

Epidemiologisch Bulletin

JAARGANG 50

TIJDSCHRIFT VOOR VOLKSGEZONDHEID EN ONDERZOEK IN REGIO HAAGLANDEN

1

2015

VOLKSGEZONDHEID

Wethouder Vugs uit Zoetermeer
over rol GGD > p. 4

Ondervoeding bedreiging voor
ouderen > p. 12

Rampenopvangplan
GGD Haaglanden > p. 18

EPIDEMIOLOGIE

Leerlingen richting
gezond gewicht > p. 7

Gezondheid in cijfers > p. 24

IN DIT NUMMER

Redactioneel	3
Wethouder Isabelle Vugs (D66) uit Zoetermeer GGD ook voor toezicht en controle op gezondheidsrisico's <i>Liesbeth van Dalen</i>	4
Ketenaanpak gezond gewicht op basisscholen in Den Haag <i>Irene van der Meer, Maartje Keetman, Carolien van Hooijdonk</i>	7
Ondervoeding bedreigt gezondheid en welzijn ouderen <i>Marije Dieudonné en Sara van Grootel</i>	12
Rampenopvangplan GGD Haaglanden <i>Liesbeth van Dalen</i>	18
Gezondheid in cijfers: 60% van de inwoners voldoet aan beweegnorm	24
Korte berichten	25
Meldingen infectieziekten	29



Redactioneel

Dit jaar bestaat het Epidemiologisch Bulletin 50 jaar. Een respectabele leeftijd, waar we uitermate trots op zijn. Daarom zijn alle uitgaven dit jaar voorzien van een ‘gouden nummer en jaargang’ op het omslag. Later dit jaar, dichterbij de buurt van de eigenlijke verjaardag, komen we er uitvoerig op terug.

Ook nu weer ligt er een uitgave voor u die laat zien wat het Bulletin al tientallen jaren probeert te zijn: een platform van informatie en discussie over de volksgezondheid, voorheen in Den Haag, inmiddels in de gehele regio Haaglanden.

U kunt ook nu weer kennismaken met een wethouder volksgezondheid. Dit keer Isabella Vugs van Zoetermeer. Het erop volgende artikel bevat de evaluatie van de ‘Ketenaanpak gezond gewicht’ met interventies gericht op het bereiken en behouden van gezond gewicht van leerlingen op basisscholen. Een geïntegreerde benadering lijkt effectief.

Een kaderhuisarts ouderengeneeskunde vraagt in het volgende artikel aandacht voor een nogal onderschat probleem: ondervoeding bij thuiswonende of in een verpleeg- of ziekenhuis opgenomen ouderen. Het artikel reikt praktische handvatten aan voor diagnostiek en begeleiding.

Vervolgens krijgt de lezer een kijkje achter de schermen van de ‘rampenplannen’. We weten dat in geval van calamiteiten allerlei noodplannen in werking treden. Maar wie maakt die noodplannen, hoe wordt beslist wie op welke manier in actie komt, hoe wordt voorkomen dat er een chaos ontstaat? Het artikel over het GGD Rampen Opvang Plan gaat er uitgebreid op in.

Kortom, we beginnen de 50^e jaargang weer met – naar inhoud en vorm – zeer uiteenlopende artikelen. Zoals altijd wenst de redactie u veel leesplezier en blijft zij zich graag aanbevelen houden voor uw commentaren en reacties.



GGD ook voor toezicht en controle op gezondheidsrisico's

De huidige gemeente Zoetermeer is in 1935 ontstaan uit een samenvoeging van de dorpen Zegwaart en Zoetermeer. In 1962 werd de gemeente aangewezen als groeigemeente en is nu met 125.000 inwoners de derde stad in Zuid-Holland. In die ruim vijftig jaar kende de stad veel doorstroming van inwoners. Dit kwam onder andere door tijdelijke huisvesting van mensen uit steden waar stadsvernieuwing plaatsvond. Deze doorstroming had gevolgen voor sociale cohesie, voor vrijwilligerswerk en voor eenzaamheid. In een interview geeft de wethouder voor zorg en welzijn, Isabelle Vugs (D66) een beeld van de speerpunten voor het gezondheidsbeleid. Daarbij speelt GGD Haaglanden een belangrijk rol qua onderzoek en advisering en wat Vugs betreft in de toekomst ook als het gaat om toezicht en controle op gezondheidsrisico's.

Liesbeth van Dalen

“Met ruim driekwart van de Zoetermeesters gaat het hartstikke goed”, stelt Vugs. “Zoetermeer is een gemiddelde stad met enkele wijken met een lagere sociaal-economische status. De inwoners daar hebben over het algemeen een lager inkomen en een gezondheidssituatie die extra zorg behoeft.”

Om goed zicht te krijgen op de gezondheid en het welzijn van volwassenen en senioren deed de toenmalige GGD Zuid-Holland West (GGD ZHW) in 2012 een gezondheidsonderzoek. Mede daaruit zijn de speerpunten voor het huidige gezondheidsbeleid geformuleerd. “De focus ligt met name op overgewicht en diabetes, verslavingspreventie ten aanzien van roken, alcohol en drugs en ook psychosociale klachten als depressie vragen aandacht. Deze speerpunten blijven de komende jaren van kracht”, aldus Vugs. Naast deze speerpunten blijkt uit genoemd gezondheidsonderzoek dat een op de tien inwoners van Zoetermeer ernstig eenzaam is en dat het percentage inwoners dat vrijwilligerswerk doet lager ligt dan in de regio (22% ten opzichte van 30%).

Preventie gaat samen met signalering en er is geen andere instantie dan de GGD die dat zo kan

Het percentage mantelzorgers is hoger dan landelijk (14% ten opzichte van 12%) en meer ouderen maken gebruik van internet dan in de regio.

Zoetermeer is newtown

De eenzaamheid heeft volgens Vugs te maken met het feit dat Zoetermeer een newtown is, een jonge en snel groeiende gemeente. “Als groeigemeente kende Zoetermeer veel doorstroming en tijdelijke huisvesting van gezinnen uit onder andere de Schilderswijk in Den Haag vanwege de stadsvernieuwing. Deze mensen kennen hier geen structuur van generaties bureaus die naar elkaar omzien en ze hebben geen binding met een vereniging. Voor het voorkomen van eenzaamheid is de directe omgeving van groot





Wethouder zorg en welzijn Zoetermeer, Isabella Vugs (D66): “Het karakter van newtown verdwijnt nu we steeds meer inwoners hebben die in Zoetermeer geboren zijn.”

belang, belangrijker dan een winkelcentrum. Het gaat erom dat je je buurvrouw kunt vinden.” Om de eenzaamheid te bestrijden werken de welzijnsorganisaties in de stad nauw samen. De situatie zal ook veranderen nu de stad niet verder kan groeien en steeds meer inwoners heeft die in Zoetermeer zijn geboren. Wellicht verklaart het karakter van een newtown ook het lagere aantal vrijwilligers dan in de regio. Vugs: “77% van de Zoetermeerders heeft werk. Werk en vrijwilligerswerk kan elkaar bijten. Bovendien is bekend dat vrijwilligers vaak lid zijn van een kerkgenootschap of actief willen zijn voor hun buurt. Die binding is er in een newtown minder dan in een stad die al eeuwenlang dezelfde consistentie kent. We zijn er als gemeente actief mee bezig. In het kader van de drie decentralisaties, waarbij meer van mensen zelf wordt gevraagd, proberen we samen met vrijwilligersorganisaties meer mensen te betrekken. Overigens bleek bij de matching tussen vraag en aanbod door het vrijwilligersinformatiepunt dat er geen groot tekort is aan vrijwilligers, behalve op psychosociaal gebied. Er is behoefte aan maatjes voor mensen met psychosociale problematiek.”

Van het feit dat de senioren in Zoetermeer meer gebruikmaken van internet dan in de regio, kijkt Vugs niet op. “We zijn immers ICT-stad, we stimuleren het enorm. Er zijn enkele innovatieve projecten. Zo is de oude margarinefabriek Brinkers omgebouwd tot Dutch Innovation Factory. Daar werken bedrijven en het MBO en HBO samen op het gebied van ICT.

Ook zijn er intergenerationele projecten waarin jongeren ouderen helpen. Dat heeft er mede toe geleid dat 99 procent van de afspraken met het Publieksplein via internet wordt gemaakt.”

Ondersteuning door de GGD

“De gemeente heeft als taak om mensen op weg te helpen om gezondere keuzes te maken”, aldus Vugs. Daarin speelt de GGD een belangrijke adviserende en onderzoekende rol. “Dankzij onderzoeken heeft de GGD goed overzicht en kan daardoor goed adviseren. We hebben bij het eerdergenoemd onderzoek door GGD ZHW gevraagd om factsheets te maken over de gezondheidssituatie van de inwoners van de drie wijken met een lage sociaal economisch status. Zo ontstaat een goede wisselwerking tussen de ambitie van de gemeente en de bijdrage van de GGD. We maken graag gebruik van de gegevens van de GGD en hun adviesfunctie.” Als voorbeeld noemt Vugs het ‘vignet gezonde school’. “De GGD heeft ons die aanpak aangereikt en vervolgens was Zoetermeer de eerste gemeente met een school die het landelijk vignet Gezonde School kreeg. Inmiddels zetten ook enkele scholen voor voortgezet onderwijs zich in om het vignet te krijgen.”

Ander voorbeeld is de aandacht voor overgewicht en bewegen. Uit een factsheet van de GGD bleek dat in 2010 12% van de jongeren tussen 12 en 18 jaar (ernstig) overgewicht had, bij 9% van kinderen van 0 tot 11 jaar was sprake van matig en bij 2% van ernstig overgewicht. “Bij de aanpak hiervan werken

Supermarktrondleiding

Naar aanleiding van het overgewicht en weinig bewegen is in Zoetermeer het initiatief genomen om in supermarkten rondleidingen te geven en te laten zien dat gezond eten niet extra duur hoeft te zijn. Dit gebeurt in samenwerking tussen een organisatie voor diëtetiek, de supermarkten en het welzijnswerk. Schoolkinderen en ouders leren etiketten lezen en producten met elkaar te vergelijken. Ze leren waarom het ene product gezonder is dan het andere. Ook komt aan de orde dat bewerkte, gekruide en/of voorgesneden producten duurder zijn dan deze zelf te verwerken. De belangstelling groeit. In 2014 zijn dertig rondleidingen gegeven voor 328 mensen. Voor 2015 wordt gerekend op vijf- tot zeshonderd deelnemers.

we met combinatiefunctionarissen sport en bewegen. Zij werken deels op scholen en deels bij sportclubs, ze promoten het sporten en bewegen in de wijken en brengen kinderen in contact met de sportverenigingen.” Ander voorbeeld zijn de supermarktrondleidingen om te laten zien dat gezond eten niet duur hoeft te zijn (zie kader).

Meerwaarde GGD Haaglanden

De vorming van GGD Haaglanden per 2014 betekent voor Zoetermeer meer kennis en ervaring. “Den Haag heeft zich nu aangesloten bij GGD ZHW en op Haaglandenniveau betekent deze samenvoeging dat er meer financiële slagkracht is en dat we meer kennis en ervaring kunnen delen. Dankzij Den Haag is er meer kennis over de OGGZ en daklozenopvang.”

Het is voor de wethouder zeker denkbaar dat de GGD zich ook op nieuwe terreinen inzet. “Denk bijvoorbeeld aan de asielzoekers en statushouders. Er was en blijft sprake van een forse stijging van het aantal asielzoekers en dat brengt gezondheidsrisico’s met zich mee. Zo blijkt dat de toename van het aantal

TBC-gevallen in Nederland voor negentig procent komt door asielzoekers uit Eritrea. GGD Haaglanden is een goede partij om gemeenten te adviseren over de aanpak hiervan. Een rol die overigens aansluit bij een door het ministerie van VWS voorgestane taak voor de GGD, namelijk toezicht en controle op gezondheidsrisico’s.”

Ook bepleit VWS een integrale aanpak van preventie door de GGD. “Een terechte taak”, vindt Vugs. “Deze preventie gaat samen met signalering en er is geen andere instantie dan de GGD die dat zo kan. Wel zal het terrein per gemeente verschillen en hangt het af van wat er speelt in een gemeente. Bij ons staat alcoholpreventie hoog in het vaandel en andere gemeenten hebben bijvoorbeeld veel eenzame ouderen.”

Rol GGD bij decentralisaties

Om binnen de gemeenteraad van Zoetermeer de GGD meer in beeld te krijgen is volgens Vugs een halfjaarlijkse rapportage inclusief toelichting een goed middel. Dat zal het komende jaar zeker kunnen, omdat er dan meer aandacht komt voor de rol van de GGD bij de decentralisaties. Vugs denkt daarbij met name aan de JGZ en preventie. “Nu de transities een feit zijn gaan gemeenten in gesprek met GGD Haaglanden over hun toegevoegde waarde op deze terreinen. Dat geldt ook voor een aantal nieuwe ontwikkelingen, zoals de veranderende rol van Meldpunt Bezorgd en de sociale wijkteams. Onderwerp van gesprek met de GGD is ook Veilig Thuis, de organisatie waarin het Steunpunt Huiselijk Geweld (SHG) en het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) per 1 januari 2015 zijn samengegaan. De bestuurders van GGD Haaglanden hebben hun voorkeur uitgesproken voor het onderbrengen ervan bij GGD Haaglanden. “De besluitvorming moet nog plaatsvinden, maar ik vind het logisch om Veilig Thuis daar onder te brengen. De GGD heeft de expertise en kan de inzet voor huiselijk geweld en kindermishandeling in de negen gemeenten goed borgen.”

