

Epidemiologisch Bulletin

JAARGANG 49

TIJDSCHRIFT VOOR VOLKSGEZONDHEID EN ONDERZOEK IN REGIO HAAGLANDEN

2

2014

GGD Haaglanden:
taken en uitdagingen > p. 4

EPIDEMIOLOGIE

Analyse gezonde
leefstijl Hindostanen > p. 8

VOLKSGEZONDHEID

De **Gezonde School** > p. 16

Mazelen regio Zuid-Holland West > p. 22

Veilig vrijen in de seksindustrie > p. 28

Gezondheid **Haagse bevolking** > p. 31

IN DIT NUMMER

Redactioneel	3
GGD Haaglanden als spil in de publieke gezondheid Interview met Ton van Dijk , directeur Publieke Gezondheid en GHOR <i>Liesbeth van Dalen</i>	4
Vragenlijst tijdens Milan 2013 Hoe beoordelen Hindostanen hun eigen gezondheid en leefstijl? <i>Ellen Ricke en Barend Middelkoop</i>	8
De Gezonde School Werken aan een gezonde leefstijl voor de toekomst <i>Ellen Ricke en Liesbeth Remmers</i>	16
Mazelen in de regio GGD Zuid-Holland West in 2013 <i>Kioe Bing Yap, Mare de Boer en Henriëtte Bots</i>	22
Veilig vrijen doe je samen, ook in de seksindustrie <i>David Spitaels en Laura Blitz</i>	28
De gezondheid van de Haagse bevolking <i>Caroline Dekkers en Mary Berns</i>	31
Korte berichten	33
Meldingen infectieziekten	36

Redactioneel

Allereerst dankt de redactie van het Epidemiologisch Bulletin iedereen voor de gemaakte complimenten over het vernieuwde uiterlijk van het blad. Deze nieuwe vormgeving is onder meer het gevolg van de vorming van de GGD Haaglanden. De directeur van deze nieuwe organisatie opent dit nummer. In een interview gaat hij in op de vorming van de GGD Haaglanden en spreekt over taken en uitdagingen voor deze GGD in de huidige maatschappelijke context.

Tijdens het jaarlijkse Milan festival in het Haagse Zuiderpark hebben onderzoekers aan bijna 1.200 bezoekers vragen gesteld over hun gezondheid en leefstijl. Het is een eerste stap op zoek naar antwoord op de vraag hoe het buitengewoon hoge risico op diabetes en hart- en vaatziekten onder Hindostanen te verminderen. In dit Epidemiologisch Bulletin leest u over het resultaat van deze peiling.

Het is bekend dat leerlingen die zich gezond en veilig voelen beter presteren op school. De Gezonde School werkwijze ondersteunt scholen in het creëren van deze gezonde en veilige omgeving. Steeds meer scholen in de regio Haaglanden hanteren deze werkwijze. Het derde artikel in dit Bulletin beschrijft wat de Gezonde School werkwijze inhoudt.

In 2013 kende Nederland een mazelenepidemie. Eerder gebeurde dit ook in 1999. De afdeling Infectieziekten van de toenmalige GGD Zuid-Holland West heeft zich verdiept in de ontwikkeling van de epidemie van 1999-2000 in deze regio en het verloop in 2013 vergeleken met de epidemie van 1999-2000.

Gezonde seksualiteit en veilig vrijen is een terugkerend thema in het Epidemiologisch Bulletin. Ook dit nummer bevat een artikel over dit thema. Het gaat over veilig vrijgedrag in de seksindustrie. Bijzonder aan dit artikel is het gekozen perspectief. Meestal gaan artikelen in dit kader over het veilig vrijgedrag van de sekswerkers. In dit artikel ligt de focus juist op het veilig vrijgedrag van hun klanten (prostituanten).

Na eerdere aankondigingen, waaronder in het Epidemiologisch Bulletin, is onlangs de Haagse Gezondheidsmonitor 2014 verschenen. In het laatste artikel van dit bulletin staat beschreven waarom en hoe de gezondheidsmonitor tot stand is gekomen en over welke gezondheidsonderwerpen u informatie kunt vinden in dit document. Het artikel trekt een aantal algemene conclusies over de gezondheid van de Haagse burger. Tevens leest u over de belangrijke bijlage bij de gezondheidsmonitor die inzicht geeft in de gezondheid van de Haagse jeugd.

GGD Haaglanden als spil in de publieke gezondheid

Of het nu gaat om continuering van de bestaande dienstverlening, nieuwe taken die van het rijk naar de gemeenten gaan, ondersteuning van de negen gemeentebesturen of de zorggarantie tijdens een wereldtop: het zijn taken waar de GGD Haaglanden voor staat! Per 1 januari 2014 vormen de GGD Den Haag en de GGD Zuid-Holland West één regionale GGD: de GGD Haaglanden (zie kader op pagina 7). Ton van Dijk is waarnemend directeur Publieke gezondheid en Regionaal geneeskundige commandant van de GHOR (Geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio) in Haaglanden. Hij hoopt dat de gemeenten in deze GGD- en Veiligheidsregio zonder aarzelen een beroep doen op hún GGD Haaglanden. “Van infectiezieken tot kinderopvang en van prostitutie tot bodemverontreiniging: benut ons.”

Liesbeth van Dalen

Gemeenten, benut ons!

Tijdens het 75-jarig jubileum van de GGD Nederland in juni 2013 riep de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Martin van Rijn, de GGD-en op gezamenlijk de taken voor de GGD als spil van de publieke gezondheid scherp te stellen. “Het gaat om de vraag wat een GGD in huis moet hebben om gemeenten te ondersteunen om goed lokaal beleid te maken. Want er komt een volstrekt nieuwe wereld aan met een nieuwe rol voor de gemeenten waarin het uitermate belangrijk is dat de GGD'en ook voor de komende 75 jaar toegerust zijn”, zei Van Rijn. Het antwoord van Van Dijk is duidelijk: “De twee GGD'en boden in Haaglanden al jaren ondersteuning bij het lokale beleid. In de gemeente Den Haag zijn wij gewend het uitgebreid en intensief aan te pakken en het zou mooi zijn als we dit met de nieuwe GGD Haaglanden voor alle gemeenten op een dergelijke manier kunnen gaan realiseren. Dat is de belangrijkste doelstelling van de regionalisering. De GGD is van en voor het openbaar bestuur van de negen gemeenten, zowel afzonderlijk als samen.

Betrek ons bij de discussies over het beleid, stel vragen aan de GGD, laat ons dingen uitzoeken en dingen voor u doen. Mijn beeld is dat die behoefte bestaat. Aan ons de taak om deze ook in te vullen.”

De GGD heeft expertise op tal van terreinen rond de publieke gezondheid. De taken bij bijvoorbeeld infectieziektebestrijding en toezicht op de kinderopvang zijn alom bekend. “Maar gemeenten kunnen de GGD ook betrekken in het kader van een gezonde leefomgeving, bij de inrichting van de stad, de planvorming, bij zaken als luchtkwaliteit en bodemverontreiniging en bij het stimuleren van een gezonde leefstijl en het tegengaan van alcoholgebruik en overgewicht. Op al die terreinen hebben wij deskundigheid en kunnen wij een rol spelen.”

College van B&W vraagt advies aan de GGD

Van Dijk is dan ook blij met artikel 16 in de Wet publieke gezondheid, namelijk: “Voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg vraagt het College van Burgemeester en Wethouders advies aan

de gemeentelijke gezondheidsdienst”. Dat betekent dat men bij belangrijke beslissingen advies van ons krijgt, gevraagd en eventueel ongevraagd, maar wel zodanig dat men er ook wat mee kan en vanuit de verantwoordelijkheid die het college heeft voor de publieke gezondheid.” De Wpg bepaalt ook dat gemeenten de gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen moeten bewaken. “Daar zijn we bijvoorbeeld in het kader van medische milieukunde mee bezig. Bij de aanleg van nieuwe wegen of de bouw van nieuwe huizen kijken wij wat het betekent voor de gezondheid van de mensen die er (gaan) wonen. Dat is soms meer dan het voldoen aan normen.” Met het oog op goede advisering en expertise is Van Dijk blij dat de GGD Haaglanden is aangehaakt bij de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland (AWPG NZH). In deze regionale netwerkorganisatie werken praktijkorganisaties en onderzoeks- en opleidingsorganisaties structureel met elkaar samen op het gebied van praktijkgericht onderzoek en onderwijs publieke gezondheid. Wat de GGD Haaglanden vooral niet moet doen is volgens Van Dijk dwingend zijn. “We hebben vanuit onze professionele achtergrond wel eens de neiging om te denken ‘dat ze dat toch echt zouden moeten doen’. Soms is er echter een reden waarom een gemeente er nog niet aan toe is en dan moet je ook even durven wachten.”

De komende vijf jaar hoopt Van Dijk hetgeen op het gebied van publieke gezondheid in Den Haag is gerealiseerd ook te kunnen leveren voor de andere acht gemeenten. “Zodat de meer dan één miljoen burgers daar gebruik van kunnen maken en van kunnen profiteren. In de acht gemeenten vraagt dat misschien enige tijd, maar ik merk al een nieuwsgierigheid naar hoe ze ons als GGD kunnen gebruiken. Het werk is goed geborgd en inmiddels is voor de nieuwe organisatie zelfs al het HKZ-certificaat afgegeven. Daar ben ik heel trots op, want dat hadden we met elkaar in twee maanden rond. Dat betekent dat de basis goed is geregeld.”

Gezien alle ontwikkelingen betwijfelt Van Dijk echter of het lukt om voor alle zorgtaken het niveau te handhaven. “Ik hoop dat we in de negen gemeenten hetzelfde niveau kunnen blijven vasthouden, ondanks alle ontwikkelingen en de uitdagingen waar gemeenten de komende jaren voor staan. De ophanden zijnde decentralisaties hebben een grote impact op de organisatie van de zorg voor de burgers, met de gemeente aan het stuur.”



Ton van Dijk:
“De GGD Haaglanden beschermt, bewaakt en bevordert de gezondheid van meer dan één miljoen inwoners.”

Decentralisatie van rijkstaken: kansen om het anders te doen

Ook de GGD Haaglanden krijgt te maken met de decentralisatie van taken vanuit het rijk naar gemeenten. “Op het gebied van het sociale domein krijgen gemeenten in 2015 grote verantwoordelijkheden. Dat gaat bovendien gepaard met bezuinigingen en dat is pittig”, vindt Van Dijk. “Tegelijkertijd biedt het kansen om het anders te doen. Zo kun je voor verschillende bestaande doelgroepen uit de huidige AWBZ de zorg meer in gemeenschappelijkheid organiseren in plaats van per afzonderlijke doelgroep. Je kunt ook veel meer doen met collectieve maatregelen. Ik vind de komst van de taxibus nog altijd een goed voorbeeld van een collectieve voorziening ter vervanging van de toen bestaande, soms zeer kostbare individu-gerichte regelingen.”

Ook de benadering van mensen die dak- en thuisloos zijn kan anders. “Deze groep kun je ondersteunen en tegelijkertijd ook zelf dingen laten doen. Iemand die dak- of thuisloos is kan best op een bepaald niveau vrijwilligerswerk doen. Hij gaat daardoor weer participeren en er is tegelijkertijd weer sprake van maatschappelijke input. Die activering en zelfredzaamheid kunnen nog veel verder worden uitgewerkt. Natuurlijk moet je hun problemen onderkennen en moeten we oog houden voor mensen met beperkingen. Maar de mate waarin dit een belemmering is, wordt voor een belangrijk deel ook bepaald door de wijze waarop zijn leefomgeving hierop is ingericht: collectiviteit dus.”

Het aanspreken van verantwoordelijkheden bepleit Van Dijk ook als het gaat om het probleem van comazuipen in de regio Haaglanden. “Het zijn de ouders die dit kennelijk accepteren, terwijl de wet zegt ‘drinken vanaf 18 jaar’. Het is daarom van belang dat ouders hun voorbeeldfunctie en maatschappelijke verantwoordelijkheid hierin erkennen. En dat gaat kennelijk niet vanzelf.”

Als laatste voorbeeld wijst Van Dijk op de decentralisatie van de Jeugdzorg. “Daar heeft de GGD Haaglanden in Den Haag veel mee te maken omdat we de jeugdgezondheidszorg als GGD hier zelf ook uitvoeren.

Vanuit het concept van gezinscoaching is het belangrijk om aan de voorkant van de jeugdzorg de entree naar de zwaardere zorg te versterken en daarmee de problematiek eerder te kunnen aanpakken.”

Al met al ziet Van Dijk eerder kansen dan dat hij zich zorgen maakt. “Er is inderdaad tijdsdruk, maar dat is juist goed. Daardoor worden zaken opgepakt. Ook hier geldt: gemeenten, gebruik je GGD als adviseur.”

Publieke gezondheid is een breed terrein

Zoals gezegd, ziet Van Dijk het als grootste uitdaging voor de GGD Haaglanden om mét en vóór de gemeenten de publieke gezondheid in te vullen en vorm te geven.

Publieke gezondheid raakt ook de sociaal-economische gezondheidsverschillen, die zichtbaar zijn in leefstijl, armoede, leefomgeving en sociale en fysieke kwetsbaarheid. Het zijn thema's die altijd aandacht nodig zullen hebben. “Neem overgewicht. Daar moeten we met volle kracht op inzetten en dat doen we ook. Maar je moet niet verwachten dat het binnenkort klaar is. Het is een maatschappelijke trend die zich langzaam heeft gevormd en in het gedrag en de cultuur van mensen zit. Dat heb je niet in één wethoudersperiode opgelost.” Dat geldt ook voor de problematiek in achterstandswijken. “We moeten ons blijven inzetten om die problematiek terug te dringen, maar het zal in de wijk zelf niet snel leiden tot een betere situatie. Want de wijk is dynamisch, de goeden gaan er uit, de minderen komen er in. Dus het vraagt continue aandacht, net zoals met voorlichting op het gebied van soa. Want elk jaar beginnen er zo'n 160.000 jongeren aan hun seksuele carrière en voor hen begin je weer opnieuw.”

Al zal de problematiek blijven, de aanpak en methodieken vragen voortdurend om vernieuwing. “Je moet steeds kritisch kijken of je methodes voldoende zijn en aansluiten bij de doelgroepen. Als GGD staan wij dichtbij de mensen en doelgroepen en kunnen dus lokaal verdieping aanbrengen of maatwerk leveren.”

Een man van verbinden en schakelen

Over de kracht van de GGD als spil in de publieke gezondheid zegt Van Dijk: “We kennen het zorgnetwerk, we opereren daarin, hebben zorgprofessionals in huis en kennen het bestuurlijk niveau.” Dat is volgens hem mede te danken aan de rol van de GGD als intermediair tussen het lokaal bestuur en het zorgnetwerk in de gemeenten. “Mijn rol zie ik vooral als verbinden en schakelen en als dat lukt, loopt het prima. Dit gebeurt vanuit het laagdrempelige contact dat er bestaat met zowel raden van besturen van ziekenhuizen, ambulancediensten en huisartsen als met wethouders en de burgemeesters van de negen gemeenten. Eens per jaar spreken we bijvoorbeeld met alle directeurs van zorg. Dat is genoeg. Want we weten dat we, als het nodig is, binnen twee uur met elkaar aan tafel zitten.”

De NSS-top: ambulance gaat voor Obama

Het verbinden en schakelen speelde ook rond de Nuclear Security Summit 2014 (NSS) op 24 en 25 maart 2014 in Den Haag. Er was alomedia-aandacht voor ‘veiligheid en representatie’, terwijl achter de schermen ook Van Dijk en ‘zijn’ GGD en GHOR nauw betrokken waren bij deze internationale top. “Het is een kwestie van in gezamenlijkheid de geneeskundige zorg goed te regelen, temidden van alle veiligheidsmaatregelen en de (on)toegankelijkheid van de zwaar beveiligde zones. Dat betekent ook aandacht voor de belemmeringen die dit opleverde voor de reguliere zorg voor onze burgers. Met de uitspraak ‘Ambulance gaat voor Obama’ maakte de burgemeester van Den Haag duidelijk dat het continueren van de reguliere zorg voor de burgers minstens even belangrijk was als de zorg voor de deelnemers aan de top en voorbereiding op mogelijke calamiteiten.”

De zorg voor de tienduizend buitenlandse gasten was gebaseerd op ‘goed gastheerschap’. Voor de gasten was één telefoonnummer beschikbaar om toegang te krijgen tot zorg, van huisarts tot tandarts en van apotheek tot spoedeisende eerste hulp. Een deel van deze zorg was in het World Forum voorzien. Geregeld was ook dat de traumahelikopter kon vliegen, ondanks het vliegverbod.

Van Dijk: “Uiteraard waren er afspraken met ziekenhuizen en we hadden het NSS-actiecentrum van de GGD voor het geval zich een voedselinfectie of virus zou voordoen. We konden signaleren wat er aan de hand was en we weten dat meer dan tachtig mensen uit de directe omgeving van NSS huisartszorg hebben gekregen.”

Ook wat betreft de burgers moest de zorg gegarandeerd zijn. “Dan komt eigenlijk alle patiëntenzorg in beeld: de bereikbaarheid van de eigen instelling en de (thuiszorg)patiënt door de medewerkers, de bereikbaarheid van de huisarts of verloskundige voor de burger en dergelijke. We hebben veel afspraken gemaakt met zorgorganisaties, er zijn allerlei scenario’s doorgenomen met daarbij een belangrijke rol voor de meldkamer van de ambulance. Zo nodig was politiebegeleiding beschikbaar voor zorgverleners die strandden in het verkeer. Ook interregionaal zijn afspraken gemaakt voor het geval de bereikbaarheid van ziekenhuizen problemen zou opleveren.”

In totaal waren meer dan honderd zorgprofessionals specifiek belast met de inzet rond de NSS, naast alle extra georganiseerde reguliere inzet. Deze kwamen van buiten het reguliere zorgaanbod en voldeden aan de eisen die aan beveiliging van personen en middelen werden gesteld. “Mensen hebben er weinig van gezien, het is allemaal goed gegaan en daar ben ik trots op”, concludeert Van Dijk.

Tot slot benadrukt Van Dijk dat het meeste werk eigenlijk vanzelfsprekend gebeurt. “De ambulance rijdt, we checken prostitutielocaties en inspecteren kinderopvang, er wordt lijkschouw verricht en er lopen preventieprogramma’s. We overleggen, we adviseren bij maatschappelijke onrust, zorgen voor een winterregeling voor daklozen als het weer daar aanleiding toe geeft, we zijn bezig met epidemiologie en de burger kan op ons rekenen als infectieziekten aangepakt moeten worden. Het zijn vanzelfsprekendheden, daar is een GGD voor. Het is kijken wat we met elkaar kunnen doen in het belang van die burger.”

Nieuwe GGD vanwege regionalisering

Per 1 januari 2014 vormen de GGD Den Haag en de GGD Zuid-Holland West één regionale GGD: de GGD Haaglanden.

De GGD Haaglanden is de organisatie voor publieke gezondheid voor de inwoners van de gemeenten Delft, Den Haag, Leidschendam-Voorburg, Midden-Delfland, Pijnacker-Nootdorp, Rijswijk, Wassenaar, Westland en Zoetermeer. Daarmee beschermt, bewaakt en bevordert GGD Haaglanden de gezondheid van ruim één miljoen inwoners. Dit in opdracht van de colleges van B&W van deze gemeenten.

