

# Epidemiologisch Bulletin

JAARGANG 52

TIJDSCHRIFT VOOR VOLKSGEZONDHEID EN ONDERZOEK IN REGIO HAAGLANDEN

# 4

2017

VOLKSGEZONDHEID

**Wie zorgt er voor daklozen? >** p. 4

**Gezondheidsdialog in de wijk >** p. 18

**Wmo-Toezicht GGD Haaglanden >** p. 25

**Gezondheidsbevordering op school >** p. 29

**Vitamine D Haagse Jeugd >** p. 36

**Gezondheid in cijfers >** p. 41

# IN DIT NUMMER

<b>Redactioneel</b>	3
<b>Wie zorgt er voor daklozen?</b> Gezondheidsproblematiek en zorgaanbod voor daklozen in Den Haag <i>Els Reijn, Sophie Henken en Maartje Keetman</i>	4
<b>Gezondheidsdialoog in de wijk</b> Bewoners en professionals samen, werkt dat beter? <i>Paul Uitewaal, Vera Atema en Barend Middelkoop</i>	18
<b>Wmo-toezicht GGD Haaglanden als borg voor kwaliteit van de maatschappelijke ondersteuning</b> <i>Liesbeth van Dalen</i>	25
<b>Werken aan gezondheidsbevordering op school</b> <i>Joline van Lier en Maarten Lemmink</i>	29
<b>Vitamine D bij de Haagse jeugd</b> Van rachitis in de jaren '80 tot het gebruik van suppletie in de jaren '10 <i>Irene van der Meer, Selma van der Harst, Micheline van Plateringen, Jeroen de Wilde</i>	36
<b>Gezondheid in cijfers: Binge drinken jongeren</b>	41
<b>Korte berichten</b>	42
<b>Meldingen infectieziekten</b>	47

Wilt u reageren op deze uitgave van het Epidemiologisch Bulletin?

Dan kunt u mailen naar: [epibul@ggdhaaglanden.nl](mailto:epibul@ggdhaaglanden.nl). De redactie stelt uw reactie zeer op prijs.



# Redactioneel

In de periode 2006-2014 hebben de vier grote steden Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht (G4) een grote reductie weten te bereiken in het aantal mensen dat geen dak boven het hoofd heeft. Den Haag voerde hiertoe twee opeenvolgende, succesvolle programma's 'Den Haag Onder Dak' uit. Over de huidige stand van zaken bericht deze editie van het Epidemiologisch Bulletin. Hoe is het gegaan na 2014 met de aantallen daklozen? En wat weten we over hun gezondheid? Volgens het CBS was er landelijk een forse stijging als je 2016 vergelijkt met 2009. In Den Haag meldden zich in 2016 zo'n 850 mensen voor de nachtopvang. Op basis van gegevens van de straatdokters en van het 'winterkoude-onderzoek 2016-2017' geeft het artikel in dit Bulletin inzicht in de gezondheid van en het zorgaanbod voor de Haagse daklozen.

In 2012 verscheen in het Epidemiologisch Bulletin een artikel over de start van het project De Gezondheidsdialoog. Kern van dit project is het realiseren van een dialoog tussen hulpverleners en wijkbewoners over de vraag hoe zij in gezamenlijkheid kunnen werken aan het verbeteren van de gezondheidssituatie in de wijk. Sindsdien is er veel gebeurd in dit project en hiervan doet een artikel in deze aflevering verslag.

We leven in een tijd die gekenmerkt wordt door ingrijpende transities in de zorg. Gemeenten krijgen daarbij veel meer verantwoordelijkheden. Deze ontwikkeling heeft natuurlijk ook consequenties voor de GGD. Eén van de transities betreft de versterking van de ondersteuning voor mensen in de thuissituatie, waarvoor de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) in het leven is geroepen.

GGD Haaglanden heeft de taak gekregen om toezicht te houden op aanbieders van zorg in het kader van de WMO. De GGD wil met dit toezicht vooral de kwaliteit van de geboden zorg bevorderen. In dit Bulletin aandacht voor deze nieuwe taak.

In 2014 schreef het Epidemiologisch Bulletin over een nieuwe aanpak om de gezondheid van de jeugd te bevorderen: de 'Gezonde School'. In deze aflevering aandacht voor de ontwikkelingen sindsdien en de huidige stand van zaken.

En dan ook nog: opnieuw aandacht voor vitamine D. De GGD heeft in het verleden al veel activiteiten ondernomen met betrekking tot dit onderwerp, zowel voor de volwassen bevolking als voor de jeugd. En hoewel voor de jeugd al veel gebeurt, vooral tijdens de spreekuren van de consultatiebureaus, heeft de GGD zich toch de vraag gesteld of de doelstelling van een goede vitamine D-status voor alle kinderen inderdaad wordt bereikt. In dit Bulletin wordt verslag gedaan van een onderzoek naar deze vraag.

De gebruikelijke pagina 'Gezondheid in cijfers' bericht deze keer over 'binge' drinken door jongeren.

Wij hopen dat dit Bulletin voor de lezer weer een boeiend palet aan artikelen biedt.



# Wie zorgt er voor daklozen?

Als centrumgemeente voor Leidschendam-Voorburg, Rijswijk, Wassenaar en Zoetermeer realiseert Den Haag een – voor Nederlandse begrippen vrij uitgebreid – aanbod met sociaal-medische voorzieningen voor daklozen. Toch zijn er signalen dat niet alle daklozen de zorg krijgen die zij nodig hebben. Onderstaand artikel geeft op basis van verschillende bronnen inzicht in de gezondheidsproblematiek en het gebruik van sociaal-medische voorzieningen door daklozen in Den Haag. Deze bronnen zijn onder andere het Winterkoudeonderzoek 2016-2017, gegevens van de Straatdokterpraktijk en van diverse andere voorzieningen. De auteurs komen met een aantal conclusies en doen aanbevelingen voor verbetering van het zorgaanbod in Den Haag.

Els Reijn, Sophie Henken en Maartje Keetman

## Inleiding

Daklozen hebben meer gezondheidsproblemen en een lagere levensverwachting dan de algemene bevolking. Dit komt onder andere door zwaardere omstandigheden op straat, risicogedrag en zorgmijding. Daklozen vinden daarnaast moeilijk aansluiting met de reguliere zorgverlening. Het is daarom van belang dat gemeenten in samenwerking met (zorg)professionals en zorgverzekeraars een sociaal-medisch aanbod voor daklozen realiseren.

In de afgelopen jaren is het aantal dakloze mensen in Nederland flink gestegen. Op 1 januari 2016 schatte het CBS dat in Nederland 30.500 mensen in de leeftijd van 18 tot 65 jaar feitelijk dakloos waren (zie kader) (Statline, 2016).<sup>1</sup> Dit is een toename van 74% ten opzichte van 2009 (CBS, 2016).<sup>2</sup> Hiervan bevindt 43% (wat neerkomt op 13.000 daklozen) zich in de vier grote steden: Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Den Haag. Niet alle daklozen doen aanspraak op voorzieningen zoals opvang, zorg en ondersteuning. In 2016 hebben 849 daklozen in Den Haag toegang gekregen tot de nachtopvang. Niet iedereen die zich meldt, krijgt toegang tot de nachtopvang.\*

### Definitie feitelijk daklozen zoals gebruikt door het CBS<sup>3</sup>

Feitelijk daklozen zijn mensen zonder vaste verblijfplaats, die

- in de openlucht slapen of in overdekte openbare ruimten, zoals portieken, fietsstallingen, stations of winkelcentra;
- of verblijven in een maatschappelijke opvang, zoals een voor deze groep opgezette nachtopvang;
- of op niet-structurele basis slapen of verblijven bij vrienden, kennissen of familie.

Bewoners van 24-uursvoorzieningen van de maatschappelijk opvang zijn zogenoemd 'residentieel dakloos' en vallen niet onder deze definitie.

\* De gemeente stelt de volgende voorwaarden aan verblijf in de maatschappelijke opvang: 18+, dakloos, kan niet in zijn/haar netwerk terecht, is onvoldoende zelfredzaam, heeft een positief netwerk in de regio Haaglanden en heeft recht op sociale voorzieningen.



## Onderzoek naar levensverwachting en gezondheidsproblemen

Daklozen hebben in vergelijking met de algemene bevolking veel meer gezondheidsproblemen en een beduidend lagere levensverwachting.<sup>4-7</sup> Dit is voor een deel te verklaren door zwaardere omstandigheden op straat en hun verhoogde blootstelling aan risicofactoren zoals alcohol, roken en drugs.<sup>8</sup> Daarnaast is het zorgzoekend gedrag van daklozen (vanwege veelvoorkomende psychiatrische problematiek, verslavingsproblematiek en verstandelijke beperkingen) vaak onvoldoende. In veel gevallen is er zelfs sprake van zorgmijdend gedrag, wat tijdige opsporing en behandeling van sociaal-medische problematiek in de weg staat.<sup>9-11</sup>

### Morbiditeit

Verschillende studies laten zien dat de ervaren gezondheid van daklozen significant slechter is dan die van de algemene populatie. De exacte gezondheidsproblemen van daklozen zijn echter moeilijk in kaart te brengen, omdat er vaak sprake is van onder-registratie van deze doelgroep bij reguliere hulpverlening. De doelgroep komt niet altijd bij de reguliere hulpverlening terecht en raakt regelmatig uit beeld. Daarom is het van belang dat voor de doelgroep daklozen interventies worden opgezet, die aansluiten bij hun problematiek en gedragskenmerken.<sup>12</sup>

*Uit data blijkt dat 40% van de daklozen zowel lichamelijke als psychische problemen heeft.*

Beschikbare onderzoeken rapporteren in veel gevallen wel hoe daklozen hun gezondheid ervaren, maar bevatten weinig exacte data over aandoeningen of morbiditeitsgegevens (bijvoorbeeld uit registratiesystemen van zorgverleners). Internationale vergelijkingen worden bemoeilijkt door verschillende definities van dakloosheid.<sup>5</sup> Uit de data die bekend zijn komt naar voren dat 40% van de daklozen zowel lichamelijke als psychische problemen heeft. Huidaandoeningen, luchtweginfecties, pijn en problemen met de ogen, de voeten en het gebit komen veelvuldig voor.<sup>13</sup> Daarnaast betreft het chronische aandoeningen en infecties die samenhangen met verslaving zoals hepatitis C-infecties en HIV. Naast verslavingsproblematiek hebben daklozen vaker dan gemiddeld last van depressies en psychoses.