OVER DE AUTEUR

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



SAMENVATTING

ACHTERGROND EN
DOELSTELLING

De Haagse Aanpak Gezond Gewicht richt zich op het bevorderen van een gezond gewicht van de Haagse jeugd van 0 tot 19 jaar. Centraal in de aanpak staat de keten van gezond gewicht met drie belangrijke onderdelen 1) preventie, 2) signaleren en 3) begeleiden. De ketenaanpak omvat interventies op al deze drie onderdelen. De aanpak gezond gewicht op school leidt naar verwachting tot een gunstige ontwikkeling van het gewicht van de leerlingen. Om dit te toetsen is besloten de ontwikkelingen in lengte en gewicht te onderzoeken van leerlingen die drie jaar aan de ketenaanpak gezond gewicht zijn blootgesteld. Voor de huidige evaluatie is alleen gekeken naar interventies die plaatsvinden op de school zelf, vanwege de laagdrempeligheid.

METHODE

Via de signaleringsinterventie 'De Gewichtige Vakleerkracht' worden jaarlijks lengte en gewicht van leerlingen gemeten. Hiermee wordt de BMI-sds berekend, een maat voor de gewichtstatus van kinderen. Op basis van hun eerste meting zijn de leerlingen ingedeeld in de categorieën ondergewicht, gezond gewicht, overgewicht en obesitas. Met behulp van multilevelanalyses is getoetst of ontwikkelingen in BMI-sds significant zijn.

RESULTATEN

Bij 912 leerlingen zijn er drie opeenvolgende metingen verricht. Leerlingen met obesitas bewogen zich gemiddeld richting overgewicht, leerlingen met overgewicht en ondergewicht gemiddeld richting gezond gewicht. Deze ontwikkelingen zijn significant. De groep leerlingen met gezond gewicht, met 61% de grootste groep van het totaal, is gemiddeld licht naar de categorie overgewicht toe bewogen, maar deze stijging is niet significant.

CONCLUSIE/AANBEVELINGEN

Een langdurige en intensieve aanpak gericht op gezond gewicht binnen basisscholen, met aandacht voor zowel preventie, signaleren als begeleiden, kan op lokaal niveau bijdragen aan een gezonde jeugd.

Leerlingen richting gezond gewicht

Een langdurige en intensieve aanpak gericht op gezond gewicht binnen basisscholen op lokaal niveau kan bijdragen aan een gezonde jeugd. Dit blijkt uit onderzoek naar de ontwikkelingen in lengte en gewicht van leerlingen op basisscholen, waar drie opeenvolgende jaren de 'ketenaanpak gezond gewicht' is uitgevoerd. Deze ketenaanpak in het kader van de Haagse Aanpak Gezond Gewicht omvat drie belangrijke onderdelen: preventie, signaleren en begeleiden. De aanpak leidt ertoe dat leerlingen met obesitas zich bewegen in de richting van overgewicht. Leerlingen met overgewicht en ondergewicht bewegen zich richting gezond gewicht.

Irene van der Meer, Maartje Keetman,
Carolien van Hooijdonk

Haagse Aanpak Gezond Gewicht

In Den Haag kampt bijna één op de vijf kinderen met overgewicht of obesitas, in totaal gaat het om 14.000 kinderen en jongeren tussen de 2 en 15 jaar.¹ Ieder kind heeft recht op een gezonde toekomst, daarom pakt GGD Haaglanden overgewicht in Den Haag actief aan. Den Haag is als eerste grote gemeente JOGG-gemeente geworden (Jongeren Op Gezond Gewicht).² GGD Haaglanden heeft deze landelijke aanpak vertaald naar een lokale, wijkgerichte aanpak: de Haagse Aanpak Gezond Gewicht (HAGG). HAGG richt zich op het bevorderen van een gezond gewicht bij de Haagse jeugd van 0 tot 19 jaar, met extra aandacht voor de jeugd in de achterstandswijken (in de stadsdelen Centrum en Escamp).

Centraal in de Haagse Aanpak Gezond Gewicht is de keten van gezond gewicht bestaande uit de drie onderdelen: 1) preventie, 2) signaleren en 3) begeleiden. Hieronder worden deze onderdelen toegelicht met voorbeelden van interventies op scholen. Voor de huidige evaluatie is alleen gekozen voor interventies die op scholen zelf plaatsvonden, omdat dit laagdrempeliger is dan wanneer leerlingen voor een interventie naar een andere locatie moeten.

1 Preventie: het voorkomen van overgewicht.

Preventieprojecten zijn gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl van alle leerlingen. Dit zal een gunstige bijdrage leveren aan het bereiken maar ook behouden van een gezond gewicht.

Enkele voorbeelden van preventieve projecten zijn:

- Lekker Fit!, een lesprogramma met een doorlopende leerlijn in alle groepen van de basisschool, gericht op gezond eten en bewegen (voorkomen van overgewicht en bewegingsarmoede).
- De school-sport-coördinator, een docent die een naschools sportaanbod op school realiseert waar leerlingen kennis maken met verschillende sporten met als doel dat leerlingen structureel gaan sporten.
- Gezonde school, een werkwijze die zorgt voor structurele aandacht voor gezondheid op school via educatie, aanpassing in de schoolomgeving, signalering (in brede zin, bijvoorbeeld van leerachterstand) en schoolgezondheidsbeleid.

2 Signaleren: overgewicht tijdig signaleren zodat de stap naar een gezond gewicht kleiner is.

De Gewichtige Vakleerkracht, een vakleerkracht lichamelijke opvoeding die jaarlijks leerlingen meet en weegt om een ongezond gewicht in een vroeg stadium vast te stellen.

3 Begeleiden: leerlingen met een ongezond gewicht begeleiden naar een gezond gewicht.

Voor de begeleiding van leerlingen met ongezond gewicht op school wordt een schooldiëtist of de geïntegreerde leefstijlinterventie Wat IS Jouw Stijl (WIJS) ingezet.

Het idee is dat interventies op alle drie de onderdelen een gunstig effect zullen hebben op het gewicht van de leerlingen. Preventie is immers gericht op alle leerlingen, maar het is de vraag of dit voldoende zal zijn voor de leerlingen met ongezond gewicht. De begeleidingsinterventies zijn geschikt voor leerlingen met een ongezond gewicht, maar bereiken een minderheid van de leerlingpopulatie. Daardoor worden de andere leerlingen niet bereikt en kunnen zij met een ongunstige leefstijl doorgroeien naar een ongezond gewicht. Het tijdig signaleren van leerlingen met ongezond gewicht kan zorgdragen voor een eerder starten van een interventie gericht op terugkeer naar een gezond gewicht. Alle drie de onderdelen afzonderlijk zijn zinvol, maar van een combinatie wordt een groter effect verwacht. Voor zover bekend is er op dit moment geen onderzoek beschikbaar om dit te onderschrijven. Om te toetsen of de ketenaanpak gezond gewicht op scholen tot een gunstige ontwikkeling van het gewicht leidt, is besloten om een onderzoek uit te voeren met de volgende onderzoeksvraag:

“Laten lengte en gewichtsgegevens van leerlingen op basisscholen met de ketenaanpak gezond gewicht op school (zowel preventie, signaleren, als begeleiden) een gunstige trend zien?

Ofwel: a. Gaan leerlingen met ongezond gewicht (ondergewicht, overgewicht en obesitas) richting gezond gewicht? en b. Blijven leerlingen met gezond gewicht stabiel?”

Methode

In Den Haag zijn er tot en met schooljaar 2013/2014 dertien basisscholen die in drie achtereenvolgende schooljaren de ketenaanpak gezond gewicht op school realiseren. Deze scholen hebben op alle onderdelen van de ketenaanpak (preventie, signaleren en begeleiden) tenminste één interventie op school. Van de dertien scholen staan er acht in stadsdeel Centrum, drie in Laak, één in Escamp en één in Scheveningen. Van de acht scholen in Centrum staan er zes in de Schilderswijk. In het kader van signaleren wordt op deze scholen jaarlijks de lengte en het gewicht van alle leerlingen van de school gemeten. Deze gegevens zijn gebruikt om de ontwikkeling in lengte en gewicht te monitoren. Hiervoor is de BMI-sds berekend (zie kader).

Op basis van de BMI-sds van hun eerste meting zijn de leerlingen ingedeeld in de categorieën ondergewicht, gezond gewicht, overgewicht en obesitas. Hiervoor zijn de afkappunten van Cole en Lobstein gebruikt³, welke gebaseerd zijn op grenzen die overeenkomen met een BMI van 18,5, 25 en 30 bij volwassenen.⁴ Etnische herkomst van de leerlingen is niet bekend, dus zijn etnisch specifieke afkappunten (bijvoorbeeld lagere grenswaarden voor Hindostanen) niet gebruikt. Omdat voor de groepen leerlingen in de afzonderlijke categorieën verschillende trends verwacht en gewenst zijn (dat wil zeggen daling, stabiliteit of stijging), zijn de analyses voor de groepen afzonderlijk uitgevoerd.

Gedurende de drie opeenvolgende schooljaren zijn er leerlingen van school gegaan (vooral groepen 7 en 8) alsook nieuwe leerlingen op school gekomen. Deze leerlingen zijn korter blootgesteld aan de ketenaanpak. Daarom is voor de analyse alleen gebruikgemaakt van de leerlingen van wie in de drie opeenvolgende jaren een meting bekend is.

BMI-sds

De BMI (kg/m^2) is een maat voor de gewichtsstatus van volwassenen. De BMI is niet direct voor kinderen te gebruiken omdat zij een andere lichaamsbouw hebben. Voor hen worden lengte en gewicht omgerekend in de BMI-sds. Een BMI-sds van ongeveer 0 komt overeen met een gezond gewicht. Hoe hoger de BMI-sds, hoe zwaarder het kind is ten opzichte van zijn/haar lengte.



De opeenvolgende gegevens van één leerling lijken op elkaar. Immers, de lengte en het gewicht van een leerling in de tweede meting is afhankelijk van de lengte en het gewicht in de eerste meting. Tevens kunnen ontwikkelingen in BMI-sds van leerlingen op een school meer op elkaar lijken dan op ontwikkelingen op een andere school, bijvoorbeeld vanwege verschil in kenmerken van de leerlingen op die school (leerlingpopulatie) of verschil in uitvoering van interventies. Dit 'meer op elkaar lijken' wordt clustering van gegevens genoemd. Hierdoor wordt niet voldaan aan een voorwaarde voor veelgebruikte analyse-technieken, dat de metingen onafhankelijk van elkaar zijn. Door gebruik van multilevelanalyse is rekening gehouden met clustering van gegevens. Daarbij is ook voor eventuele confounding (verstoring) door leeftijd en geslacht gecorrigeerd.

Gemeten leerlingen

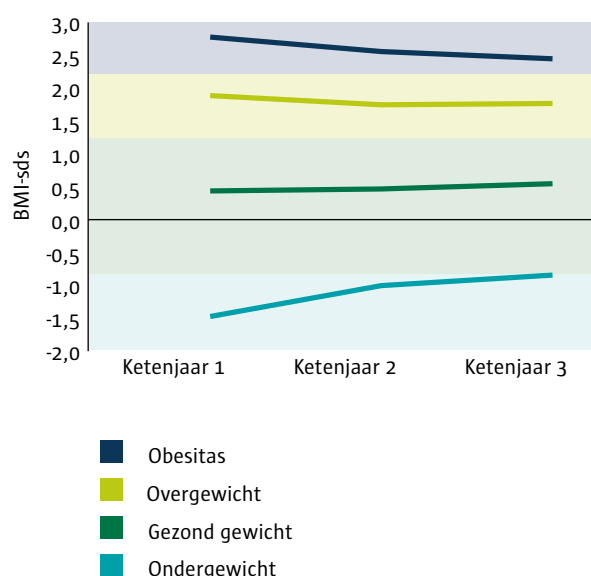
Van 912 leerlingen zijn gegevens bekend voor drie opeenvolgende jaren ketenaanpak. Van deze 912 leerlingen heeft de meerderheid (61%) een gezond gewicht (zie tabel 1). Voor de analyse zijn 912 (leerlingen) maal 3 (jaren) = 2.736 metingen beschikbaar.

Ontwikkeling in BMI-sds

In figuur 1 staat de gemiddelde BMI-sds per jaar gepresenteerd van de 912 leerlingen. De lijnen geven de gemiddelden aan, de vlakken geven de BMI-klassen aan; bijvoorbeeld een BMI-sds in het bovenste vlak (> 2,24) is obesitas.

Uit figuur 1 blijkt dat de groep leerlingen die gestart is met obesitas gemiddeld in de categorie obesitas blijft, maar naar de categorie overgewicht toe is bewogen. De groep leerlingen die gestart is met overgewicht is gemiddeld naar de categorie gezond gewicht toe bewogen en de groep leerlingen die gestart is met ondergewicht is ook gemiddeld naar de categorie gezond gewicht toe bewogen. Deze ontwikkelingen zijn significant. De groep leerlingen met gezond gewicht, met 61% de grootste

Figuur 1. Ontwikkelingen in de gemiddelde BMI-sds per BMI-klasse, bij leerlingen die drie jaren gemeten en gewogen zijn op basisscholen met de ketenaanpak gezond gewicht. Den Haag, 2010/2011 – 2013/2014. Zie kader BMI-sds op pagina 8.



groep van het totaal, is gemiddeld licht naar de categorie overgewicht toe bewogen, maar deze stijging is niet significant.

Bij de leerlingen met obesitas bleek de startleeftijd verschil te maken voor de verandering in BMI-sds. Hoe jonger de leerling met obesitas, hoe groter de daling in BMI-sds tijdens de jaren met ketenaanpak op school. Het betreft een significant verband, al is het gebaseerd op kleine aantallen.

