



Gemeente Den Haag

Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

Jaargang 47, 2012, nummer 2

inhoud

Redactioneel

volksgezondheid

Hulpverleners in dialoog met Turkse wijkbewoners:
gezonde leefstijl en bewonersparticipatie

Gezond aan de slag!

De Haagse nota volksgezondheid 2012-2014

Tijd voor een verpleegkundig zorgcentrum in de eerste lijn
(vervolg discussie 'De organisatie van zorg en welzijn')

epidemiologie

Vitamine D-suppletie bij Delftse zwangeren

Armoede en gezondheid

Gegevens over Den Haag

korte berichten

Colofon

Juni 2012, 47ste jaargang nr. 2

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, Florence Den Haag
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: Westeinde 128
Secretariaat EG: tel.: (070) 353 72 66,
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/
Epidemiologisch-bulletin.htm](http://www.denhaag.nl/home/bewoners/top/Epidemiologisch-bulletin.htm)

Ontwerp en productie

Gemeente Den Haag, Intern Dienstencentrum

Uitgave

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn,
GGD Den Haag, Directeur Volksgezondheid

Via het bulletin wil de redactie de communicatie aanmoedigen tussen hulpverleners, leidinggevenden, 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
Volksgezondheid	
Hulpverleners in dialoog met Turkse wijkbewoners: gezonde leefstijl en bewonersparticipatie <i>Paul Uitewaal</i>	2
Gezond aan de slag! De Haagse nota volksgezondheid 2012-2014 <i>Hugo Verpoorten</i>	11
Tijd voor een verpleegkundig zorgcentrum in de eerste lijn (vervolg discussie 'De organisatie van zorg en welzijn') <i>Peter Bakens</i>	16
Epidemiologie	
Vitamine D-suppletie bij Delftse zwangeren <i>Ferdinand Schreuder</i>	17
Armoede en gezondheid Gegevens over Den Haag <i>Ad van Dijk, Irene van der Meer</i>	25
Korte berichten	31

Redactioneel

Hoe houden we Den Haag gezond?

Hoe houden we de inwoners van Den Haag gezond? Preventie op lokaal niveau is bij uitstek een taak van de gemeente. Dit voorjaar stelde de gemeenteraad de gemeentelijke nota volksgezondheid 2012-2014 vast: 'Gezond aan de slag!' In deze aflevering van het bulletin een impressie van de belangrijkste zaken uit de nota. Maar niet alleen de gemeente houdt zich bezig met preventie op lokaal niveau. Zo zijn er ook zorgverleners die zich hiervoor inzetten. In de Schilderswijk bijvoorbeeld, hebben huisartsen en diëtisten van gezondheidscentrum De Rubenshoek samen met de GGD, Stiom en welzijnsorganisatie Zebra het initiatief genomen om in gesprek te gaan met wijkbewoners over het thema gezondheid. U leest erover in het artikel over De Gezondheidsdialoog. Aanleiding was de constatering dat er te weinig vooruitgang wordt geboekt bij het stimuleren van de bewoners van de Schilderswijk tot een gezondere leefstijl. De vraag die enkele huisartsen zich stelden was: in hoeverre vinden bewoners dit zelf een probleem? En als ze het probleem herkennen, zouden zij daar dan wellicht zelf verantwoordelijkheid voor willen nemen? De eerste ervaringen van dit project worden in het artikel beschreven. De ervaringen stemmen hoopvol, maar het is nog afwachten tot welke concrete resultaten dit zal gaan leiden. In ieder geval lijkt het erop dat de eerste stappen zijn gezet naar een grotere medeverantwoordelijkheid van bewoners. We kijken met spanning uit naar het vervolg van dit project.

'Hoe stimuleren we bewoners van -bijvoorbeeld- de Schilderswijk tot een gezondere leefstijl? En: in hoeverre vinden de bewoners dit (hun ongezonde leefstijl) zelf een probleem?'

In het vorige bulletin schreef Ben van Gent een prikkelend stuk over de ontwikkeling van de infrastructuur van de zorg, als uitkomst van het gevoerde (vooral: landelijke) beleid. Naast leerpunten, kwamen ook de nodige valkuilen aan de orde. Peter Bakens van de Academie voor gezondheid (Haagse Hogeschool) heeft de handschoen opgenomen en reageert in dit bulletin met een uitdagend voorstel voor een verpleegkundig zorgcentrum in de eerste lijn. We zijn benieuwd welke reacties dit weer oproept. In elk geval zal de redactie deze discussie in enigerlei vorm verder doen voortzetten in de kolommen van dit blad.

Vitamine D was al eerder een belangrijk onderwerp in het Epidemiologisch Bulletin. In dit nummer komt huisarts Schreuder uit Delft met een verslag van een project waarin hij heeft getracht te bevorderen dat zwangere vrouwen voldoende vitamine D krijgen.

Ook al vaak aan de orde geweest in het bulletin: sociaal-economische gezondheidsachterstanden. Het meeste onderzoek in Den Haag en ook de meeste publicaties in dit bulletin gingen over verschillen tussen wijken met uiteenlopende sociaal-economische status. Dit keer is een andere, meer aan het individu gebonden insteek gekozen. Helaas blijkt ook nu dat, ook in Den Haag, nog steeds grote gezondheidsachterstanden bestaan voor mensen met een lagere opleiding, financiële problemen en/of een minder goede arbeidsmarktpositie. Het is dus een goede zaak dat er in 'Gezond aan de slag!' ruim aandacht is voor deze gezondheidsachterstanden.

Hulpverleners in dialoog met Turkse wijkbewoners: gezonde leefstijl en bewonersparticipatie

Paul Uitewaal

Huisartsen in de Haagse Schilderswijk merkten dat leefstijlprogramma's niet aansloegen bij de patiënten die hier het meeste baat bij zouden kunnen hebben: de allochtone en laagopgeleide patiënten met chronische aandoeningen als COPD, overgewicht, diabetes en hypertensie. Ze zochten naar alternatieven en gingen in gesprek met wijkbewoners om erachter te komen wat voor programma dan wel succesvol zou kunnen zijn. Hieronder het verslag van De Gezondheidsdialoog.

Inleiding

Het takenpakket van de huisartspraktijk is aan verandering onderhevig. Naast het vanouds beoordelen en behandelen van klachten, is er in toenemende mate sprake van gestructureerde, geprotocolleerde zorg voor patiënten met een of meer chronische aandoeningen, en meer en meer aandacht voor gestructureerde preventie. Onderdelen hiervan zijn: een gestructureerde aanpak van risicofactoren voor hart- en vaatziekten, stoppen-met-roken-programma's en beweegprogramma's voor patiënten met COPD of overgewicht (1). Voor diabetes en hypertensie is aangetoond dat een dergelijke gestructureerde zorg een positief effect heeft op de uitkomsten van die zorg (2-3).

Achterstandswijken kenmerken zich door een concentratie aan problematiek: werkloosheid, geweld, criminaliteit, verslavingen, medische problemen zoals overgewicht en hogere sterftcijfers, waaronder ook een verhoogde kindersterfte. Bewoners van achterstandswijken hebben vaak een lage sociaal-economische status (SES): ze hebben een laag inkomen en zijn laag opgeleid. Een hoog percentage bewoners van achterstandswijken heeft een niet-westerse achtergrond. In sommige achterstandswijken zoals de Schilderswijk in Den Haag is het percentage mensen met een niet-westerse achtergrond bijna 90% (4).

Verschillen in prevalentie van chronische aandoeningen als cardiovasculaire ziekten, diabetes en COPD hangen sterk samen met verschillen in inkomen en opleidingsniveau tussen mensen en zijn de afgelopen 20 jaar vrijwel constant gebleven (5-6). Huisartsen in de Haagse Schilderswijk worden

geconfronteerd met een hoog percentage niet-westerse allochtonen. Het aantal mensen met een chronische ziekte, in het bijzonder diabetes en depressie, is hier hoog in vergelijking met autochtone groepen met een vergelijkbare SES en juist bij de behandeling van deze groep mensen ervaren de huisartsen veel problemen. Het blijkt dat bij een gelijke medische behandeling van diabetes type 2 patiënten de resultaten van die behandeling bij niet-westerse allochtonen achterblijven bij de resultaten van dezelfde behandeling bij autochtone patiënten (7). Eveneens is gebleken dat het aanbieden van gestructureerde zorg aan patiënten in achterstandswijken geen aantoonbare positieve effecten heeft gehad (8). Ook zorg die was toegesneden op allochtone diabetes type 2 patiënten (cultuurspecifieke educatie), leidde niet tot een positief resultaat. Ondanks de cultuurspecifieke educatie veranderde de kennis niet, was er een hoge uitval en bleven, ook bij de mensen die de educatie wel volgden, positieve effecten uit. Evenmin verminderden deze programma's de door huisartsen ervaren werkdruk.

Chronische aandoeningen als diabetes, hartvaatziekten en COPD vergen ieder een specifieke manier van behandelen, maar daarnaast moet bij al deze aandoeningen de leefstijl van de patiënt veranderen. Patiënten moeten meestal een dieet volgen, meer gaan bewegen en stoppen met roken. De huisarts kan het specifieke deel van de behandeling zoals het doen van gerichte en regelmatige controles en het bewaken en aanpassen van de medicatie goed uitvoeren, maar is niet of nauwelijks toegerust om patiënten intensief te begeleiden en te stimuleren een gezonde(re) leefstijl te volgen.

Over de auteur:

Paul Uitewaal is huisarts in gezondheidscentrum De Rubenshoek en werkzaam als epidemioloog bij de GGD Den Haag.
E-mail: paul.uitewaal@denhaag.nl.

Een kenmerk van leefstijlprogramma's is veelal dat deze zijn ontwikkeld door deskundigen op basis van wat (inter)nationaal bewezen effectief is. Vaak is dit ook een vereiste voor dergelijke programma's om te mogen worden uitgetoetst of geïmplementeerd. Echter, tot nu toe lijken de programma's onvoldoende aan te sluiten bij de behoeften, wensen en mogelijkheden van specifieke groepen in Nederland, zoals mensen met een heel lage opleiding of allochtonen. En juist dit zijn de groepen met de grootste problemen. Een mogelijkheid om de deelname van mensen aan leefstijlprogramma's te verbeteren en te intensiveren is de programma's samen met de mensen te ontwikkelen en op te zetten. Door steun van hulpverleners en deskundigen kan tevens worden geprofiteerd van de ervaringen elders.

'De doelgroep moest medeverantwoordelijk worden gemaakt voor de uitvoering van de programma's'

Hulpverleners uit gezondheidscentrum De Rubenshoek in de Haagse Schilderswijk merkten dat het onderdeel *'volgen van een gezonde leefstijl'* in de aangeboden zorgprogramma's voor mensen met chronische ziekten onvoldoende aansloeg of aansloot bij de doelgroep. Bewegen Op Recept, een programma dat wel voorzorg in een behoefte, moest uiteindelijk stoppen omdat het te afhankelijk was van externe financiering en niet verder kon worden bekostigd. Men ging op zoek naar alternatieven.

Er bestond geen fiducia meer in het aanbieden van nieuwe kant en klare en extern gefinancierde programma's, men wilde proberen programma's te ontwikkelen samen met de doelgroep. De gedachte hierbij was dat de doelgroep niet alleen moest worden betrokken bij de ontwikkeling van de leefstijlaanpak, maar ook medeverantwoordelijk moest worden gemaakt voor de uitvoering van de programma's. Hieruit kwam het initiatief om hulpverleners en wijkbewoners met elkaar te laten praten. Dit initiatief is verder uitgewerkt onder de titel *De Gezondheidsdialoog*.

Om te onderzoeken of een dergelijk initiatief levensvatbaar was startte in het laatste trimester van 2011 met financiële hulp van de GGD Den Haag, gezondheidscentrum De Rubenshoek in samenwerking met STIOM en welzijnsorganisatie Zebra een pilot met als belangrijkste vraag of het mogelijk is een gesprek of dialoog op gang te brengen tussen

wijkbewoners en hulpverleners. Doel van deze gezondheidsdialoog was plannen te ontwikkelen en te komen tot gezamenlijk opgezette activiteiten die een gezonde leefstijl stimuleren op een voor de doelgroep geaccepteerde manier.

De pilot startte met verkennende focusgroeps-gesprekken met leden van de Turkse doelgroep (de grootste groep patiënten van De Rubenshoek). Thema's bij deze focusgroeps-gesprekken waren: wat versta je onder gezond leven, welke gedachten leven er bij de Turkse doelgroep over gezonde voeding en gezond bewegen en welke barrières ervaart men als men een gezonde leefstijl probeert te volgen? De resultaten van de focusgroeps-gesprekken dienden als uitgangspunt voor een dialoog tussen hulpverleners en wijkbewoners in de vorm van 'spiegelgesprekken' (zie hieronder). Hierna zouden werkgroepen met Turkse wijkbewoners en hulpverleners worden gevormd, om gezamenlijk activiteiten te ontwikkelen en uit te voeren, gericht op een gezonde leefstijl. Onderstaand verslag beschrijft de belangrijkste uitspraken van de focusgroeps-gesprekken en het spiegelgesprek tussen Turkse wijkbewoners en hulpverleners van De Rubenshoek. Ook wordt kort verslag gedaan van de afsluitende bijeenkomst van het eerste deel van de pilot met Turkse wijkbewoners en hulpverleners uit de wijk, waarbij vooruit werd geblikt naar de toekomst van het project.

Start van het project

Na een aantal voorbereidende bijeenkomsten werden de focusgroeps-gesprekken voor Turkse wijkbewoners georganiseerd met als onderwerp gezondheid en gezonde leefstijl. Er is gekozen voor de Turkse doelgroep omdat dit de grootste groep is binnen de wijk en binnen gezondheidscentrum De Rubenshoek. Bovendien zijn volgens de hulpverleners in de wijk leefstijlproblemen bij deze groep heel herkenbaar aanwezig.

Focusgroepen

In de periode september-november 2011 werden vijf semi-gestructureerde focusgesprekken georganiseerd met als doel inzicht te krijgen in de opvattingen/ meningen van Turkse wijkbewoners over gezond leven en een gezonde leefstijl. Focusgroeps-gesprekken zijn gesprekken met groepen mensen waarbij zij ondervraagd worden over hun mening, opvattingen en houding ten aanzien van een bepaald onderwerp. De groep is interactief en mensen zijn vrij om met elkaar in discussie te gaan. Semi-gestructureerd betekent dat er wel bepaalde thema's aan de orde komen, maar dat

de vragen en de mogelijke antwoorden niet van te voren vast liggen.

De groepen bestonden gemiddeld uit 13 Turkse wijkbewoners: twee mannengroepen, twee vrouwen-groepen en een groep Turkse sleutelfiguren. Er werden mensen uitgenodigd die bekend waren bij een van de wervende instanties Zebra, STIOM of GGD. De gesprekken mochten maximaal twee uur duren. Er was een gespreksleider aanwezig, een observator en een notulist. Wat er tijdens de bijeenkomsten werd gezegd werd zo letterlijk mogelijk opgeschreven. De gesprekken werden in het Nederlands gevoerd. Bij het merendeel van de gesprekken was een tweetalige hulpverleenster aanwezig die kon vertalen wanneer het nodig was.

Thema's

Ter voorbereiding van de focusgroeps gesprekken werd een topiclijst samengesteld met vragen rond drie thema's van gezond leven: voeding, bewegen en stress. De volgende onderwerpen kwamen aan bod: 1) Over gezond leven: wat verstaat men onder gezond leven, hoe belangrijk is dit, wat zijn risico's van ongezond leven, wat is ervoor nodig om gezond te leven, wat kan men zelf doen en lukt het om gezond te leven? 2) Over voeding: wat verstaan de deelnemers onder een gezond voedingspatroon, volgen zij dit en zo nee waarom niet? 3) Wat verstaan de deelnemers onder bewegen, hoe denken de deelnemers over de relatie bewegen en gezonde leefstijl, hoe kan voldoende bewegen gestimuleerd worden? 4) Stress: hoe beïnvloedt stress gezondheid, wat verstaan de deelnemers onder 'inspanning' en 'ontspanning' en wat denken zij hier zelf aan te kunnen doen? Vast onderdeel van al deze thema's was de rol van de hulpverlener en zelfhulporganisaties: wat zouden hulpverleners moeten doen en wat zouden zelforganisaties kunnen doen om gezonder leven te stimuleren?

Het spiegelgesprek

Er werd een gesprek georganiseerd tussen hulpverleners en Turkse wijkbewoners. Een zogeheten spiegelgesprek. Uitgangspunt bij een spiegelgesprek is dat wijkbewoners en hulpverleners op een gelijkwaardige manier met elkaar over gezondheidsproblemen en gezonde leefstijl praten en hun mening aan elkaar spiegelen. Hulpverleners konden zo uit de eerste hand horen wat er leeft binnen de Turkse gemeenschap met betrekking tot gezondheid en gezonde leefstijl. Deze eerste bijeenkomst kon worden gezien als voorbereiding en eerste aanzet voor een

structureel overleg met wijkbewoners, waarbij hulpverleners en doelgroep gezamenlijk optrekken om de gezondheidsproblemen te lijf te gaan. Voor het spiegelgesprek waren zes hulpverleners uit het gezondheidscentrum en tien wijkbewoners (uit iedere focusgroep twee deelnemers) uitgenodigd. Vooraf werd aan alle deelnemende hulpverleners gevraagd na te denken over wat zij de belangrijkste problemen van de doelgroep vinden en wat zij bij de behandeling van de leden van deze groep in het bijzonder als lastig ervaren.

Het spiegelgesprek werd ook bijgewoond door twee medewerkers van de GGD en een medewerker van STIOM (onder wie beide begeleiders van de focusgroeps gesprekken) en de directeur van gezondheidscentrum De Rubenshoek. Het gesprek werd voorgezeten door de hoogleraar Public Health van het LUMC.

De verslagen van de focusgroeps gesprekken werden achteraf geanalyseerd door een onderzoeker van de GGD. Alle uitspraken werden geordend naar onderwerp. Het belang van een onderwerp werd mede geschat aan de hand van het aantal keer dat een onderwerp werd genoemd. Onderstaand verslag is een weergave van de belangrijkste opmerkingen uit de focusgroeps gesprekken en het afsluitende spiegelgesprek

Resultaten

De focusgroeps gesprekken

Er zijn vijf focusgroeps gesprekken gehouden met in totaal 68 Turkse mannen en vrouwen:

- een mannengroep met twaalf mannen (geschatte leeftijd tussen de 25 en 55 jaar)
- twee vrouwengroepen: een met vijftien vrouwen (geschatte leeftijd tussen de 20 en de 60 jaar) en een met negentien vrouwen (geschatte leeftijd 18-65 jaar)
- een gemende groep met drie vrouwen (25 tot 55 jaar) en zeven mannen (15-55 jaar)
- een groep met leden van zelforganisaties (twaalf mensen uit negen organisaties)

Op de vraag 'wat is gezond leven' bleek dat dit allereerst werd geassocieerd met eten (28 keer genoemd), bewegen (18 keer genoemd) en stress (16 keer genoemd). Deze drie onderwerpen werden in de focusgroeps gesprekken verder uitgediept en zullen hier nader worden behandeld.

Voeding

Een aantal dieet adviezen werd spontaan genoemd: minder vet eten (2x), meer fruit en groenten eten (4x) en regelmatig eten (1x).

'Turken hebben een eetcultuur'

Er werd een aantal keer bevestigd dat Turken te veel eten. Iemand zei: 'Turkse mensen eten altijd een driegangen menu en zoetigheid na' en 'er ligt te veel eten op tafel'. Men beschreef het eten als 'met redelijk veel vet' of 'zwaarder'.

Naast de maaltijden eet men als tussendoortje regelmatig noten, baklava en veel fruit, maar ook patat, pizza en shoarma. Zoetigheid (baklava) wordt vaker genoemd als tussendoortje of na de maaltijd, maar het wordt niet als gezond beschouwd.