### Mortaliteit

Beschikbare cohortstudies in Europa tonen heel duidelijk de vroegere sterfte aan onder daklozen (zowel bij daklozen die op straat slapen als de daklozen die in maatschappelijke opvangvoorzieningen verblijven). De belangrijkste oorzaken van sterfte betreffen externe factoren (zoals niet intentionele verwondingen), infecties (waaronder tuberculose, hiv), cardiovasculaire aandoeningen, middenleemisbruik, suïcides en medicijnvergiftigingen.<sup>5</sup> Daklozen (met name jongeren) zijn ook vaker slachtoffer van gewelds- of seksuele delicten.<sup>14</sup> De meest recente studie in Nederland naar mortaliteit van daklozen vond plaats in Rotterdam. Hier is tussen 2001 en 2010 uitgebreid cohortonderzoek gedaan waaruit bleek dat de sterfte onder Rotterdamse daklozen drieënhalve maal hoger was dan onder de gemiddelde Rotterdammers. Dat houdt in dat de levensverwachting voor een dakloze man van 20 jaar gemiddeld 14,3 jaar lager ligt dan voor de gemiddelde Rotterdamse man. Opvallend daarbij was dat de mortaliteit binnen de leeftijdsgroep van 20-44 jaar nog veel hoger lag, namelijk acht maal hoger voor mannen en vijf maal hoger voor vrouwen, in vergelijking met de gemiddelde bevolking van die leeftijd en geslacht.<sup>4</sup> Dit is zorgelijk omdat landelijk is waargenomen dat in 2016 het aandeel jongere daklozen (18 tot 30 jaar) 41% was, in vergelijking met 27% in 2015.<sup>15</sup>

## Wie is verantwoordelijk voor welke ondersteuning en hoe wordt dit gefinancierd?

Gezien de verhoogde morbiditeit en mortaliteit en gezien de slechte aansluiting met reguliere zorgvoorzieningen is extra inzet voor de doelgroep daklozen van groot belang. In Nederland is de ondersteuning aan daklozen bij verschillende partijen belegd:

- **Maatschappelijke opvang: centrumgemeenten.** Maatschappelijke opvang biedt tijdelijk verblijf aan mensen zonder dak boven hun hoofd, gekoppeld aan zorg en begeleiding en/of het verhelpen van een crisis. Deze regisseurstaak is in handen van 43 centrumgemeenten. Hiervoor ontvangen zij financiële middelen van het Rijk. Dit artikel gaat in op centrumgemeente Den Haag.
- **Medische zorg: zorgverzekeraars en rijksoverheid.** Vergoeding van medische zorg loopt via de zorgverzekering of via de regeling onverzekerden (zie kader op pagina 6) van de rijksoverheid (wanneer het om een verzekeringsplichtige gaat). Medische zorg uit het basispakket omvat: geneeskundige zorg door huisartsen, medisch specialisten en verloskundigen, wijkverpleging, verblijf in het



ziekenhuis, geneeskundige geestelijke gezondheidszorg inclusief intramurale GGZ tot maximaal drie jaar, geneesmiddelen, tandheelkundige zorg tot 18 jaar, zorg van therapeuten zoals fysio- en oefen-therapeuten, logopedisten en ergotherapeuten, diëtetiek, medische hulpmiddelen, ambulance- vervoer en fysiotherapie voor chronisch zieken.

- **Sociaal-medische zorg: centrumgemeenten en zorgverzekeraars.** Voor de doelgroep Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz)\* is er sociaal-medische zorg. Deze zorg wordt gegeven in opvang- instellingen, op straat en soms ook op andere plekken. Omdat daklozen niet altijd aansluiting vinden binnen de reguliere zorg, wordt in 34 van de 43 centrumgemeenten een vorm van sociaal- medische zorg aangeboden; per gemeente verschillend ingericht. De vergoeding van deze zorg loopt vaak via gemeenten en/of zorgverzekeraars. Het gaat dan bijvoorbeeld om sociaal-medische spreekuren voor daklozen met een arts of verpleeg- kundige.<sup>16</sup> Daarnaast is er in enkele centrum- gemeenten een specifieke verpleegunit voor dak- lozen opgezet. De sociaal-medische voorzieningen voor daklozen in Den Haag worden in dit artikel beschreven.

### Gezondheidsproblemen en gebruik van voorzieningen in Den Haag

Om inzicht te krijgen in de gezondheidsproblemen en het gebruik van voorzieningen van daklozen is gekeken naar een groot aantal sociaal-medische voorzieningen in Den Haag. De volgende voorzieningen en zorg- verleners komen aan bod: Centraal Coördinatiepunt (CCP), Haagse straatdokter, griepvaccinaties, daklozentandarts, psychiatrische zorg, ziekenboeg, Eerstelijns Verblijf (ELV)-bedden, verpleeghuiszorg en palliatieve zorg. Daarnaast worden gegevens gepresenteerd vanuit het tweejaarlijks Winterkoude- onderzoek<sup>19</sup> en de verpleegkundige zorg die tijdens de winterregeling wordt geboden. Figuur 1 toont een overzicht van de verschillende voorzieningen die onder de figuur afzonderlijk toegelicht worden.

\* De OGGz richt zich van oudsher op de doelgroep die zich kenmerkt door multiproblematiek en niet in staat is om de zorg of ondersteuning die nodig is om zich in de samenleving te handhaven, te organiseren (hieronder vallen ook daklozen).

### Subsidieregeling onverzekerde verzekeringsplichtigen<sup>17</sup>

Per 1 maart 2017 kunnen zorgaanbieders hun kosten voor geleverde zorg aan een onverzekerde declareren. Daarnaast wordt ingezet om verdere hulp te bieden (zoals een briefadres, schuldhulpverlening of andere zorg) aan de betrokken persoon.

#### Procedure

Na het verlenen van medische zorg moet dit gemeld worden bij het landelijk meldpunt: meldpuntonverzekerdenzorg.nl. Meldingen van zorgaanbieders gaan naar de regionale GGD, die de betreffende gemeente informeert zodat de onverzekerde toegeleid kan worden naar een zorgverzekering en eventuele andere ondersteuning. Op basis van de melding kan de zorgaanbieder vervolgens subsidie aanvragen bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK).<sup>18</sup>

#### Voorwaarden

Aan de subsidieregeling zijn voorwaarden gesteld, waaronder:

- De betrokken persoon is verzekeringsplichtig voor de Zorgverzekeringswet (Zvw);
- De geleverde zorg valt binnen het basispakket van de Zvw;
- Melding door de zorgaanbieder van geleverde zorg is binnen 24 uur gedaan;
- De onverzekerde geeft toestemming aan de zorg- verleners voor het verstrekken van (medische) gegevens (aan de GGD).

Figuur 1. Overzicht van de sociaal-medische voorzieningen voor daklozen in Den Haag.



### Daklozenloket van het Centraal Coördinatiepunt (CCP) van GGD Haaglanden

De toegang tot opvang, begeleiding en zorg voor feitelijk daklozen uit Den Haag (als centrumgemeente), Leidschendam-Voorburg, Rijswijk, Wassenaar en Zoetermeer verloopt via het CCP van GGD Haaglanden\*. Het CCP bemant samen met de sociale dienst van de gemeente Den Haag het daklozenloket. Hier kunnen daklozen met een hulpvraag zich melden. Naast toegang tot de nachtopvang, doorstroomvoorzieningen en benodigde ondersteuning in de keten van de maatschappelijke opvang verwijst het CCP cliënten indien nodig ook door naar de straatdokter (huisartsenzorg), daklozentandarts (tandheelkundige zorg) en het TOP-team (psychiatrische zorg). Dit alles gebeurt in samenwerking met de partners binnen de keten maatschappelijke opvang.

### De Haagse Straatdokters

De huisarts is de poortwachter van vrijwel alle zorg. Daklozen blijken vaak geen huisarts meer te hebben of te bezoeken, terwijl juist zij kampen met complexe (gezondheids)problematiek. Door specifieke huisartsenzorg (straatdokters) aan daklozen aan te bieden wordt een vangnet geboden. Waar mogelijk worden daklozen via de straatdokter doorverwezen naar reguliere zorgkanalen. Landelijk is een netwerkorganisatie van straatdokters opgezet die werkzaam zijn in de sociaal-medische zorg voor daklozen: de Nederlandse Straatdokter Groep (NSG). Zij initiëren onderzoek en dragen zo bij aan kennisvermeerdering en de ontwikkeling van richtlijnen ten aanzien van de sociaal-medische zorg voor daklozen, die nu ontbreken.

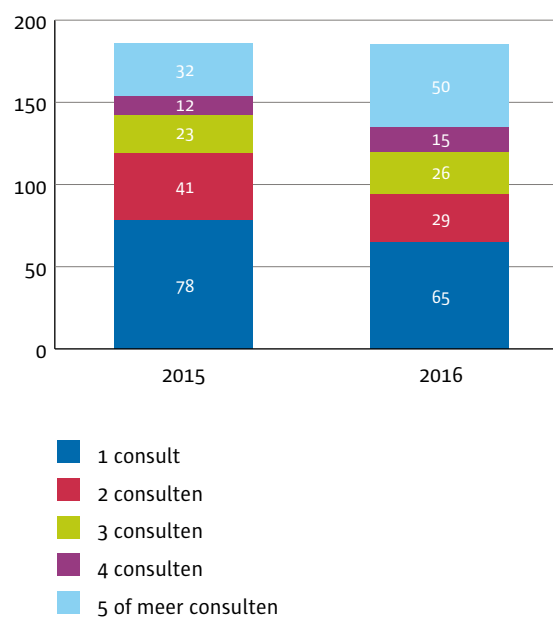
In Den Haag is een aantal huisartsen werkzaam als straatdokter. Dit is een samenwerkingsverband van GGD Haaglanden\*, de daklozenhuisartsen en gezondheidscentrum Vaillantplein. De straatdokters in Den Haag werken samen met een (straat)apotheker voor de farmaceutische zorg. De straatdokters bieden consulten voor daklozen op verschillende locaties en tijden in de stad. Hiervan is er één bij de nachtopvang van de Kessler Stichting en één bij een dagopvanglocatie van het Leger des Heils. De financiering van de straatdokters liep van oudsher via GGD Haaglanden; de afgelopen jaren is ingezet om financiering van zorg aan verzekerde daklozen via hun eigen zorgverzekeraar te laten lopen. Zorg aan daklozen zonder zorgverzekering wordt door de gemeente/ GGD Haaglanden betaald. De nieuwe subsidieregeling

\* Mogelijk per 1 januari 2018 vanuit gemeente Den Haag

onverzekerden zou een extra financieringsbron kunnen zijn, maar in de praktijk blijkt dit veelal onhaalbaar te zijn voor de Haagse straatdokters. Het volgen van de procedure en het voldoen aan de gestelde voorwaarden (zie kader over subsidieregeling onverzekerde verzekeringsplichtigen op pagina 6) kost onevenredig veel tijd ten opzichte van de tijdsduur van een consult. Dit geldt zeker op de locaties waar geen administratieve ondersteuning wordt geboden zoals in de nachtopvang zelf.