Leerlingen met gezond gewicht nader bekeken

Bij de leerlingen die bij hun eerste meting een gezond gewicht hadden is een niet-significante stijging gezien in de BMI-sds. Het betreft in totaal 555 leerlingen die met een gezond gewicht gestart zijn. In het derde ketenjaar zijn er nog 525 leerlingen

Tabel 1. Baseline kenmerken (gebaseerd op eerste meting) van de leerlingen die drie ketenaanpakjaren gemeten en gewogen zijn naar BMI-klasse* en totaal.

	Ondergewicht (%)	Gezond gewicht (%)	Overgewicht (%)	Obesitas (%)	Totaal (aantal)
Geslacht					
Jongen	6	64	20	10	461
Meisje	8	57	22	12	451
Leeftijd					
4-5 jaar	6	61	23	9	175
6-8 jaar	7	64	19	11	456
9-13 jaar	8	56	24	12	281
Totaal	7	61	21	11	912

*BMI-klasse is gebaseerd op de grenzen die overeenkomen met een BMI van 18,5, 25 en 30 bij volwassenen.⁴

met gezond gewicht. Dus ondanks dat de leerlingen met ongezond gewicht gemiddeld en significant richting een gezond gewicht toe bewogen zijn, zijn er in het derde ketenjaar netto dertig leerlingen minder met een gezond gewicht (5% minder). De lichte en niet-significante stijging in de gemiddelde BMI-sds van de leerlingen die gestart zijn met gezond gewicht heeft, in combinatie met de grootte van de groep (61% van de leerlingen is gestart met gezond gewicht), toch bijgedragen aan een groter aantal leerlingen met overgewicht.

Conclusie en beschouwing

Op basisscholen met de ketenaanpak gezond gewicht met interventies op zowel preventie, signaleren als begeleiden op school, werden gunstige trends gezien in de gemiddelde BMI-sds per groep leerlingen van dezelfde BMI-klasse. Leerlingen met obesitas bewogen zich richting overgewicht, leerlingen met overgewicht en ondergewicht richting gezond gewicht. Onder de leerlingen met obesitas werd de grootste daling gezien bij de jongste leerlingen. Dit komt overeen met resultaten van een proef met een geïntegreerde, buurtgerichte aanpak in Amsterdam.⁵ Dit bevestigt het standpunt dat leerlingen met ongezond gewicht, in dit geval obesitas, zo jong mogelijk gesignaleerd en begeleid moeten worden.

Nadere bestudering van de leerlingen met gezond gewicht leidt tot het inzicht dat de lichte niet-significante stijging geresulteerd heeft in meer leerlingen met overgewicht. Het is onduidelijk of dit te verklaren is door de algemene trend dat overgewicht toeneemt met de leeftijd.¹ Omdat de groep met gezond gewicht het grootste aantal leerlingen omvat wordt aanbevolen de preventieve activiteiten te intensiveren en/of te optimaliseren.

Voor de berekening van de BMI-sds is geen gebruikgemaakt van etnisch specifieke afkappunten. Dit terwijl bekend is dat voor Hindostanen lagere afkappunten nodig zijn.⁶ De etnische herkomst of achternamen van de leerlingen (op basis waarvan een inschatting van de etnische herkomst gemaakt zou kunnen worden) waren echter niet beschikbaar. Omdat voor Hindostanen lagere BMI-sds-waarden normaal zijn, kan een deel van de leerlingen met ondergewicht in werkelijkheid een leerling van Hindostaanse herkomst met gezond gewicht zijn. In dat geval is de stijging in BMI-sds van deze leerling juist niet gunstig. Echter, twee Hindostaanse basisscholen staan in de buurt van negen van de dertien scholen met een ketenaanpak gezond gewicht op school. In de buurten van de andere vier scholen met ketenaanpak gezond gewicht wonen niet veel Surinaamse (en dus Hindostaanse) 4- tot 12-jarigen. Op basis hiervan is de inschatting dat het aandeel Hindostaanse kinderen in het onderzoek niet hoog zal zijn, waardoor de stijging in BMI-sds bij de leerlingen met ondergewicht slechts ongunstig zal zijn voor een klein deel van de leerlingen.

Naar verwachting heeft de combinatie van de interventies preventie, signaleren en begeleiden een gunstig effect op het gewicht van de leerlingen

Voor de analyse is gebruikgemaakt van de selectie leerlingen van wie gegevens van alle drie de ketenjaren bekend waren. Er zijn echter veel meer leerlingen blootgesteld aan de ketenaanpak gezond gewicht. Een sensitiviteitsanalyse is uitgevoerd op basis van gegevens van alle leerlingen op scholen die tenminste twee jaar de ketenaanpak hebben gehad. Op deze manier kon gebruik worden gemaakt van 8.500 BMI-sds metingen van ruim 5.000 leerlingen op 15 Haagse basisscholen. Deze sensitiviteitsanalyse gaf een vergelijkbaar resultaat, waardoor met meer zekerheid gesteld kan worden dat de gunstige trends overeenkomen met de werkelijkheid op de ketenaanpakscholen.

Een controlegroep zou idealiter uitsluitel kunnen geven over de vraag of de ketenaanpak gezond gewicht op school effectief is op het bevorderen van een gezond gewicht. Een goede controlegroep was echter niet vast te stellen. Naast het niet hebben van de ketenaanpak gezond gewicht, moeten de scholen dan namelijk vergelijkbaar zijn wat betreft het aantal leerlingen, de wijk waar ze wonen, de sociaal-economische achtergrond en etnische herkomst. Dat is zelden het geval. Het niet kunnen vaststellen van een controlegroep was overigens te voorzien, aangezien op vergelijkbare scholen overgewicht in vergelijkbare mate zal voorkomen en (een groot deel van) de ketenaanpak op deze scholen wordt uitgevoerd.

Een andere reden voor het niet kunnen vaststellen van een goede controlegroep is dat niet alle scholen met een ketenaanpak gezond gewicht bekend hoeven te zijn bij de GGD. Er zijn wellicht scholen die interventies uitvoeren op zowel preventie, signaleren als begeleiden, zonder ondersteuning van de GGD. Navraag bij de scholen wat zij doen aan interventies en beleidsregels op het gebied van gezondheid/gezond gewicht zou het eerste knelpunt niet oplossen. Daarom is besloten alleen naar de scholen te kijken waarvan bekend is dat zij de volledige ketenaanpak gezond gewicht op school uitvoeren.

Gezien de gunstige trends in BMI-sds wordt geconcludeerd dat een langdurige en intensieve aanpak gericht op gezond gewicht binnen basisscholen op lokaal niveau kan bijdragen aan een gezonde jeugd. Overwogen moet worden extra in te zetten op de preventie, omdat de grote groep leerlingen met gezond gewicht alsnog een (licht) stijgende BMI-sds laat zien.



Dankwoord

De auteurs bedanken projectleider van de Gewichtige Vakleerkracht Myrthe van Itersen voor het beantwoorden van vragen over projecten op scholen of de registratie. De auteurs bedanken Jeroen de Wilde voor het beschikbaar stellen van de syntax waarmee de BMI-sds en BMI-klassen, gebaseerd op de BMI-verdeling van Cole en Lobstein, kon worden berekend.

REFERENTIES

- 1 De Wilde JA, Keetman M, Middelkoop BJC. **14.000 kinderen van 2 tot en met 15 jaar met overgewicht in Den Haag. Aantal kinderen met overgewicht in Den Haag blijft zorgwekkend hoog.** Epidemiologisch Bulletin 2012, 47(4): 13-22.
- 2 Korte berichten. **JOGG in Den Haag.** Epidemiologisch Bulletin 2010, 45(3): 38.
- 3 Cole TJ, Lobstein T. **Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity.** Pediatric Obesity 2012, 7(4): 284-94.
- 4 World Health Organization (WHO) [Online]. 2006 (bezocht op 17 dec 2014); Beschikbaar op URL: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
- 5 Kreier F, Genco SM, Boreel M, Langkemper MP, Nugteren IC, Rijnveld V, et al. **An individual, community-based treatment for obese children and their families: the solution-focused approach.** Obes Facts 2013, 6: 424-432.
- 6 De Wilde JA, Dommelen P, 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.

OVER DE AUTEURS

Mw. Dr. Ir. I.M. van der Meer, senior epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie, GGD Haaglanden; **Mw. M. Keetman** MSc, junior epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie, GGD Haaglanden; **Mw. Dr. Ir. C. van Hooijdonk**, programma-manager Haagse Aanpak Gezond Gewicht, afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Haaglanden.
E-mail: irene.vandermeer@ggdhaaglanden.nl.



Ondervoeding bedreigt gezondheid en welzijn ouderen

Wie denkt dat ondervoeding een derdewereldprobleem is en niet in Nederland voorkomt, vergist zich. Ondervoeding komt zelfs veelvuldig voor onder ouderen en chronisch zieken. Er is sprake van ondervoeding bij 12% van de ouderen die in het ziekenhuis zijn opgenomen en bij een op de drie ouderen die thuiszorg ontvangen. Gezien de vergrijzing en toename van thuiswonende ouderen en chronisch zieken zal dit aantal de komende jaren stijgen. Het is van belang dat huisartsen, thuiszorgmedewerkers en diëtisten op wijkniveau afspraken maken over de signalering en vroegtijdige aanpak van ondervoeding.

Marije Dieudonné en Sara van Grootel

Ondervoeding is een bedreiging voor de gezondheid van ouderen. Een tekort aan energie, eiwitten en andere nutriënten kan leiden tot ondervoeding met uiteindelijk afname van spiermassa en gewicht tot gevolg. Ondervoeding wordt dan ook geassocieerd met achteruitgang van het functioneren van ouderen, verminderde kwaliteit van leven en meer sterfte.^{1,2} Dit onderwerp kreeg recentelijk aandacht in de landelijke pers na publicatie van een onderzoek waaruit bleek dat ondervoeding leidt tot 400 doden per jaar en dat de totale kosten van ziektegerelateerde ondervoeding in Nederland jaarlijks 1,8 miljard euro bedragen.³ Eerstelijnszorgverleners hebben een belangrijke taak om dit onderschatte probleem tijdig te signaleren en de juiste maatregelen te nemen om negatieve consequenties te beperken en het welzijn van ouderen te behouden.

Ondervoeding lijkt een onderschat probleem

Veel mensen denken bij ondervoeding aan problematiek uit derdewereldlanden en beseffen niet dat het ook een probleem is waar de Nederlandse

gezondheidszorg mee te maken heeft. Veel (huis)artsen leven in de veronderstelling dat ondervoeding nauwelijks in hun praktijk voorkomt. Niets is minder waar. Ondervoeding komt veelvuldig voor onder ouderen en chronisch zieken en is nog steeds een onderschat probleem.

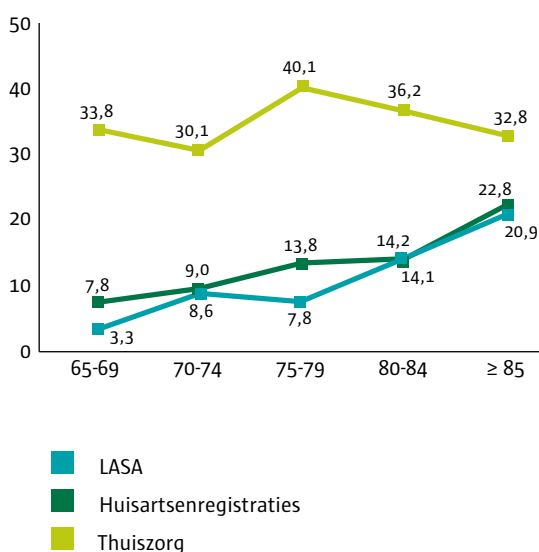
De prevalentiecijfers in de literatuur lopen uiteen vanwege het hanteren van verschillende definities. Schilp e.a.⁴ zetten de bevindingen van drie studies op een rij, die alle drie uitgingen van de criteria van de SNAQ65+ (zie pagina 15). Daaruit bleek dat 10% van de zelfstandig thuiswonende ouderen ondervoed was. Bij ouderen die thuiszorg ontvangen was dit in 35% het geval. Figuur 1 op pagina 13 toont de percentages, uitgesplitst naar leeftijd. Zowel de door Schilp gepresenteerde LASA-studie als de huisartsenregistraties hebben betrekking op thuiswonende ouderen. Beide studies tonen een duidelijke toename van ondervoeding naarmate mensen ouder worden. De verwachting is dan ook dat de genoemde 10% de komende jaren door de vergrijzing zal stijgen.



Door toename van het aantal thuiswonende chronisch zieken zal in de toekomst de prevalentie van ondervoeding naar verwachting verder stijgen.

Cijfers uit de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2014 (LPZ)⁵ tonen aan dat 12% van de in een ziekenhuis opgenomen patiënten en 17% van de cliënten in een verzorgings- of verpleeghuis ondervoed zijn. Daarnaast loopt nog een aanzienlijk aantal cliënten risico op ondervoeding. Omdat deze percentages zijn gebaseerd op de criteria van de LESA Ondervoeding (zie het kader op pagina 17), is een vergelijking met de hierboven genoemde percentages uit het artikel van Schilp e.a. niet zonder meer mogelijk.

Figuur 1. Prevalentie van ondervoeding (volgens SNAQ65+ criteria) naar leeftijd, onder thuiswonende ouderen (LASA-studie en huisartsenregistraties) en onder ouderen die thuiszorg ontvangen. Figuur op basis van artikel van Schilp e.a.⁴



Wanneer is er sprake van ondervoeding

Ondervoeding is een toestand, waarbij disbalans van energie, eiwit en andere voedingsstoffen leidt tot meetbare nadelige effecten op lichaamssamenstelling en functioneren. Het kan een gevolg zijn van verminderde voedselinname, van verhoogde energiebehoefte door ziekte of van een verhoogd verlies van voedingsstoffen. Dit proces leidt uiteindelijk tot verlies van spiermassa en achteruitgang van functioneren. Het is een complex probleem en veel factoren spelen een rol in het ontstaan ervan. In de literatuur bestaan dan ook diverse definities en criteria voor ondervoeding. Het meest gebruikte criterium voor ouderen is: een onbedoeld gewichtsverlies in de laatste maand van meer dan 5%, of meer dan 10% in het afgelopen half jaar of een Body Mass Index <20 (BMI=gewicht/lengte²). Voor volwassenen en COPD-patiënten worden andere definities gehanteerd (zie Tabel 1).

