geïnformeerd over de op dat moment voorkomende infectieziekten op nationaal en internationaal niveau. Sinds 1 januari 1999 bestaat op het RIVM daartoe het wekelijks signaleringsoverleg. De deelnemers screenen de gepubliceerde literatuur en internetsites op het gebied van infectieziekten, beoordelen trends in laboratoriumgegevens en recente meldingen van de GGD'en. Het verslag van dit overleg wordt dezelfde

Over de auteur:

J.J. van den Brand is arts infectieziektebestrijding bij de GGD Den Haag.

dag verzonden naar alle artsen infectieziektebestrijding en sociaal verpleegkundigen van de lokale GGD. Op deze wijze is de GGD op de hoogte van de laatste stand van zaken ten aanzien van dreigende infectieziekten. Daarnaast voert de GGD lokaal surveillance-activiteiten uit. Het verloop van de bofepidemie in de studentenwereld laat zich beschrijven aan de hand van een samenvatting van de gegevens van dit signaleringsoverleg, zoals te zien is in kader 1.

Landelijke epidemiologie

De uitbraak werd eerst signaleerd onder Delftse studenten. Begin 2010 verspreidde het virus zich tijdens een meerdaags studentenfeest (zie inzet op pag. 25, de beleving van de student) verder naar Leidse studenten, en vervolgens naar andere universiteitssteden zoals Groningen. Eind december 2010, begin 2011 was Den Haag aan de beurt: een uitbraak onder studenten van de Hotelschool in Den Haag. Momenteel circuleert het virus nog steeds in verschillende universiteitssteden. Vanaf het begin van de uitbraak tot 5 oktober 2011 zijn 1044 gevallen van bof gemeld (3) (bron LCI, Georgia Ladbury, afdeling EPI, Cib/RIVM). Het verloop is grafisch weergegeven in figuur 1.

Lokale epidemiologie: Leiden

Naar aanleiding van het feest in Leiden is het

opvallend dat er een piek in klinische verschijnselen is opgetreden precies 16 tot 18 dagen na het feest. De feestweek was op 23, 24, 25 en 26 februari 2010, week 9 in 2010, resulterend in de piek in week 11 (zie figuur 1). Deze stijging in het voorkomen van bof onder de studenten in Leiden is meer in detail uitgelicht in figuur 2 (4).

De incubatieperiode varieert van 12 tot 25 dagen (de meeste gevallen van bof ontstaan tussen de 16 en 18 dagen) (2).

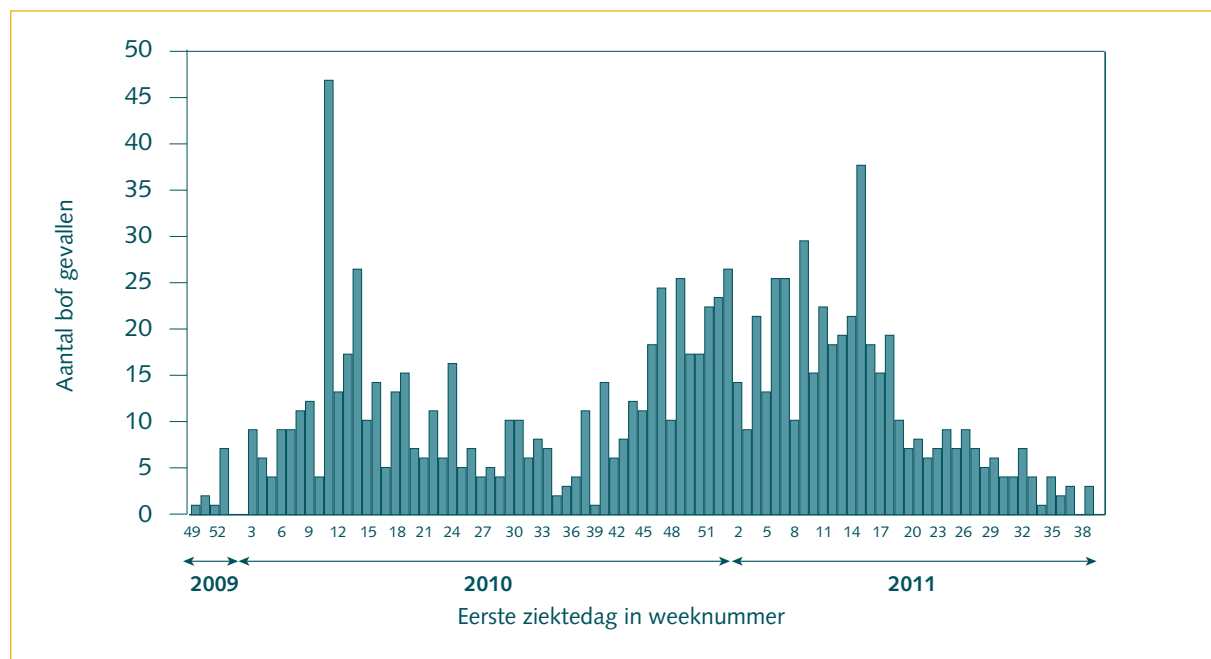
Den Haag

In dit geval mogen wij spreken van “l’histoire se répète”. In Den Haag werden we ook in 2004 geconfronteerd met een uitbraak van de bof, twee weken na een grootse viering van het 75-jarig bestaan van de Hotelschool. Collega arts infectieziektebestrijding van de GGD Den Haag Heinrich Brockhoff en Liesbeth Mollema van het RIVM hebben deze resultaten beschreven in het gerenommeerde wetenschappelijk tijdschrift *Vaccine* (5).

Zie figuur 3. In deze figuur is de piek twee à drie weken (16-18 dagen) na de pijl duidelijk herkenbaar. De pijl geeft het moment van het feest aan ter ere van het 75 jarig bestaan van de Hotelschool in Den Haag.

Figuur 1.

Bof gevallen (n = 1044) in Nederland naar leeftijd en week van eerste ziekte dag, 1 december 2009 - 5 oktober 2011.



Kader 1 :**Chronologische weergave van het signalerings-overleg over het voorkomen in Nederland van de bof****Datum: 14 jan 2010**

GGD Zuid-Holland West onderzoekt een mogelijk bofcluster. Het gaat tot nu toe om 5 studenten met klinische verschijnselen van bof in Delft. Van één persoon is de diagnose serologisch bevestigd, van de andere patiënten zijn monsters afgenomen voor onderzoek. Voor zover bekend zijn alle patiënten 2 keer gevaccineerd. Het betreft vrouwelijke studenten tussen 18 en 21 jaar, met eerste ziektedagen tussen 9 december 2009 en 6 januari 2010. Ze hebben contact met elkaar via dezelfde studie en sommigen via hetzelfde studentenhuus.

Datum: 4 februari 2010

Uitbreiding van het aantal ziektegevallen in *Delft* van 5 naar 17. Studenten die melden niet gevaccineerd te zijn, krijgen een BMR aangeboden.

Datum: 4 maart 2010

Uitbreiding van het cluster in Delft, nu al 40 gevallen. In de rest van Nederland zijn 8 gevallen geconstateerd waarbij er bij tenminste 2 GGD'en een link met het cluster in GGD regio Zuid-Holland West is gemeld.

Datum: 25 maart 2010

Na een (landelijk) studentenfeest in *Leiden* zijn er vervolgens ook 30 studenten te Leiden met bof gemeld. In totaal zijn er in Nederland vanaf 1 december 2009 tot en met 24 maart 110 personen met klinische verschijnselen van bof gemeld, verspreid over verschillende GGD'en.

Datum: 22 jul 2010

Het aantal patiënten sinds december 2009 bedraagt momenteel 290. Van 28 patiënten is bekend dat ze complicaties hebben ontwikkeld in 23 gevallen betrof het orchitis. Eén patiënt ontwikkelde meningitis. Vier patiënten werden in het ziekenhuis opgenomen.

Datum: 05 aug 2010

Met het oog op het nieuwe studiejaar adviseert het LCI om in de universiteitssteden studenten die geen of slechts één vaccin hebben gehad, laagdrempelig een vaccinatie aan te bieden.

Datum: 16 sep 2010

De laatste weken worden relatief veel meldingen gerapporteerd door GGD *Groningen*.

Datum: 25 nov 2010

Nu ook een uitbraak in *Utrecht* en een cluster in

Zuidoost-Brabant met in totaal 9 gemelde bofpatiënten die afkomstig zijn uit twee aaneengesloten kleinere gemeenten. Besmetting heeft mogelijk plaatsgevonden in één café waar ze allen bezoeker van zijn geweest.

Datum: 06 jan 2011

GGD Den Haag meldt een cluster van studenten die op klinische gronden worden verdacht van bof op de hotelschool in *Den Haag* (~1600 studenten, waaronder buitenlandse studenten die mogelijk niet allemaal volledig zijn gevaccineerd). Voor de kerst zou er sprake zijn geweest van zeker 3 klinische bofverdenkingen maar dat kon niet worden bevestigd bij de enige student die is bemonsterd. Dit heeft vermoedelijk te maken met een late monsterafname (8 dagen na de eerste ziektedag). Deze week blijken er zo'n 20 bofgevallen te zijn op de hotelschool. Bij 5 personen zijn keeluitstrijken en speekselmonsters afgenomen waarvan er 3 in het laboratorium zijn bevestigd.

Datum: 17 feb 2011

Voor het eerst zijn er nu ook patiënten met bof gemeld, die studeren aan de Universiteit van *Tilburg*.

Datum: 21 apr 2011

Het aantal patiënten met een eerste ziektedag tussen 1 december 2009 en 19 april 2011 is verder toegenomen tot 837. Het valt op dat recente infecties zich meer lijken voor te doen onder niet-universitaire studenten, hetgeen wijst op verdere verspreiding onder de gehele bevolking. De laatste weken zijn clusters gemeld onder jongvolwassenen van sportclubs (voetbal, waterpolo, mogelijk roeivereniging). Van alle gerapporteerde patiënten is de mediane leeftijd 23 jaar, het overgrote deel is 2 maal gevaccineerd.

Datum: 28 apr 2011

Voor het eerst sinds de bofepidemie begon in december 2009 zijn er infecties onder jongere kinderen gemeld. De GGD Regio Nijmegen meldt in een Inf@ctbericht dat ze in hun regio twee clusters van bof hadden op een basis- en een middelbare school. De basisschool is een antroposofische school met een vaccinatiëgraad van 70%.