Deze regionalisering is het gevolg van de wijziging van de Wet Publieke gezondheid (Wpg) in 2012. Sindsdien sluit de Wpg beter aan bij de Wet veiligheidsregio’s (Wvr). Daarmee is Nederland beter voorbereid op grootschalige uitbraken van infectieziekten en andere rampen en in staat om adequaat in te spelen op de ontwikkelingen van een snel veranderende maatschappij. Een voorbeeld hiervan is het eerste Nederlandse MERS-geval, dat zich begin mei 2014 in regio Haaglanden voordeed.

Deze wetswijziging heeft tot gevolg dat het aantal GGD’en in Nederland is teruggebracht van 28 tot 25, waarbij de werkgebieden overeenstemmen met de veiligheidsregio’s. Daarnaast is de functie Directeur Publieke Gezondheid (DPG) ingevoerd. De DPG is verantwoordelijk voor zowel de GGD als de GHOR, en is in die laatste hoedanigheid ook lid van de directie van de veiligheidsregio. De DPG is hierbij het aanspreekpunt en de gesprekspartner voor zowel het bestuur als voor de brandweer, politie en gemeente. Daarbij geeft hij binnen het veiligheidsdomein integraal advies namens de geneeskundige keten (de zogenaamde ‘witte keten’)

OVER DE AUTEUR

Mw. E.M. van Dalen werkt onder andere als eindredacteur en redactiesecretaris voor het Epidemiologisch Bulletin.
E-mail: info@koopmansenvandalen.nl.

SAMENVATTING**INLEIDING**

Het diabetesrisico bij Hindostanen is extreem hoog en het is erg moeilijk om effectief preventie te bedrijven, bijvoorbeeld door het beïnvloeden van de leefstijl van Hindostanen. Onderzoek naar determinanten die van invloed zijn op een gezonde leefstijl van Hindostanen was wenselijk. Doel was na te gaan welke componenten van de cultuur van hun land van herkomst Hindostanen (willen) vasthouden en wat de invloed van deze componenten op hun gezondheid gerelateerd gedrag is.

METHODE

Tijdens het Milan festival in het Haagse Zuiderpark 2013 zijn Hindostanen gevraagd mee te werken aan dit onderzoek door de vragenlijst Milan 2013 in te vullen. De vragenlijsten zijn afgenomen door Hindostaanse vrijwilligers en betroffen de thema's: Demografische gegevens, Leefstijl, Sociale cohesie, Zorggebruik, Zelf gerapporteerde gezondheid en Motivatie tot verandering.

RESULTATEN

Van de 1.179 respondenten zijn 675 Hindostanen woonachtig in Den Haag, 113 in Rotterdam, 47 in Amsterdam. Wat betreft hun gezondheid zeggen de Hindostaanse deelnemers uit Den Haag enerzijds dat zij hun gezondheid als goed ervaren, anderzijds heeft respectievelijk 14% en 10% van de respondenten al te maken met diabetes en hart- en vaatziekten. Ruim een kwart van de respondenten wordt in het dagelijks functioneren beperkt door lichamelijke of emotionele problemen. Veel Hindostanen hechten veel waarde aan de familie en de normen van de omgeving en velen achten zichzelf niet goed in staat om belangrijke veranderingen in het leven aan te brengen.

CONCLUSIE

Het hebben van diabetes en hart- en vaatziekten of het ervaren van beperkingen lijken geen invloed te hebben op de ervaren gezondheid van de respondenten. Er is aanvullend onderzoek nodig om beter te begrijpen hoe zaken als sociale invloed/normen en eigen effectiviteit ten opzichte van gedragsverandering beïnvloed kunnen worden.

Hoe beoordelen Hindostanen hun eigen gezondheid en leefstijl?



Wat is er nodig om het buitengewoon hoge risico op diabetes en hart- en vaatziekten onder Hindostanen te verminderen? Het ernstige probleem van diabetes en hart- en vaatziekten bij Hindostanen is al vaak in het Epidemiologisch Bulletin beschreven, zeker na de publicatie in 1996 van de zorgwekkende prevalentiecijfers voor diabetes ⁽¹⁾. Toch is er ondanks de uiteenlopende initiatieven van de GGD (zie kader op pagina 9) nog onvoldoende zicht op resultaten wat betreft gedragsverandering. Het is dan ook tijd voor een nieuwe bezinning op de manier waarop dit kan worden bereikt. Dit artikel beschrijft hiervan een eerste stap, namelijk een onderzoek dat in 2013 is uitgevoerd tijdens het jaarlijkse Hindostaanse Milan festival in het Haagse Zuiderpark.

In dit onderzoek zijn aan Hindostaanse bezoekers vragen gesteld over onder andere hun gezondheid, hun leefstijl en over enkele mogelijke determinanten hiervan.

Ellen Ricke en Barend Middelkoop

Historie Haags onderzoek gezondheid Hindostanen

Al meer dan twintig jaar besteedt het Epidemiologisch Bulletin aandacht aan de gezondheid van Hindostanen en hun hoge risico op diabetes en hart- en vaatziekten. Dit probleem is in 1996 definitief op de kaart gezet met de publicatie van onrustbarende ziekte- en sterftcijfers. Zo bleek dat maar liefst 40% van de Hindostanen van 60 jaar en ouder diabetes heeft.¹ De GGD voerde samen met Thuiszorg Den Haag in de periode 1996-1999 een interventie uit om het diabetesrisico van Hindostanen te verkleinen en de diabeteszorg beter af te stemmen op de leef- en voedingsgewoonten van Hindostanen.² Ook deed de GGD veel onderzoek om het hoge diabetesrisico beter te begrijpen.³⁻⁷ In de periode 2002-2005 kwam de GGD met nieuwe methodes om binnen gezinnen het gesprek over diabetes te stimuleren.

Door samen te werken met de bekende toneelschrijfster Kamla Sukul werd in een goed bezocht toneelstuk kennis over diabetes, de oorzaken en de gevolgen ervan op aansprekende wijze weergegeven.^{8,9} Vermeldenswaard is ook het SHIVA gezondheidsplein op het Milan festival in 2004 in het Haagse Zuiderpark (het grootste Hindostaanse openlucht festival van Europa).

Op dit gezondheidsplein, georganiseerd door LUMC en Westeinde ziekenhuis, konden Hindostanen zich laten screenen op risicofactoren voor hart- en vaatziekten.¹⁰ Ten slotte heeft de afdeling Sociale Geneeskunde van het Amsterdamse Academisch Medisch Centrum, in samenwerking met de GGD Den Haag, de afgelopen jaren een intensieve interventiestudie uitgevoerd om het risico op diabetes te verminderen bij Hindostanen bij wie in het bloed al een duidelijk verhoogd risico aantoonbaar was ('pre-diabetes').¹¹ Belangrijke lessen uit deze laatste studie zijn dat het diabetesrisico nog altijd extreem hoog is en dat het nog steeds erg moeilijk lukt om effectief preventie te bedrijven, bijvoorbeeld door het beïnvloeden van de leefstijl van Hindostanen. Dat het diabetesrisico nog altijd hoog is, wordt mede veroorzaakt doordat de precieze oorzaken van dit risico nog altijd onduidelijk zijn. Waarschijnlijk spelen zowel leefstijl als genetische aanleg een rol.

Den Haag is een multiculturele stad met een groot aantal etnische minderheidsgroepen. De gezondheid en het welzijn van alle etnische groepen in Den Haag is fundamenteel voor de groei en ontwikkeling van individuen en gemeenschappen in de hele stad. Verondersteld wordt dat leven in een nieuwe sociale en culturele omgeving gezondheidsuitdagingen met zich meebrengt, zeker voor kwetsbare groepen.¹² In het algemeen worden de etnische minderheidsgroepen in Den Haag geïdentificeerd als een kwetsbare populatie waar het gaat om hun gezondheid, omdat zij veelal behoren tot de lagere sociaal-economische klasse en de Nederlandse taal vaak onvoldoende machtig zijn. De Hindostaanse gezinnen vormen een van de voornaamste kwetsbare doelgroepen, omdat zij met ongeveer 50.000 mensen (10% van het inwoneraantal van Den Haag) de grootste minderheidsgroep zijn.¹³ Voorts blijkt uit eerder onderzoek dat Hindostanen de grootste risicogroep zijn voor het krijgen van diabetes en hart- en vaatziekten.¹⁴

Met Hindostanen wordt hier bedoeld op de Surinaamse Hindostanen van wie de (voor)ouders gemigreerd zijn uit het voormalig Brits-Indië via Suriname naar Nederland.¹⁵ Hindostanen worden vaak gezien als een buitengewoon succesvolle migrantengroep met als karakterisering de 'Model Minority Myth'.¹⁶ 'Model Minority' verwijst naar een etnische of religieuze minderheidsgroep, van wie gedacht wordt dat de leden een hogere graad van succes behalen dan het gemiddelde van de autochtone populatie. Dit succes wordt vooral gemeten aan de hand van inkomen, opleiding en factoren zoals een lage vertegenwoordiging in criminaliteit en een hoge gezinsstabiliteit. Het woordje 'Myth' verwijst echter naar een etnische stereotypering¹⁶, die ook in dit geval mank gaat, onder meer omdat er binnen de Hindostaanse gemeenschap grote verschillen bestaan in opleidings- en inkomensniveau. Als gevolg van deze 'Model Minority Myth' worden Hindostanen vaak gezien als welvarend en gezond, zonder sociale of gezondheidsproblemen. Bovendien gaat deze mythe eraan voorbij dat veel Hindostanen de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn, een lage sociaal-economische status hebben en onvoldoende toegang hebben tot de gezondheidszorg¹⁷, met name in termen van ervaren kwaliteit van zorg. Hindostanen ervaren de zorg namelijk niet als kwalitatief goed vanwege culturele en taalbarrières en door problemen met interpersoonlijke communicatie. Eerdere studies naar gezondheidgerelateerde karakteristieken van Hindostanen toonden een hoge prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen¹⁸, een hoge prevalentie van diabetes type II¹⁴, een hoge prevalentie van hart- en vaatziekten² en van fysieke inactiviteit.^{19,20}

Het hierna beschreven kwantitatief onderzoek is uitgevoerd om onder andere de determinanten die van invloed zijn op een gezonde leefstijl van Hindostanen in kaart te brengen. Doel was na te gaan welke componenten van de cultuur van hun land van

herkomst Hindostanen (willen) vasthouden en wat de invloed van deze componenten op hun gezondheid gerelateerd gedrag is. Onder culturele waarden wordt hier verstaan de collectieve mentale programmering die de leden van een groep of categorie mensen onderscheidt van anderen.²¹ Tevens is onderzocht hoe het met de actuele cardiometabole en psychische gezondheid van Hindostanen gesteld is. Reden om ook naar de psychische gezondheid te kijken is het bekende feit dat Hindostanen sterk zijn blootgesteld aan stress.²² Stress kan op haar beurt invloed hebben op de cardiometabole gezondheid.

De resultaten van dit onderzoek kunnen belangrijk zijn voor het ontwikkelen van een leefstijl-interventie die rekening houdt met de culturele waarden van Hindostanen en die als uiteindelijk doel heeft de gezondheid van Hindostanen te verbeteren.

Het onderzoek laat zien dat voor Hindostanen de familie en de normen van de omgeving van groot belang zijn.

Methoden

Onderzoekopzet

Tijdens het Milan festival in het Haagse Zuiderpark (het grootste Hindostaanse openlucht festival van Europa) op 5, 6 en 7 juli 2013 zijn Hindostanen gevraagd mee te werken aan dit onderzoek door de vragenlijst Milan 2013 in te vullen.

De vragenlijsten zijn afgenomen door Hindostaanse vrijwilligers. Zij zijn voorafgaand aan het festival getraind in het benaderen van deelnemers en het afnemen van vragenlijsten. Op deze manier zijn de data voor dit onderzoek verzameld door mensen uit de doelgroep zelf in de veronderstelling dat dit zou leiden tot meer deelnemers aan het onderzoek en tot een hogere respons. Bovendien konden op deze manier ook bezoekers die de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn, deelnemen. Er werd gebruik gemaakt van informed consent. De deelnemers is uitgelegd dat deelname vrijwillig was en dat de resultaten volledig anoniem zouden blijven.

Doelgroep

De doelgroep van het onderzoek bestond uit Hindostanen van 14 jaar en ouder. Jongeren tussen 14 en 18 jaar mochten de vragenlijst invullen indien een ouder aanwezig was en toestemming gaf voor deelname. Zoals gezegd werd onder Hindostanen verstaan: mensen van Surinaams Hindostaanse afkomst. Op het Milan festival komen Hindostanen vanuit diverse streken van Nederland; de deelnemers vormen derhalve geen afspiegeling van de Hindostaanse populatie in Den Haag. Deelname aan het onderzoek was niet gekoppeld aan wonen in Den Haag.

Wel werd in de vragenlijst gevraagd naar woonplaats. Overigens kunnen de Haagse festivaldeelnemers uiteraard niet als representatief gezien worden voor de Hindostaanse Hagenaars.

Meetinstrumenten

Uit bestaande vragenlijsten is de vragenlijst Milan 2013 (papieren en digitale versie) ontwikkeld om informatie te verzamelen betreffende de gezondheidsbehoeften van Hindostanen. De bruikbaarheid van deze vragenlijst is getest onder 36 Hindostanen en 44 Nederlanders, allen cliënten van een huisartsenpraktijk in Den Haag. De Hindostaanse respondenten moesten de vragenlijst voornamelijk testen op taalgebruik en begrip en ze moesten beoordelen of de vragen aansluiten bij de doelgroep. De Nederlandse respondenten dienden als controlegroep teneinde na te gaan of de vragenlijst daadwerkelijk verschillen tussen deze twee doelgroepen liet zien. Tevens kon deze pilot een argument bieden voor het al dan niet focussen op de Surinaamse doelgroep. Een significant verschil tussen Nederlandse respondenten en Hindostaanse respondenten rechtvaardigt de focus op de Hindostaanse doelgroep.

De volgende thema's werden met behulp van de vragenlijst uitgevraagd: 1. Demografische gegevens, 2. Leefstijl, 3. Sociale cohesie, 4. Zorggebruik, 5. Zelf gerapporteerde gezondheid, 6. Motivatie tot verandering. Deze thema's zijn gebaseerd op het LaLonde Model en het I-Change model. Door gebruik te maken van deze twee modellen konden alle factoren die gezondheid beïnvloeden in kaart worden gebracht. Het LaLonde Model laat zien dat de gezondheid van een bevolking door verschillende factoren beïnvloed wordt, waaronder biologische en erfelijke factoren, leefstijl en sociale en fysieke omgeving. Samen met het I-Change model (Integrated Model for Change, een soort synthese van enkele oudere modellen uit de gezondheidspsychologie) maakt het LaLonde Model duidelijk dat er op meerdere factoren ingespeeld moet worden om daadwerkelijk gezondheidsgedrag te kunnen beïnvloeden.^{23,24} De digitale vragenlijst is samengesteld met behulp van enquete-maken.be, een beveiligde online tool om vragenlijsten te maken. Bezoekers die tijdens Milan de papieren vragenlijst niet wilden invullen, konden thuis de digitale vragenlijst invullen. Zowel de digitale als de papieren vragenlijst waren volledig anoniem. Als een deelnemer een vraag niet wilde beantwoorden, kon hij deze overslaan. Het invullen van de vragenlijst duurde 15-20 minuten.

Analyse van de data

Voor het maken van de analyse zijn de data uit de digitale enquête en uit de papieren enquête samengevoegd. Om te kijken of er bij Hindostanen veranderingen in hun culturele waarden ontstaan, zijn de respondenten ingedeeld naar eerste generatie (geboren in Suriname) of tweede generatie (geboren in Nederland) en naar leeftijdsklasse (14-24 jaar, 25-44 jaar, 45-64 jaar en 65 jaar en ouder).²⁵

Statistische analyses

De verzamelde data werden gecodeerd en geanalyseerd met behulp van SPSS20. Met Pearson's correlatie coëfficiënt is bepaald of er een relatie tussen variabelen bestond. Met een regressiemodel is de invloed nagegaan van opleidingsniveau en leeftijd op de prevalentie van diabetes. De resultaten bevatten alleen die onafhankelijke variabelen die een significante invloed hadden op de uitkomstvariabelen.

Naast deze analyses zijn de resultaten in een aantal gevallen vergeleken met de resultaten van de Haagse Gezondheidsmonitor 2014. Hoewel de resultaten van de vragenlijst Milan 2013 mede gebaseerd zijn op data verkregen van respondenten buiten Den Haag, is de vergelijking met de Haagse Gezondheidsmonitor gerechtvaardigd omdat de overgrote meerderheid van de respondenten van Milan 2013 uit Den Haag afkomstig is. Overigens is de vergelijking ook niet helemaal zuiver – zoals vaker bij dit type onderzoek – omdat de deelnemers voor de Gezondheidsmonitor en Milan 2013 op zeer verschillende manieren zijn geworven en ieder op hun eigen wijze zullen afwijken van een echt representatieve steekproef.

Resultaten

In totaal hebben 1.445 Hindostanen de vragenlijst ingevuld. 266 enquêteformulieren zijn buiten de analyse gelaten, omdat bij etniciteit Nederlands was ingevuld of vanwege een gemixte etniciteit of omdat meer dan de helft van de vragen niet was ingevuld (minimaal 50% van de vragen moest beantwoord zijn om deel te kunnen nemen aan de analyse). Dit betekent dat 82% van de data gebruikt kon worden voor analyse.

Van deze 82% zijn 28 formulieren digitaal ingevuld en 1.151 schriftelijk. Van de 1.179 respondenten zijn 675 Hindostanen woonachtig in Den Haag, 113 in Rotterdam, 47 in Amsterdam. De overige respondenten wonen verspreid in de agglomeraties van deze grote steden. Slechts 87 deelnemers wonen buiten de Randstad.

1. Demografische gegevens

De deelnemers zijn gemiddeld ongeveer 39 jaar, waarbij vrouwen licht oververtegenwoordigd zijn (56%). Een ruime meerderheid van de deelnemers heeft een baan (60%) en heeft een diploma middelbaar beroepsonderwijs of hoger (71%). Twee derde van de deelnemers geeft aan dat hun land van herkomst Suriname is en een derde van de deelnemers is in Nederland geboren uit Surinaams Hindostaanse ouders. Gemiddeld verblijven de in Suriname geboren deelnemers 27 jaar in Nederland. De deelnemers buiten de Randstad hadden een – zij het niet-significant – gunstiger score op de variabelen opleidingsniveau en werksituatie.

2. Leefstijl

Zoals tabel 1 laat zien, is 'niet roken' en 'geen alcohol drinken' gerapporteerd door respectievelijk 69% en 66% van de respondenten. (Vergelijking met de Haagse Gezondheidsmonitor 2014: 72% van de inwoners van Den Haag geeft aan niet te roken en 24% van hen geeft aan niet te drinken).²⁷

Laag opgeleide deelnemers geven significant vaker dan hoger opgeleide deelnemers aan dat zij geen alcohol drinken (dit is niet apart in de tabel gepresenteerd).

Wat het voedingspatroon betreft, geeft 55% van de respondenten aan dagelijks te ontbijten, 52% eet dagelijks groenten en 45% eet dagelijks fruit.