Risicofactoren voor ondervoeding

Met name kwetsbare ouderen en ouderen met chronische ziekten hebben verhoogd risico op ondervoeding. Bij het ouder worden veranderen processen in het lichaam, met als gevolg dat de voedselinname wordt afgeremd. Smaak- en reukvermogen verminderen, hongergevoel neemt af en bovendien voelen oudere mensen zich sneller vol waardoor ze steeds minder gaan eten. Lichamelijke klachten (waaronder problemen met de mondgezondheid; zie het kader op pagina 16), pijn en vermoeidheid kunnen de reden zijn dat een oudere minder makkelijk boodschappen doet of voor zichzelf kookt. Daarnaast kunnen psychologische factoren zoals eenzaamheid, angst en depressie een rol spelen. Tabel 2 op pagina 14 geeft een overzicht van de belangrijkste risicofactoren.

Tabel 1. Definitie van (risico op) ondervoeding, uitgesplitst naar groep

Begrippen	Criteria		
	Volwassenen tot 65 jaar	Ouderen	COPD- patiënten
Ondervoeding	> 5% gewichtsverlies in laatste maand > 10% gewichtsverlies in het afgelopen halfjaar BMI < 18,5	> 5% gewichtsverlies in laatste maand > 10% gewichtsverlies in het afgelopen halfjaar BMI < 20	> 5% gewichtsverlies in laatste maand > 10% gewichtsverlies in het afgelopen halfjaar BMI < 21
Risico op ondervoeding	Gewichtsverlies tussen 5% en 10% in het afgelopen halfjaar 3 dagen (vrijwel) niet gegeten hebben of 1 week < normaal gegeten	Gewichtsverlies tussen 5% en 10% in het afgelopen halfjaar 3 dagen (vrijwel) niet gegeten hebben of 1 week < normaal gegeten	Gewichtsverlies tussen 5% en 10% in het afgelopen halfjaar 3 dagen (vrijwel) niet gegeten hebben of 1 week < normaal gegeten

Bron: LESA ondervoeding⁶



Tabel 2. Factoren die samenhangen met ontstaan van ondervoeding

Medisch	COPD, CVA, hartfalen, maligniteiten, decubitus polyfarmacie
Psychologisch	Depressie, angst, dementie
Sociaal	Eenzaamheid, armoede, bereikbaarheid winkel, wonen in zorginstelling of krijgen van thuiszorg
Functioneel	Beperkingen door gezondheid, verminderd vermogen traplopen, kauw/slikproblematiek

Gebaseerd op: **Leidraad ondervoeding voor de geriatrische patiënt**^{7,8}

Tabel 3. Gevolgen van ondervoeding

Ondervoeding
Vertraagd herstel
Algehele fysieke en psychische achteruitgang
Kans op sociaal isolement
Afname kwaliteit van leven
Hogere mortaliteit
Verhoogde kans opname en zorgbehoefte
Vermindering gewicht en spiermassa

Bron: **Richtlijn screening en behandeling ondervoeding**¹⁰

Gevolgen van ondervoeding

Ondervoeding heeft grote gevolgen voor de gezondheid (zie Tabel 3). Door een tekort aan energie en voedingsstoffen gebruikt het lichaam voorraden die opgeslagen zijn, zoals vet- en spierweefsel. Hierdoor vallen mensen af, verliezen ze spierkracht en worden ze zwakker. Ze zijn kwetsbaarder voor ziekte, herstellen minder snel, er ontstaan eerder complicaties en een vertraagde wondgenezing. Ouderen kunnen dan in een negatieve spiraal terechtkomen met een verhoogde kans op ziekenhuisopname, afname van kwaliteit van leven en een verhoogde mortaliteit.⁹ Dit zal op den duur leiden tot hogere zorgkosten, mede door verhoogd gebruik van medicatie en een langere opnameduur. Het is dan ook van belang dat ondervoeding bij een oudere in de thuissituatie in een vroeg stadium wordt herkend, zodat iemand met relatief eenvoudige middelen en ondersteuning zijn of haar welzijn kan behouden.¹⁰

Vaststellen van ondervoeding in de eerste lijn

Huisartsen en hun praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen en verzorgenden in een verzorgingshuis kunnen ondervoeding bij ouderen in een vroeg stadium herkennen. Om in de thuissituatie

gemakkelijk en snel inzicht te krijgen in het bestaan van of risico op ondervoeding is het screeningsinstrument SNAQ65+ ontwikkeld, een bijzonder kort vragenlijstje (zie Figuur 3 en het kader op pagina 15). Dit instrument is gemakkelijker dan het meten van lengte en gewicht bij een oudere thuis. Bovendien blijkt het een betrouwbaarder instrument dan het berekenen van de BMI en een betere voorspeller voor overlijden.¹¹ De SNAQ65+ is een instrument met een wetenschappelijk basis, voor de doelgroep gevalideerd en in de praktijk snel en eenvoudig te gebruiken. Het geeft een eerste signaal van het mogelijk bestaan van ondervoeding. Eerstelijns hulpverleners kunnen gebruikmaken van de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Ondervoeding om specifieke regionale werkafspraken te maken over screening en beleid bij ondervoeding (zie het kader op pagina 17).

Ondervoed, hoe verder?

Na het vaststellen van ondervoeding of een dreiging hiervan is het belangrijk snel een plan van aanpak op te stellen. Over het algemeen weten ouderen weinig over de risico's van ondervoeding. Daarom is het van belang om bij een dreigende ondervoeding iemand goed voor te lichten over gezonde voeding en te motiveren om het voedingspatroon te veranderen.



Figuur 3. Short Nutrition Assessment Questionnaire



SNAQ ⁶⁵⁺			
1 Gewichtsverlies	minder dan 4 kg		4 kg of meer
2 Bovenarmomtrek	25 cm of meer		minder dan 25 cm
3 Eetlust en functionaliteit	goede eetlust en/of functionaliteit	weinig eetlust én verminderde functionaliteit	
4 Behandelbeleid	niet ondervoed	risico op ondervoeding	ondervoed

Het stappenplan

Bron: Richtlijn Screening en Behandeling Ondervoeding¹⁰

Ter ondersteuning van deze motivatie zijn er onder andere een patiënteninformatiebrief van het NHG of een voorlichtingsfolder van de Stuurgroep Ondervoeding (zie het kader op pagina 17). Hulpverleners kunnen zelf al algemene adviezen geven, zoals het nuttigen van vijf tot zes kleinere maaltijden, het brood dubbel beleggen en het gebruik van volle melkproducten. Ook kunnen energierijke en eiwitrijke tussendoortjes worden geadviseerd.⁶ Vervolgens is het van belang om iemand met een dreigende ondervoeding wekelijks te wegen en te evalueren of de adviezen resultaat hebben gebracht.

Als bij een patiënt ondervoeding is vastgesteld, start de huisarts met gericht lichamelijk onderzoek. Hij gaat medicatie en comorbiditeit na en kijkt of er signalen zijn die wijzen op een specifieke oorzaak. Zo kan hij besluiten of vervolgonderzoek zinvol is. Ook verwijst de huisarts naar een diëtist. De diëtist stelt de ernst van de ondervoeding vast en houdt rekening met risicofactoren die hierbij meespelen, evenals de kans op refeeding syndroom. Dit is een ernstige metabole complicatie waarbij afwijkingen optreden in mineralenstatus; het risico hierop stijgt bij ernstiger gewichtsverlies en een lagere voedingsinname. De diëtist stelt een individueel dieetbehandelplan op met zo mogelijk adviezen over energie- en eiwitverrijkte voeding, maar ook over aanvullende drinkvoeding of soms zelfs sondevoeding. Doel van de dieetbehandeling is het zo snel mogelijk bereiken van een eetpatroon dat honderd procent van de energie- en eiwitbehoefte dekt. De diëtist zoekt samen met de oudere naar mogelijkheden om tot een goed voedingspatroon te komen. Hierbij zijn diverse externe opties mogelijk zoals het gebruik van kant-en-klaarmaaltijden, maaltijdenbezorgservices, Resto van Harte of

de website thuisafgehaald.nl waar particulieren maaltijden beschikbaar stellen. Ook door tips om de sfeer rondom een eetmoment te verhogen en de maaltijd aantrekkelijker te maken wordt de eetlust gestimuleerd en neemt de voedingsinname toe. Indien nodig adviseert de diëtist de hulp van een logopedist, ergotherapeut of fysiotherapeut. De logopedist kan de oudere helpen met problemen rondom kauwen en slikken, door bijvoorbeeld spiertraining. De ergotherapeut kan adviseren over de inrichting van de woonomgeving, over verbetering van de mobiliteit en over hulpmiddelen die het koken en eten gemakkelijker maken. Om de totale spierkracht te vergroten en de motorische vaardigheden te verbeteren kan een fysiotherapeut gerichte oefeningen aanraden.

SNAQ⁶⁵⁺

(Short Nutritional Assessment Questionnaire)

De SNAQ⁶⁵⁺ bevat drie vragen en een eenvoudige meting van de bovenarm omtrek:

- 1 Bent u onbedoeld 4 kg of meer afgevallen in de laatste zes maanden?
- 2 Meet de bovenarmomtrek minder dan 25 cm?
- 3a Had u de afgelopen week een verminderde eetlust?
- 3b Kan u een trap op en aflopen zonder te rusten?

Bij een bevestiging op één van de eerste twee vragen, is er sprake van ondervoeding. Bij uitsluitend één positief antwoord op vraag 3a en een negatief antwoord op vraag 3b loopt de oudere risico op ondervoeding.

Mondgezondheid

Steeds vaker krijgt de afdeling Gezondheidsbevordering van de GGD Haaglanden aanvragen voor voorlichting ten bate van de doelgroep 55+. Meestal gaat het over gezonde leefstijl. Op oudere leeftijd komen meer aandoeningen voor, zoals gewrichtsklachten, diabetes, hart- en vaatziekten. De algemene conditie gaat achteruit. Daarom worden ouderen aangemoedigd hun conditie zoveel mogelijk op peil te houden door het gedrag en de leefstijl te veranderen en gebruik te maken van de mogelijkheden tot steun. De Tandheelkundig Preventief Medewerkers (TPM's) en voedingsdeskundigen van de afdeling Gezondheidsbevordering hebben als taak de Haagse bevolking voor te lichten over mondgezondheid en voeding. De afgelopen twee jaar is daarbij meer aandacht voor ouderen in Den Haag. De TPM's en voedingsdeskundigen hebben verschillende soorten van voorlichting ontwikkeld om deze doelgroep te bereiken; zowel de professionals als de doelgroep zelf. Ook wordt een voorlichtingsprogramma voor mantelzorgers ontwikkeld.

In samenwerking met verschillende buurthuizen en ouderenconsulenten organiseren de TPM's en voedingsdeskundigen voorlichtingsbijeenkomsten en workshops voor 55-plussers ten aanzien van mondgezondheid en voeding. Verder scholen zij in verschillende woonzorgcentra verzorgenden bij op deze gebieden.

Uit onderzoek blijkt dat steeds meer ouderen hun eigen gebit, of een deel daarvan, langer behouden en vaak ook implantaten en kronen onder de protheses hebben. Dit is uiteraard van groot belang indien men een goede mondgezondheid wil behouden. Verzorgenden zijn echter vaak niet op de hoogte van de situatie in de mond, waardoor deze van zorg afhankelijke ouderen niet de juiste aandacht krijgen. Een taak van de TPM's is dan ook om deze professionals bij te scholen. In samenwerking met TNO wordt nu gewerkt aan een overzichtelijk kaartsysteem, waarmee de verzorgende gemakkelijk kan zien wat de situatie bij de zorgafhankelijke ouderen in de mond is.

Anita Kootwijk en Eveline de Jong,
Tandheelkundig Preventief Medewerkers/Voedingsdeskundigen
GGD Haaglanden

Om het werk van de diëtist goed mogelijk te maken is adequate verwijzing met inbegrip van relevante gegevens zoals medicatie, comorbiditeit en reeds ingezette zorg gewenst. De diëtist verwijst terug naar de huisarts wanneer aanvullende diagnostiek gewenst is, bijvoorbeeld als voedingsinname geen oorzaak is van gewichtsverlies, wanneer zij tekorten in nutriënten verwacht, of als behandeldoelen niet gehaald (kunnen) worden. Tevens overlegt de huisarts met de diëtist wanneer er een risico op refeeding syndroom bestaat.

Discussie en aanbevelingen

Dat ondervoeding een belangrijke oorzaak kan zijn voor verslechtering van de gezondheid van een oudere lijkt duidelijk. In welke mate deze gezondheidsrisico's verminderen na het herstel van ondervoeding en welke interventies bij ondervoeding uiteindelijk het beste zijn, lijken echter nog niet geheel evident.¹² Niet alleen voedingsadviezen, maar ook aandacht voor voldoende en juiste beweging ter behoud van spierkracht is van belang. Tevens moeten ouderen weer trek krijgen in eten en moet de maaltijd goed bereikbaar zijn. Hiervoor zijn bij een oudere meerdere factoren van belang, waaronder voldoende energie, sociaal netwerk en motorische vaardigheden.¹³ Kortom, ouderen met ondervoeding en andere kwetsbaarheden kunnen –en moeten– op verschillende vlakken worden begeleid.