Een normaal Turks dieet bestaat uit drie maaltijden per dag: ochtend, middag en avond. In de middag (soep) en in de avond is dit vaak warm eten. Het ontbijt wordt nogal eens overgeslagen. Met als gevolg dat dit ergens anders wordt ingehaald met ongezonder en vetter eten.

Vlees is een belangrijk onderdeel van de maaltijd. Iemand merkte op: 'een dag zonder vlees is [een dag] niet gegeten'. Vlees wordt niet als ongezond gezien. Men eet vaak kip. Kip en 'wit vlees' worden als gezonder beschouwd dan rood vlees. Toch eet niet iedereen altijd vlees.

Eén van de deelnemers stelde dat de Turkse keuken gezond is. Hoewel beaamd werd dat er veel vet wordt gebruikt (veel eten wordt gebakken of gebraden), staat hier volgens de deelnemers tegenover dat de groenten niet gekookt worden, maar klaargemaakt in hete olie (in olie klaarmaken wordt als gezonder beschouwd dan koken). Vis wordt minder vaak gegeten. Een aantal keer werd opgemerkt dat de geur van vis niet lekker is (stank). De basis van de Turkse maaltijd bestaat uit tomatenpuree, uien en olie. Daarnaast eet men veel deegproducten en brood (vooral wit brood).

Er bestaat angst voor genetisch gemanipuleerde groenten, maar men vindt dat gezond eten duur is en dat biologische groenten te duur zijn. Ook kant en klare maaltijden worden gezien als ziekmakend. Iemand zei: 'vroeger was het eten natuurlijker: men at echte boter en [onze voorouders] liep geen ziekte op'. Hoewel de vrouw kookt bepalen de mannen en soms ook de kinderen wat er op tafel komt. 'Boodschappen worden gezamenlijk gedaan', zei een vrouw. Binnen het gezin eet niet altijd iedereen gezamenlijk of hetzelfde. Soms wordt er apart gekookt voor de man en ook voor de kinderen. Een vrouw zei: 'mijn man

eet altijd patat en lekkerbek; ik vind Turks eten lekkerder'. Meerdere keren werd opgemerkt dat de man alleen eet.

Er is ook een groot aanbod van eten buiten de deur: 'op elke hoek is er wel een patatzaak'.

Voor kinderen is de verleiding hiervan groot. Over de kinderen werd verder gezegd dat ze na de warme maaltijd nog 'chips, chocola en fruit' eten en men merkte op dat vooral de kinderen overgewicht hebben.

Ouders vinden het moeilijk om kinderen dingen te weigeren. Een ouder zei: 'we lopen in een winkelcentrum en er staan kinderen bij de Mc Donalds, dan kunnen we geen nee zeggen'.

'Ouders vinden het moeilijk om kinderen dingen te weigeren: we lopen in een winkelcentrum en er staan kinderen bij de Mac Donalds, dan kunnen we geen nee zeggen'

Bewegen

Bewegen werd door de deelnemers van de groeps-gesprekken vaak geassocieerd met gezond leven. Als voorbeelden van bewegen werden genoemd: wandelen (na het eten), fietsen, zwemmen, voetballen, naar het strand gaan, uitwaaien in het park en fitness.

'Er is nooit een voorbeeld geweest van onze ouders'

Een aantal is lid van een sportclub (genoemd werden fitness en de voetbalvereniging). Maar sporten werd ook als duur ervaren: het lidmaatschap, aanschaf van speciale kleding. Bovendien, zo werd gezegd, wanneer er iets verandert in je leven (bijvoorbeeld je raakt je baan kwijt) zit je vast aan een contract. Kennelijk speelt (financiële) onzekerheid over de toekomst een rol bij de beslissing lid te worden van een sportclub of een fitness abonnement te nemen. Een aantal vrouwen gaf ook aan het sporten op de sportschool niet lang vol te houden: 'ik heb mij een keer ingeschreven en ben na drie maanden gestopt', '... na een tijdje ben je het [de sportschool] zat...'. Een andere vrouw zei hierover: 'wanneer er dan toch geld moet worden uitgegeven dan kan dit beter aan de kinderen worden uitgegeven'.

Onder jongens is voetbal heel populair. Er werd gezegd: 'we stimuleren onze kinderen wel om te spelen' en ouders gaan ook mee met de kinderen als zij gaan spelen. Jonge kinderen maken niet vaak gebruik van de trapveldjes in de wijk (Vermeerstraat, Oranjeplein) en hebben weinig gelegenheid ergens buiten te spelen. Van de trapveldjes worden ze

weggejaagd door de oudere kinderen, daarbij wordt de wijk als te onveilig ervaren. In de avonduren kunnen kinderen niet vrij bewegen doordat jeugdbendes de buurt onveilig maken. De mensen zijn hierdoor angstig en voelen zich belemmerd om buiten te gaan bewegen.

Bewegen wordt wel als positief ervaren: 'dan voel ik mij lekker' en 'dan krijg ik frisse lucht'. Een groot aantal deelnemers stelde dat er te weinig bewogen wordt. Naast de genoemde onveiligheid gaf men als reden: men beweegt al veel op het werk: 'werken is ook bewegen'. Er is weinig behoefte om te sporten, sporten is duur en iemand zei dat er te weinig kennis is over het belang van bewegen. Men is ook niet op de hoogte van het aanbod. Ook werd opgemerkt dat: 'er nooit een voorbeeld geweest is van onze ouders'. Het past, zo zei men, niet in de cultuur. Zelf beaamden Turkse mannen ook geen voorbeeld voor hun kinderen te zijn: 'het is geen Turkse gewoonte om na het eten te gaan wandelen' en 'wandelen doen we [mannen] liever alleen'. Ook gaf een aantal mannen aan te moe te zijn (sommigen werken zeven dagen per week) en liever naar sport op tv te kijken. Een Turkse vrouw zei: 'mannen houden niet van bewegen'. Dat mannen en vrouwen samen iets sportiefs zouden doen, lijkt geen optie. Vrouwen lijken wel actiever te zijn dan mannen: 'vrouwen bewegen wel en lopen meer dan mannen'. Beweerd werd dat: 'tegenwoordig vrouwen meer mogen en vrijer zijn in hun eigen keuze om te gaan bewegen'. Vrouwen spreken met elkaar af om bijvoorbeeld in groepen te gaan wandelen. Samen sporten werd door de vrouwen als leuk ervaren en stimuleert ook om mee te doen.

Stress

Als laatste werd het onderwerp stress onder de loep genomen. Op de vraag: 'wat houdt verband met gezond leven' werd stress 16 keer expliciet genoemd. Daarbij werden ook onderwerpen genoemd die verband houden met stress (of juist het tegenovergestelde van stress). Zo werd vaak opgemerkt dat goed slapen of slapen zonder stress belangrijk voor je gezondheid is, net als een goede relatie met de familie hebben (geen goede relatie betekent meer stress). Ook structuur en regelmaat in je leven aanbrengen wordt geassocieerd met een goede gezondheid. Afwezigheid hiervan betekent ook weer meer stress. Stress of geestelijk welbevinden en alles wat onder stress wordt verstaan speelt volgens de deelnemers aan de focusgroeps gesprekken een belangrijke rol bij het al dan niet gezond zijn, of zoals werd gezegd: 'zonder stress kun je goed leven, stress maakt je ziek' en 'als je stress

hebt kun je niet gezond denken en als je niet gezond kunt denken, kun je niet gezond leven'. In de vijf focusgroeps gesprekken werd hier uitgebreid op ingegaan.

'Als het hoofd niet leeg is, reageert het hele lichaam'

Er werd gesteld dat veel Turken last hebben van stress. Als oorzaken van stress werden onder andere genoemd: financiële zorgen, familieverplichtingen en zorgen over familieleden, kinderen, taal en cultuurproblemen.

Financiële zorgen:

Men gaf meerdere keren aan financieel niet goed rond te kunnen komen. Alles lijkt duurder te worden en de financiële toekomst is onzeker. Men is bang voor ontslag. Het leven van een bijstandsuitkering en het afhankelijk zijn van de sociale dienst is niet eenvoudig. Geldzorgen zijn een belangrijke bron van stress, die naar eigen zeggen, leidt tot gezondheidsproblemen. Als voorbeeld van hoe moeilijk mensen het financieel hebben en waar dit toe kan leiden, werd het veranderde parkeerbeleid genoemd. In de Schilderswijk geldt sinds enige tijd betaald parkeren. Behalve dat dit voor iedere autobezitter extra kosten met zich meebrengt, heeft dit ertoe geleid dat mensen minder vaak bij elkaar op bezoek gaan. Voor sommige ouderen betekent dit dat ze vaker alleen zijn en zich meer sociaal geïsoleerd voelen.

Familieverplichtingen:

Familieverplichtingen kunnen een bron van stress zijn. Een man die zijn gezin moet verzorgen maar ook zijn ouders (financieel) moet bijstaan, zei dit maar lastig op te kunnen brengen en hierdoor in de problemen te komen. Ook het gescheiden wonen van de familie in het buitenland kan stress veroorzaken. Een vrouw zei: 'als mijn moeder in Turkije ziek is, maak ik mij hier zorgen. Als het hoofd niet leeg is reageert het hele lichaam'. Ook de steun van de familie wordt gemist, vooral tijdens de feestdagen. Een vrouw zei: '... je wilt dan [tijdens het suikerfeest en het slachtfest] in Turkije zijn. Ik huil dan. Voor mij is het feest niet leuk'.

Kinderen:

'Kinderen en ouders praten niet met elkaar'

Kinderen zijn een bron van stress. Ouders kunnen niet aan alle (materiële) wensen van de kinderen tegemoet komen met als gevolg ontevreden kinderen. De kinderen kunnen erg dwingend zijn en ouders vinden het moeilijk om 'nee' te zeggen. Kinderen

hebben nu te veel te zeggen. Iemand zei: 'er is sprake van chantage van de ouders door de kinderen'. Kinderen tonen weinig waardering of respect voor de ouders. Ouders voelen zich vaak machteloos en niet in staat hun kinderen goed op te voeden. Dit uitte zich in de uitspraak van een vrouw die zei: 'Turkse ouders proberen hun kinderen zo goed mogelijk op te voeden. De school zou de kinderen moeten bijbrengen dat ouders respect verdienen en dat ze goed moeten omgaan met hun ouders'. Moeders geven aan hun kinderen niet meer te kunnen bereiken: 'kinderen en ouders praten niet met elkaar'. Ouders voelen zich ook tekort schieten doordat zij zelf geen of weinig opleiding gehad hebben. Een vrouw zei: 'Ik heb zelf weinig onderwijs gehad. [Het is] moeilijk om mijn kinderen wat bij te brengen of te helpen met hun huiswerk'. Buiten school zijn er voor de kinderen te weinig positieve uitdagingen en te veel negatieve invloeden. Het aantal voorzieningen voor de jeugd wordt als onvoldoende ervaren. Genoemd worden de sluiting van de bibliotheek en de eerder genoemde onveiligheid van de speelvelden door jeugdbendes. De verleiding voor kinderen om drugs te gaan gebruiken is te groot. Een vrouw zei: 'Toen ik in de Schilderswijk kwam wonen heb ik expliciet gevraagd of er plannen waren voor coffeeshops in de buurt. Het antwoord van de woningbouw [vereniging] was nee. Nu zit er op elke hoek wel een coffeeshop'. Ouders zijn ook bang om over hun problemen met hun kinderen te praten, uit angst dat hun kind uit huis wordt geplaatst.

Taalproblemen:

Ook taalproblemen vormen een bron van stress. Binnen het gezin kunnen hierdoor communicatieproblemen ontstaan. Het krijgen van een brief kan al tot zorgen leiden omdat men de taal niet goed begrijpt. Dit werd meerder keren genoemd.

Relaties:

'Mijn man kijkt me soms niet aan, hij gaat geeuwen als ik iets zeg'

De Turkse cultuur is een mannencultuur. Veel mannen werken hard. Zij moeten zorgen dat het gezin financieel rondkomt. De vrouwen die deelnamen aan de focusgroeps gesprekken uitten naast positieve opmerkingen ook flinke kritiek op hun mannen. Omdat de man vaak werkt (en afwezig is) regelen de vrouwen alles voor hun gezin. Maar vrouwen missen vaak het overzicht over de financiën. Behalve dat mannen afwezig zijn door hun werk, zijn

ze ook afwezig doordat ze in het theehuis zitten. De communicatie tussen man en vrouw verloopt nogal eens slecht: de man luistert niet. Een vrouw zei: 'mijn man kijkt me soms niet aan, hij gaat geeuwen als ik iets zeg'. Mannen en vrouwen hebben andere opvattingen, de man is de baas en de vrouw heeft te weinig in te brengen. Mannen bepalen de uitgaven. Nogal wat mannen zouden geld verspillen aan gokken, roken en vreemdgaan.

Mannen ervaren echter ook grote problemen, die vaak samenhangen met hun taken: werk en zorgen voor het inkomen. Ook maken zij zich zorgen om de familie en de kinderen. Opvallend is dat geen van de mannen de relatie met hun vrouw als problematisch ervoeren. Mannen kunnen maar moeilijk omgaan met hun problemen. Een vrouw zei: 'mannen kunnen niet met problemen omgaan of problemen delen'. De mannen ontkennen hun problemen. Ze willen laten zien dat ze sterk in hun schoenen staan. Zo worden de problemen alleen maar groter. De mannen geven toe dat ze hun problemen niet snel zullen delen met anderen, maar ook dat anderen je problemen niet willen aanhoren. Door hun eigen problemen lukt het ze eenvoudig niet om open te staan voor andermans problemen. Het wordt teveel. Een man zei: 'Ik vermijd mensen die teveel problemen hebben' en een ander 'je verzuipt in andermans problemen'. Ook kost het mannen moeite hun problemen te verwoorden. Een Turkse man zei hierover: 'Als patiënt ga je naar de huisarts. Bij voorbaat heb ik moeite om de klachten onder woorden te brengen. Ik kan niet met mijn eigen verhaal omgaan, laat staan dit overbrengen'. Vrouwen voelen zich belangrijk in het gezin, maar hebben tegelijk ook het gevoel zichzelf te moeten wegcijferen: '...Ze [vrouwen] hebben geen ik. De vrouw komt op de laatste plaats'. Vrouwen durven ook niet tegen iedereen over hun problemen te praten: 'Je weet op een gegeven moment bij wie je wel of niet terecht kunt met je problemen'. Je kunt niet iedereen jouw problemen toevertrouwen: '... het wordt doorverteld en dan heb je nog grotere problemen'. De angst voor roddelen werd vaker genoemd: 'de Turkse cultuur is een roddelcultuur'.

Ervaringen met de hulpverlening

Wat zouden hulpverleners moeten doen en wat kunnen zelfhulporganisaties doen om een gezonder leven te stimuleren?

'Huiselijke problemen liggen gevoelig. Dat vertel je niet'

De benadering van de hulpverlener wordt niet altijd als goed ervaren. Men voelt zich soms niet goed

begrepen waarbij de taal maar vooral ook cultuurbarrières een rol speelt. Daarom zou een aantal mensen Turkse hulpverleners prefereren. Er is ook schaamte om sommige dingen te vragen of te vertellen. Iemand zei: 'huiselijke problemen liggen gevoelig. Dat vertel je niet'. Ook is er schaamte om naar een psycholoog of psychiater te gaan. Men is bang gelabeld te worden: 'Als onze omgeving hoort dat je in behandeling bent bij PsyQ, dan word je binnen de gemeenschap voor gek verklaard'. De huisarts weet men goed te vinden en er is ook vertrouwen in de huisarts, maar iemand zei ook: 'bij een bezoek aan de huisarts heb ik soms het gevoel van het kastje naar de muur te worden verwezen'. Men ervaart soms verkeerd te worden doorverwezen, wat frustrerend is. Ook raadpleegt men nog al eens een arts in Turkije voor een second opinion. Dit kan leiden tot tegenstrijdige informatie, wat weer verwarrend is.

Een aantal keer werd opgemerkt dat vrouwen eerder hulp zoeken dan mannen. Zo zei iemand: 'mannen komen niet snel uit voor hun problemen en accepteren minder [snel] professionele hulp'. Dat dit een probleem is bleek wel uit de opmerking: 'Vrouwen moeten misschien meer informatie krijgen over hoe ze met hun mannen kunnen praten en hen kunnen ondersteunen om hulp te accepteren'. Met betrekking tot het opvoeden van kinderen erkende men dat de eerste verantwoordelijkheid voor de opvoeding van de kinderen bij de ouders ligt, maar ook dat ouders zich geen raad weten met de problemen van hun kinderen of de oplossingen hiervoor. Er werd een aantal keer opgemerkt dat ouders hierbij hulp zouden moeten hebben: hulp om te kunnen communiceren met hun kinderen en om grenzen te stellen. Een vrouw zei hierover: 'Ik heb een cursus opvoeding gedaan. Veel van geleerd. Ook geleerd hoe je de man kan betrekken. Mijn man doet nu ook mee'.

Men is onvoldoende op de hoogte van de voorzieningen in de wijk. Er werd gezegd: 'er zijn zoveel voorzieningen op het terrein van wonen/zorg/welzijn, we verdwalen'. Er is behoefte aan een centraal informatiepunt waarbij men het liefst geïnformeerd wordt door iemand die de cultuur begrijpt.

Men wil meer informatie over het belang van een goed ontbijt en over gezonde voeding. Hierbij werd opgemerkt dat voorlichting goed kan worden gegeven via de Turkse zelforganisaties. Er werd een video-boodschap geopperd via het internet (Turken, vooral

de jongeren, maken veel gebruik van het internet) en ook de muurkrant in de wachtkamer kan een bron van informatie zijn. En men benadrukte het belang van een verschillende benadering van de verschillende generaties.

'Vaste patronen in gezin of familie staan veranderingen in de weg'

Gevraagd naar wat zelforganisaties zouden kunnen doen, werd geantwoord dat deze voorlichtingsbijeenkomsten zouden kunnen organiseren, eetbijeenkomsten onder begeleiding van een diëtiste en themabijeenkomsten. De deelnemers aan de focusgesprekken stelden dat er meer bewustwording moet komen en dat kennis moet worden gedeeld.

Het spiegelgesprek

Aan het spiegelgesprek namen zes hulpverleners deel: drie huisartsen, een fysiotherapeut, een algemeen maatschappelijk werkende en een diëtiste. Verder waren er elf deelnemers uit de eerdere focusgroeps-gesprekken aanwezig.

Veel zaken uit de focusgroeps-gesprekken werden herhaald in het spiegelgesprek. Opgemerkt werd dat gezond eten belangrijk is, maar ook duur. De verleiding om snacks te kopen (om de paar meter is er een snackbar) is groot. Op de opmerking dat snacks niet goedkoop zijn, antwoordde iemand dat het 'wel gemakkelijk is'. Er werd gepraat over opvoeding. Eigenlijk zouden ouders kinderen discipline moeten bijbrengen, men is te snel geneigd de wil van het kind te volgen. Uit het gesprek werd duidelijk dat vrouwen wel willen sporten, als het niet te duur is en als het gebeurt op tijden dat ze kunnen (onder schooltijd) en niet samen met mannen. Deze initiatieven bestaan wel. Reclame voor zulke initiatieven kan het best via mond tot mond reclame.

Een wijkbewoner merkte op dat burens elkaar vroeger hielpen. Hierop werd gevraagd of dit nu niet meer het geval is. Dit lijkt men inderdaad zo te ervaren. Iemand zei: 'je leeft geïsoleerd en gaat niet gemakkelijk naar elkaar toe'. Het is niet zo duidelijk wie je om hulp kunt vragen. De kinderen zijn druk met school en terugvallen op de familie lukt ook niet altijd. Aan de andere kant bepaalt de gemeenschap of familie wel wat er kan en wat niet. Zo antwoordde een wijkbewoner op de vraag van de huisarts hoe een diabetespatiënt duidelijk kan maken dat ze geen

baklava mag eten, dat het beledigend is wanneer je niets van tafel eet. Het wordt gemakkelijker wanneer de hele familie mee doet.

Vaste patronen in het gezin of de familie staan veranderingen in de weg. Daarom worden dingen die bijvoorbeeld in een cursus worden geleerd niet toegepast. Verandering leidt tot conflicten binnen het gezin en alleen maar tot meer problemen.

