

Epidemiologisch Bulletin

JAARGANG 52

TIJDSCHRIFT VOOR VOLKSGEZONDHEID EN ONDERZOEK IN REGIO HAAGLANDEN

2

2017

VOLKSGEZONDHEID

**E-health vaardigheden en
gezondheidsverschillen** ➤ p. 15

LUMC-campus Den Haag ➤ p. 25

EPIDEMIOLOGIE

**Perinatale sterfte en morbiditeit
in Den Haag, 2000-2014** ➤ p. 4

Gezondheid in cijfers ➤ p. 30

IN DIT NUMMER

Redactioneel	3
Perinatale sterfte en morbiditeit in Den Haag, 2000-2014	4
<i>Nasra Karamali, Irene van der Meer en Loes Bertens</i>	
E-health vaardigheden en gezondheidsverschillen	15
<i>Denise van Leuven en Ad van Dijk</i>	
De LUMC-Campus Den Haag	25
<i>Mattijs Numans en Barend Middelkoop</i>	
Gezondheid in cijfers	30
thema eenzaamheid onder jongeren	
Korte berichten	31
Meldingen infectieziekten	36

Wilt u reageren op deze uitgave van het Epidemiologisch Bulletin?

Dan kunt u mailen naar: epibul@ggdhaaglanden.nl. De redactie stelt uw reactie zeer op prijs.



Redactioneel

Hoe staat het met de gezondheid van de pasgeborenen in Den Haag? Een jaar of zes geleden werden alarmerende cijfers bekend. De sterfte onder pasgeborenen ('perinatale sterfte') in Den Haag lag hoger dan het Nederlandse gemiddelde en ook hoger dan in steden als Amsterdam en Rotterdam. En de gemiddelde cijfers voor Nederland waren zelf ook al zorgwekkend hoog, hoger dan in de meeste andere Europese landen. In Den Haag is stevig ingezet met de Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid. Dat maakt natuurlijk erg nieuwsgierig naar de vraag hoe het er nu voor staat. In dit bulletin een update en een vergelijking van de cijfers over 2009-2014 met die van 2000-2008.

Voorts besteedt deze aflevering van het Epidemiologisch Bulletin aandacht aan het vrij nieuwe verschijnsel van e-health. Wat wordt daar zoal onder verstaan, is het een speeltje van digitale freaks of biedt het echt nieuwe mogelijkheden? En heeft e-health ook toegevoegde waarde voor mensen met geringe gezondheidsvaardigheden en laaggeletterden? Een stagiaire deed hier bij de GGD onderzoek naar en deelt haar bevindingen graag met de lezer.

Sommige lezers zullen het al hebben vernomen: het LUMC richt zich in toenemende mate op Den Haag. Inmiddels heeft dit geresulteerd in een LUMC-vestiging aan de Turfmarkt: de LUMC Campus Den Haag. Achtergronden van deze ontwikkeling en de kansen die dit biedt, vooral voor de eerste lijn en de public health, worden in deze editie voor het voetlicht gebracht.

De gebruikelijke rubriek 'Gezondheid in cijfers' sluit ook nu weer de artikelen af, dit keer met informatie over eenzaamheid en sociale steun onder jongeren.

SAMENVATTING

INLEIDING

In 2008 bleek dat perinatale sterfte hoger was in de vier grote steden dan in de rest van Nederland en dat deze het hoogst was in Den Haag. Dit was aanleiding om perinatale sterfte en morbiditeit in Den Haag in de periode 2000-2008 uitgebreider te onderzoeken. In dit artikel staat een actualisatie van deze cijfers tot en met 2014.

METHODE

Gegevens over perinatale sterfte en morbiditeit in 2000-2014 zijn verkregen van Stichting Perined en geanalyseerd in samenwerking met het ErasmusMC.

RESULTATEN

Perinatale sterfte en morbiditeit zijn gedaald in Den Haag. Perinatale sterfte en morbiditeit zijn nog steeds hoog in de wijken met een lage sociaaleconomische status (SES) en bij vrouwen van niet-westerse herkomst. Deze factoren blijken onafhankelijk van elkaar een hoger risico op perinatale sterfte en morbiditeit te geven.

Een andere belangrijke bevinding is dat er in de lage SES-wijken van Escamp een minder sterke daling van perinatale sterfte en morbiditeit heeft plaatsgevonden dan in de lage SES-wijken van Centrum. Dit kan mogelijk deels verklaard worden door een sterkere toename van westerse pasgeborenen in de lage SES-wijken van Centrum dan in Escamp, en door een verslechterde achterstandscore van de lage SES-wijken in Escamp terwijl die van de lage SES-wijken in Centrum ongeveer gelijk gebleven is.

CONCLUSIE

Perinatale sterfte en morbiditeit zijn afgenomen in Den Haag. De ambitie is dat deze verder afnemen, vooral door een verdere afname in de lage SES-wijken en bij vrouwen Creoolse en Hindostaanse herkomst.

Perinatale sterfte en morbiditeit in Den Haag, 2000-2014

In 2008 bleek dat Den Haag van de vier grote steden in Nederland de hoogste perinatale sterfte had. Vervolgens is de Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid (HAPG) ingezet. Met succes want de perinatale sterfte in Den Haag nam af van 11,1 per duizend geboorten in 2000-2008 naar 8,6 per duizend geboorten in 2009-2014. Bovendien is het verschil in perinatale sterfte tussen de wijken met een hoge en lage sociaaleconomische status kleiner geworden.

Toch is het probleem nog niet opgelost. Uit enkele verdiepende analyses, gepresenteerd in dit artikel, blijkt dat perinatale sterfte en morbiditeit nog steeds een stuk hoger liggen in de wijken met een lage sociaaleconomische status (lage SES-wijken), dat er in de lage SES-wijken van Escamp een veel kleinere daling plaatsvond dan in de lage SES-wijken van Centrum en dat perinatale sterfte en perinatale morbiditeit vooral hoog is bij vrouwen van Creoolse en van Hindostaanse herkomst. De ambitie is dan ook deze sterfte en morbiditeit verder te laten afnemen door versterking van de zorgketen, preventie en een vraag-gerichte infrastructuur in het kader van de HAPG.

Nasra Karamali, Irene van der Meer en Loes Bertens

Inleiding

Toen in 2003 uit Europese cijfers bleek dat Nederland slecht scoorde op het gebied van perinatale gezondheid in vergelijking met andere Europese landen, kwam perinatale sterfte (zie kader voor definitie op pagina 7) hoog op de agenda te staan in Nederland.¹ Bij verdiepend onderzoek naar perinatale sterfte bleek dat deze sterfte hoger was in de vier grote steden dan in de rest van Nederland en dat deze het hoogst was in Den Haag.² Dit was aanleiding om de perinatale sterfte en morbiditeit in Den Haag uitgebreider te onderzoeken. In een verdiepend onderzoek werden cijfers over perinatale sterfte en morbiditeit in de periode 2000-2008 in Den Haag onderzocht.³ De belangrijkste bevindingen van het onderzoek waren dat perinatale sterfte vooral hoog lag in de wijken met een lage sociaaleconomische status (SES) en onder vrouwen van niet-westerse herkomst. Bij vrouwen van Creoolse en Hindostaanse herkomst was de perinatale sterfte het hoogst. In de lage SES-wijken wonen relatief veel vrouwen van niet-westerse herkomst. Doordat de



perinatale sterfte en morbiditeit hoger is bij vrouwen van niet-westerse herkomst, zou dit de hogere perinatale sterfte en morbiditeit in de lage SES-wijken kunnen verklaren. Of andersom: door de hogere perinatale sterfte en morbiditeit in de lage SES-wijken zou de hogere perinatale sterfte en morbiditeit bij vrouwen van niet-westerse herkomst verklaard kunnen worden. Uit analyse van de gegevens bleek beide niet het geval te zijn: zowel het wonen in een lage SES-wijk als een niet-westerse herkomst waren, onafhankelijk van elkaar, gerelateerd aan een hoger risico op perinatale sterfte en morbiditeit.

De hoge cijfers voor perinatale sterfte in Den Haag waren ook aanleiding om te starten met de Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid (HAPG). De resultaten van het verdiepend onderzoek waren richtinggevend voor deze aanpak met als tweeledige ambitie binnen tien jaar het Haagse perinatale sterftecijfer omlaag te brengen tot het landelijk gemiddelde en het verschil in perinatale sterftecijfers tussen de wijken met een hoge en wijken met een lage SES te halveren. In het septembernummer van 2016 van het Epidemiologisch Bulletin staat een uitgebreid artikel over deze aanpak inclusief enkele recente cijfers over perinatale gezondheid.⁴ Deze cijfers geven een positief beeld. De perinatale sterfte in Den Haag is afgenomen van 11,1 per duizend geboorten in 2000-2008 naar 8,6 per duizend geboorten in 2009-2014. Ook landelijk is er een daling te zien. De perinatale sterfte in Den Haag is nog steeds hoger dan landelijk, maar het verschil is afgenomen van 1,5 per 1.000 geboorten in 2000-2008 naar 0,9 per duizend geboorten in 2009-2014. Bovendien is het verschil in perinatale sterfte tussen de hoge en lage SES-wijken in Den Haag kleiner geworden (van een factor 2 in 2000-2008 naar factor 1,9 in 2009-2014).

In dit artikel worden de resultaten van enkele verdiepende analyses op de cijfers van 2009-2014 gepresenteerd. Hierbij zijn de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

1. Is er een verandering opgetreden in foetale en vroeg-neonatale sterfte en perinatale morbiditeit in de periode 2009-2014 in vergelijking met 2000-2008?
2. Welke groepen in Den Haag, te onderscheiden naar etnische herkomst, stadsdeel en SES, hebben een verhoogde perinatale sterfte en morbiditeit in de periode 2009-2014 in vergelijking met de periode 2000-2008?
3. Blijven de verschillen tussen hoge en lage SES-wijken in perinatale sterfte en morbiditeit bestaan als er rekening wordt gehouden met verschillen in etnische samenstelling van de wijken? En omgekeerd: blijven de verschillen tussen de etnische herkomstgroepen bestaan als er rekening wordt gehouden met de wijk waarin ze wonen?

Methoden

De gegevens over zwangerschappen van eenlingen in Den Haag voor de jaren 2000-2014 zijn verkregen van de Stichting Perined (zie kader op pagina 7) en in samenwerking met het ErasmusMC geanalyseerd. Dit onderzoek is beperkt tot de eenlingen, omdat twee- of meerlingen altijd een verhoogd risico hebben op perinatale sterfte en morbiditeit. Er is gebruikgemaakt van de volgende gegevens (zie kader voor definities op pagina 7):

- Foetale, vroeg-neonatale en totale perinatale sterfte.
- Perinatale morbiditeit (Big 4 en Big 2).
- Leeftijd, etnische herkomst en viercijferige postcode van het woonadres van de moeder.
- Pariteit.

Middelkoop et al. publiceerden eerder over perinatale sterfte en morbiditeit voor de jaren 2000-2008.³ In het huidige artikel worden de resultaten gepresenteerd voor de periode 2009-2014 ten opzichte van 2000-2008. De cijfers voor de periode 2000-2008 uit dit artikel komen niet geheel overeen met de eerder gepubliceerde cijfers. Dit komt door een nieuwe manier van koppelen van gegevens uit de eerste en tweede lijn bij Stichting Perined, en door een nieuwe definitie van een laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur. Doordat de gegevens over 2000-2014 voor het huidige artikel gezamenlijk zijn verkregen met toepassing van de nieuwe koppeling en definitie op de gegevens uit 2000-2008, zijn de huidige gegevens methodologisch goed vergelijkbaar.

Statistische analyses

De analyses zijn uitgevoerd in SPSS21.0 en Excel.

Verschillen in perinatale sterfte tussen beide onderzoeksperiodes tussen de SES-wijken en verschillende etnische herkomstgroepen zijn niet statistisch getoetst, omdat de gegevens alle zwangerschappen vanaf 22 weken betreffen in Den Haag. Er is geen steekproef getrokken.

Om de laatste onderzoeksvraag te beantwoorden, wordt de hogere perinatale sterfte en morbiditeit in lage SES-wijken verklaard door het grote aandeel vrouwen van niet-westerse herkomst of andersom, is gebruikgemaakt van logistische regressie waarbij de analyse is uitgevoerd met en zonder correctie voor etnische herkomst cq SES-wijken. Er werd in alle analyses gecorrigeerd voor pariteit en leeftijd van de moeder omdat deze factoren ook invloed hebben op het voorkomen van perinatale sterfte en morbiditeit.

Indeling Den Haag naar SES en stadsdelen

De Perinatale Registratie (zie kader voor definitie op pagina 7) bevat de viercijferige postcodes van de moeders. Omdat in Den Haag de indeling van viercijferige postcodes niet overeenkomt met de wijkindeling, was het niet mogelijk om een wijkindeling te maken. Net als in het onderzoek in 2011 is Den Haag daarom ingedeeld in drie sociaaleconomische gebieden op basis van de viercijferige postcode en de achterstandscores van de wijken (zie kader voor definitie). De indeling is als volgt (zie ook figuur 1):

- Hoge SES-wijken (in 2011 'het Zand'): wijken uit Leidschenveen-Ypenburg, Loosduinen, Scheveningen, Haagse Hout (Benoordenhout), Centrum (Archipelbuurt) en Segbroek (Vruchtenbuurt, Bomen- en Bloemenbuurt, Vogelwijk);
- Overgangswijken (in 2011 'Overgang Zand-Veen'): wijken uit Haagse Hout (Mariahoeve en Marlot, Bezuidenhout), Centrum (Centrum, Zeeheldenkwartier), Escamp (Leyenburg), Segbroek (Valkenboskwartier, Regentessekwartier) en Scheveningen (Duindorp);
- Lage SES-wijken (in 2011 'het Veen'): wijken uit Laak, Centrum (Stationsbuurt, Schildersbuurt, Transvaalkwartier, Groente- en Fruitmarkt) en Escamp (Moerwijk, Morgenstond, Bouwlust/Vrederust).

Ook is er een indeling in stadsdelen gemaakt. Ook dit komt niet geheel overeen met de viercijferige postcodes, maar de verkeerd ingedeelde geboorten zijn verwaarloosbaar: voor de Haagse geboorten in 2014 geldt dat bij deze indeling 2,2% van de geboorten ten onrechte in een bepaald stadsdeel werd ingedeeld.

Resultaten

Perinatale sterfte en morbiditeit in Den Haag

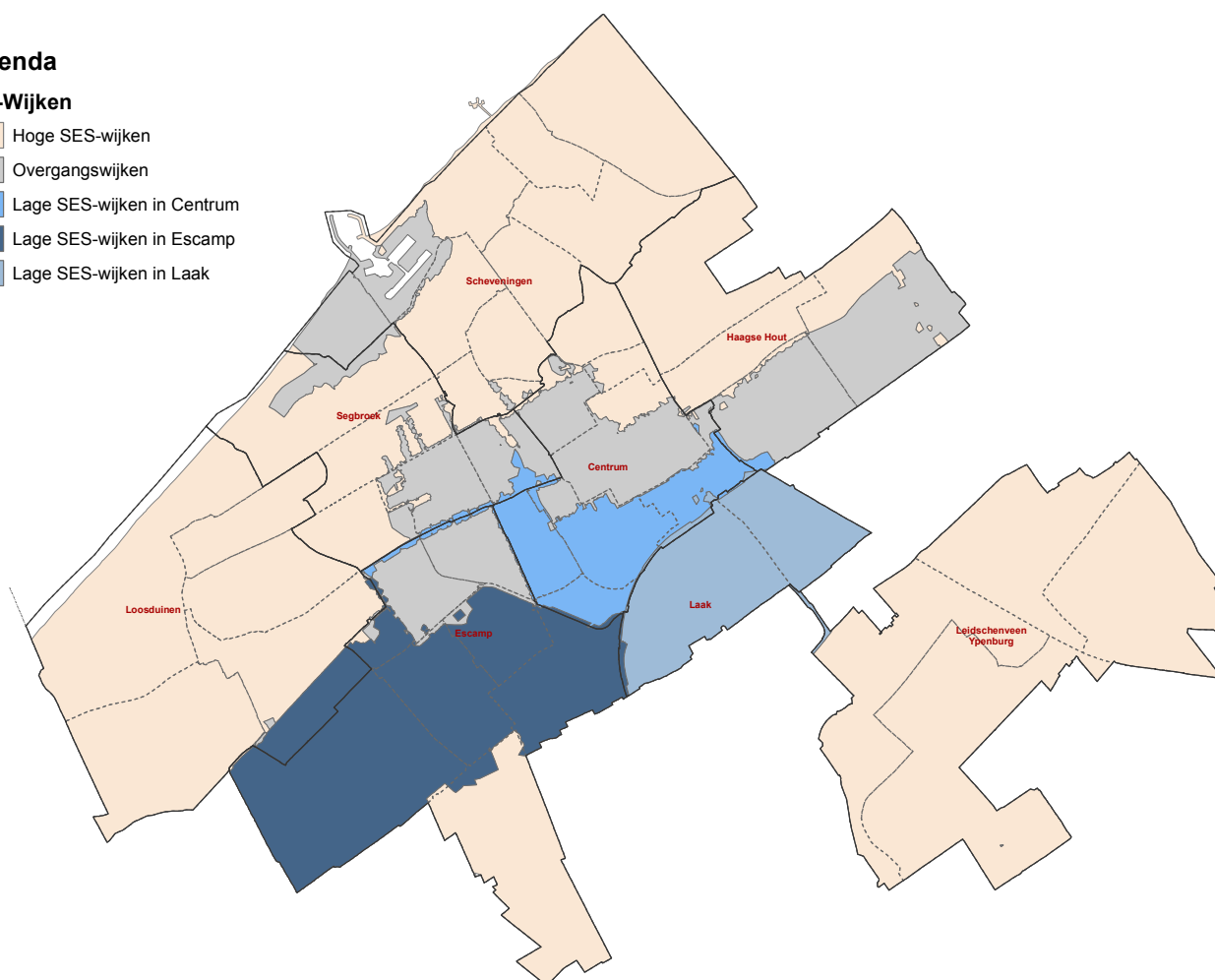
Perinatale sterfte is de som van foetale sterfte (doodgeboorte na minstens 22 weken zwangerschap) en vroeg-neonatale sterfte (sterfte van levendgeborenen in de eerste week). In tabel 1 op pagina 8 staan foetale sterfte, vroeg-neonatale sterfte en de totale perinatale sterfte voor Den Haag weergegeven voor de periodes 2000-2008 en 2009-2014. In de inleiding is al beschreven dat de totale perinatale sterfte in Den Haag is afgenomen van 11,1 per 1.000 in 2000-2008 naar 8,6 per 1.000 in 2009-2014. De daling komt voornamelijk door een daling in de foetale sterfte. Vroeg-neonatale sterfte is juist iets toegenomen (ongeveer twee extra gevallen per jaar).