15% van de deelnemers geeft aan te voldoen aan de beweegnorm: dat wil zeggen fysieke activiteit met een frequentie van minimaal vijf keer per week met een minimale duur van 30 minuten en een matig intensieve intensiteit.²⁶ (Vergelijking met de Gezondheidsmonitor 2014: 63% van de Haagse inwoners voldoet aan de beweegnorm).²⁷ Er blijkt geen sprake van significant verschil tussen het beweeggedrag van mannen en vrouwen en evenmin tussen de verschillende leeftijdsklassen. Mannen blijken wel meer te sporten dan vrouwen. Wat opleidingsniveau betreft is er geen verschil in het aantal mensen dat aan de beweegnorm voldoet. Hoger opgeleide mensen doen vaker aan sport, terwijl lager opgeleide mensen eerder gaan wandelen.

3. Sociale cohesie

In hoeverre houden Hindostanen vast aan hun eigen cultuur en tradities en in hoeverre passen zij zich aan aan de Nederlandse cultuur? Om hier antwoord op te krijgen, bevat de vragenlijst vragen uit de Asian Value Scale, een vragenlijst die onder andere Hindostaanse culturele waarden beoordeelt.²⁸ Voor 96% is familie erg belangrijk. 63% vindt dat men niet moet afwijken van normen van de familie en de omgeving en voor 40% is familie de belangrijkste bron van vertrouwen en afhankelijkheid. Om te beoordelen of er wat sociale cohesie betreft verschuivingen in de Hindostaanse cultuur ontstaan, is gekeken of er een correlatie bestaat tussen sociale cohesie en het behoren tot de eerste- of tweedegeneratie Hindostanen en of er een correlatie bestaat tussen sociale cohesie en de leeftijdsklasse waartoe de deelnemer behoort. Dit bleek niet het geval: er is geen relatie tussen het behoren tot de eerste of tweede generatie en sociale cohesie en ook niet tussen leeftijdsklasse en sociale cohesie. In de Hindostaanse cultuur vindt dus (nog) geen significante verandering betreffende sociale cohesie plaats. Er is wel een significant verschil tussen de mannelijke en vrouwelijke deelnemers. Mannen vinden significant vaker dan vrouwen dat er vastgehouden moet worden aan de normen van de familie en de omgeving en dat hier niet van afgeweken mag worden.

4. Zorggebruik

In tabel 1 is het zorggebruik van de respondenten in het afgelopen jaar terug te vinden. 76% van de respondenten heeft in het afgelopen jaar contact gehad met zijn/haar huisarts. (Vergelijking met de Gezondheidsmonitor 2014: 77% van de inwoners van Den Haag had in de afgelopen 12 maanden contact met zijn/haar huisarts).²⁷ Voor het bezoek aan de huisarts geldt dat meer vrouwen dan mannen in het afgelopen jaar contact gehad hebben met hun huisarts (respectievelijk 80% en 71%; gegevens niet in de tabel). Wat de overige disciplines betreft is er geen verschil in zorggebruik tussen vrouwen en mannen. Significant meer mensen met als hoogst afgeronde opleiding lager beroepsonderwijs (93%) en voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs (86%) bezochten het afgelopen jaar hun huisarts.

5. Zelf gerapporteerde gezondheid

84% van de respondenten ervaart zijn gezondheid als goed tot uitstekend. (Vergelijking met de Gezondheidsmonitor 2014: 73% van de inwoners van Den Haag ervaart zijn/haar gezondheid als goed tot zeer goed).²⁷ 14,0% van de respondenten geeft aan diabetes te hebben en 65% geeft aan dat een familielid diabetes heeft. Diabetes komt significant meer voor bij de lager opgeleide respondenten, met als kanttekening dat de meeste lager opgeleide respondenten behoren tot de leeftijdsklasse 65 jaar en ouder. De correlatie tussen het hebben van diabetes en de leeftijdsklasse is veel sterker dan de correlatie tussen het hebben van diabetes en opleidingsniveau: leeftijd heeft een aandeel van 13% in de voorspelling van de gevonden prevalentie en opleidingsniveau een aandeel van slechts 5%.

28% van de respondenten wordt door lichamelijke klachten in het dagelijks functioneren beperkt en 26% wordt in het dagelijks functioneren beperkt door emotionele problemen. Deze resultaten blijken geen correlatie te vertonen met de leeftijdsklasse, maar wel met het opleidingsniveau. Hoe lager de hoogst voltooide opleiding, hoe meer beperkingen (met zowel lichamelijke als emotionele oorzaak) de respondent ervaart.

6. Motivatie tot verandering

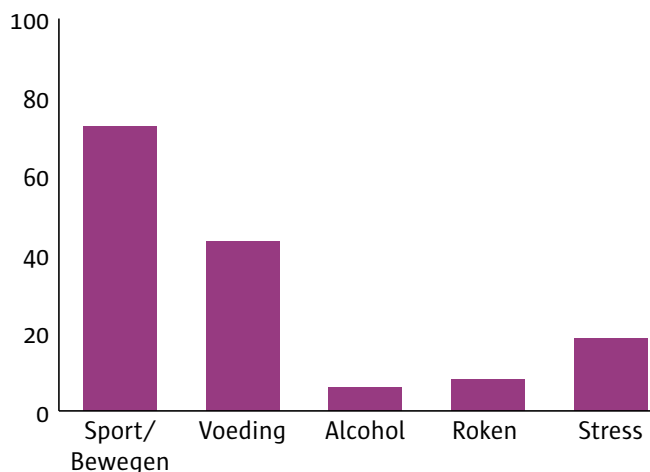
De vragenlijst ging ook in op de mate waarin iemand ervan overtuigd is zelf iets te kunnen veranderen aan de eigen situatie (dus niet specifiek gericht op de gezondheid). 39% van de respondenten geeft aan zelf iets te kunnen doen om belangrijke dingen in het leven te veranderen. Wat deze variabele betreft blijkt er geen verschil tussen de leeftijdsklassen, echter wel tussen opleidingsniveau. Respondenten met een hoger opleidingsniveau zien zichzelf, ongeacht de generatie waartoe zij behoren, beter in staat om belangrijke dingen in het leven te veranderen.

Over verschillende gezondheidsthema's is de respondenten gevraagd of zij deze belangrijk vonden voor hun gezondheid en of zij hier iets aan zouden willen veranderen. Van de respondenten

Tabel 1. Aspecten van gezondheid gerelateerd gedrag en het percentage respondenten dat aan deze aspecten voldoet

Gezondheidsaspect	percentage
Niet roken	69
Geen alcohol drinken	66
Dagelijks ontbijten	55
Dagelijks groente eten	52
Dagelijks fruit eten	45
Voldoen aan de beweegnorm*	15
Sociale cohesie	
Familie is erg belangrijk	96
Niet afwijken van normen van familie en omgeving	63
Familie is de belangrijkste bron van vertrouwen en afhankelijkheid	40
Zorggebruik in het afgelopen jaar	
Bezoek huisarts	76
Bezoek tandarts	66
Bezoek medisch specialist	38
Bezoek diëtist	15
Bezoek fysiotherapeut	23
Gebruik van thuiszorg	8
Gebruik psychische hulpverlening (psycholoog, psychiater, POHG)	11
Zelf-gerapporteerde gezondheid	
Ervaat gezondheid als goed tot uitstekend	84
Heeft zelf diabetes	14
Familielid heeft diabetes	65
Heeft zelf hart- of vaatziekten	10
Familielid heeft hart- of vaatziekten	52
Wordt in het dagelijks functioneren door lichamelijke klachten beperkt	28
Wordt in het dagelijks functioneren door emotionele problemen beperkt	26
Zelf belangrijke veranderingen in het leven kunnen maken	39
*Beweegnorm: fysieke activiteit met een frequentie van minimaal vijf keer per week met een minimale duur van 30 minuten en een matig intensieve intensiteit. ²⁷	

Figuur 1. Percentage respondenten dat meer aandacht zou willen besteden aan de verschillende gezondheidsaspecten



gaf 72% aan meer te willen bewegen/sporten, 43% zou meer aandacht aan voeding willen besteden, 6% wil minder gaan drinken, 8% wil stoppen met roken of minder gaan roken en 19% zou meer aandacht voor stress willen hebben (zie figuur 1). Er bleek geen relatie te zijn tussen het *willen* veranderen van gezondheid gerelateerd gedrag en het opleidingsniveau. Het daadwerkelijk *kunnen* veranderen van het gedrag werd significant meer aangegeven door hoger opgeleide respondenten.

Beschouwing

Dit onderzoek geeft een beeld hoe het momenteel staat met de gezondheid van de Hindostanen in Den Haag, hoeveel belang zij hechten aan componenten van de cultuur van hun land van herkomst (hetgeen belangrijk is bij eventuele aandacht voor de invloed van sociale cohesie) en de invloed van deze componenten op hun gezondheid-gerelateerde gedrag. Enerzijds zeggen de deelnemers dat zij hun gezondheid als goed ervaren, anderzijds heeft respectievelijk 14% en 10% van de respondenten – waaronder ook een aantal mensen die hun gezondheid als goed ervaren – al te maken met diabetes en hart- en vaatziekten. Bovendien wordt ruim een kwart van de respondenten in het dagelijks functioneren beperkt door lichamelijke of emotionele problemen (zie tabel 1). Het hebben van diabetes en hart- en vaatziekten of het ervaren van beperkingen in het dagelijks functioneren lijkt dus geen invloed te hebben op de ervaren gezondheid van de respondenten. Dit maakt preventie extra belangrijk. Opmerkelijk daarbij is dat slechts 15% van de Hindostanen aan de beweegnorm voldoet, terwijl dit voor 63% van de inwoners van Den Haag geldt.

Opvallend is dat 66% van de deelnemers niet-drinken rapporteert, terwijl de Gezondheidsmonitor 2014 laat zien dat 24% van de inwoners van Den Haag aangeeft niet te drinken. Daarom is met ongeveer 50 Hindostanen na afloop van dit onderzoek over alcoholgebruik gesproken (zie kader).

Uit het onderzoek blijkt een belangrijk verschil tussen hoger en lager opgeleide deelnemers wat betreft de motivatie tot verandering en het vertrouwen in de eigen mogelijkheden daartoe. Deelnemers met een hoger opleidingsniveau zien zichzelf beter in staat om belangrijke dingen in het leven te veranderen. Dit gegeven, samen met het feit dat Hindostanen veel waarde hechten aan familie en normen uit de omgeving, maakt het misschien mogelijk om hoger opgeleide Hindostanen als ‘early adoptors’, als ‘rolmodel’ te laten dienen voor de overige Hindostanen.

Wat culturele waarden betreft laat het onderzoek zien dat voor Hindostanen de familie en de normen van de omgeving van groot belang zijn (grote sociale invloed en sterke sociale norm). In de pilot die voorafgaand aan dit onderzoek is gedaan, kwam al naar voren dat familie en de normen van de omgeving voor

Focusgroepen over alcoholgebruik

Om meer inzicht te krijgen in de resultaten van de respondenten betreffende alcoholgebruik, is aan een aantal Hindostanen gevraagd of ze wilden doorpraten over dit onderwerp. Een aantal Hindostaanse vrijwilligers en hun familie wilden deelnemen aan deze gesprekken. Sommige gesprekken bestonden uit individuele interviews, andere gesprekken hadden de vorm van een focusgroep. De deelnemers aan de gesprekken waren zowel hoger opgeleide als lager opgeleide Hindostanen. Volgens hen rust er binnen de Hindostaanse cultuur een groot taboe op drinken, waardoor waarschijnlijk veel respondenten de vraag niet naar waarheid hebben ingevuld. Hieruit blijkt dus de druk die de sociale invloed van de Hindostaanse samenleving op mensen legt. Uit de gesprekken kwam verder naar voren dat hoger opgeleide respondenten de vragen over drinkgedrag waarschijnlijk in mindere mate sociaal wenselijk hebben beantwoord dan de lager opgeleide respondenten. Dit zou kunnen verklaren waarom dit onderzoek een significant verschil geeft tussen het drinkgedrag van hoger opgeleide en lager opgeleide Hindostanen, ten gunste van de laatste groep. Dit werd in de gesprekken zowel door de hoger- als lager opgeleide deelnemers bevestigd. Door de onderwerpen van de vragenlijst Milan 2013 is het taboe van alcoholgebruik opgevallen, mogelijk dat ook andere taboes een rol spelen (hier is niet op doorgevraagd). Volledigheidshalve zij vermeld dat sociaal wenselijk antwoord geven bij dit type onderzoek een bekend en algemeen voorkomend fenomeen is.

Hindostanen van veel groter belang zijn dan voor Nederlanders (voor Hindostanen respectievelijk 100% en 60% en voor Nederlanders respectievelijk 76% en 22%).

Verder blijkt dat weinig Hindostanen geloven dat zij zelf belangrijke veranderingen in hun leven kunnen aanbrengen (‘eigen effectiviteit’). Beide aspecten (sociale invloed/norm en eigen effectiviteit ten opzichte van gedragsverandering) hebben een grote invloed op het gezondheidsgedrag.²⁹

Daarom is aanvullend onderzoek sterk aan te bevelen om beter te begrijpen hoe zaken als sociale invloed/normen en eigen effectiviteit ten opzichte van gedragsverandering in deze doelgroep beïnvloed kunnen worden. Vervolgens kan wellicht een leefstijl-interventie ontwikkeld worden die rekening houdt met de culturele waarden van Hindostanen, met als doel de gezondheid van Hindostanen te verbeteren.

Er zitten een aantal beperkingen aan dit onderzoek. Ten eerste het gebruik van een niet-gerandomiseerde steekproef.

Door vragenlijsten op het Milan festival af te nemen, zijn de resultaten van dit onderzoek enkel gebaseerd op data verkregen van de bezoekers van Milan. Daardoor is het niet zeker of de resultaten van dit onderzoek kunnen worden geëxtrapoleerd naar de gehele Hindostaanse gemeenschap in Nederland of in Den Haag. Ten tweede is nu niet duidelijk hoeveel non-respons er is: er zijn geen gegevens bekend over het aantal niet-bereikte mensen, of hoeveel mensen wel aangesproken zijn, maar deelname aan het onderzoek geweigerd hebben. Deze beperkingen van het onderzoek waren misschien te ondervangen geweest door een gerandomiseerde steekproef van Hindostaanse inwoners van Den Haag een postenquête te sturen, zoals is gebeurd voor de Haagse Gezondheidsmonitor. Aan deze onderzoeksmethode kleven echter ook beperkingen en ook dan kan de respons niet-representatief zijn, aangezien een aanzienlijk percentage geen ingevuld vragenformulier terugstuurt. Het huidige onderzoek geeft in ieder geval een behoorlijke representativiteit van de gemiddelde Milan bezoeker; en deelname aan Milan is bijzonder massaal.

Op basis van dit onderzoek is de conclusie dat veel Hindostanen veel waarde hechten aan de familie en de normen van de omgeving en dat velen zichzelf niet goed in staat achten om belangrijke veranderingen in het leven aan te brengen.

Het ligt in de bedoeling om als vervolg op dit oriënterende onderzoek meer diepgaand kwalitatief onderzoek uit te voeren. Doel daarvan is beter inzicht te verkrijgen in de onderliggende processen en mechanismen die ten grondslag liggen aan de beschreven gezondheidssituatie en leefstijl en de determinanten daarvan; waaronder de relevante componenten van de culturele waarden. Streven is ook meer inzicht te verkrijgen in aspecten van veranderbaarheid. Hopelijk kan dit onderzoek de komende jaren plaatsvinden en biedt het te zijner tijd nieuwe ingangen voor effectieve interventies.

REFERENTIES

- 1 Middelkoop BJC, Ramsaransing GN, Sadhoeram SM, Burger I, Struben HWA. **Suikerziekte onder Hindostaanse Surinamers; verontrustende ziekte- en sterftegegevens.** Epidemiologisch Bulletin 1996; 31(2):5-11.
- 2 Ramsaransing GN, Kesarlal-Sadhoeram SM, Leeuwen FL van, Middelkoop BJC. **Suikerziekte bij Hindostanen, een interventieproject.** Epidemiologisch Bulletin 1999; 34(4), 9-12.
- 3 Karamali NS, Tamsma JT, Ariëns GAM, Groot CJ de, Dörr JP, Kanhai HHH, Middelkoop BJC. **Diabetes en Hindostanen: oorsprong in de baarmoeder? Opzet van een verkennend onderzoek naar het geboortegewicht en de vetverdeling van Hindostaanse en Nederlandse baby's in Den Haag.** Epidemiologisch Bulletin 2007;42(1), 2-6.
- 4 Steijn L van, Karamali NS, Kanhai HHH, et al. **Hebben Hindostaanse baby's in Paramaribo een 'thin-fat' fenotype?** Epidemiologisch Bulletin 2010;45(1), 2-7.
- 5 Wilde J de, Zandbergen-Harlaar S, Buuren S van, Middelkoop BJC. **Ondergewicht, overgewicht en obesitas in twee generaties Surinaams-Hindostaanse kinderen van 3-15 jaar: een historische cohortstudie.** Epidemiologisch Bulletin 2012;47(3), 2-9.
- 6 Karamali NS, Tamsma JT, Groot CJ de, Ariëns GAM, Kanhai H, Middelkoop BJC. **Het risico op diabetes en hart- en vaatziekten van Hindostanen is letterlijk aangeboren. Resultaten van de India-studie, een onderzoek onder Hindostaanse zwangeren en hun pasgeborenen.** Epidemiologisch Bulletin 2012;47(4), 2-12.
- 7 Wilde J de, Dommelen P van, Middelkoop BJC. **Aangepaste body mass index (BMI) afkappunten om ondergewicht, overgewicht en obesitas te bepalen bij Hindostaanse kinderen.** Epidemiologisch Bulletin 2013;48(3), 2-13.
- 8 Bree KIM, Roos ML, Meer IM van der. **Suikerziekte in de schijnwerpers. Een bijzonder preventieproject bij Haagse Hindostanen.** Epidemiologisch Bulletin 2003; 38(1), 24-26.
- 9 Meer IM van der, Dijk AP van. **Veranderingen in kennis en gedrag bij Haagse Hindostanen gedurende een vierjarig preventieproject over diabetes.** Epidemiologisch Bulletin 2006;41(4), 11-16.
- 10 Middelkoop BJC. **GGD Den Haag draagt bij aan voorbereiding 19^e Wereld Diabetes Congres.** Epidemiologisch Bulletin 2004; 39(4)
- 11 Vlaar EMA, Valkengoed IGM van, Nierkens V, et al. **Diabetes preventieproject bij Hindostaanse Surinamers in Den Haag.** Epidemiologisch Bulletin 2009;44(3/4), 9-13.
- 12 Derose KP, Escarce JJ, Lurie N. **Immigrants and health care: sources of vulnerability.** Health Aff 2007; 26(5): 1258-1268.
- 13 **Buurtmonitor.** [Online]. 2013 (bezoekt op 03 februari 2013); Beschikbaar op URL: <http://denhaag.buurtmonitor.nl/>
- 14 Middelkoop BJC. **Diabetes mellitus type 2 onder Hindostanen.** Huisarts & Wetenschap 2002; 45(10): 529-533.
- 15 Choenni CES. **Organisatievorming onder Hindostanen in Nederland.** OSO 2004; 23(2), 305-321.