Datum: 30 jun 2011

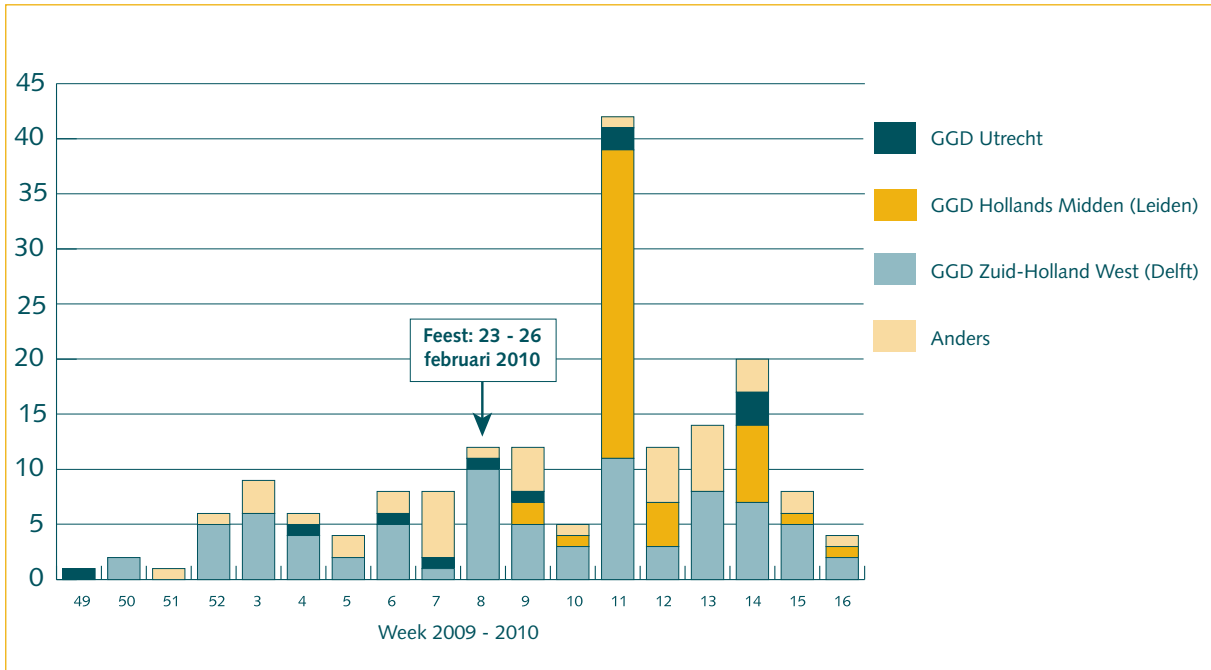
GGD Zuid-Limburg meldt een patiënt met een bofmeningitis. Het betreft een klinische diagnose. De patiënt was slechts eenmaal BMR-gevaccineerd. In totaal zijn er nu 3 gevallen van meningitis gerapporteerd sinds de aanvang van de epidemie.

(Bron signaleringsoverleg 2010-2011).

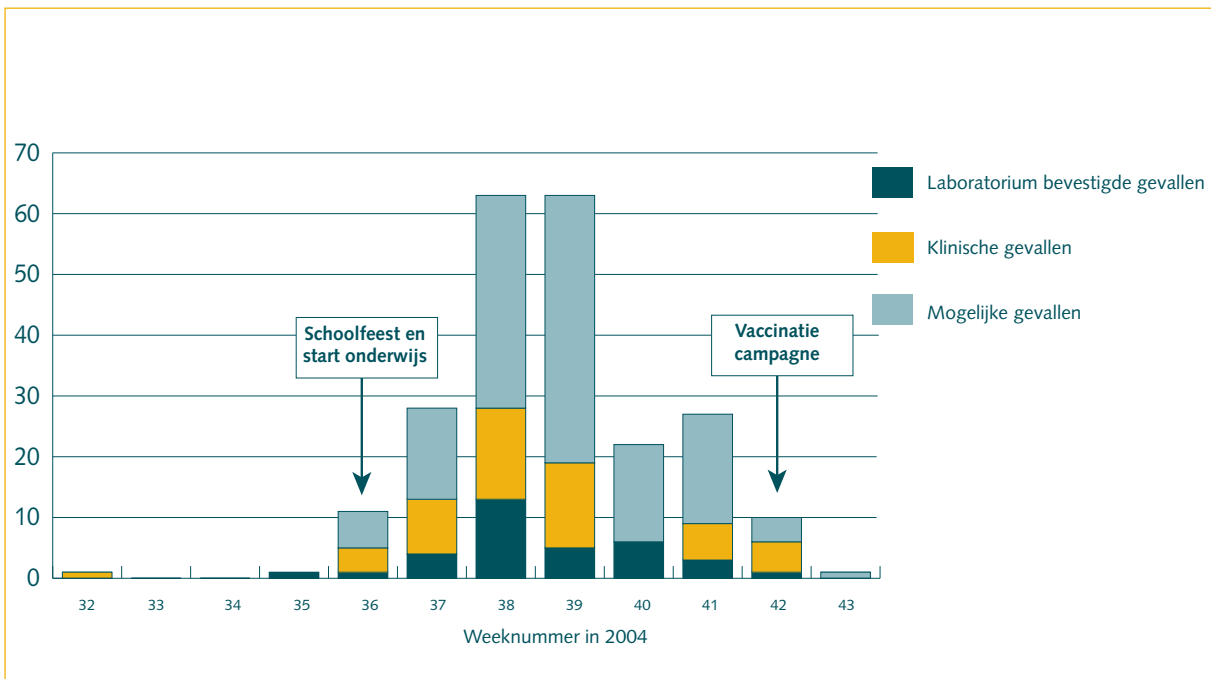
Figuur 2.

Plotselinge stijging bof onder studenten in Leiden in april 2010 (4).

Bof gevallen (n=172) per eerste ziektedag van december 2009 tot en met april 2010.

**Figuur 3.**

Plotselinge stijging bof onder studenten in Den Haag, september 2004 (5). Laboratorium bevestigde gevallen (n=28), klinische gevallen (n=61) en mogelijke gevallen (n=138) met eerste ziektedag in weeknummer.



Lokaal beleid infectieziektebestrijding

In de dagelijkse praktijk van de infectieziektebestrijding is de GGD het uitvoerende orgaan. De GGD wordt ondersteund door de richtlijnen van de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI), onderdeel van het Centrum infectieziektebestrijding (RIVM te Bilthoven). De GGD voert dagelijks bron- en contactonderzoek uit.

Brononderzoek

Bronopsporing is van belang om mogelijke import van nieuwe bofstammen te traceren, waartegen het vaccin in het Rijksvaccinatieprogramma geen bescherming biedt. Kweek en moleculaire typering zijn nodig om de herkomst door typering van het virus te achterhalen. Als er sprake is van een bestaand cluster of een landelijke epidemie heeft bronopsporing geen meerwaarde en is dus niet nodig.

Contactonderzoek

Naar aanleiding van een melding van bof (bevestigd in het laboratorium) moet de vaccinatiestatus van de personen in de omgeving van de patiënt worden nagegaan, evenals de aanwezigheid van personen met een verhoogd risico op gecompliceerd beloop, zoals niet-immune zwangeren en immuno-incompetente personen. Met name de vaccinatiestatus in het gezin, de schoolklas of kinderdagverblijfgroep moeten worden gecontroleerd.

Maatregelen ten aanzien van patiënt en contacten

Bij een solitair geval van bof en afwezigheid van contacten met verhoogd risico op gecompliceerd beloop zijn in het algemeen extra maatregelen niet

zinnig. Zijn deze contacten wel aanwezig, dan dient de patiënt tot het einde van de besmettelijke periode (één tot 2 dagen vóór het optreden van de parotiszwellings tot 9 dagen daarna) contact met deze personen te mijden. Bij iemand die niet in contact is geweest met door laboratoriumonderzoek bevestigde gevallen van de ziekte, moet de diagnose natuurlijk worden bevestigd door laboratoriumdiagnostiek, voordat men tot maatregelen overgaat.

‘Aangezien de kans op complicaties bij bof bij niet- of onvolledig gevaccineerden hoger is dan bij gevaccineerden, blijft het raadzaam om inhaalvaccinatie aan te bieden’

In een instelling (bijvoorbeeld een school, kinderdagverblijf of gezondheidsinstelling) is het aan te raden bij een solitair (verdacht of bevestigd) geval of een uitbraak van bof vaccinatie aan te bieden (of de serie af te ronden) aan contacten (groepsgenoten, leerkrachten, begeleiders) die nooit eerder (een volledige serie) BMR-vaccinatie hebben gehad, en ook niet zelf de bof hebben doorgemaakt. Vervroegd vaccineren van kinderen onder de 14 maanden is niet nodig. Bof wordt bij deze leeftijd zelden gezien, waarschijnlijk omdat zij nog over maternale antistoffen beschikken.

Nationaal beleid infectieziektebestrijding

Bij een groter (regio-overschrijdend) infectieziekteprobleem zoals de bofuitbraak roept het LCI het Outbreak Management Team (OMT) bijeen. Het OMT bestaat uit vaste leden en wordt aangevuld met specifieke deskundigen. Het OMT adviseert de Minister van Volksgezondheid over de aanpak van de infectieziektebestrijding. Daarna volgt het afstemmingsoverleg over welke bestrijdingsstrategie er moet worden gevolgd. In dit overleg wordt er inhoudelijk getoetst op bestuurlijke haalbaarheid en logistieke uitvoerbaarheid. Uiteindelijk wordt het bestrijdingsbeleid vastgesteld. Het Centrum infectieziektebestrijding vertaalt hierna de maatregelen naar de professionals in de praktijk.

Zo was er op 31 januari 2011 een bijeenkomst van het OMT over de bof epidemie. Deze bijeenkomst was erop gericht om het huidige bestrijdingsbeleid en de indicatie voor een extra vaccinatie tegen de bof te heroverwegen. Aan dit OMT namen ook adviseurs deel uit het Verenigd Koninkrijk (VK), de Verenigde

De beleving van een Leids student

De maand februari staat elk jaar in het teken van Sine Regno. Dit is een vierdaagse feestmarathon, de Bestuursgang is dan op vakantie en de Leden vieren feest. Het is erg leuk om tijdens een van deze avonden je vrienden van de middelbare school uit te nodigen en hen te laten zien waar je het zo leuk hebt! Alle eerstejaars clubs beheren deze week een bar ergens op Sociëteit. Dit draagt er toe bij dat het hele gebouw tot een groot feestpaleis wordt omgebouwd.

(Bron: <http://www.el-cid.nl/vereniginghistoriejouweeerstejaarmineerva.html>)

Staten (VS), Zweden en Zwitserland, vanwege hun ervaringen met soortgelijke uitbraken en met het aanbieden van een extra vaccinatie (VS).

Advies Outbreak Management Team

De waargenomen ziektelast was beperkt en zal de komende jaren waarschijnlijk niet sterk toenemen. Ook de door studenten ervaren ziektelast was beperkt. Daarom was er begin 2011 geen indicatie voor het routinematig aanbieden van een extra bof (booster-BMR) vaccinatie aan (universitaire) studenten. Aangezien de kans op complicaties bij bof bij niet- of onvolledig gevaccineerden hoger is dan bij gevaccineerden, blijft het wel raadzaam om inhaalvaccinatie aan te bieden. Ook blijft het belangrijk dat studenten worden geïnformeerd over het circuleren van het bofvirus in de studentenpopulatie. Ten slotte adviseert het Outbreak

‘In Den Haag werden we ook in 2004 geconfronteerd met een uitbraak van de bof, twee weken na een grootse viering van het 75-jarig bestaan van de Hotelschool’

Management Team om aanvullend onderzoek te starten om inzicht te verkrijgen in de transmissie van bof en de effectiviteit van een boostervaccinatie.

Gevolg voor de GGD Den Haag

Voor de GGD'en met een universiteit in de regio blijven de bestrijdingsmaatregelen, zoals het afgelopen jaar het aanbieden van een boostervaccinatie, onveranderd. Omdat dit alleen gaat over studenten die universitair onderwijs volgen, blijft Den Haag buiten schot. De GGD Den Haag is dan ook niet overgegaan tot het uitgebreid voorlichten van alle met name nieuwe studenten over de circulatie van bof onder studenten in Nederland. Anderzijds hebben wij hier in Den Haag voor een deel ook te maken met studerende internationaal recht en met nu al twee maal bevestigde bofuitbraken aan de Hotelschool in Den Haag. Daarom zal de GGD Den Haag aansluiten bij initiatieven voor nader onderzoek met betrekking tot de bof. Het Centrum Infectieziektebestrijding (RIVM) heeft hiertoe een bijeenkomst georganiseerd op 8 september 2011 om in samenwerking met GGD'en en specifieke

Kader 2:

Diagnostiek van bof

De diagnose bof is klinisch eenvoudig(er) te stellen wanneer deze zich presenteert in de klassieke vorm tijdens een epidemie: parotitis epidemica (enkelzijdige en/of dubbelzijdige parotis zwelling). Echter, bij een solitaire parotitis of atypische bof leunt de diagnose op laboratoriumonderzoek.

