

Epidemiologisch Bulletin

JAARGANG 50

TIJDSCHRIFT VOOR VOLKSGEZONDHEID EN ONDERZOEK IN REGIO HAAGLANDEN

3

2015

VOLKSGEZONDHEID

**Westlandse wethouder
De Goeij-van der Klugt** over rol GGD > p. 4

**GGD Haaglanden in
sociaal domein** > p. 25

EPIDEMIOLOGIE

Fitheid Haagse scholieren > p. 7

Sociaal uitgesloten burgers > p. 17

Gezondheid in cijfers > p. 30

IN DIT NUMMER

Redactioneel	3
Westlandse wethouder Marga de Goeij (CDA) GGD als toezichthouder en kwaliteitsbewaker <i>Liesbeth van Dalen</i>	4
Fitheid Haagse scholieren Snelheid en kracht kunnen beter <i>Robin Hazebroek en Irene van der Meer</i>	7
Sociaal uitgesloten burgers in kaart <i>Addi van Bergen en Renske Gilissen</i>	17
GGD Haaglanden in het sociaal domein Uitvoering van de drie decentralisaties <i>René Remeeus en Aafke Veltman</i>	25
Gezondheid in cijfers: Lichamelijke beperkingen	30
Korte berichten	31
Meldingen infectieziekten	37

Redactioneel

De rondgang langs onze wethouders brengt ons dit keer bij Marga de Goeij-van der Klugt (CDA), wethouder Zorg en Welzijn van de gemeente Westland. Naast een schets van de inwoners en het gemeentelijk beleid ziet ze een belangrijke rol voor de GGD als het gaat om toezicht en kwaliteitsbewaking. Als bestuurder van deze 'groente- en fruitapotheek' hoopt ze van harte dat gezond eten de normaalste zaak van de wereld wordt.

In dit nummer van het Epidemiologisch Bulletin wordt uw aandacht gevraagd voor 'fitheid', een onderwerp wat minstens zo belangrijk is voor de gezondheid als gezond gewicht. Aandacht hiervoor lijkt niet overbodig, want uit onderzoek onder eerstejaars scholieren in het voortgezet onderwijs blijkt dat de meerderheid van deze leerlingen onder gemiddeld of laag scoort op vier van de acht fysieke testen. Met andere woorden: er lijkt op het gebied van lichamelijke fitheid van de Haagse scholieren winst te behalen.

Voorts leest u dat één op de negen volwassenen in Den Haag te maken heeft met sociale uitsluiting. Dit blijkt uit onderzoek van de landelijke Academische Werkplaats Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, een samenwerkingsverband van de vier grote steden en enkele universitaire instituten. Het artikel geeft

een beeld van hoe vaak en bij wie sociale uitsluiting voorkomt, bevat citaten van mensen die tot deze kwetsbare groep behoren en geeft de reacties van professionals en beleidsmakers.

In dit bulletin komen voorts aan de orde de enorme bestuurlijke operaties die worden aangeduid als 'de 3 D's', waarbij D staat voor decentralisatie: de Wet maatschappelijke ondersteuning, de Jeugdwet en de Participatiewet. Hoe verhouden de nieuwe taken en verantwoordelijkheden die de gemeenten hierdoor krijgen zich tot de bestaande taken en verantwoordelijkheden? En dan vooral tot de 'klassieke' preventieve taak van de GGD? De auteurs beschrijven de rol van GGD Haaglanden in het sociaal domein en brengen verdere kansen en mogelijkheden in beeld.

De rubriek 'Gezondheid in cijfers' presenteert het voorkomen van lichamelijke beperkingen in de regio Haaglanden.

Tot slot vragen wij uw aandacht voor het lezersonderzoek. De redactie is benieuwd naar uw mening over het Epidemiologisch Bulletin en eventuele adviezen ter verbetering hiervan. U kunt meedoen via www.ggdhaaglanden.nl/epibul.

Lezersonderzoek Epidemiologisch Bulletin

De redactie is benieuwd naar uw mening over het Epidemiologisch Bulletin en eventuele adviezen ter verbetering hiervan. Daarom wordt u van harte uitgenodigd om mee te doen aan een lezersonderzoek via www.ggdhaaglanden.nl/epibul.



GGD als toezichthouder en kwaliteitsbewaker

De gemeente Westland telt ruim honderdduizend inwoners. De Westlander is energiek, heeft een groot organiserend vermogen en is ondernemend. Dat vindt de wethouder voor Zorg en Welzijn, Marga de Goeij (CDA). Ze wordt daarin bevestigd door GGD-cijfers uit 2012, waaruit blijkt dat de gemeente Westland hoog scoort wat betreft participatie en goed ervaren gezondheid. Er zijn echter ook ontwikkelingen die aandacht vragen, zoals meer beweging, gezonde voeding, terugdringen van alcohol- en druggebruik en depressiepreventie. Bij de aanpak ervan doet de gemeente een beroep op de inwoners zelf. Daarnaast maakt Westland gebruik van de expertise en adviesfunctie van GGD Haaglanden. Om die reden is het volgens De Goeij vanzelfsprekend daar ook taken neer te leggen op het gebied van toezicht op de Wmo en bewaking van de kwaliteit van de zorg.

Liesbeth van Dalen

De gemeente Westland bestaat uit elf kernen en ligt tussen de Rotterdamse wereldhaven en politiek Den Haag. Bovendien ligt het pal aan zee. Met haar glastuinbouwsector en 50.000 arbeidsplaatsen is de gemeente Westland een belangrijke economische motor van het land.

Wethouder De Goeij omschrijft de Westlanders als energieke, actieve en ondernemende burgers, wat zich vertaalt in een rijk verenigingsleven en veel midden- en kleinbedrijven. “Dankzij de dorpenstructuur beschikken mensen over grote netwerken. Ze zoeken elkaar op, organiseren van alles en zijn erg betrokken bij elkaar. Kijk bijvoorbeeld naar de vele goede doelen acties die hier worden georganiseerd.” De arbeidsparticipatie in Westland is hoog. Er is veel werk en wellicht speelt ook de sociale controle die er is een rol, want niet werken wordt hier minder geaccepteerd. De vergrijzing zal in Westland nog sterk toenemen. De ouderen maken pas in een laat stadium aanspraak op voorzieningen. Ze redden het langer zelfstandig dankzij hulp van burens en familie. De Goeij: “We dagen mensen uit om dingen zelf op te pakken, willen de kracht van de samenleving

benutten. Als gemeente zorgen we daarbij voor de juiste randvoorwaarden en maken we mensen bewust van de mogelijkheden. Zo dreigde een school in de kleine kern Heenweg te verdwijnen. We hebben de school en bewoners laten weten bereid te zijn te investeren, maar daarbij duidelijk aangegeven dat zij er zelf een succes van moesten maken. Het is nu een redelijk bruisende school met dagelijks activiteiten voor jong en oud.”

Groente- en fruitapotheek

Westland is de groente- en fruitapotheek van de wereld door de overvloed aan gezonde producten die er geteeld en verhandeld worden. Deze gezonde producten ten spijt, blijkt dat de kinderen in de gemeente Westland geen betere scores hebben dan elders als het gaat om eten van groente en fruit. Voor wethouder De Goeij is een gezonde levensstijl uitermate belangrijk. “Er is een sterke relatie tussen wat we eten en gezondheid. Als we collectief gezonder gaan eten kunnen we diabetes en kanker enorm terugdringen. Daarom moeten we gezamenlijk inzetten op gezonde voeding. Gezond eten



moet de normaalste zaak van de wereld worden. Initiatieven zoals Healthy Food Movement en de Westlandse Natuur- en MilieuEducatie (WNME) dragen daar aan bij.”

Healthy Food Movement is een initiatief van Tomatoworld in samenwerking met onder andere kinderopvang, onderwijs, bedrijfsleven en gemeente. Ook de GGD is bij een onderdeel betrokken.

Met Healthy Food Movement is in Westland een beweging op gang gebracht in lekker en gezond eten en bewegen. Een week lang waren er tal van activiteiten om mensen te verleiden tot een gezonde levensstijl. Van kookworkshop tot kiemgroenten telen en van yoga in de kas tot gratis sporten bij de deelnemende sportscholen.

Vanuit het Programma WNME werken de gemeente Westland, scholen, bedrijfsleven en maatschappelijke organisaties samen om kinderen de kans te geven op jonge leeftijd kennis op te doen over natuur, milieu, gezonde voeding, glastuinbouw en leefomgeving. De organisaties zorgen voor een breed aanbod van lessen, leskisten, excursies en educatieve projecten voor zowel kinderopvang, basisonderwijs en middelbaar onderwijs.

Verder was er het project ‘Val op val af’. “Dit project voor schoolkinderen bestond uit zes weken lang aandacht voor bewegen, voeding en het betrekken van ouders en leerkrachten. In elke dorpskern hadden twintig kinderen met een zekere mate van kwetsbaarheid zich aangemeld. Ze hebben allemaal hun streefgewicht gehaald. Nu is alle inzet erop gericht dat ze het vast gaan houden”, aldus De Goeij. “Daarbij wordt het hele gezin betrokken.”

Slechts vier scholen in Westland doen mee aan het programma ‘De gezonde school’ van de GGD.

“Wij moeten dat meer stimuleren, maar ik wil ook de GGD vragen flexibeler te zijn. Want ik krijg terug dat de GGD vast wil houden aan het complete programma. Dat is begrijpelijk gezien de integrale aanpak. Maar als een school zelf tot bepaalde hoogte wil en kan inzetten, dan zie ik liever dat de GGD ondersteunt wat de school wil dan te blijven streven naar afname van het hele pakket.”

Aandacht voor alcohol, drugs en depressies

Aandachtsgebied binnen het volksgezondheidsbeleid van de gemeente Westland is alcoholpreventie. Er is een relatief hoog percentage zware drinkers, met name onder volwassenen en jeugd vanaf 18 jaar. De Goeij hoopt dat de nieuwe metingen van de GGD een verbetering laten zien. “We zetten in met voorlichting en deskundigheidsbevordering wat



Wethouder Marga de Goeij (CDA):
“Gezond eten moet de normaalste zaak van de wereld worden.”

betreft signaleren. Ook wijs ik ouders regelmatig op hun verantwoordelijkheid voor de gezondheid van hun kinderen. Als gemeente ondersteunen we hen hierin. Zo hoop ik op een goede samenwerking. Ik kreeg van enkele ouders overigens wel het signaal dat de kinderen alcohol gewoon in de winkels kunnen kopen. Dat maakt het natuurlijk lastig.” Voorlichting is ook noodzakelijk wat betreft het druggebruik. “Volgens de cijfers is het drugsprobleem hier niet groter dan elders, maar de risico’s zijn dermate groot dat blijvende inzet op dit onderwerp noodzakelijk is”, vertelt De Goeij. “Het is moeilijk er je vinger op te leggen. We geven veel voorlichting op scholen en bij zomerfeesten in het kader van preventie. Dat doen we samen met Brijder Verslavingszorg.”

Ook depressies en burn-out hebben de aandacht van de wethouder. “Dat wordt onderschat en blijft binnenskamers, mensen geven het niet makkelijk prijs aan de buitenwereld. Dat is de keerzijde van elkaar goed kennen en allemaal meedoen. We zetten in op het vergroten van de sociale weerbaarheid, preventie van terugval en tijdige signalering. Dat doen we samen met de GGZ.”

“Bij een grote brand waar asbest was vrijgekomen, heeft de GGD ons goed geadviseerd over de gezondheidsrisico's en adequate voorlichting aan de betrokken burgers gegeven.”

Bij al deze aandachtsgebieden is GGD Haaglanden voor wethouder De Goeij een belangrijke partij. “De GGD is terzake kundig, doet onderzoek en heeft veel informatie om ons te adviseren in het ontwikkelen van beleid. Ook de adviezen op het gebied van gezondheidsrisico's zijn voor ons belangrijk. Toen begin dit jaar bij een grote brand in Wateringen asbest vrijkwam, heeft de GGD ons goed geadviseerd over de gezondheidsrisico's en adequate voorlichting aan de betrokken burgers gegeven. Dat is door alle partijen als waardevol ervaren.”

GGD als toezichthouder

De Goeij vindt de vorming van GGD Haaglanden een goede zaak. Ze kijkt terug op een complex proces om als voormalige GGD Zuid-Holland West tot afspraken en inbedding binnen de gemeente Den Haag te komen. “Maar we hebben daar een GGD Den Haag ontmoet die heel goed en opbouwend met ons meedacht. Er is pittig onderhandeld en er zijn goede afspraken gemaakt. We hebben nu een GGD die breder is, meer expertise heeft en minder kwetsbaar is. Het is bovendien heel handig dat het werkgebied overeenkomt met de veiligheidsregio.”

De Goeij legt dan ook met een gerust hart het toezicht op de Wmo bij GGD Haaglanden neer. “Er is expertise en er is volume. Dat geldt ook voor toezicht en controle op gezondheidsrisico's, de rol die de overheid aan de GGD heeft toegekend. Bovendien vind ik het prettig om binnen het bestuur van GGD Haaglanden mijn collega-wethouders uit de regio te ontmoeten.”

GGD als partner in de uitvoering

De Goeij ziet een goede taakafbakening tussen de gemeente, de instellingen en de GGD. De gemeenten hebben de regie, de GGD adviseert de gemeenten op het gebied van haar eigen expertise en is, net als de andere partijen, partner in de uitvoering.

In Westland zijn sociale kernteams actief. In elk van de drie teams werken vijf partijen samen, waaronder de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). De JGZ onderhoudt het contact met de GGD.

Nieuw zijn ook de sociaal makelaars. “Zij zijn gericht aan het werk in Westland om de samenleving te versterken op het gebied van opvoeden, opgroeien en meedoen. De sociaal makelaar zorgt voor verbinding van zorg en welzijn. Elke kern heeft zo'n functionaris. Aan de ene kant moet hij signaleren en mensen toeleiden naar een sociaal kernteam. Aan de andere kant kijkt hij met het sociaal kernteam mee of een kind misschien naar een vereniging kan of dat ouders gebaat zijn met stut en steun uit de buurt. Hij zal onder andere de verbinding moeten maken in het informele circuit en het verenigingsleven. Ik zie inmiddels goede en mooie voorbeelden.” Daarbij verwacht de wethouder een signalerende rol van bewoners. “De gemeente kan niet achter iedere voordeur kijken. Daar zijn alerte burgers voor nodig.”

“De GGD heeft als onafhankelijke partij een belangrijke rol in de kwaliteitsbewaking.”

Kwaliteitsbewaking

Tot slot komt De Goeij op de rol van de GGD als het gaat om kwaliteitsbewaking. Een belangrijke rol, vindt ze. “Daar moeten wij op terug kunnen vallen. Wij kopen zorg in bij diverse aanbieders en mensen moeten erop kunnen vertrouwen dat die kwaliteit goed is. De bewaking daarvan ligt bij de GGD. Natuurlijk vragen we de zorgaanbieders om tevredenheidsonderzoeken te doen, maar dat zegt niet alles over de kwaliteit. Voorheen waren diverse inspecties met die kwaliteitsbewaking belast, nu leggen wij die taak bij de GGD. Eén partij dus. Er komen nieuwe initiatieven waarbij de zorg laagdrempeliger is en ook dan moet je weten dat de kwaliteit goed is. Het is goed dat de GGD dit als onafhankelijke partij oppakt. Ik merk dat de GGD enthousiast is en zich actief bij ons meldt met hun expertise. De kennis is er en die moeten we goed ontsluiten.”

OVER DE AUTEUR

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



SAMENVATTING

INLEIDING

Fitheid is te omschrijven als de mate waarin iemand zich energiek en gezond voelt. Aan lichamelijke fitheid zijn vijf grondeigenschappen te onderscheiden: kracht, snelheid, coördinatie, lenigheid en aerobisch uithoudingsvermogen. Lichamelijke fitheid is van belang voor de gezondheid. Het is onbekend hoe het staat met de lichamelijke fitheid van Haagse jongeren. Daarom is besloten de fitheid van Haagse jongeren te onderzoeken.

METHODE

Voor dit onderzoek zijn bij eerstejaars leerlingen op zeven middelbare scholen op gestandaardiseerde wijze EuroFit-testen afgenomen. Op basis van Nederlandse referentiewaarden zijn de testresultaten ingedeeld in één van de vijf categorieën: laag, onder gemiddeld, gemiddeld, boven gemiddeld en hoog.

RESULTATEN

De gegevens zijn verzameld bij 75 leerlingen van praktijkonderwijs, 175 leerlingen van vmbo (basis/kader/gemengd/theoretische leerweg) en 60 van vmbo theoretische leerweg/havo/vwo. Van deze leerlingen had 26% matig en 6% ernstig overgewicht. Op het onderdeel sneltikken (snelheid) is het slechtst gescoord: 75% van de leerlingen scoorde laag of onder gemiddeld. Ook op drie van de vier testen voor kracht is door het merendeel van de leerlingen laag of onder gemiddeld gescoord: hangen arm (73%), handknijpkracht (67%) en verspringen (64%). Leerlingen van het praktijkonderwijs scoorden lager dan van het vmbo TL/havo/vwo.

CONCLUSIE

Op het gebied van lichamelijke fitheid van de eerstejaars leerlingen van middelbare scholen valt winst te behalen, met name op de grondmotorische eigenschappen snelheid (armsnelheid) en kracht (explosieve kracht benen, duurkracht armen en statische kracht handen) en met name bij de scholieren van praktijkonderwijs.