- 16 Le CN. **The Model Minority Image.** [Online]. 2013 (bezocht op 29 juni 2013); Beschikbaar op URL: <http://www.asian-nation.org/model-minority.shtml>
- 17 Choenni CES, Adhin KS. Hindostanen. **Van Brits-Indische emigranten via Suriname tot burgers van Nederland.** Den Haag: Sampreshan; 2003.
- 18 Wilde J de, Keetman M, Middelkoop BJC. **Aantal kinderen met overgewicht in Den Haag blijft zorgwekkend hoog.** Epidemiologisch bulletin 2012; 47(4): 13-22.
- 19 Fischbacher CM, Hunt S, Alexander L. **How physically active are South Asians in the United Kingdom? A literature review.** Journal of Public Health 2004; 26(3): 250-258.
- 20 Jepson R, Harris FM, Bowes A, Robertson R, Avan G, Sheikh A. **Physical activity in South Asians: An in-depth qualitative study to explore motivations and facilitators.** PLoS ONE 2012; 7(10): e45333. doi: 10.1371/journal.pone.0045333
- 21 Hofstede G, Hofstede GJ. **Allemaal anders denken.** Amsterdam: Contact, 2007.
- 22 Williams R, Hunt K. **Psychological distress among British South Asians: the contribution of stressful situations and subcultural differences in the West of Scotland Twenty-07 Study.** Psychological Medicine (1997); 27(5), 1173-1181.
- 23 Lalonde M. **A new perspective on the Health of Canadians. A working document.** Ottawa: Government of Canada, 1974.
- 24 Vries H de, Mesters I, Steeg H van de, & Honing, C. (2005). **The general public's information needs and perceptions regarding hereditary cancer: an application of the Integrated Change Model.** Patient Education and Counseling, 56, 154-165.
- 25 Oudhof K, Harmsen C, Loozen S, Choenni C. **Omvang en spreiding van Surinaamse bevolkingsgroepen in Nederland.** Bevolkings-trends, 2de kwartaal 2011; 97-104.
- 26 Ooijendijk WTM, Hildebrandt VH, Hopman-Rock M. **Bewegen in Nederland 2000-2005.** In: Hildebrandt VH, Ooijendijk WTM, Hopman-Rock M. (Red.). **Tendrapport Bewegen en gezondheid 2004/2005.** Hoofddorp/Leiden: TNO, 2007.
- 27 Gemeente Den Haag. **Gezondheidsmonitor 2014.** Zwolle: Ricoh-Zwalsman, 2014.
- 28 Kim BSK, Atkinson DR, Yang PH (1999). **The Asian Values Scale: Development, Factor Analysis, Validation, and Reliability.** Journal of Counseling Psychology (1999); 46(3), 342-352.
- 29 Brug J, Assema P van, Lechner L. **Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering.** Assen: Van Gorcum, 2010.

OVER DE AUTEURS

Mw. E. Ricke is functionaris Gezondheidsbevordering, GGD Haaglanden; **Prof.dr. B.J.C. Middelkoop** is arts-epidemioloog, afdeling Epidemiologie, GGD Haaglanden en hoogleraar bij de afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, LUMC, Leiden. E-mail: Ellen.Ricke@ggdhaaglanden.nl.

De Gezonde School

Leerlingen die gezond zijn en zich veilig voelen, presteren beter ¹. Daarom is het belangrijk dat een school – waar immers alle Haagse kinderen komen – een gezonde en veilige plek is. Aan deze gezonde en veilige plek kunnen gezondheidsbevorderende programma's op scholen een belangrijke bijdrage leveren. De ervaring leert dat programma's meer effect hebben wanneer scholen de activiteiten structureel uitvoeren en deze niet alleen richten op educatie maar ook op de omgeving en het beleid van de school. De Gezonde School werkwijze heeft deze aanpak en ondersteunt scholen bij een structureel schoolgezondheidsbeleid.

Onderstaand artikel geeft een beeld van de specifieke werkwijze van de Gezonde School, van het daaraan verbonden vignet en van de stand van zaken in Den Haag.

Ellen Ricke en Liesbeth Remmers

Actuele gezondheidssituatie jeugd

Hoewel kinderen in Nederland relatief gezond zijn, zijn zij niet vrij van kwalen en klachten. Gezondheidsproblemen zoals overgewicht en obesitas kunnen fysieke, sociale en psychische gevolgen hebben.³ In Den Haag is bij 17,5% van de kinderen in de basisschoolleeftijd sprake van overgewicht.⁴ Overgewicht is het gevolg van een verstoorde energiebalans. De energiebalans is in evenwicht als het lichaam evenveel energie verbruikt door fysieke activiteit als het aan energie opneemt via de voeding. Voeding met een hoge energiedichtheid, rijk aan vet of suiker en arm aan vezels, verhoogt de energie-opname.⁵ Niet alleen het eetgedrag, ook het toenemende sedentair gedrag is van grote invloed op de energiebalans. Sedentair gedrag is gedrag met een heel laag energieverbruik, zoals televisie kijken, computeren, zitten op school of op het werk.⁶ Meer specifieke informatie over het eet- en beweeggedrag van de jeugd in Den Haag is te vinden in De gezondheid van de Haagse Jeugd.³ Behalve overgewicht en obesitas heeft de jeugd in Den Haag ook te maken met andere gezondheidsproblemen. 37% van de 5- en 6-jarigen en 36% van

9- en 10-jarigen heeft bijvoorbeeld regelmatig last van lichamelijke klachten zoals jeuk, huidirritatie en buikpijn.³ Maar ook pesten is een veel voorkomend probleem dat voornamelijk op school plaatsvindt. Kinderen die een paar keer per maand of vaker gepest worden, hebben een hoger risico op psychosomatische klachten zoals depressie, angst, bedplassen, buikpijn en gespannenheid. 19% van de ouders van kinderen in de leeftijd van 9 en 10 jaar gaf aan dat hun kind in het schooljaar 2012/2013 wel eens gepest werd. 7% van de 9- en 10-jarigen gaf aan zelf wel eens te pesten.³

Naast deze problemen waar kinderen nu al mee te maken hebben, bestaat ook de kans op risicovol gedrag zoals roken, alcoholgebruik en onveilige seks. Bekend is dat jongeren in de adolescentie door experimenteelgedrag met genotmiddelen en seks meer gezondheidsrisico's lopen, die ook gevolgen voor de gezondheid op volwassen leeftijd kunnen hebben.⁷ Kortom, het is van groot belang te investeren in de preventieve gezondheidszorg van jongeren om fysieke, sociale en psychische problemen nu en in de toekomst te voorkomen.

Zoals gezegd is de school een plek waar alle Haagse kinderen komen. Den Haag telt 155 primair onderwijs scholen (PO), 78 voortgezet onderwijs scholen (VO) en 15 scholen voor middelbaar beroepsonderwijs (MBO). Deze scholen kunnen een bijdrage leveren aan de preventieve gezondheidszorg van jongeren door gezondheidsbevordering te integreren in het schoolbeleid.

School als setting voor gezondheidsbevordering

Oorspronkelijk lag de focus van gezondheidsbevordering op het verstrekken van informatie of het ontwikkelen van vaardigheden zodat individuen gezonde keuzes ten aanzien van leefstijl en gedrag zouden maken. Deze aanpak bleek onvoldoende om risicovol gezondheidsgedrag te verminderen.⁸ In 1980 besloot de Wereld Gezondheidsorganisatie de focus op het gedrag van individuen te verschuiven naar de focus op gezonde settings. Er kwam een

holistische aanpak van gezondheidsbevordering, zoals omschreven in het Ottawa Charter.⁸ De principes van het Ottawa Charter werden onder andere toegepast op de setting school. Naast een cognitieve opdracht heeft het onderwijs namelijk ook een pedagogische opdracht, te weten: 'Het bijdragen aan de persoonsontwikkeling van een kind, gericht op normen en waarden'.⁹ Gezondheidsbevordering bleek prima gekoppeld te kunnen worden aan deze pedagogische opdracht. Scholen hebben volgens deze definitie een functie om 'kinderen te leren goed voor zichzelf te kunnen zorgen en gezondheidsbevordering uit te voeren.'

Cognitieve en pedagogische doelen, waaronder het goed voor jezelf kunnen zorgen, zijn nauw met elkaar verbonden. Een gezonde en veilige school met een cognitieve uitdaging voor de kinderen, een goede sfeer en goed georganiseerde zorg, leidt behalve tot goede leerprestaties ook tot gezondheidswinst. Indien goed geïntegreerd, versterken cognitieve en pedagogische doelen elkaar. Kinderen die psychisch en lichamelijk gezond zijn en over voldoende sociale competenties beschikken, presteren op school meestal beter dan kinderen bij wie dit niet het geval is.¹ Bekend is bijvoorbeeld dat kinderen met overgewicht slechtere schoolprestaties hebben dan kinderen met een gezond gewicht. Andersom is de kans groot dat kinderen die goed presteren meer zelfvertrouwen krijgen, wat hun gezondheid ten goede komt.⁹

Na het Ottawa Charter kreeg de rijksoverheid steeds meer aandacht voor gezondheid op school. Met aanpassingen in de kerndoelen voor het onderwijs is het voor scholen verplicht geworden is om structureel aandacht te besteden aan seksualiteit en seksuele diversiteit en om een anti-pestbeleid te voeren. Daarnaast is door het RIVM/Centrum Gezond Leven het 'Vignet Gezonde School' ontwikkeld en bevat het Nationaal Programma Preventie 'Alles is Gezondheid' de ambitie dat in 2030 alle scholen een Gezonde School zijn.

Ontstaan Gezonde School werkwijze

Scholen zijn vrij bij de invulling van de kerndoelen op het terrein van gezondheid en doen dit in de praktijk op verschillende manieren. Veel scholen hebben een pestprotocol en geven weerbaarheidstrainingen. Vaak gaat het echter om oplossingen voor acute problemen in een klas, zonder dat er sprake is van planning en structuur. Uit onderzoek blijkt dat juist die planning en structuur het effect van gezondheidsbevorderende activiteiten op gezondheids- en

onderwijsuitkomsten bepalen.² Daarbij komt dat scholen overspoeld worden met informatie, materialen, vragenlijsten en aanbiedingen voor lesprogramma's over gezondheid, welzijn en maatschappelijke thema's. Voor scholen is het vaak een opgave om uit dit aanbod een relevante selectie te maken.⁹ Deze situatie heeft geleid tot de introductie van de Gezonde School werkwijze. Deze werkwijze is gebaseerd op het Amerikaanse Healthy School Model¹⁰ en is in Nederland doorontwikkeld.

De Gezonde School werkwijze gaat uit van acht thema's, te weten:

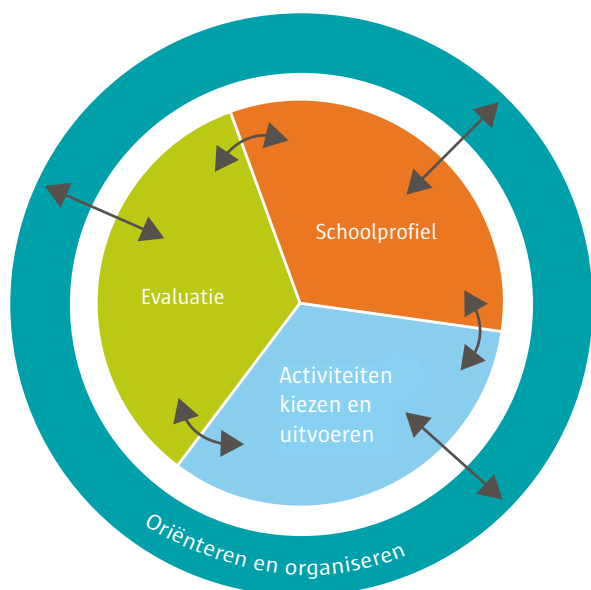
- Voeding
- Sport en bewegen
- Sociaal- emotionele ontwikkeling
- Persoonlijke verzorging
- Roken en alcohol
- Relationale en seksuele vorming
- Fysieke veiligheid
- Milieu

De werkwijze kent een systematische aanpak om scholen op vraaggerichte wijze te ondersteunen bij een structureel schoolgezondheidsbeleid.¹⁰ De werkwijze is gebaseerd op vijf kernpunten: 1. Structurele aanpak, 2. Integrale aanpak, 3. De school centraal, 4. Collectieve preventie en individuele leerlingenzorg, 5. Samenwerking met preventiepartners. Preventiepartners zijn organisaties die scholen kunnen ondersteunen met gezondheidsbevordering en zorg voor leerlingen.¹¹ Deze vijf kernpunten moeten bij het aanpakken van elk van de acht genoemde thema's allemaal terugkomen.

Prijsuitreiking
Ga voor gezond



Figuur 1. Stappenplan Gezonde School Werkwijze



Voor scholen is deze werkwijze samengevat in een vierenjaren stappenplan (zie Figuur 1). De Gezonde School werkwijze gaat namelijk uit van een vierjarenplan en bestaat uit de volgende stappen:

- de school Oriënteert zich op het werken aan een Gezonde School en het organiseren van de Gezonde School;
- de school krijgt inzicht in de gezondheidssituatie van leerlingen en schoolpersoneel en in de bestaande preventie- en zorgactiviteiten op de school door het opstellen van een Schoolprofiel;
- de school bepaalt welke thema's prioriteit krijgen, kiest Activiteiten en voert deze uit;
- de school Evalueert het proces en de activiteiten.
- Een school kan met elk van de genoemde stappen beginnen met het werken aan een Gezonde School.

Uit de ervaringen blijkt dat het uitvoeren van de Gezonde School werkwijze op de beschreven manier gunstige effecten heeft. De werkwijze bevordert zowel onderwijs- als gezondheidsuitkomsten wanneer een school met de Gezonde School aandacht besteedt aan gezondheid-gerelateerde onderwerpen in een educatieve context.² De meervoudige aanpak is effectiever in het bereiken van positieve gezondheid- en onderwijsuitkomsten dan een enkelvoudige interventie of een aanpak voor een enkele klas.² De integrale aanpak met coherentie tussen het schoolbeleid en de dagelijkse praktijk faciliteert daadwerkelijk verbeterde leerprestaties, leidt tot verbetering van het emotionele welzijn en tot vermindering van risicovol gezondheidsgedrag.^{12,13}

Pilot op zes scholen in Den Haag

Sinds 2010 werkt de GGD Den Haag, nu GGD Haaglanden, aan het ontwikkelen, uitvoeren en inpassen van de Gezonde School werkwijze in de reguliere ondersteuning aan scholen. Trekkers van deze Gezonde School werkwijze waren de afdeling Gezondheidsbevordering en de afdeling Jeugdgezondheidszorg. Ook de beleidsafdelingen Volksgezondheid en Onderwijs van de gemeente Den Haag en de afdeling Epidemiologie van de GGD waren hierbij betrokken.

Gestart is met een pilot op drie voortgezet onderwijs scholen (VO) en drie primair onderwijs (PO) scholen. Doel was ervaring op te doen met de werkwijze en te zoeken naar een geschikt model om de Gezonde School in Den Haag uit te voeren. Met de ondersteuning en expertise van het toenmalige Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) is een begin gemaakt met het begeleiden van de scholen. In de pilot zijn de eerste drie stappen van de Gezonde School werkwijze doorlopen en vervolgens zijn de scholen door de GGD begeleid bij de uitvoering van de activiteiten.

Door gesprekken met de directeur, de intern begeleider en de gymleerkracht van een van de betrokken PO scholen in de pilot en door het uitzetten van vragenlijsten onder leerlingen, ouders en leerkrachten, werd duidelijk dat er op de school een gezondheidsprobleem was, namelijk overgewicht. De school bood al veel beweegactiviteiten aan, maar het ontbrak aan een voedingsbeleid. Deze bevindingen werden in een schoolprofiel vastgelegd, waarna dit profiel met de school besproken werd. De school besloot op basis van dit schoolprofiel dat aandacht voor overgewicht prioriteit kreeg. Samen met de GGD zocht de school geschikte activiteiten om het overgewichtprobleem van de leerlingen aan te pakken. Bij de keuze van activiteiten hield men rekening met de aspecten tijd, mankracht en geld. De betreffende school koos voor het lespakket Lekker Fit!, waarbij leerlingen educatie krijgen op het gebied van voeding en bewegen en waarbij ouderbetrokkenheid een belangrijk aspect is. Niet alleen educatie bleek belangrijk, ook de schoolomgeving had aanpassing nodig (integrale aanpak). De school koos voor een gezond traktatiebeleid en een waterdrinkbeleid.

Ook aanpassing van het schoolplein was gewenst om kinderen uit te dagen tot meer beweging. De school heeft in een tijdsbestek van drie jaar een voedingsbeleid en een beweegbeleid ontwikkeld. Ook is er een 'Groen schoolplein'. Met het oog op borging van

al de gezondheidsbevorderende activiteiten, staan de activiteiten onder andere in de schoolgids en is er een doorlopende leerlijn geïmplementeerd op het gebied van voeding en bewegen.

De GGD en een van hun preventiepartners (in dit geval Welzijn) begeleidde de school bij het uitvoeren van de gezondheidsactiviteiten. Gedurende het hele proces bleven de JGZ en GB de school monitoren, waarbij de JGZ als gezicht van de Gezonde School het eerste aanspreekpunt was.

De ervaringen uit de pilot zijn meegenomen in de werkwijze van de GGD. Zo is duidelijk dat scholen een eigen vertrekpunt en tempo hebben.

Terwijl de ene school al veel doet aan gezondheidsbevordering, heeft een andere school hier tot nu toe nog weinig prioriteit aan gegeven. Dit alles maakt dat de ene school eerder een Gezonde School is dan de andere school. Verder is JGZ de contactpersoon en eerste aanspreekpunt voor de school als het gaat om gezondheid, dus ook bij Gezonde School.

Sneeuwbaaleffect

Het starten van de pilot Gezonde School PO had een sneeuwbaaleffect. Directeuren spraken onderling met elkaar en zagen voordelen van de Gezonde School werkwijze bij het uitvoeren van schoolgezondheidsbeleid. Het werkte inspirerend. De Gezonde School werd steeds minder gezien als iets dat er extra bij moet, maar als een activiteit die bij de school hoort. Een draagvlakonderzoek in 2012 onder schooldirecteuren liet onder andere zien dat Verlengde Schooldag Activiteiten gebruikt werden om leerlingen te stimuleren tot bewegen of om deel te nemen aan sport. Tevens bleek dat veel gezondheidsthema's geïmplementeerd werden in de gangbare lesmethodes, zoals methodes voor sociaal-emotionele ontwikkeling, bewegingsonderwijs of de biologieles.

Tien basisscholen hebben zich spontaan gemeld voor begeleiding bij de Gezonde School werkwijze. De scholen hadden vaak al zelfstandig de eerste stappen van de Gezonde School werkwijze doorlopen en gekozen wat zij belangrijk vonden. Zij wilden nu graag advies over het implementeren van gezondheidsbevorderende activiteiten. Inmiddels begeleidt de GGD in Den Haag 23 PO scholen met de Gezonde School werkwijze en ook begeleiding van VO en MBO scholen komt op gang.

Vignet Gezonde School

Het genoemde sneeuwbaaleffect werd versterkt doordat het Centrum Gezond Leven (CGL) parallel

aan de ontwikkelingen in Den Haag, het vignet Gezonde School ontwikkelde. Scholen die aantoonbaar goed met gezondheid bezig zijn (dat wil zeggen structureel, planmatig en integraal werken aan het verbeteren van de gezondheid van leerlingen), kunnen het vignet Gezonde School verdienen (zie kader op pagina 20).