Sinds het opzetten van een gezamenlijk digitaal registratiesysteem voor alle Haagse Straatdokters op de drie locaties in 2015, zijn hierin ook de gegevens over de consulten aan daklozen geregistreerd. Het aantal geregistreerde consulten in 2015 bedroeg 548 en steeg in 2016 naar 666. Daarnaast hebben er consulten plaatsgevonden die niet in het registratiesysteem zijn opgenomen, respectievelijk 167 en 171 consulten. Dit betrof patiënten die niet ingeschreven werden, vanwege een eenmalige hulpvraag. Hoewel het aantal geregistreerde consulten steeg tussen 2015 en 2016, bleef het aantal patiënten vrijwel gelijk: respectievelijk 186 en 185. Het gemiddelde aantal consulten per patiënt steeg dan ook van 2,9 in 2015 naar 3,6 in 2016. Dit werd voornamelijk veroorzaakt door een toename van het aantal patiënten met vijf of meer consulten en een afname van het aantal patiënten met twee of minder consulten (Figuur 2).

Figuur 2. Het aantal consulten per geregistreerde patiënt in 2015 en/of 2016 bij de Haagse Straatdokters. Den Haag 2015-2016. Bron: Haagse Straatdokters.



Tabel 1. Het aantal en percentage geregistreerde patiënten met een consult in 2015 en/of 2016 bij de Haagse Straatdokter naar geslacht en leeftijd. Den Haag 2015-2016. Bron: Haagse Straatdokter.

	2015		2016	
	Aantal	%	Aantal	%
<b>Geslacht</b>				
Man	141	76%	145	78%
Vrouw	45	24%	40	22%
<b>Leeftijd</b>				
Gemiddeld	44,0		45,4	
Jonger dan 23 jaar	9	5%	13	7%
23 t/m 44 jaar	87	47%	64	35%
45 t/m 64 jaar	82	44%	95	51%
65-plus	8	4%	13	7%
<b>Totaal</b>	<b>186</b>		<b>185</b>	

Van de geregistreerde patiënten met een consult in 2016 was 78% man, dit is vergelijkbaar met 2015 (76%). De gemiddelde leeftijd was 44,0 jaar in 2015 en 45,4 jaar in 2016. In 2015 werd het grootste aandeel patiënten gevormd door 23- tot en met 44-jarigen (47%), in 2016 vormden de 45- tot en met 64-jarigen het grootste aandeel (51%) (zie tabel 1).

Tabel 2 op pagina 9 geeft een overzicht van de meest voorkomende klachten, ziekten of problemen op de episodelijst van de patiënten die in 2015 en/of 2016 een consult hadden bij de Haagse straatdokter. Een episodelijst is een overzicht van alle klachten, ziekten en problemen in het heden en het verleden van een patiënt. Een klacht, ziekte of probleem kan dus al voor 2015-2016 zijn vastgesteld, echter uit het Winterkoudeonderzoek blijkt dat de helft van de deelnemers in het afgelopen jaar voor het eerst dakloos was geraakt. De verdeling 50% recent / 50% niet-recent daklozen werd ook in eerdere Winterkoudeonderzoeken gezien en geeft een indicatie voor een goede doorstroom. Hierdoor is te verwachten dat ook voor de Haagse straatdokterpraktijk een redelijke doorstroom bestaat en lijkt het niet waarschijnlijk dat veel klachten, ziekten of problemen die in tabel 2 genoemd zijn al ver voor 2015/2016 zijn vastgesteld.

Drugsmisbruik is de meest voorkomende klacht, ziekte of probleem op de episodelijst. Ook problemen met andere genotmiddelen (tabak en alcohol) komen voor in de top tien. Daarnaast worden zowel klachten, ziekten of problemen van chronische aard (zoals suikerziekte en vitamine-/voedingsdeficiëntie) als van acute aard (zoals een infectie aan de bovenste luchtwegen) gezien. Klachten aan de voet/teen of

hand/vinger vielen niet in de tien meest voorkomende klachten, ziekten of problemen, maar kwamen ook frequent voor en zijn kenmerkend voor de dakloze populatie.

#### Griepvaccinaties

Het Nationaal Programma Grieppreventie houdt voor de indicatiestelling griepvaccinatie een leeftijd van 60 jaar aan, uiteraard naast de specifieke medische aandoeningen die bij griep de kans geven op zeer ernstige gezondheidsproblemen en verergering van de bestaande aandoening. Gezien de slechte leefomstandigheden en geschetste gezondheidsproblemen hebben daklozen een hogere biologische leeftijd dan de kalenderleeftijd<sup>5</sup> en zouden ze eerder in aanmerking moeten komen voor een griepvaccinatie. Om hierop in te spelen geeft GGD Haaglanden, in samenwerking met de straatdokter, in de winter van 2017/2018 daklozen de mogelijkheid om zich te laten vaccineren tegen de griep.

#### Daklozandarts

Veel daklozen kampen met ernstige gebitsklachten. Het gebit is meestal jarenlang verwaarloosd. Tandheelkundige kosten vallen echter geheel buiten het basispakket voor volwassenen. Een gezond en verzorgd gebit draagt bij aan het maatschappelijk herstel van de dak- en thuislozen.

In Den Haag is de Stichting Tandheelkundige Hulp Dak- en Thuislozen opgericht, waar daklozen met een zorgverzekering, die in traject zijn bij het CCP en binding hebben met de regio Den Haag terecht kunnen voor tandheelkundige zorg. Het gaat met name om gebitsanering in het kader van rehabilitatie.





Tabel 2. Meest voorkomende klachten, ziekten of problemen op de episodelijst\* van patiënten die in 2015 en/of 2016 een consult hadden bij de Haagse Straatdokter. Den Haag 2015-2016. Bron: Haagse Straatdokter.

Positie	Klachten, ziekten of problemen	Aantal patiënten
1	Drugsmisbruik	32
2	Huidaandoeningen	26
3	Acute infectie bovenste luchtwegen	25
4	Diabetes mellitus (suikerziekte)	24
5	Hoesten	22
6	Probleem huisvesting/buurt	21
7	Vitamine-/voedingsdeficiëntie(s)	20
8	Tabaksmisbruik	17
8	Essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging	17
10	Chronisch alcoholmisbruik	16
10	Lage-rugpijn zonder uitstraling	16

In 2015 zijn er 65 cliënten voor de daklozandarts aangemeld en in 2016 waren het 68 cliënten. Er blijkt grote behoefte te bestaan aan deze vorm van zorg voor daklozen en veel gemeenten zoeken naar samenwerkingsverbanden om in deze nood te voorzien. De daklozenpraktijk in Den Haag is een fraai en vrij uniek concept<sup>21</sup> maar kent soms ook een lange wachttijd en vraagt frequent overleg met zorgverzekeraars. Voor kosten die niet vergoed worden door de zorgverzekeraar staat de gemeente garant.

### Psychiatrische zorg

Een groot deel van de daklozen heeft psychiatrische ziekten.<sup>20</sup> Een deel van hen behoort tot de categorie mensen met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA), waarvoor intensieve en langdurige behandeling noodzakelijk is en die leidt tot ernstige beperkingen in het sociaal-maatschappelijk functioneren. Mensen met een ernstige psychiatrische aandoening kunnen bijvoorbeeld kampen met schizofrenie of andere psychotische stoornissen. In de opvangvoorzieningen lijken mensen met een EPA veelal om specifieke expertise in de begeleiding te vragen die niet altijd voorhanden is.

Voor daklozen met ernstige psychiatrische aandoeningen zijn bij het CCP een adviserend psychiater en een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV'er) in dienst die direct door kunnen verwijzen naar het team Openbare geestelijke gezondheidszorg Parnassia (TOP-team). Dit team richt zich op volwassenen

met ernstig psychiatrische problemen, waaronder (dreigend) daklozen.<sup>22</sup>

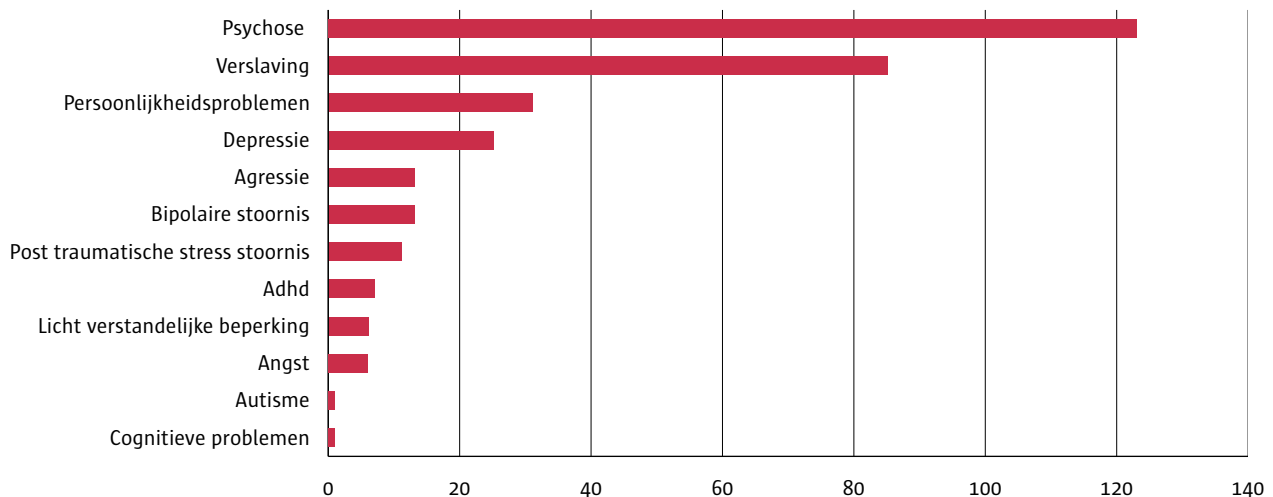
In 2016 heeft het CCP 50 nieuwe cliënten aangemeld bij het TOP-team die in zorg genomen zijn (gemiddeld één per week). Hiermee was het CCP één van de belangrijkste verwijzers (naast de acute keten van Parnassia\*\*, interne ketenpartners\*\*\*, huisartsen en de Sociale Wijkzorgteams en GGZ-teams). Vanuit het CCP worden cliënten ook rechtstreeks naar andere zorgprogramma's binnen de Parnassia Groep\*\*\* verwezen. De manier van verwijzen (TOP-team of direct naar een interne ketenpartner binnen Parnassia) is afhankelijk van de mate van zorgmijding en compliance bij de patiënt. Aanmeldingen vanuit het CCP worden altijd door het TOP-team in zorg genomen. In figuur 3 op pagina 10 staan de redenen van aanmelding van patiënten die bij het TOP-team in zorg zijn gekomen. Bij alle patiënten was sprake van co-morbiditeit en dus meervoudige problematiek, vaak op het gebied van psychiatrie, persoonlijkheidsproblematiek en verslaving. Op somatisch gebied heeft deze doelgroep ook regelmatig problemen, met name de patiënten met forse verslavingsproblematiek. Daarnaast speelt er bijna altijd psychosociale problematiek op gebieden van huisvesting (overlast, vervuiling) en financiën (inkomen en schulden). Daarbij ontbreekt een adequaat steunsysteem en zijn er problemen met justitie en bij het verkrijgen van zorg bij de juiste instantie.