Fitheid Haagse scholieren

Hoe is het gesteld met de fitheid van de Haagse scholieren? Fitheid is immers belangrijk voor een goede gezondheid. Om die vraag te beantwoorden is onderzoek gedaan met gebruikmaking van de fittest binnen GezondBezig!, een preventieve interventie voor eerste- en tweedejaars scholieren van het voortgezet onderwijs. Uit het onderzoek blijkt dat de meerderheid van de Haagse eerstejaars scholieren onder gemiddeld of laag scoort op vier van de acht fysieke testen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er op het gebied van lichamelijke fitheid van de eerstejaars scholieren winst valt te behalen, met name op grondmotorische eigenschappen snelheid (armsnelheid) en kracht (explosieve kracht benen, duurkracht armen en statische kracht handen). De fittest laat zien dat de scholieren van vmbo tl/havo/vwo-niveau het fitst zijn en de scholieren van het praktijkonderwijs het minst fit. Extra inzet op de fitheid van Haagse scholieren is gewenst!

Robin Hazebroek, Irene van der Meer

Fitheid is te omschrijven als de mate waarin iemand zich energiek en gezond voelt. Aan lichamelijke fitheid zijn vijf grondeigenschappen te onderscheiden: kracht, snelheid, coördinatie, lenigheid en aerobisch uithoudingsvermogen.¹ Uit grootschalig en langdurig onderzoek onder ouderen (deelnemers dertig jaar gevolgd) blijkt dat verminderde fitheid een voorspeller van sterfte is, onafhankelijk van de gewichtssituatie.² Voldoende lichamelijke activiteit, gerelateerd aan fitheid, verlaagt het risico op verschillende ziekten, zoals hart- en vaatziekten en depressie.³ Ook bij kinderen/jongeren blijken de grondeigenschappen van lichamelijke fitheid gerelateerd te zijn aan de gezondheid: overgewicht, risicofactoren voor hart- en vaatziekten, botgezondheid en mentale gezondheid (angst, depressie, gemoedstoestand, eigenwaarde).⁴ Tevens is een verband gevonden tussen een inactieve leefstijl en een lage lichamelijke fitheid met functionele somatische symptomen.⁵ Dit zijn somatische klachten die niet volledig worden verklaard



Fittest: Sit-ups
(buikspieroefeningen)

Lesprogramma Gezond Bezig!

De basis van Gezond Bezig! bestaat uit twaalf lesuren:

- Een kennismakingsles met kennistest, voorafgaand aan het project;
- Een EuroFittest met ADO-Den Haag huisstijl (twee lesuren);
- Zes theorielessen over voeding en beweging, volgens het DOiT lesprogramma;

Leerjaar 1:

Gezonde voeding
Eetmomenten
Voldoende bewegen
Energiebalans
Veranderen
Volhouden

Leerjaar 2:

Eten op school
Reclame
Eet- en beweeggewoontes
Moeilijke momenten
You can DOiT
You DIDiT

- Twee bewegingslessen, volgens het DOiT lesprogramma;

Leerjaar 1:

Stappenteller
Hartslag

Leerjaar 2:

Herhaling Hartslag
Mijn sportvereniging

- Een kennistest na afloop van het programma.

Deze basis kan worden uitgebreid met:

- een proefles (proeven van voedingsmiddelen);
- een kookworkshop;
- een judo-/weerbaarheidsles;
- een eindles waarin het project wordt afgesloten.

door onderliggende pathologie en regelmatig voorkomen bij adolescenten. Voorbeelden van klachten zijn hoofdpijn, buikpijn, overgeven, duizeligheid en oververmoeidheid. Dat lichamelijke fitheid van belang is voor gezondheid en welbevinden, is een reden om in te zetten op verbetering van de fitheid.

Met inzet op meer bewegen en/of sporten is de fitheid te verbeteren. Voor de hoeveelheid lichaamsbeweging zijn er twee normen van belang: de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) en de fitnorm. Voor jongeren is de NNGB-norm dagelijks één uur ten minste matig intensieve lichamelijke activiteit, waarbij de activiteiten minimaal twee maal per week gericht zijn op het verbeteren of handhaven van lichamelijke fitheid.⁶ Om aan de fitnorm te voldoen moeten jongeren ten minste drie keer per week gedurende minimaal twintig minuten zwaar intensief lichamenlijk actief zijn. Volgens de Monitor Convenant Gezond Gewicht 2013 van TNO voldoet landelijk 13% van de jongeren (12 tot en met 17 jaar) aan de NNGB en 35% aan de fitnorm.⁷

In Den Haag heeft 17,5% van de kinderen van 2 tot en met 15 jaar overgewicht of obesitas (ernstig overgewicht).⁸ De gegevens laten een stijging met de leeftijd zien: van 12% op 2- en 3-jarige leeftijd tot 23% op 13- tot en met 15-jarige leeftijd.⁹ Aangezien overgewicht geassocieerd is met fitheid (de cardiorespiratoire dimensie, het aerobisch uithoudingsvermogen), zou dit een gevolg kunnen zijn van onvoldoende fitheid. De richting van het verband tussen overgewicht en fitheid is echter nog niet bekend.^{4,10} Zo kan overgewicht het gevolg zijn van een verminderde fitheid, maar kan een verminderde fitheid ook een gevolg zijn van overgewicht. Er kan ook sprake zijn van een vicieuze cirkel: iemand is minder fit, beweegt minder en krijgt overgewicht, waardoor hij minder fit wordt, nog minder gaat bewegen en nog zwaarder wordt.



Tabel 1. De acht fysieke testen van de EuroFittest.

Testonderdeel	Grondeigenschap	Methode
Verspringen uit stand	Kracht	Uit stilstand zo ver mogelijk springen
Hangen met gebogen armen	Kracht	Met gebogen armen aan een rekstok hangen
Sit-ups	Kracht	Zoveel mogelijk buikspieroefeningen in 30 seconden
Handknijpkracht	Kracht	Zo hard mogelijk in een knijpkrachtmeter knijpen
10x5 meter loop	Snelheid	Vijf keer heen en weer sprinten tussen twee lijnen
Snel tikken met één hand	Snelheid	Twee schijven 25 keer aantikken met voorkeurshand, de andere hand blijft op de middelste schijf
Sit & Reach (reiken in langzit)	Lenigheid	Zittend met gestrekte benen een schuif naar voren duwen
Shuttle run test	Uithoudingsvermogen	Zo lang mogelijk over 20 meter heen en weer blijven lopen, het tempo wordt steeds hoger

In Den Haag wordt met de Haagse Aanpak Gezond Gewicht (HAGG) ingezet op het terugdringen van overgewicht bij de Haagse jeugd.¹¹ Voor eerste- en tweedejaars scholieren van het voortgezet onderwijs ondersteunt GGD Haaglanden scholen met de preventieve interventie Gezond Bezig!¹² Hierin is ook aandacht voor de lichamelijke fitheid. Doel van Gezond Bezig! is het vergroten van kennis over gezonde voeding, lichaamsbeweging en fitheid en het stimuleren van een gezonde leefstijl. Zie voor meer informatie het Lesprogramma Gezond Bezig! op pagina 8. Onderdeel van Gezond Bezig! is de EuroFittest. Doel van deze fittest is de leerlingen te motiveren om meer te bewegen door hen bewust te maken van hun eigen fitheid en de afzonderlijke grondmotorische eigenschappen. De EuroFittest is in samenwerking met ADO Den Haag getransformeerd tot een EuroFittest in ADO Den Haag-huisstijl (zie ook de foto's in dit artikel). Naar verwachting zal dit de leerlingen motiveren extra hun best te doen op de uitvoering van de test.

Tot nu toe is onbekend hoe het staat met de lichamelijke fitheid van Haagse jongeren. De vraag rees of het stimuleren van de fitheid van Haagse jongeren gewenst is en zo ja, bij welke subgroepen en voor welke grondmotorische eigenschappen. Om antwoord te geven op deze vragen is besloten de fitheid van Haagse jongeren te onderzoeken.

Methode

Voor dit onderzoek zijn de gegevens van de EuroFittesten van eerstejaars Gezond Bezig!-leerlingen gebruikt. Met de EuroFittest kan de mate van fitheid worden bepaald van jongens en meisjes van 12 tot en met 16 jaar.¹ De test bestaat uit acht fysieke testen alsook de antropometrische metingen van lengte en gewicht. Voor een overzicht van de fysieke testen zie tabel 1.

Voor het uitvoeren van de fittesten bij Gezond Bezig! zijn twee lesuren gereserveerd. De eerste zeven fysieke testen kunnen via een circuit-systeem in één lesuur worden uitgevoerd. Gezien de tijd en ruimte die nodig is om de verschillende tests uit te voeren, wordt de shuttle run test in een ander lesuur uitgevoerd. Voor de fittest is de leskist van de EuroFittest met alle benodigde materialen en een uitgebreide instructie geleend. Normaliter mogen de leerlingen hun eigen resultaten noteren en voldoen ze daarmee aan het doel van Gezond Bezig!, namelijk inzicht krijgen in hun eigen fitheid. Met het oog op de gewenste betrouwbaarheid van de gegevens is in dit onderzoek van deze werkwijze afgeweken. Tijdens de fittest waren meetteams aanwezig die een correcte uitvoering van de testen in de gaten hielden en de testresultaten noteerden. De testresultaten zijn, na aanvulling met de leeftijd en het geslacht en na koppeling van de resultaten van dezelfde leerlingen op de verschillende tests, op school geanonimiseerd.



Fittest: Handknijpkracht



Voor de afzonderlijke testen zijn Nederlandse referentiewaarden beschikbaar voor jongens en meisjes van 12-16 jaar.¹ Deze referentiewaarden zijn leeftijd- en geslachtspecifiek. Dit betekent dat voor elke leeftijd en geslacht referentiewaarden beschikbaar zijn. Een meisje van 12 jaar scoort bijvoorbeeld hoog op verspringen als zij 166 cm of meer haalt, voor een meisje van 13 jaar is dit ten minste 172 cm en voor een jongen van 12 jaar ten minste 176 cm.



Op basis van de referentiewaarden zijn de testresultaten ingedeeld in één van de vijf categorieën: laag, onder gemiddeld, gemiddeld, boven gemiddeld en hoog. De Nederlandse referentiewaarden zijn bepaald op basis van de resultaten van ongeveer 200 jongeren van desbetreffende geslacht en leeftijd. Hiertoe zijn zogenaamde kwintielen vastgesteld: de resultaten zijn op grootte gesorteerd en in vijf gelijke groepen verdeeld. In elke groep of categorie viel dus 20% van de resultaten. Indien een testresultaat onder de onderste grens valt, betekent dit dat 20% van de jongeren met dezelfde leeftijd en geslacht vergelijkbaar scoort, maar dat 80% beter scoort. Een norm in de zin van 'boven deze waarde zijn de gezondheidsrisico's lager' is dit dus niet. Een score laag en onder gemiddeld geeft wel aan dat hier naar verbetering gestreefd kan worden.

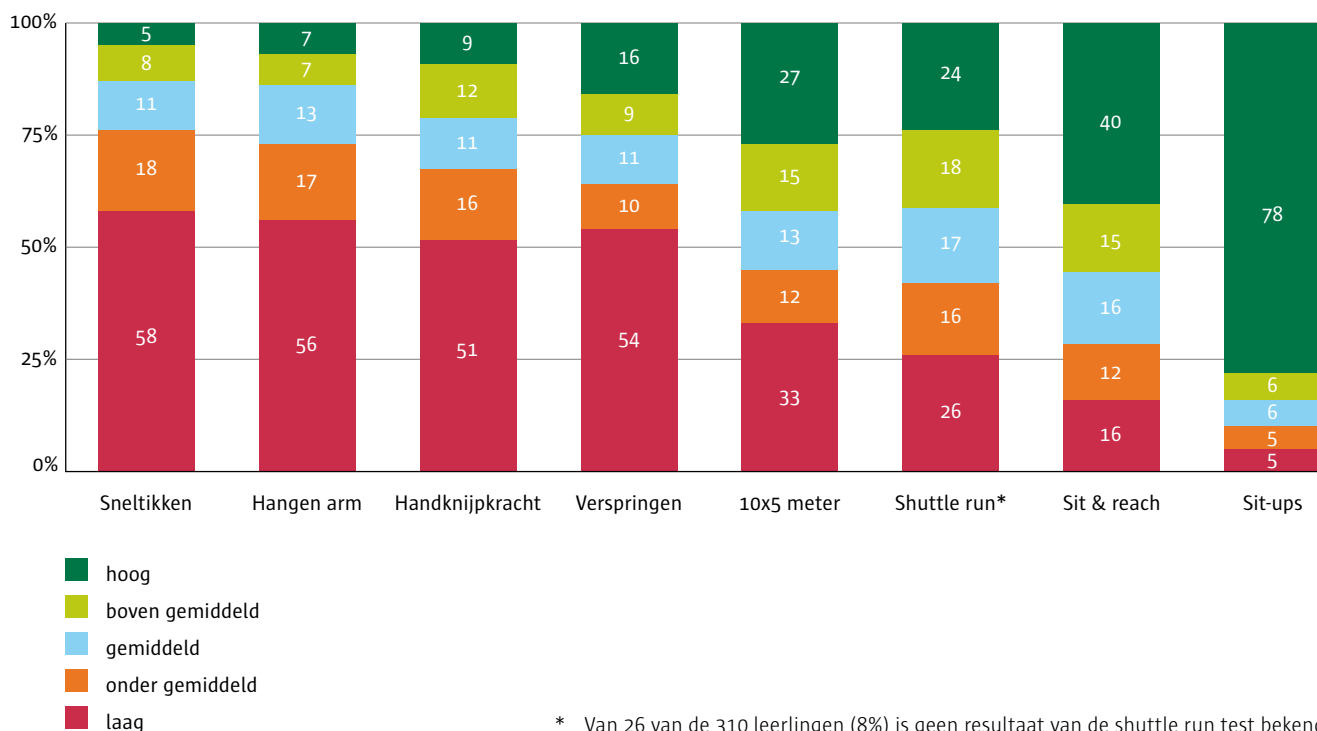
Resultaten

Deelnemers

Zeven Haagse middelbare scholen werkten met enkele of alle eersteklassen mee aan de gegevensverzameling voor het onderzoek. Deze zeven scholen lagen in zes van de acht Haagse stadsdelen. Uit de stadsdelen Centrum en Segbroek waren helaas geen scholen vertegenwoordigd. De stadsdelen met de meeste scholen voor voortgezet onderwijs in Den Haag zijn vertegenwoordigd in het onderzoek. Daarom is de verdeling van deelnemende scholen over Den Haag redelijk te noemen. De scholen vertegenwoordigden alle onderwijsniveaus (praktijkonderwijs tot en met vwo).

In totaal hebben 310 leerlingen van 12-14 jaar in schooljaar 2013-2014 of 2014-2015 de EuroFittest gedaan volgens de richtlijnen van het onderzoek. Dit betrof 75 leerlingen van praktijkonderwijs, 175 leerlingen van vmbo (basis/kader/gemengd/theoretische leerweg) en 60 van vmbo theoretische

Figuur 1. Scores op de acht fysieke testen van de EuroFittest.



leerweg/havo/vwo. Hier lijkt een overlap te zijn, aangezien vmbo theoretische leerweg (TL) in twee categorieën aanwezig is. Dit komt doordat de leerlingen per school ingedeeld zijn op onderwijsniveau. Het daadwerkelijke onderwijsniveau van een individuele leerling is nog niet altijd bekend, bijvoorbeeld omdat zij in een brugklas zitten. Leerlingen op een school met vmbo TL en havo/vwo zijn in deze categorie meegenomen, leerlingen op een school met vmbo TL en andere vmbo-opleidingen zijn in de categorie vmbo meegenomen.

Gewichtscategorie

Bij 26% van de leerlingen was sprake van matig en bij 6% van ernstig overgewicht. In totaal was er dus een groter deel met overgewicht in de onderzoekspopulatie (32%) dan bij de 13-15-jarigen die in de periode 2008-2011 in Den Haag woonden (23%).⁹ Een gezond gewicht kwam vaker voor bij de leerlingen van vmbo TL/havo/vwo (78%) dan bij de leerlingen van het praktijkonderwijs (61%) en vmbo (63%). Meer jongens (69%) dan meisjes (61%) hadden een gezond gewicht.

Fysieke testen

In figuur 1 staan de resultaten op de acht fysieke testonderdelen van de EuroFittest. De testen zijn gesorteerd op resultaat, op basis van de scores laag en onder gemiddeld bij elkaar. Op het onderdeel snel tikken (grondmotorische eigenschap snelheid) wordt het slechtst gescoord: 75% van de leerlingen scoort laag of onder gemiddeld, waarvan het grootste deel (58% in totaal) laag scoorde. Ook op drie van de vier testen voor kracht is door het merendeel van de leerlingen laag of onder gemiddeld gescoord.

Fittest: Verspringen uit stand



Deze tests meten de kracht in de hand, arm en benen: hangen arm (73%), handknijpkracht (67%) en verspringen (64%). Op de vierde test die de grondmotorische eigenschap kracht meet (sit-ups, rompkracht) werd het beste gescoord van alle acht tests: 90% van de leerlingen scoorde (boven) gemiddeld of hoog.

Fysieke testen naar geslacht

In tabel 2 staan per geslacht de totale percentages leerlingen die gemiddeld, boven gemiddeld of hoog scoorden. Daaruit blijkt een aantal significante verschillen: meer meisjes scoorden (boven) gemiddeld of hoog op de handknijpkracht, meer jongens op verspringen, 10x5 meter en sit & reach. Dit betekent niet dat de meisjes meer kracht in de handen hebben dan de jongens, maar dat meer meisjes (boven) gemiddeld of hoog scoorden bij

hun 'eigen' geslachtsspecifieke referentiewaarden. Zo was de gemiddelde handknijpkracht bij de jongens 25,7 kg en bij de meisjes 24,5 kg, dus de jongens waren gemiddeld wel sterker dan de meisjes.