De voorkeur gaat uit naar een PCR gedaan op het keeluitstrijkmonster afgenomen binnen de eerste week na de eerste ziektedag. Dit in goed overleg met het diagnostiserend laboratorium of deze testmethode voorhanden is. Er zijn alternatieven.

Microbiologische diagnostiek

Direct

- Virusisolatie door middel van een kweek van keeluitstrijk of urine.
- Nucleïnezuuramplificatietechniek RT-PCR is geschikt voor de keeluitstrijk-, urine- en speekselmonsters, en voldoende sensitief indien de monsters zijn afgenomen binnen de 1e week

na de eerste ziektedag. Met deze techniek kan het virus ook getypeerd worden (fylogenetische typering uitgevoerd door het Centrum infectieziektebestrijding / Laboratorium Infectieziekten en Screening).

Indirect

- Specifieke antistoffen (IgM en IgG)
 - o Bij ongevaccineerden is de meest aangewezen test het aantonen van IgM-antistoffen in het serum. Deze kunnen meestal 3 dagen na de eerste ziektedag worden aangetoond en zijn tot enkele weken na de ziekte nog goed aantoonbaar.
 - o Bij gevaccineerden is de sensitiviteit van de IgM-antistofbepaling echter onvoldoende. Bij gevaccineerden wordt dan ook RT-PCR aanbevolen voor de diagnostiek van bof.
- Een (minstens) viervoudige titerstijging van IgG-antistoffen. Deze bepaling is zeer betrouwbaar maar vereist 2 bloedmonsters. Het eerste monster moet (bij voorkeur) binnen 3 dagen na de eerste ziektedag worden afgenomen.

onderzoeksgroepen verder interventieonderzoek te doen. Aanleiding hiervoor is het aanhouden van de epidemie en de aanvang van het door ZonMW gesubsidieerde bofonderzoek. Dit onderzoek richt zich op:

1. Boftransmissie, wie wordt door wie besmet en hoeveel mensen raken besmet?
2. De gevolgen van bof-orchitis. In hoeverre treedt bijvoorbeeld de complicatie onvruchtbaarheid op?
3. Acceptatiebeleid van een eventuele vaccinatie onder studenten, waarom willen ze wel of niet beschermd worden?

Het onderzoek is een samenwerking tussen het Centrum Infectieziektebestrijding met de Academische werkplaats AMPHI (te Nijmegen) en het Centrum voor Voortplantingsgeneeskunde van het AMC. De medewerking van GGD'en is bij dit onderzoek onmisbaar.

Take home message voor de huisartsen

De GGD blijft de huisartsen vragen alert te zijn op verschijnselen van bof. Daarbij kan de GGD advies geven over de diagnostiek van bof (zie kader diagnostiek van bof). Dit in goed overleg met het diagnosticerend laboratorium. Ten aanzien van de diagnostiek blijft het belangrijk om klinisch verdachte gevallen van bof middels laboratoriumdiagnostiek te bevestigen, tenzij er een duidelijke epidemiologische link is met een eerder bevestigd geval of cluster. Dit zijn momenteel de studenten in Nederland. Het belang van diagnostiek is gelegen in het traceren van mogelijke import van nieuwe bofstammen, waartegen het vaccin in het Rijksvaccinatieprogramma geen bescherming biedt. Daarbij willen we voor de

komende periode de mogelijkheid hebben om bij deze patiënten nader gericht onderzoek te doen naar boftransmissie, bof-orchitis en acceptatiebeleid van vaccinatie.

Referenties:

1. Conyn-van Spaendonck MAE, Vermeer-de Bondt PE, Hof S van den, Bosman A. Bof, wat weten we er nog van? Infectieziekten Bulletin 2001; jaargang 12 nummer 4 (bof):114-116.
2. American Academy of Pediatrics. Mumps. In: Pickering L ed. Red Book: 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases. 26th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2003:439-43.
3. LCI richtlijn Parotitis epidemica (bof) via RIVM.nl.
4. Whelan J, Binnendijk R van, Greenland K, Fanoy E, Khargi M, Yap K, Boot H, Veltman N, Swaan C, Bij A van der, de Melker H, Hahné S. Ongoing mumps outbreak in a student population with high vaccination coverage, Netherlands, 2010. Euro Surveill. 2010; 15(17): pii=19554. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19554>
5. Brockhoff HJ, Mollema L, Sonder GJ, Postema CA, Binnendijk RS van, Kohl RH, Melker HE de, Hahné SJ. Mumps outbreak in a highly vaccinated student population, The Netherlands, 2004. Vaccine. 2010 Apr 9;28(17):2932-6. Epub 2010 Feb 25.

Dankwoord

Met speciale dank aan Corien M. Swaan, arts Maatschappij en Gezondheid, Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding, RIVM Bilthoven, voor de specifieke bof data en het meedenken bij het tot stand komen van dit artikel.

DE PRAKTIJKONDERSTEUNER BINNEN DE EERSTELIJNS GGZ

Wordt het kind met het badwater weggegooid ?

Emile Pieters

Om het werk van de huisarts te verlichten, in het bijzonder bij het beoordelen van het toenemend aantal psychische klachten, hadden de afgelopen jaren steeds meer huisartsenpraktijken de beschikking over een GGZ-medewerker. In Den Haag en omliggende gemeenten waren dit medewerkers van de Parnassia Bavo Groep. Verandering van financiering maakt hier nu een eind aan. Ervoor in de plaats komt de nieuwe functie van praktijkondersteuner. Is dit een gunstige ontwikkeling? Wat zijn eventueel de nadelen?

Onderstaand artikel beschrijft de ontwikkelingen rond de GGZ-medewerker in de eerste lijn.

Een vliegende start

De huisarts krijgt een belangrijk deel van de psychische problematiek als eerste te zien. De toename in de laatste decennia van patiënten met psychische klachten betekent een extra werkbelasting van huisartsen. Daarom is eind 1999 in Den Haag het Project 'Samenwerking huisartsen - GGZ Den Haag' gestart. Medewerkers van Parnassia gingen werken in de huisartsenpraktijken. Ze boden triage, gaven advies en consultatie aan de huisarts en verrichtten kortdurende behandelingen. De richtlijn voor de behandeling was maximaal vijf gesprekken. Bleken vijf gesprekken ontoereikend, dan volgde doorverwijzing naar een gespecialiseerde GGZ-instelling. Het project kende een vliegende start en is al die tien jaar naar volle tevredenheid van patiënten, huisartsen en GGZ-hulpverleners verlopen. Na een jaar participeerden 101 van de dan ruim tweehonderd huisartsen in Den Haag (1).

In de daarop volgende jaren ontwikkelde het project zich onder de naam 'Huisartsen programma' tot een vast aanbod in de regio Haaglanden. Op een gegeven moment werd er samengewerkt met 85% van de huisartsen in Den Haag en 73% van alle huisartsen in de regio Haaglanden. Het aantal huisartsen dat participeerde bleef groeien, evenals de instroom van patiënten, waaronder veel migranten. De groei bracht met zich mee dat het aantal inzetbare uren per medewerker uitbreidde en daarmee het aantal FTE's.

Steeds meer medewerkers van Parnassia werkten geheel of grotendeels uitsluitend nog bij huisartsen en niet meer, zoals in het begin, daarnaast bij diverse afdelingen van de Parnassia Bavo Groep. Ze werden in toenemende mate aangestuurd op productiviteit en de kwaliteit van kortdurend behandelen, waardoor er per saldo meer patiënten werden gezien door minder medewerkers.

'Uit onderzoek blijkt dat het merendeel van de patiënten dat zich met gebruikelijke psychische klachten bij de huisarts meldt, even goed behandeld wordt door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige of psycholoog in de huisartsenpraktijk als in een gespecialiseerde GGZ-instelling'

Zoals tabel 1 laat zien, werden er eind 2010 292 huisartsen bereikt. Het aantal hulpverleners was teruggebracht tot 27. Daarentegen was het aantal uren dat werd ingezet, gestegen van 462 (13 FTE) uur in 2000 naar 756 uur (21 FTE) in 2010. Het aantal patiënten dat werd behandeld steeg van 2100 in 2000 naar 5012 in 2010. Per patiënt waren gemiddeld minder dan 5 gesprekken nodig.

In 2009 heeft de Parnassia Bavo Groep zich aangesloten bij Indigo, een landelijke organisatie voor

Over de auteur:

Drs. E. Pieters is manager bedrijfsvoering bij Indigo Haaglanden, Zorgservice Parnassia Bavo Groep Den Haag.

Tabel 1.

Enkele kengetallen van de samenwerking huisartsen – GGZ Den Haag 2000 en 2010.

	Eind 2000	Eind 2010
Aantal huisartsen	101	292
Aantal GGZ – hulpverleners	31	27
Aantal uren GGZ – hulpverleners	462	756
Aantal FTE GGZ – hulpverleners	13	21
Aantal nieuwe patiënten op jaarbasis	2.100	5.025 *
Gemiddeld aantal gesprekken per patiënt	3	4

* 4.177 inschrijvingen via de Zorgverzekeringswet en 848 volgens de beleidsregel POH-GGZ.

GGZ in de eerste lijn (2). Het aanbod was inmiddels uitgebreid met langer durende zorg. Hierbij werd de sociaal-psychiatrische werkwijze toegepast. Dat betekent dat de patiënt in zijn sociale context gezien wordt. Hier gaat het met name om patiënten met chronische laag complexe GGZ-problemen die niet bij de specialistische programma's in de tweede lijn terecht kunnen en tussen wal en schip dreigen te vallen.

Een andere uitbreiding betrof de preventieactiviteiten in samenwerking met de preventieafdeling Context en specialistische programma's van PsyQ, gericht op stemmingsstoornissen, angststoornissen en ADHD. Huisartsen konden nu ook een beroep doen op een psychiater voor consultatie, casuïstiekbespreking en deskundigheidsbevordering.

Kortdurende interventies

Een behandeling in de eerstelijns GGZ heeft als doel het bevorderen van de gezonde en sterke kanten van de patiënt en het in een context plaatsen van klachten en problemen. Het gaat om generalistische zorg met een vooral oplossingsgerichte oriëntatie ('empowerment'), kortdurende behandeling en toepassing van specifieke therapeutische methodieken. In de regio Haaglanden heeft deze werkwijze er toe geleid dat 75% van de patiënten binnen vijf gesprekken, zonder doorverwijzing naar de tweede lijn, kon worden behandeld. In wijken met veel achterstand zijn er meer contacten met de GGZ-hulpverlener in de huisartsenpraktijk nodig (3). Het gaat over het algemeen om milde problematiek. Om in DSM termen te spreken: veel aanpassingsstoornissen, stemmingsstoornissen en angststoornissen. Het overgrote deel van de gesprekken

vindt binnen maximaal zes maanden plaats. Bij 10% van de patiënten duurt de behandeling langer dan een half jaar.

Uit onderzoek blijkt dat het merendeel van de patiënten dat zich met gebruikelijke psychische klachten bij de huisarts meldt, even goed behandeld wordt door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige of psycholoog in de huisartsenpraktijk als in een gespecialiseerde GGZ-instelling. In dit onderzoek, dat in de regio Haaglanden is uitgevoerd, gaat het vooral om stemmingsstoornissen, angststoornissen en aanpassingsstoornissen. Bij de huisarts wordt de patiënt echter wel sneller geholpen en duurt de behandeling korter. Dat scheelt aanzienlijk in de kosten. Ook is aangetoond dat deze aanpak leidt tot grotere tevredenheid bij de huisarts (4).