Figuur 1: Indeling Den Haag in drie sociaaleconomische gebieden op basis van viercijferige postcode en achterstandscores van de wijken.

Legenda

SES-Wijken

- Hoge SES-wijken
- Overgangswijken
- Lage SES-wijken in Centrum
- Lage SES-wijken in Escamp
- Lage SES-wijken in Laak



Definities

Achterstandscore: Den Haag kent een indeling van wijken op basis van achterstandscores. Wijken met de laagste achterstandscores kennen de minste achterstand en wijken met de hoogste scores de meeste achterstand. Tot 2005 werd de achterstandscore samengesteld op basis van vijf indicatoren, namelijk het aandeel etnisch culturele groepen, het gemiddeld inkomen, het aandeel langdurig werklozen, de huurpunten en de sociaaleconomische factor. In 2005 werd een nieuwe methodiek bedacht en getoetst. De indicator huurpunten is vervangen door de gemiddelde WOZ-waarde van de woningen. De indicator sociaaleconomische factor is vervangen door het aandeel verhuizingen in de laatste drie jaar.

APGAR-score: Direct na de geboorte wordt een test afgenomen waarmee een snelle indruk van de algemene toestand van de baby kan worden verkregen. Bij deze test worden maximaal twee punten gegeven aan elk van de volgende aspecten: hartslag, ademhaling, spierspanning, huidskleur, reactie op prikkels. Een APGAR-score lager dan 7, gemeten na vijf minuten na de geboorte, behoort tot de Big 4.

Big 2: prematuriteit en een laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur.

Big 4: prematuriteit, een laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur, aangeboren afwijkingen en een lage APGAR-score.

Een laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur: Geboortegewicht in de range van 10% baby's met het laagste geboortegewicht, rekening houdend met de zwangerschapsduur (geboortegewicht onder tiende percentiel). Er wordt hier ook rekening gehouden met etniciteit: er is een aparte curve voor Hindostaanse baby's (zie Visser-curves).⁶

Etnische herkomst in Perinatale Registratie: Etnische herkomst van de zwangere wordt geregistreerd door de zorgverlener. In de Perinatale Registratie kunnen de volgende categorieën worden aangevinkt voor etnische herkomst: Nederlands, Mediterraan, Ander Europees, Creools, Hindostaans, Aziatisch en Overig. Onder de categorie Mediterraan vallen bijvoorbeeld de zwangeren van Turkse en Marokkaanse herkomst. Ook zwangeren afkomstig uit andere Noord-Afrikaanse landen vallen onder deze categorie. Ook is niet uit te sluiten dat sommige zorgverleners ook Griekse, Italiaanse en Spaanse vrouwen geregistreerd hebben als Mediterraan. Hetzelfde geldt ook voor de andere categorieën: het is niet uit te sluiten dat niet iedereen dezelfde definitie heeft gehanteerd voor de verschillende opties voor etnische herkomst.

Foetale sterfte: Sterfte voor de geboorte, bij een zwangerschapsduur van tenminste 22 weken of een geboortegewicht van minstens 500 gram bij een onbekende zwangerschapsduur. Foetale sterfte wordt uitgedrukt als het aantal doodgeboortes per 1.000 geboorten.

Pariteit: Het aantal kinderen dat een vrouw gebaard heeft vanaf ten minste 16 weken zwangerschapsduur.

Perinatale sterfte: Som van foetale en vroeg-neonatale sterfte, uitgedrukt als sterfte per 1.000 geboorten

Prematuriteit: Geboorte na een zwangerschapsduur van minder dan 37 weken.

Stichting Perined: Perined heeft tot doel om de kwaliteit van de perinatale zorgverlening in Nederland te vergroten door samen te kijken hoe het beter kan. In Perined werken de beroepsorganisaties samen, die zich bezighouden met de geboortezorg: KNOV (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen), LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging), NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie), NVK (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde) en NVVP (Nederlandse Vereniging voor Pathologie). Ook beheert Perined de Perinatale Registratie. Deze Perinatale Registratie bevat de data van de vier beroepsgroepen die zich bezighouden met geboortezorg: verloskundigen, huisartsen, gynaecologen en kinderartsen/neonatologen.

Vroeg-neonatale sterfte: Sterfte in de eerste week na de geboorte. Vroeg-neonatale sterfte wordt uitgedrukt in het aantal sterfgevallen tot en met de zevende dag na de geboorte per 1.000 levendgeborenen.

Tabel 1. Foetale, vroeg-neonatale en totale perinatale sterfte in Den Haag, 2000-2008 en 2009-2014.

	2000-2008	2009-2014	Vershil
Aantal geboorten per jaar	5.860	6.447	
Aantal gevallen van foetale sterfte per jaar	46	33	
Foetale sterfte (per 1.000 geboorten)	7,9	5,1	-2,8
Aantal levendgeborenen per jaar	5.814	6.414	
Aantal gevallen van vroeg-neonatale sterfte per jaar	19	23	
Vroeg-neonatale sterfte (per 1.000 levendgeborenen)	3,2	3,5	+0,3
Totale perinatale sterfte (per 1.000 geboorten)	11,1	8,6	-2,5

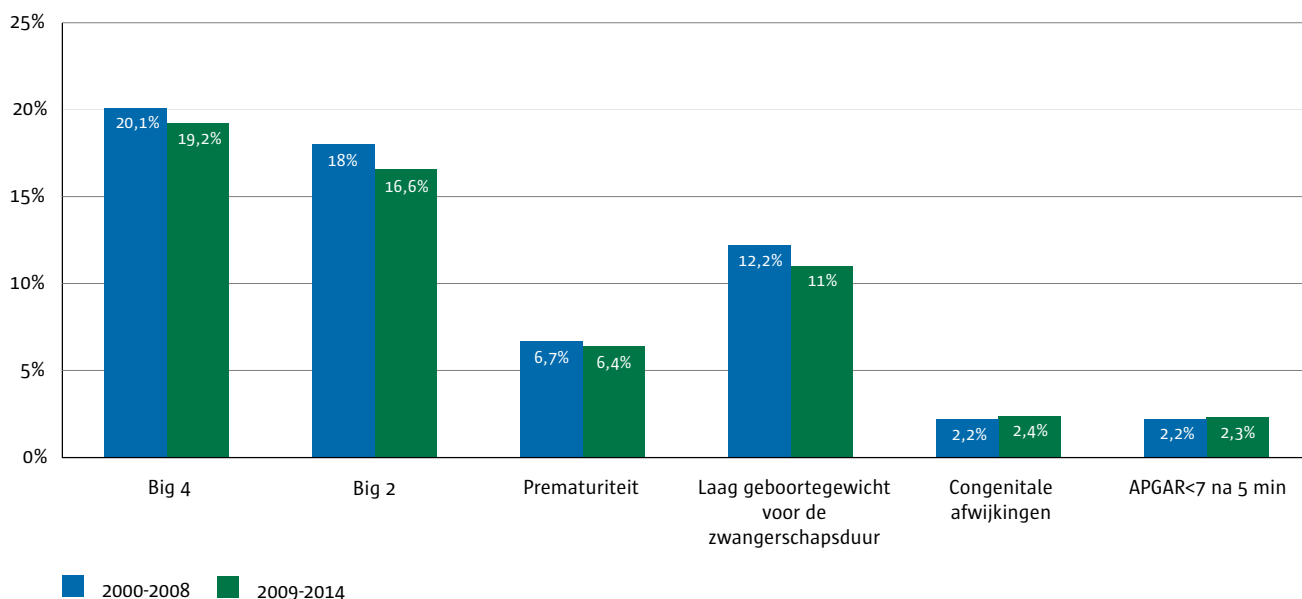
Ook perinatale morbiditeit ('Big 4', zie kader op pagina 7) is iets gedaald (zie Figuur 2). In de periode 2000-2008 kwam dit voor bij 20,1 per 100 levendgeborenen; in de periode 2009-2014 was dit gedaald tot 19,2. Van de afzonderlijke aandoeningen is een laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur het meest voorkomend en deze aandoening is het meest gedaald. Ook het voorkomen van prematuriteit is iets gedaald, terwijl het voorkomen van congenitale afwijkingen en een APGAR-score <7 licht zijn gestegen.

Omdat prematuriteit en een laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur het meest voorspellend zijn voor sterfte, er discussie is over de afkapwaarde voor de APGAR-score na vijf minuten en omdat de congenitale afwijkingen zeer verschillen in ernst wordt er ook een nieuwe maat gebruikt voor perinatale morbiditeit, namelijk de 'Big 2'. Hier vallen prematuriteit en een laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur onder. Ook de Big 2 is gedaald van 18,0 per honderd levendgeborenen in 2000-2008 naar 16,6 per honderd in 2009-2014. In de rest van het artikel wordt de Big 2 als maat voor perinatale morbiditeit gebruikt.

Perinatale sterfte en morbiditeit naar etnische herkomst

De meeste geboorten vinden plaats onder vrouwen van westerse herkomst (ongeveer 3.350 per jaar versus 1.975 per jaar onder vrouwen van niet-westerse herkomst in 2000-2014). Onder de vrouwen van niet-westerse herkomst vinden de meeste geboorten plaats onder de vrouwen van Mediterraanse herkomst (1.171 per jaar in 2000-2014) en de minste onder de vrouwen van Aziatische herkomst (181 per jaar in 2000-2014). De vrouwen van Creoolse en Hindostaanse herkomst vallen hier tussenin met respectievelijk gemiddeld 276 en 348 geboorten per jaar in de periode 2000-2014. In tabel 2 is de perinatale sterfte per etnische herkomstgroep gepresenteerd. Net zoals in 2000-2008 is in 2009-2014 perinatale sterfte hoger in de niet-westerse herkomstgroep vergeleken met de westerse herkomstgroep. Wel is er een daling te zien in beide groepen. Onder de vrouwen van niet-westerse herkomst is er bij de vrouwen van Creoolse herkomst nog steeds de hoogste perinatale sterfte, alhoewel er ook onder hen een flinke daling heeft plaatsgevonden. Dit geldt ook voor de andere groepen, behalve voor de vrouwen van Mediterraanse herkomst waar perinatale sterfte heel licht is toegenomen.

Figuur 2. Perinatale morbiditeit in Den Haag, 2000-2008 en 2009-2014.



Tabel 2. Perinatale sterfte en morbiditeit (Big 2) naar etnische herkomst* in Den Haag, 2000-2008 en 2009-2014.

Perinatale sterfte per 1.000 geboorten	2000-2008	2009-2014	Vershil
Westers**	8,9	6,9	-2,0
Niet-westers	13,8	11,5	-2,3
Mediterraan	10,8	11,2	+0,4
Creools	25,6	17,0	-8,6
Hindostaans	16,9	13,3	-3,7
Aziatisch	7,7	3,9	-3,9
Onbekend/overig (13%)	14,2	9,0	-5,2
Perinatale morbiditeit (Big 2) per 100 levendgeborenen	2000-2008	2009-2014	Vershil
Westers**	15,6	14,3	-1,3
Niet-westers	20,9	18,7	-2,1
Mediterraan	15,8	13,9	-1,9
Creools	22,9	20,0	-2,9
Hindostaans	36,6	35,6	-1,0
Aziatisch	19,2	17,5	-1,7
Onbekend/overig (13%)	22,1	20,5	-1,5

* Zie kader voor definities etnische herkomst in Perinatale Registratie

** Nederlands en overig Europees

Ook bij perinatale morbiditeit (tabel 2) is te zien dat er in alle groepen een lichte daling heeft plaatsgevonden; de daling is het kleinst onder de vrouwen van Hindostaanse herkomst. Net als in 2000-2008 kennen vrouwen van Hindostaanse herkomst de hoogste perinatale morbiditeit, gevolgd door de vrouwen van Creoolse herkomst. Onder de vrouwen van Hindostaanse herkomst is vooral het voorkomen van een laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur hoog (27,7 per honderd in 2000-2008; 26,4 per honderd in 2009-2014).

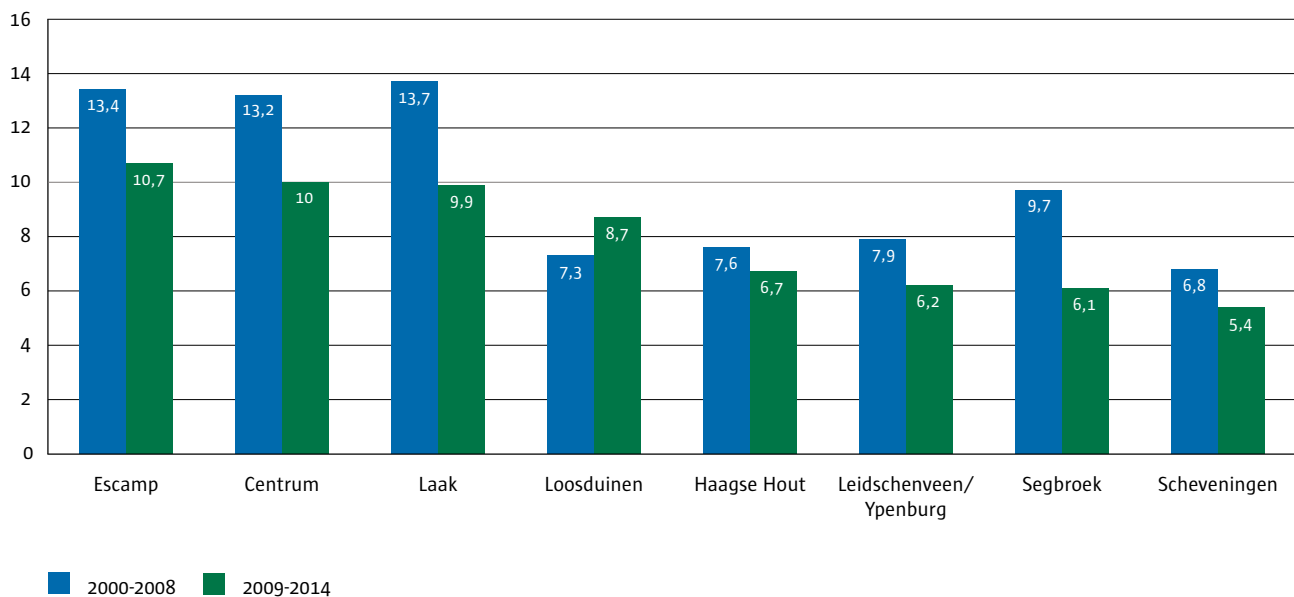
In bovenstaande tabel lijkt sprake van een grotere daling van perinatale sterfte dan van perinatale morbiditeit. Voor perinatale sterfte wordt echter een andere maat gebruikt dan voor perinatale morbiditeit: perinatale sterfte wordt uitgedrukt in aantal gevallen per duizend geboorten, terwijl perinatale morbiditeit wordt uitgedrukt in aantal gevallen per honderd geboorten. Als perinatale sterfte en morbiditeit worden opgeteld, dan is er in 2009-2014 nog steeds sprake van een daling ten opzichte van 2000-2008.

Perinatale sterfte en morbiditeit per stadsdeel

De meeste geboorten vinden plaats in stadsdeel Escamp (ruim 1.500/jaar in 2000-2014) en Centrum (bijna 1.400/jaar in 2000-2014); de minste geboorten in stadsdeel Loosduinen (ongeveer 300/jaar in 2000-2014). Perinatale sterfte was in de periode 2000-2008 het hoogst in stadsdeel Laak; in 2009-2014 was Escamp het stadsdeel met het hoogste cijfer voor perinatale sterfte (zie Figuur 3 op pagina 10). In bijna alle stadsdelen is er een daling zichtbaar in perinatale sterfte, behalve in stadsdeel Loosduinen. Er is een eenmalige uitschieter van het aantal gevallen van perinatale sterfte zichtbaar in 2013. Hiervoor is geen verklaring gevonden.

Perinatale morbiditeit (Big 2) is het hoogst in stadsdeel Laak in beide onderzoeksperioden. Hierna volgen Centrum en Escamp. Ook hier geldt dat er in bijna alle stadsdelen een daling zichtbaar is, behalve in Haagse Hout (stijging) (zie Tabel 3 op pagina 10).

Figuur 3. Perinatale sterfte per 1.000 geboorten in Den Haag naar stadsdeel, 2000-2008 en 2009-2014.



Tabel 3. Perinatale morbiditeit (Big 2) naar stadsdeel in Den Haag, 2000-2008 en 2009-2014.

Stadsdeel	Big 2 per 100 levendgeborenen		Verskil
	2000-2008	2009-2014	
Laak	22,0	18,7	-3,3
Escamp	19,5	18,4	-1,1
Centrum	20,1	17,6	-2,5
Haagse Hout	15,0	16,3	+1,2
Loosduinen	17,5	16,2	-1,3
Segbroek	16,4	14,6	-1,8
Leidschenveen/Ypenburg	14,4	14,3	-0,1
Scheveningen	13,9	13,1	-0,8

Perinatale sterfte en morbiditeit naar gebieden op basis van sociaaleconomische status

Zoals beschreven in de methode is Den Haag ingedeeld in drie gebieden op basis van de viercijferige postcode en achterstandscore: hoge SES-wijken, overgangswijken en lage SES-wijken. In alle drie de gebieden is de perinatale sterfte gedaald; in de lage SES-wijken is de daling het grootst (zie Tabel 4 op pagina 11). Zowel in 2000-2008 als in 2009-2014 is de perinatale sterfte het laagst in de meest welvarende wijken (hoge SES), en het hoogst in de wijken met de meeste achterstand (lage SES). De lage SES-wijken liggen verspreid over drie stadsdelen, namelijk stadsdeel Centrum, Escamp en Laak. Na uitsplitsing van de lage SES-wijken naar het stadsdeel waar ze in liggen blijkt in alle drie de lage SES-gebieden een daling in de perinatale sterfte, waarbij

de daling het sterkst is in de lage SES-wijken van stadsdeel Centrum. In de periode 2000-2008 was de perinatale sterfte het hoogst in de lage SES-wijken van Centrum; in de periode 2009-2014 was dit het geval in de lage SES-wijken van Escamp.

Bij perinatale morbiditeit blijkt hetzelfde beeld: er is een daling zichtbaar in alle drie de gebieden, waarbij de daling het sterkst is in de lage SES-wijken (zie Tabel 4 op pagina 11). Perinatale morbiditeit is echter nog steeds het hoogst in de lage SES-wijken. Bij een onderverdeling van de lage SES-wijken in de verschillende stadsdelen waar ze in liggen, is te zien dat de daling in perinatale morbiditeit ook het hoogst is in de lage SES-wijken in Centrum en het laagst in de lage SES-wijken in Escamp.



Tabel 4. Perinatale sterfte en morbiditeit (Big 2) per SES-wijken, 2000-2008 en 2009-2014.