Men zag wel de meerwaarde van praatgroepen. Ook zouden ouders en scholen meer kunnen samenwerken. Een initiatief dat genoemd werd is een schoolkantine waar alleen nog groenten en fruit verkrijgbaar zijn. Ouders steunen dit initiatief en hebben hiervoor getekend.

Ruim een maand na het spiegelgesprek werd in buurthuis de Octopus in de Schilderswijk een brede bijeenkomst georganiseerd voor alle geïnteresseerde Turkse wijkbewoners en hulpverleners van de Schilderswijk. Doel van deze bijeenkomst was wijkbewoners en hulpverleners te interesseren voor deelname aan de eerder genoemde werkgroepen om gezamenlijk activiteiten gericht op een gezonde leefstijl te ontwikkelen en uit te voeren.

De opkomst bij deze bijeenkomst was boven verwachting hoog. Meer dan 70 Turkse wijkbewoners en bijna 20 hulpverleners waren er op afgekomen. Na het plenaire programma waarin het project werd toegelicht werden de aanwezigen in drie workshops verdeeld: voeding, bewegen en stress. De workshop stress werd met ongeveer de helft van alle aanwezigen het best bezocht. Helaas was het door het grote aantal aanwezigen in deze workshop lastig met elkaar in discussie te gaan. In alle drie de workshops werden dingen genoemd die men erg belangrijk vond in relatie tot het thema van de workshop en werd er nagedacht over welke activiteiten geschikt zouden kunnen zijn om uit te voeren. Aan het eind van de bijeenkomst werd een oproep aan wijkbewoners gedaan voor deelname.

Bespreking

Hoofddoelstelling van het project De Gezondheidsdialoog is te komen tot het besef dat wijkbewoners en hulpverleners samen aan een probleem werken. De belangrijkste subdoelstellingen zijn: verbeteren van gezondheidsvaardigheden en bewustwording van de wijkbewoners en stimuleren van de eigen kracht en het zelfmanagement; bevorderen dat de sociale omgeving van de wijkbewoners ondersteunend werkt bij het vertonen van gezond gedrag; bevorderen van deelname aan preventieve interventies door wijkbewoners;

bevorderen van inzicht bij hulpverleners in de belemmeringen van wijkbewoners om gezond te kunnen leven, en een cultuursensitieve werkwijze. Bij deze eerste aanzet om hulpverleners en wijkbewoners met elkaar in gesprek te brengen over de onderwerpen gezond leven en een gezonde leefstijl, viel als één van de eerste dingen op dat er grote behoefte bestaat bij de doelgroep en de hulpverleners om over dit onderwerp te praten. Zo lukte het in een korte tijd vijf focusgroepsbijeenkomsten te organiseren met een hoge opkomst. Ook wilden meer hulpverleners deelnemen aan het spiegelgesprek dan mogelijk was en werden we zelfs wat overdonderd door het grote aantal wijkbewoners en hulpverleners dat naar de brede bijeenkomst in het buurthuis de Octopus kwam.

Uit de gesprekken bleek dat er wel kennis aanwezig is over wat gezonde en wat ongezonde leefwijzen zijn. In de focusgroeps gesprekken werd een heel aantal gewoontes genoemd waarvan men weet dat ze niet gezond zijn en men kon ook vaak benoemen wat wel gezond is. Dat kennis over gezonde leefstijl niet het grootste probleem is, kwam al eerder naar voren bij een onderzoek onder diabetes patiënten en focusgroeps gesprekken met wijkbewoners rond het Oranjeplein (Schilderswijk) (9-10). Het probleem ontstaat bij het toepassen van deze kennis. Er werd een groot aantal barrières genoemd. Cultuur en gewoonte zijn onderdeel van de barrières waarbij men zich door de druk van buiten af (familie en gezinsverhoudingen) onmachtig voelt er iets aan te veranderen. Daarnaast spelen de dagelijkse problemen en de hieruit voortkomende stress een grote rol bij het zich niet gezond voelen.

De Turkse cultuur is geen praatcultuur, men houdt de problemen liever voor zichzelf dan deze te delen met andere leden uit het gezin: ouders praten niet met hun kinderen over de problemen die zij ervaren en kinderen niet met hun ouders. Ook man en vrouw praten te weinig met elkaar. Binnen het gezin bestaan er duidelijk omschreven rolpatronen die moeilijk te doorbreken zijn: vrouwen willen wel veranderen, maar durven niet en zijn te weinig assertief en mannen houden de problemen liever voor zichzelf. Mogelijk dat mannen het praten over hun problemen opvatten als gezichtverlies of dat zij hun vrouw niet capabel genoeg achten om mee te denken over de problemen waar zij mee zitten. Dit alles draagt bij aan het gevoel niet in staat te zijn om iets te veranderen. Verandering van leefstijl betekent vaak dat er strijd geleverd moet worden. Zo moeten vrouwen meer vrijheid opeisen om zelfstandig te gaan sporten en

zullen de andere gezinsleden moeten accepteren dat er anders wordt gegeten.

Aan de kinderen in het gezin moet duidelijker grenzen worden gesteld. Hiervoor is het nodig dat man en vrouw gezamenlijk optrekken en afspraken maken met elkaar en met hun kinderen. Dat vereist een goede communicatie binnen het gezin. Doordat de kinderen de Nederlandse taal vaak beter beheersen dan hun ouders en meestal een hoger opleidingsniveau hebben kunnen de verhoudingen binnen het gezin verstoord raken. Ouders zijn soms voor allerlei zaken, zoals een bezoek aan de arts of het lezen van brieven van officiële instanties, afhankelijk van hun kinderen. In die positie is het lastig het ouderlijk gezag te behouden. Uit de focusgroeps gesprekken blijkt dat ouders onmacht voelen bij het opvoeden van de kinderen. Men kan de strijd of de extra inspanning die het kost om dingen te veranderen vaak niet aan. Men heeft beslist behoefte aan hulp van buitenaf (scholen of hulpverleners).

‘Doordat de kinderen de Nederlandse taal vaak beter beheersen dan de ouders, kunnen de verhoudingen binnen het gezin verstoord raken. In die positie is het moeilijk het ouderlijk gezag te behouden’

Er bestaat ook behoefte om gemakkelijk aan informatie te komen over faciliteiten in de wijk. Bestaande voorzieningen in de wijk voor de kinderen zoals trapveldjes, worden als onveilig beschouwd, of de kinderen kunnen hier geen gebruik van maken omdat ze door oudere kinderen worden weggestuurd. Dat omgevingsfactoren een negatieve invloed hebben op gezond gedrag werd ook genoemd in een eerder onderzoek onder wijkbewoners. In dat onderzoek werd verder genoemd: ongezonde producten in de schoolkantine en de aanwezigheid van veel snackbars in de wijk en de wijk als te gevaarlijk voor de kinderen om buiten te spelen of fietsen (9).

Verandering van leefstijl is een complexe zaak en is van heel veel zaken afhankelijk. De motivatie om de leefstijl aan te passen lijkt bij de Turkse doelgroep wel aanwezig, maar er zijn tal van barrières die een dergelijke aanpassing belemmeren. In de toekomst zal samen met de doelgroep verder moeten worden onderzocht hoe de barrières die men ervaart, kunnen worden weggenomen. Hulp van gemeente en hulpverleners is hierbij gewenst en nodig, maar het is onze overtuiging dat dit pas effectief zal zijn bij voldoende participatie van de leden van de doelgroep zelf.

Met dank aan de medewerkers van De Rubensboek, STIOM, Zebra, en in het bijzonder Rosbnie Kolste en Ruciye Guc zonder wie het starten van dit project niet gelukt was.

Referenties:

1. Dijkers F, Nijland A, in 't Veld K. Praktijkvoering in de huisartsgeneeskunde. Reed Business, Amsterdam 2011. <http://www.elseviergezondheidszorg.nl/1415225/Inhouds-opgave-Praktijkvoering-in-de-huisartsgeneeskunde.pdf>.
2. Fokkens AS, Wieggersma PA, Beltman FW, Reijneveld SA. Structured primary care for type 2 diabetes has positive effects on clinical outcomes. *J Eval Clin Pract.* 2011 Dec;17(6):1083-8.
3. Sawicki PT, Mühlhauser I, Didjurgeit U, Berger M. Improvement of hypertension care by a structured treatment and teaching programme. *J Hum Hypertens.* 1993 Dec;7(6):571-3.
4. Den Haag in cijfers. <http://denhaag.buurtmonitor.nl>.
5. Chronische ziekten en multimorbiditeit. Omvang van het probleem. Zijn er verschillen naar sociaal-economische status? Nationaal Kompas Volksgezondheid 2009.
6. Knoops K, Brakel M van den. Rijke mensen leven lang en gezond, In-komensgerelateerde verschillen in de gezonde levensverwachting. *Tsg* 2010;88(1):17-24.
7. Veldhuis-Vlug AG, Wijsman R, Otoide M, Uitewaal PJM, Geelhoed-Duijvestijn PHLM. Effectiveness of a diabetes education and counseling program by bicultural educators for ethnic minorities in a multidisciplinary setting.
8. El Fakiri F, Hoes AW, Uitewaal PJM, Frenken RA, Bruijnzeels MA. Process evaluation of an intensified preventive intervention to reduce cardiovascular risk in general practices in deprived neighbourhoods. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2008 Dec;7(4):296-302.
9. Jansen YJFM, Uitewaal PJM, Wijsman-Grootendorst A, Geelhoed-Duijvestijn PHLM. Sociale en culturele problemen bij het opvolgen van leeftijdsadviezen door allochtone diabetici. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2011;155:A3117.
10. Kloek G, Schaap L, Berns M, Kraetze, Meer van der I. Community analyse Oranjeplein e.o.: resultaten van onderzoek in het kader van de Haagse Aanpak Gezond Gewicht. *Epidemiologisch bull.* 2011;4:13-20.

Gezond aan de slag!

De Haagse nota volksgezondheid 2012-2014

Hugo Verpoorten

De nieuwe nota volksgezondheid 'Gezond aan de slag!' bevat de speerpunten van het volksgezondheidsbeleid van Den Haag voor de periode 2012-2014, naast de wettelijk verplichte gezondheidstaken van de gemeente. De nota staat in z'n geheel op www.denhaag.nl. Onderstaand artikel vat de belangrijkste punten samen, waar het de komende jaren om zal draaien in de Haagse volksgezondheid.

Inleiding

Op 16 februari 2012 is de nota 'Gezond aan de slag!' door de Haagse gemeenteraad vastgesteld. Deze nota bevat het beleidskader ten aanzien van het gemeentelijke volksgezondheidsbeleid voor de periode 2012-2014. Het gaat hier in het bijzonder om vijf speerpunten. Naast deze speerpunten staat in de nota vermeld hoe de gemeente de wettelijke taken op basis van de Wet publieke gezondheid (Wpg) uitvoert. De nota is de vierde Haagse nota volksgezondheid op rij, de opvolger van de nota 'Natuurlijk: Gezond! 2007-2011'. Het totale budget voor deze driejarige nota bedraagt ruim €7,4 miljoen. Daarmee is het beschikbare budget voor deze nota vergelijkbaar met het budget uit de vorige notaperiode.

De speerpunten bestrijken niet het gehele volksgezondheidsbeleid. Andere prioriteiten zijn: de aanpak van huiselijk geweld, het wmo- en jeugdbeleid, de opvang en openbare (geestelijke) gezondheidszorg ten behoeve van sociaal kwetsbaren in onze stad. De nota's 'Aanpak huiselijk geweld 2011-2014', 'het Meerjarenplan Wmo 2011-2014 Zorg voor elkaar', het 'Programma Jeugd en gezin 2011-2014' en 'Den Haag Onder Dak II 2011-2014' beschrijven het beleid ten aanzien van deze prioriteiten.

Verplichtingen Wpg

Het opstellen van een lokale nota volksgezondheid is een verplichting op basis van de Wpg. De lokale nota volksgezondheid dient een beschrijving te geven van het voorgenomen gezondheidsbeleid, onder meer gebaseerd op een epidemiologische analyse van de lokale volksgezondheidssituatie. In Den Haag gebeurt dat door de Gezondheidsmonitor, die door de afdeling Epidemiologie van de GGD wordt opgesteld.

In de nota moet ook beschreven worden hoe de gemeente de aan haar toegewezen taken¹ ten uitvoering brengt. Ten aanzien van het voorgenomen beleid dient de gemeente in de nota aan te geven welke doelstellingen zij formuleert, welke acties ondernomen zullen worden om deze doelstellingen te bereiken en welke resultaten de gemeente hiermee wenst te bereiken.

Ook de landelijke prioriteiten, zoals geformuleerd door de minister van VWS in de landelijke preventie-nota, moeten in de gemeentelijke nota terugkomen. Deze prioriteiten uit de landelijke nota 'Gezond dichtbij' van mei 2011 (3) betreffen: overgewicht, depressie, diabetes, schadelijk alcoholgebruik en roken. Daarnaast heeft de minister voor de doelgroep jeugd riskant & problematisch middelengebruik en seksuele gezondheid als aparte prioriteiten geformuleerd. Van de landelijke prioriteiten kan worden afgeweken indien de lokale situatie dit rechtvaardigt. Dit is in Den Haag niet het geval: daarom zijn de landelijke speerpunten ook opgenomen in de nota 'Gezond aan de slag!'

Het is de bedoeling dat maximaal twee jaar na publicatie van de landelijke preventie-nota de lokale nota door de gemeenteraad wordt vastgesteld. Om de nota volksgezondheid voortaan samen te laten lopen met de collegecyclus is gekozen voor een driejarige nota in plaats van een vierjarige. Daarmee wordt tevens voorkomen dat er voor een aantal thema's geen budget beschikbaar is in 2015, omdat de financiering vooralsnog loopt tot en met 2014².

Den Haag: langer gezond

Het uiteindelijke doel van de Haagse nota 'Gezond

Over de auteur:

Drs H. Verpoorten is werkzaam als beleidsmedewerker bij de dienst OCW van de gemeente Den Haag. E-mail: hugo.verpoorten@denhaag.nl.

¹ Het gaat hier bijvoorbeeld om bevorderingstaken (medisch-milieukundige en technische hygiënezorg) en uitvoeringstaken (infectieziektenbestrijding, jeugd- en ouderengezondheidszorg). Deze taken stonden ook in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, muv. de taak ouderengezondheidszorg. Deze taak is nieuw en nav. het amendement Kant (kamerstuk 31316 nr. 10) als artikel 5a in de Wpg opgenomen.

² Het betreft hier de 'Gezond in de stad' middelen, het budget voor 'Sportief Gezond' het Haags Actieplan Sport en Bewegen (het Haagse plan in het kader van het Nationale Actieplan Sport en Bewegen) en de middelen van het meerjarenprogramma Samen gezond.

aan de slag!¹ is Hagenaars langer gezonder laten leven, waarbij extra aandacht gaat naar bewoners met een lage sociaal-economische status (SES). Zij wonen veelal in de wijken met achterstand, leven korter in vergelijking met bewoners met een hoge SES en dat kortere leven brengen zij ook nog voor een groter deel door in slechtere gezondheid³ (4). De verschillen in gezondheid tussen bewoners met een lagere en een hoge(re) SES worden aangeduid als gezondheidsachterstanden of sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV). De aanpak van SEGV is vanaf 1999 een constante in het Haagse volksgezondheidsbeleid en zal de komende jaren worden voortgezet.

Ambities, doelstellingen en activiteiten

De gemeente Den Haag geeft de komende jaren aandacht aan de volgende vijf speerpunten (de relatie met de landelijke speerpunten staat tussen haakjes vermeld) :

- a. gezonde voeding en bewegen (landelijke speerpunten overgewicht en diabetes)
- b. psychische gezondheid (landelijk speerpunt depressie)
- c. gezondheid en genotmiddelen (landelijk speerpunt schadelijk alcoholgebruik en roken, landelijk speerpunt jeugd riskant & problematisch middelengebruik)
- d. gezonde seksualiteit (landelijk speerpunt jeugd seksuele gezondheid)
- e. gezonde leefomgeving (speerpunten in het landelijke milieubeleid)

Hiermee richt Den Haag zich op omvangrijke gezondheidsproblemen binnen de Haagse bevolking en in het oog springende gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen, zoals blijkt uit de Gezondheidsmonitor 2010 en de G4 Gezondheidsenquête (1) (2). Om meer bewoners met de gemeentelijke activiteiten te bereiken, ligt in de nieuwe nota de nadruk op het doorgaan met activiteiten die succesvol zijn gebleken.

De ambities, doelstellingen en activiteiten worden per speerpunt kort toegelicht.

- *Gezonde voeding en bewegen*

Binnen het thema Gezonde voeding en bewegen staat de aanpak van overgewicht onder de Haagse jeugd centraal. Een vijfde van de Haagse jongeren (0-19

jaar) heeft (ernstig) overgewicht, in de wijken met achterstand ligt dit cijfer hoger. Zo heeft 26% van jongeren in de Schilderswijk overgewicht en ligt dit percentage in Transvaal zelfs op 30% (6).

Overgewicht kan negatieve gevolgen hebben voor de gezondheid, zowel op korte als op lange(re) termijn. Jongeren met overgewicht worden vaak te zware volwassenen. Daarom is vooral deze leeftijdsgroep het onderwerp van de activiteiten (7) .

De Haagse Aanpak Gezond Gewicht (HAGG), het programma waarmee overgewicht onder jongeren wordt aangepakt, wordt gecontinueerd. De GGD afdeling Gezondheidsbevordering voert het programma samen met verschillende partijen in de stad uit. Deze succesvolle aanpak werd in 2006 gestart als Actieprogramma Gezond Gewicht, waarna in 2010 het Actieprogramma Gezond Gewicht II (2010-2014) volgde. Hierin worden de onderdelen preventie, vroegsignalering en passende begeleiding (voortgekomen uit Gezond Gewicht I) voortgezet. Naast deze stadsbrede inzet is er in het kader van HAGG een wijkgerichte aanpak gestart. Dit is de Haagse vertaling van JOGG⁴ (zie voor een community analyse van de wijkgerichte aanpak rondom het Oranjeplein het Epidemiologisch Bulletin van eind 2011 (8)). Preventie vindt plaats in de wijk en op scholen, waar lesprogramma's worden uitgevoerd met aandacht voor goede voeding en voldoende beweging. Het RIVM karakteriseert dergelijke lesprogramma's als maatregelen met de meeste bewijslast voor effectiviteit, om inactiviteit en overgewicht aan te pakken (9).

In het kader van de vroegsignalering is er het project 'De gewichtige vakleerkracht', waarbij jongeren worden gemeten en gewogen door de vakleerkrachten lichamelijke opvoeding. Jaarlijks vinden er 10.000 metingen plaats. Jongeren met een ongezond gewicht worden doorverwezen naar de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor passende begeleiding. Dit kan variëren van een advies over voeding tot het doorverwijzen naar het Juliana Kinderziekenhuis voor medische behandeling. Naast de aanpak van overgewicht levert HAGG een waardevolle bijdrage aan het voorkomen van diabetes (10).

Hoewel het accent bij dit speerpunt op jongeren ligt, worden er ook activiteiten voor volwassenen uitgevoerd. Met het leefstijlprogramma 'Beweeg mee!'

³ Het verschil in levensverwachting tussen degenen met een HBO- of universitaire opleiding enerzijds en degenen met alleen basis-onderwijs anderzijds bedraagt bij mannen 7,3 jaar en bij vrouwen 6,3 jaar. De verschillen in 'levensverwachting in als goed ervaren gezondheid' bedragen 19,4 jaar bij mannen en 19,6 jaar bij vrouwen. Bron: CBS, Statline, Gezonde levensverwachting naar opleidingsniveau 1997/2000 t/m 2007/2010.