Belangrijk in dit geheel is een naadloze aansluiting op specialistische programma's in de tweede lijn. Dit past in de stepped care benadering, waarbij de zorg zo licht als mogelijk en zo zwaar als nodig wordt verleend. Het gaat er om stap voor stap de mogelijke zorg aan te bieden: kort als het kan, niet zwaarder dan noodzakelijk. Overbehandeling kan zo worden voorkomen (5). Bij lichte problemen is actief volgen ('watchful waiting') het leidende principe. Dit houdt in: uitleg geven, adviseren, activeren, structureren en ondersteunen. Hierbij gaat het eerder om de toepassing van bijvoorbeeld zelfhulp cursussen en bibliotherapie dan om medicamenteuze behandeling en psychotherapie.

Bij ernstige problemen ligt het accent op triage, een goede intake, indicatiestelling en doorverwijzing naar specialistische programma's. Dit voorkomt onderbehandeling ('matched care').

De hulpverleners van Indigo behandelen volgens het

zogenoemde KOP model, dat speciaal voor de eerste lijn is ontwikkeld. Kort gezegd staat KOP voor: Klachten, Omstandigheden en Persoonlijke stijl. Het gaat om een vorm van kortdurende behandeling die in de praktijk bruikbaar blijkt bij veel soorten klachten, zoals onverklaarde lichamelijke klachten, relatieproblemen, verslavingsproblematiek, reacties op rouw en verlies. Het model leent zich bovendien goed voor het werken met verschillende categorieën patiënten, zoals kinderen en jongeren, volwassenen, ouderen en allochtonen (6).

Praktijkondersteuning

Niet alleen in Den Haag, maar in het gehele land zijn vanaf 1999 steeds meer GGZ-hulpverleners (overwegend sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en basispsychologen) in huisartsenpraktijken gaan werken. Het ministerie van VWS heeft deze ontwikkeling gestimuleerd met de Regeling Consultatiegelden. Deze regeling financiert projecten voor consultatie vanuit de tweede lijn aan hulpverleners in de eerste lijn. Deze consultatie functie is in het land breed ingevuld door sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en bijvoorbeeld in de regio Haaglanden, ook door basispsychologen. Deze hulpverleners uit de tweede lijn beperken zich niet alleen tot zuivere consultatie van de huisarts, dat wil zeggen het overdragen van specialistische kennis en vaardigheden, zodat deze zelf verder kan met de behandeling. Hun activiteiten in de huisartspraktijk zijn ook gericht op het begeleiden van een doorverwijzing, motiveren van patiënten voor verdere hulpverlening en het zelf kortdurend begeleiden of behandelen.

In deze projecten blijkt dat de GGZ-hulpverlener ook taken overneemt van de huisarts, vergelijkbaar met wat de praktijkverpleegkundige bij de huisarts doet op somatisch gebied (7). Projecten ter versterking van de eerstelijns GGZ schieten de afgelopen jaren als paddenstoelen uit de grond. Het project Korte Lijnen is gericht op het verbeteren van de samenwerking tussen de huisarts, de algemeen maatschappelijk werker en de eerstelijnspsycholoog. Het Diaboloproject stelt de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns GGZ centraal (8). Voor VWS telt dat de behandeling van psychische problemen niet in een zwaarder 'echelon' (de tweede of derde lijn) moet plaatsvinden dan strikt noodzakelijk is (9).

M.F.Cox cs (2006) wijzen er terecht op dat veel huisartsen de consultatieregeling hebben aangegrepen om hun patiënten direct in zorg te geven bij de GGZ-hulpverlener (10). Deze auteurs stellen vast dat het

stimuleringsbeleid van het ministerie van VWS op lokaal niveau, zoals in de regio Haaglanden, heeft geleid tot een substantiële verschuiving van het aanbod van de tweede naar de eerste lijn. Er is een goede samenwerking ontstaan tussen de eerste en de tweede lijn volgens de auteurs, die verder betwijfelen of de huisartsen wel de centrale rol van poortwachter in de GGZ willen vervullen die het ministerie van VWS hen graag ziet vervullen.

Genoemde initiatieven hebben de weg vrij gemaakt voor een nieuwe functie in de eerste lijn. Sinds 2008 kunnen huisartsen een beroep doen op de beleidsregel Praktijkondersteuner Huisartsen Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Doel van deze functie is het onder regie van de huisarts ondersteunen van die huisarts bij patiënten met psychische of psychosociale problemen. De bekostiging en organisatie van deze praktijkondersteuner komt in handen van de huisarts. Genoemde beleidsregel regelt de vergoeding voor de kosten van de module POH-Geestelijke Gezondheidszorg. De regeling voorziet in een bedrag voor personeelskosten, infrastructurele voorzieningen en extra managementtijd voor samenwerking en delegatie. Hulp door de POH-GGZ consultants kan in rekening worden gebracht. Ook wordt het takenpakket van de POH-GGZ in de beleidsregel benoemd.

Aanvankelijk stuitte deze regeling bij huisartsen op bezwaren. Zij schrokken terug voor de financiële risico's, de werkgeversrol en de organisatorische lasten. De taak van de POH-GGZ zou meer moeten aansluiten op de goede ervaringen met de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige in de praktijk, zo luidde de kritiek (11). Die sociaal psychiatrisch-verpleegkundige neemt de huisarts concreet werk uit handen door zich niet te beperken tot zuivere consultatie of triage, maar door het bieden van ondersteuning bij diagnostiek en het voeren van motiverende gesprekken, en het kortdurend behandelen van patiënten.

Op een aantal punten is de Nederlandse Zorgautoriteit criticasters uit het veld tegemoet gekomen. Onder andere is de taakomschrijving van de POH-GGZ uitgebreid met behandeling.

Kader 1:

De taken van de POH-GGZ:

- advisering aan en ondersteuning van de huisarts (consultatiefunctie)
- probleemverheldering en inventarisatie
- triagegesprek en doorverwijzen
- processturing, mede op basis van kennis van het netwerk
- begeleidingsfunctie/casemanagement
- behandeling/begeleiding
- overige, waaronder implementatie van een zorgprogramma (bijvoorbeeld bij depressie)

Het ondersteunen van de huisarts bij patiënten met psychische of psychosociale problemen vraagt om een goed opgeleide GGZ-professional die beschikt over inhoudelijke en organisatorische competenties, ervaring in en affiniteit met het werken in de context van de eerste lijn. Voor deze functie is ten minste een HBO opleiding vereist. Sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, ervaren basispsychologen, ervaren maatschappelijk werkers, verpleegkundig specialisten GGZ en HBO verpleegkundigen met GGZ-specialisatie komen voor deze functie in aanmerking. Overigens zullen er in de toekomst ook hulpverleners speciaal worden opgeleid voor de functie van een POH-GGZ.

Deze praktijkondersteuner moet het nodige in huis hebben, zo valt uit het genoemde Basisdocument op te maken. Allereerst zal bij psychiatrische symptomatologie, met name bij aanwijzingen voor een depressie of angststoornis, psychiatrische diagnostiek moeten plaatsvinden. De huisarts verwacht dat de POH-GGZ een breed scala aan klachten behandelt. Niet alleen bij aanpassingsproblemen na life events, stemmingsklachten, angstklachten, ook bij zaken als burnout, lichamelijk onbegrepen klachten, somatiserende patiënten, gedragsproblemen bij kinderen en ADHD zal een beroep op hem worden gedaan. Huisartsen verwachten eveneens ondersteuning bij patiënten met problematisch alcohol- en middelengebruik. En last but not least kan de POH-GGZ ingeschakeld worden bij de begeleiding van stabiele chronische psychiatrische patiënten.

Behalve over inhoudelijke kwaliteiten dient de praktijkondersteuner te beschikken over vaardigheden op het gebied van samenwerken en netwerken (11).

Financiering

De inzet in de eerste lijn van sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en andere GGZ-medewerkers, in dienst van GGZ instellingen, werd tot voor kort bekostigd vanuit de tweedelijns GGZ-instellingen (Zorgverzekeringswet). De hiermee gemoeide gelden zijn echter geleidelijk overgeheveld van de tweede naar de eerste lijn. In de regio Haaglanden hebben de zorgverzekeraars de Parnassia Bavo Groep opgedragen om uiterlijk 31 december 2011 definitief een einde te maken aan het aanbod via de tweedelijns financieringswijze. Daarvoor in de plaats kan de GGZ- instelling een POH-GGZ aanbieden.

Voorwaarden

Volgens de regeling heeft een huisarts met een normpraktijk van 2350 mensen recht op 4,5 uur POH-GGZ per week. Om als huisarts in aanmerking te komen voor een praktijkondersteuner, dient zijn praktijk aan een aantal voorwaarden te voldoen. Onder meer moeten tenminste drie huisartsen de aanvraag indienen. Er dient sprake te zijn van minimaal 4500 patiënten. Medische registratie dient plaats te vinden in het Huisartsen Informatie Systeem. Verder moet er sprake zijn van een opgeleide POH-GGZ op tenminste HBO niveau. De huisartsen dienen te beschikken over een praktijkanalyse, een praktijkplan en afspraken rond samenwerking en verwijzing.

De gevolgde systematiek van genoemde beleidsregel lijkt op die voor de POH-somatiek: 75% kan de huisarts verdienen via het POH-GGZ modulerietarief, dat hij ontvangt als hij aan de voorwaarden voldoet en 25% via consulten van de POH-GGZ, dat wil zeggen uit de productie van de praktijkondersteuner.

Overgang

Als gevolg van het beleid van overheid en (lokale) zorgverzekeraars staat de Parnassia Bavo Groep voor de uitdaging om het goed lopende aanbod van de afgelopen jaren om te zetten naar deze POH-GGZ-regeling op basis van een nieuwe financieringswijze. Dat is geen eenvoudige opgave en zeker niet vanzelfsprekend. In de regio Haaglanden is in de loop der jaren een goed dekkend netwerk tussen de eerste lijn en tweedelijns GGZ ontstaan, waarbij de zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt wordt aangeboden in een

zo efficiënt mogelijke vorm. Een substantieel deel van de patiënten met psychische problemen wordt in de eerste lijn behandeld, laagdrempelig, in een vertrouwde omgeving. Er is geen selectie op ziektebeeld of leeftijd, er gelden geen wachttijden, er is sprake van gemakkelijk en rechtstreeks doorverwijzen en de kwaliteit wordt geborgd. Voordelen voor de huisartsen zijn de korte lijnen, verlaging van de werkdruk en tijdsbesparing. Toch kleven er aan de oude situatie ook een aantal nadelen. Zo is de oude werkwijze sinds 2008 onder de werkingssfeer van de Zorgverzekeringswet gekomen, wat betekent dat het DBC systeem van toepassing is. Dat brengt een omvangrijke registratie door de tweedelijns hulpverlener en een eigen risico voor de patiënt met zich mee en - vanaf 2012 - een eigen bijdrage. In de oude situatie was het verder een nadeel dat de huisarts niet direct terugkoppeling van informatie ontving van de tweedelijns hulpverlener. Die registreerde namelijk niet in het huisartseninformatiesysteem maar in het systeem van de tweede lijn. De hulpverlening vond weliswaar binnen de eerste lijn plaats, maar het bleef nog altijd tweedelijns Geestelijke Gezondheidszorg. De nieuwe functie POH-GGZ daarentegen hoort in de eerste lijn thuis, met als voordeel dat de functie onderdeel is van de huisartsenvoorziening. Ook is er geen eigen risico of eigen bijdrage aan verbonden. Omdat de regie niet bij de tweedelijns GGZ ligt maar bij de huisarts, is deze ook meer dan voorheen verantwoordelijk voor de inhoud van de GGZ in de eerste lijn. Een voordeel voor de huisarts is dat het handelen van de POH-GGZ nu ook transparant en controleerbaar is. En tenslotte: waar de tweedelijns hulpverlener meer een 'externe' was, maakt de POH-GGZ echt deel uit van het team van de huisartspraktijk.