De laatste jaren zijn er meer mogelijkheden om vanuit de huisartsenpraktijk deze problematiek te begeleiden en op te sporen door de inzet van praktijkondersteuners ouderenzorg. De meeste zorgverzekeraars stimuleren de ontwikkeling van een zorgprogramma voor ouderen in de huisartsenpraktijk. Hierin vervullen de huisarts en praktijkondersteuner een coördinerende rol bij het maken van een zorgplan en het onderhouden van contacten met de betrokken zorgverleners van ouderen. Vanuit deze ontwikkeling lijkt het mogelijk om thema's als ondervoeding en bijkomende problematiek beter bij een thuiswonende oudere te kunnen signaleren en te begeleiden. De Stichting Haagse Gezondheidcentra (SHG) werkt de afgelopen jaren aan de implementatie van een dergelijk zorgprogramma voor kwetsbare ouderen. Binnen het kader van dit zorgprogramma is er scholing georganiseerd voor betrokken hulpverleners over ondervoeding bij ouderen. In verschillende wijken en gezondheidscentra zijn soortgelijke initiatieven ondernomen. In de Haagse regio organiseerde Stichting Lijn 1 in 2013 een symposium over dit onderwerp. Vanuit de gemeente Den Haag was er eind



2014 de kick off van het project Haagse Aanpak Ouderenzorg, waarin zorgverleners en gemeente samenwerken aan het ontwikkelen van het eHandboek Haagse Aanpak Kwetsbare Ouderen. Doel is dat het eHandboek een basis vormt om samenhangende proactieve zorg voor ouderen in de regio te ontwikkelen (zie: www.haagseaanpakouderenzorg.nl). Hierna kan doorontwikkeling plaatsvinden door aanvullende zorgpaden te beschrijven rond veel voorkomende problematiek zoals ondervoeding. Het is van belang dat huisartsen, thuiszorgmedewerkers en diëtisten op wijkniveau met elkaar in contact komen om afspraken te maken over de signalering van ondervoeding. Hopelijk krijgt dit onderwerp hierdoor in de toekomst nog meer prioriteit en ontstaan er in de regio meer initiatieven tot samenwerking om ondervoeding vroegtijdig aan te pakken.

LESA: Landelijke Eerstelijns SamenwerkingsAfspraken Ondervoeding

Om ondervoeding beter te herkennen in de eerste lijn heeft een werkgroep met vertegenwoordiging van huisartsen, diëtisten en thuiszorgverpleegkundigen samenwerkingsafspraken opgesteld over herkenning en behandeling van ondervoeding en over de taakverdeling tussen deze disciplines. Het doel van de richtlijnen is om regionaal afspraken samen verder in te vullen en om werkafspraken over signalering, consultatie, beleid en informatieoverdracht te maken. De LESA Ondervoeding vindt u op www.nhg.org. Voor verdere informatie over ondervoeding, patiënteninformatie en de toolkit ondervoeding zie: www.stuurgroepondervoeding.nl. Hier kunt u ook het instrument SNAQ65+ bestellen.

REFERENTIES

- 1 Kvamme JM, Olsen JA, Florholmen J, Jacobsen BK. **Risk of malnutrition and health-related quality of life in community-living elderly men and women: the Tromsø study.** Qual Life Res 2011;20:575-82.
- 2 Locher JL, Roth DL, Ritchie CS, Cox K, Sawyer P, Bodner EV et al. **Body mass index, weight loss, and mortality in community-dwelling older adults.** J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2007;62:1389-92.
- 3 Kok L, Scholte R. **Ondervoeding onderschat.** Amsterdam: SEO economisch onderzoek 2014.
- 4 Schilp J, Kruizenga HM, Wijnhoven HA, Leistra E, Evers AM, Binsbergen JJ van, et al. **High prevalence of undernutrition in Dutch community-dwelling older individuals.** Nutrition 2012;28:1151-6.
- 5 Halfens RJG, Meijers JMM, Meesterberends E, Neyens JCL, Rondas AALM, Rijcken S, et al. **Rapportage Resultaten Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2014.** Maastricht: Maastricht University 2014.
- 6 Mensink PAJS, Bont MAT de, Remijnse-Meester A, Kattemölle-van den Berg S, Liefwaard AHB, Meijers JMM, et al. **Lesla Ondervoeding.** Huisarts Wet 2010;53(7):S7-10.
- 7 Asselt DZB van, Bokhorst-de van der Schueren MAE van, Olde Rikkert MGM. **Leidraad ondervoeding bij de geriatrische patiënt.** Utrecht: Academic Pharmaceutical Productions 2010.
- 8 Schilp J, Wijnhoven HA, Deeg DJ, Visser M. **Early determinants for the development of undernutrition in an older general population: Longitudinal Aging Study Amsterdam.** Br J Nutr 2011;106:708-17.
- 9 Correia MI, Waitzberg DL. **The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis.** Clin Nutr 2003;22:235-9.
- 10 Stuurgroep ondervoeding. **Richtlijn screening en behandeling van ondervoeding.** www.stuurgroepondervoeding.nl. Amsterdam, 2011.
- 11 Wijnhoven HA, Schilp J, Bokhorst-de van der Schueren MA van, Vet HC de, Kruizenga HM, Deeg DJ et al. **Development and validation of criteria for determining undernutrition in community-dwelling older men and women: The Short Nutritional Assessment Questionnaire 65+.** Clin Nutr 2012;31:351-8.
- 12 Schilp J, Kruizenga HM, Wijnhoven HAH, Binsbergen JJ van, Visser M. **Effect diëtist bij ondervoede thuiswonende ouderen.** Huisarts Wet 2013;56:498-501.
- 13 Asselt DZB van, Olde Rikkert MGM. **Gezondheidsraad miskent interacties bij ondervoeding van ouderen.** Ned Tijdschr Geneesk 2012;156:A4470.

OVER DE AUTEURS

Mw. M.E. Dieudonné is huisarts en kaderhuisarts ouderengeneeskunde bij Gezondheidscentrum Houtwijk, onderdeel van de Stichting Haagse Gezondheidscentra (SHG), **Mw. S.J.C. van Grootel** is praktijk eigenaar en diëtist bij Vie, Voeding in evenwicht.
E-mail: mdieudonne@shg.nl



Rampenopvangplan GGD Haaglanden

GGD Haaglanden heeft een wettelijke taak bij rampen en incidenten waarbij het leven of de gezondheid van bewoners in regio Haaglanden bedreigd of geschaad worden. Rampen en incidenten lopen qua omvang en aard zeer uiteen. Ze kunnen variëren van een uitbraak van infectieziekten zoals de Mexicaanse Griep of Q-koorts tot een brand met gevaarlijke stoffen of maatschappelijke onrust naar aanleiding van een gezinsdrama of zedenzaak. In een interview met Thomas Eckhardt, crisiscoördinator en Wim Poort, procesleider psychosociale hulpverlening wordt duidelijk hoe GGD Haaglanden zich met het GGD- rampenopvangplan (het GROF) heeft voorbereid op bijzondere situaties.

Liesbeth van Dalen

Op basis van de Wet Publieke Gezondheid is elke GGD wettelijk verplicht om een GGD-rampenopvangplan (GROF) te hebben. GGD Haaglanden heeft op basis van landelijke voorbeeldmodellen en door middel van tal van gesprekken met medewerkers een eigen opvangplan ontwikkeld. Eckhardt: “Het GROF is een belangrijke aanvulling op het reguliere werk van de GGD. We zijn organisatorisch en inhoudelijk voorbereid om onze taken ook in bijzondere situaties uit te voeren. Zeker in een regio met een hoge bevolkingsdichtheid, (zware) industrie, intensieve

verkeersstromen, transport van grote aantallen personen en goederen én met de regeringszetel, het Koninklijk Huis en de ambassades binnen haar grenzen, is het een vereiste om samen met allerlei zorg- en hulpverleningsinstellingen en organisaties voorbereid te zijn op situaties waarbij de gezondheid van mensen in het geding kan zijn. Met het GROF weten samenwerkingspartners dat ze op ons kunnen rekenen en is het voor de burger een geruststelling dat wanneer zich een calamiteit voordoet, wij weten wat wij moeten doen.”

Thomas Eckhardt: “We zijn organisatorisch en inhoudelijk voorbereid om onze taken ook in bijzondere situaties uit te voeren.”



Het GROF beschrijft de crisisorganisatie, het crisisproces en de relatie met andere partijen in de hulpverlenersketen. Het crisisproces kent de stappen melding, registratie, beoordeling, opschaling, organisatie, uitvoering, afschaling en afronding. Het proces kan starten doordat een medewerker van de GGD een signaal of mededeling ontvangt van bijvoorbeeld de politie, slachtofferhulp, scholen, algemeen maatschappelijk werk of Rode Kruis. Ook staat in het GROF hoe de organisatie qua functionarissen, taken en opleiding is geregeld. De eindverantwoordelijkheid voor het GROF ligt bij de directie van de GGD Haaglanden. Voor de



meldingen is 24 uur per dag, zeven dagen per week een dienstdoende crisiscoördinator bereikbaar. Het GROEP wordt jaarlijks geactualiseerd op basis van onder andere evaluatie van de inzet bij calamiteiten en veranderingen in wet- en regelgeving.

Complexiteit of capaciteit bepaalt de inzet

Elke melding komt bij de dienstdoende crisiscoördinator terecht. Deze verzamelt zonodig aanvullende informatie zodat duidelijkheid ontstaat ten aanzien van de aard en de omvang van de calamiteit. Bij elke melding wordt de afweging gemaakt of een van de afdelingen van de GGD de noodzakelijke acties kan uitvoeren binnen de reguliere taakuitvoering en capaciteit. De directeur GGD beslist in overleg met de crisiscoördinator of de inzet uitgevoerd kan worden met de bestaande bezetting of dat opschaling nodig is. Opschalen betekent dan inzet van meer medewerkers en middelen en het aanbrengen van een ander organisatieniveau binnen de GGD. De keuze voor opschaling hangt onder andere af van het crisiskarakter en of de crisis een of meer GGD-processen raakt, of er sprake is van afwijking van regulier werk en of er sprake is van dreiging van maatschappelijke onrust. Eckhardt: “We schalen op wanneer een signaal, situatie of calamiteit vanwege de complexiteit of capaciteit meer vraagt dan de reguliere organisatie kan leveren. Het aantreffen van een verontreiniging met chemische stoffen op straat of in een speeltuin hoeft op zich geen groot incident te zijn, maar het kan qua benodigde expertise en maatschappelijke onrust bij omwonenden erg complex zijn. Of als alle bewoners in een wijk gevaccineerd moeten worden, zijn er meer medewerkers nodig dan de afdeling infectieziektebestrijding kan leveren. Bij opschaling vanwege maatschappelijke onrust moet je ook denken aan de impact op omwonenden bij een zedenzaak op een school of kinderdagverblijf.”

Na het besluit tot opschaling stelt de directeur een crisisteam in. Dit crisisteam zorgt voor een gecoördineerde, efficiënte en effectieve inzet van de GGD. De werkzaamheden van het crisisteam worden afgebakend van de reguliere werkzaamheden en de medewerkers die worden ingezet in de crisisorganisatie worden tijdelijk vrijgesteld van hun reguliere taken. Het crisisteam blijft in functie zolang de situatie daar om vraagt en totdat de directeur besluit tot afschaling. Dan vindt normalisering plaats van de inzet van personen en middelen en volgt zorgvuldige evaluatie.

Samenwerking en afstemming met gemeenten, hulp- en zorgverleningsinstellingen in de regio zijn basisvereisten

Schematisch is het crisisproces in de volgende acht stappen weer te geven:



Van mazelen tot asbest: aarzel niet

De meldingen komen volgens Eckhart uit zeer uiteenlopende hoek. “Ergens valt iemand iets op en dat wordt gemeld. Een kinderdagverblijf belt naar de afdeling infectieziektebestrijding omdat er vijf kinderen met mazelen zijn. Een burger meldt dat hij zich zorgen maakt over de gevolgen van een grote brand in de buurt. Ook een school, een hulpverlener, de politie of bedrijf kan iets melden. De GGD-medewerker die een melding krijgt of in zijn werk iets signaleert dat in potentie groter kan worden dan regulier, zorgt dat het bij de crisiscoördinator terecht komt.”

Het feit dat de GGD een taak heeft bij rampen en incidenten en daarop is voorbereid, raakt steeds meer bekend. “Sinds maart 2014 functioneert het rooster van de crisiscoördinatoren en inmiddels raakt in steeds bredere kring van gemeenten, instellingen

en organisaties bekend dat er altijd een crisiscoördinator bereikbaar is via de meldkamer van de ambulancezorg. Onze insteek: maak het melden laagdrempelig.”

Voor een goede uitvoering van het GROEP wordt er regelmatig geoefend aan de hand van een OTO-plan. OTO staat voor Opleiden, Trainen en Oefenen. “Onlangs is er nog geoefend met het crisisteam van de gemeente Den Haag en waren er twee oefenavonden met de medewerkers van het bureau Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) van de Veiligheidsregio Haaglanden. We merken dat medewerkers al redelijk goed bekend zijn met de rol van de GGD. Bij een dergelijke oefening wordt een casus ingebracht en moet een crisisteam aan de slag. De oefenleiding stelt hen dan voor realistische situaties. Het levert altijd weer nieuwe informatie op en is erg leerzaam.”

Primaire processen

In het GROEP van de GGD Haaglanden werden tot 31 december 2014 vijf primaire processen onderscheiden, namelijk Infectieziektebestrijding (IZB),

Medische Milieukunde (MMK), Psychosociale Hulpverlening (PSH), Spoedeisende Medische Hulp (SMH, de ambulancedienst) en Gezondheidsonderzoek na Rampen (GOR). Met ingang van 1 januari 2015 zijn, als gevolg van de gemeentelijke verantwoordelijkheid op het gebied van de jeugdzorg, ook de samenwerkingsafspraken bij de aanpak van calamiteiten en incidenten rond jeugdigen in een procesbeschrijving in het GROEP opgenomen. Naast deze primaire processen worden nog de processen Ondersteuning & organisatie en Communicatie onderscheiden. Afhankelijk van de aard van de ramp of crisis besluit de directeur GGD in overleg met de dienstdoende crisiscoördinator welke processen van toepassing zijn, meestal zijn het meerdere. Elk proces kent een eigen netwerk met het oog op informatie en ondersteuning. De procesleiders nemen deel aan het crisisteam.