Met het vignet Gezonde School kan een school zich profileren als een school die veel belang hecht aan een goede gezondheid van leerlingen en leerkrachten. Tabel 1 toont de stand van zaken ten aanzien van het aantal behaalde vignetten in Den Haag.

Het CGL presenteerde in 2012 het vignet voor het PO. In Den Haag was een aantal scholen actief op het thema Bewegen en betrokken bij de Haagse

Tabel 1. Aantal PO scholen met vignet Gezonde School Den Haag, maart 2014

	Aantal
PO scholen met een vignet Gezonde School	12
Thema Voeding	1
Thema Sport en Bewegen	9
Thema Sociaal-emotionele ontwikkeling	2

Aanpak Gezond Gewicht. Vanuit die betrokkenheid besloten zij het vignet aan te vragen. Het leidde tot de landelijke aftrap van het vignet Gezonde School in Den Haag, waarbij minister Edith Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan acht PO scholen persoonlijk het vignet Gezonde School uitreikte. Sinds november 2013 kunnen ook MBO scholen het vignet aanvragen en vanaf september 2014 zal het vignet ook voor VO scholen beschikbaar zijn.

Begeleiding

Ook scholen die niet meteen kiezen voor de volledige Gezonde School werkwijze, kunnen voor begeleiding terecht bij de GGD en haar preventiepartners. De GGD adviseert en begeleidt scholen bij diverse gezondheidsbevorderende activiteiten zoals binnenmilieu en gezonde leefstijl. Zo zijn er in Den Haag 72 basisscholen met een Gewichtige Vakleerkracht. Deze leerkracht meet en weegt de leerlingen één keer per jaar. Kinderen met een ongezond gewicht krijgen een verwijzing naar de JGZ of naar de schooldiëtist. Voor kinderen met overgewicht is er het programma WIJS (Wat Is Jouw Stijl: kinderen krijgen coaching naar een gezondere leefstijl). De GGD organiseert informatiebijeenkomsten over een gezonde leefstijl tijdens

Vignet Gezonde School

Het vignet Gezonde School is een erkenning voor scholen, die structureel, planmatig en integraal werken aan het verbeteren van de gezondheid van leerlingen. Een school richt zich hierbij op één of meer van de volgende thema's:

- Voeding
- Sport en bewegen
- Roken en alcohol
- Hygiëne, huid, gebit en gehoor
- Sociaal-emotionele ontwikkeling
- Relaties en seksualiteit
- Fysieke veiligheid
- Milieu



Om in aanmerking te komen voor het vignet moet een school voldoen aan de wettelijke eisen (basisvoorwaarden) die van invloed zijn op de gezondheid van de leerlingen, medewerkers en de schoolomgeving en aan de criteria van minimaal één themacertificaat naar keuze. Voor basisvoorwaarden en criteria zie www.gezondeschool.nl

ouderavonden of koffie-ochtenden op scholen. Scholen kunnen ondersteuning krijgen bij het realiseren van Gezonde Schoolpleinen evenals bij het opstellen van een schoolgezondheidsbeleid of de schoolgids. Alle VO scholen krijgen een bezoek van de kantinebrigade van het Voedingscentrum met als doel de school op weg te helpen naar een gezonde schoolkantine. Ook hierbij biedt de GGD ondersteuning. Wat educatie betreft is er voor de VO scholen het programma Gezond Bezig!, dat leerlingen bewust maakt over gezonde voeding en bewegen. Kortom, de GGD begeleidt veel scholen bij gezondheidsbevorderende activiteiten en het bereiken van de status van Gezonde School.

Een gezonde keus voor school en leerling

Dankzij de Gezonde School werkwijze leren jongeren om een gezonde keuze te maken. Tevens speelt de Gezonde School werkwijze in op de omgeving, waardoor het voor leerlingen ook makkelijker wordt om een gezonde keuze te maken. Waar veel scholen in eerste instantie menen dat de gezondheid van hun leerlingen primair een taak van de ouders is, zien zij ook steeds meer een rol voor zichzelf weggelegd. Bovendien beseffen scholen dat deze

De Gezonde School werkwijze bevordert zowel onderwijs- als gezondheidsuitkomsten.

werkwijze naast de meerwaarde voor de school, hun leerlingen ook een betere basis voor hun verdere ontwikkeling biedt.

Om scholen nog beter te begeleiden, hebben alle jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen van de JGZ 4-19 dit jaar de training 'Adviseren over de Gezonde School' gevolgd. Ook wordt de samenwerking met de beleidsterreinen Onderwijs, Jeugd en Gezondheid van de gemeente steeds intensiever. Daar werkt men bijvoorbeeld aan de verbinding tussen Veilige School en Gezonde School. Veilige School is een werkwijze die wordt gecoördineerd door Onderwijsbeleid: alle scholen in Den Haag moeten een schoolveiligheidsplan hebben. Aangezien hierbij veel overlap bestaat met de Gezonde School werkwijze worden beide werkwijzen verbonden. De verbinding met Jeugd-beleid is relevant omdat een veilige en gezonde basis het uitgangspunt kan vormen voor het Passend Onderwijs dat in augustus 2014 ingevoerd wordt: scholen worden verplicht een passende onderwijsplek te bieden aan leerlingen die extra ondersteuning nodig hebben.

De GGD zal onderzoek doen naar de Gezonde School werkwijze met als doel de ondersteuning verder te optimaliseren. Dit gebeurt door middel van een procesevaluatie waarbij zowel JGZ als scholen hun waardering over de huidige begeleiding bij de Gezonde School werkwijze kunnen aangeven. Met deze initiatieven blijft de GGD streven naar een Gezonde en Veilige school en een gezonde jeugd.

Bovengenoemde beschrijving is voornamelijk gericht op de Gezonde School werkwijze in Den Haag. Ook in de overige gemeenten van GGD Haaglanden zijn scholen zich echter bewust van het belang van een gezonde leefstijl voor hun leerlingen. Ze zetten zich in om met begeleiding van de GGD de Gezonde School werkwijze te implementeren.

Alles overziend is de conclusie dat de Gezonde School werkwijze een belangrijke bijdrage kan leveren aan een gezonde leefstijl bij de jeugd ofwel de volwassenen van de toekomst.

- 1 Fekkes M, Paulussen T. **Effecten van gezondheidsbevordering in het onderwijs op de leefstijl, schoolprestaties en -uitval van leerlingen: een literatuurreview.** Gezondheidsbevordering en preventie in het onderwijs. Stand van zaken, effectiviteit en ervaringen van GGD'en en scholen. Bilthoven: RIVM, 2010, p. 19-40.
- 2 Stewart-Brown S. **What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?** Health Evidence Network report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe/Health Evidence Network report, 2006.
- 3 Gemeente Den Haag. **De gezondheid van de Haagse jeugd.** Zwolle: Ricoh Zwalsman, 2014
- 4 Wilde J de, Keetman M, Middelkoop BJC. **Aantal kinderen met overgewicht in Den Haag blijft zorgwekkend hoog.** Epidemiologisch bulletin 2012; 47(4): 13-22.
- 5 Ocké MC, Kromhout D. **Voeding in relatie tot gezondheid en ziekte.** In: Ons eten gemeten. Gezonde voeding en veilig voedsel in Nederland. RIVM-rapport nr. 270555007. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004.
- 6 Hendriksen I, Bernaards C, Hildebrandt V. **Lichamelijke inactiviteit en sedentair gedrag in de Nederlandse bevolking.** In: Hildebrandt VH, Chorus AMJ, Stubbe JH (Red.). Trendrapport Bewegen en gezondheid 2008/2009. Leiden: TNO, 2010a.
- 7 Grunbaum JA, Kann L, Kinchen S, et al. **Youth risk behavior surveillance-United States 2003.** Morbidity and Mortality Weekly 2004; 53(SS2), 1-96
- 8 Mukoma W, Flisher AJ. **Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies.** Health promotion international 2004 19(3), 357-368.
- 9 Turk B, Verboom A. **Gezond op school. Nota integrale gezondheidsbevordering in het primair onderwijs.** Utrecht: Pharos, 2013.
- 10 Boot MWM, Jongh DM de, Leurs MTW, Vries NK de. **Gezonde School als methode voor GGD'en bij de invoering van schoolgezondheidsbeleid.** TSG 2011; 89(4), 222-228.
- 11 Gezondeschool.nl Bilthoven: RIVM, **www.gezondeschool.nl versie 1.5**, 18 december 2013
- 12 Lister-Sharp D, Chapman S, Stewart-Brown S, Sowden A. **Health Promoting Schools and Health Promotion in Schools: Two Systematic Reviews.** Health Technology Assessment 1999; 3(22), 1-207.
- 13 Young I, Currie C. **The HBSC study in Scotland: can the study influence policy an practice in schools?** International Journal of Public Health 2009; 54(2), 271-277

Mw. E. Ricke is functionaris Gezondheidsbevordering, GGD Haaglanden; **Mw. L.M.C. Remmers** is senior functionaris Gezondheidsbevordering, GGD Haaglanden.
E-mail: Ellen.Ricke@ggdhaaglanden.nl.

Mazelen in de regio GGD Zuid-Holland West in 2013

Nadat begin 2013 in Nederland enkele gevallen van mazelen waren gemeld, besloot de toenmalige GGD Zuid Holland West onderzoek te doen naar het verloop van de mazelenepidemie van 1999-2000 in de regio. Daaruit bleek dat de meeste mazelengevallen in het Westland voorkwamen en met name onder ongevaccineerden in gezinnen die behoorden tot de reformatorische gezindte. Daarop besloot de GGD een aantal acties te ondernemen. In samenwerking met de Jeugdgezondheidszorg is door middel van publieksinformatie ouders van ongevaccineerde kinderen geadviseerd de kinderen te laten vaccineren tegen de mazelen als dat niet of onvolledig was gebeurd. Een andere actie was het identificeren van scholen met een lage vaccinatiegraad en het bereiken en behouden van een open communicatie met deze scholen. Dit artikel geeft een vergelijking van beide epidemieën en een beeld van de acties die de GGD heeft ondernomen.

Kioe Bing Yap, Mare de Boer en Henriëtte Bots

Op 8 april 2013 berichtte het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) dat er bij vier kinderen mazelen was vastgesteld. Zij waren niet gevaccineerd vanwege religieuze bezwaren van de ouders tegen vaccinaties. Ook gaf het RIVM aan dat verdere verspreiding van mazelen onder groepen met religieuze bezwaren niet was uit te sluiten. Dit was het begin van een nieuwe mazelenuitbraak in Nederland onder vooral ongevaccineerde kinderen.

De verwachting van het RIVM was dat de meldingen vooral zouden komen uit gemeenten met een lage vaccinatiegraad (lager dan 90%). Deze gemeenten liggen in regio's die samen vaak de 'Bible Belt' worden genoemd. In deze regio wonen veel mensen die behoren tot de reformatorische gezindte. Het RIVM verwachtte dat de epidemie buiten deze groep beperkt zou blijven en dat de epidemie zich net zo zou kunnen ontwikkelen als de epidemie van 1999.

Toen ging het om 3293 meldingen van mazelen met 157 ziekenhuisopnamen en 3 sterfgevallen.

De epidemie begon in 1999 in juni en had de piek in de maanden oktober en november in Nederland.¹

In juni 2013 besloot de minister, na advies van het Outbreak Management Team (OMT) aan het Bestuurlijk afstemmingsoverleg (BAO), om kinderen met een verhoogd risico op besmetting met mazelen een extra vaccinatie aan te bieden. Dit ging om kinderen van 6 tot 14 maanden die wonen in gemeenten waar minder dan 90% van de kinderen tegen mazelen ingeënt zijn en om kinderen van 6 tot 14 maanden die behoren tot de reformatorische gezindte, ongeacht hun woonplaats. Zij zijn voor vaccinatie uitgenodigd via hun eigen kanalen, onder andere via een advertentie van het Ministerie van VWS in het Reformatorische Dagblad. Dit extra aanbod is per 1 maart 2014 gestopt nadat er geen sprake meer was van een verhoogde infectiedruk.²

Acties

Op basis van het voorgaande besloot de (toenmalige) GGD Zuid-Holland West in voorjaar 2013 na te gaan of en zo ja, hoeveel gevallen van mazelen er in deze regio in 1999 waren gemeld, of er nu meldingen te verwachten waren en of het nodig was specifieke acties te ondernemen.

Daaruit bleek dat er in 1999-2000 in de regio 79 gevallen van mazelen waren gemeld. Dit aantal, alsmede de verwachtingen van het RIVM en het door deze organisatie uitgedragen landelijk beleid, waren reden voor de GGD Zuid-Holland West voor diverse acties. Meegenomen in deze acties was een brede kijk op de relatie van de professional met de niet-vaccinerende ouders. Professionals worden geadviseerd om naast medische informatie ook aandacht te besteden aan het besluitvormingsproces rond de vaccinaties. Een weloverwogen keuze van ouders om hun kinderen niet te laten vaccineren, dient te worden gerespecteerd. Bovendien is het van belang om met elkaar in gesprek te blijven met het oog op een optimale gezondheid van het kind.^{3,4} Een van de acties was de afstemming tussen de afdeling infectieziektebestrijding met de Stichting Jeugdgezondheidszorg Zuid-Holland West over het beleid rond de mazelen. Dit betrof onder andere de mogelijkheden om kinderen die niet of onvolledig gevaccineerd waren, op korte termijn te kunnen vaccineren met BMR als ouders of kinderen dat wensten. Afsproken werd elkaar op de hoogte te houden van meldingen van mazelen en signalen van onrust.

Ook zijn de arts-microbiologen, huisartsen en specialisten van de ziekenhuizen door de GGD Zuid-Holland West geïnformeerd over de mazelenuitbraak en mogelijke gevolgen en risico's voor patiënten en personeel.

De afdeling infectieziektebestrijding heeft nader onderzoek gedaan naar de uitbraak van 1999-2000. Hieruit bleek dat de meeste gevallen zich hadden voorgedaan in de huidige gemeente Westland, voornamelijk in gezinnen die behoorden tot de reformatorische gezindte. De meeste kinderen gingen naar dezelfde school. De gevallen deden zich meestal voor in het najaar. Enkele meldingen betroffen ongevaccineerde kinderen van ouders met een antroposofische visie of een kritische kijk op vaccinaties. Ook heeft de afdeling infectieziektebestrijding gekeken naar de actuele vaccinatiegraad in de regio. De gemiddelde vaccinatiegraad voor BMR in de regio van de GGD Zuid-Holland West is meer dan 95%. Er zijn geen gemeenten met een vaccinatiegraad

Mazelen, verschijnselen en besmettelijkheid

Mazelen is een besmettelijke vlekjesziekte die wordt veroorzaakt door een virus. De meeste kinderen in Nederland worden via het Rijksvaccinatieprogramma ingeënt tegen mazelen als ze tussen de 14 maanden en 9 jaar zijn met de BMR vaccinatie tegen bof, mazelen en rode hond. Daardoor komt de ziekte in Nederland niet veel meer voor.

Mazelen begint plotseling met koorts, hangerigheid, verkoudheid en hoesten. Door een oogontsteking wordt de patiënt lichtschuw. Na drie tot zeven dagen ontstaan huidvlekjes, die beginnen achter de oren en die zich daarna verspreiden over het hele lichaam. Na een paar dagen worden de vlekjes minder en daalt de koorts. Aan het begin van de ziekte ontstaan eveneens kleine witte vlekjes in de mond (ook wel Koplikse vlekjes genoemd) die binnen enkele dagen weer verdwijnen. Na besmetting duurt het meestal een dag of tien voordat ziekteverschijnselen optreden.

Het virus zit in de neus en keel van iemand die besmet is. Door hoesten, praten en niezen komt het virus in de lucht en kan het door een ander ingeademd worden. De ziekte is zeer besmettelijk. Mensen kunnen elkaar besmetten vanaf vier dagen voordat er ziekteverschijnselen optreden tot vier dagen na het begin van de huiduitslag (of vlekjes in de mond). Iedereen die niet (of niet volledig) is ingeënt of de ziekte nog niet heeft doorgemaakt kan de ziekte krijgen. Bij baby's, volwassenen, zwangeren en mensen met een immuunstoornis kan de ziekte ernstiger verlopen. Door de ziekte of door inenting ontstaat bij verreweg de meeste mensen immuniteit.

Tabel 1. Vaccinatiegraad specifieke scholen in de regio GGD Zuid-Holland West

Reformatorische scholen	Vaccinatiegraad %
A	78,9
B	98,3
C	94,6
Vrije Scholen	
A	77,5
B	73,3

onder de 90%.⁵ De vaccinatiegraad op 4-cijferig postcodeniveau gaf evenmin aanwijzingen dat er in het Westland gebieden zijn met een vaccinatiegraad onder de 90%. In enkele gemeenten in de regio Zuid-Holland West zijn overigens wel postcodegebieden met een vaccinatiegraad onder de 90%,

maar dat heeft zeer waarschijnlijk te maken een andere registratie.⁶ In deze wijken wonen vermoedelijk veel mensen met een andere dan de Nederlandse nationaliteit, zoals diplomaten en werknemers van multinationals. Zij zijn meestal wel goed gevaccineerd maar vallen soms buiten het reguliere Nederlandse registratiesysteem van vaccinaties.

Het doel om contact te krijgen en te houden met scholen met een lage vaccinatiegraad is gehaald.

Op basis van de vaccinatiegraad van de 2-jarigen in 2012 voor de regio Zuid-Holland West zouden er – ruw geschat – in de leeftijd tot 19 jaar circa 2000 tot 3000 ongevaccineerde kinderen kunnen zijn. Voor de basisschoolleeftijd (4 t/m 12 jaar) zijn dat tussen de 1000 en 1500 kinderen. Het risico op uitbraken ontstaat wanneer deze ongevaccineerde kinderen gezamenlijke activiteiten hebben, zoals het samen naar school gaan. De vraag rees of er specifieke scholen waren met een veel lagere vaccinatiegraad dan de genoemde 90%. Het antwoord kon gekregen worden door het RIVM een digitale lijst met BSN-nummers van leerlingen te verstrekken en op die manier de vaccinatiegraad op scholen te achterhalen. Voor deze rapportage is geen toestemming van de ouders nodig. Het RIVM rapporteert vervolgens de naam van de betreffende school met daarbij de vaccinatiegraad aan de GGD.

Voor deze werkwijze heeft de GGD Zuid-Holland West de JGZ Zuid-Holland West gevraagd de BSN-nummers van leerlingen van vijf specifieke scholen naar het RIVM te sturen. Het ging hierbij om drie reformatische scholen en twee vrijescholen.