Perinatale sterfte per 1.000 geboorten	2000-2008	2009-2014	Vershil
Hoge SES	7,2	5,6	-1,6
Overgang	11,6	9,6	-2,0
Lage SES	14,3	10,7	-3,6
Lage SES-wijken Escamp	13,7	11,6	-2,0
Lage SES-wijken Centrum	15,3	10,0	-5,3
Lage SES-wijken Laak	13,7	9,9	-3,8
Perinatale morbiditeit (Big 2) per 100 levendgeborenen	2000-2008	2009-2014	Vershil
Hoge SES	14,2	14,0	-0,3
Overgang	18,6	17,4	-1,2
Lage SES	21,2	18,4	-2,7
Lage SES-wijken Escamp	20,1	18,6	-1,4
Lage SES-wijken Centrum	21,6	18,0	-3,6
Lage SES-wijken Laak	21,9	18,6	-3,2

Samenhang hoger risico op perinatale sterfte en morbiditeit bij vrouwen van niet-westerse herkomst en inwoners lage SES-wijken

Uit bovenstaande blijkt dat perinatale sterfte en morbiditeit vooral voorkomen bij zwangeren uit de lage SES-wijken en vrouwen van niet-westerse herkomst. Omdat er voornamelijk veel vrouwen van niet-westerse herkomst wonen in de lage SES-wijken is het zinvol om na te gaan of de hogere risico's blijven bestaan als er gecorrigeerd wordt voor het aantal zwangeren van niet-westerse herkomst in de lage SES-wijken. En andersom: blijven de hogere risico's voor zwangeren van niet-westerse herkomst bestaan als er wordt gecorrigeerd voor de wijk waar ze in wonen? Uit de analyses blijkt dat de extra correctie voor etnische herkomst de risico's iets verlaagt voor de lage SES-wijken, maar er bestaat nog steeds een hoger risico op perinatale sterfte en morbiditeit in de lage SES-wijken.

Hetzelfde geldt voor vrouwen van niet-westerse herkomst: correctie voor de wijk waar ze in wonen zorgt voor een iets lager risico op perinatale sterfte en morbiditeit, maar neemt het verschil tussen de vrouwen van westerse en niet-westerse herkomst niet weg. Dit betekent dat er nog meer factoren zijn, buiten leeftijd, pariteit en de SES van de wijk die het hogere risico bij vrouwen van niet-westerse herkomst bepalen. Het wonen in een lage SES-wijk en van niet-westerse herkomst zijn, geven dus onafhankelijk van elkaar een hoger risico op perinatale sterfte en morbiditeit.

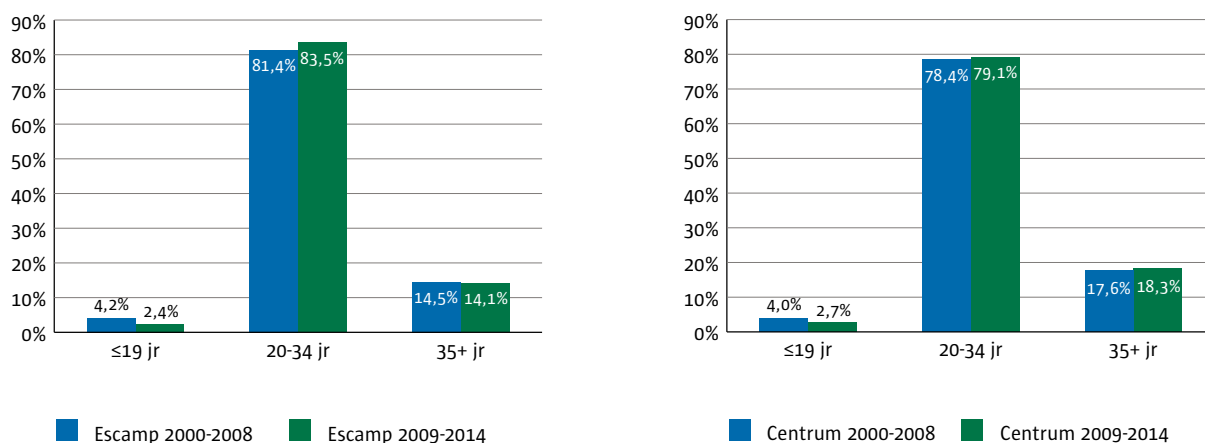
Mogelijke verklaring verschillen lage SES-wijken Escamp en Centrum

Waar de perinatale sterfte en morbiditeit is afgenomen in alle lage SES-wijken is deze daling minder groot in de lage SES-wijken van Escamp dan in de lage SES-wijken van Centrum (zie Tabel 4). Deze bevinding heeft ertoe geleid dat een onderzoeksvraag is toegevoegd aan dit onderzoek, namelijk "Is er in de beschikbare gegevens een mogelijke verklaring te vinden voor de kleinere daling van perinatale sterfte en morbiditeit in de lage SES-wijken van Escamp dan in de lage SES-wijken van Centrum?" Zo kunnen verschillen in leeftijd van de moeder, etnische herkomst of sociaaleconomische status mogelijke verklaringen vormen voor het meer of minder dalen van de zwangerschapsuitkomsten.

Leeftijd van de moeder en etnische herkomst van de pasgeborene

Op basis van de geboortebestanden van de gemeente Den Haag is gekeken naar verschuivingen in leeftijd van de moeders en etnische herkomst van de pasgeborenen. Wat betreft leeftijd zijn er geen grote verschuivingen in de lage SES-wijken van beide stadsdelen (zie Figuur 4 op pagina 12). De verschillen in de lage SES-wijken van beide stadsdelen zijn tevens dezelfde richting uit (bijvoorbeeld kleiner percentage moeders onder de twintig jaar). Leeftijd van de moeder zal dus geen verklaring zijn voor het verschil in verandering in perinatale uitkomsten tussen de lage SES-wijken van Escamp en Centrum.

Figuur 4. Leeftijd moeders pasgeborenen in lage SES-wijken in Escamp en Centrum, 2000-2008 en 2009-2014.



Ook wat betreft etnische herkomst van de pasgeborene blijken overeenkomsten tussen de lage SES-wijken in beide stadsdelen (zie Tabel 5). In allebei de gebieden is er sprake van een toename van pasgeborenen van autochtone en westers allochtone herkomst. In Centrum is deze toename echter veel sterker dan in Escamp (13,2% in Centrum ten opzichte van 5,5% in Escamp). Ook is in de lage SES-wijken in Centrum het percentage pasgeborenen van Surinaamse herkomst sterker afgenomen dan in Escamp. Deze veranderingen zouden reden kunnen zijn voor de grotere daling van perinatale ongezondheid in de lage SES-wijken van Centrum dan in Escamp. Immers, vrouwen van autochtone en overig westerse herkomst (westers in tabel 3 op pagina 10) hadden lagere perinatale sterfte en morbiditeit, en vrouwen van Surinaamse herkomst (vergeleken met Creoolse en Hindostaanse herkomst in tabel 3*) hadden een hogere perinatale sterfte en morbiditeit.

Achterstandscores lage SES-wijken Escamp en Centrum

Om iets te kunnen zeggen over de sociaaleconomische status van de zwangeren is in het onderzoek gekeken naar de achterstandscores van de lage SES-wijken in Escamp en Centrum. In figuur 5 op pagina 13 is de gemiddelde achterstandscore te zien van de achterstandswijken in Escamp en Centrum (hoge achterstandscore=meer achterstand). Te zien is dat in Centrum de achterstandscores van de Schildersbuurt en Transvaalkwartier licht zijn verbeterd; die van de Stationsbuurt en Groente- en Fruitmarkt zijn licht verslechterd. In de achterstandswijken in Escamp is de achterstandscore in alle wijken verslechterd. Vooral in Moerwijk is de achterstandscore flink omhoog gegaan (meer achterstand). Gemiddeld genomen is de achterstandscore van de lage SES-wijken in Centrum ongeveer gelijk gebleven, terwijl die in Escamp is verslechterd. Ook dit zou dus een reden kunnen zijn waarom perinatale ongezondheid minder sterk is afgenomen in de lage SES-wijken in Escamp dan in de lage SES-wijken in Centrum.

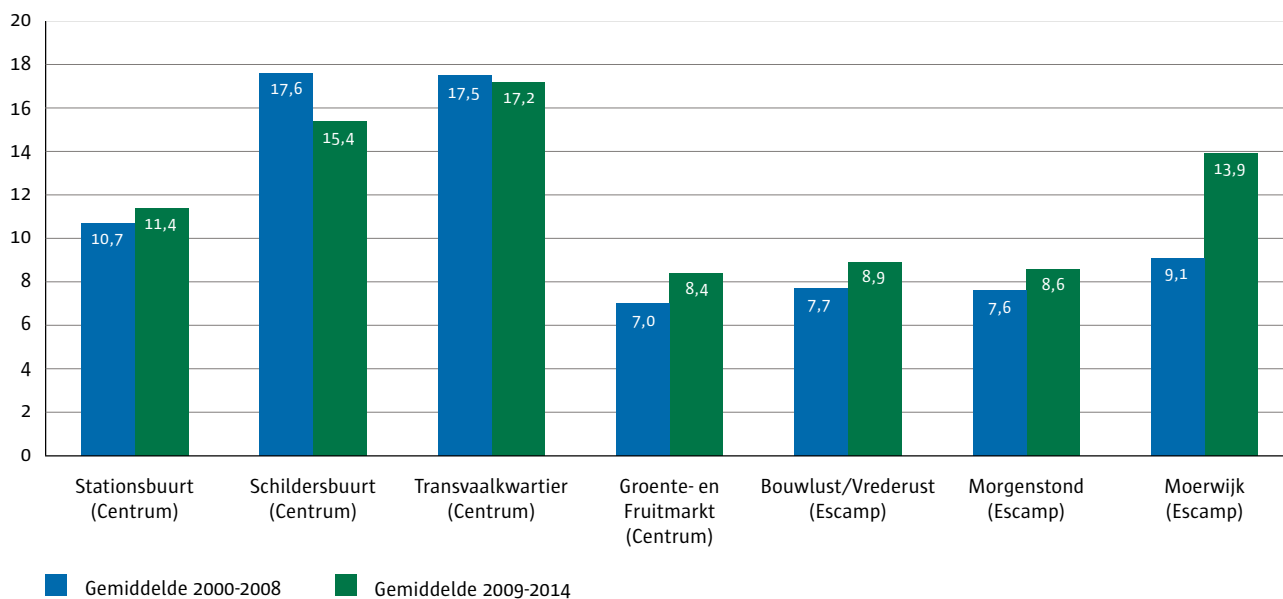
Tabel 5. Etnische herkomst pasgeborenen in lage SES-wijken in Escamp en Centrum, 2000-2008 en 2009-2014.

	Lage SES-wijken Escamp			Lage SES-wijken Centrum		
	2000-2008	2009-2014	Vershil	2000-2008	2009-2014	Vershil
Surinaams	7,7%	6,5%	-1,2%	12,2%	7,1%	-5,1%
Antilliaans	5,1%	4,8%	-0,3%	3,9%	3,2%	-0,7%
Turks	15,2%	15,7%	0,5%	29,5%	27,0%	-2,4%
Marokkaans	20,4%	18,8%	-1,7%	23,7%	19,7%	-3,9%
overig niet-westers	20,7%	17,9%	-2,8%	15,4%	14,3%	-1,1%
westers	4,6%	7,7%	3,1%	3,7%	11,5%	7,8%
autochtoon	26,3%	28,7%	2,4%	11,7%	17,1%	5,4%

* Het is in het BRP niet mogelijk om onderscheid te maken tussen inwoners van Creoolse en Hindostaanse herkomst. Daarom is er hier gekeken naar inwoners van Surinaamse herkomst.



Figuur 5. Gemiddelde achterstandscore voor de lage SES-wijken in Centrum en Escamp, 2000-2008 en 2009-2014.



Discussie

Sinds het nieuws in 2003 dat de Nederlandse cijfers voor perinatale sterfte hoog lagen in vergelijking met andere Europese landen¹ zijn er positieve ontwikkelingen geweest. Zoals aangegeven in het artikel over HAPG is landelijk de perinatale sterfte afgenomen.⁴ Ook in Den Haag zijn perinatale sterfte en morbiditeit afgenomen. Dit betekent echter niet dat het probleem is opgelost. Er zijn nog steeds groepen in Den Haag die een hoog risico hebben op perinatale sterfte en morbiditeit. Zo liggen perinatale sterfte en morbiditeit een stuk hoger in de lage SES-wijken in vergelijking met de hoge SES-wijken. Dit wordt niet verklaard door het grote aantal vrouwen van niet-westerse herkomst (die een hoger risico op perinatale sterfte en morbiditeit kennen) dat in de lage SES-wijken woont. Waarschijnlijk zijn er andere risicofactoren in de lage SES-wijken die het hoge risico verklaren. Welke risicofactoren dit zijn is nog niet goed bekend. Wel is duidelijk dat het hierbij gaat om een opeenstapeling van meerdere risicofactoren die tezamen zorgen voor hogere risico. Dit zijn sociodemografische en leefstijlrisicofactoren, maar ook obstetrische en gezondheid gerelateerde risicofactoren.⁵

Ook zijn er bepaalde etnische groepen die een hoger risico kennen op perinatale sterfte en morbiditeit. Bij perinatale sterfte zijn dit vooral de vrouwen van Creoolse herkomst en bij perinatale morbiditeit vooral de vrouwen van Hindostaanse herkomst. Deze verschillen blijven bestaan na correctie voor de wijk waarin ze wonen, pariteit en leeftijd van de moeder. Onder de Hindostaanse vrouwen komt vooral een laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur veel voor. Dit is opvallend aangezien er voor het bepalen van een laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur bij Hindostanen een etnisch-specifieke geboortegewicht-curve wordt gebruikt.⁶

Het is onduidelijk waarom de risico's hoger liggen bij Creoolse en Hindostaanse vrouwen. Middelkoop et al. speculeerden dat dit mogelijk veroorzaakt zou kunnen worden door een verhoogd cardiometabool risico bij deze groepen. Bij de Creolen gaat het hierbij vooral om een verhoogde bloeddruk en bij de Hindostanen betreft het (zwangerschaps)diabetes. Ook werd gespeculeerd dat het te laat in zorg komen ook mogelijk een rol zou kunnen spelen.³ Op dit moment wordt gekeken naar mogelijkheden om te onderzoeken of een late zorgstart inderdaad een rol speelt in Den Haag.

Om meer inzicht te krijgen in mogelijke oorzaken van het verhoogde perinatale sterftecijfer onder Creoolse vrouwen is er in 2012 een case-control onderzoek gedaan naar de perinatale sterfte onder Creoolse vrouwen, die in een van drie Haagse ziekenhuizen waren bevallen van een eenling in de periode 2000-2010. Het doel was om na te gaan of er kenmerken konden worden vastgesteld die samenhangen met perinatale sterfte. De kans op perinatale sterfte bleek verhoogd wanneer:

- een eerdere zwangerschap na minder dan 28 weken was geëindigd;
- in de huidige zwangerschap een aangeboren afwijking bestond;
- in de huidige zwangerschap HELLP optrad zonder voorafgaande pre-eclampsie;
- de huidige zwangerschap extreem prematuur eindigde.

Dit rijtje geeft niet de werkelijke oorzaken weer. Zo zal aan een premature partus vaak een andere risicofactor ten grondslag liggen. Meer onderzoek is nodig om te achterhalen waarom Creoolse en Hindostaanse vrouwen een hoger risico op perinatale sterfte en morbiditeit kennen.⁷

Bij het analyseren van de resultaten naar SES-wijk viel op dat perinatale sterfte en morbiditeit sterker waren gedaald in de lage SES-wijken van het stadsdeel Centrum dan de in de lage SES-wijken in Escamp. Om na te gaan of dit mogelijk iets te maken heeft met de kenmerken van de wijk is er naar etnische herkomst en leeftijd gekeken in beide onderzoeksperioden. Leeftijd lijkt niet veel uit te maken, wel is er een verschuiving te zien in etnische herkomst. In 2009-2014 is er een toename te zien in het percentage pasgeborenen van autochtone en overig westerse herkomst in de lage SES-wijken van zowel Escamp als Centrum. De toename is echter veel sterker in de lage SES-wijken van Centrum. Aangezien perinatale sterfte en morbiditeit een stuk lager liggen bij deze groepen zou dit deels kunnen verklaren waarom perinatale sterfte en morbiditeit minder sterk zijn gedaald in de lage SES-wijken van Escamp. Bovendien blijkt uit de achterstandscores dat er in 2009-2014 meer achterstand is in de lage SES-wijken van Escamp ten opzichte van 2000-2008, terwijl dit in de lage SES-wijken van Centrum ongeveer gelijk is gebleven. Er zijn ook andere oorzaken te bedenken, zoals wellicht meer voorlichtingsactiviteiten of een groter publieksbereik ervan in dit stadsdeel.

Tot slot, perinatale sterfte en morbiditeit zijn afgenomen in Den Haag, maar de ambitie is dat deze nog verder afnemen. Ook blijven er nog duidelijke risicogroepen bestaan die extra aandacht verdienen, ondanks dat er ook in deze groepen een afname van perinatale sterfte en morbiditeit heeft plaatsgevonden.

De Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid blijft daarom bestaan. In juli 2016 heeft het Platform Perinatale Gezondheid de nieuwe ambities geformuleerd. Deze zijn terug te lezen in het artikel over HAPG van september 2016. Hierbij zal aandacht zijn voor het versterken van de zorgketen, preventie en een vraaggerichte infrastructuur.⁴ De resultaten van dit onderzoek kunnen, net als het onderzoek in 2012, helpen om de verdere plannen van HAPG richting te geven. Bij het versterken van de zorgketen, preventie en de vraaggerichte infrastructuur zal er aandacht blijven voor de lage SES-wijken, en dan is het goed om te weten dat lage SES-wijk Escamp extra aandacht behoeft, waar perinatale sterfte en morbiditeit minder zijn gedaald dan in de andere wijken. Ook zal er aandacht zijn voor de vrouwen van niet-westerse herkomst, met name de vrouwen van Creoolse en Hindostaanse herkomst waar de cijfers voor perinatale sterfte en morbiditeit het hoogst zijn. Hierbij gaat het niet alleen om vrouwen van niet-westerse herkomst in de lage SES-wijken, maar om alle vrouwen van niet-westerse herkomst in Den Haag.

Wilt u reageren op dit artikel?
Dan kunt u mailen naar de redactie:
epibul@ggdhaaglanden.nl

OVER DE AUTEURS

Mw. N.S. Karamali MSc is epidemiologisch onderzoeker GGD Haaglanden. **Mw. dr.ir. I.M. van der Meer** is senior epidemiologisch onderzoeker GGD Haaglanden. **Mw. dr. L.C.M Bertens** is klinisch epidemioloog, afdeling verloskunde en gynaecologie ErasmusMC.