\* De episodelijst is een overzicht van alle klachten, ziekten en problemen in het heden en het verleden van een patiënt.

\*\* Crisisdienst, Opvang Verwarde Personen, Politie Parnassia Project

\*\*\* Brijder verslavingszorg, Palier, PsyQ

Figuur 3. De redenen voor aanmelding bij het TOP-team (per persoon zijn meerdere redenen mogelijk). Bron: TOP-team



### Ziekenboeg, eerstelijns verblijf en verpleeghuiszorg

De nachtopvang is niet opgezet voor daklozen met een somatische zorgbehoefte. Er zijn weinig voorzieningen (geen hoog-laag bedden, geen rolstoeltoegankelijk sanitair) en er is geen medisch geschoold personeel. Daklozen worden geacht om overdag de locatie te verlaten. Voor daklozen met een medische en/of zorgbehoefte is een aantal voorzieningen beschikbaar in Den Haag.

Een dakloze die tijdelijk overdag niet naar buiten kan door ziekte, kan in de *ziekenboeg* van de Kessler Stichting geplaatst worden. De ziekenboeg beschikt over drie hoog/laag bedden, een aparte douche en rolstoeltoegankelijk toilet. De gemeente geeft hier jaarlijks subsidie voor. Een dakloze kan er terecht na een recente ziekenhuisopname of na een kleine ingreep, bij koorts of infecties zoals griep of algehele malaise voor een korte duur van zeven dagen (kan bij nood worden verlengd).<sup>23</sup> Ook een dakloze die niet ziek is maar die ten gevolge van lichamelijke beperkingen een hoog/laag bed of ADL (activiteiten dagelijks leven) ondersteuning nodig heeft, wordt in de ziekenboeg geplaatst omdat deze voorzieningen ontbreken in de nachtopvang. Omdat de ziekenboeg naast de verpleegafdeling is gesitueerd, kan er wel ADL zorg geboden worden door verzorgenden die op de verpleegafdeling werken. Voor voorbehouden handelingen\* wordt gebruik gemaakt van een samenwerkingsverband met de verpleegafdeling of kan de Kessler Stichting in sommige gevallen thuiszorg inschakelen.<sup>24</sup>

\* Voorbehouden handelingen zijn risicovolle, medische handelingen die alleen door bevoegde zorgverleners mogen worden uitgevoerd.

In 2015 en 2016 zijn de drie bedden van de ziekenboeg volledig bezet geweest. Gemiddeld verbleven cliënten twintig dagen in de ziekenboeg, waarbij de individuele verblijfsduren zeer uiteenliepen. Tabel 3 laat de vijf meest voorkomende opname-indicaties voor de ziekenboeg in 2015 en 2016 zien. Het aantal ziekenboegbedden is dus heel beperkt. Er zijn echter veel meer cliënten die overdag niet op een verantwoorde manier naar buiten kunnen. Ook gezien de toename van daklozen met somatische problemen in de reguliere nachtopvang (gesignaleerd door het CCP en de Kessler Stichting, zie ook paragraaf Signalen vanuit de keten Maatschappelijke Opvang op pagina 12) zijn er meer bedden nodig waar verpleegkundige handelingen en zorg geboden kunnen worden. Thuiszorg inzetten is ook gebonden aan tijden die niet overeenkomen met de tijden waarop de nachtopvang open is.

Tabel 3. Vijf meest voorkomende opname-indicaties van patiënten op de ziekenboeg van de Kessler Stichting. Bron: Kessler Stichting.

Positie	Klachten, ziekten of problemen
1.	Wondbehandeling na ziekenhuis ingreep
2.	Herstel na ziekenhuis ingreep
3.	Diabetes mellitus (instellen suikerziekte)
4.	Activiteiten Dagelijks Leven (ADL) zorg
5.	Herstel van infectie

*Eerstelijns verblijf (ELV)* is een medisch noodzakelijk kortdurend verblijf van minimaal 24 uur en maximaal drie maanden. Dit is bedoeld voor kwetsbare patiënten die tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woning kunnen verblijven, maar waarvoor geen opname in een ziekenhuis of andere zorginstelling



aangewezen is. Belangrijke voorwaarde is dat het verblijf medisch noodzakelijk is en dat gedurende 24 uur verpleegkundig toezicht nodig is.<sup>25</sup> Veelal sluiten reguliere zorginstellingen voor deze zorg contracten af met zorgverzekeraars, die elk hun eigen voorwaarden stellen aan de facilitaire voorzieningen en het opleidingsniveau van verpleegkundig personeel.

In Den Haag heeft de Kessler Stichting vier tot zes bedden met verpleegkundige zorg beschikbaar, die afhankelijk van de financieringsmogelijkheden bezet worden. Mogelijke financieringsbronnen zijn: ELV (zowel de hoog complexe zorg als laag complexe zorg), CAK-regeling voor ongedocumenteerden\* en de Regeling Zorg Asielzoekers\*\*. De gemiddelde verblijfsduur op deze bedden was 60 dagen, waarbij de individuele verblijfsduren zeer uiteenliepen. Over het algemeen hadden de patiënten die op deze bedden lagen zwaardere medische problematiek, zoals revalidatie na een zware operatie of een beroerte.

Wat betreft *verpleeghuiszorg* voor daklozen beschikt de Kessler Stichting over een aparte afdeling voor de doelgroep die een indicatie heeft voor langdurige verpleeghuiszorg (Wet langdurige zorg (Wlz)-indicatie) waarbij een specialist ouderengeneeskunde hoofdbehandelaar is. De Wlz is bedoeld voor cliënten die voortdurend (intensieve) zorg nodig hebben in de nabije omgeving. Hiervoor zijn 24-26 bedden beschikbaar die in 2015 en 2016 vrijwel altijd bezet waren.

### **Palliatieve zorg voor daklozen**

Uit onderzoek komt naar voren dat terminale of palliatieve zorg voor daklozen specifieke uitdagingen kent en kennis vereist.<sup>26</sup> Dat heeft aan de ene kant te maken met specifiek psychosociale problematiek zoals het nauwelijks meer hebben van een sociaal netwerk, zorgmijding, verstandelijke beperking en gedragsstoornissen, aan de andere kant ook met medische problemen zoals medicatiebeleid bij jarenlange verslaving, psychiatrische stoornissen en complexe somatische klachten.<sup>27,28</sup> Voor palliatieve zorg is er geen aparte daklozenvoorziening in Den Haag (verder ook niet in Nederland). Wel kan in sommige gevallen een beroep gedaan worden op een hospice waar een van de straatdokters ook als hospicearts werkzaam is. Verschillende initiatieven voor een professionalisering van palliatieve

zorg voor daklozen worden thans gestart. Zo bestaat er nu een project (geleid door VUmc en Erasmus MC) dat een consultfunctie ontwikkelt waarbij professionals uit de hospicezorg en de maatschappelijke opvang elkaar consulteren en adviseren om zo passende zorg te kunnen bieden.

### **Winterregeling en Winterkoudeonderzoek**

Als het vanwege de kou te gevaarlijk is om buiten te slapen, gaat de Haagse winterregeling in. Tijdens de winterregeling is de nachtopvang gratis en kan iedereen binnen slapen (zie kader). Tijdens de winterregeling in de winter van 2016/2017 verbleven er gemiddeld 216 personen op de nachtopvanglocaties in Den Haag, 122 personen bij de reguliere opvang en 94 personen bij de winteropvang. Op de drukste dag van de winterregeling verbleven er 241 bezoekers op de nachtopvanglocaties.

#### **Winterregeling**

De Winterregeling gaat van start bij een voorspelling 24 uur van tevoren voor vorst (de gevoels- en/of minimumtemperatuur is overdag of 's nachts nul of lager) of bij een waarschuwing van het KNMI voor het gebied Zuid-Holland (code geel, oranje of rood; met uitzondering van een waarschuwing voor mist). Tijdens de winterregeling worden de nachtopvangvoorzieningen kosteloos opengesteld voor alle daklozen waardoor de toeloop groter is. Het aantal daklozen dat gebruikmaakt van de winteropvangregeling geeft zo een representatiever beeld van het totaal aantal feitelijk daklozen in Den Haag die niet in hun eigen netwerk kunnen verblijven.

Afgelopen winter heeft GGD Haaglanden ten tijde van de winterregeling het Winterkoudeonderzoek 2016-2017 (WKO 16-17) uitgevoerd. Bij 118 daklozen is een vragenlijst afgenomen. Deze bevatte onder andere vragen met betrekking tot ervaren gezondheid, ziekte, mobiliteit, zorggebruik en het al dan niet hebben van een zorgverzekering.

\* Vreemdelingen zonder verblijfsvergunning (onverzekerbare vreemdelingen) kunnen geen zorgverzekering afsluiten. Wanneer deze mensen de zorgkosten niet kunnen betalen, kan de zorgverlener een vergoeding aanvragen aan het CAK.

\*\* De vergoeding van gezondheidszorg voor asielzoekers in Nederland.

Bijna de helft van de deelnemers aan het WKO 16-17 ervaarde zijn of haar gezondheid als (zeer) goed (46%), 27% ervaarde de gezondheid als gaat wel en 27% als (zeer) slecht. Uit de Gezondheidsenquête 2012 bleek dat 73% van de Hagenaars van 19 jaar en ouder met een eigen woonadres de eigen gezondheid als (zeer) goed ervaarde, 21% ervaarde de eigen gezondheid als gaat wel en 7% als (zeer) slecht. In vergelijking met de totale Haagse populatie ervaarde de deelnemers aan het WKO 16-17 over het algemeen hun gezondheid dus als minder goed. Daarnaast voelde 35% zich ziek en ervaarde 47% pijnklachten ten tijde van de enquête. Twee derde van de deelnemers aan het WKO 16-17 had een zorgverzekering. Drie op de tien daklozen had in de afgelopen twaalf maanden zorg ontvangen van een huisarts, 24% van de eerste hulp en 22% van een tandarts.

### Verpleegkundige zorg gedurende de winterregeling

De inzet van verpleegkundige zorg aan daklozen heeft vele voordelen. Ten eerste kunnen verpleegtechnische behandelingen direct worden opgepakt zonder dat een arts ingezet hoeft te worden. Ten tweede kan een verpleegkundige gemakkelijk signaleren en toeleiden naar medische zorg, alsmede nazorg en controle uitvoeren. Wanneer een verpleegkundige op een opvanglocatie wordt ingezet kan hij/zij gemakkelijk outreachende medische zorg bieden aan deze zorgmijdende populatie.