Fysieke testen naar onderwijstype

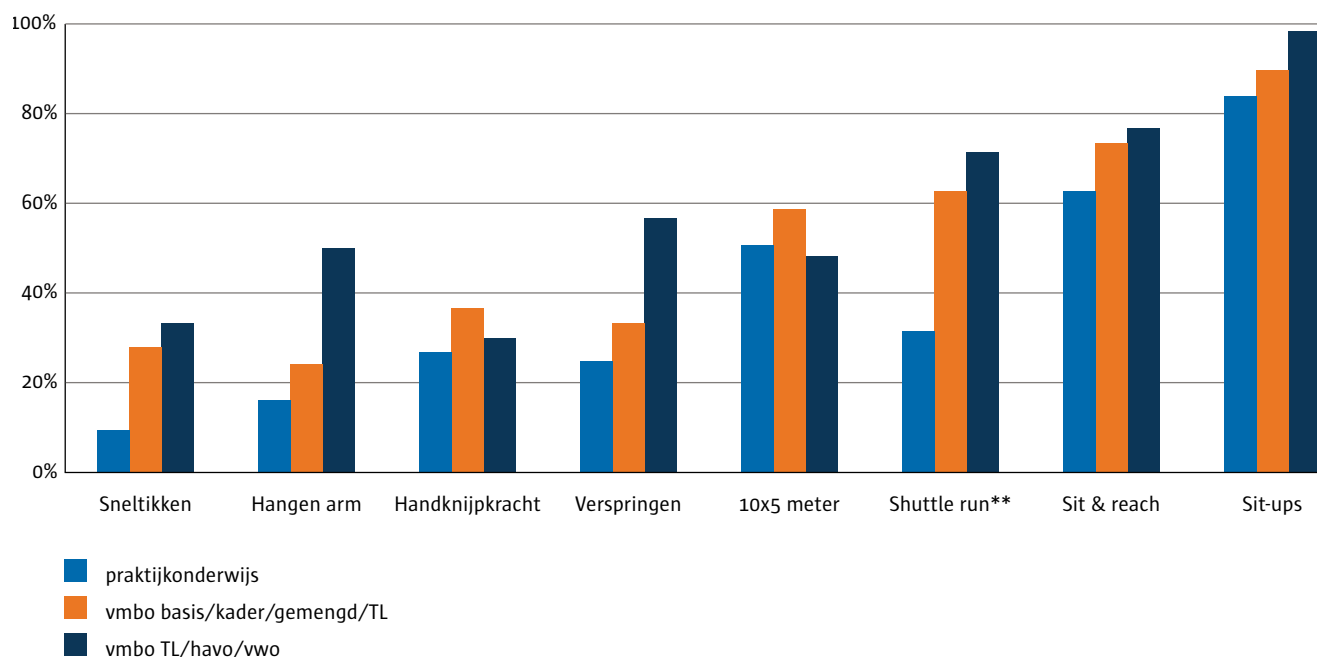
Figuur 2 presenteert de resultaten op de fysieke testen naar onderwijsniveau. Over het algemeen scoren minder leerlingen van het praktijkonderwijs en meer leerlingen van het vmbo tl/havo/vwo (boven) gemiddeld of hoog. De verschillen kunnen behoorlijk zijn, zoals bij het hangen aan de arm en de shuttle run test. De handknijpkracht en de 10x5 meter geven een ander beeld. Daar scoort het vmbo (basis/kader/gemengd/theoretische leerweg) beter dan het praktijkonderwijs en het vmbo TL/havo/vwo.

Tabel 2. Percentage leerlingen dat (boven) gemiddeld of hoog scoort op de fysieke testen, per geslacht.

Test	Grondmotorische eigenschap	Jongens	Meisjes
Snel tikken	Snelheid	26%	22%
Hangen arm	Kracht	27%	28%
Handknijpkracht	Kracht	28%	40% *
Verspringen	Kracht	41% *	29%
10x5 meter	Snelheid	60% *	48%
Shuttle run	Uithoudingsvermogen	55%	62%
Sit & reach	Lenigheid	79% *	61%
Sit-ups	Kracht	91%	89%

* Significant groter percentage leerlingen dat (boven) gemiddeld of hoog scoort dan het percentage bij het andere geslacht. Let wel, de referentiewaarden verschillen voor jongens en meisjes.

Figuur 2. Percentage leerlingen dat (boven) gemiddeld of hoog scoort op de fysieke testen, per onderwijsniveau.



** Van 26 van de 310 leerlingen (8%) is geen resultaat van de shuttle run test bekend.





Fittest: Hangen met gebogen armen

Fysieke testen naar gewichtstatus

Uit de literatuur blijkt dat uithoudingsvermogen geassocieerd is met overgewicht. Ter illustratie wordt in tabel 3 het verband gepresenteerd tussen (on)gezond gewicht en uithoudingsvermogen in de onderzoeksgroep. Grofweg blijkt dat tweederde van de leerlingen met gezond gewicht (boven) gemiddeld of hoog scoort, terwijl eenderde van de leerlingen met (ernstig) overgewicht (boven) gemiddeld of hoog scoort.

Conclusie en beschouwing

De meerderheid van de Haagse eerste jaars middelbare scholieren scoorden onder gemiddeld of laag op vier van de acht fysieke testen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er op het gebied van lichamelijke fitheid van de eerste jaars scholieren winst valt te behalen, met name op grondmotorische eigenschappen snelheid (armsnelheid) en kracht (explosieve kracht benen, duurkracht armen en statische kracht handen). De fittest laat zien dat de scholieren van vmbo TL/havo/vwo-niveau het fitst zijn en de scholieren van het praktijkonderwijs het minst fit. Leerlingen met een gezond gewicht scoren vaker (boven) gemiddeld of hoog (69%) op uithoudingsvermogen dan leerlingen met (ernstig) overgewicht.

Tabel 3. Uithoudingsvermogen (shuttle run-test) per gewichtscategorie.

	Gezond gewicht	(Ernstig) overgewicht
Aantal leerlingen	187	85
Score (boven) gemiddeld of hoog	69%	38%
Score (onder) gemiddeld	31%	62%

De referentiewaarden waarmee de testresultaten van de scholieren zijn vergeleken zijn opgesteld op basis van metingen eind jaren tachtig.¹ De leerlingen in het huidige onderzoek scoren op bepaalde testonderdelen lager dan de referentiegroep toen. De verdeling voor de referentiewaarden was namelijk 20% van de jongeren in elke categorie. Op de vier testonderdelen waarvan genoemd is dat hier winst te behalen valt, wordt beduidend lager gescoord dan toen. Op de 10x5 meter (snelheid) wordt iets vaker laag gescoord, maar verder komt het in de buurt van de referentie. De resultaten van de shuttle run (uithoudingsvermogen) komen ongeveer overeen met de referentie, de resultaten op sit & reach (lenigheid) en de sit-ups (kracht romp) zijn beter dan van de referentiegroep. Uit onderzoek in een iets jongere leeftijdsgroep blijkt dat in een periode van 26 jaar de neuromotorische fitheid afgenomen was: op bijna alle testonderdelen scoorden 9-12-jarigen in 2006 significant lager dan hun leeftijdsgenoten in 1980.¹³ Dat de Haagse leerlingen op de meeste onderdelen minder scoren dan de referentiewaarden, kan dus komen doordat de fitheid in het algemeen is afgenomen in de tijd.

In 2014 sportte 70% procent van de Hagenaars van 4 tot en met 70 jaar twaalf keer per jaar of vaker.¹⁴ Bij de jeugd was het percentage sporters het hoogst, bij de jongens hoger dan de meisjes: van de 12-14-jarige jongens sport bijna 90%, van de 12-14-jarige meisjes ruim 70%. De sportdeelname naar opleiding en inkomen in Den Haag is alleen bij de volwassenen onderzocht. Hieruit blijkt dat de sportdeelname hoger is bij de hogere opleidingsniveaus dan bij de lagere opleidingsniveaus. Het doortrekken daarvan naar de jeugd kan de resultaten naar schoolniveau in dit onderzoek verklaren. Indien de leerlingen van de hogere opleidingsniveaus (hier vmbo TL/havo/vwo) meer sporten, zal dit tot een hogere fitheid leiden dan bij de leerlingen van de lagere onderwijsniveaus, zoals we in het onderzoek



ook zagen. De meest populaire sport bij de 12-14-jarigen was voetbal (51%), daarna kwamen hardlopen (23%), zwemmen (23%) en basketbal (20%). Voetbal is een sport met onder andere training op uithoudingsvermogen, een grondmotorische eigenschap waarop door de leerlingen in dit onderzoek gemiddeld is gescoord.

Sterke en zwakke punten onderzoek

Sterk punt aan dit onderzoek is dat op gestandaardiseerde wijze de fitheid is gemeten met een algemeen aanvaarde fittest. Doordat meetteams de uitvoering van de testen begeleidden, is de correcte uitvoer van de testen gestimuleerd. De gebruikte EuroFittest is in Europees verband ontwikkeld op basis van wetenschappelijke criteria (zoals betrouwbaarheid) en prakti-

sche aspecten (uit te voeren in een gymzaal tijdens gymles). Een beperking aan dit onderzoek is de steekproef en deelname van de scholen. Idealiter waren de deelnemende leerlingen een representatieve selectie van alle eerste- en tweedejaars leerlingen van het voortgezet onderwijs geweest. Uit praktische overwegingen is gekozen voor scholen die deelnamen aan Gezond Bezig!, omdat daar de EuroFittest al wordt uitgevoerd. Dit kan een selectie van leerlingen tot gevolg hebben gehad, omdat vooral vmbo-scholen deelnemen aan Gezond Bezig! en vmbo-scholieren in dit onderzoek dus oververtegenwoordigd kunnen zijn ten koste van havo/vwo-scholieren op scholen zonder Gezond Bezig!. Gezien de associatie tussen schoolniveau en fitheid kan dit geresulteerd hebben in slechtere scores van de totale onderzoeksgroep ten opzichte van alle eerstejaars



Fittest: 10x5 meter loop

scholieren in het voortgezet onderwijs. Echter, aangezien het schoolniveau van de afzonderlijke leerlingen onbekend is en de vmbo theoretische leerweg-leerlingen in twee categorieën terecht konden komen, is niet na te gaan of en in hoeverre de schoolniveaus over- of ondervertegenwoordigd zijn in dit onderzoek. Bij de keuze voor de scholen is echter zoveel mogelijk rekening gehouden met vertegenwoordiging van alle onderwijsniveaus (wat ook is gelukt). Eventuele oververtegenwoordiging van vmbo-leerlingen heeft geen invloed op de verschillen binnen de schoolniveaus.

Aanbevelingen

Gezien de resultaten is extra inzet op de fitheid van Haagse middelbare scholieren gewenst. Hierbij kan specifieke aandacht uitgaan naar de grondmotorische eigenschappen waarop het slechtst is gescoord (snelheid en kracht), alsook naar de groepen door wie het slechtst is gescoord (praktijkonderwijs). Resultaten van de EuroFittest zijn te gebruiken om leerlingen van 12-16 jaar inzicht te geven in hun eigen fitheid. Tevens zijn de resultaten

geschikt om een passend individueel beweegadvies te geven, aansluitend op de scores op de afzonderlijke testonderdelen. Gymdocenten, ook van niet-Gezond Bezig!-scholen, kunnen ervoor kiezen de EuroFittest in hun gymlessen op te nemen en de inhoud van de gymlessen op de resultaten van hun eigen leerlingen aan te laten sluiten. De test kan na enige tijd herhaald worden om eventuele vooruitgang van de fitheid te evalueren. Andere opties zijn het extra stimuleren van deelname aan (school)sportcompetities en/of het stimuleren van bewegen, bijvoorbeeld ook door het beweegvriendelijker maken van de leefomgeving. In de Sportnota van de gemeente Den Haag staat beschreven wat de gemeente Den Haag de komende jaren van plan is om de sportdeelname van Hagenaars te verbeteren.¹⁵ (Zie het kader).

Dankwoord

De auteurs willen de Gezond Bezig!-scholen die meegewerkt hebben aan de gegevensverzameling voor dit onderzoek hiervoor hartelijk bedanken.

De sportnota ‘Den Haag sportief in beweging, Sport maakt Den Haag sterker 2015-2030’

De belangrijkste ambitie in de nieuwe sportnota (juli 2015) is zorgen dat sport aantrekkelijk, toegankelijk en bereikbaar is voor alle Hagenaars; een leven lang. Het gaat erom dat dagelijks bewegen en regelmatig sporten een vanzelfsprekendheid wordt voor alle Hagenaars. Door samenwerking met onder andere sport, onderwijs, organisaties uit de zorg, wijk, welzijn en bedrijfsleven wordt een aanpak per leeftijdsgroep gemaakt.

De inzet op jeugd en jongeren krijgt veel aandacht. Via schoolzwemmen, naschoolsesport, schoolsporttoernooien en competities maken vele duizenden kinderen wekelijks kennis met sport. Er is een stevige aanpak met vakleerkrachten lichamelijke opvoeding op nagenoeg alle scholen en een naschools sportaanbod. De vakleerkrachten werken als schoolsportcoördinatoren samen met jeugdsportcoördinatoren van sportverenigingen, buurtsportcoaches streetsport en wijkorganisaties. Het beleid van de gemeente is om scholen te faciliteren om extra uren sport na schooltijd of in het leerkansenprofiel aan te bieden. De lessen moeten dan wel gegeven worden door een vakleerkracht lichamelijke opvoeding. Ongeveer 85 Haagse basisscholen en 16 Haagse scholen voor voortgezet onderwijs maken van deze mogelijkheid gebruik en bieden dus – bovenop de twee

lesuren – extra sport op school aan. Zo hebben 15 V(MB)O-scholen een schoolsportcoördinator met een naschools sportplan.

Deze aanpak speelt dus al goed in op de uitkomsten van dit onderzoek naar de fitheid van scholieren.

De komende jaren wil de gemeente deze samenwerking verstevigen, zodat sport op de agenda blijft staan bij de Haagse onderwijsinstellingen en diverse organisaties in de wijk samen met sportorganisaties werken aan aantrekkelijke activiteiten die een sportieve leefstijl van jongeren ondersteunen, wat bijdraagt aan hun fitheid.

Het gebruikmaken van fittesten op scholen is hierbij een mooi instrument dat laat zien voor welke jongeren gerichte sportstimuleringsprogramma's van belang zijn. Tegelijkertijd zorgt een dergelijke test voor een spiegelwerking. Zowel jongeren zelf als scholen krijgen informatie over de score ten opzichte van een referentie. Dit motiveert om in beweging te komen. Het zorgt voor draagvlak bij scholen om te blijven investeren in goede lessen lichamelijke opvoeding en deelname aan naschoolse sportprogramma's. Het is aan scholen om te bepalen of en welke fittest bij hun aanpak past.

REFERENTIES

- 1 Mechelen W van, Lier WH van, Hlobil H, Crolla I, Kemper HCG. Eurofit. **Handleiding met Referentieschalen voor 12- tot en met 16-jarige jongens en meisjes in Nederland**. Haarlem: Vrieseborch, 1991.
- 2 Sui X, LaMonte MJ, Laditka JN, Hardin JW, Chase N, Hooker SP, Blair SN. **Cardiorespiratory Fitness and Adiposity as Mortality Predictors in Older Adults**. JAMA. 2007;298(21):2507-2516.
- 3 <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/lichamelijke-activiteit/wat-zijn-de-mogelijke-gezondheidsgevolgen-van-lichamelijke-activiteit/>.
- 4 Ortega FB, Ruiz JR, Castillo MJ, Sjöström M. **Physical fitness in childhood and adolescence: a powerful marker of health**. Int J Obes 2008; 32: 1-11.
- 5 Janssens KAM, Oldehinkel AJ, Bonvanie IJ, Rosmalen JGM. **An inactive lifestyle and low physical fitness are associated with functional somatic symptoms in adolescents**. The TRAILS study. J Psychosom Res 2014; 76: 454-457.
- 6 <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/lichamelijke-activiteit/normen-van-lichamelijke-in-activiteit/>. Gebaseerd op Kemper HCG, Ooijendijk WTM, Stiggelbout M. **Consensus over de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen**. Tijdschr Soc Gezondheidsz 2000; 78: 180-183.
- 7 Klauw M van der, Verheijden MW, Slinger JD. **Monitor Convenant Gezond Gewicht 2013**. (Determinanten van) beweeg- en eetgedrag van kinderen (4-11 jaar), jongeren (12-17 jaar) en volwassenen (18+ jaar). Leiden 2013: TNO. TNO 2013 R12037.
- 8 Wilde JA de, Keetman M, Middelkoop BJC. **14.000 kinderen van 2 tot 15 jaar met overgewicht in Den Haag**. Aantal kinderen met overgewicht blijft zorgwekkend hoog. Epidemiologisch Bulletin 2012; 47(4): 13-22.
- 9 **De gezondheid van de Haagse jeugd**. Bijlage bij de Gezondheidsmonitor Den Haag 2014. Den Haag: Gemeente Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, Productgroep Epidemiologie en Gezondheidsbevordering, Afdeling Epidemiologie, 2014.
- 10 Kim J, Must A, Fitzmaurice GM, Gillman MW, Chomitz V, Kramer E, McGowan R, Peterson KE. **Relationship of physical fitness to prevalence and incidence of overweight among schoolchildren**. Obes Res 2005;13(7): 1246-1254.
- 11 www.ggdhaaglanden.nl/gezondgewicht.
- 12 www.ggdhaaglanden.nl/professionals/gezondgewicht/gezondgewicht/projecten-gezond-gewicht/gezond-bezig-hagg.htm.
- 13 Runhaar J, Collard DCM, Singh AS, Kemper HCG, Mechelen W van, Chinapaw M. **Motor fitness in Dutch youth: Differences over a 26-year period (1980-2006)**. J Sci Med Sport 2010; 13: 323-328.
- 14 Diepeveen M. Hagens en sport. **Onderzoek sportdeelname 2014**. Den Haag: gemeente Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, Stafgroep Onderzoek, Strategie en Projecten, 2014.
- 15 **Den Haag sportief in beweging, Sport maakt Den Haag sterker**. Lange termijn visie 2015-2030, met ambities voor 2015-2018. Den Haag: Gemeente Den Haag, 2015. RIS 283153.