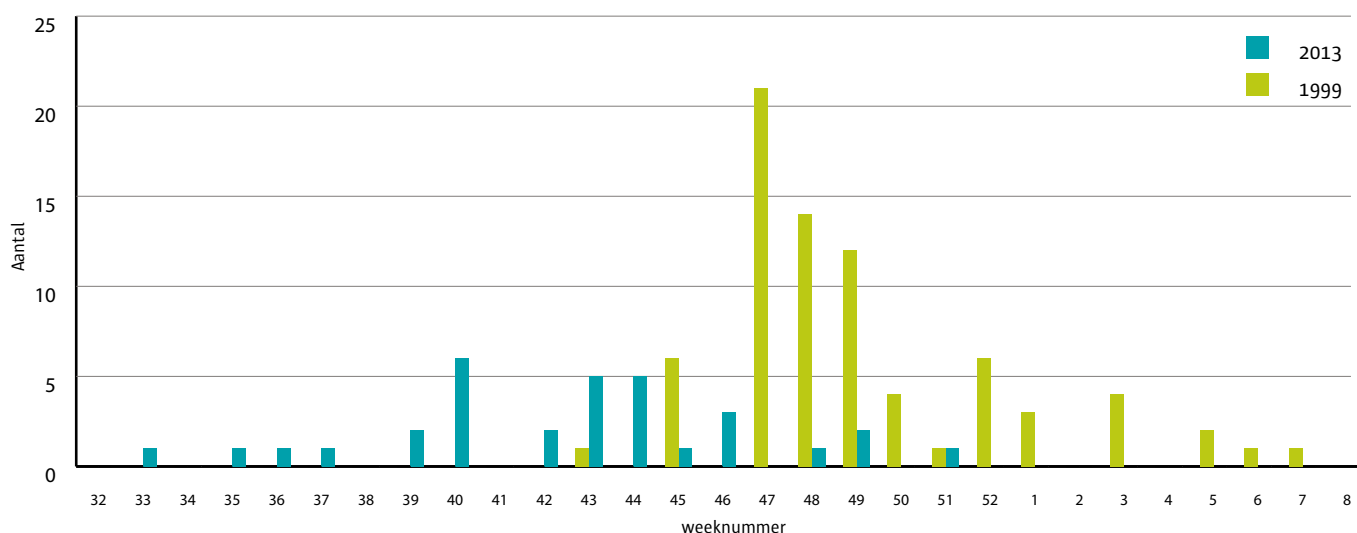
Uit de rapportage van het RIVM bleek dat van deze vijf scholen er drie een vaccinatiegraad onder 80% hadden (zie tabel 1). Deze drie scholen zijn door de afdeling infectieziektebestrijding geïnformeerd over de vaccinatiegraad en het mogelijke risico op een uitbraak van mazelen op de school. Daarnaast wilde de afdeling infectieziektebestrijding graag contact hebben en houden met de leiding van de scholen om op de hoogte te blijven van de situatie op die scholen.

Beschrijving van de epidemie 1999 - 2000 en 2013

De mazelenepidemie van 2013 heeft zich in Nederland ontwikkeld zoals het RIVM had verwacht. Voor de mazelen in de regio van de GGD Zuid-Holland West geldt hetzelfde. Tot maart 2014 zijn er in Nederland ruim 2600 patiënten gemeld, de meeste gevallen in het najaar 2013. In de regio Zuid-Holland West waren dat er 32 (1999 - 2000: 79). De uitbraak in 2013 in Zuid-Holland West begon wat eerder en is ook eerder gestopt dan in 1999 - 2000 (zie figuur 1).

Er is weinig verschil in de leeftijdsverdeling tussen beide epidemieën in de regio Zuid-Holland West. In 1999 - 2000 zijn er echter ook volwassenen gemeld die mazelen hadden gekregen. In de epidemie van 2013 was de oudste patiënt 17 jaar (zie figuur 2).

Figuur 1. Aantal meldingen mazelen per 1e ziektedag in de regio GGD Zuid-Holland West per week



De gemelde patiënten woonden zowel in 2013 als in 1999 vrijwel allemaal in de gemeente Westland. Het verschil in aantal lijkt met name veroorzaakt door het aantal meldingen uit de (deel)gemeente Monster waar in 1999 26 meldingen vandaan kwamen en in 2013 geen enkele (zie tabel 2).

In beide epidemieën was het merendeel van de gemelde patiënten niet gevaccineerd vanwege religieuze redenen. De meeste kinderen met mazelen zaten op een school met een reformatorische inslag en met een lage vaccinatiegraad. Op de vrijescholen met een lage vaccinatiegraad zijn geen uitbraken van mazelen gemeld. Er zaten ook kinderen op scholen buiten de regio Zuid-Holland West waar sprake was van een lage vaccinatiegraad en van meldingen van mazelen.

Bij een aantal patiënten deden zich complicaties voor. Drie patiënten hadden een pneumonie en een patiënt is opgenomen in een ziekenhuis vanwege een encefalitisbeeld. Uit de vorige epidemie voor de regio Zuid-Holland West zijn geen gegevens bekend over de complicaties.

Beschouwing

De lokale epidemie in de regio Zuid-Holland West van 2013 is in het algemeen vergelijkbaar met de epidemie in 1999. Er zijn enkele kleine verschillen. De epidemie in 2013 begon iets eerder in het seizoen en is ook eerder geëindigd. Het aantal gemelde gevallen van mazelen was minder dan 1999-2000. Het verschil tussen beide epidemieën in de regio

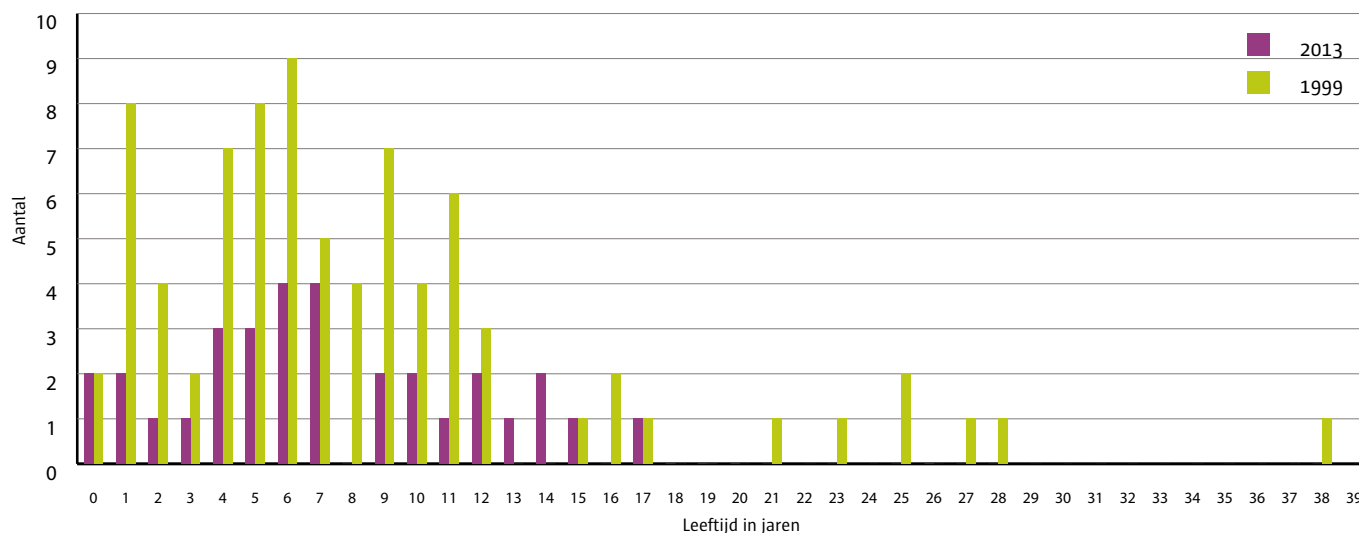
Tabel 2. Aantal meldingen mazelen per gemeente (indeling 1999)

Gemeente	Woonplaats	Aantal 1999 - 2000	Aantal 2013
Delft	Delft	3	2
Midden-Delfland	Maasland	0	3
Pijnacker-Nootdorp	Pijnacker	0	1
Rijswijk	Rijswijk	8	1
Westland	De Lier	0	1
Westland	Honselersdijk	1	0
Westland	Maasdijk	5	3
Westland	Monster	26	0
Westland	Naaldwijk	10	6
Westland	Poeldijk	5	2
Westland	's-Gravenzande	13	14
Westland	Wateringen	4	0
Zoetermeer	Zoetermeer	4	0
Totaal		79	32

Zuid-Holland West wordt echter vooral bepaald doordat in de (toenmalige) gemeente Monster in 1999 26 gevallen zijn gemeld, terwijl er in 2013 geen enkele melding was.

Gezien de populatie in de regio Zuid-Holland West was te verwachten dat er zich ook gevallen van mazelen zouden voordoen. De groep van bevindelijk gereformeerden in de regio is voorzover bekend niet heel groot maar vormt wel een hechte populatie binnen de algemene bevolking. Bovendien zijn er veel contacten met de bevindelijk gereformeerden in de andere delen van Nederland. De laatste epidemie vond plaats 14 jaar voor de uitbraak in 2013. Ongevaccineerde

Figuur 2. Leeftijdverdeling meldingen mazelen 1999 en 2013 regio GGD Zuid-Holland West



Tabel 3. Vaccinatiestatus en redenen van niet gevaccineerd zijn 1999 en 2013

	1999 Aantal (%)	2013 Aantal (%)
Gevaccineerd	8 (10%)	3 (10%)
2 x BMR	0	0
1 x BMR	8 (100%)	3 (100%)
Ongevaccineerd	66 (84%)	29 (91%)
< 15 maanden oud		
Nog niet in aanmerking voor vaccinatie	5 (8%)	2 (7%)
≥ 15 maanden oud		
Religieus bezwaard	53 (80%)	24 (83%)
Antroposofisch/kritisch	4 (6%)	3 (10%)
Anders	1 (2%)	
Geboren voor invoering RVP	3(5%)	
Onbekende status	5 (6%)	0
Totaal	79 (100%)	32 (100%)

kinderen onder de 14 jaar zijn waarschijnlijk in deze periode niet blootgesteld geweest aan mazelen. Dit verklaart de leeftijdsverdeling van de patiënten. Mogelijk zijn ouders van deze kinderen en andere volwassenen in de specifieke populatie in of voor 1999 wel blootgesteld aan mazelen en hebben zij mazelen doorgemaakt, waardoor er in 2013 geen volwassenen met mazelen zijn gemeld. Drie kinderen hadden op de leeftijd van 14 maanden een BMR vaccinatie gekregen, maar hebben toch mazelen ontwikkeld. Bekend is dat de eerste vaccinatie in 95% van de gevallen beschermt.⁷ In de lokale uitbraak zullen ook vele gevaccineerde kinderen blootgesteld zijn aan het virus. Dat drie gevaccineerde kinderen toch mazelen hebben ontwikkeld is dan ook te verklaren.

De GGD Zuid-Holland West was geïnteresseerd in de vaccinatiegraad van een aantal specifieke scholen gezien de redelijke kans op een uitbraak van mazelen op scholen met een lage vaccinatiegraad. Het doel was niet primair om de vaccinatiegraad te verhogen. Bovenal ging het om het informeren van de scholen en de ouders over de vaccinaties en de mogelijke risico's voor de kinderen en het personeel op deze scholen. De GGD vond het van belang een goed contact te hebben met de leiding van de scholen zodat de GGD op de hoogte bleef van de situatie op de school. Het contact met alle scholen liep over het algemeen prima. Er was geen sprake was een afwerende houding naar de GGD toe.

Uiteindelijk hebben de meeste mazelen zich voorgedaan op en rond de specifieke reformatorische school. Wanneer mazelen eenmaal geïntroduceerd is op een school zal een groot deel van de ongevaccineerde kinderen mazelen krijgen. Uit het bron- en contactonderzoek bleek ook dat de gezinnen regelmatig contact hadden met gezinnen met dezelfde geloofsovertuiging in ander delen van Nederland. De kinderen zaten soms ook op reformatorische scholen buiten de regio.

Op de vrijescholen zijn geen uitbraken gemeld, ondanks de lage vaccinatiegraad. De kans dat deze ongevaccineerde kinderen in contact komen met mazelen is veel kleiner dan in de kringen van de bevindelijk gereformeerden. Mocht er echter wel een kind met mazelen op deze school zijn geweest, dan was de kans groot dat veel ongevaccineerde kinderen mazelen hadden gekregen.

De GGD Zuid-Holland West had tijdens de uitbraak regelmatig contact met de Stichting Jeugdgezondheidszorg Zuid-Holland West. De JGZ heeft iedereen die in aanmerking kwam voor een BMR en daar om vroeg, gevaccineerd. De JGZ is op de hoogte gehouden van nieuwe meldingen bij de GGD. Omgekeerd informeerde de JGZ de GGD over signalen van mogelijke gevallen van mazelen of onrust. De GGD ondernam zo nodig actie op dergelijke signalen. De verantwoordelijke wethouders zijn voortdurend geïnformeerd over de epidemie in hun gemeente.

Conclusie

In mei 2013 werden in Nederland de eerste gevallen van mazelen gemeld. Het was het begin van een epidemie in Nederland. Het RIVM sprak de verwachting uit dat de piek van de epidemie zich zou manifesteren in het najaar. Daardoor was de GGD Zuid-Holland West in staat zich op een mogelijk uitbraak voor te bereiden en een aantal acties te ondernemen.

Deeltaak van de infectieziektebestrijding van de GGD is 'regie en netwerk'. Met name bij uitbraken is het van belang de verschillende ketenpartners te informeren en op de hoogte te houden van ontwikkelingen. Voor de GGD is het belangrijk signalen te ontvangen over mogelijke ziektegevallen, over onrust of bijvoorbeeld over knelpunten rond BMR vaccinaties. De samenwerking met verschillende instellingen zoals huisartsen, ziekenhuizen, arts-microbiologen en Jeugdgezondheidszorg en met de verantwoordelijke bestuurders liep goed.

De GGD heeft in samenwerking de Jeugdgezondheidszorg door middel van publieksinformatie de ouders van ongevaccineerde kinderen geadviseerd de kinderen te laten vaccineren tegen de mazelen als dat niet of onvolledig was gebeurd.

Het doel om contact te krijgen en te houden met scholen met een lage vaccinatiegraad is gehaald.

De scholen waren bereid de GGD te informeren over de situatie en stonden niet afhoudend tegenover de informatieverspreiding door de GGD over de risico's en de mogelijkheden voor vaccinaties. De scholen leggen de verantwoordelijkheid voor de vaccinaties bij de ouders. Dit geldt zowel voor de Reformatorische School als voor de Vrije Scholen. Er is niet onderzocht of de vaccinatiegraad op deze scholen is toegenomen sinds de mazelen-uitbraak. De GGD Zuid-Holland West ondersteunt de gedachte dat de professionals in gesprek moeten blijven met ouders met religieuze bezwaren en ouders met een kritische houding.

Zo kunnen zij de ouders ondersteunen bij een weloverwogen besluitvorming over vaccinatie. ⁴

REFERENTIES

- 1 Hof A van den. **Mazelen epidemie in Nederland 1999-2000**. Ned Tijdschr Geneeskd 2001;145(52): 2529-2533.
- 2 RIVM. **Geen extra mazeleninenting meer voor kinderen van 6 maanden [Online]**. 2014 (bezocht op 28 februari 2014); Beschikbaar op URL: http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2014/Geen_extra_mazeleninenting_meer_voor_kinderen_van_6_maanden
- 3 Ruijs H. **Acceptance of Vaccination among Orthodox Protestants in The Netherlands [proefschrift]**. Nijmegen.: Radboud Universiteit Nijmegen; 2012.
- 4 Ruijs H, Klinken J van. **Vaccinatie in de reformatorische gezindte. Informatie voor de jeugdgezondheidszorg**. Nijmegen: Nederlandse Patiëntenvereniging en Academische Werkplaats AMPHI.; 2013.
- 5 RIVM. **BMR vaccinaties per gemeente[Online]**. 2013 (bezocht op 21 feb 2014); Beschikbaar op URL: <http://www.zorgatlas.nl/preventie/vaccinaties-en-screening/bmr-per-driepositie-postcodegebied-2013>.
- 6 Rahamat-Langendoen JC. **De verminderde vaccinatiegraad van de gemeente Wassenaar[scriptie]**. Zoetermeer; 2001.
- 7 RIVM LCI **richtlijn mazelen [Online]**. 2011 (bezocht op 21 feb 2014); Beschikbaar op URL: http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/LCI_richtlijnen/LCI_richtlijn_Mazelen_morbilli

OVER DE AUTEURS

K.B. Yap is arts infectieziektebestrijding M&G, GGD Haaglanden (in 2013 GGD Zuid-Holland West);
Mw. Msc M. de Boer is sociaal verpleegkundige, Infectieziektebestrijding & Hygiëne GGD Haaglanden (in 2013 GGD Zuid-Holland West)

Mw. drs. H.C.M. Bots-Jansen is stafarts bij JGZ Zuid-Holland West.

E-mail: kioebing.yap@ggdhaaglanden.nl

Veilig vrijen doe je samen, ook in de seksindustrie

Bij het soa-centrum en organisaties die zich inzetten voor positieverbetering van sekswerkers groeide het besef dat niet alleen de sekswerkers zelf maar ook hun klanten (prostituanten) kunnen bijdragen aan goede en gezonde werkomstandigheden. Bijvoorbeeld door het melden van signalen van uitbuiting en/of gedwongen prostitutie, een eerlijke prijs te betalen en veilige seks te promoten. Naast de gebruikelijke consulten op het soa-centrum voor zowel sekswerkers als prostituanten, is daartoe in 2013 een bijzondere klantenactie uitgevoerd. Op die manier is zicht gekregen op de kenmerken van seksueel risicogedrag van zowel sekswerkers als prostituanten.

David Spitaels en Laura Blitz

In Nederland kwam in 2000 een einde aan het gedoogbeleid voor prostitutie door het onderdeel verbod uit het wetboek van strafrecht te halen. De gemeenten kregen de taak om deze bedrijfstak meer transparant te maken. Het verlenen van vergunningen aan exploitanten van prostitutie-bedrijven speelt hierin nog steeds een belangrijke rol.¹ Met vergunning is legale prostitutie in Den Haag toegestaan in clubs, massagesalons, privé-huizen en in de Geleen- en Doubletstraat waar de raamprostitutie plaatsvindt. Hier bevinden zich ongeveer 335 ramen. In de periode 2006-2010 waren naar schatting dagelijks ongeveer 600 prostituees werkzaam in de vergunde sector in Den Haag.²

In Den Haag zijn er verschillende instellingen die individuele zorg verlenen aan sekswerkers, zoals Shop, Spot 46 (zie kader 1) en het Regionaal soa-centrum Den Haag. Zij zetten zich in om de positie van mensen werkzaam in de prostitutie, verder sekswerkers genaamd, te verbeteren. Om deze positieverbetering te bereiken, is het ook van belang om te kijken naar het seksueel gedrag van de klanten van deze sekswerkers, verder prostituanten genoemd. Prostituanten kunnen bijdragen aan een veiligere werkomgeving van sekswerkers door bijvoorbeeld steeds condooms te gebruiken en mistoestanden te signaleren. In onderstaand artikel volgt een beschrijving van hetgeen bekend is over het seksueel risicogedrag van sekswerkers en prostituanten die het Regionaal soa-centrum Den Haag in 2013 bezocht hebben. Vervolgens komen de resultaten van de klantenactie aan de orde, die specifiek was opgezet om prostituanten op locatie in de Haagse prostitutiestraten, te counsellen over hun seksueel risicogedrag.

Sekswerkers en prostituanten op het soa-centrum In 2013 heeft het soa-centrum 613 soa-consulten bij sekswerkers verricht. Dit komt overeen met 5% van alle consulten in 2013 (n=11.685).

Shop en Spot 64

Shop is het Haagse expertisecentrum op het gebied van hulp- en dienstverlening aan sekswerkers en slachtoffers mensenhandel. Shop verbetert de positie van (ex)sekswerkers en slachtoffers mensenhandel door het geven van informatie, advies en praktische en psychosociale hulp. Daarnaast presenteert Shop zich als een kenniscentrum dat onderzoek doet naar prostitutie en actuele thema's in de kijker stelt.