REFERENTIES

- 1 EURO-PERISTAT Project. **European Perinatal Health Report**. 2008
- 2 De Graaf JP, Ravelli AC, Wildschut HI, Denktas S, Voorham AJ, Bonsel GJ, Steegers EA. **Perinatale uitkomsten in de vier grote steden en de prachtwijken in Nederland**. Ned Tijdschr Geneesk 2008;152:2734-40
- 3 Middelkoop BJC, Jacobi CE, Dijk AAHM van. **Perinatale sterfte en morbiditeit in Den Haag, 2000-2008**. Epidemiologisch Bulletin 2011, 46(4): 2-12.
- 4 De Graaf A, Van der Meer IM, Metaal D. **Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid**. Epidemiologisch Bulletin 2016, 51(2):16-24
- 5 Timmermans S, Bonsel GJ, Steegers-Theunissen RPM et al. **Individual accumulation of heterogeneous risks explains perinatal inequalities within deprived neighbourhoods**. Eur J Epidemiol. 2011;26:165-80
- 6 Visser GHA, Eilers PHC, Elferink-Stinkens PM, Merkus HMWM, Wit JM. **New Dutch reference curves for birthweight by gestational age**. Early Hum Dev 2009; 85: 737-44
- 7 Kortekaas MHM, Miranda E de, Jacobi CE, Middelkoop BJC. **Perinatale sterfte onder Creoolse vrouwen, Den Haag 2000 - 2010**. Epidemiologisch Bulletin 2013, 48(3): 27-38.



E-health vaardigheden en gezondheids- verschillen

Het begrip ‘e-health’ is niet meer weg te denken en technologie speelt een steeds grotere rol in de gezondheidszorg. Toch is lang niet altijd duidelijk wat er nu precies beschikbaar is en welke vaardigheden nodig zijn om er optimaal gebruik van te kunnen maken. Onderstaand artikel gaat hierop in en bespreekt dat vooral personen met een lage sociaal-economische positie moeite kunnen hebben met het gebruiken van e-health toepassingen. Ook toont het artikel resultaten van recent kwalitatief onderzoek naar de e-health vaardigheden van niet-westerse migranten in Den Haag en mogelijkheden om deze vaardigheden te verbeteren.

Denise van Leuven en Ad van Dijk

Inleiding

Technologie wordt steeds meer en breder gebruikt in relatie tot gezondheid en speelt een steeds grotere rol in de gezondheidszorg. Het gebruik van informatie- en communicatietechnologie voor de gezondheid en gezondheidszorg wordt vaak e-health genoemd. Met name het gebruik van internet biedt vele mogelijkheden om de gezondheidszorg te verbeteren. Wat de mogelijkheden van internet echter precies zijn en wat er voor een patiënt allemaal beschikbaar is, is vaak onduidelijk. Dit artikel geeft een overzicht van de technologische mogelijkheden op het gebied van gezondheid en de (potentiële) voordelen van e-health. Er is aandacht voor de vaardigheden die nodig zijn om optimaal gebruik te kunnen maken van e-health en voor het cruciaal belang dat iedereen vaardig genoeg is om e-health toepassingen te kunnen gebruiken. Ook wordt een recent uitgevoerd kwalitatief onderzoek besproken over de e-health vaardigheden van niet-westerse migranten in Den Haag.¹ Als laatste

komt aan de orde het verbeteren van e-health vaardigheden in een groep mensen die op een of meerdere vlakken niet over de vaardigheden beschikt om e-health toepassingen succesvol of optimaal te gebruiken.

Wat is e-health?

E-health is een algemeen begrip en is te omschrijven als diensten en informatie op het gebied van gezondheid waarbij gebruik wordt gemaakt van internet en/of gerelateerde technologie zoals de computer, laptop, tablet en smartphone. Breder gezien gaat het om een gedachtegang en houding die erop gericht is om door het gebruik van die technologie de gezondheidszorg te verbeteren.² Ter verduidelijking bevat tabel 1 een overzicht van verschillende e-health toepassingen die gebruikt kunnen worden door (potentiële) patiënten, verdeeld in vier categorieën (gebaseerd op de indeling in de e-health monitor van Nictiz en NIVEL in 2014)³.



De eerste categorie omvat het opzoeken en bijhouden van informatie op het gebied van gezondheid. Dit betreft het zoeken op internet naar informatie over symptomen, medicijnen of ziektes. Gezondheid gerelateerde informatie op internet wordt zowel aangeboden op erkende websites als op forums waar patiënten ervaringen kunnen delen. Ook bestaan er diverse programma's en apps voor de computer en mobiele telefoon om informatie gerelateerd aan de eigen gezondheid bij te houden, zoals gewicht, activiteit en bloeddruk. Een voorbeeld van een in Den Haag ontwikkelde e-health applicatie is de Thuisdokter, een programma op internet om vaardigheden te ontwikkelen op het gebied van gezondheid.⁴ Een ander goed voorbeeld is de thuisarts: met deze populaire app kan men onder andere medische informatie opzoeken, opslaan in het persoonlijke profiel en gebruiken bij de voorbereiding op een afspraak met een zorgverlener.⁵ In totaal omvat de eerste categorie allerlei acties die personen zelfstandig kunnen verrichten om met behulp van technologie meer kennis te krijgen over (de eigen) gezondheid.

Er zijn ook veel technologische toepassingen die de communicatie tussen de zorgprofessional en de (potentiële) patiënt ondersteunen en/of verbeteren. Steeds vaker is het mogelijk dat de patiënt een afspraak met de huisarts maakt via bijvoorbeeld de website van de huisartsenpraktijk. Ook sturen zorgverleners, waaronder de tandarts, steeds vaker een herinnering van de afspraak per sms of e-mail. Verder is e-mailen met bijvoorbeeld de psycholoog niet meer zo uniek als tien jaar geleden. Alle voorbeelden in deze tweede categorie betreffen toepassingen die de communicatie tussen zorggebruiker en zorgverlener ondersteunen, voor en na een daadwerkelijke afspraak met de zorgverlener.

De derde categorie, online behandeling, betreft de mogelijkheid om behandeld te worden zonder een fysieke afspraak met de zorgaanbieder. Zo kunnen mensen op eigen initiatief een zelfhulpprogramma volgen dat zij hebben gevonden op een website. Ook betreft dit behandelingen zonder fysieke afspraak, waarbij contact met bijvoorbeeld de diëtist of huisarts plaatsvindt via mail, telefoon en/of skype (videobellen). In enkele gevallen is het mogelijk dat de patiënt een foto, van bijvoorbeeld een stuk huid, opstuurt naar de zorgverlener ter beoordeling. In het Epidemiologisch Bulletin van juni 2016 is dieper ingegaan op toenemend gebruik van internet voor onlinebehandeling van psychische klachten.⁶

Ondersteuning op afstand komt voor een groot deel overeen met de hiervoor beschreven voorbeelden van onlinebehandeling. Het verschil vormt voornamelijk het type patiënt: bij ondersteuning op afstand gaat het veelal om chronisch zieke patiënten waar de e-health toepassingen voornamelijk gericht zijn op het behandelen en monitoren van de patiënten over een lange periode. Bij deze ondersteuning op afstand komen meer e-health toepassingen naar voren om lichaamsfuncties van de patiënt te monitoren zonder een fysieke afspraak in te plannen.

In tabel 1 op pagina 17 staan enkele toepassingen die (nog) niet zo vaak mogelijk zijn. De voorbeelden genoemd onder de eerste categorie, het zoeken en bijhouden van gezondheidsinformatie, zijn allemaal al breed beschikbaar. De overige categorieën zijn echter afhankelijk van het feit of de zorgverlener deze aanbiedt, zoals de mogelijkheid om online een afspraak te maken, of te e-mailen, chatten en/of skypen met de zorgverlener. Bovendien zijn toepassingen zoals het online volgen van zelfhulpprogramma's en het bestellen van zelftesten (diagnostiek) nog niet optimaal beschikbaar. De toepassingen die nu niet zo vaak voorkomen zijn echter zeer relevant voor een toekomst met een groeiende rol van technologie in de maatschappij en de gezondheidszorg.

Er zijn nog vele andere e-health toepassingen waarbij de patiënt niet direct betrokken is. Dergelijke toepassingen zijn relevant voor zorgprofessionals zoals huisartsen, specialisten en zorginstellingen. Zo kan de huisarts digitaal patiënten doorverwijzen en kunnen zorgverleners rapportages naar elkaar sturen via beveiligde e-mails. Ook op het gebied van communicatie tussen zorgprofessionals onderling is dus veel veranderd. In dit artikel wordt niet verder ingegaan op het effect van dergelijke toepassingen voor de zorg van patiënten, maar wel op de eerder beschreven e-health toepassingen die bedoeld zijn voor gebruik door de algemene bevolking/(potentiële) patiënten.



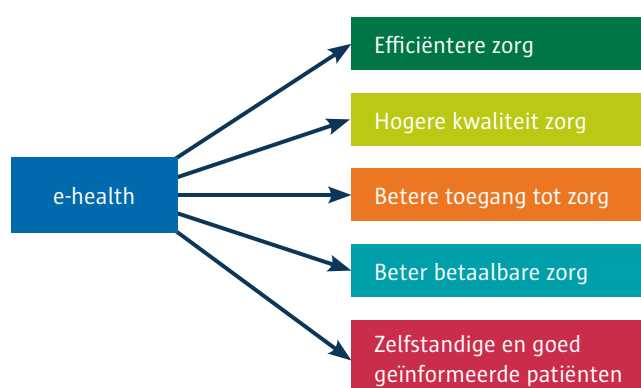
Tabel 1. Overzicht van e-health toepassingen. Samengesteld op basis van diverse artikelen over e-health, waarbij de indeling van de e-health monitor 2014 van Nictiz en NIVEL is aangehouden.^{3,7,8,9}

Categorieën	E-health toepassingen
Zoeken en bijhouden van gezondheidsinformatie	Lezen over gezondheid, ziektes, behandelingen en medicijnen
	Lezen over voeding, sporten en gezonde leefstijl
	Lezen over dokters of specialisten
	Deelnemen in een discussiegroep of forum
	Bestellen van medicijnen of andere gezondheid gerelateerd producten
	Opzoeken van informatie voor of na een doktersafpraak
	(Online) bijhouden van gezondheidsinformatie, zoals beweging, gewicht, voeding, bloeddruk of medicijn notificaties.
	Gezondheidstrackers, bijvoorbeeld de Fitbit, een horloge die hartslag, slaapritme en activiteit meet. Vaak bestaan dergelijke trackers in combinatie met een app op de mobiel.
Communicatie tussen zorggebruiker en zorgverlener	Maken, wijzigen of annuleren van een afspraak met een dokter of specialist
	Een herinnering ontvangen van een afspraak
	Aanvragen van herhaalrecepten online
	E-mail contact tussen patiënt en zorgverlener
	Gesprekken via internet, zoals via een chat
	Teleconsult: opsturen van bijvoorbeeld een foto ter beoordeling door een zorgverlener
	Toegang tot persoonlijke gezondheidsinformatie, zoals diagnoses, medicijnlijst en resultaten van onderzoeken.
	Zelf toevoegen van informatie aan het persoonlijke medisch dossier
Online behandeling en diagnostiek	Behandeling zonder daadwerkelijk contact (eventueel anoniem)
	Online consult met professional (zoals diëtist of fysiotherapeut) via beeldcontact, bijvoorbeeld Skype of FaceTime
	Volgen van zelfhulpprogramma's
	Zelftesten door middel van online vragenlijsten
	Zelftesten bestellen via internet (diagnostiek)
Begeleiding / ondersteuning op afstand (over het algemeen voor mensen die langdurig zorg nodig hebben)	Telemonitoring toezichhoudende technieken om de gezondheid van een patiënt bij te houden zoals lichaamsfuncties
	Een patiënt van een afstand instrueren om bepaalde handelingen uit te voeren
	Medicijn dispensers: online hulp in het ontvangen en gebruiken van medicijnen

Waarom e-health?

Het is van belang om te beseffen waarom e-health belangrijk is en waarom het gebruik van e-health toepassingen een steeds grotere rol speelt. Ten eerste is technologie steeds meer een onderdeel van de maatschappij. Vrijwel iedereen heeft toegang tot internet via de computer/laptop of via een smart-phone. Daarnaast is het ook steeds vanzelfsprekender dat zaken online geregeld worden, zonder de optie om het 'op de gebruikelijke manier te doen'. Zo gaat het invullen van formulieren steeds vaker via internet dan per post. De opkomst van technologie heeft uiteraard ook effect op de zorg: er zijn steeds meer technologische 'oplossingen' om de zorg te ondersteunen of te verbeteren. Figuur 1 geeft kort weer wat de (potentiële) voordelen van e-health zijn.

Figuur 1. (potentiële) voordelen van e-health. Een overzicht van diverse (potentiële) voordelen van e-health die benoemd zijn in enkele artikelen.^{2,3,8,9}



Allereerst kan het gebruik van technologie zorgen voor *efficiëntere* gezondheidszorg.^{2,3,8,9} Efficiëntere zorg is te realiseren door betere communicatie tussen zorgverleners. Hierdoor wordt tijd bespaard van intakegesprekken en onnodige of dubbele testen (diagnostiek). Daarnaast kan een patiënt die goed geïnformeerd is door middel van internet, wellicht beter inschatten of een afspraak met bijvoorbeeld de (huis)arts nodig is of niet. Ook het stellen van vragen over de gezondheid per e-mail of chat aan een zorgprofessional zou een aanzienlijk effect kunnen hebben op onnodige afspraken met de huisarts en andere zorgverleners. Dit effect is ook mogelijk door het constant monitoren van lichaamsfuncties bij patiënten door middel van e-health toepassingen. Minder onnodige afspraken met artsen en onnodige testen (diagnostiek) leiden tot minder kosten op het gebied van de zorg. Efficiëntere zorg zou vervolgens moeten resulteren in *beter betaalbare* zorg. Ook onlinebehandelingen ter vervanging van afspraken met zorgverleners kunnen bijdragen aan efficiëntere en beter betaalbare gezondheidszorg.

Wellicht is het belangrijkste effect van e-health dat patiënten zelfstandiger en beter geïnformeerd kunnen zijn.

Betere communicatie tussen artsen en specialisten heeft waarschijnlijk ook een positief effect op de *kwaliteit* van zorg en de *toegankelijkheid*.^{2,3,7} Zo zou betere communicatie tussen zorgverleners voor betere samenwerking en beter geïnformeerde artsen kunnen zorgen. Daarnaast kunnen zowel patiënten als huisartsen op internet zoeken welke specialisten of zorginstellingen veel ervaring hebben met bijvoorbeeld een bepaalde ziekte. Dit kan een positief effect hebben op de kwaliteit van de zorg van een patiënt. De mogelijkheid om als patiënt vervolgens invloed uit te oefenen op naar welke zorginstelling en/of zorginstelling er verwezen wordt maakt de zorg waarschijnlijk meer toegankelijk.

Wellicht het meest belangrijke potentiële effect van e-health is dat patiënten door middel van e-health toepassingen *zelfstandiger* en *beter geïnformeerd* kunnen zijn.^{2,3,7} Patiënten kunnen bijvoorbeeld voor hun afspraak al zelf op internet informatie opzoeken over hun symptomen, over medicijnen en over ervaringen van andere patiënten met onder andere medicijnen, ziektes en zorgverleners.

Patiënten hebben daarnaast steeds meer in de hand naar wie ze doorverwezen worden. Men kan vaak zelf kiezen welke zorginstelling of zelfs specialist men wenst. De vrije zorgkeuze wordt daarentegen wel steeds meer beperkt door zorgverzekeringen die bepalen bij welke zorginstellingen ze de zorg vergoeden. Alsnog zal e-health naar alle waarschijnlijkheid patiënten de mogelijkheid geven om hun eigen zorg steeds meer zelf in de hand te hebben.

Randvoorwaarden e-health

Een zwaarwegende randvoorwaarde van e-health is bescherming van de privacy van de patiënten.² Patiëntinformatie is gevoelige informatie en privacy en beveiliging van deze informatie is voor veel mensen een punt om zich zorgen over te maken. Internet biedt veel mogelijkheden, maar ook veel risico's op het gebied van privacy. Om deze reden is het belangrijk dat patiëntgegevens goed beveiligd worden en dat de beveiliging aan bepaalde richtlijnen voldoet. Richtlijnen voor het beschermen van patiëntinformatie zijn vastgesteld en e-health toepassingen dienen aan deze voorwaarden voldoen.

Een ander aandachtspunt is dat gezondheid gerelateerde informatie op internet niet altijd betrouwbaar is. Zo zijn er veel commerciële bedrijven die hun producten op internet verkopen en erbij verkondigen dat deze 'wetenschappelijk getest' zijn. Onbetrouwbare informatie kan leiden tot foutief geïnformeerde patiënten en vervolgens tot (extra) doktersafspraken. Daarnaast zijn er e-health toepassingen die wellicht niet voor iedereen geschikt zijn, bijvoorbeeld verminderde face-to-face afspraken. Eén-op-een afspraken met een dokter zijn vaak persoonlijk en creëren een veilige omgeving. Daarentegen kan een toename in digitale communicatie tussen de patiënt en de zorgverlener ervoor zorgen dat mensen zich minder op hun gemak voelen bij de zorgverlener en verder van de zorgverlener af komen te staan. Ook bestaat de kans op een groter gezondheidsverschil tussen mensen met e-health vaardigheden en mensen met beperkte e-health vaardigheden als gevolg van toenemend gebruik van e-health toepassingen.¹⁰ Op het laatste punt wordt later in het artikel nog verder ingegaan.



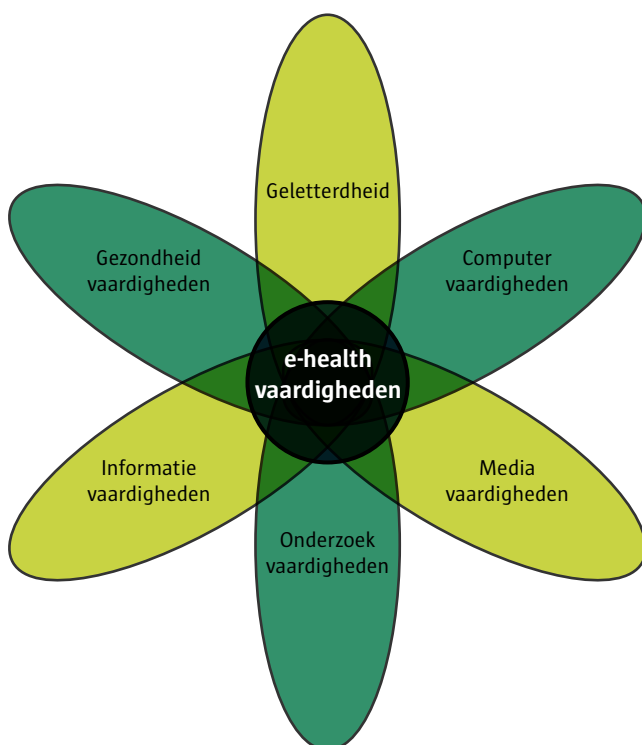
E-health vaardigheden

Om succesvol gebruik te maken van e-health toepassingen zijn bepaalde e-health vaardigheden onontbeerlijk. In principe zijn e-health vaardigheden een uitbreiding en een onderdeel van gezondheidsvaardigheden. Er zullen bevolkingsgroepen zijn die deze e-healthvaardigheden meer of minder bezitten. Onderstaand volgt een overzicht van de benodigde vaardigheden, gevolgd door bevolkingsgroepen die op bepaalde vlakken minder vaardigheden hebben dan wel een risicogroep vormen wat betreft e-health vaardigheden.