De implementatie van de praktijkondersteuning GGZ

Huisartsen, een gezondheidscentrum of een zorggroep kunnen zelf een praktijkondersteuner in dienst nemen. Huisartsen kunnen die deskundigheid ook inhuren, bijvoorbeeld bij de GGZ-instelling die voorheen diezelfde zorg leverde.

Het kan voor de huisarts aantrekkelijk zijn om te (blijven) werken met de GGZ-medewerker van Indigo (een organisatie voor GGZ in de eerste lijn). Hiervoor hebben zes samenwerkende GGZ-instellingen een model ontwikkeld. Deze franchise organisaties worden ondersteund door de Indigo Service Organisatie te Utrecht.

In dit kader werken Indigo en de Huisartsen Kring

Haaglanden nauw samen (13). De aan de Huisartsen Kring Haaglanden verbonden Stichting Huisartsen Praktijk Ondersteuning (SHOP) faciliteert de POH-GGZ. Het SHOP model houdt in dat SHOP als contractant met de zorgverzekeraars voor de POH-GGZ optreedt. Voor de inzet van een praktijkondersteuner tekent SHOP een overeenkomst met Zorgservice van de Parnassia Bavo Groep. Deze stelt een Indigo-medewerker beschikbaar om de zorg te leveren. Indigo draagt zorg voor het werkgeverschap en de kwaliteitsborging, met name in de vorm van (bij)scholing, intervisie en consultatie van de psychiater.

Door deze samenwerking van de Huisartsen Kring Haaglanden en de Parnassia Bavo Groep blijft GGZ-ondersteuning toegankelijk voor iedereen die hulp nodig heeft. Dat houdt onder andere in dat de huisarts via de SHOP dezelfde medewerker kan behouden en dat de Parnassia Bavo Groep betrokken blijft bij de kwaliteitsborging van de POH-GGZ. In de praktijk betekent dit dat er voor de huisarts veel hetzelfde kan blijven. Ook voor de Indigo-medewerker hoeft er niet al te veel te veranderen. In feite is er inhoudelijk weinig verschil tussen de ene en de andere functionaris, aangezien het nieuwe takenpakket als het ware een kopie is van het voorgaande. Als POH-GGZ blijft de Indigo-medewerker actief binnen de context van de eerste lijn, voor een brede doelgroep met een diversiteit aan doorgaans lichte psychische problemen. Wel zullen de relaties opnieuw worden gedefinieerd. De huisarts heeft nu de regiefunctie en heeft belang bij de productie van de POH-GGZ, met het oog op een gezonde kosten- batenverhouding. Tegelijkertijd behoudt de Indigo-hulpverlener zijn professionele autonomie en blijft hij in dienst van de Parnassia Bavo Groep.

In de regio Haaglanden zijn er verschillende vormen mogelijk om de POH-GGZ te organiseren. Deze hebben alles te maken met het werkgeverschap, dat in handen is van de huisarts, de SHOP of Indigo Haaglanden. Zoals uit kader 2 valt op te maken, heeft elk van deze oplossingen voor- en nadelen.

Kader 2: Werkgeverschap POH-GGZ

	Huisarts werkgever	SHOP werkgever	Indigo werkgever Optie A	Indigo werkgever Optie B
Positie	Huisarts sluit contract met zorgverzekeraar Huisarts neemt POH zelf in dienst	Huisarts sluit contract met zorgverzekeraar Huisarts betaalt uurtarief aan SHOP	Huisarts sluit contract met zorgverzekeraar Huisarts betaalt uurtarief aan Indigo	SHOP sluit contract met zorgverzekeraar SHOP declareert namens huisarts
Voordeel huisarts	Volledig in eigen beheer: optimale invloed Ondernemersvoordeel door kans op winst	Werkgeverslasten deels bij SHOP (vervanging bij ziekte bijv.) Kwaliteitsborging POH-GGZ door SHOP	Werkgeverslasten grootst deel bij Indigo Werkgeversrisico bij Indigo (bijv. vervanging bij ziekte) Kwaliteitsborging door Indigo Behoud van huidige GGZ medewerker	Vergelijkbaar met oude situatie SHOP neemt werkgevers –en financieel risico over Huisarts ontvangt 'gratis' POH-GGZ Huisarts ontvangt vergoeding voor huisvesting Kwaliteitsborging door Indigo Behoud van huidige GGZ- medewerker
Nadeel huisarts	Financieel risico werkgeverslasten bij huisarts Regelwerk	Deel werkgeversrisico bij huisarts	Werkgeverslasten klein deel bij huisarts	Huisarts blijft verantwoordelijk voor inhoudelijke aansturing POH-GGZ

Implementatie komt op gang

De implementatie is langzaam op gang gekomen. Na een voorzichtig begin in 2009 werkten er eind 2010 5 praktijkondersteuners bij totaal 47 huisartsen. De samenwerking met SHOP leidde in de eerste helft van 2011 tot een versnelling. Met name vanaf april zijn er Indigo-hulpverleners (meer uren) als POH aan de slag

gegaan. Medio 2011 zijn er 129 huisartsen met een POH-GGZ van Indigo. Het aantal praktijkondersteuners is 17. In de periode januari tot en met juli 2011 hebben de Indigo-praktijkondersteuners 1550 nieuwe patiënten gezien. Het gemiddeld aantal gesprekken per patiënt is 3.

Tabel 2.

Enkele kengetallen van de samenwerking huisartsen – POH-GGZ Indigo Haaglanden, periode 2010 - juli 2011.

	Eind 2010	Medio 2011
Aantal huisartsen	47	129
Aantal Praktijkondersteuners GGZ	5	17
Aantal uren Praktijkondersteuners GGZ	105	366
Aantal FTE Praktijkondersteuners GGZ	3	10
Aantal nieuwe patiënten	848	1550 *
Gemiddeld aantal gesprekken per patiënt	4	3

* Periode januari t/m juli 2011

Halverwege 2011 is bij de helft van de huisartspraktijken in de regio Haaglanden een POH-GGZ van Indigo aan het werk. De grote huisartsenorganisaties in deze regio kiezen voor het zelf in dienst nemen van een POH-GGZ of directe afdeling van een POH-GGZ van de Parnassia Bavo Groep. De meeste vrij gevestigde huisartsen kiezen voor het SHOP- model (14).

Een succesvolle invoering van de POH-GGZ regeling kan er toe bijdragen dat de ketenzorg op het gebied van de GGZ goed gestalte krijgt. Dat neemt niet weg dat er in de regio Haaglanden een enorm gat is ontstaan in het netwerk dat in de afgelopen jaren is opgebouwd tussen huisartsen en GGZ. De huisarts is namelijk niet verplicht om van de regeling gebruik te maken. Er zijn huisartsen die afhaken omdat ze het met de verandering niet eens zijn. Een veel gehoord argument is dat de huisarts er van de overheid steeds meer taken bij krijgt. Daarbij vindt men de vergoedingen te krap en de financiële risico's voor de huisarts te groot. Als bezwaar wordt ook het vele regelwerk genoemd.

Op de oude voet doorgaan is echter iets wat de zorgverzekeraars niet langer toestaan. Indigo moet dan de betreffende medewerker uiterlijk eind 2011 terugtrekken. Huisartsen hebben bovendien de vrijheid om voor een ander te kiezen dan de GGZ-medewerker die al een tijd in hun praktijk werkt. Misschien kunnen ze elders goedkoper 'inkopen' of zelf een functionaris in dienst nemen. En zo kan het gebeuren dat medewerkers worden teruggetrokken uit huisartsenpraktijken, die daar vanuit de Parnassia Bavo Groep de afgelopen tien jaar goed hebben

gefunctioneerd. Dit ondanks de hoge tevredenheid onder huisartsen over de geboden dienstverlening. In de eerste helft van 2011 hebben 85 huisartsen laten weten dat zij afzien van omzetting naar een POH-GGZ van Indigo. Een minderheid (11%) heeft samen met collega's zelf een POH-GGZ aangetrokken, maar de meerderheid van de afhakers heeft geen andere oplossing en verwijst net als vroeger direct naar de tweede lijn. Voor deze groep komt de positieve ontwikkeling in de huisartsenpraktijken tot stilstand. Of het gat in het netwerk dat hierdoor ontstaat slechts tijdelijk is als gevolg van de transitie, op weg naar een optimale dekking, zal moeten blijken.

Knelpunten

Daar waar de POH-GGZ zijn intrede doet, blijkt het vanwege tijdgebrek soms moeilijk voor de huisarts om deze medewerker aan te sturen. Aansturing wordt ook moeilijk als de huisarts zelf weinig ervaring of affiniteit heeft met GGZ. De oplossingsmogelijkheden van deze knelpunten verschillen al naar gelang de vorm van werkgeverschap die de huisarts kiest. Dat de hulpverlener uit de tweede lijn afkomstig is vormt voor sommige huisartsen een knelpunt, omdat de aanpak in de eerste lijn verschilt van de manier van werken in de tweede lijn. In de oude situatie was dat niet zo'n probleem, maar nu de huisarts zelf de regiefunctie over de POH-GGZ moet invullen, kan dat wel lastig zijn. Behalve dat er verschillen in zorgvisie kunnen spelen, heeft de huisarts die zelf het contract met de zorgverzekeraar sluit, nu ook belang bij een goede productie. In de oude situatie was dat het belang van de GGZ-instelling. Belangrijk is dat dergelijke knelpunten goed worden opgepakt door ze

te benoemen en te bespreken, bijvoorbeeld in de door de huisarts georganiseerde intervisie.

Toekomst: basis GGZ

Patiënten zijn volgens minister Schippers (VWS) beter af in de eerstelijns GGZ, omdat deze minder stigmatiserend is en dicht bij huis geleverd wordt (14). Het kabinet wil een substantieel deel van de tweedelijns GGZ naar de eerste lijn verplaatsen. Als het aan minister Schippers ligt komt er in 2013 een functie Basis GGZ. Dat houdt in dat rond de patiënt, in de eerste lijn, goede zorgketens worden georganiseerd. In de Basis GGZ kunnen dan zelfmanagement, preventie, diagnostiek, e-health en kortdurende behandeling, waar nodig, worden ingezet (15-16). Hoe dat er uit komt te zien is nog lang niet duidelijk. Eén ding is zeker. Om in de eerste lijn de vraag naar GGZ te kunnen opvangen, is een samenhangend systeem nodig, dat kan steunen op een geïntegreerde financieringswijze (17). Dat laatste zou een enorme verbetering zijn ten opzichte van de huidige vormen van bekostiging (POH-GGZ, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, eerstelijnspsycholoog, preventiemedewerker). De uitdaging is dan het realiseren, op basis van een passende inzet, van een goed samenspel tussen huisarts, praktijkondersteuner, eerstelijnspsycholoog en preventiemedewerker. Voor een effectieve en efficiënte inzet van de praktijkondersteuner moet deze in staat zijn samen te werken met een eerstelijnspsycholoog. De eerstelijnspsycholoog is een gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog) die gespecialiseerd is in de eerste lijn (18). Om met VWS te spreken: hij bevindt zich op het snijvlak van de GGZ en de generalistische eerste lijn. Eerstelijnspsychologen -die zich vrij kunnen vestigen- zijn over een stad als Den Haag ongelijk verdeeld. In wijken met een hoge achterstandscore zijn zij nauwelijks te vinden. Indigo heeft aan de zorgverzekeraars laten weten graag contracten voor eerstelijns psychologen te willen sluiten, om ook deze discipline dicht in de buurt aan te bieden, met name in de sociaal zwakkere wijken.