⁴ JOGG is de Nederlandse vertaling van EPODE, een succesvolle Franse aanpak van overgewicht. EPODE staat voor Ensemble, Prévenons l'Obésité Des Enfants - Laten we samen obesitas bij kinderen voorkomen. Op lokaal niveau gaat dit initiatief de strijd aan met overgewicht onder jongeren waarbij de hele sociale omgeving betrokken wordt. De gemeente verbindt zich aan een langjarige integrale aanpak, waarbij zij de eindverantwoordelijkheid voor de aansturing en uitvoering op zich neemt. Hierbij is de samenwerking tussen publieke en private partners van essentieel belang.

dat de gemeente samen met de zorgverzekeraars heeft ontwikkeld, worden volwassenen met overgewicht begeleid naar een gezonde leefstijl. Behalve dat zij zelf gaan bewegen krijgen zij advies over voeding en bewegen. Het is de bedoeling dat de deelnemers na afloop van het traject blijven bewegen en gebruik gaan maken van beweeg- en sportvoorzieningen in de wijk.

- *Psychische gezondheid*

Twee onderdelen vormen samen het speerpunt psychische gezondheid: het voorkomen en terugdringen van psychische en depressieve klachten, en vroegsignalering, hulpverlening en nazorg bij parasuïcide of zelfbeschadiging onder jongeren.

Van de Hagenaars in de wijken zonder achterstand heeft 7% een sterk verhoogd risico op angst of depressie, voor wijken met achterstand ligt dit cijfer op 15% (1). Bij het voorkomen en terugdringen van psychische en depressieve klachten ligt de focus op groepen die kwetsbaarder zijn om depressieve klachten te ontwikkelen, zoals: kinderen in ongunstige opvoedingssituaties (huiselijk geweld, problematische echtscheidingsituaties, ouders met een psychische ziekte of verslaving), VMBO leerlingen, familie en direct betrokkenen van mensen met psychische problemen en dementie, migranten, werklozen en ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen.

In het kader van dit speerpunt worden trainingen georganiseerd (voor docenten in het basis- en voortgezet onderwijs, medewerkers van het CJG, personeel van verpleeg-, en verzorgingstehuizen), voorlichtingen gegeven (bijvoorbeeld 'Piep zei de muis', een wijkgerichte voorlichting en training voor ouders en kinderen met veel spanning en stress in de thuissituatie) en beweegprogramma's uitgevoerd (o.a. voor Hagenaars van niet-westerse herkomst). De Jutters en Context voeren de bovenstaande activiteiten uit.

Het onderdeel parasuïcides bij jongeren wordt ingevuld door SuNa⁵ (Suicide Nazorg). Alle jongeren tussen de 12 en 25 jaar die op een Eerste Hulp post van een Haags ziekenhuis behandeld zijn vanwege een suïcidepoging of ernstige zelfbeschadiging komen in aanmerking voor SuNa. Zij worden gemeld bij een speciaal opgeleide professional die hen begeleidt naar passende hulpverlening. Uit recente cijfers blijkt dat parasuïcides relatief vaker voorkomen bij Turkse en Surinaamse meisjes en jonge vrouwen in vergelijking met hun autochtone leeftijdsgenoten (11).

De volgende partijen zijn bij SuNa betrokken: GGD afdeling Gezondheidsbevordering, de Haagse ziekenhuizen, De Jutters, Parnassia Bavo groep, PsyQ, Bureau Jeugdzorg en de ambulancediensten in Haaglanden.

- *Gezondheid en genotmiddelen*

Haagse jongeren beginnen op jonge leeftijd met het drinken van alcohol. Van alle middelbare scholieren heeft 45% recent alcohol gedronken (1). Ruim een tiende van de Haagse volwassenen drinkt overmatig alcohol, vooral in de leeftijd tussen de 55 en 64 jaar. Zij geven steeds vaker aan hulp te willen bij het stoppen met of minderen van hun alcoholgebruik. Ouderen verdragen alcohol slechter, maar het is niet altijd eenvoudig en vanzelfsprekend om te minderen of te stoppen op hun leeftijd. Eén op de zes middelbare scholieren rookt. Ruim een kwart van de Hagenaars ouder dan zestien jaar rookt. Er zijn meer mannen dan vrouwen die roken. Roken komt vaker voor bij Hagenaars met een lager opleidingsniveau en bij mannen van Turkse afkomst. Cannabisgebruik zien we bij vijf procent van de Hagenaars van zestien jaar en ouder.

Activiteiten in het kader van gezondheid en genotmiddelen zijn gericht op het verantwoord of niet-gebruik van genotmiddelen waarbij gekeken wordt naar alcohol, tabak en cannabis. Voor jongeren betekent dat niet beginnen met roken, het gebruik van alcohol zo lang mogelijk uitstellen en wanneer zij alcohol gebruiken verantwoorde keuzes maken. Jongeren die een verhoogd risico hebben op problematisch genotmiddelengebruik worden vroegtijdig opgespoord en toegeleid naar begeleiding of hulpverlening. Hagenaars die extra ondersteuning nodig hebben bij het stoppen met roken, worden geholpen met voorlichtingen en trainingen. Bij ouderen is de inzet gericht op het voorkomen dat zij alcoholproblemen ontwikkelen en dat zij weten dat de combinatie van alcoholgebruik met medicijnen risico's met zich meebrengt. Activiteiten in het kader van dit speerpunt worden uitgevoerd door Context.

- *Gezonde seksualiteit*

Veilig vrijen is niet voor alle Haagse jongeren een vanzelfsprekendheid. In 2008 sloot bijna een kwart van alle jongeren niet uit ooit onveilig te (gaan) vrijen, terwijl 6% aangaf wel eens onveilige seks te hebben (1). Binnen dit speerpunt gaat het allereerst om het vergroten van de seksuele weerbaarheid van jongeren. Dit gebeurt door onder andere aandacht te besteden

⁵ Den Haag kent sinds 2005 deze als succesvol ervaren werkwijze gericht op de vroegsignalering, hulpverlening en nazorg bij parasuïcide/zelfbeschadiging onder jongeren.

aan gezonde seksualiteit, waarbij ook aandacht is voor de relationele aspecten. De GGD (het Regionale soacentrum en de afdeling Gezondheidsbevordering) voert dit speerpunt uit.

Bestaande activiteiten om jongeren te bereiken worden verder versterkt en verbreed. Er wordt een multimediale campagne voor en door jongeren opgezet en jongerenambassadeurs worden ingezet om het onderwerp gezonde seksualiteit te bespreken op scholen (bijvoorbeeld door middel van theatervoorstellingen) en tijdens evenementen.

Daarnaast worden met name jongere mannen gemotiveerd tot een veiliger seksueel gedrag en gestimuleerd zich vaker te laten testen op soa's. Onder deze groep vindt relatief veel onveilige seks plaats en zij laten zich minder testen. Uit gegevens over de bezoekers van de speciale jongerensprekuren voor seksuele gezondheid blijkt dat minder dan 15% man is (12). In het kader van dit onderdeel worden alle jonge mannen tussen 20 en 25 jaar benaderd voor een persoonlijk consult bij het regionale soa-centrum en wordt het testen nog laagdrempeliger gemaakt door het starten van het 'testlab': een nieuw programma waarbij men online en anoniem een soa-test kan vragen en zelf kan bepalen waar men bloed wil laten afnemen.

Het laatste onderdeel van dit speerpunt betreft het doorbreken van het taboe op seksualiteit bij vrouwen uit landen waar veel hiv voorkomt (met name Afrikaanse landen) (13). Dit gebeurt door middel van de voorlichtingsmethodiek Uma Tori⁶ (14). Tijdens deze kleinschalige voorlichtingen vertellen vrouwen hun eigen verhaal en luisteren ze naar verhalen van anderen, waardoor zij zich bewust worden van hun eigen seksuele gedrag. Uit onderzoek blijkt dat deze methodiek positieve resultaten heeft in termen van kennis, risicoperceptie en seksuele assertiviteit. De deelnemers hadden na afloop sterker het voornemen om veilig te vrijen en gaven aan dit onderwerp vaker met hun partner te bespreken (15-16).

- *Gezonde leefomgeving*

Bovenop de uitvoering van reguliere taken in het kader van de beïnvloeding van de leefomgeving en vanuit de doelstellingen van het meerjarenprogramma Samen gezond, wordt in de komende periode in het bijzonder werk gemaakt van twee onderdelen: risicobeheersing afvoerloze geisers en het beweegvriendelijk inrichten van de buitenruimte. Bij de risicobeheersing afvoerloze geisers gaat het om

de vermindering van koolmonoxidetrisico's in woningen met geisers in de krachtwijken. Het betreft hier woningen waarin nog geisers staan in plaats van gesloten verbrandingstoestellen. Bij het (verkeerd) gebruik van deze geisers is sprake van een verhoogd risico op uitstoot van koolmonoxide. Er zijn in Den Haag naar schatting nog 45.000 geisers aanwezig in woningen met name in de krachtwijken. In het kader van risicobeheersing koolmonoxidevergiftiging worden jaarlijks 200 intermediairs getraind via e-learning. In deze training leren zij hoe zij gevaarlijke situaties kunnen herkennen en welke actie zij moeten ondernemen in zo'n situatie. Bewoners worden geïnformeerd over de gevaren van geisers en andere open verbrandingstoestellen via de campagne Gezond Wonen die structureel wordt uitgevoerd. De afdeling Leefomgeving van de GGD voert deze activiteiten uit en is verantwoordelijk voor de ontwikkeling van een meldpunt koolmonoxide, dat mede in het kader van dit speerpunt zal worden gerealiseerd.

*'De inzet op de vijf speerpunten
levert een belangrijke bijdrage aan
het verminderen van sociaal-economische
gezondheidsachterstanden'*

Bij het beweegvriendelijker inrichten van de buitenruimte gaat het om de aanleg van beweegstimulerende schoolpleinen, de zogenoemde Zoneparcs, in de Haagse krachtwijken. Het eerste Zoneparc werd in oktober 2008 aangelegd bij basisschool De Springbok, het tweede Zoneparc werd eind 2011 gerealiseerd bij de Anne Frank school in het stadsdeel Escamp. Uit onderzoek blijkt dat kinderen na aanleg van een Zoneparc met meer plezier spelen, dat de meisjes meer te doen hebben dan voorheen en dat jongens en meisjes vaker samen spelen (17). Het beweegvriendelijk maken van het schoolplein is één van de maatregelen op lokaal niveau die het RIVM kansrijk acht als aanpak van overgewicht (18).

Tot slot

Met het opstellen van de nota Gezond aan de slag! geeft de gemeente Den Haag invulling aan de verplichting van de Wpg om een lokale nota volksgezondheid op te stellen. De inzet op de vijf speerpunten levert een belangrijke bijdrage aan het verminderen van sociaal-economische gezondheidsachterstanden. Wat dat betreft is het ook logisch om de activiteiten in het kader van de Haagse (kracht)

⁶ Uma Tori! Kòmbersashon di hende muhé' betekent in het Sranan en Papiamentu letterlijk vrouwenverhalen en conversatie tussen vrouwen.

wijkeraanpak in deze nota op te nemen (5). Dit programma geeft een extra impuls aan de integrale aanpak van de vermindering van de gezondheidsachterstanden in de vier achterstandswijken (Den Haag Zuid West, Schilderswijk, Transvaal, Stationsbuurt) die als krachtwijken zijn aangewezen. Met het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) als centraal thema bij de vijf speerpunten zet de gemeente in op de meest kwetsbare Haagse burgers. Daarmee wordt het volksgezondheidsbeleid van de afgelopen jaren ook in de komende periode voortgezet.

Referenties:

1. Gezondheidsmonitor 2010 Gemeente Den Haag, dienst OCW/afdeling Epidemiologie, januari 2010.
2. Veelen J. van e.a. G4 Op gezondheid uitgemeten. Over gezondheid en gezondheidsverschillen in de vier grote steden, Den Haag, november 2009.
3. Kiezen voor gezond leven 2007-2010. Ministerie van VWS, Den Haag, december 2006. Gezondheid dichtbij. Landelijke nota gezondheidsbeleid. Ministerie van VWS, Den Haag, mei 2011
4. Kunst A. Een overzicht van sociaaleconomische verschillen in gezondheid in Europa in: L. Bonneux (redacteur). De gezonde levensloop. Een geschenk van vele generaties. Amsterdam University Press pag. 40-56.
5. Samen Gezond. Meerjarenprogramma. Gezondheid en Sport in de Haagse krachtwijken 2010-2018. Eerste fase: 2010-2014. Gemeente Den Haag, dienst OCW.
6. Gezondheid in de krachtwijken. Gezonde wijkenanalyse Haagse krachtwijken, Gemeente Den Haag dienst OCW, november 2010.
7. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen (ISBN 978-90-8523-184-4), Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht 2008: pag. 30.
8. Kloek G e.a. Community analyse Oranjeplein e.a. resultaten van onderzoek in het kader van de Haags Aanpak Gezond Gewicht, in: Epidemiologisch Bulletin, jaargang 46, nr 4: pag. 13-20.
9. Storm I. e.a. Een gezonde omgeving ter preventie van gewichtsstijging: nationale en lokale mogelijkheden RIVM Bilthoven rapport 270061001/2006: pagina 25.
10. Baan CA e.a. Diabetes tot 2025. Preventie en zorg in samenhang. RIVM Bilthoven rapport 260322004/2009.
11. Burger I e.a. Vóórkomen van parasuïcides in Den Haag. Op basis van instellingsregistratie in de jaren 2008-2009, Epidemiologisch bulletin, 2010, jaargang 45, nummer 4: pag. 1-11.
12. Regionaal soa-centrum, GGD Den Haag, cijfers 2010-2011.
13. Schaik ACM e.a. Hiv-preventie onder sub-Sahara Afrikaanse vrouwen, Epidemiologisch bulletin, 2010, jaargang 45, nummer 2: pag. 8-15.
14. Bertens M e.a. Vrouwenverhalen als preventiemethode. Soa/hiv-preventie voor Afro-Surinaamse en Antilliaanse vrouwen, Soaids magazine-online, 2006, jaargang 3, nummer 2.
15. Bertens M e.a. Uma Tori! Evaluation of STI/HIV -prevention intervention for Afro-Caribbean in the Netherlands in: Patient Education and Counseling. An International Journal for Communication in Healthcare, volume 75/1, april 2009: pag. 77-83.
16. Eiling EM e.a. Succesfactoren voor soa/hiv preventie voor vrouwen van Afro-Surinaamse en Antilliaanse afkomst/ Lessen van Uma Tori! in: TSG, jaargang 89/3: pag. 173-179.
17. Onderzoeksbureau Markus & Van de Velde, Eerste Zoneparcs voldoen ruimschoots aan de verwachting, verslag van een effectmeting op St. Henricus en Goeman Borgesius School in Amsterdam, mei 2008.
18. Storm I. e.a. Effecten van beleidsmaatregelen buiten het volksgezondheidsdomein op de gezondheid, RIVM Bilthoven rapport 270303001/2009: pagina 25.

Tijd voor een verpleegkundig zorgcentrum in de eerste lijn

(Reactie op artikel 'De organisatie van zorg en welzijn')

Peter Bakens

In het maartnummer van dit Bulletin schetste Ben van Gent de infrastructuur van de gezondheidszorg, zoals die in de loop van de jaren is gegroeid, met daarin verschillende organisaties van cure, care en preventie. Van Gent liet tevens zien waaraan de huidige infrastructuur zijns inziens mank gaat en formuleerde criteria voor een nieuwe opzet. De redactie vroeg lezers van het Bulletin om een reactie. Hieronder de reactie van Peter Bakens, docent Verpleegkunde aan de Haagse Hogeschool. Meer reacties zijn welkom.

Ben van Gent slaat de spijker op zijn kop: in de huidige care sector wordt vooral cure-gericht gewerkt. Dat is het effect van de nadruk op 'markt' en de overdreven aandacht voor efficiency. Hoe ruim was de taakinvulling toen ik als wijkverpleger voor het Groene Kruis begin jaren '80 een aantal Haagse wijken bediende. Zowel preventie als aspecten van kwaliteit van leven kwamen in mijn functieervulling ruim aan bod. Prettig om te constateren, dat na de kaalslag in de thuiszorg, er weer zoveel projecten zijn waarbij deze integrale taakinvulling van de wijkverpleegkundige in volle eer en glorie wordt hersteld.

Terecht wijst van Gent (stelling 2) op de noodzaak van een centrale 'eindverantwoordelijke', die de aloude, afbrokkelende poortwachtersfunctie van de huisarts kan overnemen. Hij besluit zijn analyse met de vraag hoe dit vraagstuk op te lossen. Daarbij noemt hij een achttal criteria. Laat mijn oplossing nu voor 99% aan deze criteria voldoen: het is tijd voor een verpleegkundig zorgcentrum in de eerste lijn. Het idee voor een door verpleegkundigen geleide kliniek komt uit de VS. Daar ontstonden in de jaren '80, '90 van de vorige eeuw zogeheten nurse led centers. Let op: de beroepsontwikkeling loopt in de VS voor op die in ons land. De academisering van verpleegkundigen is daar veel groter dan hier. Hier maken we een inhaalslag: op dit moment zijn er zo'n 1.000 verpleegkundig specialisten werkzaam, waarvan zo'n 200 in de chronische en 24 in de preventieve zorg. De capaciteit voor deze master opgeleide mensen wordt uitgebreid (slag om de arm in verband met de val van het kabinet!).

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg was in 2002 al erg enthousiast over de ontwikkeling van

taakherschikking (van artsen naar verpleegkundigen) in de gezondheidszorg. In 2007 concludeerde de IGZ in haar jaarlijkse Staat van de Gezondheid dat taakherschikking positief blijkt voor de kwaliteit van de zorg. In september 2011 opende de Raad voor de Zorg de weg voor een ware paradigmashift in onze gezondheidszorg: minder maar betere ziekenhuizen en een forse opschaling van gezondheidscentra. De seinen staan op groen. In verpleegkundige zorgcentra, kleinschalig van aard, kunnen o.m. chronische zieken voor zorg terecht. Niet alleen behandeling krijgt daarbij de aandacht, nee ook juist preventieve activiteiten worden vanuit het centrum ontwikkeld. Met veel aandacht voor zelfmanagement. Er zijn steeds meer aanwijzingen dat de zorg door goede verpleegkundigen geleverd even doelmatig is als die welke de dokter geeft. Ook patiënten zijn tevreden. Mooie samenwerkingsrelaties zijn denkbaar, onder meer ook met universiteiten of hogescholen. De laatste groep kan een centrum ook voorzien van een gestage stroom van stagiaires, niet gek in deze tijd van personeelstekorten!

Kortom, een verpleegkundig zorgcentrum is een uitstekend antwoord op de vraag hoe de zorg en welzijn te organiseren.

Over de auteur:

Peter Bakens is docent verpleegkunde aan de Haagse Hogeschool. E-mail: p.m.m.bakens@hhs.nl.

Vitamine D-suppletie bij Delftse zwangeren

Ferdinand Schreuder

Een vitamine D-tekort bij zwangere vrouwen kan leiden tot gezondheidsproblemen bij hun kinderen. Aanvulling van het tekort lijkt voor de hand te liggen. Het nut van suppletie is echter moeilijk vast te stellen, o.a. omdat sommige effecten ervan pas na jaren kunnen worden gemeten.

Huisartsen en verloskundigen in Delft besloten tot een proefproject om het vitamine D-tekort op te sporen en terug te dringen. Onderstaand artikel bevat de evaluatie van dit project: kan een eventueel vitamine D-tekort vroegtijdig worden opgespoord? Gebruiken de vrouwen de aangeboden suppletie? En stijgt dan ook hun vitamine D-concentratie?

Inleiding

Wereldwijd wordt vitamine D-tekort gezien als een veel voorkomend probleem bij zwangere vrouwen. Ook in de regio Den Haag is dit vastgesteld (1). Het bekendste en goed gedocumenteerde nadelig effect van vitamine D-tekort op het kind is de vrij zeldzame botziekte rachitis. Daarnaast is er een associatie tussen vitamine D-tekort en allerlei andere gezondheidsproblemen, waardoor er aanwijzingen zijn dat vitamine D-tekort in de zwangerschap een bedreiging is voor de gezondheid van het kind (2). Voorbeelden van deze gezondheidsbedreigingen staan in kader 1, met bronvermelding.