E-health vaardigheden zijn vaardigheden die nodig zijn om gezondheid gerelateerde informatie te zoeken, vinden, begrijpen en beoordelen via internet of andere technologie, en om dergelijke informatie te gebruiken om de persoonlijke gezondheid te ondersteunen of te verbeteren.¹¹

Er zijn diverse vaardigheden nodig om succesvol gebruik te maken van e-health. Het model in figuur 2 geeft weer welke benodigde e-health vaardigheden dat zijn. Deze zijn overgenomen uit een eerder onderzoek over e-health vaardigheden.¹¹ Hierbij wordt onderscheid gemaakt in algemene vaardigheden en vaardigheden die afhankelijk zijn van de context.

Figuur 2. Zes benodigde e-health vaardigheden voor succesvol gebruik van e-health toepassingen, overgenomen uit een artikel over e-health vaardigheden.¹¹



De keuze voor dit model is gebaseerd op een eigen, niet gepubliceerd literatuuronderzoek naar onder andere de benodigde vaardigheden om succesvol gebruik te kunnen maken van e-health toepassingen.¹²

• Algemene vaardigheden

Voor het succesvol gebruik van e-health toepassingen zijn drie algemene vaardigheden nodig, namelijk geletterdheid, informatie vaardigheden en media vaardigheden.¹¹ De algemene vaardigheden zijn onafhankelijk van de context en zijn bepalend voor het analytische vermogen van iemand. Geletterdheid is nodig om de tekst te kunnen lezen en begrijpen. Hierbij hoort eigenlijk ook de vaardigheid om getallen te kunnen begrijpen en interpreteren, bijvoorbeeld bij de melding van percentages over het voorkomen van een ziekte.

De informatie vaardigheid betreft in hoeverre iemand weet waar naar bepaalde informatie gezocht moet worden. Bij het zoeken naar ervaren symptomen bijvoorbeeld zijn informatie vaardigheden cruciaal. Specifiek op het gebied van e-health houdt deze vaardigheid in dat iemand weet op welke website de gewenste informatie te vinden is en welke informatie via een andere bron gezocht moet worden. Ook is deze vaardigheid belangrijk bij bijvoorbeeld het zoeken van informatie via zoekmachines op internet, zoals de handigheid in zoektermen.

De media vaardigheden ten slotte gaan over de mate waarin iemand vaardig is in het kritisch beoordelen van informatie afkomstig van verschillende media bronnen, ofwel het onderscheid kunnen maken tussen betrouwbare en onbetrouwbare informatie op basis van de bron van de informatie. Het is algemeen bekend dat internet vol staat met informatie over ziektes, medicijnen en andere gezondheids-gerelateerde informatie. Media vaardigheden kunnen cruciaal zijn in het oordelen en bepalen of bepaalde informatie op internet daadwerkelijk betrouwbaar is.

• Context-specifieke vaardigheden

Naast algemene vaardigheden vraagt succesvol gebruik van e-health om drie context-specifieke vaardigheden, namelijk computer vaardigheden, gezondheidsvaardigheden en onderzoek vaardigheden.¹¹

Context-specifieke kennis is bijvoorbeeld cruciaal als het gaat om specifieke kennis van bepaalde ziektes of om kennis over de werking van een specifieke laptop of smartphone. Computer/digitale vaardigheden zijn als eerste nodig voor succesvol gebruik van e-health toepassingen. Dit betreft de mate waarin iemand de vaardigheden heeft om gebruik te maken van het

internet en de computer, laptop, smartphone en/of andere gerelateerde technologieën. Aangezien e-health gaat over het gebruik van technologie in relatie tot gezondheid en gezondheidszorg, zijn deze vaardigheden de basis om gebruik te maken van e-health. Gezondheidsvaardigheden gaan om het begrijpen van gezondheid gerelateerde informatie, zoals medische termen en een algemeen begrip van het lichaam. Aangezien de informatie van e-health bronnen gezondheid gerelateerd zijn, zijn ook gezondheidsvaardigheden cruciaal in het begrijpen en goed gebruik kunnen maken van e-health toepassingen. Veel gezondheid gerelateerde informatie is gebaseerd op wetenschappelijke onderzoek. Om kritisch te kunnen bepalen hoe betrouwbaar de betreffende informatie is, is het van belang om basiskennis te hebben van onderzoek en hoe onderzoek uitgevoerd wordt. Hoewel deze 'onderzoek vaardigheden' erg specifiek zijn en niet van ieder individu verwacht kunnen worden, is de vaardigheid wel belangrijk in het creëren van een kritische houding ten aanzien van gezondheid gerelateerde informatie. Een voorbeeld van deze vaardigheid is de kennis dat een medicijn getest moet zijn om de effectiviteit aan te tonen.

E-health vaardigheden en risicogroepen

Uit eerder onderzoek blijkt dat e-health vaardigheden over het algemeen lager zijn voor mensen met een lage sociaal-economische status en voor mensen met een hogere leeftijd.¹⁰ Een ander onderzoek laat zien dat factoren zoals een lage sociaal economische status en een hogere leeftijd gepaard gaan met laag gebruik van e-health toepassingen.¹³ Hoewel het betreffende onderzoek niet specifiek in gaat op e-health vaardigheden, is het waarschijnlijk dat weinig gebruik van e-health toepassingen samen gaat met minder e-health gerelateerde vaardigheden vergeleken met iemand die relatief veel gebruik maakt van e-health toepassingen. Kortom, lage e-health vaardigheden worden in meerdere onderzoeken geassocieerd met een lage sociaaleconomische status en met een hogere leeftijd.^{10,13}

Het is belangrijk om te beseffen waarom mensen met een lage sociaaleconomische status en mensen met een hogere leeftijd meer moeite hebben met het gebruik van e-health. Hierbij helpt het om te kijken naar de zes typen vaardigheden die nodig zijn voor het gebruik van e-health. Zo mag men er vanuit gaan dat mensen op leeftijd minder ervaring en/of vaardigheden hebben op het gebied van computers en technologie. Daarnaast zouden mensen met een lage

sociaaleconomische status op alle vlakken mogelijk minder vaardigheden ervaren, wat resulteert in meer moeite met het gebruik van e-health toepassingen. Uit een eigen niet eerder gepubliceerd onderzoek in Den Haag naar de e-health vaardigheden van niet-westerse migranten blijkt bijvoorbeeld dat niet-westerse migranten over het algemeen barrières ervaren met het gebruik van e-health toepassingen, vergelijkbaar met barrières die die ouderen wellicht ondervinden. De vlakken waarop de niet-westerse migranten moeite hebben, is ook goed terug te leiden naar de zes typen vaardigheden. Zo hebben niet-westerse migranten op leeftijd voornamelijk moeite met het gebruik van technologie, wat bijvoorbeeld een enorme drempel is als men met behulp van technologie gezondheid gerelateerde informatie op wil zoeken. Daarnaast ervaaarde de groep over het algemeen relatief veel moeite met waar en hoe ze de informatie moesten vinden, medische termen en de betrouwbaarheid van de informatie. Voor degenen die ook nog moeite hadden met de Nederlandse taal, was het gebruik van e-health al helemaal een stap te ver. Algemene geletterdheid en algemene taalkennis blijkt dus echt een algemene basis te zijn die nodig is om gebruik te maken van e-health toepassingen. Een uitgebreidere beschrijving van het onderzoek naar de e-health vaardigheden van niet-westerse migranten is beschreven in Kader 1 op pagina 21.

Lage e-health vaardigheden worden in meerdere onderzoeken geassocieerd met een lage sociaaleconomische status en met een hogere leeftijd.

Waarom zijn e-health vaardigheden belangrijk?

Tot nu toe is er ingegaan op wat e-health is, waarom e-health zoveel potentie heeft en welke vaardigheden nodig zijn voor het gebruik van e-health. Het is echter belangrijk dat iedereen beschikt over de basisvaardigheden om gebruik te maken van e-health toepassingen.

Terwijl de rol van technologie steeds verder toeneemt, wordt er ook in toenemende mate van mensen verwacht dat ze zelf dingen uitzoeken en oplossen. Dit heeft ook invloed op de gezondheidszorg, waarbij patiënten steeds meer invloed uitoefenen op de keuze naar welke dokter ze gaan en welke behandeling ze krijgen. E-health toepassingen ondersteunen en faciliteren dat patiënten controle krijgen over de zorg die ze ontvangen, en dus indirect op hun gezondheid.



Inleiding

Aangezien er veel niet-westerse migranten in Den Haag wonen en e-health een steeds grotere rol speelt in de samenleving, is onderzocht of de niet-westerse bevolking de vaardigheden heeft om e-health te gebruiken. Geprobeerd is om beter inzicht te krijgen in de mate waarin niet-westerse migranten al gebruik maken van e-health toepassingen, in hoeverre ze behoefte hebben om dit eventueel meer te doen en hoe ze eventueel ondersteund kunnen worden. De focus van het onderzoek lag bij de mening en beleving van de niet-westerse migranten zelf.

Methodes

Er zijn semigestructureerde interviews uitgevoerd met 13 niet-westerse migranten (8 vrouwen, 5 mannen), drie professionals die met niet-westerse migranten werken en twee experts op het gebied van e-health. De niet-westerse migranten waren allemaal geboren in een niet-westerse land en woonden tot ten minste hun 16^e jaar in het betreffende niet-westerse land. De leeftijd van de niet-westerse migranten lag tussen 28 -77 jaar en zij waren benaderd in buurtcentra in Den Haag. Voor alle drie de verschillende doelgroepen was een interviewschema gemaakt met de te bespreken onderwerpen. Buiten de vastgestelde onderwerpen om waren de interviews open van karakter, aangezien er nog vrij weinig bekend was van de ervaring en mening van de deelnemers over de onderwerpen die besproken werden.

Resultaten

Uit de interviews met de niet-westerse migranten bleek dat de taalbarrière erg groot was voor degenen die Nederlands niet van jongs af aan hadden geleerd op school. Ter verduidelijking: vier deelnemers waren van Surinaamse afkomst en hadden Nederlands op school geleerd en één deelnemer was opgegroeid in de Nederlandse Antillen. Degenen met weinig Nederlandse taalvaardigheden gebruikten in principe ook geen e-health toepassingen, omdat bellen of langsgaan bij een dokter makkelijker was voor hen. De meerderheid van de niet-westerse migranten had weinig ervaring met technologie en maakte nauwelijks gebruik van e-health toepassingen. Er was slechts één niet-westerse migrant, een 32-jarige man, die veel ervaring had met e-health toepassingen. Twee vrouwen van 28 jaar en 33 jaar hadden daarentegen weinig ervaring met het gebruik van internet en technologie zoals computers en smartphones voor hun gezondheid. Over het algemeen zochten de meeste niet-westerse migranten weleens informatie op over symptomen of medicijnen op internet, maar verder waren ze niet op de hoogte van de vele andere mogelijkheden die er zijn. De beperkte e-health vaardigheden van niet-westerse migranten leken voornamelijk niet gerelateerd te zijn aan leeftijd, maar mogelijk een combinatie van leeftijd, taal én computervaardigheden.

Conclusie

Uit de interviews blijkt dat een groot deel van de geïnterviewde niet-westerse migranten te weinig vaardigheden heeft om momenteel succesvol gebruik te maken van e-health toepassingen. Een oplossing hiervoor is wellicht het maken van gebruiksvriendelijke e-health toepassingen, die geschikt zijn voor mensen met relatief lage taal- en computervaardigheden. Daarnaast is het zaak gebruiksvriendelijke e-health applicaties onder de aandacht te brengen bij de mensen die minder vaardig zijn op het gebied van e-health. Ook trainingen en/of cursussen voor deze doelgroep over e-health kunnen het gebruik ervan ondersteunen en stimuleren. Dergelijke trainingen kunnen een beeld geven van de mogelijke opties op het gebied van e-health en mensen basisvaardigheden aanleren, zoals computervaardigheden. Hoewel trainingen niet voor iedereen een oplossing zullen zijn, is het wel een belangrijke stap om de doelgroep te ondersteunen in de verandering in de gezondheidszorg. Als niet-westerse migranten niet ondersteund worden in het gebruik van internet voor hun gezondheid en gezondheidszorg, zal naar verwachting de kloof in gezondheid en goed gebruik van de zorg tussen mensen die vaardig zijn en mensen die niet-vaardig zijn op het gebied van e-health alleen maar groter worden.

Het effect hiervan is dat mensen die erg vaardig zijn in het gebruik van e-health de voordelen van e-health optimaal ervaren. De mensen die echter (te) weinig e-health vaardigheden hebben kunnen niet meekomen met de veranderende gezondheidszorg en missen steeds meer cruciale gezondheid gerelateerde informatie voor optimaal gebruik van de gezondheidszorg. Tegelijkertijd is duidelijk dat technologie op steeds meer onderdelen de plaats inneemt van de huidige informatievoorziening op het gebied van gezondheid en het proces dat de patiënt doorloopt. Het uiteindelijke effect zal zijn een steeds groter wordende kloof tussen mensen met voldoende vaardigheden en mensen zonder voldoende vaardigheden om gebruik te maken van e-health. Dit heeft als voornaamste risico dat mensen met (relatief) weinig e-health vaardigheden niet meer beschikken over de gezondheid gerelateerde informatie en gezondheidszorg die zij nodig hebben, met als uiteindelijke risico een negatieve invloed op hun gezondheid. Het negatieve effect van lage e-health vaardigheden op de gezondheid kwam ook naar voren in een eerder onderzoek waarbij telefonische interviews onder 4286 deelnemers waren uitgevoerd.¹⁰ Daaruit bleek dat mensen die vaardig waren op het gebied van e-health veel meer positieve uitkomsten hadden dankzij het opzoeken van gezondheid gerelateerd informatie op internet; denk hierbij aan meer controle op de eigen gezondheidszorg, positievere invloed op gewoontes en gedrag die de gezondheid beïnvloeden en beter gebruik van de zorgverzekering.

Ondersteunen van e-health gebruik

Uit bovenstaande blijkt het belang om het gebruik van e-health toepassingen verder te ondersteunen. Dit kan door het creëren van gebruiksvriendelijke e-health toepassingen, door het ondersteunen van e-health gebruik en door e-health vaardigheden te verbeteren en deze aan te leren.

Gebruiksgemak van e-health toepassingen

Om de e-health toepassingen in tabel 1 op pagina 17 beter beschikbaar te maken voor de gehele bevolking, zijn toepassingen nodig die geschikt zijn voor degenen die over minder vaardigheden beschikken. Om gebruiksvriendelijke e-health toepassingen te maken, moet vooraf duidelijk zijn waar de barrières liggen. Zo zal een taalbarrière tot andere aanpassingen leiden dan verminderde computer/digitale vaardigheden. Het is raadzaam de e-health toepassingen voor mensen met verminderde e-health vaardigheden te maken in samenwerking met bevolkingsgroepen die relatief

meer barrières ervaren in het gebruik van e-health toepassingen. Co-creatie biedt naar alle waarschijnlijkheid de meeste kans op succesvolle, waardevolle e-health toepassingen.

Ondersteunen van e-health gebruik

Het creëren van gebruiksvriendelijke e-health toepassingen is uitermate waardevol, maar niet iedere aanbieder van e-health toepassingen zal rekening houden met het deel van de bevolking dat verminderde e-health vaardigheden heeft. Dat maakt het nog belangrijker om e-health toepassingen verder te ondersteunen. Dat vereist zicht op de ontbrekende vaardigheden en hoe daarop in te spelen. Een goed voorbeeld hiervan is de GGD Appstore.¹⁴ Hier wordt een soort keurmerk gegeven aan beschikbare apps waardoor men gemakkelijk betrouwbare apps kan vinden. Er wordt hierbij ingespeeld op de vaak onvoldoende vaardigheden van de bevolking om vast te stellen welke app/informatie betrouwbaar is.

Verbeteren van e-health vaardigheden

Ook als het gaat om verbetermethodes voor e-health vaardigheden moet duidelijk zijn op welke vlakken mensen vaardigheden missen. De zes typen vaardigheden die nodig zijn voor het gebruik van e-health toepassingen kunnen helpen om vast te stellen op welke vlakken mensen ondersteuning of training nodig hebben.

Aanleren van e-health vaardigheden

Naast het vaststellen van de ontbrekende vaardigheden is ook van belang om een goede methode te introduceren om mensen de betreffende vaardigheden aan te leren. Het is niet realistisch om ieder persoon individueel te beoordelen en een daarop aangepaste persoonlijke training te geven. De meest realistische en efficiënte manier is waarschijnlijk het aanleren van e-health vaardigheden in groepen. In eerdere onderzoeken hebben mensen in groepen training gehad op het gebied van e-health.^{15,16,17} Bij de betreffende trainingen werd voornamelijk gefocust op computer, gezondheid en informatie vaardigheden. Bij alle interventies was een verbetering waargenomen in e-health vaardigheden op basis van de training die de mensen hadden ontvangen. De onderzoeken lieten bovendien zien dat e-health vaardigheden het meeste verbeterden als de training uit meerdere (wekelijkse) sessies bestond. Daarnaast zal de motivatie van mensen een cruciaal onderdeel zijn in het succes van e-health trainingen. Uit het niet eerder gepubliceerde onderzoek met niet-westerse



migranten bleek dat zij erg gemotiveerd waren om meer te leren over e-health en hoe zij hier gebruik van kunnen maken. Zie Kader 2 op pagina 23.

Kader 2. Onderzoek naar de e-health vaardigheden van niet-westerse migranten (niet eerder gepubliceerd)¹²

Verbeteren van e-health vaardigheden

Uit het onderzoek onder niet-westerse migranten blijkt dat men over het algemeen erg veel interesse had in e-health en de mogelijkheden die technologie aan hen kon bieden. Bij het bespreken van de vele mogelijkheden van technologie in relatie tot gezondheid en gezondheidszorg wilden de geïnterviewde niet-westerse migranten vaak meer weten over de betreffende technologie en hoe ze daar gebruik van konden maken. Ook werden ideeën aangedragen door de niet-westerse migranten over hoe zij meer konden leren over e-health. In meerdere interviews kwam hierbij het idee naar voren om lessen te organiseren in buurt- en wijkcentra.