OVER DE AUTEURS

Mw. R.M. Hazebroek was tijdens het onderzoek student Sportmanagement aan de Haagse Hogeschool.

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

Doe mee aan de lezersenquête via www.ggdhaaglanden.nl/epibul



Sociaal uitgesloten burgers in kaart

Sociale uitsluiting blijkt een omvangrijk probleem. In Den Haag heeft gemiddeld één op de negen volwassenen hiermee te maken. Sociale uitsluiting betekent een stapeling van problemen op het gebied van sociale participatie, toegang tot sociale grondrechten, materiële deprivatie en culturele inpassing. Voorts blijkt sprake van een sterke relatie tussen sociale uitsluiting en gezondheid: 86% van de sociaal uitgesloten Hagenaars kampt met gezondheidsproblemen. Zelfregie en eigen kracht zijn zorgwekkend en het gebruik van professionele zorg is niet vanzelfsprekend. Onderstaand artikel geeft een beeld van hoe vaak en bij wie sociale uitsluiting voorkomt, bevat citaten van mensen die tot deze kwetsbare groep behoren en geeft de reacties van professionals en beleidsmakers. De onderzoekers achten de sociaal uitgesloten burgers bij uitstek een doelgroep voor de sociale wijkteams. Deze staan immers voor een outreachende aanpak en hulp bieden zonder dat er sprake is van een actieve hulpvraag.

Addi van Bergen en Renske Gilissen

Sociale uitsluiting

Van sociale uitsluiting is sprake als mensen niet volledig kunnen deelnemen aan het maatschappelijk leven als gevolg van individuele en maatschappelijke factoren. Het onvermogen om volledig te kunnen deelnemen uit zich op vier dimensies:

1 Sociale participatie

Betrokkene heeft weinig contact met de burens, geen mensen om op terug te vallen bij narigheid, ervaart leegte, mist gezelligheid, voelt zich vaak in de steek gelaten en kan met niemand praten over dagelijkse problemen.

2 Materiële deprivatie

Dit houdt in dat mensen om financiële redenen het huis niet kunnen verwarmen, niet bij familie op bezoek kunnen gaan of lid kunnen worden van een vereniging en moeite hebben met rondkomen.

3 Toegang tot sociale grondrechten

Er is sprake van geen prettige leefomgeving, een minder goede woning en beperkte toegang tot gezondheidszorg en tandarts.

4 Normatieve integratie

Kenmerken zijn het niet-naleven van dominante normen en waarden zoals glas naar de glasbak brengen, af en toe iets voor de burens doen en geld aan goede doelen geven en weinig maatschappelijke betrokkenheid.

Inleiding

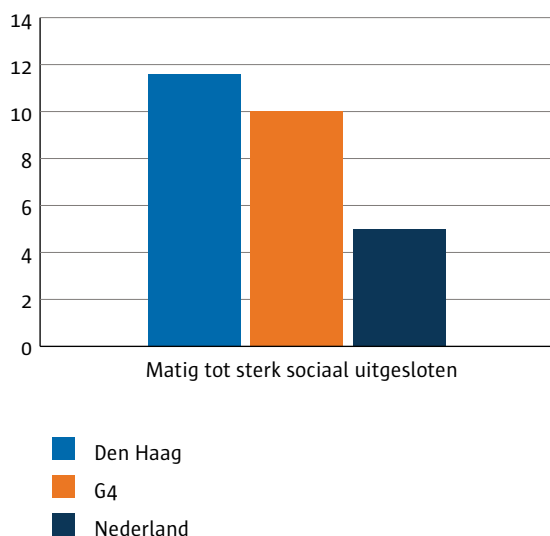
Sociale uitsluiting is een breed begrip. Het verwijst naar het niet volledig kunnen deelnemen aan het maatschappelijk leven (zie kader). Binnen de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) worden sociaal uitgesloten burgers beschouwd als een belangrijke, kwetsbare risicogroep.

Recent heeft de gemeente Utrecht met financiering van de Academische Werkplaats G4-USER* onderzoek gedaan naar sociale uitsluiting in Nederland. Dit onderzoek omvat drie delen. Ten eerste is cijfermatig onderzocht hoe vaak sociale uitsluiting voorkomt en bij wie het voorkomt. Vervolgens is aan sociaal uitgesloten mensen gevraagd hoe zij de uitsluiting ervaren en hoe zij naar de toekomst kijken. Ten slotte zijn de resultaten aan uitvoerende professionals en beleidsmakers voorgelegd met de vraag wat zij nodig of wenselijk vinden voor deze kwetsbare doelgroep. Dit artikel richt zich op sociaal uitgesloten burgers in de vier grote steden Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht met een extra focus op de sociaal uitgesloten bevolking van Den Haag.

Het artikel bevat deels resultaten beschreven in de factsheet 'Sociaal uitgesloten in de grote stad'.¹

* G4-USER is de Academische Werkplaats OGGZ van de vier grote steden. Binnen G4-USER werken de GGD'en en Programmamanagers Maatschappelijke Opvang van Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht samen met de universiteiten VUMC/InGeest, LUMC, ErasmusMC en UMC St. Radboud. www.g4-user.nl

Figuur 1. Percentage volwassenen van 19 jaar en ouder dat matig tot sterk uitgesloten is in Den Haag, G4 en Nederland. Gezondheidsenquête 2012.



De Social Exclusion Index for Health Surveys (SEI-HS)

De SEI-HS meet elke dimensie van sociale uitsluiting met een aantal vragen. De vraagstelling in de gezondheidsenquête om sociale uitsluiting te meten bestaat uit achttien items, verdeeld over de vier dimensies van sociale uitsluiting. Hoe meer vragen ongunstig worden beantwoord, hoe meer problemen en hoe groter de mate van sociale uitsluiting is. Voor een hoge score op de sociale uitsluitingsindex is een opeenstapeling van problemen in meerdere dimensies nodig. Er worden drie gradaties van uitsluiting onderscheiden: ‘niet of nauwelijks’, ‘enigszins’ en ‘matig tot sterk’ uitgesloten. De afkappunten zijn dusdanig gekozen dat 10% van de volwassen Nederlandse bevolking enigszins uitgesloten is en 5% matig tot sterk. Deze laatste mensen vormen de ‘sociaal uitgesloten groep’.

Opzet van het onderzoek

Vanuit G4-USER is een vraagstelling ontwikkeld voor het meten van sociale uitsluiting: de Social Exclusion Index for Health Surveys (SEI-HS; zie kader).² In 2012 namen landelijk 19 GGD'en de vraagstelling op in de gezondheidsenquête voor volwassenen van 19 jaar en ouder. In totaal hebben 258.928 mensen in Nederland de SEI-HS ingevuld, 28.289 in de G4 en 4.403 in Den Haag.

In de vervolgfase van het onderzoek zijn 118 sociaal uitgesloten burgers in Den Haag, Utrecht en Amsterdam benaderd voor een persoonlijk interview. Zij waren geselecteerd uit een groep van 446 respondenten met een hoge score op de SEI-HS en met gegeven toestemming voor vervolgonderzoek. In totaal zijn 52 interviews afgenomen: 22 interviews met respondenten van Nederlandse, elf van Surinaamse, tien van Turkse en negen van Marokkaanse herkomst. Als insteek voor het interview is bewust de algemene en brede term ‘gezondheid’ gekozen. Zo is er minder kans op vertekening van de antwoorden. Wanneer respondenten vooraf weten dat het onderzoek gaat over sociale uitsluiting, zullen zij mogelijk de vragen ook vanuit dat perspectief beantwoorden. Interviewers met een Nederlandse, Turkse, Marokkaanse en Surinaamse herkomst bezochten de mensen aan huis. De duur van de semi-gestructureerde interviews varieerde van een half tot anderhalf uur. Tijdens het interview kwamen de verschillende dimensies van sociale uitsluiting aan de orde en werd gevraagd naar de gezondheid, de ervaren uitsluiting en het toekomstperspectief van de respondenten.

Ten slotte zijn de onderzoeksresultaten voorgelegd aan drie focusgroepen met uitvoerende professionals en beleidsmedewerkers uit onder andere de gezondheidszorg, sociale domein, OGGZ en werk en inkomen. Hen is gevraagd of het geschetste beeld herkenbaar is en wat vanuit hun kennis en ervaring wenselijk of nodig is voor deze groep.

De interviews en focusgroepen zijn gecodeerd in Maxqda en thematisch geanalyseerd.

Resultaten

Aantal sociaal uitgesloten burgers

In de grote stad zijn twee keer zo veel volwassenen (10%) matig tot sterk sociaal uitgesloten dan landelijk (5%) het geval is. In Den Haag is meer dan het dubbele (11,6%) van de volwassen bevolking matig tot sterk uitgesloten (figuur 1). Dit komt neer op ongeveer 45.500 Haagse burgers. In vergelijking met de andere grote steden is het percentage dat sociaal uitgesloten is in Den Haag hoger dan in Amsterdam (9,1%) en Utrecht (7,4%) en iets lager dan in Rotterdam (12,2%).



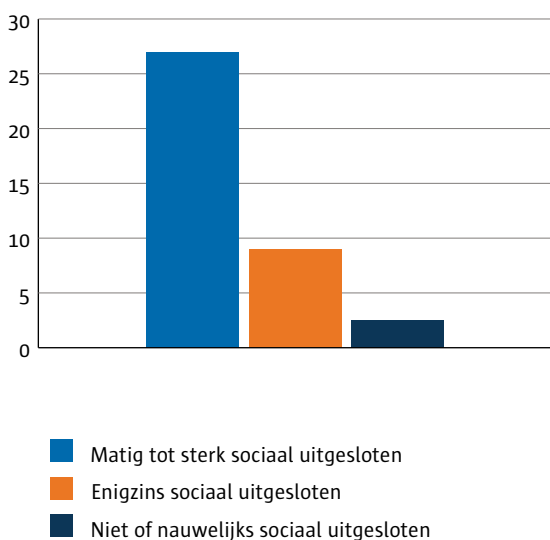
Wie zijn sociaal uitgesloten?

Tabel 1 toont het percentage van sociaal uitgesloten burgers naar geslacht, leeftijd, herkomst, wijk, opleiding, werksituatie en burgerlijke staat in Den Haag, de G4 en Nederland. Mannen en vrouwen zijn even vaak sociaal uitgesloten. Lager opgeleiden, niet-werkenden en/of uitkeringsgerechtigden en mensen die gescheiden zijn, zijn vaker sociaal uitgesloten. Opvallend is dat meer 19- tot en met 64-jarigen sociaal uitgesloten zijn dan oudere mensen (65+). Wat betreft herkomst zijn er ook duidelijke verschillen te zien: alle groepen van niet-Nederlandse herkomst zijn vaker sociaal uitgesloten dan de groep van Nederlandse herkomst. Vooral bij mensen van Turkse afkomst ligt het percentage hoog (tabel 1).

Sociale uitsluiting en gezondheid

Er is een verband tussen sociale uitsluiting en gezondheid. Meer dan 80% van de Nederlandse volwassenen die matig tot sterk sociaal uitgesloten zijn heeft gezondheidsproblemen. In Den Haag is dit percentage nog hoger (86%). Van de sociaal uitgesloten Hagenaars heeft 64% twee of meer chronische lichamelijke aandoeningen, ondervindt 50% ernstige problemen met gehoor, zicht en/of mobiliteit en rapporteert 49% symptomen die duiden op een hoog risico op een angststoornis en/of depressie. Ook is er een sterk verband met de ervaren gezondheid. Ruim een kwart van de sociaal uitgesloten Hagenaars ervaart zijn gezondheid als (zeer) slecht. Dit percentage ligt veel hoger dan onder Hagenaars die enigszins of niet of nauwelijks sociaal uitgesloten zijn (figuur 2).

Figuur 2. Percentage Hagenaars van 19 jaar en ouder dat hun gezondheid als (zeer) slecht ervaart, uitgesplitst naar personen die matig tot sterk uitgesloten zijn, enigszins uitgesloten of niet of nauwelijks sociaal uitgesloten zijn.



Tabel 1. Percentage van burgers van 19 jaar en ouder dat matig tot sterk sociaal uitgesloten is naar geslacht, leeftijd, herkomst, wijk, opleiding, werksituatie en burgerlijke staat in Den Haag, G4 en Nederland. Gezondheidsenquête 2012

	Den Haag*	G4	Nederland
Totaal	12	10	5
Geslacht			
Man	11	11	5
Vrouw	12	10	5
Leeftijd			
19-64	13	11	6
65+	7	8	3
Herkomst			
Nederlands	4	4	3
Marokkaans	24	21	21
Turks	29	29	24
Surinaams	24	20	17
Overig niet-westers	29	23	22
Overig westers	8	8	6
Wijk			
Wijk met achterstand	25	17	16
Wijk zonder achterstand	8	8	4
Opleiding			
Geen, LO	36	29	17
MAVO, LBO	14	14	6
HAVO, VWO, MBO	9	10	4
HBO, WO	5	3	2
Werksituatie			
Niet-werkend	22	18	8
Werkend	5	6	3
Burgerlijke staat			
Gehuwd of samenwonend	8	7	3
Ongehuwd, nooit geweest	14	12	8
Gescheiden	22	22	15
Weduwe of weduwnaar	8	12	5

* De percentages in Den Haag wijken iets af van eerder gerapporteerde percentages in de Gezondheidsmonitor Den Haag 2014. Dit komt doordat de SEI-HS is bijgesteld.

Hoe ervaren sociaal uitgesloten mensen het zelf?

Moeite met rondkomen

In de interviews vertellen sociaal uitgesloten burgers hoe sociale uitsluiting hun gezondheid beïnvloedt. Meer dan 80% van de sociaal uitgesloten mensen heeft moeite met rondkomen. Men ervaart veel stress als gevolg daarvan. Dit heeft ook tot gevolg dat men onzekerheid en angst voelt over wat er nog te wachten staat wat betreft onverwachte kosten, incasso en acties van deurwaarders.

“Ik vraag me af wat moet ik morgen doen, hoe kan ik boodschappen doen, is het geld wel voldoende of niet? Er is geen dag zonder stress. Continu stress.” (Vrouw, 70 jaar, Surinaamse afkomst.)

Werkloosheid maakt het de geïnterviewden moeilijker een gezondere leefstijl vast te houden. Mogelijk komt dit door het ontbreken van een structurele dagbesteding en/of alternatieve dagelijkse activiteiten en verlies van sociale contacten met collega's.

“Met werk heb je dat niet, dan ben je met je werk bezig en laat je dat soort dingen staan zeg maar. En nu zit je thuis en dan gebruik je af en toe drankjes, sigaret en dat speelt ook een rol.” (Man, 57 jaar, Surinaamse afkomst.)

Een kwart van het aantal sociaal uitgesloten mensen had in het voorgaande jaar een medisch lichamelijke of tandheelkundige behandeling nodig, maar heeft deze niet ontvangen. Het eigen risico, het ontbreken van een aanvullende ziektekostenverzekering en niet-vergoede zorg zijn de meest genoemde redenen.

“Ik heb mijn aanvullende tandartsverzekering moeten opzeggen. Mijn tanden zijn niet goed, maar ik moet ermee leven, ik kan me niets veroorloven momenteel.” (Man, 40 jaar, Turkse afkomst.)

Overlast in de buurt en slechte huisvesting worden veel genoemd als reden voor klachten als astma, allergie, slaapproblemen, stress en somberheid.

“Want ik ben moe hier, sinds het eerste jaar dat ik in dit huis zit is het al continu reparaties. Geluid, het lijkt alsof we boven op de straat slapen.” (Vrouw, 59 jaar, Turkse afkomst.)

Ook depressieve gevoelens, eenzaamheid en het gevoel er niet bij te horen, beïnvloeden de gezondheid negatief.

“Ik denk dat als ik gelukkig zou zijn, ehh, meer plezier zou hebben, meer lachen, meer gezelligheid en zo, meer knuffelen, dat zou denk ik mijn gezondheid ten goede komen.” (Vrouw, 56 jaar, Nederlandse afkomst.)

Relatie met gezondheid

Sociale uitsluiting kan dus tot een slechtere gezondheid leiden, maar ook andersom kan een slechte gezondheid tot sociale uitsluiting leiden. Tijdens de interviews werd regelmatig verteld dat gezondheid van invloed is op sociale participatie. Een slechte gezondheid belemmert mensen om sociale contacten met bijvoorbeeld familie te kunnen onderhouden.

“Ik ben nou bijvoorbeeld al bijna drie maanden niet bij die jongen van mij geweest. Het is niet ver, maar voor mij is het even te ver. Ik heb blaasproblemen en COPD ook nog.” (Vrouw, 66 jaar, Nederlandse afkomst.)