Het nuttig effect van suppletie van vitamine D bij zwangeren met een tekort is niet onomstreden, maar diverse onderzoeken wijzen in deze richting. Bewijsvoering door middel van gerandomiseerde klinische trials stuiten op enkele moeilijk te overwinnen problemen:

- Interventiestudies bij zwangeren kennen hoge medisch-ethische drempels.
- De beoogde effecten zijn gedeeltelijk pas na vele jaren meetbaar.
- Vitamine D 'intake' is moeilijk te reguleren omdat die door verschillende factoren wordt beïnvloed: voeding, vrij verkrijgbare preparaten en blootstelling aan zonlicht. Daarnaast is de therapietrouw juist bij het gebruik van preventief bedoelde (vitamine)preparaten een probleem. Interventiegroep en controlegroep zullen daardoor niet goed contrasteren.
- Sponsoring door de farmaceutische industrie van onderzoek is vrijwel uitgesloten, gezien de zeer

lage kosten (lees: zeer geringe winstmarges) van vitamine D-preparaten.

Gezien bovenstaande overwegingen hebben Delftse verloskundigen en het Fonds Achterstandswijken, op initiatief van ondergetekende -huisarts te Delft- en in onderling overleg, besloten deze bewijsvoering niet af te wachten of zelf te genereren, maar te proberen vitamine D-tekort bij zwangeren terug te dringen door vroegtijdige opsporing en interventie bij de zwangeren die in zorg zijn bij de verloskundigen. Door evaluatie van dit vitamine D-project komt informatie vrij die van belang is voor een breder beleid ter verbetering van de vitamine D-status van zwangeren. Tijdens het evaluatieonderzoek stonden onderstaande vragen centraal:

1. Wordt een eventueel vitamine D-tekort (tijdig) opgespoord bij zwangere vrouwen?
2. Wordt aan zwangeren met een gevonden tekort voorlichting en suppletie aangeboden?
3. Passen de zwangeren de opgedane kennis toe en gebruiken zij de hun aangeboden suppletie?
4. Wordt er daadwerkelijk een hogere vitamine D-concentratie bereikt?

Het vitamine D-project

De verloskundigenzorg in Delft wordt geleverd vanuit één ziekenhuis (Reinier de Graaf Gasthuis) en drie verloskundigenpraktijken met ieder 3 à 4 verloskundigen. Tussen deze praktijken zijn aanzienlijke verschillen in aantallen bevallingen en in de sociaal-economische status (SES) en etniciteit van de zwangere vrouwen die worden begeleid. In de verloskundige praktijken werden bij alle

Kader 1. Associaties vitamine D-tekort met ongunstige zwangerschapsuitkomsten

Voor een overzicht: Hyppönen 2011. Voorbeelden: *Preeclampsie* vaker bij vrouwen met vitamine D-tekort^{1 2}

Kans op *sectio cesarea* 4x zo groot bij vitamine D < 37,5 nmol/l³

Kans op *RS infectie* in het eerste levensjaar 6x zo groot bij navelstreng vitamine D < 50 nmol/l⁴

Kans om binnen 30 jaar *Diabetes type I* te krijgen duidelijk kleiner bij kinderen van moeders die vitamine D-suppletie gebruikten^{5 6}

Botmassa van 9 jaar oude kinderen positief gecorreleerd met vitamine D-concentratie van hun moeders laat in de zwangerschap⁷

Ernstig vitamine D-tekort bij moeder vergroot de kans op *neonatale stuipen* bij kind⁸

1. Bodnar LM, Catov JM, Simhan HN, Holick MF, Powers RW, JMR. Maternal vitamin D deficiency increases the risk of preeclampsia. *J Clin Endocrinol Metab.* 2007;92(9):3517-22.
2. Haugen MBA, Trogstad L, Alexander J, Roth C, Magnus P, Meltzer HM. Vitamin D supplementation and reduced risk of preeclampsia in nulliparous women. *Epidemiology.* 2009;20(5):720-6.
3. Merewood A, Mehta S.D, Chen TC, Bauchner HM FH. Association between vitamin D deficiency and primary cesarean section. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009;94(3):940-5.
4. Belderbos ME HM, Wilbrink B, Lentjes E, Bloemen EM, Kimpfen JL, Rovers M, Bont L. Cord blood vitamin d deficiency is associated with respiratory syncytial virus bronchiolitis. *Pediatrics.* 2011;127(6):e1513-20.
5. Hyppönen E, Läärä E, Reunanen A, Järvelin MR, SMV. Intake of vitamin D and risk of type 1 diabetes: a birth-cohort study. *Lancet.* 2001;358(9292):1500-3.
6. Zipitis CS, AK A. Vitamin D Supplementation in Early Childhood and Risk of Type 1 Diabetes: a Systematic Review and Meta-analysis. *Arch Dis Child.* Published Online First: 13 March 2008. doi:10.1136/adc.2007.128579 2008.
7. Javaid MK, Crozier SR, Harvey NC, Gale C.R, Dennison EM, al e. Maternal vitamin D status during pregnancy and childhood bone mass at age 9 years: a longitudinal study. *The Lancet* 2006;367(9504):36-43.
8. Dijkstra SH AG, Huijsman WA, Boot AM, van den Akker EL. [Seizures in foreign newborns due to maternal vitamin-D deficiency]. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2005;149(5):257-60.

zwangeren in het kader van de standaard twaalfde-weekscreening ook de serum 25-hydroxyvitamine D-concentratie (25(OH)D) bepaald. Een serum 25(OH)D-concentratie onder de 50 nmol/l werd beschouwd als een vitamine D-tekort (zie kader 2). Bij een gevonden tekort kregen de vrouwen voorlichting over vitamine D en werd suppletie aangeboden door middel van een voorschrift voor om de dag een capsule à 2800 Internationale Eenheden (IE) vitamine D. De bedoeling was de suppletie tot aan de bevalling te slikken en in geval van borstvoeding ook gedurende die periode de suppletie voort te zetten, via receptuur van de huisarts.

Voor de uitvoering van het project werden nieuwe labaanvraagformulieren ontwikkeld, voorlichtingsbrieven in meerdere talen ter beschikking gesteld en receptblokken met voorgedrukte standaardrecepten gedrukt. De projectleider legde meerdere praktijkbezoeken af om belemmeringen voor deze nieuwe werkwijze weg te nemen. Daarnaast werden de Delftse huisartsen enkele malen door middel van een mailing en een berichtje in de nieuwsbrief van de Eerstelijns Ondersteuningsorganisatie (ELO) op de hoogte gehouden van inhoud en voortgang van het project. Op de website www.vitaminedelft.org was in meerdere talen informatie beschikbaar voor hulpverleners en zwangeren.

Het onderzoek

Alle zwangere vrouwen in de verloskundigenpraktijken werd toestemming gevraagd om de routinematig verzamelde informatie over hun bevalling, bloedonderzoek en medicijngebruik bij verloskundigen, ziekenhuis, apotheken en laboratorium in te zien. Daarbij werd toestemming gevraagd om de groeigegevens van hun kinderen gedurende het eerste jaar bij het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) in te zien, evenals de antwoorden op enkele vragen bij intake van de verloskundige en bij de éénjaarscontrole van het CJG.

Metingen

Alle metingen betreffen één jaar: van 1-6-2008 tot 1-6-2009. Uit de registratie van de verloskundigen werden naam, adres, geboortedatum, lengte, gewicht, datum intake en voorschrift vitamine D-recept gehaald van zwangeren die hiervoor toestemming gaven. Aan de hand van een vragenlijst werd de scholingsgraad en etniciteit van de vrouwen vastgesteld.

Bij de apotheken werd van alle zwangeren met een vitamine D-tekort de datum en hoeveelheid van

Kader 2: Grenswaarde voor vitamine D-tekort

Zowel in Nederland als internationaal is er geen consensus over wanneer iemand een vitamine D-tekort heeft. De Gezondheidsraad hanteert een grenswaarde in serum 25-hydroxyvitamine D-concentratie (25(OH)D) van 50 nmol/l voor vrouwen van 50 jaar en ouder en voor mannen van 70 jaar en ouder, en van 30 nmol/l voor jongere mannen en vrouwen (3). De afgelopen 10 jaar is de trend voor deze grenswaarden opwaarts: de grens tussen normaal en tekort stond op 25 nmol/L, maar inmiddels hanteren verschillende artsen en laboratoria 50 nmol/l. Er zijn wetenschappers die vinden dat deze grens naar de 75 nmol/l moet worden opgetrokken (7), enkelen bepleiten 100 nmol/l.

In dit project is, om niet te zeer 'voor de troepen uit te lopen', een grenswaarde van 50 nmol/l gehanteerd, waarbij geen rekening is gehouden met het seizoen.

opgehaalde vitamine D-recepten overgenomen. Van het ziekenhuislaboratorium, waar alle zwangeren in Delft hun 12deweeksscreening laten verrichten, kon per hulpverlener worden achterhaald bij hoeveel vrouwen bloed was onderzocht, bij hoeveel daarvan ook vitamine D was bepaald en wat de gevonden waarden waren. Van de zwangeren die toestemming hadden verleend konden deze waarden op naam en bepalingsdatum worden genoteerd. Omstreeks de tijd dat het kind 14 maanden was (consult bij het CJG) werd bij de moeder een vragenlijst afgenomen over haar therapietrouw. Bij een kleine groep zwangeren werd navelstrengbloed afgenomen in 2 episoden (zomer en winter) om de vitamine D-status van hun kind te bepalen.

Tabel 1.

Contrast wel/geen toestemming gevraagd wat betreft leeftijd en etniciteit¹; vergelijking vit D spiegels.

	Vit D <50nmol/l (%)	12-e wk screening april-okt; (%)	Etniciteit Kaukasisch ¹ (%)	<28jr (%)	28-32jr (%)	32-35jr (%)	>35jr (%)
Wel toestemming gevraagd N=526	53,7	47,1	74,0	26,7	38,5	21,3	13,5
Geen toestemming gevraagd N=336	33,0	56,2	79,5	15,8	30,1	34,0	20,0

¹ De etniciteit bij de vrouwen die geen toestemming hadden gegeven is geschat door drie eerstelijnsverlener op grond van de achternaam.

Resultaten

De populatie

Van de 943 zwangeren in Delft is er aan 526 toestemming gevraagd om de routinematig verzamelde informatie in te zien (van de overige 417 vrouwen waren slechts geboortedatum, analysedatum en vitamine D-concentratie bekend). Van de 526 vrouwen hebben er 512 toestemming gegeven; zij worden bedoeld als er over 'de onderzoeksgroep' wordt gesproken. De zwangeren aan wie toestemming is gevraagd (en dus ook de onderzoeksgroep) zijn jonger, minder vaak in de zomer (april-oktober) gescreend en hebben vaker een vitamine D-tekort dan de vrouwen aan wie geen toestemming is gevraagd om hun gegevens in te mogen zien (tabel 1).

De groep vrouwen die bij de gynaecologen kwam en aan wie daardoor geen toestemming is gevraagd (N=118) en de groep vrouwen die geen toestemming gaven voor gebruik van hun gegevens (N= 14) waren relatief klein. Tussen de drie verloskundigenpraktijken, hieronder A, B en C genoemd, bestonden aanzienlijke verschillen in de mate waarin deelname aan het project is gevraagd en in het vóórkomen van risicofactoren voor vitamine D-gebrek (tabel 2). Zo is er vooral geworven in de praktijken A en B. De deelnemers uit praktijk A waren vaker van allochtone herkomst, vaker lager opgeleid en vaker woonachtig in achterstandswijken dan de deelnemers uit de praktijken B en C.

Onderzoeksvraag 1: wordt een eventueel vitamine D tekort (tijdig) opgespoord bij zwangere vrouwen?

In de onderzoeksperiode (juni 2008 tot juni 2009) werd bij 93,6% van de zwangeren die hun controles bij de verloskundigen begonnen, de vitamine D-concentratie bepaald.

Tabel 2.

Kenmerken van de onderzoeksgroep per verloskundigenpraktijk (A, B en C).

	Toestemming gegeven Aantal (%)	Toestemming geweigerd Aantal	Allochtoon Aantal (%)	Scholing <HAVO Aantal (%)	Wonend in Achterstandswijk Aantal (%)
A	253 (63,3%)	6	111 (43,8)	60 (23,7)	53 (20,9)
B	207 (70,9%)	7	30 (14,5)	19 (9,2)	10 (4,8)
C	52 (21,5%)	1	9 (17,9)	6 (11,5)	3 (5,8)
totaal	512 (55,5%)	14	150 (29,3)	85 (16,6)	66 (12,9)

De vitamine D-concentratie was bij de helft van de zwangeren (51,8%) onder de 50 nmol/l. In de wintermaanden (jan-april en okt-dec) was er wat vaker dan in de zomermaanden sprake van een tekort, maar ook in de zomer was de concentratie nog bij tenminste 41% onder de 50 nmol/l (zie figuur 1). De gemiddelde vitamine D-concentratie was 's zomers 62,7 nmol/l, 's winters 50,0 nmol/l. Een ernstig vitamine D-tekort (< 25 nmol/l) werd gevonden bij 17,7% van de zwangeren.

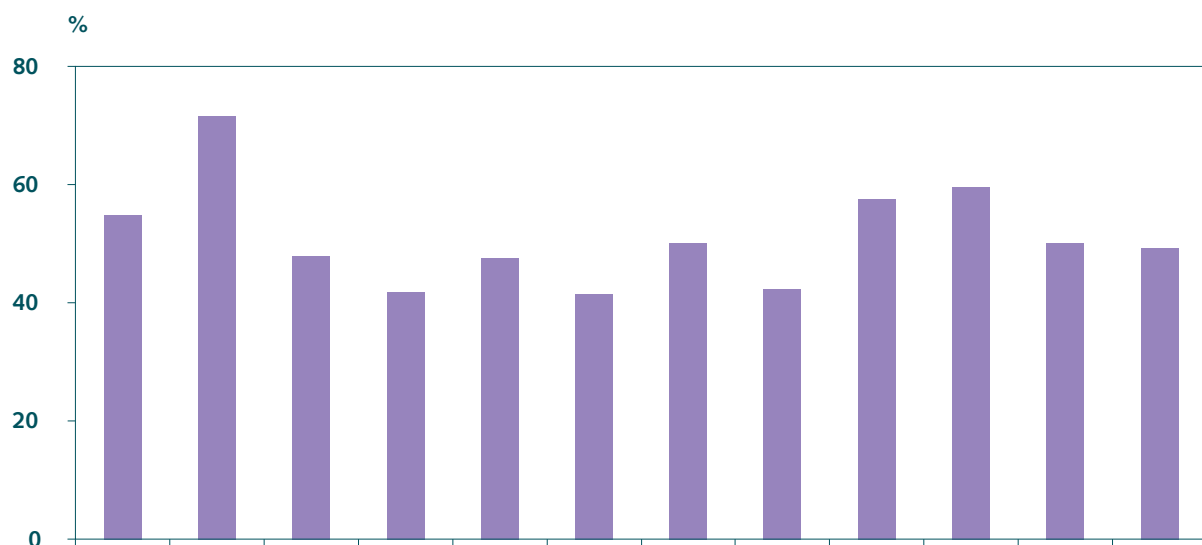
In de verloskundigenpraktijk A (met een groter percentage allochtonen) bleek bij een groter percentage een vitamine D-tekort (54,8%) dan in verloskundigenpraktijken B en C (B=44,7%, C=46,3%).

Onderzoeksvraag 2: wordt aan zwangeren met een gevonden tekort voorlichting en suppletie aangeboden?

Het meegeven van een recept voor vitamine D-suppletie wordt hier beschouwd als het aanbieden van suppletie. In één van de drie verloskundigenpraktijken (B) werd geregistreerd wanneer een recept werd meegegeven. Hieruit bleek dat aan meer dan negentig procent van de zwangeren met een vitamine D-tekort uit deze praktijk suppletie was aangeboden. Van alle drie de verloskundigenpraktijken kon worden nagegaan welk deel van de zwangere vrouwen die bij de verloskundige een vitamine D-tekort bleken te hebben, het recept voor suppletie bij een apotheek hadden ingeleverd. Hieruit bleek dat 69,7% van de zwangeren met een vitamine D-tekort hun eerste recept bij de apotheek had opgehaald (tabel 3). Hierin was weinig verschil tussen de verloskundigenpraktijken.

Figuur 1.

Percentage zwangeren met een vitamine D-tekort (25(OH)D < 50 nmol/l) per maand. N=504, Delft, juni 2008 - juni 2009.



Tabel 3.

Percentage zwangeren met vitamine D-tekort die tenminste één recept bij apotheek opbaalden per verloskundigenpraktijk (A, B en C).

	Recept opgehaald (%)
A	63,9
B	70,4
C	69,4
totaal	69,7

Onderzoeksvraag 3: passen de zwangeren de opgedane kennis toe en gebruiken zij de hun aangeboden suppletie?

Hierover hebben 84 moeders in de 14de maandcontroles bij het CJG vragen beantwoord. 76,2% van de moeders met vitamine D-tekort rapporteerde dat zij regelmatig vitamine D hadden gebruikt (tabel 4). In 63% van de gevallen betrof dit het preparaat dat de verloskundigen hadden voorgeschreven. Opvallend is, dat de moeders die geen vitamine D-tekort hadden, nog vaker (77%) aangaven vitamine D te hebben gebruikt (niet op recept en veelal een lagere dosis). De gerapporteerde duur van het gebruik varieerde van 1 tot 8 maanden, gemiddeld 5. Meer dan driekwart van de moeders gebruikte in de 14de maand na hun bevalling zelf geen vitamine D meer, maar bijna alle moeders gaven hun kind wel vitamine D (al dan niet in de vorm van 'opvolgmelk'). Er waren geen opvallende verschillen in deze antwoorden tussen de verschillende verloskundigenpraktijken.

Een minder gunstig patroon wordt zichtbaar als het gebruik van vitamine D beoordeeld wordt aan de hand van de registratie bij de apotheken. Als we een

start van de suppletie (van 2800 IE) vóór de 13de week en een duur van > 5 maanden suppletie als adequaat beschouwen, heeft slechts 15,4% van de zwangeren adequaat suppletie geslikt. Indien we de vrouwen die na de 12de week voor het eerst bij de verloskundige kwamen (en dus niet in de 12de week gescreeend zijn op vitamine D-tekort) buiten beschouwing laten, heeft 19,7% adequaat suppletie geslikt. Hierbij is wel een opvallend verschil tussen de verloskundigenpraktijken ten nadele van praktijk C: adequaat suppletie werd hier slechts zelden behaald.

'Een rol (bij het stoppen met de suppletie na de zwangerschap) heeft mogelijk gespeeld dat gedurende het project de eigen bijdrage van de geadviseerde capsules flink is gewijzigd'

De verschillen tussen de rapportage door de vrouwen zelf en de apotheekregistratie kunnen mogelijk verklaard worden door de behoefte van de vrouwen om sociaal wenselijke antwoorden te geven. Een andere mogelijke verklaring is, dat vrouwen kozen voor de goedkopere maar veel lager gedoseerde vrij verkrijgbare vitaminepreparaten (meestal 400 IE ipv in dit project voorgeschreven 2800 IE).

In 2009 hebben 2 verloskundigen in opleiding bij de Verloskunde Academie Rotterdam, in het kader van een afstudeerscriptie, 11 zwangeren geïnterviewd om hun opvattingen over vitamine D-suppletie in kaart te brengen (4). De belangrijkste bevindingen waren dat zowel het inname schema (om de dag een capsule) als de wisselende verkrijgbaarheid in de apotheek en de kosten van de capsules belemmerend werkten voor de therapietrouw. Daarnaast hadden de zwangeren

Tabel 4.

Adequate suppletie tijdens de zwangerschap zoals achteraf gerapporteerd en zoals bepaald bij apotheekregistratie, per verloskundigenpraktijk (A, B en C).