Hoewel er over het verbeteren van e-health vaardigheden nog relatief weinig bekend is, zal de eerste stap zijn om groepssessies te organiseren voor mensen die beter vaardig willen worden in het gebruik van e-health toepassingen. Het is van belang hierbij te zoeken naar een optimale balans in de verschillende vaardigheden. Ervaring en verder onderzoek naar de trainingsmethodes zullen uitwijzen welke methode het meest efficiënt is en hoe dergelijke trainings-sessies geoptimaliseerd kunnen worden. Voor nu is het vooral belangrijk om te beginnen met het ondersteunen van personen in het gebruik van e-health, zodat iedereen de kans heeft om controle te nemen over de eigen gezondheid en de zorg die hij/zij ontvangt. Meer onderzoek naar e-health barrières en vaardigheden is noodzakelijk, evenals ondersteuning van e-health gebruik door gemeenten en organisaties op het gebied van de gezondheid van de bevolking.

Conclusie

In dit artikel komt naar voren dat er op het gebied van e-health nog veel moet gebeuren. De huidige stand is dat mensen wel gebruik maken van internet en gerelateerde technologieën om gezondheid gerelateerde informatie op te zoeken en bij te houden of als communicatiemiddel met de zorgverlener. Er zijn echter ook veel mensen die minder goed overweg kunnen met technologie en e-health toepassingen. De auteurs benadrukken het belang van ondersteuning aan minder vaardige personen om te voorkomen dat de zorg voor hen minder goed bereikbaar wordt, met alle consequenties van dien.

E-Public Health

GGD Haaglanden houdt zich bezig met E-Public Health. Dit is "Het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internet-technologie, om publieke gezondheid te ondersteunen of te verbeteren". Marion Stein, Programmadirecteur GGD Haaglanden, heeft hier een artikel over geschreven dat gepubliceerd is in het Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen.¹ Hierin gaat zij in op toepassingen van E-Public Health. Zie het artikel voor meer informatie.

1 Stein M. E-Public Health. TSG 2016; 7: 246-247.

Wilt u reageren op dit artikel?
Dan kunt u mailen naar de auteur(s)
of naar de redactie:
epibul@ggdhaaglanden.nl

OVER DE AUTEURS:

Mw. D. van Leuven. MSc. Junior e-health specialist, werkzaam bij ZorgDomein B.V.

Dhr. A. van Dijk, Epidemiologisch onderzoeker afdeling Epidemiologie, GGD Haaglanden.

E-mail: denisevanleuven@gmail.com.

REFERENTIES

- 1 Van Leuven D. **Needs assessment of non-western migrants in The Netherlands with regard to e-health applications.** 2015. Niet eerder gepubliceerd.
Te verkrijgen bij GGD Haaglanden, afdeling epidemiologie, of mail naar denisevanleuven@gmail.com.
- 2 Eysenbach G. **What is e-health?** *J med internet res*, 3(2), e20. 2011.
- 3 Krijgsman J, Bie de J, Burghouts A, Brabers A, Jong de J, Beenkens F. et al. **Op naar meerwaarde! eHealth-monitor 2014.** Online. Bezocht op 27 maart 2017 op URL: <http://www.nictiz.nl/page/Publicaties/eHealth-monitor-1>
- 4 **De Thuisdokter.** Online. Bezocht op 27 maart 2017. Beschikbaar op URL: <https://www.oefenen.nl/programma/>.
- 5 **De Thuisarts.** Bezocht op 16 april 2017 op URL: <https://www.thuisarts.nl>
- 6 Starmans R. **E-mental health voor psychische klachten.** Epidemiologisch bulletin 2016; 51(2) 22-25.
- 7 Andreassen HK, Bujnowska-Fedak MM, Chronaki CE, Cumitru RC, Pudule I, Santana S. et al. **European citizens' use of e-health services: a study of seven countries.** BMC public health, 7(53), doi:10.1186/1471-2458-7-53. 2007.
- 8 Groot de J, Hermans PC, Lange de M. **eHealth in de richtlijnen.** 2013. Online. Bezocht op 27 maart 2017 op URL: <http://vitavalley.nl/items/rapport-ehealth-in-de-richtlijnen/>
- 9 Rijen AJ, Lint de MW, Ottes L. **Inzicht in e-health.** 2002. Online. Bezocht op 27 maart 2017 op URL: <http://www.rvz.net/publicaties/bekijk/inzicht-in-e-health>
- 10 Neter E, Brainin E. **E-health literacy: extending the digital divide to the realm of health information.** Journal of medical internet research, 14(1), e19. 2012.
- 11 Norman C, Skinner H. **eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World.** Journal of medical internet research, 8(2), e9. 2006.
- 12 Van Leuven D. **A systematic review on e-health literacy and methods to improve e-health literacy: A crucial step in facilitating the positive impact of e-health on public health.** 2016. Te verkrijgen bij GGD Haaglanden, afdeling epidemiologie, of mail naar denisevanleuven@gmail.com.
- 13 Kontos E, Blake KD, Chou WY, Prestin A. **Predictors of eHealth usage: insights on the digital divide from the Health Information National Trends Survey 2012.** Journal of medical Internet research, 16(7), e172. 2014.
- 14 **GGD AppStore.** Bezocht op 3 mei 2017 via URL: <https://www.ggdappstore.nl>
- 15 Kalichman SC, Cherry C, Cain D, Pope H, Kalichman M, Eaton L. et al. **Internet Based Health Information Consumer Skills Intervention for People Living with HIV/AIDS.** Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74(3), 545-554. 2006. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.74.3.545>
- 16 Robinson KS, Morin PC, Shupe JAC, Izquierdo R, Ploutz-Snyder R, Meyer et al. **Use of three computer training methods in elderly underserved rural patients enrolled in a diabetes telemedicine program.** Computers, Informatics, Nursing : CIN, 28(3), 172-177. 2010. <http://doi.org/10.1097/NCN.0b013e3181d785d5>
- 17 Xie B, Bugg JM. **Public library computer training for older adults to access high-quality Internet health information.** Library & Information Science Research, 31(3), 155. 2009. <http://doi.org/10.1016/j.lisr.2009.03.004>



De LUMC-Campus Den Haag

‘Een inspirerende omgeving en ontmoetingsplaats waar de agenda’s van de deelnemende instellingen samenkomen en worden afgestemd. Een plek voor het uitwisselen van innovatieve ideeën en het ontwikkelen van wetenschappelijke experimenten en best practices op tal van gebieden, waaronder e-Health en robotica in de zorg.’ Dat is het tweeledige doel van de in maart 2016 gestarte LUMC-Campus Den Haag. Onderstaand artikel schetst de achterliggende ontwikkelingen en gaat in op de nieuwe impulsen hiervan voor de public health en eerstelijns geneeskunde in Den Haag. Extra aandacht is er voor het door de Campus geïntroduceerde concept van Population Health Management. Vernieuwend is ook dat de huisartsenopleiding voor een deel van de artsen-in-opleiding bij het LUMC, zowel qua inhoud als vorm, een ‘grootstedelijk Haags geïnspireerde opleiding’ wordt.

Mattijs Numans en Barend Middelkoop

Inleiding

De LUMC-Campus Den Haag is een samenwerkingsverband tussen het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), de Haagse STZ*-ziekenhuizen (het Haaglanden Medisch Centrum en het HagaZiekenhuis), de Universiteit Leiden, de Gemeente Den Haag en GGD Haaglanden. Ook met de Haagse eerstelijns zorggroepen en met Parnassia wordt samengewerkt.

De focus ligt in belangrijke mate op de grootstedelijke problematiek met als ambitie door academische samenwerking bij te dragen aan het reduceren van gezondheidsverschillen.

Voor de duidelijkheid: de Campus Den Haag van de Universiteit Leiden en de Campus van het LUMC zijn niet hetzelfde. Weliswaar valt de medische faculteit onder de universiteit, maar het LUMC is een combinatie van medische faculteit en academisch ziekenhuis, samen aangeduid als een universitair medisch

centrum (UMC). De Campus Den Haag van de Universiteit Leiden bestaat sinds 1998 en richt zich vooral op onderwijs op terreinen als rechten en bestuurskunde. Inmiddels heet deze Campus ‘Faculteit Governance and Global Affairs’ (FGGA). In de nieuwe Campus Den Haag (gebouw Wijnhaven) werkt het LUMC samen met deze en nog vijf andere faculteiten.

Vanuit een inspirerende omgeving en als ontmoetingsplaats voor afstemming van de agenda’s van de deelnemende instellingen, voor het uitwisselen van innovatieve ideeën en het ontwikkelen van wetenschappelijke experimenten en best practices op tal van gebieden, is de LUMC-Campus van potentieel grote betekenis voor de public health en de eerstelijns gezondheidszorg in Den Haag en de regio Haaglanden.

* De afkorting STZ staat voor: Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen. STZ wil een vereniging zijn van voorhoedeziekenhuizen die samen werken aan betere patiëntenzorg, door wetenschappelijk onderzoek, topklinische zorg en opleiding. Van deze vereniging zijn 26 ziekenhuizen in Nederland lid, waaronder het Haaglanden Medisch Centrum en het HagaZiekenhuis.

Daarom deze LUMC Campus

Het LUMC nam om meerdere redenen het initiatief tot het oprichten van deze Campus. Ten eerste de maatschappelijke opdracht aan alle UMC's in Nederland om hun basaal wetenschappelijke kennis beter te verzilveren (in UMC-taal: valoriseren) in 'het veld' van extramurale zorg en publieke gezondheid, door bij te dragen aan preventie, proactieve zorg en innovatie. Bij de Nationale WetenschapsAgenda (NWA) van 2016 is die opdracht concreter gemaakt in de zogeheten Route 'Gezondheidszorgonderzoek, preventie en behandeling'. De LUMC-Campus past goed bij de uitgangspunten van deze Route van de NWA. Het LUMC signaleert dat stedelijke regio's steeds belangrijker worden, niet alleen als economisch zwaartepunt, maar ook als knooppunt waar gezondheids- en zorgvraagstukken samenkomen. In de stad Den Haag (en de bijbehorende metropoolregio) is de zorgsector een belangrijke en groeiende deeleconomie. In termen van werkgelegenheid is zorg de derde sector in de metropoolregio.¹ Bovendien krijgen de gemeenten in Nederland als gevolg van de decentralisaties een groeiend aantal verantwoordelijkheden in de zorg en gezondheid voor hun burgers.

Het LUMC signaleert dat stedelijke regio's steeds belangrijker worden, niet alleen als economisch zwaartepunt, maar ook als knooppunt waar gezondheids- en zorgvraagstukken samenkomen.

Ten tweede realiseert het LUMC zich dat de internationale stad Den Haag vanwege haar demografische samenstelling en karakteristieken geconfronteerd wordt met unieke gezondheids- en zorgvraagstukken. Meer dan vijftig procent van de stadsbevolking heeft een migratieachtergrond. Deze heterogene samenstelling in een grootstedelijke omgeving, waar veel mensen dicht op elkaar leven met een sterk wisselende inkomenspositie, leidt tot een veelvoud van complexe gezondheidsvraagstukken. Het LUMC ziet daarin uitdagingen met een sterke impact op de individuele en collectieve gezondheid, zoals leefstijl, vervuiling, geweld, financiële problemen, eenzaamheid, alcohol- en drugsgebruik. Daarbinnen bevinden zich groepen die in het bijzonder kwetsbaar zijn met betrekking tot gezondheid, armoede en deelname aan het maatschappelijke leven. Dit zijn: jeugd, ouderen, de 'hotspots' (met frequent gebruik van zorg in allerlei echelons, niet zelden met lichamelijk

onvoldoende verklaarde klachten) en etnische en cultureel diverse achterstandsgroepen in de wijken (de wijkgerichte zorg). Op deze groepen richt de LUMC Campus Den Haag zich met activiteiten op het gebied van onderwijs en onderzoek.

Tegelijkertijd kent de stad Den Haag een zich sterk ontwikkelende academische kennis- en onderwijssector. Met circa 15.000 HBO-studenten in Den Haag en ruim 3.000 WO-studenten van de Faculteit Governance and Global Affairs van de Universiteit Leiden, levert deze sector een steeds belangrijker bijdrage aan de kenniseconomie van de stad Den Haag.

Het LUMC werkt al langer intensief samen met de Haagse ziekenhuizen in de zogeheten Opleidings- en Onderwijsregio (OOR*) Leiden, waarvan de stad Den Haag een zeer belangrijk onderdeel is. Bijna 40% van de Artsen In Opleiding (AIOS) van de OOR Leiden is werkzaam in de Haagse ziekenhuizen, naast circa 100 AIOS Huisartsgeneeskunde en 30 AIOS van het Specialisme Ouderengeneeskunde bij huisartsen en instellingen in de Haagse grootstedelijke regio. Met GGD Haaglanden werkt het LUMC al langere tijd samen in de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid en in de Academische Werkplaats Jeugd. Ook heeft het LUMC de in 2007 door de Gemeente Den Haag ingestelde leerstoel 'Public Health, in het bijzonder de gezondheid van groepen in achterstandsituaties'.

Aansluiting bij de ambities van de deelnemende partijen

In Leiden heeft het LUMC als academisch ziekenhuis de kerntaken patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek. In Den Haag kiest het LUMC voor de kerntaken onderwijs en onderzoek, in samenwerking met zorgverlenende partners in de eerste en tweede lijn. Het LUMC innoveert voortdurend door middel van haar onderzoek op het gebied van de zorg. Het Haaglanden Medisch Centrum en het Haga-Ziekenhuis willen hier als topklinisch en opleidingsziekenhuis op aansluiten en een werkplaats bieden voor opleiding en onderzoek gericht op de gezondheidsvragen van de Haagse inwoners. Hierbij wordt tevens de verbinding gezocht met preventie, de eerste lijn en de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg. Het concept van de LUMC-Campus Den Haag draagt hiermee bij

* Ieder van de acht UMC's in Nederland heeft een eigen regio waar het zich op richt wat betreft opleiding en onderwijs. Hiertoe is heel Nederland is ingedeeld in acht 'OOR-regio's'.



aan een gezonde samenleving en economie. Het College van B&W van Den Haag stelt in haar coalitieakkoord 'te willen komen tot een klimaat van permanente innovatie in de zorg'.² Daarnaast geeft het College in de agenda Kenniseconomie aan samenwerking en innovatie in de zorgsector tussen onderwijsinstellingen en zorgpartners te ondersteunen. Daarbij ligt de focus op Public Health en Eerste lijn, met als belangrijk hulpmiddel e-Health.

Programma's

De LUMC-Campus Den Haag ontwikkelt vier programma's, waarbij Public Health en Eerste lijn centraal staan: de OOR-regio, Clinical Trials en Research support, Transmurale ketens en Public Health en Eerste lijn (met GGD Haaglanden en Haagse huisartsengroepen). Hieronder worden deze programma's kort getypeerd.

Versterking van de samenwerking in de 'OOR-regio'

De LUMC-Campus wil de bestaande samenwerking binnen de Opleidings- en OnderwijsRegio Leiden versterken. De regionale samenwerking in deze OOR kent een uniek karakter. Gezamenlijk is en wordt een palet aan discipline-overstijgend onderwijs en modules ontwikkeld en worden opleiders in hun professie geschoold en ondersteund. Huidige discipline-overstijgende cursussen zijn onder andere Communicatie arts-patiënt, Evidence Based Medicine (EBM), Goed hulpverlenerschap en medische professionaliteit en Medisch management en Medische ethiek.

Een groot aantal medische professionals – verpleegkundigen, coassistenten en artsen – woont en werkt in Den Haag. In lijn met de groeiende en intensieve samenwerking met de Haagse STZ-ziekenhuizen ligt het voor de hand om het bestaande cursusaanbod te stroomlijnen en in te bedden in de nieuwe samenwerking. Dat de LUMC-Campus Den Haag hiervoor een goede plek is blijkt uit de centrale ligging, de inhoudelijke samenwerking LUMC-STZ-ziekenhuizen en de mogelijkheid wetenschappelijke evidentie toe te voegen in alle programma's. Ook de bijzondere karakteristieken van de stad, de samenwerkingsmogelijkheid met de vervolgopleidingen Huisartsgeneeskunde en Specialisme Ouderengeneeskunde en de uitstekende faciliteiten die de Campus biedt, illustreren dit.

Clinical Trials en Research Support

Wetenschappelijk onderzoek vormt de basis voor verbeteringen in de zorg en de gezondheid. De LUMC-Campus wil de mogelijkheden voor onderzoek verder ontwikkelen en versterken. De bevolkingssamenstelling van Den Haag leent zich bij uitstek om gegevens van een groot aantal patiëntenpopulaties te verzamelen met het oog op populatiegericht onderzoek en multicenter trials met behulp van datatechnologie op basis van innovatieve en experimentele interventies. Belangrijke faciliteit daarbij wordt de ondersteuning van deze activiteiten vanuit een onderzoeksinfrastructuur (multidisciplinair bruikbare gegevensverzameling uit routinezorg, koppelbaar en privacybestendig ingericht onder meer in samenwerking met de stichting STIZON* en de GGD) en training en ondersteuning (logistiek, organisatorisch en juridisch) van klinische onderzoekers. Met de initiatiefnemers voor de Campus wordt deze faciliteit opgericht. Zichtbaar zijn inmiddels de samenwerking op het gebied van Medisch Ethische Toetsing en de ontwikkeling van het dataplatform Extramuraal Leids Academisch Netwerk (ELAN), een initiatief van de afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde van het LUMC.

Grote transmurale ketens

Voor goede zorgverlening wordt samenwerking tussen disciplines en tussen echelons steeds belangrijker. Daarom zal de LUMC-Campus de 'ketenzorg' faciliteren en verder tot ontwikkeling brengen. Op het gebied van de oncologie betreft dit research-ondersteuning, trials en data-management alsmede innovatie en verbetering in screening, besluitvorming, preventie en nazorg. Doel is 'profijt voor alle echelons', van GGD tot huisarts en specialist. De ziekenhuizen in de regio werken samen binnen het Comprehensive Cancer Network (CCN). De (voormalige) IKW**-regio kent een lange traditie om resultaten van kankerzorg te delen en samen te werken aan optimaliseren van de oncologische zorg. De behandeling vindt plaats op de best beschikbare plaats: dichtbij als het kan, ver weg als het moet. Het CCN streeft naar deelname van zoveel mogelijk patiënten aan de nieuwste medische zorg, die bij voorkeur wordt aangeboden binnen een setting van klinische studies. Het intensiveren van de oncologische wetenschappelijke samenwerking van

* STIZON is de Stichting Informatievoorziening voor Zorg en Onderzoek, een landelijke organisatie die optreedt als bewerker van routinezorggegevens uit huisartspraktijken ten behoeve van kwaliteitsbeleid en wetenschappelijk onderzoek.