Tot slot

De inzet van GGZ hulpverleners vanuit de tweede lijn in de eerste lijn heeft tot positieve ontwikkelingen binnen de huisartsenpraktijken geleid en tot een goede samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. De beschikbaarheid van de functie POH-GGZ vanaf 2008 kan worden gezien als een voortzetting van die ontwikkeling met andere middelen. De huidige

regeling POH-GGZ is bruikbaar, al is het financieel gezien aan de krappe kant. De implementatie gaat langzaam, maar de regeling biedt wel degelijk perspectief voor een steviger eerstelijns GGZ. De POH-GGZ maakt het voor de huisarts mogelijk psychische en psychosociale problemen van zijn patiënten doelmatig en efficiënt aan te pakken. Het gaat hier om modernisering van de zorg door het verstevigen van de eerstelijns GGZ. De POH-GGZ kan de huisarts taken uit handen nemen, waardoor de beschikbaarheid van de huisarts toeneemt. Deze ontwikkeling valt toe te juichen. In de eerste plaats voor de patiënt. Het zorgaanbod is snel, laagdrempelig en dicht bij huis. Financiering via de duurere DBC's uit de tweedelijnszorg wordt voorkomen. Kortom: een goede zaak. Van belang is wel dat de kwaliteit van de ondersteuning van goed niveau is.

'Een succesvolle invoering van de POH-GGZ regeling kan er toe bijdragen dat de ketenzorg op het gebied van de GGZ goed gestalte krijgt'

Intussen zijn er harde tijden aangebroken. De bezuinigingsmaatregelen van de overheid mikken voor een belangrijk deel op de kortdurende GGZ-behandeling van patiënten met relatief milde problemen. Patiënten die vanaf 1 januari 2012 een kortdurende ambulante behandeling krijgen, al dan niet in de huisartsenpraktijk, ontvangen daarvoor een rekening die gebaseerd is op het dragen van eigen risico (€ 220) en het betalen van een flinke eigen bijdrage (€200). Te vrezen valt dat een groot deel van de patiënten dit niet kan of wil betalen. Met als gevolg dat patiënten langer met klachten doorlopen, de klachten ernstiger worden en het ziekteverzuim bij werknemers gaat oplopen. Dit zal er toe leiden dat patiënten hulp in eigen kring zoeken, er zal meer acute hulp nodig zijn en patiënten met psychische problemen zullen ongetwijfeld vaker op het spreekuur van de huisarts verschijnen. Gezien de hoge kosten zullen deze patiënten moeilijker te verwijzen zijn. Een lichtpunt is wel, dat de financiële drempels niet van toepassing zijn op ondersteuning door de POH-GGZ. Dat maakt de inzet van de praktijkondersteuner zeer urgent.

Referenties:

1. Orden ML van, Project 'Samenwerking huisartsen- GGZ Den Haag'. Een eerste evaluatie, Epidemiologisch Bulletin, 2002, nummer 2; 21-24.
2. Indigo; www.indigo.nl
3. Gezondheidsmonitor 2010. Den Haag; Gemeente Den Haag; Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn.
4. Orden M van, Hoencamp E, Haffmans J, Spinhoven P. Collaborative mental health care versus care as usual in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Psychiatric Services*, 2009; 60(1), 74-79.
5. Meeuwissen, J., Donker, M. Minder is meer. Stepped care in de geestelijke gezondheidszorg. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 2005, nummer. 59; 904-915.
6. Rijnders P, Heene E (redactie). Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn. Uitgeverij Boom, Amsterdam, 2011.
7. Bosman M, Lange J de, De functie van GGZ –verpleegkundige in de huisartsenpraktijk. Trimbos Instituut, Utrecht 2002.
8. Berg J van den, Scholte M, Sok K Hoe korter de lijnen, hoe beter de samenwerking. Werken aan de structurele samenwerking in de eerstelijns -GGZ. Werkboek. Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn/NIZW en Trimbos-Instituut. Utrecht, 2003.
9. Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Beleidsvisie 1999. Den Haag, 1998.
10. Cox MF, Marwijk HWJ van, C Boer. Wat heeft vijf jaar kwaliteitsbeleid ggz voor de huisarts opgeleverd? *Huisarts & Wetenschap*, nummer 49(5) mei 2006; 266-269.
11. Dopper J Geestelijke nood bij de huisarts. Nieuwe beleidsregel praktijkondersteuning GGZ stuit op bezwaren. *Medisch Contact*, 63 nr 36, 5 september 2008, 1473-1475.
12. Oud M (eindredactie), Basisdocument POH- ggz. Nederlands Huisartsen Genootschap, november 2010.
13. Huisartsen Kring Haaglanden & Parnassia Bavo Groep; Implementatieplan praktijkondersteuning GGZ regio Haaglanden, Den Haag 2010.
14. Nieuwsbrief Huisartsen Kring Haaglanden, Den Haag, 22 augustus 2011.
15. Schippers EI, Zorg die werkt: de beleiddoelstellingen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Den Haag, januari 2011.
16. Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij'. Den Haag, 2011
17. Schippers EI, Verzoek om uitvoeringstoets Basis-GGZ. Brief aan NZa. Den Haag, juli 2011.
18. Verhaak, P.F.M., Van eerstelijns-GGZ naar Basis-GGZ, *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 2011, nummer 66; 606-608.
19. LVE Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen; www.lve.nl.

Korte berichten

Symposium

(N)iets nieuws onder de zon
13 oktober 2011, Theater Concordia
Den Haag

Tijdens het afscheidssymposium voor Willem Beaumont stond de Openbare Geestelijke Gezondheid centraal. Precies zoals het past bij Willem: altijd nauw betrokken bij de dagelijkse praktijk van de OGGZ.

In zijn inleiding stelde *wethouder Rabin Baldewsingh* dat een grote stad als Den Haag altijd te maken krijgt met kwetsbare mensen. Daarom startte Den Haag in 2006 met Den Haag Onder Dak I. Doel hiervan was alle Haagse daklozen een dak boven hun hoofd te geven. Indertijd was dit echt iets nieuws. Dit beleid wordt de komende jaren voortgezet in Fase II, gericht op preventie. Verder probeert Den Haag de kwetsbaren zoveel mogelijk te ontzien bij de bezuinigingen. Juist ook omdat het loont te investeren in deze groep. Essentieel daarbij is het effectief samenwerken van de betrokken partijen in de stad.

De dynamiek van en in de OGGZ-doelgroep

Prof. dr. Bert van Hemert blikt terug op de jaren waarin hij binnen Den Haag en de Academische Werkplaats Noordelijk Zuid-Holland betrokken was bij OGGZ. Hij concludeerde dat er geen eenduidige definitie van de OGGZ bestaat. De OGGZ richt zich op het individu, op de populatie en op het geheel en kent bovendien meerdere doelgroepniveaus. In een zo sterk veranderende samenleving duiken bovendien telkens verschillende doelgroepen op. Hij concludeerde dat iedere tijd zijn eigen OGGZ nodig heeft. Ton van Dijk, directeur GGD Den Haag, schetste *de huidige rol en aanpak van de gemeente bij het OGGZ-beleid*. OGGZ-cliënten hebben rechten, net als iedere andere burger. Maar, al gaat het om kwetsbare mensen, ook zij hebben een eigen verantwoordelijkheid. De OGGZ raakt alle negen WMO-prestatievelden. De gemeente is daarom de aangewezen partij om deze doelgroep te ondersteunen en

de regie te voeren. Zijn stelling: “De gemeente is er altijd van, want het betreft mensen in de stad, in een kwetsbare positie, maar wel met mogelijkheden. Ook al is de gemeente niet altijd de primaire verantwoordelijke. Zij staat daar echter niet alleen in.”

De toekomst van het gemeentelijk O(G)GZ-beleid

Willem Beaumont, arts M&G (Maatschappij en Gezondheid), schetste op drie niveaus de randvoorwaarden waaraan gemeentelijk beleid moet voldoen om de OGGZ-doelgroep goed te kunnen ondersteunen. Op macroniveau vraagt het om langetermijnvisie die de vierjaarlijkse beleidscyclus overstijgt. Op mesoniveau moet beleid gebaseerd zijn op de realiteit, wat vraagt om een nauwe samenwerking tussen gemeente en uitvoeringsorganisaties. Uitvoeringsorganisaties zouden niet vanuit specialismen georganiseerd moeten zijn, om flexibel te kunnen inspelen op veranderingen. Het microniveau betreft het individu: op het niveau van de burger moet worden gecheckt –gemonitord– of het beleid zoals het bedoeld is, ook daadwerkelijk werkt.

Hierna waren er workshops:

Licht verstandelijk gehandicapten: herkenning en erkenning

Peter Deman, arts verstandelijk gehandicapten bij Parnassia, liet de deelnemers kennismaken met diversiteit en de complexiteit van de doelgroep. Vaak blijkt een verstandelijke beperking niet meteen op te vallen, zeker als iemand verbaal vaardig is. Herkenning van signalen is



Willem Beaumont (rechts) in gesprek met de hoofdredacteur van dit bulletin, Barend Middelkoop

essentieel om gedrag te begrijpen en in te kunnen spelen op datgene wat de persoon nodig heeft.

Zwerfjongeren

Doel van de workshop van Maarten Booij, Dienst Sociale Zaken Gemeente Den Haag, was een reëel beeld te geven van de zwerfjongere en zijn problematiek. Zwerfjongeren zijn vaak weinig zichtbaar, ze zien er meestal verzorgd uit en slapen niet of nauwelijks op straat. Onbegrip bij hulpverleners en trajecten die niet goed op elkaar aansluiten zorgen ervoor dat deze groep vaak niet de ondersteuning krijgt die nodig is.

Verborgene doelgroepen

Deze workshop van Bert van Hemert ging op zoek naar verborgene doelgroepen in de OGGZ. Een aantal groepen werd benoemd, zoals prostituees en ongedocumenteerden. Ook was er veel aandacht voor de condities en mechanismen die bij de OGGZ-doelgroepen een rol spelen. Van deze presentatie zijn hand-outs gemaakt, die geraadpleegd kunnen worden op www.psychiatrieweb.nl/presentaties.html.

Samenhang en samenwerking

De deelnemers aan deze workshop van Willem Beaumont werkten randvoorwaarden uit voor de samenhang op micro- meso- en macroniveau, en de verbinding tussen deze niveaus. De sleutel lijkt te liggen in het buiten de eigen portefeuille én buiten het eigen werkterrein om kijken, vanuit een gezamenlijke visie en werkelijke interesse. Wederzijds vertrouwen is essentieel. Voor beleidsmedewerkers en bestuurders lijkt een 'maatje' in de uitvoering bijzonder wenselijk.

Het kind van de rekening?

De workshop van Bianca Das, arts jeugdgezondheidszorg, en Daniël Postma, senior gezinscoach, had als onderwerp de samenwerking tussen

verschillende instanties die zijn betrokken bij gezinnen met multiproblematiek. Vanuit een actuele casus formuleerden de deelnemers dat ontschotting van groot belang is om snel bij het gezin te geraken en eventueel in te kunnen grijpen. Dat er daarbij één centrale figuur is die de regie voert, de gezinscoach, is pure winst.

Onderzoek

Seks en lust

Het is onderzocht: de leukste seksuele ervaringen blijken bij nadere beschouwing gebaseerd op lust en sensatie. In veel gevallen bij losse contacten, maar ook wel met de eigen partner.

Rutgers WPF en de Universiteit van Utrecht vroegen jongeren nu eens niet naar wat ze weten van de negatieve kanten van seksualiteit – geweld, soa's e.d.-, maar naar de leuke kanten: hoe kun je seks leuker maken?