In Den Haag wordt verpleegkundige zorg alleen tijdens de winterregeling bij de winteropvang op één van de opvanglocaties ingezet. Het overgrote deel van de deelnemers zonder zorgverzekering (85%) of zonder toegangspas (zorgpas) voor de nachtopvang (90%) verbleef op deze locatie. Onder deelnemers zonder zorgverzekering of zonder toegangspas was het percentage dat zijn/haar gezondheid als (zeer) slecht ervaarde hoog (38%-39%). In de winter van 2016/2017 was de verpleegkundige op 25 van de 47 dagen van de winterregeling aanwezig en zijn er 133 consulten gehouden. De meest voorkomende klachten op de consulten waren sociale problemen (25%), problemen met de huid (21%), het bewegingsapparaat (20%), luchtwegen (14%) en psychische klachten (11%). In zes op de tien consulten (61%) werd de cliënt doorverwezen. Het aantal consulten duidt op een zorgvraag vanuit de dakloze populatie, die gezien de aard van de klachten en problemen niet voorbehouden is aan de winterperiode.

### Signalen vanuit de keten Maatschappelijke Opvang (MO)

Ondanks het uitgebreide aanbod van sociaal-medische voorzieningen in Den Haag, zijn er in de afgelopen jaren signalen gekomen over hiaten in het aanbod. Met name structurele verpleegkundige zorg, (acute) opvang en voorzieningen of faciliteiten voor cliënten met somatische problemen worden daarbij genoemd. Daarnaast is er bij verschillende bestaande opvangvoorzieningen een tekort aan capaciteit. In het afgelopen jaar signaleerden het CCP, de Kessler Stichting en de verpleegkundige tijdens de winteropvang een toename van somatische problematiek bij de daklozen in de nachtopvang. Ook bleek er sprake van een toename van mobiliteitsproblemen, waarbij een aantal daklozen rolstoelafhankelijk was. Voor deze problematiek en de bijbehorende zorgbehoefte bleken de sociaal-medische voorzieningen in Den Haag niet toereikend. Het betreft daklozen met (chronische)

Tabel 4. Winterkoudeonderzoek 2016/2017, Den Haag.

Bron: GGD Haaglanden.

<b>Ervaren gezondheid</b>	
(Zeer) goed	46%
Gaat wel	27%
(Zeer) slecht	27%
<b>Ziekte</b>	
Voelt zich ziek ten tijde van het Winterkoudeonderzoek	35%
Ervaart pijnklachten ten tijde van het Winterkoudeonderzoek	47%
<b>Mobiliteit</b>	
Kan zich zonder hulpmiddel (zoals een stok, looprek, rolstoel of scootmobiel) verplaatsen	87%
<b>Zorgverzekering</b>	
Is verzekerd	66%
<b>Zorg ontvangen in afgelopen twaalf maanden van (meerdere opties mogelijk)</b>	
Huisarts	30%
Eerste hulp	24%
Tandarts	22%
Arts in politiecel of in detentie	16%
GGZ	12%
Haagse Straatdokter	12%
Verlavingszorg	5%
Anders	21%



aandoeningen zoals diabetes mellitus, COPD, reuma, hart- en vaatandoeningen en complicaties door deze aandoeningen zoals een toename van infecties. Deze daklozen hadden vanwege hun aandoeningen en psychosociale kwetsbaarheid verpleegkundige zorg in combinatie met rust, structuur, toezicht en hygiëne nodig. Hierbij varieerde de zorgbehoefte per cliënt.

Er waren cliënten

- die binnen moesten blijven omdat het medisch onverantwoord was dat zij overdag naar buiten moesten;
- die behoefte hadden aan structuur, toezicht en zorg om hun (chronische) aandoening te stabiliseren;
- waarvan de somatische problematiek in kaart moest worden gebracht en voor wie een integraal behandelplan moest worden opgesteld;
- die uit het ziekenhuis ontslagen waren en nazorg nodig hadden. Voor de verzekerde daklozen zou de ELV-financiering van de zorgverzekeraars een mogelijkheid kunnen zijn, maar er is een tekort aan ELV-bedden voor deze doelgroep;
- in een terminaal stadium die niet in een hospice of verpleeghuis terecht konden vanwege hun OGGz-problematiek.

Heer A is een 55-jarige dakloze met diabetes mellitus (suikerziekte) en vaatproblemen; door een onderbeenamputatie is hij rolstoelafhankelijk geworden. Hij gaat weinig naar zijn huisarts, zegt geen vertrouwen in hem te hebben en slikt zijn medicijnen wisselend. Doordat hij geen adres meer heeft is zijn zorgverzekering gestopt.

#### *Nachtopvang*

Meneer krijgt toegang tot de nachtopvang en verblijft overdag op straat. Op de nachtopvang is er geen rolstoeltoegankelijke douche of toilet en zonder hulp kan hij geen gebruik maken van de douche. Omdat zijn enige voet veel pijnklachten geeft, zegt de begeleiding dat hij naar zijn huisarts moet gaan, wat hij echter niet doet.

#### *Haagse straatdokter*

Als hij ziek wordt op een dag dat de straatdokter spreekuur houdt op de locatie wordt hij door de arts gezien. De arts constateert een ernstig ontregelde diabetes en ernstige infectie aan de voet. Hij schrijft andere diabetesmedicatie voor en antibiotica en geeft aan hoe de wond verzorgd dient te worden. De thuiszorg wordt ingeschakeld voor hygiënemaatregelen en wondverzorging, maar voor goede verzorging is een hoog/laag bed nodig. De ziekenboeg heeft op dat moment geen plaats. Meneer is echter niet altijd aanwezig op de aangegeven tijden van de thuiszorg en neemt zijn medicatie nog steeds wisselend in.

#### *Ziekenboeg na ziekenhuisopname*

Hij wordt uiteindelijk opgenomen in het ziekenhuis omdat zijn toestand ernstig verslechtert. Hij dreigt zijn andere been ook kwijt te raken. Na de ziekenhuisopname is meneer ingesteld op injecties en is er een ELV-bed geïndiceerd voor verder herstel. Een reguliere zorginstelling kan meneer echter, gezien zijn (soms agressieve) gedragsproblematiek, niet opnemen en op de Kessler Stichting is geen ELV-bed beschikbaar. Meneer wordt opgenomen in de ziekenboeg en de thuiszorg wordt ingeschakeld voor wondverzorging en het toedienen van injecties op de juiste tijden. Meneer blijft zich echter aan zorg onttrekken en de diabetes blijft daarom zeer slecht ingesteld.

#### *Wlz-afdeling*

Op een gegeven moment wordt meneer door de politie zeer verward op straat aangetroffen en terug naar de Kessler Stichting gebracht. Hij wordt op de Wlz afdeling geplaatst omdat hij ernstig ziek blijkt te zijn. Vandaar uit wordt hij vrijwel meteen opnieuw ingestuurd naar het ziekenhuis.

De Kessler Stichting is het afgelopen jaar bezig geweest om met bestaande voorzieningen en financieringsbronnen zo goed als mogelijk zorg te bieden aan daklozen die een somatische zorgbehoefte hebben, maar die niet aanmerking komen voor opname in het ziekenhuis of voor een Wlz-indicatie. Dit vraagt echter aanpassingen en uitbreiding van de huidige opzet en indeling van zorgafdelingen, en kent uiteraard grenzen.

## Discussie

De organisatie van sociaal-medisch zorg voor daklozen heeft, gezien de kwetsbaarheid van deze groep en de hoge mortaliteit onder de groep, extra aandacht. Zorgmijdend gedrag, financiële drempels en OGGz-problematiek leiden ertoe dat de doelgroep niet altijd binnen de reguliere zorgstructuren geholpen kan worden. Den Haag heeft een – voor Nederlandse begrippen vrij uitgebreid – aanbod met sociaal-medische voorzieningen voor daklozen, waarvan een groot aantal daklozen gebruikmaakt.

In dit artikel zijn de volgende voorzieningen aan bod gekomen (zie ook figuur 1 op pagina 6).

Voorzieningen met een belangrijke rol in de toeleiding van daklozen naar zorg zijn het CCP, de nachtopvang en de verpleegkundige die tijdens de winterregeling zorg biedt. Ambulante zorg wordt gegeven door de Haagse straatdokter, de dakloz tandarts, de verpleegkundige tijdens de winterregeling en het TOP-team. 24-uurs opname kan met de juiste zorgvraag en indicatie plaatsvinden op de ziekenboeg (beperkt ten aanzien van capaciteit en verpleegkundige zorg), op een ELV-bed (beperkt ten aanzien van capaciteit) en de Wlz afdeling (die volledig benut wordt). Gespecialiseerde palliatieve zorg kan in een hospice (dat een enkele keer ook een dakloze opneemt) plaatsvinden zonder specifiek een aanbod voor deze doelgroep te hebben. Deze voorzieningen kennen vele financieringsbronnen. Daar waar zorg aan daklozen niet door de zorgverzekering betaald wordt, neemt de gemeente/GGD in grote mate de financiering op zich. Dit geldt voor de straatdokter en in beperkte mate voor de dakloz tandarts. De verpleegkundigen tijdens de winterregeling en in de ziekenboeg worden volledig gefinancierd door de gemeente. De overige voorzieningen worden (wanneer er sprake is van een zorgverzekering) door de zorgverzekeraar betaald, of waar mogelijk vanuit de regeling onverzekerden van het Rijk.

Naast inzicht in de voorzieningen is ook ingegaan op gezondheidsproblematiek van daklozen. In lijn met de literatuur is gebleken dat daklozen in Den Haag inderdaad veel en soms ernstige gezondheidsproblemen hebben. Gelet op de toenemende leeftijd van patiënten van de straatdokter, de toename van het aantal consulten per patiënt en met name de signalen vanuit de keten MO (CCP, Kessler Stichting, verpleegkundige winteropvang) is de conclusie dat er sprake is van een toenemende zorgvraag onder Haagse daklozen. Het betreft met name een vraag naar verpleegkundige zorg (voor toeleiding, bemoeizorg en reguliere zorg) in de ambulante setting (bij de nachtopvang) en in de opname setting (ziekenboeg, ELV-bedden).

***De keten van opvangvoorzieningen zou moeten lopen van de nachtopvang voor de dakloze zonder zorgvraag naar een voorziening met vaste medische en verpleegkundige zorg voor de dakloze met een grote zorgvraag.***

## Aanbevelingen

Zoals eerder geschetst, is het belangrijk dat daklozen een specifiek en passend zorgaanbod krijgen. Hierbij is het van belang dat zij geholpen worden door zorgverleners met ervaring met de doelgroep.