** Integraal Kanker Centrum. Vóór de totstandkoming van het Integraal Kanker Centrum Nederland (IKNL) was Nederland verdeeld in regio's, waaronder de regio van IKW West.

het LUMC en de Haagse ziekenhuizen zal bijdragen aan het verhogen van de kwaliteit van kankerzorg in de Haagse regio. Aangezien kanker steeds meer een chronische ziekte wordt met langdurige follow-up en behandeling, wordt voor deze chronische zorg nadrukkelijk de samenwerking gezocht met eerste en ‘anderhalfde’ lijn. Een solide infrastructuur voor klinisch onderzoek met optimale communicatie tussen alle betrokken zorgverleners maakt de regio immers aantrekkelijk voor het op korte termijn beschikbaar krijgen van de nieuwste oncologische zorg, ook voor kwetsbare groepen als ouderen, patiënten met multimorbiditeit en sociaal zwakkeren. Ook in andere ketens wordt samenwerking met meerdere echelons zichtbaar, bijvoorbeeld type 2 Diabetes en het project ‘Haagse Vaten’. Aspecten als leefstijlinterventie, voedingsinterventie, optimalisering van de controles en verbetering van risicoschatting, risicostratificatie, risicomangement en organisatie van de zorg zijn onderdeel van studie en gaan bijdragen aan verbetering van de ervaren kwaliteit van zorg in de ketens.

Public Health en Eerste lijn

De afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde van het LUMC combineert in de LUMC-Campus Den Haag het aanbieden van onderwijs (onderwijs-modules en ‘terugkomdagen’) door het LUMC Opleidingsinstituut Huisartsgeneeskunde met het aanbieden van masterfase-onderwijs ‘Population Health Management’ aan artsen, AIOS, masterstudenten en promovendi. Ook een bachelor minor staat op het programma en er wordt gewerkt aan het ontwikkelen, ondersteunen en uitvoeren van onderzoek en innovatie in de extramurale zorg en ‘geïndiceerde’ preventieve interventies bij risicogroepen op populatieniveau. De LUMC-Campus Den Haag werkt samen met de eerstelijns zorggroepen in Den Haag. Het Opleidingsinstituut Huisartsgeneeskunde ontwikkelt – naast de nevenvestiging met een aanbod van nieuwe keuzemogelijkheden voor AIOS – ook een experimentele tweede fase voor een kleine groep AIOS, in aanloop naar een specifiek grootstedelijk curriculum dat focust op multidisciplinaire wijkgerichte eerstelijnszorg. In modulair onderwijs wordt aangesloten bij de Faculteit Governance and Global Affairs van de Universiteit Leiden op het gebied van bestuurskundige en juridische ontwikkelingen in de zorg (Kaderopleiding Beleid en Beheer in de eerste lijn; en ook Global Public Health via het Leiden University College van de Faculteit Governance and Global Affairs). De ambitie is om met onderzoek aan te sluiten bij de actuele ontwikkelingen in de zorg. Voorbeelden hiervan

zijn de Participatiewet en de WMO, de veranderingen in de GGZ, de uitdagingen in de zorg voor achterstandsgroepen, ouderen en jeugd alsmede thema’s als oncologie en cardiovasculaire risico’s.

De verschillende programma’s worden gefaseerd opgepakt. In het jaar 2016 is een tiental projecten uitgewerkt en opgestart waarbij Public Health en Eerste lijn centraal staan. Inmiddels zijn een Summer course ‘Population Health Management’ en een Winter course ‘Population Health Management, Governance and Organization’ gegeven, is een eerste groep huisartsen in opleiding gestart met onderwijs in Den Haag en worden diverse modules aangeboden. Ook op het gebied van onderzoek zijn en worden meerdere projecten opgestart.

Organisatorische vormgeving

De LUMC-Campus kent een wetenschappelijk programmabestuur waarin vertegenwoordigd zijn het LUMC, de Haagse ziekenhuizen, de Universiteit Leiden en de Gemeente Den Haag, de laatste in de persoon van de directeur van GGD Haaglanden. Hoogleraar-directeur en kwartiermaker is Mattijs Numans, afdelingshoofd Public Health en Eerstelijns geneeskunde van het LUMC. Hij wordt terzijde gestaan door een programmamanager en een bureau met wetenschappelijke en secretariële ondersteuning.

Kansen voor de public health en de eerste lijn

Uit bovenstaande blijkt dat de LUMC-Campus Den Haag nieuwe impulsen geeft aan de public health en aan de eerste lijn in Den Haag. Voor de LUMC-Campus Den Haag is ‘Population Health Management’ het belangrijkste overkoepelende thema met grote relevantie voor publieke gezondheid en de klinisch specialistische gezondheidszorg. Dankzij de Campus wordt dit concept nu in onderwijs en onderzoek verder uitgewerkt en verbreid. De ontwikkeling ervan is uniek in Europa en is van groot belang voor klinici in alle echelons en allen die zich met de praktijk van de zorg en gezondheid bezighouden.

De literatuur kent verschillende definities van Population Health Management, variërend van verzamelen en aggregeren van informatie over patiënten tot het ontwikkelen van beleid en zorgsystemen. Gemeenschappelijk aan alle definities is het bereiken van een optimale gezondheid voor de hele populatie. Voor zowel de huisarts als de specialist in het ziekenhuis betekent dit dat hij/zij kennis moet



hebben van determinanten en risico's op allerlei gebieden van de populatie spreekuurbezoekers teneinde het preventie- en zorgaanbod te kunnen optimaliseren. Dankzij moderne hulpmiddelen ontstaat inzicht in de belangrijkste gezondheidsproblemen en de prevalentie van de belangrijkste determinanten van (on)gezondheid binnen de populatie. Hierbij wordt gebruikgemaakt van geavanceerde analyse van routinezorggegevens uit het Huisartsen Informatie Systeem, waaraan gegevens van de GGD, tweede- en derdelijn worden gekoppeld, alsmede van de gegevens van specifieke cohorten die worden gevolgd. Ten eerste kan dit leiden tot inzicht in de kenmerken van de 'hotspotters': mensen die onevenredig vaak op het spreekuur verschijnen met klachten die nogal eens onvoldoende medisch zijn verklaard. Voor deze groep zijn wellicht strategieën mogelijk die leiden tot een adequatere omgang -door dokter en patiënt- met de (achterliggende) hulpvraag, wat de gezondheid en kwaliteit van leven van de patiënt ten goede komt en tevens leidt tot een normalisering van het spreekuurbezoek. Ten tweede kan dit leiden tot het in kaart krijgen van patiënten van wie het aannemelijk of waarschijnlijk is dat zij (extra) zorg van de huisarts behoeven, maar daar onvoldoende om vragen; denk bijvoorbeeld aan onderwerpen als eenzaamheid of ongezonde leefstijl. Medici die het concept van Population Health Management in de praktijk brengen bereiken een effectievere en in het algemeen ook efficiëntere zorg, maar werken tegelijk ook op een collectief niveau aan preventie. Hier beginnen de terreinen van de huisartsgeneeskunde en de public health elkaar te raken en versterken.

Aan de bovengenoemde Summer en Winter courses Population Health Management namen master studenten geneeskunde, huisartsen, huisartsen in opleiding, specialisten en specialisten in opleiding, promovendi, medewerkers van de GGD en beleidsmedewerkers uit het veld en de ziekenhuizen deel.

Een andere belangrijke stap is inmiddels gezet door de Huisartsopleiding. Uiteindelijk is het doel ongeveer een derde van het onderwijs van de opleidingsinstituten Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde in Den Haag aan te bieden. Voor enkele groepen zal de opleiding daardoor geheel in Den Haag plaatsvinden, voor andere gedeeltelijk. De AIOS die in september 2016 zijn gestart zijn in opleiding bij Haagse huisartsen, hun reguliere wekelijkse 'terugkomdag' met cursorisch onderwijs vindt plaats op de LUMC-Campus Den Haag en de inhoud van hun opleiding zal zich geleidelijk aanpassen aan de gezondheidsproblematiek van de Haagse bevolking en aan het werk van de huisarts in de grote stad.

Voor actuele informatie kan de geïnteresseerde lezer terecht op de site van de LUMC-Campus, www.lumc.nl/org/campusdenhaag.

Wilt u reageren op dit artikel?
Dan kunt u mailen naar de auteur(s)
of naar de redactie:
epibul@ggdhaaglanden.nl

OVER DE AUTEURS

Dhr. prof.dr. Mattijs E. Numans is hoogleraar huisartsgeneeskunde, afdelingshoofd Public Health en Eerstelijngeneeskunde LUMC, tevens directeur van de LUMC-Campus Den Haag. **Dhr. prof.dr. Barend J.C. Middelkoop** is hoogleraar Public Health LUMC en epidemioloog GGD Haaglanden.
Email: M.E.Lumans@lumc.nl

REFERENTIES

- 1 MRDH.nl (2014), 'Agenda Economisch Vestigingsklimaat' <http://mrdh.nl/sites/mrdh.nl/files/files/140411%20Agenda%20Economisch%20Vestigingsklimaat%20MRDH%20-%20Concept.pdf>
- 2 'Vertrouwen op Haagse Kracht', Coalitieakkoord 2014-2018. Pagina 33.



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.

Eenzaamheid en sociale steun onder jongeren

Sociale contacten hebben een positieve invloed op je gezondheid. Het gevoel nergens bij te horen is onder jongeren een van de belangrijkste redenen voor het gevoel van eenzaamheid. Sociale steun komt voort uit de interacties die mensen hebben met de mensen uit hun sociale netwerk. Ook sociale steun heeft een gunstige invloed op je lichamelijke en psychische gezondheid.

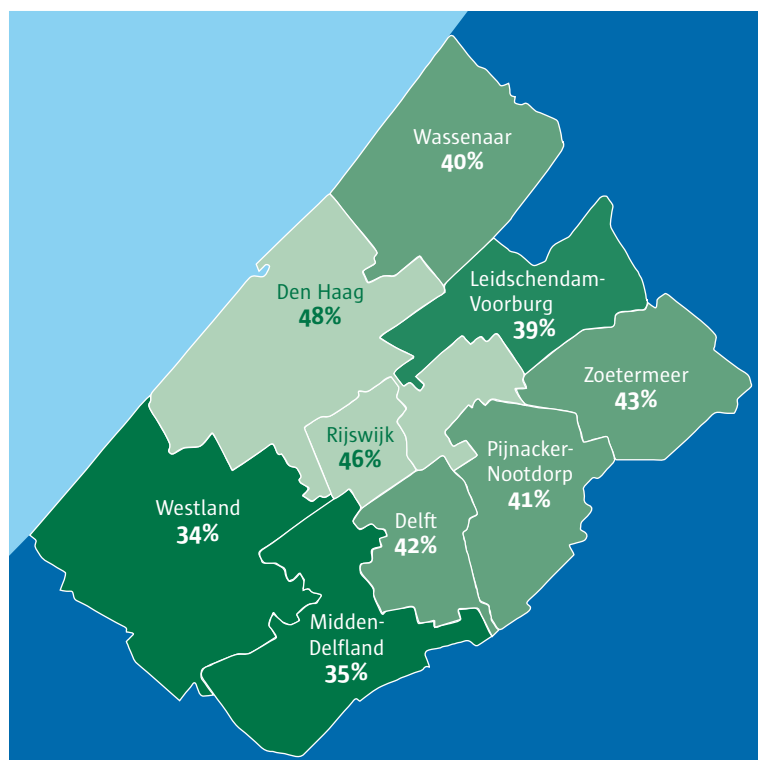
Ruim vier op de tien (44%) jongeren in Haaglanden van 12 t/m 18 jaar is matig tot zeer ernstig eenzaam. Binnen Haaglanden varieert dit percentage van 34% (Westland) tot 48% (Den Haag).

Meer meisjes dan jongens zijn matig tot zeer ernstig eenzaam (48% versus 40%). Het percentage neemt toe van 40% bij 12 t/m 14-jarigen tot 45% bij 15+16-jarigen en is onder 17+18-jarigen 48%.

Een op de zeven jongeren in Haaglanden ervaart weinig sociale steun van vrienden. Binnen Haaglanden komt dit het vaakst voor in Den Haag (18%) en het minst vaak in Westland (9%).

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

Figuur 1. Percentage jongeren van 12 t/m 18 jaar dat matig tot zeer ernstig eenzaam is.



Ruim vier op de tien jongeren in Haaglanden van 12 t/m 18 jaar is matig tot zeer ernstig eenzaam

Bron: Jongerenenquête 2015



Tovertafel brengt mensen met dementie in beweging

‘De ‘Tovertafel’ is een speels product dat helpt om mensen met dementie in beweging te brengen en plezier te geven. Het is een mooi voorbeeld van hoe wetenschappelijk onderzoek kan leiden tot waardevolle zorginnovatie in de praktijk. Ontwikkelaar Hester Anderiesen-Le Riche promoveerde op maandag 24 april op dit onderwerp aan de TU Delft.

‘In zorginstellingen lijdt 90 procent van de bewoners met dementie aan apathie. De doelstelling van mijn promotie-onderzoek was daarom de passiviteit van ouderen met dementie te verminderen door een product te ontwikkelen dat hen stimuleert in fysieke activiteit en sociale interactie. Het moest een speels product of een spel worden, dat ook zou bijdragen aan het plezier van de ouderen’, zegt Hester Anderiesen-Le Riche.

Dat gegeven was de start van haar promotieonderzoek, waarbij verschillende studies werden uitgevoerd om meer kennis op te doen van de doelgroep en de context waarin zij leven. Via meerdere ontwerpstappen die steeds gecombineerd werden met wetenschappelijk onderzoek, het zogenaamde ‘research by design’, is het uiteindelijke concept van de Active Cues Tovertafel ontwikkeld. Het zijn verschillende interactieve spellen die worden geprojecteerd op de eettafel. ‘Het prototype van deze serious game is gebruikt om testen te doen met de bewoners van zorginstellingen en het zorgpersoneel. In tegenstelling tot wat wij voor mogelijk hielden, speelden de bewoners zelf een hele interessante participerende rol in de verdere ontwikkeling van het product.’ Aldus Anderiesen-Le Riche.

Bron: www.tudelft.nl/2017/tu-delft/tovertafel-brengt-mensen-met-dementie-in-beweging/

HMC heeft nieuwe Zorgapp: Galblaasverwijdering

Er is een vierde behandeling toegevoegd aan de HMC (Haaglanden Medisch Centrum) Zorgapp: de galblaasverwijdering. Het behandelpad galblaasverwijdering in de app geeft in woord en beeld informatie over gal en galstenen, de voorbereiding op de operatie, de operatie zelf en het herstel thuis. Patiënten konden de gratis HMC Zorgapp al gebruiken als ze een knieprothese, heupprothese of voorste kruisbandreconstructie kregen.

De HMC Zorgapp is eenvoudig te downloaden op telefoon of tablet via de Google Play Store of de Apple App Store. Nadat de patiënt de operatiedatum en eventuele andere afspraken heeft ingevoerd in de app, krijgt hij/zij berichten die helpen bij de voorbereiding op en het herstel na de ingreep. De patiënt leest bijvoorbeeld wanneer hij/zij moet stoppen met bepaalde medicatie en wanneer hij/zij hulpmiddelen in huis moet halen. In de app staan ook handige filmpjes over oefeningen die helpen bij het herstel na de operatie. De HMC Zorgapp wordt zeer gewaardeerd door patiënten: ze geven de app gemiddeld een 8,4.

Als een patiënt veel last heeft van galstenen, kan besloten worden om de galblaas te verwijderen. De app begeleidt de patiënt stap voor stap door de behandeling in het ziekenhuis en het traject hierna. Als er toch nog vragen zijn, kan de patiënt via de app eenvoudig contact opnemen met het ziekenhuis. Het behandelpad neemt onrust weg bij de patiënt door hem of haar goed te informeren en zorgt dat patiënt goed voorbereid in het ziekenhuis verschijnt.

Minister Schippers verlengt status HMC landelijk expertisecentrum voor gliomen

Eind 2015 werd het centrum voor neuro-oncologie in Haaglanden Medisch Centrum (HMC) voorlopig voor een jaar erkend als landelijk expertisecentrum voor gliomen. Eind maart 2017 verlengde minister Schippers van VWS deze benoeming officieel tot april 2022.

Een glioom, een kwaadaardige hersentumor die in de hersenen zelf ontstaat en niet door uitzaaiing van tumorcellen uit een ander lichaamsdeel, komt voor bij minder dan 1 op de 2.000 mensen en behoort daarmee tot de zeldzame ziekten.

Het landelijk expertisecentrum voor gliomen van HMC hoort thuis in het rijtje van ruim 70 'expertisecentra voor zeldzame ziekten' die VWS in Nederland heeft aangewezen. HMC is 1 van de 14 niet-academische ziekenhuizen met een landelijk expertisecentrum, wat de benoeming extra bijzonder maakt.

Bron: <https://www.bronovo.nl/nieuws/nieuws-item/t/minister-schippers-verlengt-status-hmc-landelijk-expertisecentrum-voor-gliomen>
dd. 26-04-2017

Inzicht in sociaaleconomische gezondheidsverschillen op wijkniveau

Op de site 'waarstaatjegemeente.nl' is nu ook het thema Gezondheidsverschillen beschikbaar. Hiermee is met één druk op de knop én op wijkniveau te zien hoe het staat met de sociaaleconomische gezondheidsverschillen in gemeenten. De gegevens zijn onder meer afkomstig uit de GGD gezondheidmonitors.

De beschikbaarheid van deze informatie voor gemeenten is niet nieuw, zij krijgen deze al jaren door middel van de GGD Gezondheidsmonitoren. Nieuw is dat deze site gegevens van alle GGD'en bij elkaar heeft gezet en wijkcijfers zijn toegevoegd. Daarmee staan de gegevens over gezondheidsverschillen en factoren die daarbij een rol spelen, overzichtelijk op één plek bij elkaar. Gemeenten kunnen de gegevens gebruiken voor hun lokale integrale aanpak van gezondheidsachterstanden. Mensen met een lage opleiding leven gemiddeld 7 jaar korter en 19 jaar minder in goed ervaren

gezondheid dan mensen met een hoge opleiding. Voor gemeenten en zorgprofessionals is inzicht in de gezondheidsverschillen en in de factoren die hierop van invloed zijn, van groot belang. Het is de eerste stap bij een effectieve lokale aanpak. Waar zitten de belangrijkste gezondheidsproblemen? In welke wijken komen diabetes en psychische problemen bijvoorbeeld het meest voor? Hoe is het zorggebruik in een wijk? En welk percentage van de inwoners voelt zich eenzaam, is laaggeletterd of heeft geen betaald werk? Wat is de invloed daarvan op gezondheid.