Hierna volgt eerst een korte toelichting op de processen Infectieziektebestrijding, Medische Milieukunde, Jeugd, Spoedeisende Medische Hulp en Gezondheidsonderzoek na Rampen. Bij zowel grootschalige situaties als kleinschaliger calamiteiten en incidenten wordt vaak een beroep gedaan op inzet van psychosociale hulpverlening (PSH). Daarom wordt in dit artikel uitvoeriger stilgestaan bij dit proces.

Wettelijk kader

De geneeskundige hulpverlening bij rampen en crises wordt bepaald door eisen vanuit meerdere wetten. Voor het GROEP zijn drie wetten van belang: de wet Publieke Gezondheid (WPG), de wet Veiligheidsregio's (WVR) en de Tijdelijke Wet ambulancezorg (TWaz). Deze wetgeving hangt nauw samen met elkaar en bepaalt de inzet van de GGD Haaglanden en haar samenwerking met andere organisaties. De WPG bepaalt de inzet van de GGD bij rampen en crises. Dit betreft het adviseren van de bevolking over risico's, inclusief geneeskundig advies over gevaarlijke stoffen, bevorderen van psychosociale hulpverlening, geneeskundige hulpverlening, specifieke inzet rond de bestrijding van (dreiging van) een epidemie en gezondheidsonderzoek. De WVR beschrijft de verantwoordelijkheden van zowel de geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio (GHOR) als van de geneeskundige keten en de organisatie van de gemeenschappelijke meldkamer. De TWaz is van toepassing voor de meldkamer ambulancezorg (MKA) van de Veiligheidsregio Haaglanden (VRH) en voor de Spoedeisende Medische Hulpverlening (SMH) door de RAV Haaglanden. De ambulancezorg van de GGD Haaglanden maakt onderdeel uit van de RAV Haaglanden. Genoemde wet- en regelgeving is te vinden op <http://wetten.overheid.nl>

Infectieziektebestrijding, inclusief TBC (IZB)

Bij een melding van een infectieziekte-uitbraak is de inzet gericht op het voorkomen van verdere verspreiding. Dat houdt in: bronbepaling en zo mogelijk uitschakelen, contacten inventariseren, voorlichting en informatie verstrekken, hygiëne-adviezen geven, waar mogelijk contacten beschermen met profylaxe en preventieve vaccinatie. Een infectieziekte-uitbraak leidt meestal tot opschaling, gezien de behoefte aan extra personeel en maatschappelijke onrust en onbekendheid. Voorbeelden van eerdere crises zijn grootschalige uitbraken, zowel lokale als regionale/pandemische, zoals SARS, influenza en TBC; grootschalige vaccinatiecampagnes voor bijvoorbeeld meningokokken, HPV en Mexicaanse griep. Wat betreft Ebola hebben GGD en GHOR Haaglanden een regionaal Ebolaplatform in het leven geroepen, waar alle relevante (zorg)partners in Haaglanden bij betrokken zijn. “We hebben gezamenlijk de voorbereidingen opgepakt en ik kan stellen dat regio Haaglanden goed is voorbereid. Mocht zich hier in Haaglanden ergens een Ebolapatiënt presenteren, dan zal er gezien de maatschappelijke onrust die ontstaat zeker opgeschaald worden”, aldus Eckhart.



Medische Milieukunde (MMK)

Bij ongevallen, incidenten of rampen waarbij de leefomgeving negatief wordt beïnvloed en die mogelijk leiden tot gezondheidsrisico's voor bewoners, hulpverleners of passanten, is het proces Medische Milieukunde ontwikkeld. Het doel is bescherming van de volksgezondheid bij ongevallen en incidenten met gevaarlijke stoffen. Het kan hierbij gaan om een gezondheidskundige risicobeoordeling, adviseren over te nemen maatregelen, advisering over eventuele uitvoering van gezondheidsonderzoek na rampen en (advies over) crisiscommunicatie. Eckhardt geeft het voorbeeld van een explosie in een Turkse supermarkt in Den Haag in 2013. "In verband met explosiegevaar en schade aan de bouwconstructie hebben mensen uit omliggende woningen hun huis per direct moeten verlaten en zijn zij naar een opvanglocatie gebracht. Later bleek dat in de betonresten asbest was aangetroffen en asbest door de explosie op straat terecht gekomen was. Een gespecialiseerd asbestbedrijf heeft vervolgens onderzocht wat voor asbest het was, in welke mate het verspreid was in de omgeving en omliggende beschadigde woningen en de mate van deze verontreiniging. De rol van de GGD is om op basis van de onderzoeksgegevens een gezondheidskundige risicobeoordeling te doen, advies te geven over te nemen maatregelen en te ondersteunen bij de communicatie naar bewoners bijvoorbeeld de bewoners die zich zorgen maken uitleg te geven over de risico's van asbest of tekst aan te leveren voor berichten in de media. Dit is een voorbeeld waarbij drie processen in gang zijn gezet: medische milieukunde, communicatie en psychosociale hulpverlening. Dit laatste proces werd ingezet vanwege de grote impact die een dergelijk incident en een plotselinge uithuisplaatsing met zich meebrengt."

Jeugd

Vanaf begin dit jaar hebben de gemeenten in het kader van de nieuwe Jeugdwet een grotere verantwoordelijkheid bij het gezond en veilig opgroeien van de jeugd. Het college van B&W van Den Haag heeft de GGD gevraagd verantwoordelijkheid te nemen voor het proces rondom de calamiteiten- en incidentenregeling. De GGD heeft de regeling als het proces Jeugd ondergebracht in de structuur en aanpak van het GROEP. Het proces Jeugd wordt ingeschakeld bij calamiteiten waarbij Haagse jongeren (0 tot 18 jaar) betrokken zijn. Er is sprake van een calamiteit bij een niet beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van de jeugdhulp en

die tot een ernstig schadelijk gevolg voor of de dood van een jeugdige of ouder heeft geleid. De basis voor het proces Jeugd is het 'Calamiteitenprotocol Jeugd Den Haag' dat een integraal onderdeel vormt van de samenwerkingsovereenkomst van de gemeente Den Haag met de Haagse jeugdhulpinstellingen. Met de inzet van het protocol worden verschillende doelen nagestreefd. Naast het leveren van de noodzakelijke zorg aan de jeugdige die betrokken is bij de calamiteit is de inzet van de procesleider Jeugd ook gericht op het voorkomen van gezondheidsproblemen van andere betrokkenen bij de calamiteit, zoals ouders en buurtbewoners. Verder is het verminderen of reguleren van maatschappelijke onrust ten gevolge van de calamiteit een doelstelling. Met de betrokken jeugdhulpaanbieders wordt afstemming gezocht als het gaat om inzet en (bestuurlijke) informatievoorziening bij een calamiteit.

De betrokkenheid van anderen bij een calamiteit betekent in veel gevallen dat er door de procesleider Jeugd samen gewerkt wordt met de procesleider Psychosociale hulpverlening en PSH-medewerkers.

Spoedeisende Medische Hulpverlening (SMH)

De Spoedeisende Medische Hulpverlening is in Haaglanden onderdeel van de Geneeskundige Hulpverleningsketen. De Regionale Ambulance Voorziening Haaglanden (RAV-H), waar de ambulancedienst van de GGD Haaglanden onderdeel van is, is verantwoordelijk voor de ambulanciezorg in regio Haaglanden. Bij een opgeschaalde situatie, dat wil zeggen een situatie waarbij een samenhangende aanpak tussen alle betrokken hulpverleningsdiensten en -instanties aan de orde is, heeft de GHOR de coördinerende rol. In een dergelijke situatie wordt samengewerkt op basis van de zogenaamde Gecoördineerde Regionale Incidentenbestrijdings-Procedure (GRIP). Indien de GRIP van toepassing is dan zal de ambulancedienst onder coördinatie van de GHOR de SMH-taken uitvoeren.

Gezondheidsonderzoek na Rampen (GOR)

De GOR-procesleiders zijn epidemiologen werkzaam bij de GGD. Bij een ramp of crisis kunnen zij bij het crisisteam aansluiten om te adviseren over gezondheidsonderzoek. Het doel van gezondheidsonderzoek is zorginhoudelijk en draagt hiermee bij aan goed afgestemde zorg. Of onderzoek zinvol is en zo ja, welk onderzoek dat dan zou zijn, wordt opgenomen in een advies dat de directeur GGD aanbiedt aan de burgemeester. Het bestuur (burgemeester of het

college van burgemeester en wethouders) neemt het besluit of gezondheidsonderzoek wordt uitgevoerd. De GGD coördineert een eventueel toegewezen gezondheidsonderzoek. Gezondheidsonderzoek na rampen kan plaatsvinden in de acute fase. Bijvoorbeeld om de blootstelling of de behoefte aan zorg vast te stellen. Over het algemeen zal gezondheidsonderzoek op langere termijn plaatsvinden, na maanden of jaren. In de regio Haaglanden vond gezondheidsonderzoek plaats naar aanleiding van Sterigenics. Dit bedrijf bleek te veel ethyleenoxide uit te hebben gestoten in een Zoetermeerse woonwijk.

Psychosociale Hulpverlening (PSH)

Met het proces Psychosociale Hulpverlening beschikt GGD Haaglanden over actuele, geoefende en afgestemde psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen. Dat moet ook wel, want wat voor groot- of kleinschalige calamiteiten zich ook voordoen: er zijn altijd mensen bij betrokken en er is dus ook vrijwel altijd sprake van betrokkenheid vanuit PSH. Doel van de hulp is het bevorderen van het herstel van getroffen mensen bij een ramp, crisis of



Wim Poort: “Wat voor groot- of kleinschalige calamiteiten zich ook voordoen, een ding hebben ze gemeen: er zijn altijd mensen bij betrokken.”

ingrijpende gebeurtenis. Uitgangspunt voor de hulpverlening is dat de getroffen mensen in principe psychisch gezonde en autonome personen zijn, die een normale reactie geven op een abnormale gebeurtenis.

Wim Poort, naast procesleider PSH tevens hoofd Openbare (Geestelijke) Gezondheidszorg bij GGD Haaglanden, hoeft niet ver terug in de tijd om een voorbeeld te geven. “De ramp met de MH17 zorgde in heel Nederland voor een schok. Landelijk werden scholen, verenigingen en organisaties geconfronteerd met het plotselinge verlies van leerlingen, werknemers, teamgenoten en hun partners of gezinnen. Veel organisaties of scholen hebben protocollen voor wat te doen bij een overlijden, maar de impact van deze ramp was groot. In veel gevallen hebben de protocollen gewerkt en konden organisaties en scholen daarmee vorm geven aan opvang en verwerking. Op meerdere plaatsen in het land was echter sterke behoefte aan ondersteuning op dit vlak. Er kon ook een beroep gedaan worden op de GGD Haaglanden en dat gebeurde ook. Daar waar een vraag kwam, werd een casemanager van het PSH-team ingezet om schooldirectie en -bestuur te ondersteunen. De ondersteuning liep uiteen van advies over de communicatie met leerlingen, ouders en de media tot het inrichten van een gedenkplek, aandacht voor kinderen die slecht slapen en het organiseren van een nazorgtraject. Ook dat valt allemaal onder psychosociale hulpverlening. Dat iemand schrikt, van slag raakt en emotioneel is, is heel normaal. Maar als mensen anders reageren

Organisatorische omgeving

De GGD Haaglanden bestaat uit de gemeenschappelijke regeling (GR) die door negen colleges van de gemeenten in de regio Haaglanden is aangegaan en het openbare lichaam dat als formele rechtspersoon fungeert. Het betreft de colleges van de gemeenten: Den Haag, Zoetermeer, Westland, Delft, Leidschendam-Voorburg, Pijnacker-Nootdorp, Rijswijk, Wassenaar en Midden-Delfland. De uitvoeringsorganisatie GGD Haaglanden is onderdeel van de gemeente Den Haag en voert de taken, zoals opgenomen in de GR GGD Haaglanden, uit voor de negen aangesloten gemeenten. De negen gemeenten besturen gezamenlijk de GR in de vorm van een Algemeen Bestuur en een Dagelijks Bestuur en de gemeente Den Haag is daarnaast eigenaar van de uitvoeringsorganisatie GGD Haaglanden. De Veiligheidsregio Haaglanden (VRH) is verantwoordelijk voor de uitvoering van de wet Veiligheidsregio's (WVR) en bestaat uit de brandweer, de Geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio (GHOR) en de Meldkamer ambulancezorg (MKA). De GHOR draagt, onder andere op basis van de Wet Veiligheidsregio's, zorg voor de inzet en de coördinatie van het optreden van de geneeskundige diensten bij rampen en crises. De GGD Haaglanden is één van die geneeskundige diensten. Daarnaast adviseert de GHOR over maatregelen die genomen kunnen worden om risico's en eventuele gevolgen ervan tot een minimum te beperken.



dan normaal of er zelf niet meer uitkomen, verwijst of coördineert de GGD daarvoor de juiste hulpverlening. Die hulp verlenen we niet zelf, we hebben daarvoor een keur aan deskundige ketenpartners in de regio.”