Er kwamen vier scenario's uit: 1. Sensatie en lust: met de vaste partner of met een ad hoc partner, vaak op een spannende plek (pashokjes, toiletten in treinen, strand); 2. Liefde en intimiteit: met de vaste partner, in de slaapkamer of een hotelkamer; 3. Seksuele ervaring als eyeopener: de eerste positieve ervaring met seks na negatieve ervaringen of onzekerheid over eigen lichaam of voorkeur; en 4. Een opsteker: een seksuele ervaring met een vage bekende, bijvoorbeeld iemand bij wie je dacht geen kans te maken. Goed voor het ego!

De vorm van de seksuele ervaring – een zoen, orale seks, geslachtsgemeenschap – maakt niet uit, wat telt is de context, de partner en de gevoelens die seks zo leuk maken.

Meer informatie over het

onderzoek bij communicatie@rutgerswfp.nl.

Cursussen

Inleiding in de economie van de publieke gezondheid

Verdiep u in de economische aspecten van collectieve versus individuele verantwoordelijkheid voor gezondheid. Belicht worden o.a. kosten-batenanalyse, kosteneffectiviteitsanalyse, balanced scorecard en QUALY's. Doelgroep: de arts Maatschappij & Gezondheid, leidinggevende, beleidsmedewerker, epidemioloog, gezondheidswetenschapper, projectmanager, professional of een projectcoördinator werkzaam bij een GGD, GGZ, zorgverzekeraar, thuiszorgorganisatie, nationaal instituut, koepelorganisatie, in de verslavingszorg of bij een relevante overheidsinstantie.

Data: donderdag 19 en 26 januari en 9 februari 2012

Kosten: € 1155

Locatie: Amsterdam

Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=61>

Van idee naar probleemstelling

U leert of en hoe u een praktijkvraag kunt vertalen naar een onderzoekbare vraagstelling. Met andere woorden, u leert hoe u een onderzoeksprotocol kunt opzetten.

Doelgroep: artsen die de medische vervolgopleiding sociale geneeskunde volgen. Ook andere artsen kunnen aan deze module deelnemen.

Data: donderdag 19 en 26 januari, 2 en 9 februari 2012

Kosten: € 1540

Locatie: Amsterdam

Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=515>

Strategie, beleid en leiderschap in de publieke gezondheid

Leer acteren in het complexe veld van de publieke gezondheid en ontwikkel een plan voor een vernieuwing in het veld.
Doelgroep: beleidsmakers, projectleiders, project- en afdelingsmanagers, artsen en onderzoekers in de volksgezondheid met een academisch denk- en werkniveau.
Data: donderdag 16 februari, 8 en 22 maart, 12 april, 10 en 31 mei en 14 juni 2012
Kosten: € 4.110
Locatie: Utrecht
Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=623>

Inleiding in kwalitatief onderzoek

Kennismaken met een stappenmodel voor de systematische analyse van gegevens in kwalitatief onderzoek.
Doelgroep: de arts Maatschappij & Gezondheid, bedrijfsarts en verzekeringsarts, gezondheidswetenschapper, leidinggevende, beleidsmedewerker met minstens 4 jaar werkervaring op academisch niveau in de gezondheidszorg.
Data: donderdag 15 en 29 maart en 19 april 2012
Kosten: € 1155
Locatie: Amsterdam
Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=513>

Timemanagement filevrij

Hoge betrokkenheid, verantwoordelijkheidsgevoel en een vaak commerciële werkomgeving vragen een specifieke aanpak en beïnvloeding van uw tijdgebruik
Doelgroep: professionals in de Public & Occupational Health.
Data: dinsdag 20 maart 2012
Kosten: € 475
Locatie: Utrecht

Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=208>

Lobbyen en netwerken

Leer lobbyen en oefen meer invloed uit in de public en occupational health.
Doelgroep: professionals in de public en occupational health.
Data: woensdag 11 en 25 april 2012
Kosten: € 740
Locatie: Utrecht
Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=488>

Informatie over alle cursussen: NSPOH, telefoon 020-4097000, e-mail: info@nspoh.nl en www.nspoh.nl.

Aangiften infectieziekten

Meldingen tijdens het tweede en derde kwartaal 2011, voor de stad Den Haag

De hieronder besproken cijfers en analyse zijn gebaseerd op de gegevens van Osiris, de database van het RIVM waarin alle meldingsplichtige infectieziekten geregistreerd worden. Het aantal meldingsplichtige infectieziekten, door de GGD Den Haag doorgegeven aan het Centrum Infectieziektebestrijding bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in beide kwartalen, was 271 (exclusief de meldingen van TBC). Dit is hoger dan het aantal in dezelfde periode in 2010 (223, exclusief de meldingen van TBC). Deze stijging wordt hoofdzakelijk veroorzaakt door een groter aantal meldingen van kinkhoest. Hieronder volgen commentaren op de gemelde infectieziekten.

Bof

Van deze ziekte werden 2 meldingen ontvangen. Beide patiënten zijn student, maar de besmettingsbron was niet bekend. Op hun school heerste geen bekende uitbraak van bof.

Buiktyfus

Een 49-jarige man had de besmetting opgelopen tijdens een reis in Marokko. Hij was niet door vaccinatie beschermd.

Hepatitis A

Vier patiënten werden gemeld. Twee hadden de infectie in India opgelopen en één in Pakistan. De besmettingsbron van de vierde patiënt is onbekend gebleven.

Hepatitis B

Het aantal hepatitis B meldingen (101: 96 chronische gevallen en 5

acute gevallen) was vergelijkbaar met het aantal tijdens dezelfde periode in 2010. In de categorie chronische gevallen waren mannen iets meer vertegenwoordigd. Het betrof vooral de leeftijdscategorie van 20-39 jaar. De besmettingsbron is doorgaans niet bekend. Meestal gaat het om personen afkomstig uit landen waar de ziekte veel voorkomt. Acute hepatitis B werd gemeld bij 3 mannen en 2 vrouwen. In 4 gevallen werd seksueel contact als meest waarschijnlijke besmettingsbron vermeld.

Hepatitis C

Hepatitis C is alléén meldingsplichtig indien deze recent is opgelopen. In deze periode werd 1 patiënt gemeld met een recente hepatitis C besmetting. Het was onmogelijk een besmettingsbron aan te duiden.

Invasieve GAS

Infectie met deze bacterie kan leiden tot zeer ernstige ziektebeelden, waaronder sepsis (bloedvergiftiging) en uitgebreide bijna onbehandelbare infecties van het onderhuidse weefsel. Drie patiënten werden gemeld. De 2 volwassen patiënten hadden een toxic shock syndroom resp. een fasciitis necroticans. Het kind had een meningitis. Alle 3 waren geïsoleerde gevallen.

Invasieve Haemophilus influenzae type b-infectie (Hib)

Een 50-jarige vrouw met een door deze bacterie veroorzaakte sepsis werd gemeld. De meldingsplicht voor deze aandoening is nodig om indien nodig antibioticum profylaxe te geven aan risicocontacten van de patiënt en om vaccinfalen op te sporen bij voor deze ziekte gevaccineerde personen.

Invasieve pneumokokkenziekte (bij kinderen)

Kinderen tot en met 5 jaar met deze aandoening moeten gemeld worden bij de GGD om de werking van het vaccin dat hiertegen in het Rijksvaccinatieprogramma gegeven wordt, op te volgen. Drie kinderen werden gemeld. De 3 kinderen hadden een bacteriestam waartegen het vaccin niet beschermt.

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (94) is hoger dan het aantal gevallen in dezelfde periode in 2010 (45). De patiënten waren op vier na ouder dan 5 jaar oud. Het betrof voor zover bekend, bijna allemaal gevaccineerde personen. Van de kinderen onder 5 jaar was de helft niet gevaccineerd.

Legionellose

Tien patiënten zijn gemeld. Vier van hen waren zeer waarschijnlijk in Nederland besmet. In geen enkel geval is binnen Nederland een besmettingsbron gevonden.

Malaria

Elf patiënten werden gemeld. Tien patiënten hadden malaria opgelopen in Afrika, 1 in Pakistan. Geen van de patiënten had profylaxe geslikt tegen malaria.

Mazelen

Vier patiënten, onder wie 2 volwassenen, werden gemeld. De twee kinderen waren wegens de kritische houding van de ouders ten aanzien van vaccinatie niet gevaccineerd, de volwassenen waren geboren vóór het invoeren van de vaccinatie tegen mazelen in Nederland.

Meningokokkenziekte

De melding betrof een klein kind dat besmet was door het type B meningokok waartegen nog geen vaccin bestaat.

Paratyfus

Deze ziekte lijkt op buiktyfus maar is doorgaans minder ernstig. Een volwassene en een kind werden gemeld. Beiden hadden de besmetting in Indonesië opgelopen.

Psittacose

Van deze infectieziekte die tot een longontsteking kan leiden, werden 2 mannelijke patiënten gemeld. Eén patiënt was besmet door een vogel die hij in huis hield.

Shigellose (bacillaire dysenterie)

Zeventien patiënten werden gemeld. Zeven van hen waren in Pakistan besmet, 4 in Nederland en de overigen in diverse niet-Westerse landen.

STEC/Enterobacteriële E. coli-infectie

Van deze besmetting werden 8 patiënten gemeld. Bij slechts 1 patiënt is de bacterie daadwerkelijk aangetoond door kweek. Bij de andere patiënten is de diagnose gesteld door DNA onderzoek. Deze infectie kan vooral bij kinderen soms aanleiding geven tot een ernstige nierinsufficiëntie (hemolytisch uremisch syndroom). Daarom moeten patiënten die nog besmettelijk zijn, strenge hygiënische maatregelen toepassen en eventueel van hun werk worden geweerd. Over het nut om deze strenge maatregelen ook toe te passen bij patiënten bij wie de diagnose uitsluitend door DNA onderzoek is gesteld, bestaat nog geen eenduidigheid.

Infectieziekten gemeld door instellingen, 2^e en 3^e kwartaal 2011

Aandoening	Verpleeg- en verzorgingshuis	Kinderopvang	School	Eindtotaal
Huiduitslag (ringwormen impetigo)		5		5
Maag-darm aandoening	5	4	2	11
Pneumonie (RSV)			1	1
Vlekjesziekten		1	3	4
Eindtotaal	5	10	6	21

Voedselinfecties

Hiervan werden 6 meldingen gedaan. Het betrof meldingen van 2 of meer patiënten met gastro-enteritis met een onderlinge relatie, wijzend op voedsel als een bron. Bij 4 meldingen was een campylobacter de verwekker, bij de overige was het een salmonella. Vier maal betrof het een melding van 2 tot 3 personen die thuis of op reis besmet waren geraakt. Eén voedselinfectie had plaatsgevonden tijdens een grote bruiloft waar 36 personen ziek waren geworden. Eén voedselinfectie door campylobacter betrof twee personen die in een verzorgingshuis wonen. Omdat ten tijde van de meldingen geen voedsel meer voorhanden was kon de voeding, verantwoordelijk voor de besmetting, niet meer worden achterhaald.

Infectieziekten gemeld door instellingen

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het 2de en 3de kwartaal 2011. 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.

De uitbraken van maag-darm aandoening betroffen op één na buikgriep waarbij 4 maal het norovirus is aangetoond. Eén uitbraak betrof 2 bewoners van een verzorgingshuis die besmet waren door de campylobacter bacterie, deze is hierboven genoemd onder Voedselinfecties. De melding van pneumonie in een school betrof een beperkt aantal leerlingen bij wie een longontsteking is vastgesteld die zeer waarschijnlijk geen verband had met elkaar, maar wel voor enige onrust zorgde. Meldingen van vlekjesziekten betroffen een vermoeden op vijfde ziekte en drie uitbraken van waterpokken.