Een jonge vrouw vertelt dat zij door gezondheidsproblemen de aansluiting met leeftijdsgenoten mist.

“Ik heb een heel ander leven dan mijn leeftijdsgenoten. Zij hebben gewoon een vaste baan, huisje, boompje, beestje. Mijn leven speelt zich af in het ziekenhuis, in dat wereldje. Dat is vrij eenzaam en een moeilijk bestaan.” (Vrouw, 31 jaar, Surinaamse afkomst.)

Ook leiden gezondheidsproblemen vaak tot hogere zorgkosten, waardoor mensen in financiële problemen kunnen komen.

“We lopen bij een paar dingen wel achter natuurlijk [betalingen]. Want er komt steeds wat boven op. De kosten voor de psychiater moeten we later ook nog terugbetalen.” (Man, 62 jaar, Nederlandse afkomst.)

Zelfregie, eigen kracht, meedoen: nu en in de toekomst

Bij sociaal uitgesloten burgers is zelfregie niet vanzelfsprekend. Zelfregie gaat over het zelf bepalen en richting geven aan het leven.³ In de G4 heeft bijna de helft (45%) van het aantal volwassenen dat matig tot sterk sociaal uitgesloten is het gevoel het eigen leven niet meer in de hand te hebben.



Casus uit Den Haag: Emine's verhaal*

Emine is 46 jaar en woont in Den Haag. Zij heeft drie kinderen, twee zoons en een dochter. Haar dochter is anderhalf jaar geleden verongelukt. Dit is voor Emine een groot verlies, waar zij zeer emotioneel over vertelt: 'Ik heb haar het graf in moeten dragen. Ze was mijn alles, mijn mama, mijn anne (Turks voor moeder), mijn zielsverwant, mijn leven, mijn vriendin, mijn man.' Emine is iemand die graag voor anderen klaar staat. Ze omschrijft zichzelf als "iemand die houdt van mensen, die weet hoe een goede buur te zijn, die geeft om haar omgeving en de mensen om haar heen, iemand die helemaal niet van zichzelf houdt.

Iemand die heel erg op zijn familie en kinderen is gericht." Het gezin heeft veel financiële problemen, die tot kopzorgen leiden. Ook al werkt haar man hard, ze hebben niet genoeg geld om alle rekeningen te betalen. Emine heeft ook het gevoel dat dit komt doordat zij als mensen met een Turkse afkomst een achterstand hebben in de maatschappij en ten onrechte worden buitengesloten.

* In verband met de privacy zijn de naam en persoonsgegevens gefingeerd.

Veel geïnterviewden hebben heftige gebeurtenissen meegemaakt zoals ziekte of overlijden van dierbaren, het verlies van werk en echtscheiding. Ook ervaringen met geweld en criminaliteit worden veel genoemd, als slachtoffer van bijvoorbeeld bedreiging, verkrachting, stalken, uithuisplaatsing of inbraak, maar ook als dader van huiselijk geweld of delicten. Deze gebeurtenissen lijken het leven te hebben ontregeld en er is niet altijd voldoende veerkracht aanwezig om met die gebeurtenissen om te gaan.

"Drie jaar geleden, ik ben verkracht, in mijn eigen huis hier. En niet aangeven of zo, uit bangigheid, want hij heeft gedreigd en alles. Ik kon gewoon geen kant meer op en nog steeds niet." (Vrouw, 35 jaar, Nederlandse afkomst.)

Het merendeel van de geïnterviewden lukt het niet om hun problemen zelf of met de hulp van anderen op te lossen. Professionele hulp zoeken is niet voor iedereen vanzelfsprekend. Gebrek aan vertrouwen, vaak als gevolg van eerdere minder goede ervaringen met hulpverlening, het niet actief aanpakken van problemen en het hechten aan de eigen zelfstandigheid spelen hierbij een rol.

"Ik ga naar een psychiater omdat ik geen kinderen heb en dat kwam door mij. Ik werd er heel ziek van want ik kon het niet accepteren. Maar het leek alsof ze me niet wilden helpen." (Vrouw, 47 jaar, Marokkaanse afkomst.)

"Nee, nee, ik kan het zelf, daar heb ik een ander niet bij nodig... Dat zit niet in mijn karakter, want ik heb een gloeiende hekel aan psychiaters." (Man, 39 jaar, Nederlandse afkomst.)

Ondanks de problemen en beperkingen staan veel sociaal uitgesloten burgers ook positief in het leven.

"In het leven is het niet waard om verdrietig te worden, je druk te maken om dingen zolang je gezondheid maar in orde is. Als je maar een stukje brood hebt, als je niet afhankelijk bent van mensen, dan ben je de rijkste mens die er is." (Vrouw, 59 jaar, Turkse afkomst.)

"Eigen kracht, ja, gezond eten, drinken. Ik zelf koken, kan niet, maar toch koken, voet pijn, dik maken, langzaam, langzaam koken." (Vrouw, 79 jaar, Surinaamse afkomst.)

Meedoen wordt door de meeste geïnterviewden belangrijk gevonden, al is de invulling voor iedereen anders: zich aan de regels houden, stemmen, de omgeving netjes houden, kinderen aanspreken op hun gedrag. Men zoekt manieren om sociale contacten te hebben en iets te betekenen voor de maatschappij. Dit kan door middel van vrijwilligerswerk of het verlenen van mantelzorg.

"Het gekke is dat ik ondanks dat ik dan mijn handicap heb, ik mijn vroegere vriendin die een auto-ongeluk heb gehad, help [...] en daar ben ik weer mantelzorger van want ik zorg ervoor dat ze mee naar buiten gaat en dat ze een boodschapje doet." (Vrouw, 34 jaar, Nederlandse afkomst.)

Anderen zijn gefocust op betaald werk en zien andere activiteiten niet als opstap hiernaartoe. Ze voelen zich door het aanbod zelfs gekwetst.

“Als ik maar een baan krijg. Ze zijn nog steeds aan het bezuinigen. Hoe kan ik dan een baan vinden?”
(Vrouw, 47 jaar, Marokkaanse afkomst.)

Regelmatige hulpverlening of medische behandeling geeft mensen een gevoel van aansluiting.

Toekomstverwachting

In de interviews is ook gevraagd naar de toekomstverwachting: hoe ziet uw leven er over vijf jaar uit? Sommige respondenten wilden geen antwoord geven op de vraag, “Dat weet alleen god”, maar over het algemeen was het geschetste toekomstbeeld weinig rooskleurig. De meeste respondenten zien geen verbeteringen in de toekomst, eerder achteruitgang.

“Vallah dat zou ik dus niet weten. Door mijn gezondheidsproblemen is dat een probleem. Ik kan niet van te voren organiseren. Ik ben vandaag in deze toestand, het is niet duidelijk wat er morgen nog van mij is.” (Man, 47 jaar, Turkse afkomst.)

Op de vraag of en welke hulp men nodig heeft om de eigen situatie te verbeteren werd het vaakst genoemd meer medische zorg, zonder extra kosten en beter aansluitende zorg. Verder wensen de meeste geïnterviewden meer financiële tegemoetkomingen en een betere woning.

“Het enige dat ik wil is dat ze ons huis maken, zodat ze beter zijn. Dubbelglas, betere deuren. Het is hier koud en het water loopt hier langs de muren naar beneden.” (Vrouw, 63 jaar, Marokkaanse afkomst.)

Men wil graag hulp bij het verbeteren van de wijk, het vinden van betaald werk of vrijwilligerswerk en remigratie naar het land van herkomst. Ook voorzieningen voor sociale contacten en praktische hulp bij het ‘de weg vinden in Nederland’ werden genoemd. Bij alle initiatieven zijn eenvoudigere regels en makkelijke toegang belangrijk.

Individualisering, bureaucratisering en snel veranderende wet- en regelgeving werken sociale uitsluiting in de hand.

Professionals aan het woord

Wat vinden professionals en beleidsmedewerkers wenselijk voor deze doelgroep? Adviezen en goede voorbeelden (‘good practices’) vanuit de focusgroepen.

De uitvoerende professionals en beleidsmedewerkers die deelnamen aan de focusgroepen herkennen de problematiek en de doelgroep die uit dit onderzoek naar voren komen. “Deze mensen zien wij elke dag”, was de reactie. De professionals constateren een spanningsveld tussen de algemene maatschappelijke ontwikkelingen en de mogelijkheden en beperkingen van deze groep mensen. Individualisering, bureaucratisering en snel veranderende wet- en regelgeving werken sociale uitsluiting in de hand. Ook ziet men het risico van intergenerationele overdracht.

“Mijn moeder kon ook van een dubbeltje een gulden toendertijd maken; heeft nooit het gevoel dat ze weinig geld had. Maar de generatie die er nú is, de kinderen die niet naar voetbal kunnen, de kinderen die fout eten, die generatie waar het zich weer kan gaan herhalen, de kans is natuurlijk veel groter als je in zo’n omgeving zit.”

De professionals herkennen ook de stapeling van problematiek en het onvermogen van mensen om hierin verandering te brengen. De doelgroep zelf durft geen hulp te vragen, weet de weg niet, doet geen moeite (meer) of herkent zelf de hulpvraag niet. Dit betekent volgens de professionals niet dat deze mensen ‘zielig’ zijn. Mensen helpen elkaar, zijn soms met een heel klein netwerk heel tevreden of met weinig middelen heel creatief.

“Iedereen probeert een zekere waardigheid vast te houden. Maar het kan soms flinterdun zijn.”

Oplossingen ziet men niet zozeer in het creëren van nieuw aanbod, maar eerder in het toegankelijker maken van bestaand aanbod. Door bijvoorbeeld meer en vaker ervaringsdeskundigen in te zetten, kan beter worden aangesloten bij de zelfregie van de cliënt: prikkelen en op zoek gaan naar de drijfveren. De toegankelijkheid kan ook worden verbeterd door procedures te vereenvoudigen en informatie bij overheden en instanties begrijpelijker te maken, met name bij financiële voorzieningen.

Good practice: In Den Haag is, in een stadsdeel waar veel inwoners met lage sociaal-economische status (SES) weinig gebruikmaakten van voorzieningen, door de hulpverleners een overzicht gemaakt van regelingen. Dit overzicht wordt gebruikt door hulpverleners in de keten die bij lage SES gezinnen op huisbezoek gaan, zodat daar de informatie wordt overgedragen.



De belangrijkste troef vindt men de sociale wijkteams. Deze zijn bij uitstek geschikt om laagdrempelige hulp te bieden en in te zetten op participatie en verbindingen met de buurt. Een outreachende aanpak is daarbij wel van belang om deze groep te bereiken.

Good practice: Een wijkteam in Den Haag probeert mensen te motiveren om open te staan voor een gesprek. Gewoon door de dialoog aan te gaan met die mensen die het afhouden. Door te zorgen dat mensen elkaar gaan zien in de wijken en elkaar helpen.

De professionals maken zich zorgen over het verdwijnen van aangepast werk, het gebrek aan instroomtrajecten en arbeidsbemiddeling voor de meest kwetsbare groep en over de ontoereikendheid van de financiële hulpverlening. Schuldenproblematiek komt onder deze groep veel voor en staat de oplossing van andere problemen in de weg.

De mate van zelfregie en eigen kracht zijn zorgwekkend en het gebruik van professionele zorg is niet vanzelfsprekend.

Beschouwing

Sociale uitsluiting blijkt een omvangrijk probleem. In Den Haag heeft gemiddeld één op negen volwassenen hiermee te maken. Het risico op sociale uitsluiting is het hoogst bij laagopgeleiden, mensen zonder werk, mensen van niet-Nederlandse herkomst, bewoners van wijken met achterstand en mensen die gescheiden zijn. Kenmerkend voor sociale uitsluiting is de stapeling van problematiek op het gebied van sociale participatie, toegang tot sociale grondrechten, materiële deprivatie en culturele inpassing. Het is niet verwonderlijk dat er in dit onderzoek zo'n sterke relatie gevonden wordt tussen sociale uitsluiting en gezondheid: 86% van de sociaal uitgesloten Hagenaars kampt met gezondheidsproblemen. De interviews bevestigen dit beeld.

In de grote stad komt sociale uitsluiting twee keer meer voor dan landelijk het geval is. De hiervoor genoemde risicogroepen voor sociale uitsluiting bevinden zich relatief vaak in de grote steden. Nader onderzoek is nodig om te bevestigen of het hoge voorkomen van sociale uitsluiting in de grote stad aan de verschillen in de bevolkingssamenstelling ligt of dat er andere factoren een rol spelen. Den Haag telt, evenals Rotterdam, relatief veel mensen die sociaal uitgesloten zijn. Een verklaring voor het hoge voorkomen ten opzichte van Amsterdam en

De belangrijkste troef vindt men de sociale wijkteams.

Utrecht is niet eenvoudig te geven. Den Haag scoort ten opzichte van de andere grote steden niet extra ongunstig op tevredenheid met de woning, maar wél het meest ongunstig van de grote steden op buurtcohesie (stelling 'Mensen in de buurt kunnen slecht met elkaar opschieten'). Den Haag scoort ook relatief hoog op het aantal mensen met depressieve gevoelens.⁴ Depressieve gevoelens worden net als sociale uitsluiting vaker gezien bij lager opgeleiden, mensen zonder werk en mensen met een Turkse herkomst. Deze groepen komen in Den Haag relatief vaak voor. Na correctie van deze factoren bleef het verschil in de omvang van depressie vergeleken met de andere grote steden staan.⁴

Een opmerkelijke uitkomst is dat sociale uitsluiting meer voorkomt onder volwassenen van 19 tot 64 jaar dan onder senioren van 65 jaar en ouder. Verdiepende analyses laten zien dat senioren op alle dimensies van sociale uitsluiting beter scoren dan volwassenen van 19-64 jaar. Het verschil is vooral groot bij de dimensies Materiële deprivatie en Toegang tot sociale grondrechten. Zo hebben senioren minder vaak moeite met rondkomen, komt het bij hen minder vaak voor dat zij een medische of tandheelkundige behandeling nodig hadden maar die niet ontvingen en zijn zij positiever over de buurt en de woning waar zij wonen.

Een sterk punt van dit onderzoek is dat het is gelukt om deze kwetsbare groep te interviewen. Met name niet westerse, sociaal uitgesloten mensen vormen een moeilijk bereikbare groep. De hoge non-respons (66/118) – onder respondenten van Marokkaanse herkomst was er weinig respons (21%) – is vergelijkbaar met ander onderzoek (respons van 63% bij respondenten van Nederlandse herkomst, 77% bij Surinaamse herkomst en 32% bij Marokkaanse en Turkse herkomst).⁵ De intensieve werving en persoonlijke aanpak hebben positief bijgedragen. Ook de beloning van vijftien euro (Hemakaart) was bij veel respondenten zeer welkom en heeft zeker bijgedragen aan het willen deelnemen aan het interview.

Ook positief is dat dit onderzoek intermediairs heeft betrokken. Door het terugkoppelen van de resultaten in de focusgroepen was het mogelijk een breder perspectief op de problematiek te krijgen, met inzicht in oplossingsrichtingen. Een nadeel is dat de gesprekken in de focusgroepen plaatsvonden net voor de ingang van de decentralisaties in de zorg en dat bij de deelnemende professionals en beleidsmakers nog niet geheel bekend was hoe een en ander zou gaan functioneren.



Dit onderzoek laat zien dat sociale uitsluiting een relevant thema is. De mate van zelfregie en eigen kracht zijn zorgwekkend en het gebruik van professionele zorg is niet vanzelfsprekend. De sociaal uitgesloten groep is bij uitstek een doelgroep voor de sociale wijkteams. Aandachtspunten voor de wijkteams zijn een outreachende aanpak en hulp bieden zonder dat er sprake is van een actieve hulpvraag.

Sociale uitsluiting is een belangrijk concept omdat het een verbinding legt tussen het sociale en het medische domein. Ook in het kader van preventie en het terugdringen van gezondheidsachterstanden is sociale uitsluiting een actueel thema.

REFERENTIES

- 1 Bergen APL van, Loon A van, Ballering C, Carlier B, Aangeenbrug M. **Sociaal uitgesloten in de grote stad**. Gemeente Utrecht Volksgezondheid, 2014.
- 2 Bergen APL van, Hoff SJM, Schreurs H, Loon A van, Hemert AM van (submitted) Social Exclusion Index for Health Surveys (SEI-HS). **A prospective nationwide study to extend and validate a multidimensional social exclusion questionnaire**.
- 3 Brink C. **Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid**. De begrippen ontward. Kerndossier 5. Movisie & Aandacht voor Iedereen. 2013.
- 4 Uitewaal PJM, Gilissen R. **Depressie in Den Haag in vergelijking met de andere drie grote steden nader bekeken**. Epidemiologisch Bulletin 2014; 49(1) 12-18.
- 5 Carlier BE, Ameijden EJC van, Brink CL van den, Bouwman-Notenboom AJ, Bergen APL van. **Enquêteonderzoek onder achterstandsgroepen: non-respons en interne validiteit**. Utrecht: GG&GD Utrecht, 2007.