Bij opgeschaalde situaties wordt de coördinatie gevoerd door een operationeel procesleider. Deze kan een opvangteam laten oproepen, bestaande uit een leider opvangteam en een aantal medewerkers van bijvoorbeeld het maatschappelijk werk, welzijnsorganisaties, geestelijke gezondheidszorg, slachtofferhulp, instellingen als Kwadraad, De Jutters en de Stichting Jeugdgezondheidszorg-Zuid-Holland West. Geen calamiteit is hetzelfde. De procesleider maakt dan ook een inschatting uit welke disciplines een opvangteam bij voorkeur moet bestaan. Poort: “Bij een brand waar kamerbewoners al hun bezittingen zijn kwijtgeraakt is de behoefte aan maatschappelijk werk groot. Bij een calamiteit op een school zullen meer medewerkers van Jeugdgezondheidszorg worden ingezet. Als er sprake is van geweld zal vaak nauw samengewerkt worden met Slachtofferhulp Nederland.”

Bij een kleinschaliger incident neemt niet de procesleider PSH de coördinatie op zich, maar wordt een beroep gedaan op een van de casemanagers uit het PSH-team van de GGD.

De leden van het PSH-team krijgen een basisopleiding en er vinden jaarlijks oefeningen plaats. Vanaf 2014 wordt er jaarlijks voor alle medewerkers een themabijeenkomst over een bepaald onderwerp georganiseerd. In oktober was de eerste keer en was de ramp met het vliegtuig van Turkish Airlines begin 2009 bij Schiphol een van de onderwerpen.

Poort: “Je kunt veel leren van elders opgedane ervaringen. Zo vertelde iemand uit het opvangteam wat haar ervaringen waren, wat ze aantrof en hoe ze had gehandeld. Daarnaast sprak een van de passagiers uit het toestel, die vanuit dat perspectief beschreef wat hij had ervaren, waar hij behoefte aan had gehad en vooral ook hoe essentieel de periode van nazorg is. Waardevolle en leerzame informatie uit de praktijk dus voor onze medewerkers.”

Reageren op schokkende gebeurtenissen

Elk mens reageert anders op een ramp of incident. “Het is heel normaal dat mensen emotioneel reageren na een schokkende gebeurtenis. In verreweg de meeste gevallen kunnen mensen dat samen met hun omgeving wel aan en geeft men het verwerkingsproces zelf vorm. Als iemand anders

reageert dan te verwachten is, extreem heftig of juist in zichzelf gekeerd, dan heeft iemand misschien extra hulp nodig. Het is vooral een kwestie van goed waarnemen en aanvoelen. De medewerker PSH spreekt zo iemand aan en zorgt vervolgens voor doorleiding naar de juiste hulpverlening”, aldus Poort. Elk traject heeft een nazorgcomponent. Emoties kunnen in eerste instantie onder controle lijken, maar bij schokkende gebeurtenissen kan na verloop van tijd blijken dat verwerking niet goed heeft plaatsgevonden en iemand alsnog hulp nodig heeft. Bij inzet van de PSH wordt altijd een nazorgplan opgesteld. De inhoud daarvan varieert van een lijst met doorverwijsnummers van hulpverleners tot het actief nabellen van slachtoffers en de inzet van langduriger trajecten.

Deskundigen

Binnen het PSH-team is afgesproken dat hulpverleners met veel ervaring met kleinere incidenten ook een rol krijgen bij grote ongevallen en rampen en dat de goed getrainde hulpverleners voor grootschalige ongevallen en rampen ook worden opgepiept voor kleinere incidenten. Dat is voor zowel de mensen zelf als voor de crisisorganisatie een belangrijke verbetering.

Als procesleider is Poort onder de indruk van het aantal medewerkers dat zich vanuit de GGD, maar ook vanuit met de GGD in de crisisorganisatie samenwerkende instellingen en organisaties, heeft gemeld voor een rol in de PSH. “Veel mensen blijken zich in te willen zetten voor psychosociale hulp bij een ramp of grootschalig ongeval. Uiteraard vindt er een screening plaats en bespreken we de capaciteiten aan de hand van een competentieprofiel. Want niet iedereen is in staat om op een opvanglocatie het hoofd koel te houden, de neiging om een arm om iemand heen te slaan te negeren en zich te houden aan de opdracht om te screenen en door te verwijzen. Ik ben erg blij dat we een beroep kunnen doen op zoveel deskundigheid van zoveel ketenpartners in de regio Haaglanden bij crisissituaties. Dat we elkaar op dit gebied goed leren kennen betekent ook dat we elkaar in de dagelijkse gang van zaken sneller weten te vinden.”

OVER DE AUTEUR

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



De rubriek Gezondheid in cijfers belicht kort een thema met betrekking tot de gezondheid van de inwoners van de regio Haaglanden. De cijfers zijn afkomstig uit recent onderzoek.

Bewegen

Voldoende bewegen heeft een gunstig effect op onder andere bloeddruk, botdichtheid, overgewicht en vetpercentage. Dit heeft vervolgens een gunstige uitwerking op het voorkomen en het verloop van tal van chronische ziekten waaronder hart- en vaatziekten, depressie, suikerziekte en verschillende vormen van kanker. De Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) stelt dat voor het onderhouden van de gezondheid,

volwassenen ten minste vijf dagen per week en het liefst alle dagen van de week minimaal 30 minuten matig intensief lichamelijk actief zijn. Voor ouderen (55 jaar en ouder) geldt dezelfde norm, maar met een lager intensiteitsniveau.

Volgens de Gezondheidsenquête 2012 voldoet 60% van de inwoners van Haaglanden van 19 jaar en ouder aan deze norm*. Dit is iets vergelijkbaar met

60% van de inwoners van Haaglanden van 19 jaar en ouder voldoet aan de beweegnorm

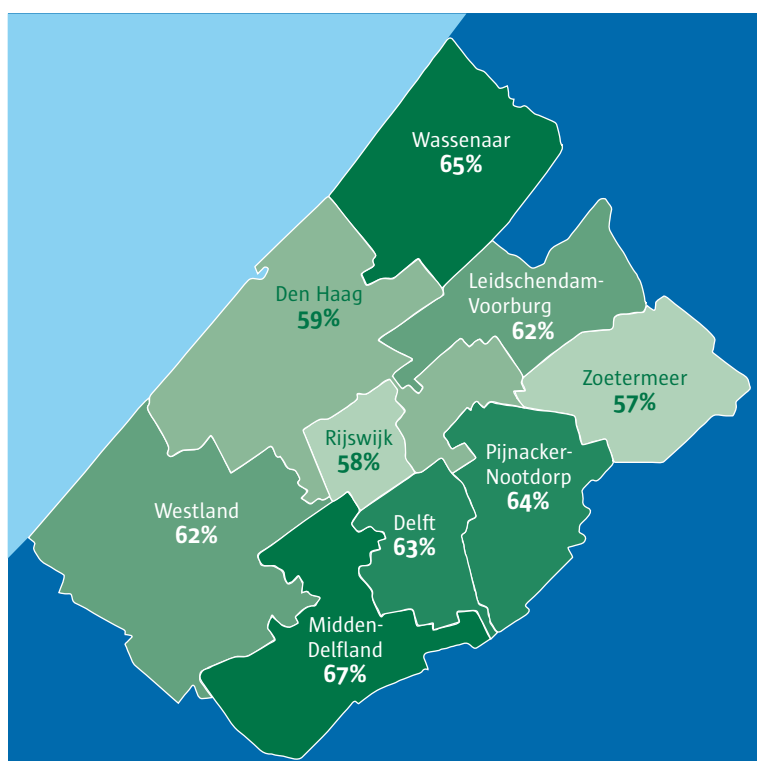
gemiddeld in Nederland (61%). Binnen Haaglanden varieert het percentage inwoners dat aan de Nederlandse beweegnorm voldoet van 57% in Zoetermeer tot 67% in Midden-Delfland. Het percentage Haagse inwoners dat aan de beweegnorm voldoet (59%) ligt iets hoger dan in Rotterdam (54%), is vrijwel gelijk aan Utrecht (61%) en iets lager dan in Amsterdam (64%).

Binnen Haaglanden voldoen 19- tot 64-jarigen, niet-westerse allochtonen, laag opgeleiden en mensen met een laag inkomen minder vaak aan de beweegnorm. Deze cijfers zijn afkomstig uit de Gezondheidsenquête 2012.

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

* Voor lichaamsbeweging zijn de cijfers voor 19- t/m 64-jarigen en 65-plussers recent (december 2014) gecorrigeerd. Dit geeft een verschil van enkele procenten met de eerder gepubliceerde percentages (gezondheidsmonitor, factsheets en de tabellenboeken) die op basis van de Gezondheidsenquête 2012 zijn uitgebracht.

Figuur 1. Percentage inwoners van 19 jaar en ouder dat voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, naar gemeente. Deze cijfers zijn afkomstig uit de Gezondheidsenquête 2012.



Bron: Gezondheidsenquête 2012



Symposium 'Wat helpt kinderen seksueel misbruik verwerken?'

Op 30 mei 2015 vindt het symposium 'Wat helpt kinderen seksueel misbruik verwerken?' plaats. Ervaren hulpverleners delen hun vakkennis en praktische toepassingen met de deelnemers. Er zijn workshops en lezingen van praktijkmensen.

Het symposium is gericht op kindertherapeuten, kindercoaches, leerkrachten en ouders van kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt. Daarnaast is het interessant voor medewerkers van jeugdzorginstellingen, JGZ en GGZ, (ortho)pedagogen, kinderpsychologen, kinderpsychotherapeuten, maatschappelijk werkers, werknemers van RIAGG's, gezinsvoogdijverenigingen, MKD's en raden voor Kinderbescherming.

Datum: 30 mei 2015

Locatie: Utrecht

Kosten: € 197,- exclusief BTW voor therapeuten en leerkrachten.

€ 197,- inclusief BTW voor ouders.

Informatie: www.hulpverleningnaseksueelmisbruik.nl

Triage-instrument Veilig Thuis beschikbaar

Het triage-instrument Veilig Thuis is beschikbaar. Het is ontwikkeld voor alle professionals die betrokken zijn bij de aanpak van huiselijk geweld, kindermishandeling en seksueel misbruik. Het instrument onderbouwt en ondersteunt het besluitvormingsproces rond de veiligheid van personen en gezinnen. Daarna kunnen de betrokkenen overgedragen worden naar de juiste zorg. Veilig Thuis geeft advies aan mensen die hulp zoeken maar ook aan professionals en burgers die signalen hebben ontvangen van huiselijk geweld of kindermishandeling. Bij Veilig Thuis kan hiervan een melding gedaan worden. Op basis van triage, soms in combinatie met onderzoek, leidt Veilig Thuis de betrokken personen naar de juiste instantie zoals het maatschappelijk werk, de vrouwenopvang of de politie. Veilig Thuis heeft een adviserende rol maar als het nodig is worden ook maatregelen genomen zoals tijdelijk huisverbod, verzoek tot onderzoek bij de Raad voor de Kinderbescherming of aangifte bij de politie.

Het triage-instrument Veilig Thuis te downloaden op de site van GGD GHOR: www.ggdghor.nl

Gezondheid van volwassenen en ouderen in de aandachtswijken

Begin 2014 verscheen de Gezondheidsmonitor Den Haag 2014 waarin de actuele gezondheidssituatie van de Haagse bevolking werd gepresenteerd. Binnenkort verschijnt het rapport 'Gezondheid van volwassenen en ouderen; een gebiedsgerichte analyse. Een rapportage met gezondheidsgegevens per Haagse aandachtswijk.' In dit rapport wordt de gezondheid van de inwoners van de Haagse aandachtswijken beschreven. Het rapport bevat onder meer informatie over de lichamelijke en psychosociale gezondheid en over leefstijl en zorggebruik. De aandachtswijken in Den Haag zijn Stationsbuurt/Rivierenbuurt, Schildersbuurt, Transvaal, Bouwlust-Vrederust, Morgenstond en Moerwijk.

Het volledige rapport is (binnenkort) te vinden op: www.ggdhaaglanden.nl/publicaties



Does one size fit all? Groei en ontwikkeling van kinderen met uiteenlopende etnische achtergronden

Op 18 februari jl. verdedigde Jeroen de Wilde, jeugdarts bij de GGD Haaglanden zijn proefschrift 'Does one size fit all? The case for ethnic specific standards to assess growth in South Asian children'. De promotie vond plaats aan de Universiteit van Leiden en de promotor was prof.dr. Barend Middelkoop, die als epidemioloog tevens verbonden is aan de GGD Haaglanden. In zijn proefschrift presenteert De Wilde de resultaten van verschillende onderzoeken naar groei en ontwikkeling van kinderen met uiteenlopende etnische achtergronden. Het proefschrift culmineert in de presentatie van specifieke groeidiagrammen voor Hindostaanse jongens en meisjes. Het was De Wilde in zijn werk als jeugdarts opgevallen dat het nogal eens voorkomt dat een Hindostaans kind volgens de (universele) groeidiagrammen te licht is, terwijl zijn klinische blik hem leerde dat het kind echt niet ondervoed was. Of het viel hem op dat een kind volgens die universele standaard een normaal gewicht zou hebben, terwijl hij als arts zag dat het te veel vet aan de botten had. De Wilde vroeg zich af of het niet zo zou kunnen zijn dat de bouw van Hindostaanse kinderen gewoon anders is en dat je die universele groeidiagrammen dus beter niet kunt gebruiken. Immers, bij volwassen Hindostanen worden al heel lang afwijkende grenzen gebruikt voor overgewicht, die veel lager liggen dan de grenzen die voor Caucasische mensen worden gebruikt. Met zijn publicatie van groeidiagrammen speciaal voor Hindostaanse kinderen in het internationale tijdschrift PLoS ONE en nu met zijn proefschrift heeft De Wilde een wetenschappelijke basis gelegd voor een veel betere begeleiding van deze kinderen wat betreft hun groei en ontwikkeling. De lezer van het Epidemiologisch Bulletin heeft overigens al eerder kennis kunnen nemen van deze diagrammen: zie het artikel van De Wilde in het septembernummer van jaargang 2013.