Meldingen tijdens het tweede kwartaal 2011 voor de regio Zuid-Holland West

Bof

Er waren 9 bofmeldingen in het tweede kwartaal. Inmiddels krijgen niet meer alleen studenten de bof, zoals in 2010. De meldingen in dit tweede kwartaal betroffen onder andere een 4-jarig ongevaccineerd kind dat zeer recent in Nederland was, een 14-jarige volledig gevaccineerde scholier, een 17-jarige gevaccineerde scholier en een ongevaccineerde man van 48 jaar, van wie niet duidelijk was of hij in het verleden de bof had gehad.

Hepatitis B

Er zijn 11 meldingen van hepatitis B geweest. In alle gevallen ging het om chronisch dragerschap en in de meeste gevallen was de besmetting verticaal opgelopen.

Hepatitis C

Er was 1 melding van (acute) hepatitis C. Het betrof een homoseksuele man. Er is geen duidelijkheid over de mogelijke bron gekregen.

Invasieve GAS

Er is 1 keer een invasieve GAS gemeld bij een 76-jarige vrouw. Niemand van de contacten kwam in aanmerking voor profylaxe.

Kinkhoest

Er zijn 40 meldingen van kinkhoest geweest. Kinkhoest wordt gevonden in alle leeftijden. Dit kwartaal varieerde de leeftijd van 4 jaar tot 82 jaar. De gemiddelde leeftijd was 23,9 jaar. De mediane leeftijd was 14 jaar.

Legionellose

Er was 1 melding van een patiënt met legionellose. Het betrof een 65-jarige man die in Nederland was besmet. Ondanks uitgebreid brononderzoek is er geen bron gevonden.

Malaria

Er is 2 keer malaria gemeld. Eén

patiënt was in Kongo geweest en had waarschijnlijk mefloquine gebruikt als profylaxe, het is onbekend of het gebruikt is volgens schema. De andere patiënt was in Ethiopië en Uganda geweest voor zijn werk. Hij gebruikte geen profylaxe. Het ging in beide gevallen om Plasmodium falciparum.

MRSA

Er was een melding van een MRSA cluster dat buiten het ziekenhuis was opgelopen. Het betrof een gezin dat kort in Nederland was. Twee kinderen hadden klinische verschijnselen.

Shigellose

In het 2e kwartaal waren er 3 meldingen van Shigellose. Een patiënt met een Shigella sonnei had de ziekte in Marokko opgelopen, een patiënt met een Shigella flexneri had deze in Ghana opgelopen en een patiënt met een Shigella sonnei was in Nederland besmet.

STEC

Er is 11 keer een Shiga-toxine producerende E-Coli gemeld. In geen van de gevallen is een voedselbron gevonden.

Meldingen tijdens het derde kwartaal 2011 voor de regio Zuid-Holland West

Bof

Er zijn 3 patiënten met bof gemeld. Een patiënt was Hbo-student.

Hepatitis A

Er is een melding van hepatitis A geweest. Het betrof een homoseksuele man. Het brononderzoek leverde niets op.

Hepatitis B

Er waren 15 meldingen van hepatitis B, 1 keer was sprake van een acute hepatitis B. De ziekte was in het buitenland opgelopen, waarschijnlijk als gevolg van een onbeschermd seksueel contact. De acute hepatitis kan echter ook het gevolg zijn geweest van een medische ingreep aldaar. Bij de andere meldingen was sprake van dragerschap.

Hepatitis C

Er is 1 melding van (acute) hepatitis C geweest. Het betrof een homoseksuele man.

Invasieve pneumokokkenziekte

Er is een invasieve pneumokokken infectie gemeld bij een kind van 3 jaar. Het kind was wel volledig gevaccineerd.

Kinkhoest

Er waren 50 meldingen van kinkhoest. Kinkhoest wordt gevonden in alle leeftijden. Dit kwartaal varieerde de leeftijd van 3 jaar tot 86 jaar. De gemiddelde leeftijd was 29,5 jaar. De mediane leeftijd was 18,5 jaar.

Legionellose

Er waren 5 meldingen van legionellose. Twee besmettingen waren in Nederland opgelopen. De 3 andere waren waarschijnlijk in China, Indonesië en Oostenrijk of Italië opgelopen.

Malaria

Er is 5 keer malaria gemeld. Twee patiënten waren Ghana geweest en besmet geraakt met de Plasmodium falciparum. Eén patiënt had Lariam had geslikt maar niet volgens schema, de andere patiënt had geen profylaxe gebruikt. Twee andere patiënten waren besmet met Plasmodium falciparum in Oeganda en Soedan. Beiden hadden geen profylaxe

gebruikt. Een vijfde patiënt is besmet met de Plasmodium ovale in Tanzania. Deze patiënt had de profylaxe (Malarone) volgens voorschrift gebruikt.

MRSA

Er was een melding van een MRSA cluster dat buiten de instelling was opgelopen. Het ging om een cluster binnen een gezin.

Paratyfus A

Er was 1 melding van paratyfus A. De patiënt was in Indonesië op vakantie geweest.

Paratyfus B

Er waren 2 meldingen van paratyfus B. Een patiënt was in Indonesië op vakantie geweest, de andere patiënt was niet in het buitenland geweest.

Shigellose

In het derde kwartaal waren er 6 meldingen van Shigellose. Twee keer was de ziekte in Nederland opgelopen. Het ging hierbij om een flexneri en een sonnei. De andere patiënten waren in Egypte (2x), Marokko en Afghanistan geweest. Daarbij ging het allemaal om een sonnei.

STEC

Er is 15 keer een Shiga-toxine producerende E-Coli gemeld.

Aan deze rubriek werkten mee:

E.J.M. de Coster

K.B. Yap

E.M. Huisman

Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte	Het tweede kwartaal 2011****			Voorgaande 4 kwartalen				t/m het destbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorafgaande jaar				
	GGD Den Haag 2e kw. 2011	GGD-Zuid Holl.West 2e kw. 2011	Tot. regio Haaglanden 2e kw. 2011	Tot. regio Haaglanden 2e kw. 2010**	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2010**	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2010**	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2011	Tot. regio Haaglanden 1e t/m2e kw. 2011	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 2e kw 2010**			
A-ziekten	nieuwe influenza A (H1N1)						36	36				
B-ziekten	bacillaire dysenterie			7	3	10	6	19	7	4	14	9
	buiktyfus						2	1	2	2	2	2
	Creutzfeld-J's disease											1
	hepatitis A			1		1	1	4	3	2	3	2
	hepatitis B *)			54	11	65	82	54	70	61	126	157
	hepatitis C			1	1	2				2	4	
	kinkhoest			49	40	89	58	49	52	40	129	112
	legionella pneumonie			5	1	6	1	22	3		6	1
	mazelen			4		4					4	
	meningokokkose			1	1	2	4	3	4	2	4	6
	paratyfus A							1				1
	paratyfus B (C)			2		2		1		2	4	
	tuberculose			32		32	25***	28	19	15	47	50***
	voedselinfectie						3	4				5
	invasieve GAS			2	1	3	6	3	4	9	12	10
C-ziekten	brucellose											
	E-coli O157			3	11	14	2	7	8	5	19	2
	leptospirose											
	malaria			3	2	5	4	10	12	3	8	7
	ornithose/psittacose			2		2	3	2	2		2	5
	Q-koorts							2				
	rode hond											
	bof				9	9	33		3	41	50	96
	invasieve pneumokokken			1	1	2	2	1	1	2	4	5
	inv. Haemophilus influenzae type b			1		1				1	2	
	MRSA				1	1				1	2	
	totaal			168	82	250	233	212	193	228	478	471

*) Inclusief dragers.

**) Deze cijfers kunnen afwijken van eerder gepubliceerde cijfers, als gevolg van verandering van bron.

***) Dit aantal is een schatting. Door problemen met het computerprogramma kon dit keer het exacte aantal niet worden achterhaald.

****) Met ingang van EB3 van 2010 worden alle meldingen weergegeven op het tijdstip waarop de GGD deze doet bij het RIVM. We hebben de cijfers met terugwerkende kracht gecorrigeerd tot begin 2009.

De GGD Den Haag doet opgave over de gemeente Den Haag en de GGD Zuid-Holland West over de gemeenten Rijswijk, Leidschendam-Voorburg, Wassenaar, Zoetermeer, Delft, Pijnacker-Nootdorp, Midden-Delfland en Westland.

Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte	Het derde kwartaal 2011****			Voorgaande 4 kwartalen				t/m het destbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorafgaande jaar	
	GGD Den Haag 3e kw. 2011	GGD-Zuid Holl.West 3e kw. 2011	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2011	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2010**	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2010*	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2011**	Tot. regio Haaglanden 2e kw. 2011	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 3e kw. 2011	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 3e kw. 2010**
A-ziekten	Nieuwe Influenza A (H1N1)					36		36	
B-ziekten	10	6	16	19	7	4	10	30	28
	1		1	1	2	2		3	3
									1
	3	1	4	4	3	2	1	7	6
	47	15	62	54	70	61	65	188	211
		1	1			2	2	5	
	45	50	95	49	52	40	89	224	161
	5	5	10	22	3		6	16	23
							4	4	
				3	4	2	2	4	9
		1	1	1				1	2
		2	2	2		2	2	6	1
	22		22	28	19	15	32	69	78***
	6		6	4				6	9
	1		1	3	4	9	3	13	13
C-ziekten									
	5	15	20	7	8	5	14	39	9
	8	5	13	10	12	3	5	21	17
				2	2		2	2	7
				2					2
	2	3	5		3	41	9	55	
	2	1	3	1	1	2	2	7	6
						1	1	2	
		1	1			1	1	3	
totaal	157	106	263	212	190	228	250	741	586

*) Inclusief dragers.

**) Deze cijfers kunnen afwijken van eerder gepubliceerde cijfers, als gevolg van verandering van bron.

***) Dit aantal is een schatting. Door problemen met het computerprogramma kon dit keer het exacte aantal niet worden achterhaald.

****) Met ingang van EB3 van 2010 worden alle meldingen weergegeven op het tijdstip waarop de GGD deze doet bij het RIVM. We hebben de cijfers met terugwerkende kracht gecorrigeerd tot begin 2009.

De GGD Den Haag doet opgave over de gemeente Den Haag en de GGD Zuid-Holland West over de gemeenten Rijswijk, Leidschendam-Voorburg, Wassenaar, Zoetermeer, Delft, Pijnacker-Nootdorp, Midden-Delfland en Westland.



Het Epidemiologisch Bulletin is een kwartaaluitgave van de GGD Den Haag. 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 die signaleren welke gezondheidsproblemen er spelen in een grote stad als Den Haag en wat voor beleid er wordt gevoerd om die het hoofd te bieden.

Geïnteresseerden krijgen het blad *kosteloos* toegestuurd.*

• **Hierbij geef ik mij op als abonnee van het Epidemiologisch Bulletin:**

Naam/organisatie:

Straat:

Postcode/stad:

• **Ik ben abonnee van het Epidemiologisch Bulletin.**

Mijn oude adres was:

Naam:

Straat:

Postcode/stad:

• **Mijn nieuwe adres is:**

Naam:

Straat:

Postcode/stad:

• **Ik wil het Epidemiologisch Bulletin niet langer ontvangen:**

Naam:

Straat:

Postcode/stad:

* **Stuur deze bon aan: zie achterkant**

Gemeente Den Haag, Dienst OCW/VG&Z/Epi, Antwoordnummer 13034, 2501 VG Den Haag.



Gemeente Den Haag
Dienst OCW/VG&Z/Epi
Antwoordnummer 13034
2501 VG Den Haag