Ondanks het vrij uitgebreide aanbod van deze specifieke zorg aan daklozen in Den Haag, blijkt de zorgketen voor daklozen nog niet helemaal sluitend te zijn. Idealiter zou er een doorlopende keten zijn van voorzieningen waar elke dakloze terecht kan met zijn zorgvraag, variërend van een kleine tot een grote zorgvraag. Het huidige aanbod is ad hoc en organisch tot stand gekomen op basis van gesignaleerde problemen en financieringsmogelijkheden en is daardoor gefragmenteerd. Het voorziet op het moment al in een grote behoefte van de dakloze populatie en dient daarom zeker behouden te blijven. Een aantal voorzieningen zou echter bij voorkeur structureler moeten worden ingericht en uitgebreid. Een structureel aanbod zou betekenen dat de keten van opvangvoorzieningen zou lopen van de nachtopvang voor de dakloze zonder zorgvraag naar een voorziening waar vaste medische en verpleegkundige zorg geboden wordt voor de dakloze met een grote zorgvraag.



Verpleegkundige zorg is potentieel de verbindende schakel in de gehele keten. Door (vroeg)signalering van gezondheidsproblematiek en begeleiding van medewerkers ten aanzien van gezondheidsmaatregelen kan (verergering van) gezondheidsproblematiek voorkomen worden.

### *Verpleegkundige zorg is potentieel de verbindende schakel in de gehele keten.*

Een dergelijke keten zou er als volgt uitzien.

- Nachtopvang voor daklozen zonder zorgvraag.
- Nachtopvang met 24-uursvoorziening (huiskamer), waar daklozen binnen kunnen blijven als zij op basis van medische gronden niet naar buiten kunnen.
- Nachtopvang met voldoende hoog-laag bedden en rolstoeltoegankelijke faciliteiten, waar verpleegkundige zorg in de ambulante setting gegeven kan worden.
- Voorziening met voldoende bedden waar laag complexe verpleegkundige zorg geboden kan worden.
- Voorziening met voldoende bedden waar hoog complexe zorg geboden kan worden.
- Voorziening met voldoende bedden waar palliatieve zorg aan daklozen geboden kan worden.

Dit vraagt om:

- Uitbreiding van de ziekenboeg op de nachtopvang waarin daklozen kunnen uitrusten en herstellen van griep of andere aandoeningen (dit is reeds aanwezig bij de Kessler Stichting maar er zijn weinig bedden beschikbaar; bij de nachtopvang op de Zilverstraat is überhaupt geen ziekenboeg).
- Aparte faciliteiten voor verpleegkundige zorg in de ambulante setting (hiervoor worden nu de ziekenboegbedden gebruikt) en het uitbreiden van verpleegkundige zorg in de ambulante setting (zoals die nu gegeven wordt tijdens de winterregeling).
- Uitbreiding van het aantal ELV-bedden waar laag-complexe en hoog-complexe zorg geboden kan worden (deze zijn er op het moment te weinig).
- Voorzieningen om palliatieve zorg aan daklozen te bieden (hier is op het moment nog geen aanbod specifiek voor daklozen voor).

Bovenstaande verbeteringen hebben natuurlijk ook financiële consequenties. Zoals ook uit de analyse van de bestaande voorzieningen blijkt, zijn lang niet alle kosten voor daklozenzorg te verhalen op zorgverzekeraars. Het huidige zorgstelsel en de financiering van zorg blijkt in veel gevallen niet passend voor de daklozen populatie. De onverzekerdenregeling biedt voor bepaalde zorg aan onverzekerden een uitkomst, maar is niet geschikt voor alle type zorg. Voor korte zorgverrichtingen is de administratieve druk bijzonder hoog en zorg aan daklozen uit een EU-land die niet rechtmatig in Nederland verblijven (en daardoor niet verzekeringsplichtig zijn) valt sowieso buiten de subsidieregeling. Een ander probleem is dat de ELV-bedden aan veel verschillende voorwaarden van de verschillende zorgverzekeraars moeten voldoen, wat lastig te realiseren is voor een relatief kleine doelgroep. Ook is er (vooralsnog) geen financiering voor ambulante verpleegkundige zorg buiten de winterregeling. Een (tijdelijk) vangnet voor financiering van sommige voorzieningen blijft noodzakelijk.

Hoe gaat het in de ideale situatie met meneer A? In de nachtopvang maakt hij gebruik van een rolstoeltoegankelijke douche en toilet. Een verpleegkundige met specifieke kennis van de doelgroep, bouwt vertrouwen op om structuur en toezicht op de medicatie te kunnen gaan bieden. De verpleegkundige voert controles uit en instrueert de medewerkers van de opvang (over hygiëne en signalen van verslechtering). Door regelmatig overleg tussen de verpleegkundige en de straatdokter over de medicatie wordt geprobeerd de suikerziekte goed in te stellen om complicaties te voorkomen. Indien nodig kan meneer tijdelijk opgenomen worden in de ziekenboeg voor het opstellen van een integraal behandelplan.

Deze casus geeft aan dat, hoewel er al heel veel goed geregeld is, het aanbod voor daklozen gezien de gesignaleerde zorgbehoefte om aanpassing van de voorzieningen vraagt.

---

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

---



## MET DANK AAN

- De Kessler Stichting
- Saoed Abdoelbasier, psychiater TOP-team
- Aland Griffioen, controller Stichting Haagse Gezondheidscentra (SHG) en Marcelle Hage hoofdassistente locatie Vaillantplein
- Thijs Backus, huisarts SHG De Koning
- De straatdokters in Den Haag; Saskia Anders, Bernadette Blesgraaf-Roest, Lex Burggraef, Nienke de Graauw, Richard Starmans, Jan Wuister, Hilly van der Zijden-Schrader; straatapotheker Paul Lebbink, Transvaal Apotheek
- Hanna Klop onderzoeker VUmc
- De daklozelandartsen Frans Nugteren en Tim Strik
- Guus Palm, Ariedick Schoorl, beleid gemeente Den Haag

## OVER DE AUTEURS

**Mw. drs. E. Reijn**, arts M&G, senior adviserend geneeskundige O(G)Gz GGD Haaglanden, **Mw. A.S. Henken MSc**, staffunctionaris O(G)Gz GGD Haaglanden, **Mw. M. Keetman MSc**, epidemiologisch onderzoeker GGD Haaglanden.

E-mail: [els.reijn@ggdhaaglanden.nl](mailto:els.reijn@ggdhaaglanden.nl)

## REFERENTIES

- 1 CBS [online] Beschikbaar via: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=80799ned&D1=a&D2=a&D3=a&HD=150303-1405&HDR=T,G2&STB=G1>.
- 2 CBS [online] Beschikbaar via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/09/aantal-daklozen-in-zes-jaar-met-driekwart-toegenomen>.
- 3 CBS [online] Beschikbaar via <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=80799ned&D1=a&D2=a&D3=a&HD=150303-1405&HDR=T,G2&STB=G1>.
- 4 Nusselder WJ, Slockers MT, Krol L, Slockers CT, Looman CW, Beeck EF van. **Mortality and life expectancy in homeless men and women in rotterdam: 2001-2010**. PLoS One. 2013; 8(10). Vertaling in NTVG.
- 5 Fazel S, Geddes JR, Kushel M. **The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations**. Lancet. 2014; 384(9953): 1529–1540.
- 6 Morrison DS. **Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study**. Int J Epidemiol. 2009. 38(3): p. 877-83.

- 7 Stenius-Ayoade A, Haaramo P, Kautiainen H, Gissler M, Wahlbeck K, Eriksson JG. **Mortality and causes of death among homeless in Finland: a 10-year follow-up study**. J Epidemiol Community Health. 2017 Jul 24. pii: jech-2017-209166. doi: 10.1136/jech-2017-209166.
- 8 Straaten B van, Rodenburg G, Laan J van der, Boersma SN, Wolf JR, Mheen D van de. **Substance use among Dutch homeless people, a follow-up study: prevalence, pattern and housing status**. Eur J Public Health. 2016 Feb;26(1):111-6. doi: 10.1093/eurpub/ckv142. Epub 2015 Aug 6.
- 9 Wolf J. **Zorgwekkende zorgmijders met LVB**. Beschikbaar via: [http://www.straadokter.nl/wp-content/uploads/2014/11/Petra-Noordhuis\\_30-van-de-dak-en-thuislozen-heeft-eeen-IQ-onder-de-70\\_TAVG-juni-2017.pdf](http://www.straadokter.nl/wp-content/uploads/2014/11/Petra-Noordhuis_30-van-de-dak-en-thuislozen-heeft-eeen-IQ-onder-de-70_TAVG-juni-2017.pdf).
- 10 Straaten B van, Schrijvers CTM, Laan J van der, Boersma SN, Rodenburg G, Wolf JRLM et al. **Intellectual Disability among Dutch Homeless People: Prevalence and Related Psychosocial Problems**. PLoS ONE 2014. 9(1): e86112.
- 11 Straaten B van, Rodenburg G, Laan J van der, Boersma SN, Wolf JR, Mheen D van de. **Self-reported care needs of Dutch homeless people with and without a suspected intellectual disability: a 1.5-year follow-up study**. Health Soc Care Community. 2017 Jan;25(1):123-136. doi: 10.1111/hsc.12287. Epub 2015 Oct 1.
- 12 Hanlon P, Yeoman L, Esiovwa R, Gibson L, Williamson AE, Mair FS, Lowrie R. **Interventions by healthcare professionals to improve management of physical long-term conditions in adults who are homeless: a systematic review protocol**. BMJ Open. 2017 Aug 21;7(8).
- 13 Slocker M, Leare I van. **Zorg voor kwetsbare groepen**. Maria van den Muijsenbergh, Eldine Oosterberg. **Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren in de huisartspraktijk, praktische tips en inspirerende voorbeelden**. NHG en Pharos, Utrecht, 2016 Beschikbaar via: <http://www.huisarts-migrant.nl/maak-het-verschil-diversiteit-in-de-huisartsenpraktijk>.
- 14 Kipke MD, Simon TR, Montgomery SB, Unger JB, Iversen EF. **Homeless youth and their exposure to and involvement in violence while living on the streets** J Adolesc Health. 1997 May;20(5):360-7.
- 15 CBS [online] Beschikbaar via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/51/dakloos-vaker-jong-en-niet-westers>.
- 16 Medisch contact [online] Beschikbaar via: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/veel-verschil-in-zorg-aan-dak-en-thuislozen.htm>.