OVER DE AUTEURS

Mw. Ir. A.P.L. van Bergen is epidemioloog, Gemeente Utrecht Volksgezondheid. E-mail: a.van.bergen@utrecht.nl

Mw. Dr. R. Gilissen is epidemiologisch onderzoeker, GGD Haaglanden. E-mail: renske.gilissen@ggdhaaglanden.nl



GGD Haaglanden in het sociaal domein

In het kader van de drie decentralisaties op het gebied van de Jeugdwet, de Participatiewet en de Wet maatschappelijke ondersteuning zijn gemeenten en partners in het sociaal domein actief bezig met de uitvoering ervan (zie toelichting op de veranderende wetgeving in het kader op pagina 26). GGD Haaglanden is daar nauw bij betrokken. De taken die deze GGD uitvoert voor de negen gemeenten in de regio kunnen per gemeente verschillen. Zo maken enkele gemeenten gebruik van de kennis van GGD Haaglanden op het gebied van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ). Andere gemeenten vragen GGD Haaglanden advies bij het versterken van de aanpak van gezondheidsverschillen. Alle gemeenten hebben GGD Haaglanden aangewezen als toezichthouder voor de Wmo-voorzieningen, met name gericht op de vraag of de Wmo-voorziening voldoet aan de daaraan gestelde kwaliteitseisen. De auteurs van dit artikel beschrijven de rol van GGD Haaglanden in het sociaal domein en brengen verdere kansen en mogelijkheden in beeld.

René Remeus en Aafke Veltman

Inleiding

De overheid wil de gezondheid van burgers bevorderen. Daarbij heeft zij de volgende uitgangspunten: zorg moet zo effectief mogelijk, met minder bureaucratie en goedkoper geleverd worden. Gemeenten verwachten dat burgers meer participeren en voor ondersteuningsvragen gebruikmaken van mogelijkheden in hun eigen omgeving. In toenemende mate zal een beroep worden gedaan op mantelzorgers en vrijwilligers. Als de gewenste ondersteuning niet vanuit de eigen omgeving geleverd kan worden, kunnen burgers bij de gemeente aankloppen. Deze ontwikkelingen bieden ook voor de GGD kansen en mogelijkheden. Deze worden hierna verder belicht.

Positieve definitie gezondheid

In 2014 is naast de bestaande definitie over gezondheid van de World Health Organisation (WHO) een positieve definitie van gezondheid ontwikkeld. De bestaande definitie van de WHO hanteert het uitgangspunt dat gezondheid een toestand is van compleet welbevinden: Health is a state of complete

physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.¹ Volgens deze definitie zijn veel burgers als patiënten te beschouwen en hebben ze doorlopend zorg nodig.

De positieve definitie van gezondheid luidt: Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.² Deze definitie gaat er vanuit dat, ook wanneer er sprake is van ziekte, iemand de potentie heeft om gezond te zijn. De zelfredzaamheid en veerkracht van mensen vormen hierbij het uitgangspunt. Steeds meer partijen in het publieke zorgveld en de gemeenten in de regio Haaglanden omarmen de positieve definitie van gezondheid, die beter past in de geest van deze tijd. De positieve definitie van gezondheid sluit goed aan bij de taak van de publieke gezondheid in het voorkomen van ziekten én bij de wijze waarop gemeenten en de GGD in de regio Haaglanden de verbinding tussen gezondheid en participatie in lokale beleidsdocumenten omschrijven. Gezondheid en participatie zijn in hun optiek krachten die elkaar over



Toelichting op de veranderende wetgeving

De Rijksoverheid heeft besloten taken naar de gemeenten over te hevelen met betrekking tot het bieden van zorg aan langdurig zieken of ouderen, hulp bij het vinden van werk (of een uitkering verstrekken) en de jeugdzorg. Deze overheveling is per 1 januari 2015 vastgelegd in de Jeugdwet, de Participatiewet en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.

Het sociaal domein zijn alle organisaties, diensten en voorzieningen samen die mensen ondersteunen, de leefbaarheid vergroten en de participatie bevorderen. Het Rijk heeft deze sociale taken overgedragen aan de gemeenten.

De nieuwe wetten regelen sinds 1 januari 2015 het volgende:

Jeugdwet

De Jeugdwet betreft het inschakelen, herstellen en versterken van het probleemoplossend vermogen van kinderen en jongeren, hun ouders en sociale omgeving, het bevorderen van de opvoedcapaciteiten van de ouders en de sociale omgeving, preventie en vroegsignalering, het tijdig bieden van de juiste hulp op maat en effectieve en efficiënte samenwerking rond gezinnen.

Participatiewet

De Participatiewet regelt de verantwoordelijkheid van gemeenten voor de ondersteuning bij arbeidsinschakeling van en de verlening van bijstand aan mensen met aanspraken op de Wet werk en bijstand en aan mensen met een arbeidshandicap die geheel of gedeeltelijk kunnen werken en die vallen onder de Wet sociale werkvoorziening of de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening voor jonggehandicapten.

Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo)

De Wmo behelst een samenhangend aanbod van zorg- en welzijnsvoorzieningen die gemeenten verstrekken aan mensen die zorg nodig hebben, bijvoorbeeld huishoudelijke verzorging, woningaanpassingen of vervoer naar dagactiviteiten. Het aanbod is gericht op het bevorderen van maatschappelijke participatie en civil society.

en weer beïnvloeden. Gezonde burgers zijn het resultaat van en ook een voorwaarde voor participatie. Het beleidsplan Maatschappelijke Ondersteuning 2015-2016 van de gemeente Den Haag³ en het Beleidskader Wmo en gezondheid 2013-2016 'Samen op eigen kracht' van de gemeente Westland⁴ zijn hier voorbeelden van. Een leefstijlinterventie, gericht op alcoholpreventie van jongeren kan bijvoorbeeld bijdragen aan de mate waarin deze jongeren in staat zijn regie te voeren over hun eigen leven en deel te kunnen nemen aan de samenleving. Het is voor gemeenten dan ook van belang er alles aan te doen om gezond gedrag te stimuleren. Dit zorgt ervoor dat mensen langer zelfstandig kunnen blijven wonen en mantelzorg en/of vrijwilligerswerk kunnen verrichten.

Recente voorbeelden regio Haaglanden

Gemeenten en de GGD in de regio Haaglanden zijn met elkaar in gesprek over de rol van GGD Haaglanden in het sociaal domein. Dit heeft geleid tot een aantal concrete GGD-activiteiten die plaatsvinden op het snijvlak van het sociaal domein en de publieke gezondheid. Hier volgen enkele voorbeelden die de samenhang tussen publieke gezondheid (uitgevoerd door GGD Haaglanden) en het sociaal domein illustreren.

Wmo – OGGZ-kennis in sociale wijkteams Haaglanden

Iedere gemeente in de regio Haaglanden werkt vanuit het principe 'één huishouden, één plan, één regisseur'. Hiervoor hebben zij sociale wijkteams ingesteld. De benaming, doelgroep en focus van deze teams kan per gemeente sterk verschillen. Waar de sociale netwerken van Rijswijk gericht zijn op alle burgers van jong tot oud, heeft Den Haag sociale wijkzorgteams die zich alleen richten op volwassen burgers met multiproblematiek en op kinderen en jongeren tot 18 jaar. Veel mensen die in beeld komen van een sociaal wijkteam hebben een lage sociaal-economische status (lage opleiding en/of laag inkomen).

Het jaar 2014 stond voor veel gemeenten in het teken van pilots en het opstarten van deze sociale wijkteams. Soms zijn zij nog zoekende welke expertise verankerd moet zijn in het team zelf en welke expertise zij naar behoefte toevoegen. GGD Haaglanden heeft bij verschillende gemeenten inbreng in de sociale wijkteams. Dit kan zijn in de vorm van expertise over kwetsbare doelgroepen, bemoeizorg en privacy, maar ook door concrete inzet van medewerkers in een sociaal wijkteam. Dit laatste betreft de deskundigheid op het gebied van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ).



Leidschendam-Voorburg, Wassenaar en Voorschoten hebben ieder een of meerdere sociale wijknetwerken ingericht. Daarnaast hebben deze drie gemeenten gezamenlijk een ACT-team*. Dit team heeft op diverse terreinen gespecialiseerde kennis verankerd om complexe casussen over te nemen van de sociale wijknetwerken. Ook de kennis en ervaring op het gebied van multiproblematiek van OGGZ-medewerkers is verankerd in dit ACT-team. Het Centraal Coördinatiepunt van GGD Haaglanden** zet de kennis over de OGGZ in bij dit ACT-team.

Wmo – Aandacht voor preventie in sociale wijkzorgteams

In Den Haag zorgen sociale wijkzorgteams voor het organiseren van de noodzakelijke ondersteuning aan volwassenen met meerdere ernstige problemen. Het gaat hierbij om mensen die niet in staat zijn deze problemen zelf (of met behulp van hun omgeving) op te lossen. In de Haagse sociale wijkzorgteams werken gemeente, zorg- en welzijnsorganisaties gericht samen. De leden van een sociaal wijkzorgteam blijven in dienst van de eigen organisatie. Centraal staat het organiseren van samenhang en samenwerking in het vinden, verbinden, aanpakken en monitoren van de nodige zorg-, hulp- en dienstverlening voor de kwetsbare burger met meerdere problemen. Om te zorgen dat alle teamleden van de sociale wijkzorgteams op een eenduidige wijze werken, hebben de gemeente Den Haag en de Haagse Hogeschool gezamenlijk een leergang ontwikkeld. Deze leergang omvat twee programmavelden:

- 1 Versterken civil society: Van burgers wordt gevraagd meer naar elkaar om te zien. Professionals spelen hierin een faciliterende en ondersteunende rol die ze zich (deels) meer eigen moeten maken. De samenleving zal meer dan nu uitgaan van de eigen kracht van burgers (naar vermogen) en hun omgeving.
- 2 Casuïstiekoverleggen: Burgers vragen om professionals die de zorg met hen en vooral onderling afstemmen. Het cliëntperspectief en de financiële situatie van de betreffende burger vragen om effectievere en efficiëntere vormen van samenwerking en cliëntbespreking, diagnostisering en aanpak.

De leergang besteedt aandacht aan de werkwijze van de sociale wijkzorgteams. Dankzij GGD Haaglanden heeft het onderwerp 'preventie' een plek gekregen binnen de leergang. GGD Haaglanden heeft hiervoor een module ontwikkeld waarin de leden van de sociale wijkzorgteams aan de hand van casuïstiek

leren wat de meerwaarde is van preventie en vroegsignalering en hoe ze dit in de praktijk kunnen toepassen.

Wmo – Toezicht kwaliteit Wmo

Als gevolg van de hervormingen van de langdurige zorg zijn gemeenten sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk voor de kwaliteit van de uitvoering van de Wmo en het toezicht daarop. De Colleges van burgemeester en wethouders van de negen gemeenten in de regio Haaglanden en de gemeenten Voorschoten en Lansingerland (bestaand uit Berkel en Rodenrijs, Bleiswijk en Bergschenhoek) hebben GGD Haaglanden aangewezen als toezichthouder voor de Wmo-voorzieningen. Dit betekent dat GGD Haaglanden toezicht houdt op de kwaliteit van de Wmo-voorzieningen van aanbieders waarmee deze gemeenten een contract hebben. Het toezicht richt zich met name op de vraag of de Wmo-voorziening voldoet aan de daaraan gestelde kwaliteitseisen. Op dit moment formuleren de gemeenten samen met GGD Haaglanden een normenkader voor kwaliteit.

De gemeenten hebben hierin ook een publiek belang: zij willen van het publiek het vertrouwen krijgen en houden dat zij in staat zijn om het toezicht goed uit te voeren.

Naast het toezicht houden op de kwaliteit van de Wmo is GGD Haaglanden betrokken bij het opstellen van een calamiteitenprotocol voor het melden van een calamiteit of geweld bij de verstrekking van een voorziening. In de Wmo is opgenomen dat een zorgaanbieder bij de toezichthouder meteen melding doet van:

- iedere calamiteit die bij verstrekking van een voorziening heeft plaatsgevonden;
- geweld bij de verstrekking van een voorziening.

Naast aanbieders kunnen ook burgers/cliënten en ambtenaren een melding doen bij de GGD.

* ACT staat voor Assertive Community Treatment. Een ACT-team is een multidisciplinair team dat outreachend werkt en alle kennis in huis heeft om mensen met multiproblematiek toe te leiden naar passende zorg en hulpverlening. Tot voor kort noemden deze gemeenten het ACT-team gebiedsteam.

** Het Centraal Coördinatiepunt zorgt voor toeleiding naar zorg en hulpverlening voor mensen in een kwetsbare situatie, zoals (dreigend) dak- en thuislozen, illegalen en mensen met verslavingsproblemen.

Participatiewet – Lokaal gezondheidsbeleid

De sociaal-economische gezondheidsverschillen in de regio Haaglanden zijn groot. Volgens de Volksgezondheid Toekomst Verkenning van het RIVM⁵ zullen de verschillen landelijk gezien nog iets verder toenemen. Het verschil in levensverwachting tussen hoger en lager opgeleiden is zes jaar; bij lager opgeleiden ontstaan de eerste gezondheidsproblemen negentien jaar eerder dan bij hoger opgeleiden. Door aandacht voor sociale factoren als opleiding, woonomstandigheden, sociale netwerken en eenzaamheid zijn de sociaal-economische gezondheidsverschillen positief te beïnvloeden.

Gezondheid en participatie beïnvloeden elkaar over en weer. Een minder goede gezondheid vormt een belemmering voor arbeidsparticipatie en een goede gezondheid helpt mensen juist om aan het werk te blijven. Het actief deelnemen aan de maatschappij, bijvoorbeeld door arbeid of vrijwilligerswerk, heeft een positieve uitwerking op de gezondheid.

De gemeenten Den Haag, Delft, Zoetermeer en Leidschendam-Voorburg zijn aan de slag gegaan met het versterken van de aanpak van gezondheidsverschillen via het landelijke stimuleringsprogramma Gezond in de Stad.⁶ Vanuit haar kennis en expertise over interventies en leefstijlprogramma's adviseert de afdeling Gezondheidsbevordering van GGD Haaglanden de gemeenten hoe zij invulling kunnen geven aan dit stimuleringsprogramma.

Mensen met een laag opleidingsniveau ervaren hun gezondheid over het algemeen slechter dan mensen met een hoog opleidingsniveau. In de regio Haaglanden ervaart 39% van de laagopgeleiden de eigen gezondheid als *gaat wel* tot *zeer slecht*; bij hoogopgeleiden is dit bij 13% het geval (zie tabel 1).

De omgeving van inwoners kan effect hebben op zowel gezondheid als participatie. De inrichting van de omgeving kan mensen aanzetten tot meer

GGD Haaglanden adviseert de gemeenten over factoren in de omgeving die de gezondheid positief of negatief kunnen beïnvloeden.

bewegen, denk aan fiets- en wandelpaden in de buurt, of juist belemmeren of demotiveren om (meer) te gaan bewegen. De afdeling Leefomgeving van GGD Haaglanden adviseert de gemeenten over factoren in de omgeving die de gezondheid positief of negatief kunnen beïnvloeden.

Jeugdwet – Jeugdteams Den Haag

Den Haag legt met de inwerkingtreding van de nieuwe Jeugdwet de focus op meer preventieve ondersteuning, meer integrale zorg en (waar mogelijk) zorg dichtbij het gezin/de jongere. GGD Haaglanden* is belast met de organisatie en coördinatie van de Jeugdteams en ziet vanuit haar publieke taak toe op het gezond en veilig opgroeien van de Haagse jeugd. Onder leiding van de GGD zijn allerlei separaat werkende jeugdinstanties samengebracht in de jeugdteams die bestaan uit een combinatie van medewerkers van GGD Haaglanden en van partijen als welzijns-, jeugdgezondheidszorg- en jeugdhulporganisaties. Door deze samenwerking is het makkelijker om gebruik te maken van het bestaande (lokale) preventieve aanbod van diverse organisaties en is goede afstemming mogelijk over de mate waarin deze toereikend zijn.

GGD Haaglanden ontwikkelt een integraal werkproces Gezinscoaching & toeleiding CJG (Centrum voor Jeugd, Gezin en Veiligheid), waarin een vernieuwde vorm van toeleiden naar en verlenen van jeugdhulp is opgenomen vanuit multidisciplinaire lokale Jeugdteams. GGD Haaglanden organiseert de inhoudelijke en medische eindverantwoordelijkheid binnen het Jeugdteam.⁸

Tabel 1. Ervaren gezondheid naar opleidingsniveau regio Haaglanden (2012)⁷

Regio Haaglanden	Opleiding laag	Opleiding midden	Opleiding hoog
Ervaren gezondheid (<i>zeer</i>) <i>goed</i>	61%	81%	87%
Ervaren gezondheid <i>gaat wel</i> tot <i>zeer slecht</i>	39%	19%	13%

* De jeugdgezondheidszorg is voor de gemeenten Delft, Leidschendam-Voorburg, Midden-Delfland, Pijnacker-Nootdorp, Rijswijk, Wassenaar, Westland en Zoetermeer belegd bij Stichting Jeugdgezondheidszorg Zuid-Holland West. Deze stichting is in 2014 nauwer gaan samenwerken met GGD Haaglanden en overige ketenpartners om op een integrale manier de preventieve zorg voor jeugd vorm te geven.



Kansen en mogelijkheden

In het eindrapport over de borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD, opgesteld door het onderzoeksbureau Andersson Elffers Felix in 2013⁹, wordt geconcludeerd dat de rol van GGD-en in het sociaal domein beperkt is. Uit de in dit artikel beschreven voorbeelden blijkt dat GGD Haaglanden invulling geeft aan haar rol in het sociaal domein in de regio.