Exemplaren van het proefschrift zijn te verkrijgen via jeroen.dewilde@denhaag.nl.

Derde Landelijke Studiedag Basis GGZ

Door de stelselwijziging in de GGZ ontstaan verschillende bewegingen en samenwerkingsverbanden. Ook rijzen er vragen rond haalbaarheid, praktische invulling, hoofdbehandelaarschap, doorverwijzing en bekostiging. Deze derde landelijke studiedag gaat over de overgang naar de nieuwe Basis GGZ. Wat zijn de praktische gevolgen van de transitie en waar liggen nog knelpunten? Verschillende betrokken partijen gaan met elkaar in debat over rollen, taken en mogelijkheden om elkaar te versterken. In de middag staan praktijkvoorbeelden centraal. Accreditatie is aangevraagd voor huisartsen, POH's-GGZ en psychologen en psychiaters.

Datum: 21 april 2015

Locatie: Aristo Amsterdam

Kosten: € 345,- (excl. BTW)

Informatie: www.leidscongresbureau.nl

Basiscursus Alcohol, Drugs en Roken

Deze Interactieve training is bedoeld voor preventiewerkers en andere professionals die in hun werk te maken hebben met personen die alcohol, drugs en/of tabak gebruiken en meer willen weten over het gebruik van deze middelen en de verslaving eraan. Deze training is samengesteld op basis van de kennis en praktijkervaring van de Roken Alcohol en Drugs Infolijn. De infolijn geeft al 15 jaar antwoord op alle denkbare vragen over middelengebruik en verslaving. De training duurt 1 dagdeel.

Datum: 23 april 2015

Organisator en locatie: Trimbos-instituut Utrecht

Kosten: € 280,-

Informatie: www.trainingsbureau@trimbos.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 onder andere de volgende cursussen/bijeenkomsten:

Debatteren en mondeling argumenteren

Vergroot in één dag uw mondelinge vaardigheden: leer debatteren en een beleidsstelling verdedigen of juist aanvallen aan de hand van een duidelijke argumentatiestructuur.

Doelgroep: artsen, beleidsmedewerkers, epidemiologen, gezondheidswetenschappers, leidinggevend, projectleiders en andere professionals in de publieke gezondheidszorg die hun verbale presentatie en argumentatie willen verbeteren.

Datum: maandag 30 maart 2015

Locatie: Utrecht

Kosten: € 395,-

Training adviesvaardigheden

Hoe zorgt u als adviseur dat uw adviezen worden opgevolgd? Volg deze driedaagse training en leer de theorie en praktijk van succesvol adviseren. Doelgroep: bedrijfs- en verzekeringsartsen en andere professionals met een adviserende taak in de publieke gezondheidszorg en/of de bedrijfsgezondheidszorg.

Data: donderdag 16 en 30 april en 4 juni 2015

Locatie: Utrecht

Kosten: € 1185,-

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

Sociaal uitgesloten in de grote stad

In de vier grote steden (G4) is de kans op sociale uitsluiting twee keer zo hoog als elders in Nederland. In de G4 zijn naar schatting 180 duizend volwassenen sociaal uitgesloten. De Gemeente Utrecht en de Academische Werkplaats G4 USER hebben onderzoek gedaan naar de situatie van sociaal uitgesloten burgers in de vier grote steden.

Bij sociaal uitgesloten burgers komen de volgende problemen veel voor: beperkt en kwetsbaar sociaal netwerk, veel schulden en zeer weinig te besteden, overlast en ruzie in de buurt, verminderde financiële toegang tot zorg, gezondheidsproblemen en professionele hulp die als niet passend of gewenst wordt ervaren. Er is sprake van samengaan van problemen op verschillende dimensies die elkaar beïnvloeden en versterken en invloed hebben op de gezondheid. Sociale uitsluiting beïnvloedt de gezondheid negatief en een slechte gezondheid versterkt sociale uitsluiting. Voor de sociaal uitgesloten groep is de stap naar 'wat kan ik zelf doen' vaak te groot.

Deze groep heeft ondersteuning nodig om de eigen regie te

kunnen versterken. De toekomstige sociale wijkteams lijken uitermate geschikt om voor de sociaal uitgesloten groep buurtbewoners laagdrempelig hulp op maat en continuïteit te gaan bieden en in te zetten op participatie en verbindingen in de buurt.

Voor het onderzoek hebben 19 GGD'en, waaronder de GGD Amsterdam, GGD Haaglanden, GGD Rotterdam Rijnmond en GG&GD Utrecht, een vraagstelling opgenomen in de gezondheidsenquête voor volwassenen van 19 jaar en ouder. In de G4 hebben 28.652 inwoners de enquête ingevuld. In de vervolgfase van het onderzoek zijn 118 matig tot ernstig sociaal uitgesloten respondenten in Utrecht, Den Haag en Amsterdam benaderd voor een persoonlijk interview.

Door Addi van Bergen, Annelies van Loon, Carina Ballering, Bouwine Carlier en Maartje Aangeenbrug. November 2014.

Bron: www.g4-user.nl/kennisbank/sociaal-uitgesloten-de-grote-stad



Woninglijken in de vier grote steden

In de vier grote steden (G4) worden jaarlijks gemiddeld 70 overleden personen gevonden in een woning, die tenminste twee weken onopgemerkt zijn gebleven. Dit blijkt uit onderzoek vanuit de Academische Werkplaats G4-USER. In Amsterdam, Rotterdam en Den Haag zijn de cijfers ongeveer gelijk, Utrecht telt er minder. De grootste risicogroep zijn alleenwonende mannen. Zij kampen vaker met problematisch alcohol- en drugsgebruik en vervuiling. Ook suicides komen in Nederland tweemaal vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. Opvallend is dat het relatief weinig voorkomt bij de alleroudste groep. Van de overleden alleenwonenden die jonger zijn dan 70 jaar blijft 3% tenminste 2 weken in de woning liggen, terwijl dit bij de ouderen voor 0,5% geldt. Kennelijk heeft deze oudste groep vaker een functionerend formeel of informeel zorgnetwerk. Bij ongeveer de helft is er sprake van omstandigheden die duiden op (langdurige) psychiatrische- of verslavingsproblemen of vervuiling. Vaak is dit in combinatie met een, al dan niet zelfverkozen, sociaal isolement. Het lijkt een fenomeen dat in zekere mate inherent is aan het leven in de grote stad. Toch kunnen deze sterfgevallen ook worden beschouwd als een signaal voor burgers en professionals om op elkaar te letten. Bijvoorbeeld door de burens, nog bij leven, te ondersteunen of om een melding te maken van de zorgen bij een sociaal meldpunt of het meldpunt zorg en overlast.

Door Marcel Buster, Natalie Runtuwene,
Karen van den Hondel, Addi van Bergen, Renske Gilissen

Bron: www.g4-user.nl/kennisbank/woninglijken-de-g4.
December 2014

Scholing Psychosociale hulpverlening

Begin 2014 verscheen de vernieuwde 'Richtlijn Psychosociale hulp bij ongevallen, rampen en crises'. In de Scholing Psychosociale hulpverlening leert u werken volgens de richtlijn en de procesbomen die u als professional kunnen ondersteunen bij de voorbereiding, uitvoering en evaluatie van de psychosociale hulpverlening. Ook komt aan de orde wat de vernieuwde multidisciplinaire richtlijn betekent voor het proces psychosociale hulpverlening (PSH) en uw rol als PSH-procesleider bij een GGD.

Data: 7 april en 15 mei 2015

Locatie: IFV

Kosten: € 1.000,-

Informatie: IFV, Instituut Fysieke Veiligheid,
www.ifv.nl



Infectieziekten gemeld door instellingen in 2014

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in 2014. Deze instellingen behoren tot instellingen waar 'kwetsbare' groepen zoals kinderen, ouderen of

zieken verblijven. Op grond van artikel 26 van de Wet op de publieke gezondheid moeten deze instellingen bepaalde infectieziekten melden bij de GGD.

Scenario	Kinderopvang	Onderwijs- instelling	AWBZ zorginstelling	Ziekenhuis	Eindtotaal
Hepatitis		2			2
Huiduitslag/exanthemen	50	14	14	5	83
Impetigo (krentenbaard)	24	5			29
Gastroenteritis	9	2	49		60
Schimmelinfectie	3	2			5
Luchtweginfectie	6	7	1		14
Anders	5	9	2		16
Influenza(-achtig) ziektebeeld	3		3		6
Eindtotaal	100	41	69	5	215

Toelichting bij meldingen infectieziekten op pagina 30

Hepatitis A

Het 4e kwartaal van 2014 laat een opvallende stijging zien in het aantal hepatitis A-meldingen ten opzichte van de meldingen in de afgelopen jaren. Ook landelijk is er in dit kwartaal sprake geweest van een hoger aantal hepatitis A-meldingen. Vaak wordt hepatitis A meegenomen door een niet-gevaccineerd persoon na een vakantie in een (sub-) tropisch gebied. Omdat men pas twee tot zes weken na besmetting ziek wordt, begint de ziekte doorgaans pas na thuiskomst en kan het virus zich in Nederland verder verspreiden. De taak van de GGD na een melding is opsporing van de mogelijke bron en bescherming van de risico contacten door middel van een vaccinatie tegen hepatitis A. In de regio Haaglanden zijn in het 4^e kwartaal 2014 op twee basisscholen kleine uitbraken geweest van hepatitis A. De GGD heeft kinderen en leerkrachten van deze scholen gevaccineerd om verdere verspreiding van het virus tegen te gaan.

Ebola

In de vorige uitgave van het Epidemiologisch bulletin is al melding gedaan van de ebola-uitbraak in een aantal landen in West-Afrika. Deze is nog steeds gaande. De kans dat een reiziger ebola meebrengt naar Nederland is heel klein, maar niet uitgesloten. Er komen regelmatig Nederlandse hulpverleners terug uit de risicolanden, die tijdelijk onder toezicht van de GGD komen. Daarnaast is er in Utrecht, conform internationale afspraken, een buitenlandse patiënt met ebola opgenomen geweest, behandeld en genezen. Gelukkig heeft er in Nederland geen verdere verspreiding plaatsgevonden, maar alertheid blijft geboden. Landelijk zijn er, in overleg met de ketenpartners, diverse richtlijnen en triagestandaarden ontwikkeld over diagnostiek, behandeling en hygiëne. Deze worden op basis van de mondiale ontwikkelingen zonodig aangepast. De afdeling infectieziektebestrijding van GGD Haaglanden houdt zich bezig met de

introductie van deze richtlijnen in de regio, de afstemming met de regionale ketenpartners, het oefenen van deze richtlijnen door de ziekenhuizen en ambulance en het beantwoorden van de vragen rondom dit onderwerp van publiek en (zorg) instellingen.

Influenza seizoen

Sinds december is een toename zichtbaar van het aantal meldingen van influenza-achtige ziektebeelden en het influenzavirus. Het aantal meldingen van uitbraken van influenza in verpleeg- en verzorgingshuizen stijgt landelijk; alertheid bij deze relatief kwetsbare populatie blijft noodzakelijk. Een factor hierbij is de mismatch tussen de samenstelling van het dit jaar verstrekte vaccin en de influenza A H3N2 verwekkers binnen de huidige epidemie. Hierdoor geeft het vaccin waarschijnlijk minder bescherming dan de afgelopen jaren. Bij oudere patiënten wordt, zoals gebruikelijk, een toename van het aantal complicaties en van sterfte waargenomen.

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



Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 4e kwartaal 2014

Ziekte	4e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 4e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	4e kwartaal 2014	4e kwartaal 2013	4e kwartaal 2012	1e t/m 4e kwartaal 2014	1e t/m 4e kwartaal 2013	1e t/m 4e kwartaal 2012
A-ZIEKTEN						
MERS-CoV				1		
Nieuwe Influenza A (H1N1)						
B-ZIEKTEN						
bacillaire dysenterie/shigellose	11	21	16	29	37	47
buiktyfus			1	5	3	
Creutzfeld-J's disease	1	1		4	4	1
hepatitis A	14	3	4	23	10	10
hepatitis B acuut en chronisch*	49	40	47	166	162	193
hepatitis C acuut	1	1		2	2	1
kinkhoest	123	43	103	466	202	751
legionella pneumonie	8	3	2	27	23	10
mazelen		27		45	45	
meningokokkose		2	3	3	3	8
paratyfus A,B,C				4	1	4
tuberculose	21	20	13	82	69	84**
voedselinfectie		2	2	2	7	9
invasieve GAS	2	2	2	4	11	5
West-Nilevirus					1	
brucellose					1	
C-ZIEKTEN						
E-coli 0157	2	1	8	7	33	63
Hantavirusinfectie				1		
leptospirose	2			4	1	2
malaria	5	7	5	17	16	22
ornithose/psittacose		2	2	1	3	4
Q-koorts	1			2		1
rode hond						
bof			3	6	5	31
Listeriose	1			6	5	7
invasieve pneumokokken	2		2	3	3	5
inv. Haemophilus influenzae type b	1			1	1	1
MRSA					2	
Totaal	244	175	213	911	650	1259

*) Inclusief dragers

**) Dit aantal is een schatting ivm computerproblemen



COLOFON

Maart 2015, 50^{ste} jaargang nr. 1

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
drs. V.M. Vladár Rivero, Parnassia Groep

REDACTIEADRES

Redactieadres: GGD Haaglanden, Postbus 16130, 2500 BC Den Haag
Bezoekadres: Westeinde 128, Den Haag
Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij Mw. Wagemaker.
Telefoon: (070) 752 89 63
e-mail: addy.wagemaker@ggdhaaglanden.nl

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

Ontwerp: Ontwerpwerk

Fotografie:

GGD Haaglanden

Gemeente Zoetermeer

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