	Door moeder gerapporteerd als 'regelmatig gebruik'	Adequate suppletie volgens apotheekregistratie ¹	Adequate suppletie volgens apotheekregistratie ¹ , exclusief vrouwen met een te laat consult ²
	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal (%)
A	22 (81,8%)	36 (19,3%)	31 (22,4%)
B	36 (68,2%)	21 (13,9%)	15 (19,8%)
C	6 (66,7%)	2 (2,8%)	1 (8,3%)
totaal	64 (76,2%)	60 (15,4%)	47 (19,7%)

¹ Adequate suppletie volgens de apotheekregistratie is de start van de suppletie (van 2800IE) vóór de 14de week en een duur van > 5 maanden suppletie.

² Een te laat consult is een eerste consult bij de verloskundige ná de 12de week van de zwangerschap.

Tabel 5.

Gemiddelde vitamine D-concentratie en percentage vitamine D-tekort (serum 25(OH)D < 50 nmol/l) in het navelstrengbloed en de berekende stijging in vitamine D-concentratie¹, naar adequate suppletie² en seizoen³.

	Wel adequate suppletie volgens apotheekregistratie ² (nmol/l) N = 12	Geen adequate suppletie volgens apotheekregistratie ² (nmol/l) N = 50
Gemiddeld (min-max) in winter	121,5 (111-132) ⁴	79,2 (34-118) ⁵
Gemiddeld (min-max) in zomer	114,4 (93,0-176,0)	104,0 (22,9-193,0)
Percentage tekort (< 50 nmol/l) in winter	0 ⁴	33%
Percentage tekort (< 50 nmol/l) in zomer	0	6,5%
Stijging ¹ bij zwangere in winter	81,5 (71,7-91,4) ⁴	24,3 (-12,0 – 53,3) ⁵
Stijging ¹ bij zwangere in zomer	82,9 (18,2-137,2)	51,6 (-12,8 – 156,3)

¹ Voor de berekening van de stijging bij de zwangere is er vanuit gegaan dat de concentratie in het navelstrengbloed 66% is van de concentratie in het serum van de moeder (5), hiervan is de concentratie tijdens de meting in de 12de week van de zwangerschap afgetrokken. Deze stijging is dus ten dele fysiologisch (6).

² met suppletie= > 5 maanden gesuppleerd en gestart voor de 14de week

³ Winter: 12de week zwangerschap in november-maart; zomer: 12de week zwangerschap in april-oktober.

⁴ op slechts 2 metingen gebaseerd

⁵ Eén waarde viel ver buiten de verwachting en is niet mee beoordeeld: deze vrouw had gedurende de laatste vier maanden van haar zwangerschap vermoedelijk dubbele doses suppletie gebruikt (navelstrengvitamine D=196 nmol/l)

weinig kennis over vitamine D (4 van de 10 vrouwen maakten zich bv zorgen over mogelijk schadelijke effecten van suppletie), wat zou kunnen wijzen op onvoldoende voorlichting bij de verloskundigen of apothekers.

Onderzoeksvraag 4: wordt er daadwerkelijk een hogere vitamine D-concentratie bereikt?

Om deze vraag te beantwoorden is in de zomer (50) en in de winter (12) van een aantal kinderen de vitamine D-concentratie in het navelstrengbloed bepaald. Deze waarde heeft een tamelijk vaste relatie met de vitamine D-concentratie van de moeder, namelijk circa 66% daarvan (5). De vitamine D-concentraties in het navelstrengbloed staan in tabel 5. De lichte fysiologische stijging (20%) van de vitamine D-concentratie in de tweede helft van de zwangerschap (6) is geen verklaring voor de opvallend hoge spiegels (allen ruim binnen de veilige marges) die gevonden werden in het navelstrengbloed. Wel werd, zoals te verwachten, met suppletie en 's zomers een grotere toename van de vitamine D-concentraties gevonden dan zonder suppletie of 's winters.

Beschouwing

De uitkomsten van het project laten zien dat het vaststellen van vitamine D-tekort tijdens de 12deweekscreening door de verloskundigen een

haalbaar doel is: bij > 90% van de zwangeren die in zorg kwamen van de verloskundigen werd een vitamine D-concentratie bepaald. Selectie op grond van eenvoudig vast te stellen risicofactoren zou geen zin hebben gehad: ook de vrouwen zonder enige risicofactor (autochtoon, in de zomer geprikt, niet-woonachtig in achterstandswijk, goed geschoold, BMI <25) hadden nog 25% kans op een te lage vitamine D-concentratie.

De daaropvolgende advisering is mogelijk tekort geschoten, maar het aanbieden van suppletie in de vorm van een (voorgedrukt) recept door de verloskundigen lijkt goed uitvoerbaar. Bij de praktijk die dit heeft bijgehouden, was dit in 90% van de gevallen gebeurd. Succesvolle suppletie is echter zelden bereikt: hooguit 1 op de 6 zwangeren heeft vanaf de 14de week tenminste 5 maanden de voorgeschreven vitamine D gebruikt. Daarbij moet worden aangetekend dat bijna de helft van de moeders 14 maanden na de bevalling aangaf gedurende de zwangerschap wel lager gedoseerd vitamine D te gebruiken, zij het meer in de groep die toch al een voldoende vitamine D-concentratie had. Uit dezelfde vragenlijsten bleek ook dat vrijwel alle vrouwen na de bevalling stopten met het gebruik van vitamine D. Daarbij heeft mogelijk een rol gespeeld dat gedurende het project de eigen bijdrage van de geadviseerde capsules flink is gewijzigd (van €0,- tot maximaal €21,

- voor twee maanden suppletie).

Het effect van suppletie op de stijging van de vitamine D-concentratie in het navelstrengbloed lijkt 's zomers ongeveer zoals verwacht, nl. 83-52= ca 31 nmol/l; dat de stijging 's winters veel sterker beïnvloed lijkt door suppletie (nl 82-25= ca 57 nmol/l) blijft onverklaard, maar gezien het geringe aantal metingen (N=2) is er wellicht sprake van een artefact.

‘Ook vrouwen zonder enige risicofactor hadden nog 25% kans op een te lage vitamine D spiegel’

Ook in de niet-gesuppleerde groep stegen de concentraties aanzienlijk, waarschijnlijk als gevolg van de normale seizoensschommeling, mogelijk ook op basis van gebruik van vrij verkrijgbare vitaminepreparaten, maar soms in onverklaarde mate. Een fysiologische factor zou een rol kunnen spelen. Toch bleef van de niet-gesuppleerde groep nog 33% onder de streefwaarde van 50 nmol/l.

Nadelige effecten van suppletie of bijwerkingen ervan werden niet gerapporteerd door de verloskundigen.

Met dit project is de haalbaarheid van en belemmerende factoren bij het bestrijden van vitamine D-tekort bij zwangeren vastgesteld.

Een belangrijke belemmerende factor bij bestrijding van vitamine D-tekort onder zwangeren lag in het daadwerkelijk opvolgen van het gegeven advies om extra vitamine D te blijven gebruiken volgens het voorschrift van de verloskundige. Ook het inname schema (om de dag 1 capsule) speelde vermoedelijk een rol. Het grote aantal vrouwen, dat wel zelfgezochte vitaminepreparaten en niet de voorgeschreven preparaten nam, doet vermoeden dat veel zwangeren, ten onrechte, deze preparaten als onderling uitwisselbaar beschouwden. Het feit dat bijna alle moeders na de bevalling stopten met het gebruik van vitamine D-suppletie wijst erop, dat zij vooral gemotiveerd waren de gezondheid van hun kinderen te optimaliseren, maar onvoldoende beseften dat ook hun eigen gezondheid gebaat zou kunnen zijn met het tegengaan van vitamine D-tekort.

Ook de verloskundigen zelf lijken niet allen overtuigd van het nut van het bestrijden van vitamine D-tekort in de zwangerschap. Na het eerste jaar van het project ging slechts één van de drie praktijken consequent door met het bepalen van vitamine D-concentraties in de 12deweeksscreening. De andere twee praktijken stopten ermee, mede onder invloed van de beroepsvereniging (KNOV), die vitamine-suppletie in het algemeen ontraadt en het alleen voor gesluisde

donkere vrouwen nuttig acht extra om vitamine D te gebruiken. De KNOV geeft ook niet het advies om bij de 12deweeksscreening een vitamine D-bepaling te doen.

Ook de gynaecologen hebben zich van meet af aan aan hun eigen richtlijnen gehouden en niet routinematig vitamine D-concentraties laten bepalen; dit op grond van de gedachte dat suppletie bij een gevonden tekort niet 'evidence-based' is en dus beter achterwege gelaten kan worden. Twee presentaties van de recente wetenschappelijke ontwikkelingen hebben hierin nog geen verandering gebracht.

Aanbevelingen

Eenduidige aanbevelingen en richtlijnen rond vitamine D-suppletie zijn een voorwaarde voor verdere voortzetting en verspreiding van het bestrijden van vitamine D-tekort bij zwangeren. De discussie over grens- en streefwaarden en benodigde dosis mag verdere actie op het gebied van suppletie niet langer blokkeren, opdat hierin een keuze kan worden gemaakt. Voorstel: suppletie gedurende de gehele zwangerschap en lactatie, te adviseren bij vitamine D-concentraties < 50 nmol/l. Verdere suppletie daarna in overleg met de huisarts. De voorlichting over vitamine D-suppletie in en mogelijk buiten de verloskundigenpraktijken behoeft verbetering. Makkelijk toegankelijk voorlichtingsmateriaal kan daarbij van nut zijn.

Er moet een simpeler doseringsschema worden gekozen, gebaseerd op overwegingen van veiligheid en effectiviteit en op de beschikbare preparaten. Voorstel: eenmaal per week twee capsules van 5.600 IE.

‘Eenduidige aanbevelingen en richtlijnen rond vitamine D-suppletie zijn een voorwaarde voor verdere voortzetting en verspreiding van het bestrijden van vitamine D-tekort bij zwangeren’

Samenvatting

Tussen juni 2008 en juni 2009 hebben de Delftse verloskundigen bij alle zwangeren die bij hun in zorg waren vitamine D-concentraties bepaald, bij gebleken tekort (< 50 nmol/L) suppletie geadviseerd en recepten afgegeven voor capsules van 2800 IE vitamine D3, om de dag één.

Meer dan de helft van de zwangeren gaf toestemming tot het gebruik van hun gegevens ter evaluatie van dit project.

Opsporing bleek goed uitvoerbaar: bij ca de helft van

de zwangeren bleek suppletie nodig. Advisering lukte vermoedelijk minder goed: hoewel het grootste deel van de vrouwen die dat nodig hadden een recept kregen, gebruikte slechts een kleine minderheid de aangeboden suppletie ook echt gedurende het grootste deel van de zwangerschap.

Dankwoord

We bedanken hier Barend Middelkoop, hoogleraar Public health aan het LUMC, voor zijn hulp bij de opzet van de projectevaluatie. Het project werd ondersteund door Fonds achterstandswijken, ELO.

Referenties:

1. Karamali NS, van der Meer IM, Wuister JD, Verhoeven I. Vitamine D-tekort bij zwangere vrouwen: gegevens van een verloskundigenpraktijk uit Den Haag. *Epidemiologisch bulletin* 2004;39(4):10-14.
2. Hyppönen E. Preventing vitamin D deficiency in pregnancy: importance for the mother and child. *Ann Nutr Metab* 2011;59(1):28-31.
3. Gezondheidsraad. Naar een toereikende inname van vitamine D. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008. Publicatienummer 2008/15.
4. Houben M, van Meegen M. Tijd voor Vitamine D [scriptie] Verloskundigen-Academie Rotterdam, 2010.
5. Salle BL, Delvin EE. Perinatal metabolism of vitamin D. *Am J Clin Nutr* 2000;71(suppl):1317S-24S.
6. Milman N, Hvas A-M, Bergholt T. Vitamin D status during normal pregnancy and postpartum. A longitudinal study in 141 Danish women. *J Perinat Med* 2012 (E-pub).
7. Muskiet FAJ, van der Veer E. Vitamine D: waar liggen de grenzen van deficiëntie, adequate status en toxiciteit? *Ned Tijdschr Klin Chem Labgeneesk* 2007;32:150-8

Armoede en gezondheid

Gegevens over Den Haag

Ad van Dijk, Irene van der Meer

Centraal thema in de Haagse Nota's Volksgezondheid sinds 1999 is het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen (1). De nota's richten zich in het bijzonder op de groep binnen de categorie met een lage sociaal-economische status die leeft in armoede. Dit zijn de mensen die de meeste moeite hebben om hun elementaire bestaansvoorwaarden te realiseren. Mensen in armoede zijn over het algemeen ongezonder dan mensen die niet in armoede leven. In dit artikel wordt het verband tussen armoede en gezondheid geïllustreerd aan de hand van gegevens uit Den Haag. Waar voorheen de gezondheid van personen uit wijken met veel armoede (achterstands-wijken) werd vergeleken met die van personen uit wijken met weinig armoede, worden in onderstaand artikel personen vergeleken op basis van individuele gegevens (gebaseerd op een enquête), onafhankelijk van in welke wijk zij wonen. Het artikel begint met verschillende omschrijvingen van armoede, hoe vaak het voorkomt en welke groepen het hoogste risico lopen om in armoede te vervallen. Vervolgens wordt van verschillende gezondheidsaspecten de samenhang met armoede beschreven (zonder uitspraken over oorzaak of gevolg). Tot slot wordt er kort ingegaan op mechanismen die de samenhang tussen armoede en gezondheid verklaren.

Wat is armoede

Armoede wordt meestal beschreven als een tekort aan middelen om in voldoende mate in de maatschappij te kunnen functioneren. De vraag wanneer je in voldoende mate in de maatschappij kan functioneren, en wanneer je een tekort aan middelen hiervoor hebt, laat ruimte voor discussie. Het antwoord hangt af van individuele meningen, groepsnormen en van de maatschappij. Wat nu nodig is voor een voldoende functioneren in de maatschappij was in het verleden wellicht nog niet nodig. Daarnaast zal wat in het ene land en/of cultuur nodig wordt gevonden verschillen van wat in een ander land en/of cultuur nodig wordt gevonden. Criteria die worden gehanteerd bij het bepalen van het begrip 'armoede' variëren, ook binnen één land op één moment. Over het algemeen wordt het inkomen als indicator gebruikt om armoede te definiëren, maar ook indicatoren als het 'schulden moeten maken' (ongeacht je feitelijke (huishoud) inkomen) kunnen worden gebruikt om armoede te definiëren. In kader 1 staan enkele definities van armoede beschreven.

Omvang armoede

In 2008 bevond zich bijna een kwart van alle huishoudens met een laag inkomen in Nederland in één van de vier grote steden. In Den Haag is het aandeel huishoudens met een inkomen onder de beleidsmatige inkomensgrens ruim 10 procent, vergelijkbaar met Amsterdam en Rotterdam (2-3).

Het voorkomen van armoede in Den Haag wordt bijgehouden in de Armoedemonitor (4). Uit deze armoedemonitor blijkt dat in 2009 ruim 55 duizend huishoudens (22%) in Den Haag behoren tot de doelgroep van het Haagse minimabeleid (maximaal 130% sociaal minimum). Bij handhaving van een lagere grens (110% sociaal minimum) behoort 17% tot de minimahuishoudens. Van deze groep is het percentage langdurige minima (langer dan drie jaar) gestegen van 54% in 2007 naar 70% in 2009. Een grote groep die in 2007 al één tot drie jaar op het minimum leefde is in 2009 doorgestroomd naar de groep langdurige minima. Dit wordt deels veroorzaakt door de economische crisis waardoor huishoudens die tot de kortdurende minima behoorden minder goed weer aan het werk kwamen.

'Mensen in armoede zijn over het algemeen ongezonder dan mensen die niet in armoede leven'

In Den Haag wonen veel minimahuishoudens in de wijken Schildersbuurt, Transvaalkwartier, Moerwijk, Laakkwartier en Spoorwijk (2-4). In de krachtwijken ligt het aandeel minima twee (Zuidwest) tot ruim drie keer (41% in de Schildersbuurt) zo hoog als het Haags stedelijk gemiddelde (4).

Het percentage huishoudens in Nederland dat aangeeft schulden te moeten maken is hoger bij

Over de auteurs:

Drs. A.P. van Dijk is epidemiologisch onderzoeker, mw. dr. ir. I.M. van der Meer is senior epidemiologisch onderzoeker, beiden werkzaam bij de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag. E-mail: ad.vandijk@denhaag.nl.

Kader 1: Enkele definities van armoede.

Lage-inkomensgrens

De lage-inkomensgrens vertegenwoordigt een vast koopbedrag (2). De grens gaat uit van het bijstandsniveau in 1979 en is voor latere jaren aangepast aan de prijsontwikkeling (3). Deze grens is geschikt voor vergelijkingen in de tijd.

Sociaal minimum

Het sociaal minimum is het wettelijk bestaansminimum zoals dat politiek is vastgesteld (2). Het betreft normbedragen die verschillen per huishoudtype. Voor een (echt)paar met uitsluitend minderjarige kinderen is het sociaal minimum gelijkgesteld aan de bijstandsuitkering van een echtpaar, aangevuld met de kinderbijslag. Bij 65-plussers is het bedrag aan AOW-pensioen als norm gekozen. Inkomengebonden overdrachten zoals de huurtoeslag, zijn in het normbedrag opgenomen

Beleidsmatige inkomensgrens

Om armoede af te bakenen is de beleidsmatige inkomensgrens gesteld op 101% van het sociaal minimum (2). Dit betekent dat alle huishoudens die uitsluitend zijn aangewezen op bijstand of AOW, eventueel aangevuld met kinderbijslag en huurtoeslag, onder deze beleidsmatige inkomensgrens vallen.

Minimahuishouden

De grens voor een minimahuishouden is gebaseerd op het sociaal minimum (4). Hiervoor worden grenzen van 105, 110 en 130% gebruikt. De doelgroep van het Haagse armoedebeleid zijn alle huishoudens tot 130% van het sociaal minimum. Omdat in eerdere armoedemonitoren de huishoudens tot 110% beschreven zijn, staat die groep ook centraal in de laatste armoedemonitor 2010 (4).

Budgetgerelateerde armoedegrens

De budgetgerelateerde armoedegrens wordt vastgesteld aan de hand van bestedingen die voor een huishouden minimaal noodzakelijk zijn (3). Er zijn twee varianten: in de laagste variant wordt uitsluitend rekening gehouden met de kosten van basisbehoeften, die niet of nauwelijks te vermijden zijn. Dit betreft de minimale uitgaven voor voedsel, kleding en wonen, plus moeilijk te vermijden uitgaven voor persoonlijke verzorging en niet-

vergoede ziektekosten. In de tweede variant wordt ook rekening gehouden met enige uitgaven voor ontspanning, lidmaatschappen, onderhouden sociale contacten, maar zonder dat er sprake is van luxe, zoals een auto of buitenlandse vakantie. Deze variant heet 'niet-veel-maar-toereikend'.

Schulden moeten maken

Een indicator van armoede is het moeten maken van schulden. Deze indicator wordt niet bepaald aan de hand van algemene grenzen voor inkomsten, maar is de uitkomst van individuele keuzes in de uitgaven. Ook iemand met een hoog inkomen, die op basis van de bovenstaande definities niet arm genoemd zal worden, kan zich genoodzaakt zien meer uit te geven dan dat er inkomsten zijn. Informatie over het soort uitgaven of argumenten waarom deze uitgaven noodzakelijk zijn worden in deze indicator niet meegenomen.

Sociale uitsluiting

Sociale uitsluiting kan omschreven worden als armoede in brede zin, zoals armoede ook gezien kan worden als een geïntegreerd deel van het begrip sociale uitsluiting. Armoede gaat vooral over de verdeling van inkomen en goederen, sociale uitsluiting richt zich ook op relationele zaken als sociale participatie, integratie, maatschappelijke betrokkenheid, het delen van waarden en normen.

Duur van armoede

Een indicator die op alle bovenstaande definities van toepassing is, is de tijdsduur van de situatie die men in armoede doorbrenkt.

mensen met een inkomen onder de lage-inkomensgrens (2). In 2009 gaf 6,2% van de lage inkomensklassen aan schulden te maken en 9,2% gaf aan zijn of haar spaargeld aan te spreken. De schuldenproblematiek in de laagste inkomensklasse is iets toegenomen na een daling in 2005-2008 (7,5% in 2005 naar 5,4% in 2008). Dit percentage is ruim vijf keer zo hoog als bij huishoudens in de hogere inkomensklassen (2).