Meer informatie op www.shop-den Haag.nl
Spot 46 is een initiatief van de gemeente Den Haag en onderdeel van Shop. Dit dienstencentrum werd in 2011 opgericht en heeft het doel om de positie van de sekswerkers te verbeteren. De naam verwijst naar de locatie op de Herengracht 46a. Spot 46 biedt sekswerkers in de regio Haaglanden gratis informatie en advies over (gezond) werken in de seksbranche.

Meer informatie op www.spot46.nl

Het ging om 559 vrouwen, 36 mannen en 18 transgenders. De gemiddelde leeftijd van de sekswerkers bedroeg 33 jaar (32 jaar in 2012). Het aantal soa-consulten bij sekswerkers vertoont de laatste vier jaren weinig variatie (zie figuur 1).

Het soa-centrum neemt verschillende initiatieven om sekswerkers laagdrempelig te benaderen. Zo vonden 409 van de 613 consulten plaats op het soa-centrum, 197 sekswerkers werden op outreach getest (in clubs of op Spot 46) en 7 in samenwerking met Brijder verslavingszorg. 65 % van de sekswerkers heeft een niet-Nederlandse afkomst.* De 6 meest voorkomende etnische achtergronden van sekswerkers op het soa-centrum in 2013 zijn Hongaars (12%), Dominicaans (9%), Colombiaans (8%), Thais (6%), Bulgars en Roemeens (elk 5%). In 2013 werd bij 14,4 % van de geteste sekswerkers één of meerdere soa gevonden. Dit vindpercentage komt ongeveer overeen met het gemiddelde van alle bezoekers op het soa-centrum (14,6%). Het soa-vindpercentage bij de 204 sekswerkers die op outreach werden getest, lag zelfs iets lager dan het gemiddelde in 2013, namelijk 12,7%.

In 2013 heeft het soa-centrum 675 prostituanten op soa getest. De gemiddelde leeftijd van de prostituanten bedroeg 37 jaar. In 2013 werd bij 6,6 % van de prostituanten (n=45) één of meerdere soa gevonden. Dit percentage ligt beduidend lager dan het vindpercentage van alle bezoekers op het soa-centrum (14,6% in 2013).

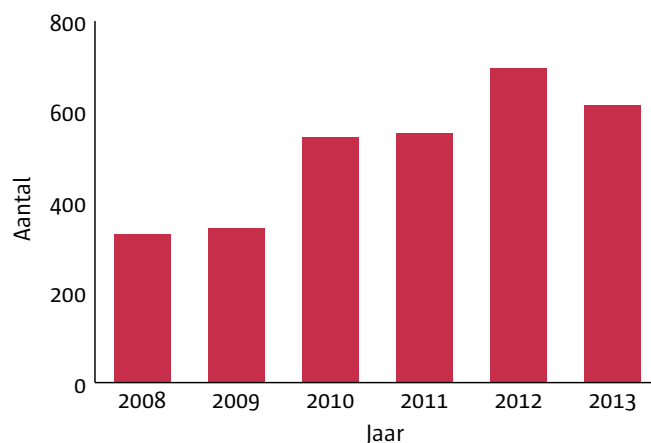
De klantenactie

Het soa-centrum heeft jarenlang ervaring met outreachend werk voor sekswerkers. Op deze manier worden sekswerkers bereikt die nog niet bekend zijn met het soa-centrum en mogelijk meer gezondheidsrisico's lopen door beperktere kennis over soa en veilig vrijen. Prostituanten werden echter nooit eerder actief opgezocht met een outreach-actie.

Sommige prostituanten bieden extreem lage prijzen voor seks. Om die reden besloten Spot 46 en het soa-centrum prostituanten actief te benaderen en hen te wijzen op hun verantwoordelijkheid. Bij een eerder initiatief werden prostituanten op straat door hulpverleners aangesproken. Deze actie ondervond echter weinig animo bij de beoogde doelgroep.

* Definitie volgens CBS criteria waarbij gevraagd wordt naar het eigen geboorteland en het geboorteland van moeder en vader.

Figuur 1. Consulten bij sekswerkers op het soa-centrum in periode 2008-2013

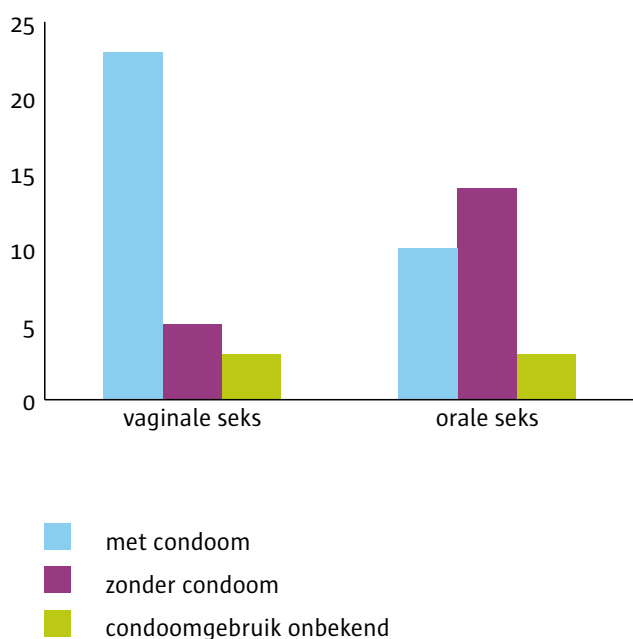


Meer dan de helft van de prostituanten gebruikte geen condoom bij orale seks, 13% gebruikte geen condoom bij vaginale seks.



Ansichtkaart
klantenactie

Figuur 2. Condoomgebruik van de prostituanten naar de gebruikte sekstechniek



Daarom werd gekozen voor een nieuwe aanpak van de klantenactie. Deze werd goed voorbereid en aangekondigd, onder andere door het uitdelen van stickers met minimumprijzen aan de sekswerkers in de raamprostitutie.³ De actie werd mede ondersteund door Meld Misdaad Anoniem met het beschikbaar stellen van informatiemateriaal voor prostituanten.

De klantenactie vond plaats in oktober 2013. Doel was bezoekers van de Haagse prostitutiestraten aan te sporen om signalen van uitbuiting en/of gedwongen prostitutie te melden, een eerlijke prijs te betalen en veilige seks met sekswerkers te promoten. De prostituanten werden geïnformeerd over de manier waarop zij een bijdrage kunnen leveren aan goede en gezonde werkomstandigheden in de seksbranche. De themazijn van de klantenactie was dan ook 'Ik betaal voor seks en neem mijn verantwoordelijkheid'. Gedurende een middag en twee avonden in oktober 2013 werden mogelijke prostituanten in deze straten aangesproken door medewerkers van het soa-centrum en Spot 46 met behulp van afgebeelde flyer. Klanten kregen gratis condooms en ze konden zich op soa laten testen in de GGD gezondheidsbus van het soa-centrum.

Resultaten klantenactie

Tijdens de actie werden 40 prostituanten gecounseld in de bus en getest op soa. De gemiddelde leeftijd van de prostituanten bedroeg 35 jaar. 75% (n=30) van de bezoekers was nog nooit eerder met het soa-centrum in contact geweest. De verpleegkundigen

besteedden bij het gesprek extra aandacht aan de gebruikte sekstechniek en bijhorend condoomgebruik. 78% (n=31) van de prostituanten rapporteerde vaginale seks bij bezoek aan een sekswerker de laatste zes maanden. 27 prostituanten ontvingen (ook) orale seks. Van een aantal bezoekers zijn de gebruikte sekstechnieken en condoomgebruik niet bekend.

Figuur 2 toont dat 52% (n=14) van de 27 prostituanten die orale seks rapporteerden, geen condoom hadden gebruikt tijdens dit sekscontact. Bij vaginale seks lag het percentage dat geen condoom omdeed lager, namelijk 13% (n=5). Uiteindelijk zijn 5 prostituanten positief getest op een seksueel overdraagbare aandoening. Zo kwamen bij deze klantenactie 4 chlamydia infecties en 1 hepatitis B dragerschap aan het licht.

Conclusies

Sekswerkers reageerden zeer positief op deze actie omdat hiermee hun klanten werden aangesproken op hun verantwoordelijkheid. Bij prostituanten was de bereidheid om deel te nemen groot omdat ook de mogelijkheid tot een soa-test werd geboden. Dit was voor de hulpverleners een goede ingang om te counsellen op verantwoord seksueel gedrag met sekswerkers. 75% van de geteste prostituanten was nog nooit eerder op het soa-centrum geweest. Het feit dat meer dan de helft van de prostituanten geen condoom gebruikt bij orale seks tijdens een bezoek aan een prostituee toont de noodzaak van deze klantenactie aan. Deze actie krijgt dan ook in mei en oktober 2014 een vervolg.

REFERENTIES

- 1 Nieuwenhout Y. **Spot 46 en de positieverbetering van sekswerkers**. Rapport van gemeente Den Haag, stafgroep Onderzoek, Strategie & Projecten, november 2013.
- 2 Wagenaar H, Altink S, Amesberger H. **International Comparative Study of Prostitution Policy: Austria and the Netherlands**. Bron: <http://sexworkresearch.wordpress.com>. Geraadpleegd op 26 februari 2014.
- 3 Amoraal S. **Evaluatie klantenactie namens team Spot 46, januari 2014**. Website: www.spot46.nl geraadpleegd op 26/02/2014

OVER DE AUTEURS

D. Spitaels is arts infectieziektebestrijding, GGD Haaglanden; **mw. L. Blitz** is sociaal verpleegkundige bij het regionaal soa-centrum. E-mail: david.spitaels@ggdhaaglanden.nl

De gezondheid van de Haagse bevolking

Onlangs verscheen de Gezondheidsmonitor Den Haag 2014 met de meest actuele gezondheidssituatie van de Haagse bevolking. Het is de vijfde in een reeks van gezondheidsmonitoren die de afdeling Epidemiologie van de GGD Haaglanden sinds 1999 heeft uitgebracht. Nieuw bij deze editie is de bijlage 'De gezondheid van de Haagse jeugd' met een beschrijving van de gezondheid en leefstijl van kinderen en jongeren in de leeftijd van 0 tot 23 jaar. Ook in deze vijfde gezondheidsmonitor komt naar voren dat sociaal-economisch zwakkere groepen op vele gezondheidsgebieden een achterstand hebben. Deze gezondheidsachterstanden zijn hardnekkig en moeilijk terug te dringen.

Caroline Dekkers en Mary Berns

De Wet publieke gezondheid (Wpg) stelt dat het College van Burgemeester en Wethouders zorgdraagt voor a) het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking en b) het elke vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de gemeentelijke gezondheids-

input voor het nieuw op te stellen gemeentelijke gezondheidsbeleid. Daarom wordt de gezondheidsmonitor kort voor de aanstelling van een nieuw college van B&W uitgebracht en heeft deze een duidelijke plek binnen de beleidscyclus.

In de Gezondheidsmonitor Den Haag 2014 komt een breed scala van gezondheidsonderwerpen aan bod. Zo is er aandacht voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid, voor de levensverwachting en sterfte, voor de sociale gezondheid, leefstijlfactoren, de leefomgeving en zorgvoorzieningen, zorgvraag en zorgaanbod.

De vergelijking met de vier grote steden laat zien dat Den Haag op veel gezondheidsgebieden de derde of vierde positie inneemt.

nota, verzamelen en analyseren van gegevens over de gezondheid van de bevolking. De afdeling Epidemiologie voert deze taak namens de gemeente uit en zorgt elke vier jaar voor de Haagse gezondheidsmonitor. Deze bevat de meest actuele gezondheidssituatie van de Haagse bevolking. De gezondheidsgegevens in deze monitor zijn door de afdeling Epidemiologie verzameld en geanalyseerd.

Gezondheidsmonitor

De Haagse Gezondheidsmonitor geeft inzicht in de gezondheidssituatie van de Haagse bevolking en vormt daarmee, in combinatie met de evaluatie van eerder gevoerd lokaal gezondheidsbeleid, waardevolle

In vergelijking met de vorige Haagse gezondheidsmonitor is er niet veel veranderd op gezondheidsgebied in Den Haag. Ook in deze vijfde gezondheidsmonitor komt naar voren dat sociaal-economisch zwakkere groepen op vele gezondheidsgebieden een achterstand hebben en dat gezondheidsachterstanden hardnekkig zijn en moeilijk terug te dringen. Zo ervaren Hagenaars met een lage opleiding of zonder betaald werk, vergeleken met Hagenaars met een hogere opleiding en met betaald werk, hun eigen gezondheid als slechter, rapporteren ze veel vaker een of meer chronische ziekten en aandoeningen en voelen ze zich hierdoor meer belemmerd. Bij veel Turkse Hagenaars wordt een matig of sterk verhoogd

risico op angst en depressie gezien en is er sprake van een hoog percentage rokers. Veel Marokkaanse Hagenaars kampen met overgewicht. Ook leven bewoners van wijken met achterstand minder lang in goede ervaren gezondheid dan inwoners van wijken zonder achterstand. Deze bevindingen zijn essentiële aanknopingspunten voor het gemeentelijk beleid om gezondheidsachterstanden te verminderen. Het thema 'sociaal-economische gezondheidsverschillen' is en blijft een belangrijke rode draad in alle Haagse gezondheidsmonitoren. Het aanpakken en bestrijden van deze gezondheidsverschillen is een centraal thema in de Nota Volksgezondheid 2012-2014 'Gezond aan de Slag!', zoals dat ook het geval was in eerdere Haagse nota's Volksgezondheid.

De gezondheidsgegevens in de gezondheidsmonitor zijn afkomstig van diverse interne en externe bronnen. De cijfers over infectieziekten komen van de afdeling Infectieziektebestrijding & Hygiëne van de GGD Haaglanden, cijfers over huiselijk geweld zijn afkomstig van het Steunpunt Huiselijk geweld regio Den Haag (SHG) en de informatie over het genotmiddelengebruik van de Haagse jeugd komt van het landelijke Peilstationonderzoek van het Trimbos-instituut.

Het merendeel van de Haagse gezondheidsgegevens is echter afkomstig uit de gezondheidsenquête die de afdeling Epidemiologie in 2012 onder Haagse inwoners van 19 jaar en ouder heeft uitgevoerd.

Deze gezondheidsenquête was onderdeel van de landelijke enquête die door alle GGD'en, in samenwerking met het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), werd uitgevoerd. Daardoor was een vergelijking mogelijk op landelijk niveau, op regionaal niveau alsmede met de drie andere grote steden.

De vergelijking binnen de G4 laat zien dat Den Haag op veel gezondheidsgebieden de derde of vierde positie inneemt.

De gezondheid van de Haagse jeugd

Nieuw in deze Gezondheidsmonitor Den Haag 2014 is de los uitgebrachte bijlage 'De gezondheid van de Haagse jeugd', waarin de meest actuele gezondheidssituatie en leefstijl van Haagse jongeren van 0 tot 23 jaar is gebundeld. Door deze aparte bijlage kan meer informatie over de Haagse jeugd worden gerapporteerd. De gezondheidssituatie van de Haagse jeugd laat onder andere zien dat jonge Turkse en Surinaamse vrouwen een belangrijke risicogroep vormen voor parasuicide, dat relatief veel Haagse kinderen, met

name van Turkse afkomst, overgewicht hebben en dat perinatale sterfte en morbiditeit het hoogst zijn in wijken met achterstand.

De gezondheidsgegevens van de Haagse jeugd zijn afkomstig van diverse interne en externe bronnen, waaronder de afdeling Infectieziektenbestrijding & Hygiëne van de GGD Haaglanden, de Jeugdgezondheidszorg 4-19, Jong Florence, het regionaal SOA centrum Den Haag, het Advies- en Meldpunt Kinder mishandeling Haaglanden, de Jutters en Parnassia (Brijder). Naast deze reeds beschikbare gezondheidsinformatie over de Haagse jeugd, zijn ook nieuwe gezondheidsgegevens verzameld. Allereerst heeft de JGZ 4-19 in het schooljaar 2012/2013 vragenlijsten verzameld die zijn gebruikt bij de periodieke gezondheidsonderzoeken (PGO) van 5- en 6-jarige en 9- en 10-jarige kinderen. De afdeling Epidemiologie heeft deze gegevens vervolgens geanalyseerd.

Dit PGO-vragenlijstonderzoek levert een belangrijke bron van gegevens over zowel de lichamelijke als de psychosociale gezondheid van Haagse kinderen. Ten tweede heeft de afdeling Epidemiologie in de zomer van 2013 het Voeding- en Bewegonderzoek uitgevoerd in een steekproef onder 5.000 Haagse kinderen en jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar.

Evenals de Gezondheidsmonitor Den Haag 2014 biedt ook 'De gezondheid van de Haagse jeugd' aanknopingspunten voor gemeentelijk gezondheidsbeleid wat betreft het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Informatie kunt u krijgen bij de afdeling Epidemiologie van de GGD Haaglanden;

Gezondheidsmonitor: Mary Berns en Nasra Karamali: mary.berns@ggdhaaglanden.nl (070) 353 71 29

en nasra.karamali@ggdhaaglanden.nl (070) 353 58 35

Gezondheid van de Haagse jeugd: Caroline Dekkers: caroline.dekkers@ggdhaaglanden.nl (070) 353 78 61

Bij hen kunt u ook een exemplaar van de publicaties opvragen. Alle publicaties zijn te vinden op: www.ggdhaaglanden.nl/publicaties

OVER DE AUTEURS

Mw. Dr. J.C. Dekkers is senior epidemiologisch onderzoeker op de afdeling Epidemiologie, GGD Haaglanden; **Mw. Drs. M.P.H. Berns** is epidemiologisch onderzoeker op de afdeling Epidemiologie, GGD Haaglanden.

E-mail: mary.berns@ggdhaaglanden.nl.

Gezondheidsmonitor
2014 en bijlage
De gezondheid van
de Haagse jeugd



Alcoholscreening op SEH van MCH Westeinde

Een op de drie patiënten die op de Spoed Eisende Hulp (SEH) van MCH Westeinde is gescreend op overmatig alcoholgebruik, vermindert zijn alcoholgebruik of stopt. Dat blijkt uit een onderzoek van de SEH. Ruim 22.000 patiënten zijn van november 2011 tot november 2012 gescreend op alcoholgebruik.

Na drie maanden werden zij opgebeld. Patiënten die een SEH bezoeken blijken meer open te staan voor informatie over gezondheidsbevorderend gedrag, zoals het bewust worden van de eigen alcoholconsumptie. Er is een onderverdeling gemaakt in groepen van patiënten die geen kort gesprek of folder kregen (bijvoorbeeld vanwege de medische- of psychische toestand van de patiënt of taalbarrière), patiënten die wel een informatiefolder ontvingen en patiënten die een kort motiverend gesprek hebben gehad. Daarvan hebben respectievelijk 17%, 52% en 77% naar eigen zeggen hun alcoholgebruik geminderd of gestopt. Alleen het screenen leidt al tot het verlagen van alcoholconsumptie bij de patiënt. Het verstrekken van een informatiefolder en het houden van een kortdurend gesprek zijn effectieve middelen voor het verder verminderen van het alcoholgebruik. De resultaten van het onderzoek van de SEH zijn op 11 maart 2014 tijdens het symposium 'De nuchtere Hollander...' in MCH Westeinde gepresenteerd.

Website bij verwijzing rond huiselijk geweld

GGD Hollands Midden start de website www.hulpaanbodhm.nl als hulpmiddel voor verwijzers van cliënten die te maken hebben (gehad) met huiselijk geweld en kindermishandeling.