De antwoorden op deze en andere vragen op Waarstaatjegemeente.nl bieden gemeenten, GGD'en en zorgprofessionals eenvoudig inzicht in welke wijken en/of gebieden de gezondheidsachterstanden het grootst zijn. Voor elke gemeente staat een eigen rapport op Waarstaatjegemeente.nl.



Oproep GGD-bestuurders aan informateur Schippers: preventie-akkoord

Het tegengaan van sociaaleconomische gezondheidsverschillen tussen groepen Nederlanders vraagt aandacht, steeds meer mensen krijgen op jongere leeftijd chronische ziekten en elk jaar sterven 20.000 mensen aan de gevolgen van tabaksverslaving. Zorgwekkende ontwikkelingen die vragen om actie. Nu het nieuwe kabinet wordt gevormd, roepen alle GGD-bestuurders dan ook op tot een breed gedragen preventie-akkoord.

De kans op een goede gezondheid is niet voor iedereen gelijk. Victor Everhardt, voorzitter GGD regio Utrecht: "Een kind dat wordt geboren in een situatie van sociaaleconomische achterstand, leeft zo'n zeven jaar korter en krijgt 15 jaar eerder gezondheidsklachten dan een kind dat opgroeit in gunstiger omstandigheden. Dat is onacceptabel en het verkleinen van deze kloof moet dan ook alle aandacht krijgen." Belangrijke oorzaken van ongezondheid zijn ongezonde voeding, roken, alcohol en te weinig beweging, en ook: luchtkwaliteit. Maar liefst zes procent van het gezondheidsverlies van alle Nederlanders wordt veroorzaakt door milieufactoren als luchtvervuiling. Gezond kunnen leven en

opgroeien is dus echt van meer factoren afhankelijk dan alleen persoonlijke keuzes.

Gemeenten zijn van oudsher een belangrijke schakel in preventie. Als wethouders kunnen wij ons inzetten voor meer gezonde en schone lucht, een gezonde inrichting van de openbare ruimte en maatschappelijke ondersteuning zodat mensen langer in de maatschappij kunnen participeren. Maar meer preventie is nodig.

"Met een nieuw kabinet in aantocht, pleiten we dan ook voor een breed gedragen en doelgericht preventie-akkoord. Daarom vragen we het nieuwe kabinet, zorgpartijen en zorgverzekeraars, onderwijs, maatschappelijke organisaties, werkgevers en werknemers, om gezamenlijk en met ons afspraken te maken en doelen te stellen. Alleen zo kunnen we zorgen dat zoveel mogelijk mensen gezond(er) deelnemen aan de samenleving en arbeidsmarkt."

Bron: <http://www.ggdghor.nl/nieuws/2017/04/06/oproep-ggd-bestuurders-aan-informateur-schippers/>
dd. 6 april 2017

Verwijzingen ggz vereenvoudigd

GGZ Nederland is blij met de gemaakte afspraken over vereenvoudiging van het verwijzen naar en binnen de ggz. Vanaf 1 april is er geen verwijzing van de huisarts meer nodig als de patiënt wordt overgedragen van de generalistische basis-ggz naar de gespecialiseerde ggz en vice versa. Een melding aan de huisarts volstaat. De nieuwe afspraken, opgesteld door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en het ministerie van VWS, moeten administratieve lasten verlagen en tijd en geld besparen. De regels over verwijzing waren een van de knelpunten in het onderzoek Het Roer Moet Om van GGZ Nederland. Met de nieuwe afspraken is verder een aantal regels voor de verwijzing verduidelijkt en is onder meer vastgesteld onder welke voorwaarden een incomplete verwijzing toch voor vergoeding van de zorgverzekeraar in aanmerking komt.

Bron: <http://www.ggz nederland.nl/actueel/verwijzingen-ggz-vereenvoudigd> dd. 25-04-2017

Cursus Zicht op Evenwicht | Train de trainer

Ruim de helft van alle 65-plussers is bezorgd om te vallen. Omdat ze bang zijn om te vallen, vermijden zij activiteiten zoals wandelen, boodschappen doen of op bezoek gaan bij familie en vrienden. Hierdoor vermindert vaak het levensplezier en vergroot de kans op sociale isolatie. De cursus Zicht op Evenwicht is een effectieve interventie voor ouderen om valangst te verminderen. Na de train de trainers training kunt u de cursus zelfstandig verzorgen in uw regio.

De cursus voor deelnemers wordt in twee varianten aangeboden:

1. groepsaanbod (8 groepsbijeenkomsten van 2 uur)
2. individueel aanbod (3 huisbezoeken en afgewisseld met 4 telefonische consulten)

Zicht op Evenwicht | Train de trainer

Datum 28 juni 2017

Trimbos-instituut

Kosten € 395,-

Cursussen NSPOH

De Netherlands School of Public & Occupational Health is gespecialiseerd in 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:

Summercourse Epidemiologie: wat kan ik er mee?

Het wordt al weer de 9^e uitvoering van de summercourse epidemiologie in samenwerking met STIP. Een intensief programma op een prachtige locatie in Drenthe waar uw kennis van epidemiologie en biostatistiek wordt opgefrist en bijgespijkerd.

Voor sociaal geneeskundigen (artsen Maatschappij en Gezondheid, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen), beleidsmedewerkers, gezondheidswetenschappers, professionals en projectcoördinatoren werkzaam in het brede veld van de volksgezondheid.

Data: 23 t/m 25 augustus 2017

Locatie: Zweeloo

Kosten: € 1345,-

Volksgezondheidsproblemen beter begrijpen

Welke ontwikkelingen spelen er in de publieke gezondheidszorg? Volg de bevindingen van volksgezondheidsonderzoek in de wetenschappelijke literatuur. Ontdek de kracht van nieuwe kennis en actuele inzichten bij de ontwikkeling van een gezond gezondheidsbeleid.

Voor beleidsmakers, projectleiders, afdelingsmanagers en onderzoekers in het brede veld van de volksgezondheid

Data: 6, 7, 14, 21 en 28 september, 5 en 12 oktober en 2 november 2017

Locatie: Utrecht

Kosten: € 3990,-

Integraal vernieuwen in de publieke gezondheid

Verhoog succes, omzeil de valkuilen. In deze pittige en prikkelende module leert u de do's en don'ts van integraal vernieuwen in de publieke gezondheid. Hoe kunt u vernieuwende programma's, interventies, richtlijnen of nieuwe werkwijzen succesvol regisseren, doorvoeren en evalueren? Voor: beleidsmakers, projectleiders, afdelingsmanagers en onderzoekers in het brede veld van de volksgezondheid en werkzaam bij GGD, gemeente, universiteit, ministerie, (koepel) van zorgverzekeraar(s), zorginstelling of een ander soort instituut dat zich bezighoudt met volksgezondheid en beleid.

Data: 25 september 2017

Locatie: Utrecht

Kosten: € 395,-

Veranderen, samenwerken en procesmanagement

Samen werken aan betere samenwerking. Werkt u met veel verschillende partners in complexe samenwerkingsverbanden? Loopt u tegen weerstand aan of krijgt u te maken met gebrek aan motivatie? Ontdek de valkuilen in het samenwerkingsproces en scherp uw eigen vaardigheden aan.

Voor preventiemedewerkers, gezondheidsbevorderaars, verpleegkundigen, projectleiders, artsen Maatschappij en Gezondheid, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en programma-managers met minimaal twee jaar ervaring in de publieke en bedrijfsgezondheidssector.

Data: 31 oktober en 14 november 2017

Locatie: Utrecht

Kosten: € 790,-



Zeven inzichten over arbeid als medicijn

De nieuwe Generieke module Arbeid als medicijn helpt behandelaars om werk in te zetten bij behandeling en herstel van geestelijke klachten. De module is ontwikkeld om de zorg voor mensen met psychische problemen te verbeteren, door het onderwerp 'werk' hierin een structurele plaats te geven. Door met de generieke module 'werk' onder de aandacht te brengen, en tijdig door te verwijzen indien nodig, zal deze module bijdragen aan de samenwerking en communicatie tussen de reguliere gezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg.

De module gaat uit van zeven inzichten:

- Arbeid is al veel te lang een ondergeschoven kindje in de ggz.
- Arbeid heeft aantoonbaar effect op het herstelproces.
- Werk kan zowel de oorzaak als de oplossing voor het probleem zijn.
- Iedere patiënt heeft zijn eigen recept nodig.
- De module is geen eindproduct, maar een begin.
- Het medicijn is makkelijk toe te dienen.
- Iedereen is medeverantwoordelijk.

Bron: www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/2017/04/18/7-inzichten-arbeid-als-medicijn/dd. 25 april 2017

Basiscursus Alcohol en Drugs

Een interactieve training voor professionals die in hun werk te maken hebben met personen die alcohol, drugs en/of tabak gebruiken en meer willen weten over het gebruik van deze middelen en verslaving.

Het interactieve programma van de training is samengesteld op basis van de kennis en praktijkervaring van de Alcohol en Drugs Infolijn, waar iedereen terecht kan met vragen. De infolijn geeft al meer dan twintig jaar antwoord op alle denkbare vragen over middelengebruik en verslaving.

Datum: 21 juni 2017

Locatie: Trimbos-instituut

Kosten: € 280,-

Agenda Jeugd vraagt direct actie van nieuwe regering

GGZ Nederland heeft op 12 april samen met andere partijen in de jeugdhulp zeven concrete voorstellen gepresenteerd aan de nieuwe woordvoerders Jeugd, Justitie, Onderwijs en Sociale Zaken en Werkgelegenheid. De Agenda Jeugd werd in ontvangst genomen door Kinderombudsvrouw Kalverboer en SER-voorzitter Hamer.

Teveel kinderen, jeugdigen en jongvolwassenen krijgen niet de hulp en de begeleiding die zij echt dringend nodig hebben. Door de invoering van de nieuwe Jeugdwet is de zorg en begeleiding op een aantal punten verslechterd.

- Inzet bij de invoering van de wet was meer aandacht voor preventie en vroegsignalering. Door problemen tijdig te signaleren, kunnen kinderen sneller de juiste hulp krijgen. Dat proces verloopt echter niet goed en heeft grote gevolgen voor het kind, het gezin en de samenleving. Rijk en gemeenten moeten zich met name meer inspannen voor de kwaliteit en beschikbaarheid van wijkteams.
- Jaarlijks worden 120.000 kinderen slachtoffer van kindermishandeling, een aantal dat sinds 2012 niet is gedaald. Voorwaarde voor een substantiële terugdringing is een landelijk gecoördineerde aanpak met inzet op deskundigheidsbevordering, monitoring, kennisdeling, onderzoek. Die aanpak ontbreekt ten dele en is in ieder geval niet effectief.
- Jeugd begint in de buik en eindigt wanneer iemand in staat is zich als jong volwassene staande te houden in deze moderne en vaak ingewikkelde maatschappij. Jeugdpoort benadrukt het belang van een integrale aanpak bij de overgang van jeugd naar volwassenheid (18 - 23 jaar) door een levensfasegerichte samenwerking te organiseren op het gebied van wonen, onderwijs, zorg, werk en inkomen. Wetten, regels en financiering mogen dat niet tegenwerken. En dat is – ook in de nieuwe wet – helaas nog steeds het geval.

Bron: www.ggz nederland.nl/actueel/agenda-jeugd-vraagt-direct-actie-van-nieuwe-regering dd. 26-04-2017

Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 1e kwartaal 2017

Ziekte	1e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren		
	1e kwartaal 2017	1e kwartaal 2016	1e kwartaal 2015
A-ZIEKTEN			
MERS-CoV			
Pokken			
Poliomyelitis anterior acuta			
SARS			
Virale haemorrhagische koorts			
B-ZIEKTEN			
(humane infectie) aviaire influenza			
Difterie			
Pest			
Rabies			
Tuberculose	21	27	21
Buiktyfus			
Cholera			
Hepatitis A	4		7
Hepatitis B acuut en chronisch	42	40	31
Hepatitis C acuut	3		2
Kinkhoest	83	82	121
Mazelen			
Paratyfus A,B,C		1	
Rubella			
STEC (e-coli)		4	
Shigellose	8	1	4
Invasieve GAS	8	2	2
Voedselinfectie		1	2
C-ZIEKTEN			
Anthrax (miltvuur)			
Bof	2		
Botulisme			
Brucellose			
Ziekte van Creutzfeld-Jacob klassiek	1		1
Ziekte van Creutzfeld-Jacob variant			
Gele koorts	1		
Invasieve HIB			
Hantavirusinfectie			
Legionellose/legionella pneumonie	2	1	5



Ziekte	1e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren		
	1e kwartaal 2017	1e kwartaal 2016	1e kwartaal 2015
C-ZIEKTEN VERVOLG			
Leptospirose		1	
Listeriose	2	1	1
Malaria	9	2	1
Meningokokkose	13	4	2
MRSA-infectie (cluster buiten ziekenhuis)			
Invasieve pneumokokken (bij kinderen)	2		2
Psittacose	1		
Q-koorts			
Tetanus			
Trichinose			
West-Nilevirus			
Zikavirus	2		
Totaal	204	167	202

Infectieziekten gemeld door instellingen in het eerste kwartaal van 2017

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het eerste kwartaal van 2017. Deze instellingen behoren tot instellingen waar “kwetsbare” groepen zoals kinderen, ouderen of zieken verblijven. Op grond van artikel 26 van de wet op de publieke gezondheid moeten die instellingen sommige infectieziekten melden bij de GGD.

Scenario	Kinder-opvang	Onderwijs-instelling	Vluchtelingen-opvang	AWBZ zorginstelling	Ziekenhuis	Eindtotaal
Huiduitslag/exanthemen	34	6				40
Impetigo (krentenbaard)	11					11
Gastro-enteritis	6	1		21	1	29
Schimmelinfectie						
Luchtweginfectie		1				1
Anders						
Influenza(-achtig) ziektebeeld				15		15
Eindtotaal	51	8		36	1	96

Meldingen infectieziekten

Meningokokkose

De stijging van het aantal gemelde gevallen van meningokokkose of meningokokkenziekte, die in 2016 zichtbaar was, is het eerste kwartaal 2017 doorgegaan. Dit kwartaal kreeg GGD Haaglanden 13 meldingen van een meningokokkeninfectie.

Meningokokkose is een verzamelnaam voor ziekten die worden veroorzaakt door een bacterie, de meningokok. De bacterie is van mens op mens overdraagbaar. De bacterie bevindt zich gewoonlijk in de neusholte van gezonde mensen zonder ziekteverschijnselen te veroorzaken. Als deze bacterie in de bloedbaan of in het zenuwstelsel komt kan het ernstige ziektebeelden geven zoals sepsis (bloedvergiftiging) of meningitis (hersenvliesontsteking). Er zijn verschillende typen van deze meningokok bacterie. Vaccinatie tegen type C zit in het rijksvaccinatieprogramma. Het afgelopen jaar is er landelijk een toename te zien van het aantal meningokokkenziekten veroorzaakt door type W.

Ook bij GGD Haaglanden is dit type een aantal keren gevonden bij de gemelde patiënten.

Na een melding van een meningokokkenziekte doet de GGD onderzoek naar de contacten van de gemelde patiënt. Huisgenoten en andere zeer nauwe contacten komen in aanmerking voor een preventieve antibiotica behandeling. Zodra het type van de bacterie bekend is, kan deze preventieve behandeling zo nodig aangevuld worden met een vaccinatie tegen dit type.

Invasieve Groep A-streptokokken

Sinds december 2016 is er in Nederland een toename van invasieve groep A-streptokokken (iGAS) infecties. Ook bij GGD Haaglanden zijn in het eerste kwartaal 2017 bijna net zoveel meldingen binnengekomen als in heel 2016.

Groep-A-streptokokkeninfecties (GAS) worden veroorzaakt door de streptokok bacterie. Deze bacterie, ook wel de 'vleesetende bacterie' genoemd, kan verschillende ziektebeelden veroorzaken. Veelal zijn het milde ziektebeelden zoals roodvonk, keelontsteking of krentenbaard.

Afhankelijk van meerdere factoren, waaronder leeftijd en vatbaarheid van de patiënt, kan de bacterie doordringen in onderliggend weefsel of de bloedbaan. Dit wordt een invasieve infectie genoemd. Invasieve GAS-infecties zijn ernstiger van aard en omvatten kraamvrouwenkoorts (puerperale sepsis), necrotiserende fasciitis en septische shock. Deze infecties vallen onder de meldingsplicht.

Na een melding van één van deze ziekten doet de GGD contactonderzoek en zal de nauwe contacten van de gemelde patiënt preventief antibiotica voorschrijven.

Gele koorts

De GGD Haaglanden heeft in maart een melding gekregen van gele koorts bij een patiënt die op reis geweest was naar Suriname. Ze verbleef in Paramaribo, maar heeft een tweetal trips het bosrijke binnenland in gemaakt. Ze was niet gevaccineerd tegen gele koorts. Gelekoortsvirus is een Flavivirus dat endemisch voorkomt bij apen in het bosgebied van Suriname, maar er zijn in de afgelopen 45 jaar in Suriname geen patiënten gemeld. Wel is er een gelekoortsuitbraak gaande in buurland Brazilië. Gele koorts wordt overgedragen door (sub)tropische muggen. Er is nooit directe overdracht van het gelekoortsvirus van mens op mens aangetoond. Een patiënt met gele koorts kan wel, net als de aap, de mug besmetten die de ziekte dan overdraagt.

Conform de richtlijnen van het Landelijk Centrum Reizigersadvisering wordt voor alle reizigers naar Suriname gele koorts-vaccinatie geadviseerd. Sinds kort heeft Suriname de gele koorts vaccinatie voor reizigers verplicht gesteld.



COLOFON

Juni 2017, 52^{ste} jaargang nr. 2

REDACTIE

mw. dr. G.A.M. Ariëns, GGD Haaglanden (kernredacteur)
mw. drs. R.J. Beuker, GGD Haaglanden (kernredacteur)
dhr. dr. P.K. Chandie Shaw, internist, Haaglanden Medisch Centrum
mw. E.M. van Dalen (redactiesecretaris/eindredacteur)
dhr. drs. M. Lemmink, GGD Haaglanden
mw. dr. ir. I.M. van der Meer, GGD Haaglanden (kernredacteur)
dhr. prof. dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Haaglanden (hoofdredacteur)
dhr. dr. R. Starmans, huisarts
dhr. drs. V.M. Vladár Rivero, Parnassia Groep
mw. drs. E. Vlagsma, GGD Haaglanden (kernredacteur)

REDACTIEADRES

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

Epidemiologisch Bulletin op internet:

www.ggdhaaglanden.nl/epibul

Ontwerp:

Ontwerpwerk

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

Reinier de Graafweg 5
2625 AD 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