Naast de in dit artikel gegeven voorbeelden zijn er de volgende kansen en mogelijkheden voor de GGD:

- 1 Vanuit de uitvoerende werkzaamheden (bijvoorbeeld jeugdgezondheidszorg en infectieziektenbestrijding) beschikt GGD Haaglanden over veel kennis over gezondheid, welzijn en de omgeving van de bevolking. Door deze informatie te bundelen en in de vorm van een advies voor te leggen aan en te bespreken met de gemeenten, kan GGD Haaglanden gemeenten ondersteunen

bij het uitvoering geven aan de drie decentralisaties. Mogelijkheden liggen op het terrein van de inhoud, aard en hoeveelheid in te kopen zorg op het gebied van preventie, jeugdhulp welzijn en zorg.¹⁰

- 2 Binnen de sociale wijkteams kan de GGD een sociaal-medisch arts of een verpleegkundige inzetten als vast lid of op basis van expertise consulteren om bijvoorbeeld te voorkomen dat psychische problematiek uitloopt op (sociale) onveiligheid.**
- 3 Gemeenten kunnen de volksgezondheidsexpertise en de (epidemiologische) informatie die bij GGD Haaglanden aanwezig is gebruiken om regie te voeren binnen in het sociaal domein.⁹

Willen deze kansen en mogelijkheden benut en geconcretiseerd worden dan is het van belang dat GGD Haaglanden en de gemeenten hier gezamenlijk met elkaar over in gesprek blijven en onderzoeken hoe zij hieraan invulling kunnen geven.

REFERENTIES

- 1 World Health Organization / **Definition of health**. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- 2 Louis Bolk Instituut / **Nieuw concept gezondheid**. <http://www.louisbolk.org/nl/voeding-en-gezondheid/onderzoek-integrative-medicine/nieuw-concept-gezondheid>.
- 3 Gemeente Den Haag. **Beleidsplan Maatschappelijke Ondersteuning 2015-2016**.
- 4 Gemeente Westland. **Beleidskader Wmo en gezondheid 2013-2016 'Samen op eigen kracht'**.
- 5 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu / **De VTV-2014**. http://www.eengezondnederland.nl/Een_gezonder_Nederland.
- 6 **Loket Gezond Leven**. http://www.loketgezondleven.nl/object_binary/021371_150122_Raakvlakken_tussen_welzijn_pulbieke_gezondheid_en_de_drie_decentralisaties.pdf.
- 7 GGD Haaglanden, productgroep Epidemiologie & Gezondheidsbevordering. **Gezondheidsenquête 2012**.
- 8 Gemeente Den Haag (8 december 2014). Haagse Samenwerking 2.0 **Samenwerkingsovereenkomst Jeugdteams Den Haag**.
- 9 Andersson Elffers Felix (2 december 2013). **Eindrapport. Borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD. Utrecht**.
- 10 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (28 augustus 2014). **Kamerbrief Betrouwbare publieke gezondheid: Gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en Rijk**.

OVER DE AUTEURS

Drs. R. Remeeus en Mw. drs. A.C. Veltman zijn beiden werkzaam als beleidsadviseur bij de staf afdeling Advies & Coördinatie van GGD Haaglanden. Email: rene.remeeus@ggdhaaglanden.nl aafke.veltman@ggdhaaglanden.nl

** Het begrip sociale onveiligheid wordt gebruikt voor de ervaring van (on)veiligheid van een individu veroorzaakt door menselijk handelen. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen objectieve sociale onveiligheid (daadwerkelijk slachtofferschap als gevolg van handelingen van anderen) en subjectieve sociale onveiligheid (zorgen over of angst voor slachtofferschap). Onveiligheid of het gevoel hebben dat het onveilig is in de buurt, kan ervoor zorgen dat mensen worden belemmerd in hun sociale bezigheden. (Bron: Regionaal kompas volksgezondheid GGD Hart voor Brabant).



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.

Lichamelijke beperkingen

Het hebben van een lichamelijke beperking brengt de nodige gevolgen met zich mee. Voor sommige mensen betekent dit dat een aantal handelingen lastiger zal gaan dan bij anderen, voor anderen dat bepaalde handelingen helemaal niet meer verricht kunnen worden. Gehoor-, gezichts- en mobiliteitsbeperkingen kunnen een obstakel vormen voor deelname aan het maatschappelijk leven. Ook kunnen deze beperkingen

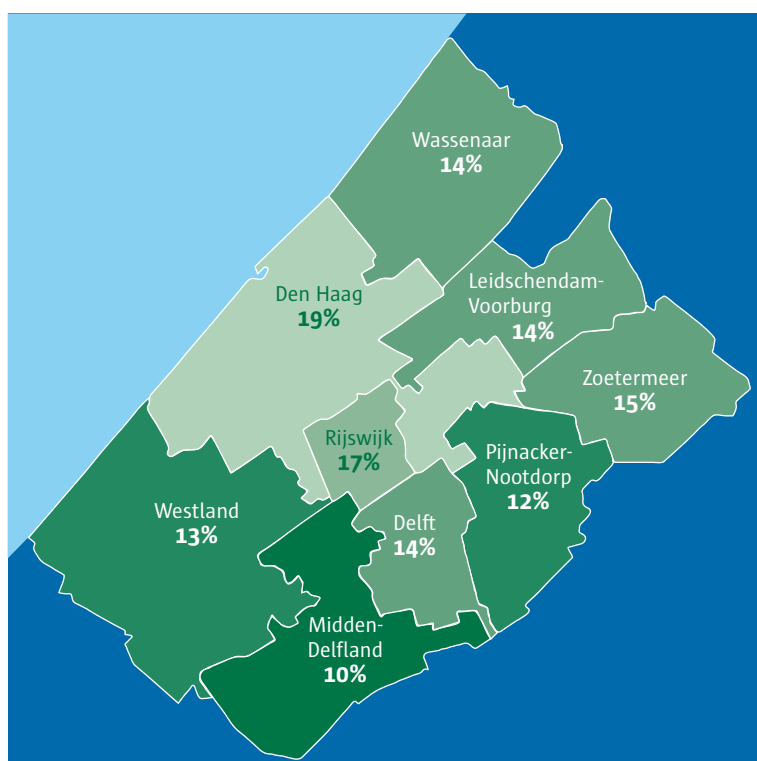
leiden tot een sociaal isolement omdat men minder vaak buitenshuis komt.

In de Gezondheidsenquête 2012 is aan zelfstandig wonende inwoners gevraagd of zij last hebben van een beperking in mobiliteit, horen of zien (ook als zij een hulpmiddel gebruiken zoals stok, gehoorapparaat of bril). Zestien procent van de inwoners van Haaglanden in de leeftijdscategorie 19 jaar en ouder ervaart

Zestien procent van de inwoners van Haaglanden van 19 jaar en ouder ervaart een lichamelijke beperking.

een lichamelijke beperking. Binnen Haaglanden varieert het percentage inwoners dat een beperking ervaart van 10% in Midden-Delfland tot 19% in Den Haag.

Figuur 1. Percentage inwoners van 19 jaar en ouder dat een beperking ervaart in horen, zien of mobiliteit.



Een beperking in de mobiliteit (11%) komt het meest voor, gevolgd door een gezichtsbeperking (7%) en een gehoorbeperking (4%).

Het percentage Haagse inwoners met een lichamelijke beperking is vergelijkbaar met het percentage in Rotterdam (20%) en Amsterdam (17%) maar hoger dan in Utrecht (15%) en hoger dan het landelijk gemiddelde (15%).

Binnen Haaglanden geven 65-plussers, vrouwen, inwoners van niet-westerse herkomst, laag opgeleiden en mensen met een laag inkomen vaker aan een lichamelijke beperking te hebben. Ook geven gescheiden of verweduwd inwoners vaker aan een lichamelijke beperking te hebben.

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

Bron: Gezondheidsenquête 2012



GGZ Kennisdag 2015: Jeugd en psychische gezondheid

Op 22 september organiseren het Trimbos-instituut, GGZ Nederland en ZonMw in samenwerking met het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie en het Nederlands Jeugdinstituut de GGZ Kennisdag 2015. Het thema is 'jeugd en psychische gezondheid' en richt zich op jeugd van 0 tot en met 23 jaar en hun omgeving.

Op de GGZ Kennisdag 2015 staat de volgende vraag centraal: 'Hoe kan kennis bijdragen aan het bevorderen van de kwaliteit en de samenhang in de zorg voor jeugd'. Er komt een breed scala van actuele thema's aan bod, van preventie en vroegsignalering tot gespecialiseerde jeugd-ggz.

De GGZ Kennisdag 2015 vindt plaats op 22 september in De Rijtuigenloods in Amersfoort. De deelnameprijs bedraagt € 295,-.

Meer informatie: www.ggzkennisdag.nl

Depressie en angststoornis bij ouderen

Depressie en angststoornis zijn veelvoorkomende gezondheidsproblemen bij ouderen. Twee tot drie procent van de ouderen heeft een ernstige depressie en vijftien tot twintig procent heeft een lichte vorm. Vaker dan depressie is er bij ouderen sprake van angststoornissen. Ongeveer tien procent van de ouderen heeft er last van.

Voor beide klachten geldt dat ze vaak gezien worden als logisch gevolg van het ouder worden, waarmee de problematiek niet wordt herkend. Ouderen blijven vaak te lang onbehandeld. Dit is jammer, want ouderen kunnen net zo goed herstellen van een depressie of angststoornis als jong volwassenen.

Dit constateert PsyQ psycho-medische programma's.

Depressie

Er is sprake van een depressie als iemand meer dan twee weken erg somber of neerslachtig is. Veel voorkomende klachten bij ouderen zijn vaak piekeren, slaapproblemen, slecht eten, vermoeidheid, vergeetachtigheid en lichamelijke

klachten zoals onverklaarbare pijn, hartkloppingen, trillende handen, druk op de borst, hoofd- en rugpijn. Het kan samenhangen met de positie en situatie waarin de oudere leeft of met een slechte lichamelijke toestand.

Over het algemeen zijn hierin veranderingen aan te brengen en is dit probleem met een gezond eet-, slaap- en bewegingspatroon, medicijnen en andere vormen van therapie te verhelpen.

Vaak biedt een aantal gesprekken met een hulpverlener bij een lichte tot matige depressie al voldoende steun. Een behandeling is altijd op maat, in samenspraak met de patiënt zelf en rekening houdend met zijn omgeving.

Meer informatie www.psyq.nl/Programma/Depressie

Angststoornissen

Wanneer angstgevoelens, bijvoorbeeld de angst om ernstig ziek of dement te worden, iemand langere tijd belemmert in zijn dagelijkse functioneren is er sprake van een angststoornis. De meest voorkomende angststoornis bij ouderen is

straatvrees of pleinvrees, waarbij mensen bovenmatig veel angst ondervinden bij het bezoeken van situaties buitenshuis. Dit kunnen winkels zijn, een bioscoop, openbaar vervoer, het werk, de straat of de bibliotheek. Ouderen gaan dit soort situaties vervolgens vermijden, waardoor ze in een isolement kunnen raken.

Drie andere meer of minder voorkomende angststoornissen bij ouderen zijn:

- de sociale fobie: verjaardagen, feestjes, telefoontjes vermijden;
- de dwangstoornis: smetvrees, controledwang;
- de gegeneraliseerde angststoornis: overmatig piekeren over allerlei onderwerpen.

Ook bij angststoornissen is herstel mogelijk. Bij een lichte tot matige variant kunnen een aantal gesprekken met een hulpverlener al voldoende steun bieden. Ernstige angststoornissen zijn te behandelen met cognitieve gedragstherapie.

Meer informatie: <http://www.psyq.nl/Programma/Angststoornissen>

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:

Verkenning van de publieke gezondheidszorg

In de module 'Verkenning van de publieke gezondheidszorg' maken de deelnemers kennis met basisbegrippen in en specifieke kenmerken van de publieke gezondheid en leren zij wat de belangrijkste volksgezondheidsproblemen zijn. Ook de werking van de Nederlandse gezondheidszorg, de veranderingen in de rol van verpleegkundigen en belangrijke wetten en regels komen in de module aan de orde.

Doelgroep: Afgestudeerde verpleegkundigen op hbo- of vergelijkbaar niveau. Professionals zoals gezondheidsbevorderaars, beleidsadviseurs en epidemiologen werkzaam bij GGD'en, zorginstellingen, universiteiten, zorgverzekeraars of kennisinstituten die zich verder willen verdiepen in de (publieke) gezondheidszorg.

Data: 14, 21 en 28 september 2015

Locatie: Utrecht

Kosten: € 1185,-

Sociaal medische advisering in het kader van de Wmo

Met de Wmo 2015 is de aard en inhoud van de gemeentelijke verantwoordelijkheid fors herzien. Deelnemers aan deze module worden meegenomen in deze veranderingen en de betekenis voor hun rol als medisch adviseur. Ze krijgen zicht op aspecten van de nieuwe wet, inzicht in de doelgroepen, de aard van de voorzieningen en de betekenis van de gemeentelijke beleidsvrijheid. Het proces van medische oordeelsvorming en advisering in deze beleidsomgeving wordt behandeld en er is aandacht voor de gevolgen van alle veranderingen per 1-1-2015.

Doelgroep: Artsen die in hun werk te maken hebben met sociaal medische advisering aan gemeenten: sociaal geneeskundigen en verzekeringsartsen.

Data: 21 en 28 september, 5 en 12 oktober en 2 november 2015

Locatie: Utrecht

Kosten: € 1975,-

Motiverende gespreksvoering binnen de soa- en hivbestrijding

Soa Aids Nederland organiseert een driedaagse training

'Motiverende gespreksvoering in de soa- en hiv-bestrijding'.

Motiverende gespreksvoering bestaat uit een combinatie van bestaande modellen en therapieën met een klantgerichte, directieve manier van counseling. Kenmerkend aan deze manier van counsellen is dat er rekening wordt gehouden met de specifieke wensen en behoeftes van de cliënt, het zogenaamde 'counsellen op maat'.

Doelgroep: sociaal-verpleegkundigen en artsen werkzaam binnen de centra voor seksuele gezondheid.

Data: 29 september, 6 oktober en 3 november 2015

Locatie: Amsterdam

Kosten: € 450,-

Ethiek in de publieke gezondheid

Welke morele kwesties spelen er in de publieke gezondheid en hoe maak je morele afwegingen?

Deze vragen komen aan de orde in de module 'Ethiek in de publieke gezondheid' waarin deelnemers kennismaken met belangrijke moraalfilosofen en met verschillende methoden van morele oordeelsvorming. Ook leert u de morele juistheid in te schatten van keuzes in uw eigen praktijk.

Doelgroep: Deelnemers aan de medische vervolgopleiding Maatschappij en gezondheid en professionals in de public health, beleidsmedewerkers en leidinggevenden.

Data: 15 oktober en 15 november

Locatie: Utrecht

Kosten: € 790,-

Inlichtingen over alle cursussen bij NSPOH:

tel: (030) 810n05n00, e-mail info@nspoh.nl en zie www.nspoh.nl



Eén programma voor jongeren met ADHD, alcohol en drugs

Brijder Jeugd, Brijder Onderzoek (PARC) en het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA) hebben in opdracht van stichting Resultaten Scoren (kenniscentrum Verslaving) één behandeling ontwikkeld voor mensen met ADHD en een verslaving. Cliënten binnen de verslavingszorg of de GGZ kunnen vanaf nu binnen één instelling worden geholpen.

Mariken Müller van verslavingszorgaanbieder Brijder Jeugd en één van de makers van het nieuwe programma 'ADHD, alcohol & drugs' licht toe: "We zien in de praktijk dat ADHD en problemen met alcohol en drugs vaak samengaan. Vandaar dat we een programma hebben ontwikkeld dat door alle geestelijke gezondheidszorg- en verslavingszorgaanbieders gebruikt kan worden. Het maakt het mogelijk dat jongeren zich maar bij één instelling hoeven aan te melden om hiervoor passende hulp te krijgen."

Het behandelprotocol omvat een individuele behandeling die zowel ambulante als klinische kan worden toegepast. De behandeling bevat veertien verschillende thema's die de behandelaar naar gelang wat de jongere nodig heeft, flexibel inzet. Enkele voorbeelden van deze thema's zijn: omgaan met trek in alcohol of drugs, sociale druk, terugvalpreventie en het voorkomen van terugval en het voorkomen van uitstelgedrag. Thuis gaat de cliënt met een werkboek aan de slag en oefent het geleerde in de praktijk.

Meer informatie: www.brijderjeugd.nl,
www.nispa.nl, www.resultatenscoren.nl

Voor het volledige programma en aanmelding:
www.ggzkennisdag.nl

Opnieuw veel zelfdodingen in Nederland

Het Centraal Bureau voor de Statistiek heeft in juli het aantal zelfdodingen in 2014 bekendgemaakt. 2014 telde 1.835 suïcides, slechts 19 minder dan het record aantal van 1.854 in 2013. Bij mannen komt het net als voorgaande jaren ruim twee keer meer voor dan bij vrouwen: In 2014 1.248 mannen en 587 vrouwen.

Het aantal zelfdodingen fluctueert in de tijd. In 2014 is het aantal zelfdodingen per 100.000 inwoners 11. Dit is gelijk aan de incidentie in 2013, iets lager dan begin jaren '80 (12 per 100.000) en een stuk hoger dan in 2007 (8 per 100.000).

Hoewel zelfdoding vooral veel voorkomt onder mensen van middelbare leeftijd (45-60 jaar), is het onder jongeren één van de belangrijkste doodsoorzaken. Onder 20- tot 30-jarigen was zelfdoding in 2014 doodsoorzaak nummer 1.

Het is van groot belang om het taboe rondom zelfdoding te verbreken en meer inzicht te krijgen in de problematiek. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft hiertoe 3,2 miljoen euro beschikbaar gesteld. De anonieme hulplijn 113Online coördineert de Landelijke Agenda Suïcidepreventie (www.113online.nl). Uitgangspunt is om gezamenlijk het aantal zelfdodingen te verminderen.