Met de site wil GGD Hollands Midden het zoeken naar de juiste hulp bij huiselijk geweld en kindermishandeling vereenvoudigen.

De website is in het leven geroepen door het Steunpunt Huiselijk Geweld Hollands Midden. Een groot aantal hulpaanbieders in de regio heeft input geleverd; er staan inmiddels honderd hulpaanbiedingen op de website. Verwijzers kunnen op de site met diverse criteria zoeken op bijvoorbeeld problematiek, doelgroep en leeftijdscategorie.

Symposium acute zorg anno 2014

MC Haaglanden organiseert op 18 juni 2014 van 17:00 tot 21:00 het symposium 'Acute zorg anno 2014'. Het symposium is bedoeld voor medewerkers van ambulance, SEH, IC, OK, verpleegafdelingen, Radiologie en Fysiotherapie. Sprekers zijn: dr. D. Eefting, vaatchirurg MCH over 'Behandeling van patiënten met een gerupteerd aneurysma van de aorta anno 2014'; dr. E. van der Linden, interventieradioloog MCH over 'Percutane interventies bij posttraumatische bloedingen'; M.H. van Lawick van Pabst, fysiotherapeut MCH over 'Klinische fysiotherapie bij bekkenfracturen'; drs. V. L. van de Craats, AIOS SEH MCH over 'Restrictieve resuscitatie bij de traumapatiënt' en dr. S. Meylaerts, traumachirurg MCH over 'Navigatie bij bekkenring- en acetabulumfracturen; beter door betere techniek!'

Locatie: MCH Westeinde, Lijnbaan 32, 2512 VA Den Haag

Inschrijving: mw. J. Krul-Barkey, j.barkey@mchaaglanden.nl

Informatie: mw. J. A. van Scherpenzeel, j.van.scherpenzeel@mchaaglanden.nl

Cursussen en trainingen van Rutgers WPF (Kenniscentrum Seksualiteit)

Op de site www.rutgerswfp.nl staan diverse cursussen en trainingen van Rutgers WPF (kenniscentrum Seksualiteit), zoals

- Bespreekbaar maken van seksualiteit bij mensen met een lichamelijke beperking.
- Girls' Talk, groepsprogramma seksuele weerbaarheid voor meiden van 14 tot 18 jaar met ook het thema social media.
- Kinderrevalidatie: Verliefd met hindernissen.

Voor het volledige programma of meer informatie: www.rutgerswfp.nl

Cursussen NSPOH

De Netherlands School of Public & Occupational Health is gespecialiseerd in hoogwaardig onderwijs op (post)academisch niveau en biedt opleidingen en trajecten aan professionele organisaties op het brede terrein van maatschappij en gezondheid, arbeid en gezondheid en sociale zekerheid.

De komende maanden organiseert NSPOH de volgende cursussen/bijeenkomsten:

- Weerstand begrijpen en ombuigen: Leer de blokkades en impasses begrijpen en buig ze om in precies de goede richting! Voor professionals in de publieke- en bedrijfsgezondheid die geregeld adviseren of als projectmanager of leidinggevende betrokken zijn bij het invoeren van vernieuwingen en veranderingen. Data: dinsdag 17 en woensdag 18 juni 2014
- Informatiebijeenkomst Master of Public Health
Op 17 juni 2014 organiseert NSPOH een informatiebijeenkomst over de Master of Public Health. De bijeenkomst is bestemd voor ambitieuze professionals in de publieke gezondheid, die willen leren hoe zij hun impact kunnen vergroten in het politieke en professionele krachtenveld in en buiten de publieke gezondheidszorg.
- Summercourse: Epidemiologie, wat kan ik er mee?
Een kennismaking met de basisbegrippen uit de epidemiologie en biostatistiek én de toepassing ervan in uw eigen praktijk. Een intensief programma op een prachtige locatie in Drenthe.
Data: woensdag 20 t/m vrijdag 22 augustus 2014.

Inlichtingen over alle cursussen bij NSPOH:

tel: 030-8100500, e-mail info@nspoh.nl en zie www.nspoh.nl

Depressiezorg rondom de huisartspraktijk

Het organiseren van depressiezorg rondom de huisartspraktijk met POH GGZ (Praktijkondersteuning Huisarts Geestelijke Gezondheidszorg) en een multidisciplinair team is goed mogelijk. Dat blijkt uit het Depressieproject dat in de periode januari 2012 - april 2013 in regio Haaglanden in 29 huisartsenpraktijken is uitgevoerd. Resultaat is dat de opsporing van depressie en de behandeling volgens de richtlijnen is verbeterd. Ook zijn er aanzienlijk minder patiënten verwezen naar de specialistische GGZ. Het zorgvernieuwingproject is uitgevoerd door SHOP (Stichting Huisartsen Ondersteuning

Praktijkorganisatie) in samenwerking met Stichting Lijn 1.

In het project is gewerkt met een methode waarbij een behandelteam, bestaande uit huisartsen, praktijkondersteuners GGZ, eerstelijns psychologen en Algemeen Maatschappelijk Werk, probeert in korte tijd concrete verbeteringen te realiseren in de depressiezorg. Het gaat daarbij om zaken als verbeterde opsporing en diagnostiek, verantwoord medicijngebruik, voorkomen van over- en onderbehandeling, voorkomen van chroniciteit en verminderen van drop-outs.

Het project heeft geleid tot een betere inbedding van de POH GGZ in de huisartspraktijk. Het organiseren van depressiezorg

in deze setting en een multidisciplinair team blijkt goed te werken voor zowel screening en triage als voor behandeling van lichte tot matig ernstige depressies. Dat is belangrijk gezien de plaats van de huisartspraktijk in de basis GGZ per 2014. Er is alle reden te veronderstellen dat datgene wat voor depressiezorg geldt ook voor veel andere psychische problemen opgaat.

Bron:

Evaluatie Depressieproject SHOP 2012-2013.

Het rapport is te downloaden op <http://www.shop-pohggz.nl>.

Transformeren doe je samen

‘Transformeren doe je samen’ is het motto van het congres dat het Nederlands Jeugd-instituut organiseert samen met tien branche-organisaties, vijf andere kennisorganisaties, het stedennetwerk G32 en zeven cliënten-organisaties/fora. Centraal staat de vraag hoe de betrokken partijen samen de beoogde transformaties van maatschappelijke ondersteuning, passend onderwijs en jeugdhulp in onderlinge samenhang zo kunnen vormgeven dat de burger effectievere zorg krijgt met minder bureaucratie en tegen lagere kosten. Al deze partijen gaan met elkaar in debat en slaan de handen ineen om ervoor te zorgen dat de transitie, de overheveling van verantwoordelijkheid en budget naar gemeenten, van de zorg voor jeugd en de transformatie en vernieuwing van de hele sector leidt tot een (kosten)effectiever jeugdstelsel. Een stelsel waar cliënten (jeugdigen en opvoeders) echt beter van worden. Een stelsel dat verbindt, zich stelselmatig verbetert en niet versnipperd of polariseert.

Datum: 16 juni 2014

Locatie: De Reehorst te Ede

Kosten: € 255 (inclusief congresbundel, koffie, thee, lunch en een drankje en hapje na afloop)

Bron: www.nji.nl

Voor meer informatie over aanmelden:
Congres4u, telefoon (06) 133 68 799
of e-mail info@congres4u.nl.

Rectificatie

In nummer 1/2014 van het Epidemiologisch Bulletin is in het artikel HIV Surveillance in de regio Haaglanden anno 2012, figuur 4 op pagina 7 onjuist weergegeven. Het betreft ‘Aantal nieuw geregistreerde patiënten met hiv in de twee Haagse hiv-behandelcentra naar seksuele voorkeur. Den Haag 2002 en 2012. De legenda is verwisseld: de paarse balk betreft homoseksueel, de blauwe balk betreft heteroseksueel.

Beddenafbouw ggz moet geleidelijk gaan

GGZ Nederland is geschrokken van de overlastcijfers van de politie. De politie stelt vaker uit te moeten rukken vanwege overlast door verwarde personen. Volgens de politie wordt de stijging vooral veroorzaakt door veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg. Mensen met psychische klachten worden tegenwoordig vaker thuis behandeld. ‘We kennen de exacte cijfers niet, maar dit is wel reden tot zorg’, zegt voorzitter Jacobine Geel: ‘Het opbouwen van de zorg in de wijken kost tijd, maar we moeten goed in de gaten houden of dat leidt tot mogelijke ongelukken. Deze cijfers zijn absoluut reden te kijken of we niet te snel gaan.’

Het voeren van een ander beleid is op basis van deze cijfers nog een stap te ver. GGZ Nederland staat achter gemaakte afspraken om de psychische zorg verder te ambulantisieren. ‘Maar als het te snel gebeurt, dan ben je dus wel het aantal bedden aan het afbouwen, maar heb je de ambulante zorg nog niet geregeld’, aldus directeur Paul van Rooij. ‘Nederland heeft veruit de meeste bedden in zorginstellingen van alle landen in de hele wereld. Dat is niet iets om heel trots op te zijn. Daar willen we van af en dat kan ook als je goede ambulante zorg levert’. Hierover moeten volgens GGZ Nederland goede afspraken gemaakt worden met zorgverzekeraars en andere partijen.

Bron: www.ggz nederland.nl

Ziekte	1e kwartaal 2014	1e kwartaal 2013	1e kwartaal 2012
A-ZIEKTEN			
Nieuwe Influenza A (H1N1)			
B-ZIEKTEN			
bacillaire dysenterie	7	8	8
buiktifus	4		
Creutzfeld-'s disease		3	1
hepatitis A	3	2	2
hepatitis B chronisch *)	45	31	53
hepatitis C acuut	1		
kinkhoest	71	63	119
legionella pneumonie	4	2	1
mazelen	24	7	
meningokokkose	1		
paratyfus A,B,C	3	1	1
tuberculose	19	16	22
voedselinfectie		2	3
invasieve GAS		2	3
West-Nilevirus		1	
brucellose			
C-ZIEKTEN			
E-coli 0157		8	11
leptospirose			
malaria	4	3	1
ornithose/psittacose		1	
Q-koorts			
rode hond			
bof	3	1	16
Listeriose	1	2	1
invasieve pneumokokken		2	2
inv. Haemophilus influenzae type b		1	1
MRSA		1	
Totaal	190	157	245

*) inclusief dragers

Meldingen door instellingen

Aantal meldingen van uitbraken van twee of meer gevallen van bepaalde infectieziekten door instellingen die meldingsplichtig zijn conform art. 26 van de Wet publieke gezondheid

	AWBZ instelling	Kinderop- vang	Onderwijs- instelling	Totaal
Anders	1		3	4
Huiduitslag	3	21	7	31
Luchtweginfecties	2	3	3	8
Maagdarmaandoening	12	4	2	18
	18	28	15	61

Toelichting op de meldingen van mazelen

Op vrijdag 28 februari 2014 zijn er bij de afdeling infectieziektebestrijding van de GGD Haaglanden gelijktijdig twee kinderen met mazelen gemeld. Een kind is te jong om al gevaccineerd te zijn, het andere kind is bewust niet gevaccineerd. Vervolgens heeft de GGD bron- en contactonderzoek gedaan, maar een bron wordt niet gevonden. Er is ook geen verband tussen de beide kinderen, behalve dat ze allebei in Den Haag wonen. Het eerste kind had in de besmettelijke periode geen contact gehad met mensen die een groot risico lopen op mazelen. Het andere kind blijkt met vijf ongevaccineerde kinderen (onder de 14 maanden) van een kinderdagverblijf in contact te zijn geweest. De richtlijn van het RIVM geeft aan dat een BMR vaccinatie na blootstelling bij deze vatbare kinderen mogelijk nog enige bescherming geeft. De vaccinatie moet zo snel mogelijk worden gegeven, maar uiterlijk binnen 72 uur. Andere vatbare, maar niet direct blootgestelde kinderen op het kinderdagverblijf krijgen ook een BMR aangeboden om hen te beschermen en de kans op verdere transmissie zo klein mogelijk te maken. Vier van de vijf blootgestelde kinderen ontwikkelen ondanks de vaccinatie toch mazelen. De andere vatbare kinderen die gevaccineerd zijn, hebben geen mazelen ontwikkeld. Ook een leidster en drie ouders van kinderen ontwikkelen mazelen. Drie van deze vier volwassenen waren twee maal gevaccineerd tegen mazelen.

Op 10 maart komen opnieuw twee meldingen van mazelen binnen, het betreft een kind en een volwassene. Het kind is nog ongevaccineerd vanwege de leeftijd, de volwassene is nooit gevaccineerd. De dagen daarop worden er nog vijf kinderen en een volwassene gemeld. Er is een gezamenlijk bron van deze acht personen: een kindermatinee. Rond al deze personen heeft de GGD maatregelen genomen. Er zijn geen nieuwe mazelen gevallen rond dit cluster bij de GGD gemeld.

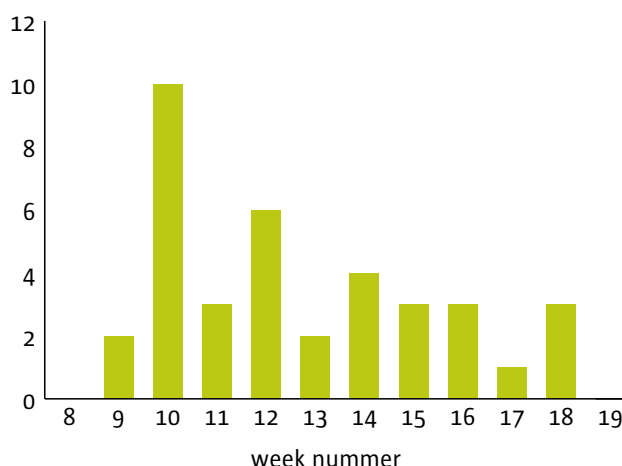
Vanaf 20 maart worden er regelmatig nieuwe gevallen van mazelen gemeld. Het gaat dan om een aantal volwassenen waar geen relatie met de eerder beschreven clusters wordt gevonden. Rond al deze

patiënten wordt contactonderzoek gedaan en waar nodig en mogelijk worden er maatregelen genomen, zoals vaccinaties. Toch ontstaan er weer nieuwe gevallen. Een aantal patiënten is op de SEH van verschillende ziekenhuizen geweest en enkelen zijn opgenomen geweest. In één ziekenhuis is er bij acht medewerkers mazelen geconstateerd. De meeste medewerkers waren twee maal gevaccineerd tegen mazelen. Binnen één familie zijn er ook secundaire gevallen gemeld.

Stand van zaken op 10 mei

Sinds 28 februari zijn er 42 gevallen van mazelen. 41 gevallen zijn laboratorium bevestigd (PCR en/of serologisch), één geval had contact gehad met een laboratorium bevestigd mazelengeval. Van de 42 gevallen waren er 24 ongevaccineerd. Hiervan waren dertien kinderen ongevaccineerd omdat zij nog te jong waren voor vaccinatie (jonger dan 14 maanden). Een kind was bewust niet gevaccineerd. Tien volwassenen waren niet gevaccineerd omdat de introductie van mazelenvaccinatie in het Rijksvaccinatieprogramma voor hen te laat kwam of omdat zij in hun kindertijd in het buitenland waren waar het mazelen vaccinatieprogramma niet was gestart. De andere 18 volwassenen hadden één mazelenvaccinatie gehad (4) of twee mazelenvaccinaties (14).

Figuur 1. Aantal nieuwe mazelengevallen per week, GGD Haaglanden, 2014.



Beschouwing

Het is bekend dat na één mazelenvaccinatie 95% van de gevaccineerden beschermd is. Na een tweede mazelenvaccinatie is dat voor 99% het geval.

Als er veel blootstelling plaatsvindt in een gevaccineerde populatie, zal altijd een aantal gevaccineerde mensen toch mazelen krijgen.

Het RIVM doet wel verder onderzoek naar mazelen bij mensen die twee maal gevaccineerd zijn.

Tabel 1. Gemelde patiënten met mazelen naar leeftijd en vaccinatiestatus

	Onge- vaccineerd	1x mazelen- vaccinatie	2 x mazelen- vaccinatie	totaal
<14 maanden	13	0	0	13
14 maanden t/m 3 jaar		2		2
4 t/m 18 jaar	1	0	0	1
19 t/m 37 jaar	3	0	14	17
38 t/m 49 jaar	8 (4 onbekend)	1	0	9
Ouder dan 50 jaar	0	0	0	0
Totaal	25	3	14	42

COLOFON

Juni 2014, 49^{ste} jaargang nr. 2

REDACTIE

mw. dr. G.A.M. Ariëns, GGD Haaglanden (kernredacteur)
mw. drs. R.J. Beuker, GGD Haaglanden (kernredacteur)
dr. P.K. Chandie Shaw, internist, Medisch Centrum Haaglanden
mw. E.M. van Dalen (redactiesecretaris/eindredacteur)
drs. M. Lemmink, GGD Haaglanden
mw. dr. I.M. van der Meer, GGD Haaglanden (kernredacteur)
prof. dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Haaglanden (hoofdredacteur)
drs. L.M.J. Staal, GGD Haaglanden (kernredacteur)
dr. R.J.J.E.T. Starmans, huisarts
mw. M. van der Werff MSc, Stichting Lijn 1
dr. R.F.P. de Winter, ParnassiaGroep

REDACTIEADRES

Redactieadres: GGD Haaglanden, Postbus 16130, 2500 BC Den Haag
Bezoekadres: Westeinde 128, Den Haag
Secretariaat E&G: T (070) 353 72 66, F (070) 353 72 92
e-mail: jessica.roos@ggdhaaglanden.nl
Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij mw. Roos.

Epidemiologisch Bulletin op internet:
www.ggdhaaglanden.nl/publicaties

Ontwerp: Ontwerpwerk

Fotografie:
GGD Haaglanden, Beeldbank
Jos van Leeuwen

Uitgave:
GGD Haaglanden

Het Epidemiologisch Bulletin is een kwartaaluitgave van GGD Haaglanden. Het blad heeft een semi-wetenschappelijk karakter en belicht de uitkomsten van recent epidemiologisch onderzoek op het terrein van de volksgezondheid. Daarnaast bevat het Bulletin artikelen over gezondheidsproblemen in de regio Haaglanden en het beleid dat wordt gevoerd om deze problemen het hoofd te bieden.

De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en vormgeving van het Bulletin. Overname van artikelen is in vele gevallen mogelijk in overleg met de redactie. De richtlijnen voor auteurs kunnen op het redactiesecretariaat worden opgevraagd.

Op www.awpgnzh.nl/epibul kunt u aangeven of, en zo ja, hoe u (per post of digitaal) het Epidemiologisch Bulletin kosteloos wilt ontvangen. Wilt u bij een afmelding, als u het blad niet meer wilt ontvangen of in het vervolg liever per e-mail, alstublieft ook uw adresgegevens invoeren? Dat maakt het eenvoudiger om uw gegevens uit het adressenbestand te kunnen verwijderen.

ISSN 0921-6219

BEZOEKADRESSEN

Westeinde 128
2512 HE Den Haag

Van Bleyswijkstraat 93^e
2613 RR Delft

Croesinckplein 24-26
2722 EA Zoetermeer

POSTADRES

Postbus 16130
2500 BC Den Haag

T (088) 355 01 00
info@ggdhaaglanden.nl

www.ggdhaaglanden.nl