Risicogroepen voor armoede

Armoede is niet gelijkmatig verdeeld over de bevolking. Armoede komt bij bepaalde groepen vaker voor dan bij andere. Hieronder worden groepen besproken waar armoede relatief vaak voorkomt.

Tabel 1.

Zelfgerapporteerde werksituatie en schulden moeten maken. Den Haag, 2008, inwoners van 16 jaar en ouder.

	Nee % (aantal)	Ja % (aantal)	Onbekend % (aantal)
Hebben van betaald werk	54 (2.354)	41 (1.800)	5 (228)
Schulden moeten maken	21 (924)	73 (3.191)	6 (267)

Eenoudergezinnen

De relatief grootste groep minimahuishoudens is te vinden bij de eenoudergezinnen (4). Van hen had 41% een inkomen van maximaal 110% van het sociaal minimum (dit was 17% in heel Den Haag). Belangrijk om te beseffen is dat de groep eenoudergezinnen niet de grootste groep minimahuishoudens in Den Haag vormen: van alle minimahuishoudens is 12% eenoudergezin.

Alleenstaanden

In Den Haag vormde in 2009 18% van de alleenstaanden een minimahuishouden (110% sociaal minimum) (4). Relatief gezien was de grootste groep minimahuishoudens te vinden bij de eenoudergezinnen (dat was immers 41% van de eenoudergezinnen). In totaal echter vormen alleenstaanden de grootste groep binnen minimahuishoudens: van alle minimahuishoudens is 54% alleenstaand.

Bijstandsontvangers

Van alle minimahuishoudens in Den Haag had in 2009 38% een bijstandsuitkering (Wet Werk en Bijstand) en 29% een AOW-uitkering (4). De overige 33% van de minimahuishoudens had een WW-uitkering, een arbeidsongeschiktheidsuitkering of een laag inkomen uit werk. Het percentage AOW'ers is fors toegenomen, van 19% in 2005 naar 29% in 2009. Bijna 75% van alle bijstandsgerechtigden leeft al langer dan drie jaar van het minimum.

Niet-westerse huishoudens

Relatief veel minimahuishoudens zijn te vinden bij de niet-westerse huishoudens (4). Van de Marokkaanse huishoudens in Den Haag moest in 2009 40% van een minimum rondkomen. Dit is een daling ten opzichte van de eerdere jaren. Andere groepen waarbinnen het aandeel minimahuishoudens relatief hoog is zijn de Turkse (29%), Antilliaanse/Arubaanse (28%) en Surinaamse (25%) huishoudens. Belangrijk om te beseffen is dat van alle minimahuishoudens in Den Haag de autochtone Nederlanders de grootste

groep vormen: van alle minimahuishoudens is 38% Nederlands, 14% Surinaams, 10% Marokkaans, 10% Turks, 4% Antilliaans/Arubaans en 24% van overige herkomst.

Relatie armoede en gezondheid

In 2008 is er door de GGD'en van de vier grote steden een gezondheidsenquête uitgevoerd onder de inwoners van 16 jaar en ouder (6). Hierin zijn ook risicogroepen voor armoede te onderscheiden. Voor verschillende gezondheidsmaten kunnen daardoor nu risicogroepen voor armoede worden vergeleken met de niet-risicogroepen voor armoede. Voor dit artikel wordt gebruik gemaakt van de Haagse gegevens, bestaand uit gegevens over 4.382 personen. Er is gekozen voor twee indicatoren van (risico op) armoede: geen betaald werk hebben en schulden moeten maken. Ruim de helft van de Haagse respondenten had geen betaald werk, een vijfde moest schulden maken (zie tabel 1).

'Armoede komt bij bepaalde groepen vaker voor dan bij andere'

Ervaren gezondheid

Een vijfde (20,3%) van de Haagse deelnemers aan de G4 gezondheidsenquête geeft aan een slechte gezondheid te ervaren (figuur 1). Bijna twee derde (63,3%) van de inwoners zonder een betaalde baan geeft aan een matig of slechte gezondheid te ervaren. Dit is een groot verschil ten opzichte van de inwoners met een betaalde baan (8,9%). Ook wanneer gevraagd wordt naar het maken van schulden zijn er verschillen: inwoners die geen schulden hoeven te maken ervaren hun gezondheid vaker als goed.

Chronische lichamelijke aandoeningen

58,3% van de inwoners van Den Haag geeft aan een chronische lichamelijke aandoening te hebben (figuur 2). (Ruim) twee derde van de inwoners zonder betaald werk of die schulden moeten maken gaf aan een chronische aandoening te hebben. Ruim een derde (35,9%) gaf aan door chronische

aandoeningen belemmerd te worden in dagelijkse bezigheden. Van de Haagse inwoners zonder betaald werk en met een chronische lichamelijke aandoening (72,4%) geeft hiervan bijna iedereen aan belemmeringen te ervaren. Inwoners die schulden moeten maken geven vaker aan belemmeringen te

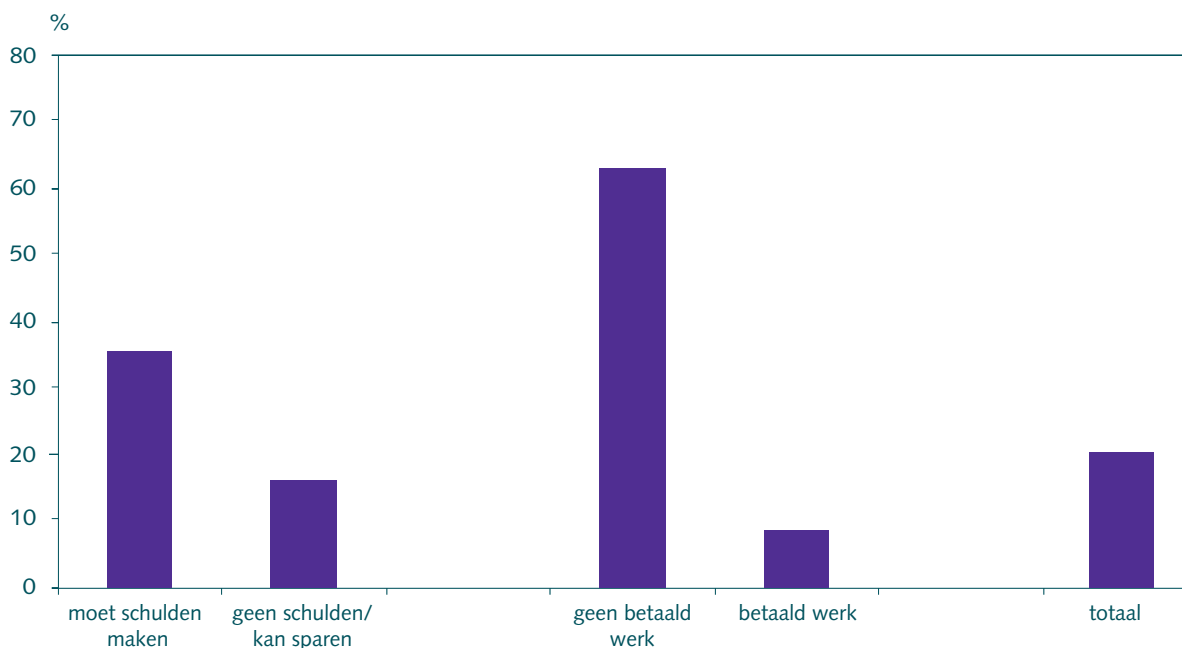
hebben dan inwoners die geen schulden hoeven te maken, maar het verschil is minder groot dan tussen het al dan niet hebben van betaald werk.

Medicatie voor angst, depressie, spanning of stress

Bijna 9% van de Haagse inwoners gebruikt medicatie

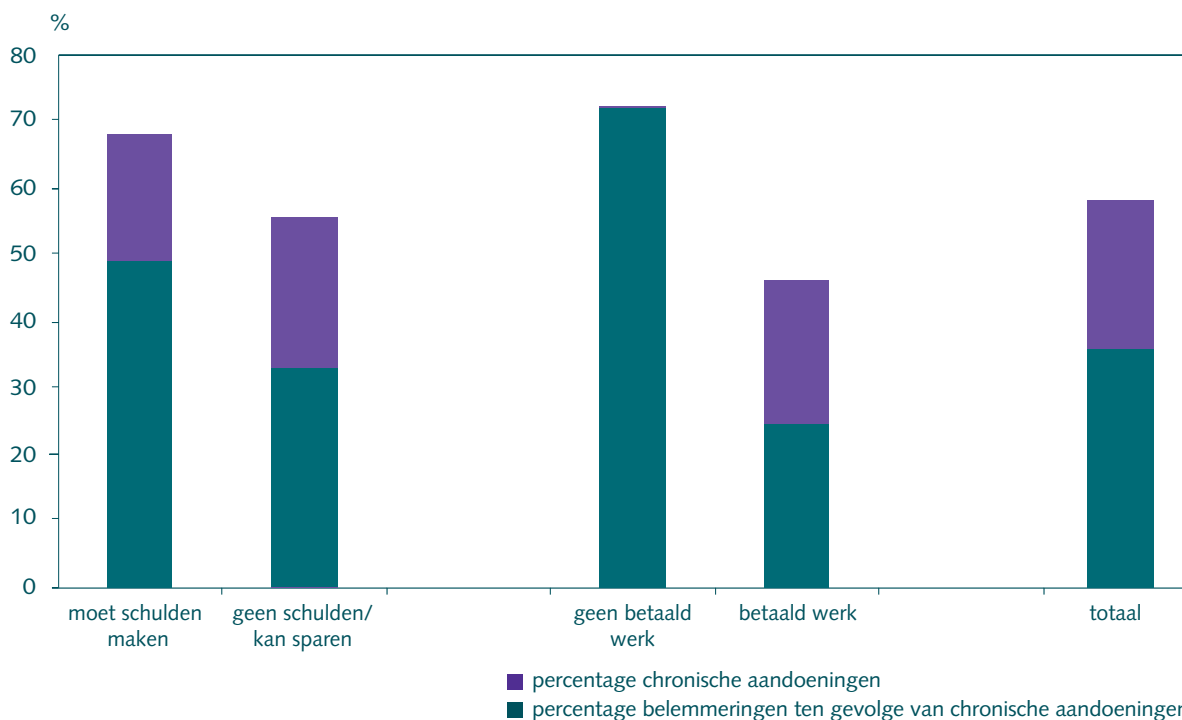
Figuur 1.

Percentage met een slecht of matig zelf gerapporteerde ervaren gezondheid naar werksituatie en financiële situatie. Den Haag, 2008, inwoners van 16 jaar en ouder.



Figuur 2.

Percentage zelf gerapporteerde chronische aandoeningen en percentage zelf gerapporteerde belemmeringen door chronische aandoeningen naar werksituatie en financiële situatie. Den Haag, 2008, inwoners van 16 jaar en ouder.



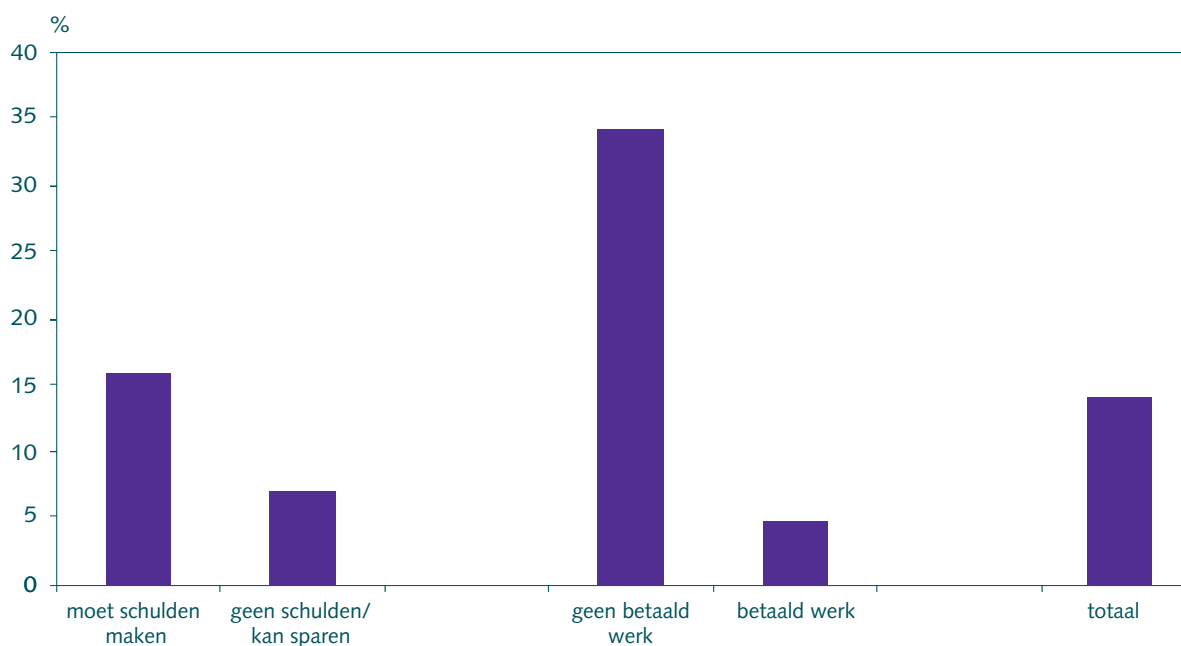
tegen angst, depressie, spanning of stress (figuur 3). Inwoners zonder betaalde baan geven zeven keer zo vaak aan gebruik te maken van medicatie voor angst, depressie, spanning of stress ten opzichte van inwoners met betaalde baan.

Eenzaamheid

Een tiende van de Haagse inwoners is eenzaam (figuur 4). Inwoners zonder betaald werken inwoners die schulden moeten maken hebben vaker een hoge eenzaamheidsscore.

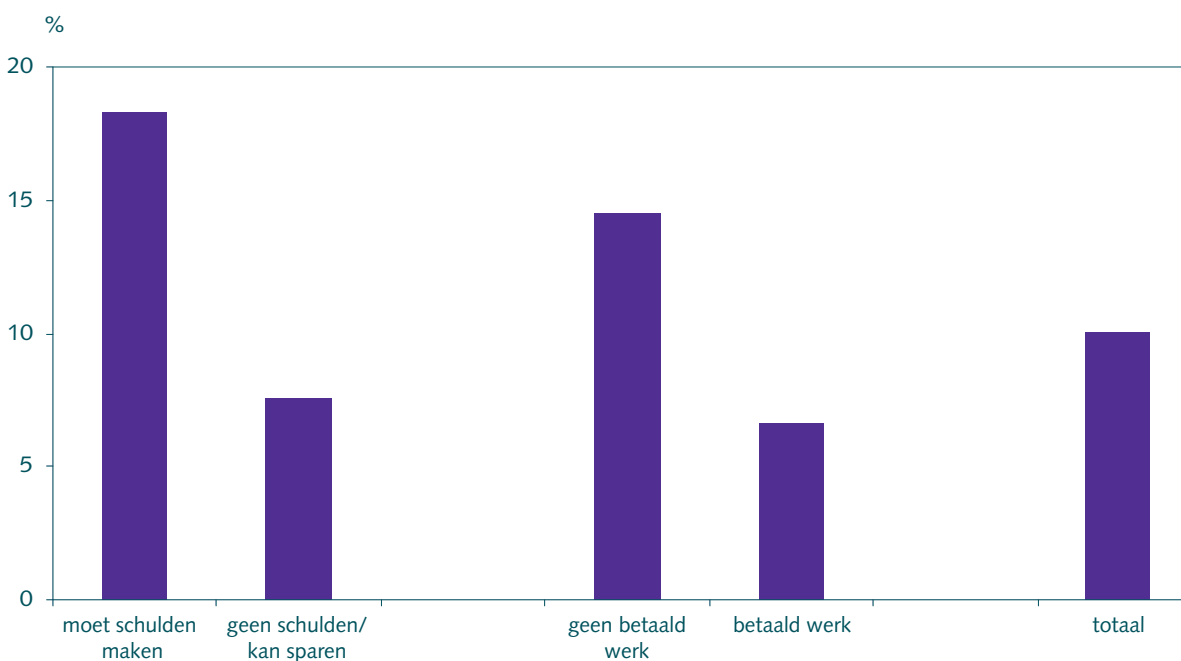
Figuur 3.

Percentage zelf gerapporteerd gebruik medicijnen tegen angst, depressie, spanning of stress naar werksituatie en financiële situatie. Den Haag, 2008, inwoners van 16 jaar en ouder.



Figuur 4.

Percentage zelf gerapporteerde eenzaamheid naar werksituatie en financiële situatie. Den Haag, 2008, inwoners van 16 jaar en ouder.



Mogelijke verklaringen voor de relatie tussen armoede en gezondheid

De verschillende indicatoren van gezondheid laten steeds hetzelfde beeld zien: mensen die behoren tot de risicogroep voor armoede (geen betaalde baan of schulden moeten maken) hebben een slechtere gezondheid dan de andere inwoners van Den Haag. Er zijn verschillende mechanismen die de gezondheidsverschillen proberen te verklaren. Beide mechanismen worden vaak verwerkt in verklarende modellen (7-9). Volgens het selectiemechanisme beïnvloedt gezondheid de sociale mobiliteit en daarmee de positie op de sociaal-economische ladder. Een minder goede gezondheid is volgens dit mechanisme de oorzaak van een lagere sociaal-economische status van een persoon. Personen met een slechtere gezondheid zouden minder snel op de maatschappelijke ladder stijgen. Deze selectie kan tijdens de adolescentie en de vroege volwassenheid plaatsvinden of tijdens het volwassen leven. Bij directe selectie is daling van sociale positie een rechtstreeks gevolg van een bepaalde gezondheidstoestand. Bij indirecte selectie zijn het vooral de gevolgen van ziekte die de sociale mobiliteit negatief beïnvloeden. Volgens het causaliteitsmechanisme beïnvloedt de sociaal-economische positie de gezondheid. Een minder goede gezondheid is volgens dit mechanisme het gevolg van een lagere sociaal-economische status van een persoon. Hierbij is geen sprake van een rechtstreeks effect, maar van een slechtere gezondheid door veranderingen in een aantal intermediaire factoren, zoals leefwijze (rookgedrag, alcoholconsumptie), materiële omstandigheden (financiële omstandigheden, woonomstandigheden) en psychosociale factoren (psychosociale stress, sociale steun).

De gegevens van de gezondheidsenquête zijn niet geschikt om eventuele oorzakelijke verbanden te onderzoeken. Waarschijnlijk spelen in de werkelijkheid beide beschreven mechanismen een rol. Wél laten de gegevens van de gezondheidsenquête zien hoe het staat met de gezondheid van de Haagse inwoners met groot risico op armoede ten opzichte van de andere inwoners, zonder risico op armoede. De gevonden verschillen onderstrepen het belang van het voeren van een beleid speciaal gericht op de inwoners met een lage sociaal-economische positie (waaronder mensen in armoede) teneinde de gezondheidssituatie van de inwoners van heel Den Haag te verbeteren.

Referenties:

1. Verpoorten H. Gezond aan de slag!, de Haagse nota volksgezondheid 2012-2014. Epidemiologisch bulletin, 2012;47. Zie pagina 11 tot 15 in dit nummer.
2. Centraal Bureau voor de Statistiek. Lage inkomens, kans op armoede en uitsluiting 2009. Den Haag/Heerlen: CBS, 2009.
3. Sociaal en Cultureel planbureau/Centraal Bureau voor de Statistiek. Armoedesignalement 2010. Den Haag: SCP/CBS, 2010.
4. KWIZ [in opdracht van de gemeente Den Haag]. Armoedemonitor 2010. Groningen: KWIZ, 2010.
5. Jehoel-Gijsbers G. Sociale uitsluiting in Nederland. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2004.
6. Van Veelen JJ, van Dijk AP, et al. G4 op gezondheid uitgemeten. Over gezondheid en gezondheidsverschillen in de vier grote steden. Den Haag: GGD Amsterdam, GGD Rotterdam-Rijnmond, Dienst OCW van de gemeente Den Haag/GGD Den Haag, GG&GD Utrecht, 2009.
7. Gillis O, Mertens R. Gezondheidsongelijkheid: Armoede schaadt de gezondheid. CM-Informatie 2008;231:4-16.
8. Phipps S. The Impact of Poverty on Health: a scan of research literature. Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 2003.
9. Mackenbach J. De verklaring van sociaal-economische gezondheidsverschillen. In: Ongezonde verschillen: over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland. Assen: Van Gorcum, 1994. 76-133.