- 17 VNG [online] Beschikbaar via: <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/beschermde-wonen-maatschappelijke-opvang/nieuws/subsidieregeling-medisch-noodzakelijke-zorg-onverzekerden>.
- 18 CAK [online] Beschikbaar via: <https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen>.
- 19 GGD Haaglanden [online] Beschikbaar via: <http://www.ggdhaaglanden.nl/artikel/winterkoude-onderzoek-daklozen-haaglanden-2016-2017.htm>.
- 20 Nielsen SF, Hjorthøj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. **Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study**. Lancet. 2011 Jun 25;377(9784): 2205-14.
- 21 Poort W. **Is Den Haag al onder dak?** Epidemiologisch Bulletin, 2015; 50 (4): 37-44.
- 22 Gilissen R. **Omvang van een aantal OGGZ-(risico) groepen in de regio Haaglanden**. Epidemiologisch Bulletin, 2011; 46 (2/3): 27-36.
- 23 Leger des Heils [online] Beschikbaar via: <http://www.kesslerstichting.nl/de-ziekenboeg>.
- 24 <https://www.zorgverzekeringwijzer.nl/zorgvergoedingen/thuiszorg>.
- 25 ACTIZ [online] Beschikbaar via: <https://www.actiz.nl/nieuws/web/ouderenzorg/open/2016/06/nza-publiceert-regelgeving-2017-voor-eerstelijns-verblijf>.
- 26 Hutt E, Whitfield E, Min S-J, et al. **Challenges of Providing End-of-Life Care for Homeless Veterans**. American Journal of Hospice & Palliative Medicine. 2016.
- 27 Song J, Bartels DM, Ratner ER, Alderton L, Hudson B, Ahluwalia JS. **Dying on the streets: homeless persons' concerns and desires about end of life care**. Journal of General Internal Medicine. 2007.
- 28 Laere I van, Sloekers M, Muijsenbergh M van den. **Huisarts kan dakloosheid voorkomen**. Huisarts Wet. 2017;60(7): 363-5.



# Gezondheidsdialoog in de wijk

De afgelopen jaren hebben professionals en bewoners in de Haagse wijken Schilderswijk en Rivierenbuurt vormgegeven aan het project 'Gezondheidsdialoog in de wijk'. Aanleiding is de ervaring van huisartsen dat leefstijladviezen en -programma's nauwelijks aanslaan bij veel van hun patiënten, vooral bij mensen met een lage opleiding en mensen met een niet-westerse achtergrond. Daarom wordt besloten een dialoog te organiseren tussen hulpverleners en wijkbewoners om te komen tot een gezamenlijk gedragen beeld van de belangrijkste gezondheidsproblemen in de wijk en om te verkennen wie welke rol op zich zou moeten nemen om deze problemen succesvol aan te pakken. In 2012 berichtte het Epidemiologisch Bulletin al over de eerste resultaten van dit project.<sup>1</sup> Dit artikel beschrijft hoe het project zich sindsdien ontwikkelde.

Paul Uitewaal, Vera Atema en Barend Middelkoop

## Aanleiding

De aanleiding voor het project was destijds, kort samengevat, het feit dat zorgverleners geen fiducia meer hebben in de gebruikelijke leefstijlprogramma's die of te weinig mensen bereiken of niet structureel kunnen worden ingebed. Daarom zijn nieuwe programma's nodig vanuit de behoefte en de mogelijkheden van de doelgroep zelf. De gedachte hierbij is om de doelgroep niet alleen te betrekken bij de ontwikkeling van de leefstijlprogramma's, maar ook medeverantwoordelijk te maken voor de uitvoering hiervan. Dit leidt tot het initiatief om hulpverleners en wijkbewoners met elkaar in gesprek te brengen. Dit initiatief is verder uitgewerkt onder de titel 'Gezondheidsdialoog in de wijk'.

In 2013 krijgt dit project een forse impuls dankzij een subsidie van ZonMw, het belangrijkste Nederlandse fonds voor onderzoek en projecten in de zorg. De Gezondheidsdialoog wordt gedragen door een Stuurgroep met als participanten: de afdelingen Gezondheidsbevordering en Epidemiologie van GGD Den Haag respectievelijk GGD Haaglanden, welzijnsorganisatie Zebra, Regionale Ondersteuningsstructuur Lijn1, gezondheidscentrum De Rubenshoek (Schilderswijk) en gezondheidscentrum De Doc (Rivierenbuurt).

Een uitgebreide beschrijving van de aanleiding voor het project staat in het Epidemiologisch Bulletin van juni 2012.<sup>1</sup>

## Stroomversnelling vanaf 2013

Dankzij de subsidie van ZonMw wordt van 1 mei 2013 tot 1 november 2014 bij het LUMC een actieonderzoeker aangesteld met als opdracht om aan beide doelstellingen van de Gezondheidsdialoog vorm te geven:

1. In kaart brengen wat volgens enerzijds hulpverleners en anderzijds wijkbewoners de belangrijkste gezondheidsproblemen zijn in de Schilderswijk en de Rivierenbuurt, en hieruit zo mogelijk een gezamenlijk gedragen beeld afleiden van de belangrijkste gezondheidsproblemen.
2. Nagaan wie welke rol op zich kunnen en willen nemen als het gaat om het aanpakken van deze gezondheidsproblemen.

Al vrij snel wordt duidelijk dat de beantwoording van de eerste vraag meer tijd zal kosten dan is begroot. In overleg met ZonMw wordt daarom besloten om de Gezondheidsdialoog gedurende de subsidieperiode te beperken tot de eerste doelstelling: het krijgen van een gezamenlijk beeld van de als belangrijkste ervaren gezondheidsproblemen.



In het actieonderzoek wordt gebruikgemaakt van de zogeheten 'Intervention Mapping' benadering. Deze benadering biedt een zeer systematische aanpak met een logische opeenvolging van fasen van een actieonderzoek. De eerste fase (de 'Needs Assessment') kent een model om tot een volledige inventarisatie te komen van relevante determinanten, gedrags- en omgevingsfactoren, ervaren gezondheidsproblemen en opvattingen over kwaliteit van leven.<sup>2,3</sup>

Er is onderscheid in een inventarisatiefase en een 'samenspraakfase'. Tijdens de inventarisatiefase worden, apart met wijkbewoners en met hulpverleners, meerdere focusgroepgesprekken gevoerd om inzicht te krijgen in de ervaren gezondheidsproblemen, kwesties die speciale aandacht behoeven en specifieke verbeter- en veranderpunten. Tevens wordt besproken hoe een aansluitende actiefase eruit zou kunnen zien. Veelal blijkt één gesprek onvoldoende en besluit de focusgroep tot een tweede gesprek. Als extra verificatie van de bij de focusgroepen verkregen informatie, en om de Gezondheidsdialoog bredere bekendheid te geven, worden mondeling korte vragenlijsten afgenomen bij 160 wijkbewoners (zie kader). Alle verkregen informatie wordt geanalyseerd en dient als input voor de zogeheten 'spiegelgesprekken' tussen de deelnemende wijkbewoners en hulpverleners (de 'samenspraakfase'). Tijdens deze spiegelgesprekken staan de overeenkomsten, het gezamenlijk draagvlak en het toewerken naar de actiefase centraal.

### Vragenlijst

Vragen, gesteld aan zowel de deelnemers aan de focusgroepgesprekken als aan 160 willekeurige wijkbewoners:

1. Welke gezondheidsproblemen worden er volgens u ervaren bij de (vul in etniciteit) wijkbewoners in de .... (Schilderswijk / Rivierenbuurt)?
2. Welke van deze gezondheidsproblemen zouden de (vul in etniciteit) bewoners in de .... (Schilderswijk / Rivierenbuurt) volgens u het liefste willen aanpakken/aangepakt willen zien worden?
3. Wat zou iemand zelf kunnen veranderen/verbeteren om .... (invulling afhankelijk van antwoord op vraag 2)?
4. Wat zou er in de omgeving moeten veranderen/verbeteren om .... (invulling afhankelijk van antwoord op vraag 2)?
5. Wat zou er in de hulpverlening moeten veranderen/verbeteren om .... (invulling afhankelijk van antwoord op vraag 2)?
6. Heeft u nog andere aandachtspunten of opmerkingen?

Doel is om zowel in de inventarisatiefase als in de samenspraakfase vooral de, zoals wordt genoemd, 'modale' wijkbewoners aan het woord te laten komen die (nog) niet door bijvoorbeeld vrijwilligerswerk vertrouwd zijn met de ideeën en wensen van professionele hulpverleners. De inbreng van actieve wijkbewoners in de focusgroep- en spiegelgesprekken zou indirect een reflectie kunnen zijn van opvattingen van de professionals. In werkelijkheid is natuurlijk niemand een 'modale' wijkbewoner en zoekt men voor de focusgroepgesprekken vooral een grote variëteit aan deelnemers. Daartoe worden via opbouwwerkers, op schoolpleinen en in buurthuizen contacten gelegd met buurtbewoners. Ook wordt aangesloten bij groepen wijkbewoners die op regelmatige basis elkaar zien met een ander doel dan het verbeteren van de gezondheid van de groep (de voorbeelden varieerden van sportactiviteiten tot breien).

### Schilderswijk en Rivierenbuurt: overeenkomsten en verschillen

De bevolkingssamenstellingen van de Schilderswijk en de Rivierenbuurt vertonen zowel overeenkomsten als duidelijke verschillen. In de Schilderswijk heeft de overgrote meerderheid een lage sociaaleconomische positie en een niet-westerse achtergrond (onder meer 28% Turks en 23% Marokkaans). De Rivierenbuurt is meer gemêleerd: er zijn al lang in de wijk wonende mensen met een uiteenlopende niet-westerse achtergrond en vaak een lage sociaaleconomische positie en er zijn mensen die betrekkelijk recent in de Rivierenbuurt zijn komen wonen, met veelal een autochtone achtergrond en een hogere sociaaleconomische positie.

Deze demografische verschillen tussen de Schilderswijk en de Rivierenbuurt dwingen tot het maken van keuzen in de benadering. In de Schilderswijk wordt ervoor gekozen in eerste instantie te focussen op de grootste, Turkse bevolkingsgroep. De grote variatie binnen de Rivierenbuurt leidt tot de keuze om te werken met etnisch gemengde groepen. Voordeel hiervan was dat kon worden nagegaan in hoeverre dit tot problemen zou leiden; bijvoorbeeld doordat de onderscheiden bevolkingsgroepen zodanig verschillende opvattingen zouden hebben dat er geen gemeenschappelijke deler uit zou kunnen worden gehaald. Tijdens de projectperiode blijkt dat het moeilijk is om voldoende deelnemers te werven voor de focusgroepgesprekken. Ook gedurende de zomermaanden, de kerstperiode en de ramadan is de belangstelling gering. Er ontstaat tijdgebrek waardoor het beoogde spiegelgesprek in de Rivierenbuurt niet kan plaatsvinden.



In de Schilderswijk wordt dit spiegelgesprek wel tijdig gerealiseerd, hoewel ook daar sprake is van tijdgebrek. Het kader 'aantallen deelnemers' toont de uiteindelijke aantal deelnemers.