Bronnen:

Publicatie CBS: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2015/steeds-minder-mensen-overlijden-aan-een-acute-hartinfarct.htm>

<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2014/2014-4204-wm.htm>

Studiedag GGZ in de Wijk

Ondersteunen van mensen met een psychiatrische aandoening.

De psychiatrie is volop in beweging. Opvangplekken in psychiatrische klinieken worden afgebouwd, terwijl de zorg thuis voor mensen met een psychiatrische aandoening nog niet voldoende is opgebouwd. Psychiatrische cliënten dreigen tussen wal en schip te vallen. Ongewenste gevolgen als verwaarlozing, verslavingsproblematiek, verwarde mensen en geweld op straat zijn aan de orde van de dag. Diverse instanties raken bij deze

problematiek betrokken; gemeenten, politie, woningcorporaties, huisartsen, thuiszorgorganisaties, opvang- en dagactiviteitencentra. Ook wordt er een groter beroep gedaan op de informele zorg en de mantelzorg nu psychiatrische patiënten langer thuis blijven wonen, terwijl deze groep door jarenlange problematiek niet of nauwelijks een netwerk heeft.

Wat vraagt dit van de betrokken professionals en instanties? Hoe krijg je de doelgroep in beeld, wat zijn

goede benaderingsmethodieken, hoe zorg je voor adequate dagbesteding en ondersteuning vanuit de wijk?

Daarover gaat de studiedag GGZ in de Wijk, georganiseerd door Studie Arena in samenwerking met kenniscentrum Aedes-ActiZ, Trimbos-instituut en NKOP. Informatie: trimbos.nl

Datum: 28 september 2015

Locatie: Lunteren

Kosten: € 330,-

Masterclass Politiek Bestuurlijke Sensitiviteit voor GGD-medewerkers

In mei jl. organiseerde de Academische Werkplaats Noordelijk Zuid-Holland een masterclass Politiek Bestuurlijke Sensitiviteit voor medewerkers van GGD Haaglanden en ketenpartners. Doel van deze masterclass was het vergroten van de kans op het succesvol agenderen van eigen thema's. Ofwel: hoe breng je de juiste thema's onder de aandacht bij de juiste personen, rekening houdend met het bestuurlijke krachtenveld en de maatschappelijke gevoeligheid van het onderwerp. Het tweedaagse programma werd begeleid en uitgevoerd door Tonco Modderman en Sander Dikker Hupkes, kern-docenten van de Universiteit Leiden – Campus Den Haag.

GGD ten dienste van de burger of van de gemeente?

In twee dagen werd een gevarieerd programma aangeboden waar bij kennisoverdracht en oefening centraal stonden. Directeur van GGD Haaglanden Ton van Dijk opende de masterclass en schetste daarbij dilemma's die ontstaan door de positie van GGD als zorginstelling (en de wetgeving die daarop van toepassing is) binnen een gemeentelijke/politieke omgeving. Daarna startte de masterclass met de kernvraag of de GGD in dienst staat van de burger of van de politiek. Duidelijk werd vervolgens dat framing kan helpen om thema's op de agenda te zetten, bijvoorbeeld door de manier waarop je over het thema praat: heb je het over 'een giftrein' of over 'vervoer van gevaarlijk stoffen'.

De eerste dag werd afgesloten door Arco Timmermans, bijzonder hoogleraar Public Affairs, die een bevlogen presentatie gaf over agendasetting in de gemeente. "De training zorgt er voor dat je bewust wordt van de politieke omgeving waar wij mee te maken hebben en dat wat jij doet van invloed kan zijn", aldus een deelnemer.

Simulatie en bestuursadviseurs

De tweede dag gingen de deelnemers in gesprek met twee bestuursadviseurs: Mw. Karen Duys, bestuursadviseur van wethouder Karsten Klein van de gemeente Den Haag en mw. Els van Huis, bestuursadviseur van wethouder Isabelle Vugs van de gemeente Zoetermeer. Dit interactieve onderdeel van het programma zorgde voor een levendige discussie en een verdiepingsslag van de vooraf behandelde stof. Afsluitend gaf dhr. Lejo van der Heijden, hoofd van de afdeling Publieke Gezondheidszorg van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, zijn visie op de toekomst van de publieke gezondheidszorg op lokaal niveau. Na afloop zei een deelnemer: "Je gaat je meer verdiepen in de logica van een ambtenaar en wethouder."

Met dank aan

Ghislaine Leichenring, Kwaliteitscoördinator Opleiden en Ontwikkeling GGD Haaglanden



Preventie in de huisartsenpraktijk

Regelmatig organiseert het RIVM Centrum Gezond Leven netwerkbijeenkomsten voor professionals en beleidsmedewerkers die werken aan een gezonde leefstijl van burgers in wijk, gemeente en op scholen. Op 12 mei stond in Den Haag Preventie in de huisartsenpraktijk centraal. Duidelijk werd dat preventie een andere rol van de huisarts impliceert, namelijk als gezondheidscoach.

Pim Assendelft, hoogleraar Huisarts-geneeskunde aan Radboud Universiteit Nijmegen, nam de deelnemers mee in de wereld van huisarts en publieke gezondheid. Met de te verwachten toename van het aantal mensen met een chronische ziekte wordt preventie volgens hem met de tijd belangrijker. Ook uit de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) blijkt steeds meer aandacht voor preventie. Preventie vraagt om een omslag van ziektegericht naar risicogericht handelen. Deze mindshift van ziek zijn naar gezond gedrag impliceert een andere, nieuwe rol voor de huisarts, namelijk meer een rol van een gezondheidscoach. Assendelft roept op om geen aandoening-gebonden preventieprogramma's te ontwerpen, maar deze generiek te maken.

Het feit dat ouderen, allochtonen en lage SES-groepen de huisarts als gezaghebbend ervaren, kan de huisarts benutten om deze groepen tot gedragsverandering te verleiden en te motiveren. Praktijk-ondersteuners, publieke gezondheid en welzijn hebben mogelijkheden om patiënten intensiever en eventueel op groepsniveau te helpen deze gedragsverandering verder op te pakken. Dan is elkaar kennen en weten wat andere professionals kunnen bieden een belangrijke basis voor efficiënte doorverwijzing.

In een van de workshops stond Cardio-vasculair Risico Management van Zorggroep Elzha centraal. Elzha ondersteunt huisartsen bij het bieden van kwalitatief hoogwaardige zorg voor patiënten met een chronische aandoening. Er zijn ruim 200 huisartsen aangesloten.

Professionals van Elzha vertelden over hun 'tandemconsult': na een bezoek aan de huisarts hebben patiënten direct een consult bij bijvoorbeeld de diëtist, die een voedingsadvies op maat geeft met concrete handvatten om dit toe te passen in de praktijk. Zo hopen zij dat een advies ook wordt opgevolgd door de patiënt. In de workshop De Gezonde Week kwam aan bod hoe verschillende professionals in de Haagse Rivierenbuurt een wijk aanpak hebben opgesteld. Het besef is op gang gekomen dat voor samenwerking een warme overdracht nodig is, dat men

elkaar opzoekt en kent. Zij werken nu samen aan belangrijke thema's in de wijk zoals eenzaamheid, financiële problemen en leefstijlproblematiek.

De organisatie van de netwerkbijeenkomst in Den Haag was in handen van RIVM Centrum Gezond Leven, het Nederlands Huisartsengenootschap en de Landelijke Huisartsen Vereniging samen met GGD Haaglanden, Lijn1Haaglanden, Xtra, Huisartsenkring Haaglanden (HKH), Pharos en het Trimbos-instituut.

Met dank aan René Remeus, beleidsadviseur Stafbureau Advies & Coördinatie GGD Haaglanden, Maarten Lemmink, senior functionaris Gezondheidsbevordering GGD Haaglanden en de sfeerimpressie van de bijeenkomst op www.gezondleven.nl (dd. 09-07-2015)

Loket Gezondheidsmonitors Volwassenen 2012

Bij het loket Gezondheidsmonitors kunt u data of cijfers aanvragen uit de Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012.

De gegevens zijn afkomstig van GGD'en, CBS en RIVM. Ruim 387.000 personen deden mee aan dit grootschalige vragenlijstonderzoek. In de Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012 staan gegevens over kwaliteit van leven, lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid, sociale situatie, lengte en gewicht, leefstijl en achtergrondkenmerken. Deze monitor levert gegevens die bruikbaar zijn voor onderzoek en beleid op zowel lokaal als landelijk niveau.

Op het digitale loket Gezondheidsmonitors (www.ggdghorkennisnet.nl/loket-monitors-gezondheid) is een aanvraag in te dienen voor:

- toegang tot het databestand
- maatwerk, zoals cijfers, statische analyses en tabellen.

De registratiecommissie voor de Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012 beoordeelt uw aanvraag op basis van vastgestelde criteria.

Zie het digitale loket Gezondheidsmonitors voor meer informatie.



Ongeveer 200 Haagse vrouwen in gedwongen isolement

Naar schatting leven er in Den Haag tussen de 190 tot 250 vrouwen in een gedwongen isolement. Het Verwey-Jonker Instituut maakte deze omvangsschatting in opdracht van de gemeente. Deze 'verborgen vrouwen' worden door de partner en/of (schoon) familie gedwongen om geïsoleerd van anderen te leven. Vaak gaat dit gepaard met psychische intimidatie of zelfs fysiek geweld.

Het onderzoek geeft een schatting van de omvang van het aantal verborgen vrouwen in Den Haag en gaat in op kenmerken van de vrouwen, hulpbehoeften, signalen en mogelijke contactmomenten met de buitenwereld. Het aantal van 250 is volgens de onderzoekers geen maximum. Vanwege de complexiteit van de problematiek is het zeker niet onmogelijk dat de daadwerkelijke aantallen nog hoger liggen. Voor het onderzoek is gesproken met sleutelfiguren op beleidsniveau en vrijwilligers en professionals uit de praktijk, werkzaam in acht verschillende Haagse wijken.

Contactmomenten

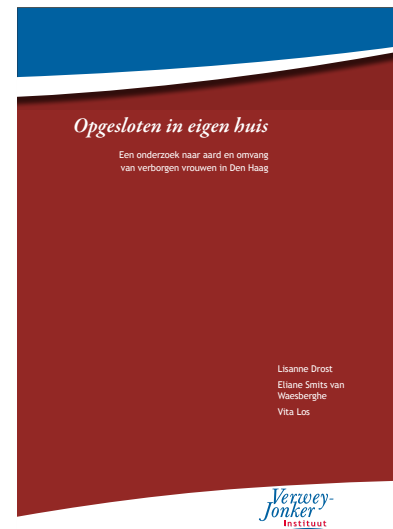
Voor het stelselmatige gebruik van psychisch en lichamelijk geweld, waar ook de kinderen getuige van (kunnen)

zijn, baart zorgen en geeft de urgentie voor een daadkrachtige aanpak weer. Het instituut bekeek dan ook welke aanknopingspunten er zijn voor gericht beleid. Hoewel de vrouwen nauwelijks contact hebben met de buitenwereld, zijn er wel enkele contactmomenten. Bijvoorbeeld bij de huisarts, het consultatiebureau, de wijkagent of op de school van hun kinderen. De vrouwen worden ook op deze momenten begeleid, maar het is aan de professional om de tekenen op te pikken. Bijvoorbeeld als de vrouw angstig oogt, er kenmerken zijn van huiselijk geweld en/of de partner of een familielid altijd het woord voert.

Deskundigheidsbevordering

Over het algemeen genomen blijken professionals zich niet altijd bewust te zijn van het fenomeen en weten daardoor eventuele signalen niet goed op te pikken. Het Verwey-Jonker Instituut adviseert om de problematiek te blijven agenderen, bespreekbaar te maken en te investeren in het bevorderen van deskundigheid op dit thema.

Een bruikbaar initiatief uit Den Haag zijn de 'Schilderswijk wijkcontactvrouwen', vrijwillige vrouwen die getraind zijn en actief op zoek gaan naar geïsoleerde vrouwen en deze vrouwen verder begeleiden. Met enkele verbeteringen en



aanpassingen heeft dit project volgens de onderzoekers zeker potentie om ook de problematiek van verborgen vrouwen aan te pakken.

Den Haag gaat aan de slag met de resultaten van dit onderzoek, zo laat wethouder Karsten Klein als reactie weten. Alle betrokken partners worden zo snel mogelijk uitgenodigd voor overleg, teneinde deze moeilijk bereikbare groep vrouwen te gaan helpen.

Meer informatie: www.verwey-jonker.nl/publicaties/2015/opgesloten-in-eigen-huis.

Lezersonderzoek Epidemiologisch Bulletin

De redactie is benieuwd naar uw mening over het Epidemiologisch Bulletin en eventuele adviezen ter verbetering hiervan. Daarom wordt u van harte uitgenodigd om mee te doen aan een lezersonderzoek via www.ggdhaaglanden.nl/epibul.



Infectieziekten gemeld door instellingen in 2015

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het eerste halfjaar 2015. Dit zijn instellingen waar 'kwetsbare' groepen zoals kinderen, ouderen of zieken verblijven.

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

Scenario	Kinderopvang	Onderwijs- instelling	AWBZ zorginstelling	Eindtotaal
Huiduitslag/exanthemen	18	7	3	28
Impetigo (krentenbaard)	6	2		8
Gastroenteritis	8	2	20	30
Schimmelinfectie	1			1
Luchtweginfectie	4	2	1	7
Anders*	3		1	4
Influenza(-achtig) ziektebeeld		2	7	9
Eindtotaal	40	15	32	87

*Anders = ooginfectie, Pfeiffer, urineweginfectie en roodvonk

Toelichting bij meldingen infectieziekten op pagina 38

Bof

Tussen 2010 en 2013 is er grote verspreiding geweest van het bofvirus in Nederland, ook in de regio van GGD Haaglanden.

Vanaf maart 2015 is er weer sprake van een verheffing van bof op verschillende locaties in Zuid-Holland. GGD Haaglanden kreeg in het tweede kwartaal 2015 23 bofmeldingen; 22 van de 23 meldingen betrof jongeren tussen de 17 en 27 jaar, waarvan de meesten in hun jeugd twee maal gevaccineerd waren tegen deze ziekte. Een groot aantal van deze meldingen hangen samen met een drietal clusters,

te weten rondom een sportvereniging, een uitgaansgelegenheid en een onderwijsinstelling.

Op basis van DNA-onderzoek werd bij deze clusters hetzelfde unieke genotype G bofvirus aangetoond. Er lijkt daarom eerder sprake te zijn van een uitbraak veroorzaakt door één oorspronkelijke besmettingsbron dan door los van elkaar staande ziektegevallen. Conform de landelijke richtlijn adviseert de GGD contacten van deze bofmeldingen, die niet of onvolledig gevaccineerd zijn, om hun vaccinatiestatus op peil te brengen.

Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 2e kwartaal 2015

Ziekte	2e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 2e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	2e kwartaal 2015	2e kwartaal 2014	2e kwartaal 2013	1e t/m 2e kwartaal 2015	1e t/m 2e kwartaal 2014	1e t/m 2e kwartaal 2013
A-ZIEKTEN						
MERS-CoV		1			1	
Nieuwe Influenza A (H1N1)						
B-ZIEKTEN						
Buiktyfus		1	1		5	1
buiktyfus			1	5	3	
Brucellose	1			1		
Hepatitis A		2	4	7	5	6
Hepatitis B chronisch *)	35	39	51	66	84	82
Hepatitis C acuut		1		1	2	
Kinkhoest	106	82	30	227	153	93
Legionella pneumonie		3	4		7	6
Mazelen		19			43	7
Paratyfus A,B,C	1			1	3	1
Rubella						
STEC (E-coli 157)	3	2	9	3	2	17
Shigellose/bacillaire dysenterie	7	3	2	11	10	10
Tuberculose	24	25	21	45	44	37
Invasieve GAS	2	1	2	4	1	4
Voedselinfectie	1	1		3	1	2
C-ZIEKTEN						
Creutzfeld-J's disease/klassiek		2		1	2	3
Gele koorts						
Hantavirusinfectie						
Inv. Haemophilus influenzae type b						1
Legionellose	3			8		
Leptospirose						
Listeriose		3	3	1	4	5
Malaria	3		4	4	4	7
Meningokokkose		1		2	2	1
Psittacose/ornithose						1
MRSA						1
Q-koorts		1			1	
Invasieve pneumokokken		1	1	2	1	3
West-Nilevirus			1			1
Totaal	209	190	134	410	380	291

*) Inclusief dragers



COLOFON

September 2015, 50^{ste} jaargang nr. 3

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
mw. dr.ir. C. Wilschut-van Hooijdonk, GGD Haaglanden (kernredacteur)
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: epibul@ggdhaaglanden.nl

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

Ontwerp: Ontwerpwerk

Fotografie:
Gemeente Westland
Arnaud Roelofsz

Uitgave:
GGD Haaglanden

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

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

U kunt per mail aan ons doorgeven of, en zo ja, hoe u (per post of digitaal) het Epidemiologisch Bulletin kosteloos wilt ontvangen: epibul@ggdhaaglanden.nl.

Wilt u bij een afmelding, als u het blad niet meer wilt ontvangen of in het vervolg liever per e-mail, alstublieft ook uw adresgegevens invoeren? Dat maakt het eenvoudiger om uw gegevens uit het adressenbestand te kunnen verwijderen.

ISSN 0921-6219



BEZOEKADRESSEN

Westeinde 128
2512 HE Den Haag

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