Korte berichten

Oproep

Huisartsen gevraagd Project 'Optimalisering van de communicatie tussen huisarts en GGD'

Communiceren we optimaal bij het bestrijden van infectieziekten? Werken de huidige communicatiemiddelen voor zowel huisarts als GGD naar wens?

Wij willen de communicatie tussen de afdeling GGD Infectieziektebestrijding en huisartsenpraktijken beter op elkaar afstemmen, in het bijzonder de informatiebehoefte en -stromen. Meer efficiëntie zou de snelheid van handelen in de infectieziektebestrijding ten goede komen en er tevens voor zorgen dat de patiënt eenduidige informatie krijgt van de huisarts en GGD.

Wij zoeken huisartsen die tijdens het project mee kunnen denken over mogelijkheden om de communicatie te verbeteren. Sluit onze manier van communiceren aan bij de informatiestromen in de huisartsenpraktijk? Per e-mail vragen wij uw mening op verbetervoorstellen op het gebied van infectieziektebestrijding.

Uiteindelijk is het de bedoeling dat er zo een blijvend klankbord ontstaat van een brede groep huisartsen in het werkgebied van GGD Den Haag, die input levert voor de verbeteringen en periodiek (per e-mail) feedback kan geven op mailingen en ontwikkelingen.

Geïnspireerd? Mail of bel naar:

Riany Brugmans
GGD Den Haag,
Afdeling Infectieziektebestrijding
riany.brugmans@denhaag.nl
06 - 52 48 63 41

Actueel

Boek 'Van Kruiswerk tot Thuiszorg 1946-1990'

Onlangs verscheen Van Kruiswerk tot Thuiszorg; de moeizame strijd voor erkenning van een boeiende maar complexe werksoort in de periode 1946-1990, van dr. J.J.C. Huige. Het boek plaatst de geschiedenis van de wijkverpleging, kraamzorg en de ontwikkeling van ouder- en kindzorg tot jeugdgezondheidszorg in de context van de politieke, maatschappelijke en economische ontwikkelingen in het na-oorlogse Nederland.

Sinds 1875 bestaat er kruiswerk in Nederland. De eerste kruisverenigingen zijn opgericht om besmettelijke ziekten te bestrijden, die destijds een grote bedreiging vormden voor de volksgezondheid. Deze zorg werd geleverd door wijkzusters en ziekenverzorgersters. Later werd het kruiswerk uitgebreid met kraamzorg en sociaal medische zorg, zoals de consultatiebureaus, jeugdgezondheidszorg en gezondheidsvoorlichting. Tot 1990 was het kruiswerk de spil in de eerste lijnsgezondheidszorg. Na 1990 werden gezinszorg en kruiswerk samengevoegd tot thuiszorg. Deze geschiedschrijving is geïllustreerd met citaten uit 25 interviews, die speciaal voor dit boek zijn afgenomen.

Van Kruiswerk tot Thuiszorg kan worden besteld bij de Stichting Else, via het bestelformulier online (www.stichting-else.nl).

Opleiding sociaal verpleegkundige naar NSPOH

Vanaf september a.s. neemt de

Netherlands School of Public & Occupational Health (NSPOH) de opleiding sociaal verpleegkundige over van de Hogeschool Leiden.

De NSPOH-opleiding biedt plaats aan maximaal 40 deelnemers en leidt op tot sociaal verpleegkundige algemene gezondheidszorg (AGZ) of jeugdgezondheidszorg (JGZ). De opleiding sociaal verpleegkundige JGZ bestrijkt het hele terrein van de zorg voor kinderen van 0 tot 19 jaar.

De opleiding duurt anderhalf jaar en bevat 30 contactdagen. Het is ook mogelijk om de modulen los te volgen. Deelnemers JGZ en AGZ volgen grotendeels een eigen studietraject, maar krijgen een aantal modulen gemeenschappelijk aangeboden. De opleiding sociaal verpleegkundige is bestemd voor hbo-afgestudeerde verpleegkundigen of mensen die werkzaam zijn op een vergelijkbaar niveau. In de opleiding ligt sterk de nadruk op kennis van het vakgebied en aanleren van vaardigheden en algemene competenties.

Aandachtspunten zijn: de positionering van verpleegkundigen, de eigen werkpraktijk en het functioneren, maar ook het samenwerken met andere professionals in de (publieke) gezondheidszorg.

De opleiding sociaal verpleegkundige was al geaccrediteerd door het kwaliteitsregister van V&VN. De NSPOH verwacht de accreditatie te kunnen behouden.

Op 19 juni a.s. organiseert de NSPOH een informatiebijeenkomst voor (kandidaat) deelnemers, bij de NSPOH. Tafelbergweg 51, van 15.00 tot 17.00 uur.

Opgeven via
m.penris@nspoh.nl. Meer
informatie op www.nspoh.nl.

Cursussen

NSPOH

Weerstand begrijpen en ombuigen

Herkennen van communicatieve
impasses en blokkades bij
advisering of bij het leiden van
veranderingsprocessen.

Doelgroep: professionals in de
Public & Occupational Health
Data: dinsdag en woensdag 19 en
20 juni 2012

Kosten: € 770

Locatie: Utrecht

Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=517>

Tegenwind doet de vlieger stijgen; symposium

Het NSPOH symposium
Tegenwind doet de vlieger stijgen
biedt een uniek platform voor
informatie, discussie en menings-
vorming over het effect én de
kansen van bezuinigingen van de
overheid.

Doelgroep: alle professionals
werkzaam op het snijvlak van
maatschappij, arbeid en
gezondheid

Data: vrijdag 22 juni 2012

Kosten: € 400

Locatie: Utrecht

Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=680>

Summercourse: Epidemiologie; wat kan ik ermee?

Maak kennis met de basis-
begrippen uit de epidemiologie en
biostatistiek en leer ze toepassen in
uw eigen praktijk.

Doelgroep: de arts Maatschappij
en Gezondheid, beleids-
medewerker, gezondheids-
wetenschapper, professionals en de

project-coördinator werkzaam bij
een GGD, GGZ instelling,
zorgverzekeraars.

Data: woensdag 15 t/m vrijdag
17 augustus 2012

Kosten: € 1.310

Locatie: Zweelo

Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=453>

Inleiding in de economie van de publieke gezondheid

Het programma kent een inleiding
in economische termen en
begrippen. We gaan in op de
economische visie op collectieve
versus individuele
verantwoordelijkheid. We
bespreken of vraagsturing een
instrument is dat past bij publieke
gezondheidszorg. Instrumenten als
kosten-batenanalyse, kosten-
effectiviteitanalyse en hun waarde
voor de public health worden
belicht.

Doelgroep: arts Maatschappij &
Gezondheid, leidinggevende,
beleidsmedewerker, epidemioloog,
gezondheidswetenschapper,
projectmanager, professional of
een projectcoördinator werkzaam
bij een GGD, GGZ, zorg-
verzekeraar, thuiszorgorganisatie,
nationaal instituut, koepel-
organisatie

Data: donderdag 13 september,
11 oktober en 8 november 2012

Kosten: € 1.155

Locatie: Amsterdam

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

Schrijfvaardigheid en argumentatie

Doeltreffend beargumenteren van
(beleids)adviezen.

Doelgroep: de schrijver van
adviesteksten, die zijn schrijftaak
efficiënter en professionelere wil
aanpakken binnen de Public en
Occupational Health

Data: donderdag 27 september,
11 oktober en 8 november 2012

Kosten: € 1.155

Locatie: Utrecht

Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=66>

*Inlichtingen over alle cursussen bij
NSPOH, telefoon 020-409 70 00,
e-mail: info@nspoh.nl*

Aangiften infectieziekten

Meldingen tijdens het eerste kwartaal 2012, 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
aangifteplichtige meldingen
geregistreerd worden, en op
gegevens van ons elektronisch
patiëntendossier, het programma
HP Zone.

Het aantal meldingsplichtige
infectieziekten, door de GGD
Den Haag doorgegeven aan het
Centrum Infectieziektebestrijding
bij het Rijksinstituut voor
Volksgezondheid en Milieu
(RIVM) in het eerste kwartaal
2012 was 118 (exclusief de
meldingen van TBC). Dit is iets
lager dan het aantal in dezelfde
periode in 2011 (131, exclusief
TBC). Dit kleine verschil in het
totale aantal meldingen verbergt
echter enkele belangrijke
verschuivingen in enkele
infectieziekten. Zo waren er maar
3 gevallen van bof terwijl er in
2011 een kleine epidemie gaande
was, en werden er geen gevallen
van griep (van het pandemische
type influenza H1N1 dat in 2009
zorgde voor een wereldwijde
epidemie) gemeld, omdat deze
ziekte niet meer meldingsplichtig
is. Het aantal gevallen van
kinkhoest is echter verdrievoudigd,
een aanzienlijke toename die ook

landelijk vastgesteld is. Hieronder volgen commentaren op de gemelde infectieziekten.

Bof

Van deze ziekte werden 3 meldingen ontvangen van patiënten van uiteenlopende leeftijd. Deze patiënten maakten geen deel uit van een bekende uitbraak van bof. De besmettingsbron is onbekend.

Hepatitis B

Het aantal hepatitis B meldingen (48: 47 chronische gevallen en 1 acuut geval) was iets lager dan tijdens dezelfde periode in 2011 (52). In de categorie chronische gevallen waren meer mannen vertegenwoordigd, vooral in de leeftijd van 20-39 jaar. De besmettingsbron is doorgaans niet bekend. Bij twee derde van de gevallen wordt verticale transmissie als meest waarschijnlijke bron aangegeven. Daarbij geeft een besmette moeder het virus door aan haar kind rond de bevalling. Meestal gaat het om personen afkomstig uit landen waar de ziekte veel voorkomt. Acute hepatitis B werd gemeld bij één man van 45 jaar die mogelijk bij door onveilig seksueel contact in Thailand was besmet.

Invasieve groep

A-streptokokkeninfectie

Infectie met deze bacterie kan leiden tot zeer ernstige ziektebeelden, waaronder sepsis (bloedvergiftiging) en uitgebreide bijna onbehandelbare infecties van het onderhuidse weefsel. Eén 30-jarige vrouw werd gemeld met deze infectieziekte en zij is helaas ook overleden. De daarvoor in aanmerking komende contacten van de patiënte zijn beschermd tegen deze aandoening. Verdere ziektegevallen deden zich niet

voor.

Invasieve Haemophilus influenzae type b-infectie (Hib)

Infectie met deze bacterie kan leiden tot zeer ernstige ziektebeelden, waaronder hersenvliesontsteking, kroep, longontsteking en sepsische gewrichtsontsteking. De aandoening is meldingsplichtig. Het doel hiervan is kinderen die nauw contact hebben gehad met de patiënt en die nog onvolledig gevaccineerd zijn of om een andere reden kwetsbaar zijn voor deze bacterie, met antibiotica te kunnen behandelen om te voorkomen dat zij de ziekte doormaken. Een 40-jarige vrouw met deze aandoening werd gemeld.

Invasieve pneumokokkenziekte (bij kinderen)

Pneumokokken kunnen diverse ziektebeelden veroorzaken waaronder oorontsteking, sinusitis, bronchitis en longontsteking. Hersenvliesontsteking en sepsis (bloedvergiftiging) zijn de ernstigste vormen. 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. Een vijf weken oude zuigeling werd gemeld. Hij had vanwege zijn leeftijd nog geen vaccinatie gekregen.

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (54) is meer dan het drievoud van het aantal gevallen dat in dezelfde periode in 2011 werd gemeld (14). Deze toename is ook landelijk te zien.

Het RIVM geeft aan dat er elke 2 tot 3 jaar een piek is in het aantal gemelde patiënten met kinkhoest.

In het jaar 2008 was er voor de laatste keer een piek in meldingen van kinkhoest. De huidige toename is dus niet ongewoon. Wel lijkt de periode waarin de toename zich afspeelt, verschoven ten opzichte van vorige pieken. De stijging doet zich landelijk voor in alle leeftijdscategorieën, maar is het sterkst bij kinderen vanaf 9 jaar. De meeste kinderen zijn tegen kinkhoest gevaccineerd. De kinkhoestbacterie heeft zich echter in de loop van de tijd zo aangepast dat het vaccin een minder goede bescherming geeft. Hoewel de vaccinatie waarschijnlijk geen volledige bescherming geeft, maakt het wel uit voor het verloop van de ziekte. Bij gevaccineerde mensen verloopt de ziekte veel milder dan bij ongevaccineerde mensen. (Bron: RIVM)

In Den Haag piekt kinkhoest op de leeftijd van 15 jaar. Het betreft, waar bekend, bijna allemaal gevaccineerde personen.

Listeriose

Deze infectieziekte die zeer diverse verschijnselen kan geven, is vooral gevaarlijk voor mensen met een sterk verzwakte afweer en voor het ongeboren kind bij zwangere vrouwen die de ziekte doormaken. De besmettingsbron ligt vooral in voeding zoals zachte kazen die met ongepasteuriseerde melk zijn bereid, paté en andere voedingswaren. Van deze aandoening werd één 65-jarige patiënt met ernstig onderliggend lijden gemeld. Bij deze patiënt was het niet mogelijk de besmettingsbron te achterhalen.

Malaria

De gemelde vrouw die in Ghana was besmet, had geen profylaxe geslikt tegen malaria.

Paratyfus

Deze ziekte lijkt op buiktyfus maar

Infectieziekten gemeld door instellingen, vierde kwartaal 2011.

Ziektebeeld	School	AWBZ-instelling	Kinderopvang	Eindtotaal
Huiduitslag (impetigo)	1		1	2
Influenza		5		5
Maag-darm aandoening		12	2	14
Pneumonie		1		1
Vlekjesziekten	3		1	5
Eindtotaal	4	18	5	27

is doorgaans minder ernstig. Een 20-jarige man liep de ziekte op in India.

Shigellose (bacillaire dysenterie)

Twee mannen en een vrouw werden gemeld. Twee patiënten hadden de ziekte in tropische landen opgelopen, de derde patiënt was besmet via homo-seksueel contact in Nederland.

STEC/Enterohemorragische E.coli-infectie

Met deze ziekte, meestal opgelopen door eten van onvoldoende gebakken vlees, werden een volwassen man en vrouw gemeld. De man was besmet in Marokko. Onbekend is waar de vrouw de bacterie had opgelopen.

Voedselinfecties

Dit betreft meldingen van twee of meer patiënten met gastro-enteritis met een onderlinge relatie wijzend op voedsel als een bron. Hiervan werden twee meldingen gedaan, waarbij 4 resp. 5 mensen ziek zijn geworden. Bij de eerste melding betrof het personen die waarschijnlijk in een restaurant door het norovirus waren besmet. De tweede melding betrof 5 personen die door een salmonella waren besmet. Deze salmonella was van hetzelfde type dat ook in Brabant gedurende nu ruim twee maanden voor een aantal ziektegevallen zorgt. Naar de gemeen-

schappelijke besmettingsbron wordt nog steeds gezocht.

Infectieziekten gemeld door instellingen

In de bovenstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het 1ste kwartaal 2012. 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.

Het aantal meldingen uit instellingen is minder dan het aantal meldingen in dezelfde periode in 2011 (35). Het verschil is te wijten aan minder meldingen van maag-darm aandoeningen.

Deze uitbraken van gastro-enteritis betroffen bijna allemaal buikgriep, waarbij het norovirus aangetoond dan wel de waarschijnlijke verwekker was. Bij 3 meldingen was het rotavirus de oorzaak van gastro-enteritis. Meldingen van vlekjesziekten betroffen vijfde ziekte, roodvonk en waterpokken in de kinderopvang en in scholen. Verder waren er in verpleeg- en verzorgingshuizen 5 uitbraken van griep (waarvan 3 door het laboratorium zijn bevestigd) en een uitbraak van luchtwegklachten ('longontsteking') waarbij geen

verwekker is aangetroffen.

Meldingen tijdens het eerste kwartaal 2012 voor de regio Zuid-Holland West*Bof*

Het aantal bof meldingen was in het eerste kwartaal 13. Een student met klinische verschijnselen van bof gaat waarschijnlijk niet altijd meer naar de huisarts, dus zal er niet altijd nadere diagnostiek worden ingezet. Er zullen daardoor waarschijnlijk meer studenten met bof zijn dan er bij de GGD worden gemeld. De GGD probeert wel diagnostiek te (laten) verrichten bij mensen met klinische verschijnselen die niet tot de studentengroep behoren.

Hepatitis A

Er is een melding van hepatitis A geweest bij een jongeman. De bron lag mogelijk in Oostenrijk.

Hepatitis B

Er waren 6 meldingen van hepatitis B. Het ging allemaal om chronisch dragerschap.

Invasieve GAS

Er is twee keer een invasieve Groep A Streptokok gemeld. Het ging bij één patiënt om een ernstige fascitis necroticans en bij de andere patiënt om een sepsis. De laatste patiënt is overleden. De GGD is verantwoordelijk voor

de profylaxe van de gezinscontacten.

Invasieve pneumokokkenziekte

Er is een kind gemeld met een invasieve pneumokokkenziekte. Het kind was gevaccineerd.

Kinkhoest

Er zijn 65 meldingen van kinkhoest geweest. In heel Nederland is er sprake van toename van het aantal gemelde gevallen van kinkhoest. Deze trend is ook in de regio van de GGD Zuid-Holland West zichtbaar.

Legionellose

Er is een patiënt met een legionellose gemeld. Ondanks intensief onderzoek is er geen bron gevonden.

Shigellose

In het 1e kwartaal zijn er vijf meldingen van Shigellose geweest. In alle gevallen ging het om een *Shigella sonnei*. De mensen waren in Suriname (2), Indonesie (2) en in Burkina Faso (1) geweest.

STEC

Er is negen maal een Shiga-toxine producerende E-Coli gemeld. Een voedselbron werd niet gevonden.

Voedselinfectie

Er is 1 keer een meldingsplichtige voedselinfectie gemeld.

Ziekte van Creutzfeldt-Jakob klassiek

Er is 1 patiënt gemeld met een klassieke Creutzfeldt-Jakob ziekte.

Aan deze rubriek werkten mee:

E.J.M. de Coster

K.B. Yap

E.M. Huisman

Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte	Het eerste kwartaal 2012			Voorgaande 4 kwartalen				t/m het destbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar	
	GGD Den Haag 1e kw. 2012	GGD-Zuid Holl.West 1e kw. 2012	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2012	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2011**	Tot. regio Haaglanden 2e kw. 2011**	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2011**	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2011**	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2012	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2011**
A-ziekten				36					36
B-ziekten									
	3	5	8	4	10	16	7	8	4
				2		1			2
		1	1					1	
	1	1	2	2	1	4		2	2
	47	6	53	61	65	62	66	53	61
				2	2	1			2
	54	65	119	40	89	95	95	119	40
		1	1		6	10	1	1	
					4				
				2	2		3		2
	1		1	2	2	3	1	1	2
	22		22	15	32	22	34	22	15
	2	1	3			6		3	
	1	2	3	9	3	1		3	9
C-ziekten									
	2	9	11	5	14	20	12	11	5
	1		1	3	5	13	8	1	3
					2		2		
	3	13	16	41	9	5	2	16	41
	1		1	2			3	1	2
	1	1	2		2	3	1	2	
	1		1	1	1			1	1
				1	1	1	1		1
totaal	140	105	245	228	250	263	235	245	228

*) Inclusief dragers.

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



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 *kostenloos* 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