### Aantallen deelnemers aan focus-groepgesprekken, samenspraak en mondelinge interviews in Rivierenbuurt en Schilderswijk

#### Deelnemers Schilderswijk

*Bewoners.* In de Schilderswijk deden 66 bewoners mee (gemiddelde leeftijd circa 45 jaar), verdeeld over zeven focusgroepen. Er waren twee mannen-groepen (waarvan één bestaande groep) met samen 23 mannen, en vijf vrouwengroepen (waarvan twee bestaande groepen) met samen 43 vrouwen; allen met een Turkse achtergrond. Aan de vervolggroepen namen in totaal 22 vrouwen en vijf mannen deel.

*Hulpverleners.* In totaal 18 hulpverleners verdeeld over drie groepen deden mee aan de focusgroep gesprekken. Er was één vervolggroep (tien hulpverleners).

*Samenspraak.* In de Schilderswijk namen 20 bewoners deel aan het spiegelgesprek (16 vrouwen en vier mannen) en tien hulpverleners.

*Interviews.* Naast de focusgroep gesprekken werd in de Schilderswijk bij 120 wijkbewoners met uiteenlopende etnische achtergrond een kort interview afgenomen.

#### Deelnemers Rivierenbuurt

*Bewoners.* In de Rivierenbuurt deden 21 bewoners mee (drie mannen en 18 vrouwen; gemiddelde leeftijd 47,5 jaar) met een uiteenlopende etnische achtergrond, verdeeld over drie focusgroepen. Hiervan hield één groep (vier bewoners) een tweede focusgroep gesprek.

*Hulpverleners.* In totaal 19 hulpverleners verdeeld over drie groepen deden mee. Hiervan hielden twee groepen (11 hulpverleners) een tweede gesprek.

*Interviews.* Naast de focusgroep gesprekken werd bij 40 wijkbewoners een kort interview afgenomen.

### De top drie van gezondheidsproblemen

Behoudens enige verschillen tussen de Rivierenbuurt en de Schilderswijk komen de wijkbewoners uit beide wijken met dezelfde top drie van de door hen als belangrijkste ervaren gezondheidsproblemen: stress, voeding en beweging. Deze valt bovendien samen met de top drie van de hulpverleners. Verschil is wel dat stress er bij de bewoners torenhoog bovenuit steekt. Stress wordt niet alleen genoemd als het majeure gezondheidsprobleem, maar men benadrukt dat men door allerlei stress veroorzakende factoren geen prioriteit geeft aan andere leefstijlissues zoals gezonde voeding en voldoende lichaamsbeweging of daardoor zelfs helemaal niet in staat is tot een gezondere leefstijl. Stress moet in dit verband worden gezien als een containerbegrip waarachter een veelheid van problemen schuilgaat. Grofweg is onderscheid te maken in 'financiële stress' en 'psychosociale stress'. De noemer 'financiële stress' behelst onderwerpen als schulden, inkomensdaling door werkloosheid, de 'armoedeval' voor mensen net boven het bestaansminimum die bepaalde rechten op toeslagen en dergelijke kwijtraken, het eigen risico in de ziektekostenverzekering dat ertoe leidt dat mensen niet de vereiste zorg ontvangen, procedureproblemen rond uitkeringen, schuldsanering etc. Ook onder de noemer 'psychosociale stress' wordt een heel scala aan problemen genoemd. Het probleem om kinderen op een verantwoorde manier op te voeden in een samenleving die hen het gevoel geeft niet mee te tellen, opvoeden in een bi-culturele situatie met soms haaks op elkaar staande normen en gevoelens van discriminatie. In geval van werkloosheid noemt men gevoelens van falen, maar ook vaak het besef weinig kansen te hebben op de arbeidsmarkt. Ook worden zaken genoemd als gevoelens van onveiligheid in de eigen woonbuurt, lage sociale cohesie, eenzaamheid, onder andere voor vrouwen die niet buiten durven te komen en onvoldoende groen.

Als gezondheidsproblemen buiten de top drie noemen bewoners in beide wijken vaak 'longproblemen'. In de Schilderswijk worden ook diabetes, hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk, kanker, alcoholisme, hyperventilatie, zware griep, migraine en prostaatproblemen gemeld.

Professionals noemen naast de top drie gezondheidsproblemen ook andere gezondheid gerelateerde zaken. In de Rivierenbuurt zijn dit het grote verloop in de buurt (studenten, MOE-landers), luchtverontreiniging leidend tot slecht ventilatiegedrag,



weinig groenvoorzieningen en sportmogelijkheden, onveiligheid op straat door hangjongeren, onveilige verkeerssituaties alsmede de situatie rond de prostitutiestraten; overlast door bedrijven en door uitgaanspubliek.

De professionals in de Schilderswijk geven naast de top drie ook punten aan als ijzer- en vitamine D-tekort, verhoogd cholesterol, vermoeidheid en ontwikkelingsachterstanden bij kinderen. Voorts noemen zij ook hier het ontbreken van voldoende groen en sportmogelijkheden, een niet-optimale woonomgeving met te kleine huizen en overlast door hangjongeren. Ook wijzen de professionals op de soms nadelige invloed van cultuur, zoals familie-verplichtingen, bijvoorbeeld het uit beleefdheid niet kunnen weigeren van aangeboden voedsel bij familie-bezoek. Sommigen wijzen – vooral voor de mannen – op het bestaan van taboes en de schaamte om hulp te zoeken, zeker buiten de eigen gemeenschap. Wat betreft een eigen rol voor bewoners in de eventuele actiefase van het project zien zowel bewoners als hulpverleners in de Schilderswijk weinig kans van slagen als er geen middelen zijn voor enigerlei vorm van professionele ondersteuning, zoals vanuit het opbouwwerk.

Gezien de grote mate van overeenstemming in de inbreng van bewonerszijde en van de professionals is het logisch dat uit het spiegelgesprek in de Schilderswijk dezelfde top drie naar voren komt: stress, voeding en beweging. Daarnaast is het spiegelgesprek verrijkt met persoonlijke verhalen van mensen die zich wisten te onttrekken aan een negatieve spiraal van stress, neerslachtigheid, apathie, veel eten en weinig bewegen, overgewicht, afnemende gevoelens van eigenwaarde en mede daardoor nog meer stress. (Zie kader met twee voorbeelden van mensen die, mede dankzij een adequate inzet van hulpverleners, zich uit een ogenschijnlijk uitzichtloze situatie wisten te bevrijden).

### **Aan de slag met actieve mannen: de actiefase**

Het was de bedoeling om de door ZonMw gesubsidiëerde fase van de Gezondheidsdialoog af te sluiten met een actiefase waarbij bewoners en hulpverleners in onderlinge afstemming zouden werken aan de aanpak van de belangrijkste gezondheidsproblemen. De Stuurgroep komt onder andere tot de conclusie dat er 'in de actiefase een andere aanpak moet komen voor de mannen dan voor de vrouwen'. De vrouwen blijken namelijk voor een deel al actief, terwijl de

#### **Zij wisten zich te onttrekken aan een negatieve spiraal**

**Een vrouw heeft leren fietsen:** "Het probleem is dat buitenlanders niet zo gemakkelijk met een probleem naar voren komen. Als ik naar de psychiater moet dan denk ik 'ik ben toch niet gek'. Ik ben naar R. (maatschappelijk werk) gegaan. Eerst wilde ik niet, maar voor mij bleek het goed te zijn. Ik kon alles in eigen taal uitleggen." Deze vrouw vertelde in een spiegelgesprek hoe ze, na haar bezoek aan de maatschappelijk werker, heeft leren fietsen, waardoor ze zich nu vrijer kan bewegen en een wereld voor haar is opengegaan.

**Een man beweegt andere mannen tot bewegen:** "Ik zat, als een van de slachtoffers van een massaontslag en gezien mijn leeftijd kansloos op de arbeidsmarkt, in een uitzichtloze situatie. Financieel betekende het ontslag een aderlating. Maar mijn huisarts nam de tijd voor mij en verwees mij naar een psycholoog. Daar leerde ik om anders met mijn situatie om te gaan. Mijn boosheid was begrijpelijk en in zekere zin terecht, maar ik was zelf het grootste slachtoffer van die boosheid. Toen ik me dat was gaan realiseren, kon ik als het ware een knop omzetten en gaan denken over wat het leven mij wél te bieden heeft." Deze man heeft vervolgens groepen opgestart waar mannen 's avonds gratis aan een beweegprogramma kunnen deelnemen.

mannen hierin in sterke mate worden belemmerd door de gesignaleerde taboes.

Ook ligt de situatie in de Rivierenbuurt anders dan in de Schilderswijk. Vooral door de sterke segmentatie van de populatie van de Rivierenbuurt is het niet erg duidelijk hoe de Gezondheidsdialoog hier het beste kan worden voortgezet. Bovendien is er inmiddels een duidelijke samenwerking tot stand gekomen tussen gezondheidscentrum De Doc en de in de wijk gevestigde basisschool. Deze samenwerking lijkt veel kansen te bieden om op een eigen wijze door te gaan met hetzelfde gedachtegoed dat ten grondslag ligt aan de Gezondheidsdialoog: het betrekken van wijkbewoners en het minder uitgaan van de verantwoordelijkheid van de hulpverleners.

In de Schilderswijk wordt getracht om tot activiteiten te komen primair voor-en-door de bewoners. In eerste instantie wordt dit geprobeerd met de deelnemers aan de focusgroep en spiegelgesprekken. Echter, na deze bijeenkomsten geeft niemand zich op voor het ontwikkelen van dergelijke activiteiten en daarmee



voor een rol als verantwoordelijke voor het proces aan de bewonerskant. Voor de actiefase van de Gezondheidsdialoog is dit op zich geen probleem; de focus op de 'modale' wijkbewoner was vooral van belang om in de verkennende fase een zo representatief mogelijk beeld te verkrijgen van wat er leeft onder de wijkbewoners. In de actiefase zou sterker kunnen en mogen worden geleund op eigen organisaties van wijkbewoners.

In de multi-etnische aanpak in de Rivierenbuurt kwam zoals gezegd dezelfde top drie naar voren als in de Schilderswijk. Bovendien worden de bevindingen van de focusgroepgesprekken in beide wijken bevestigd in het vragenlijstonderzoek, dat is uitgevoerd onder een multi-etnisch samengestelde steekproef. Op basis hiervan neemt de Stuurgroep van de Gezondheidsdialoog aan dat andere niet-westerse bevolkingsgroepen in de Schilderswijk tot dezelfde top drie zouden komen. Dit is reden om het project niet langer uitsluitend te beperken tot bewoners met een Turkse achtergrond. Verschillende eigen organisaties van uiteenlopende etnische signatuur krijgen de vraag om mee te werken aan een bijeenkomst voor geïnteresseerde mannen in de Schilderswijk op een zondag in september 2016 in buurthuis De Octopus. De uitnodiging voor deze bijeenkomst is ondertekend door de in de Stuurgroep participerende organisaties en door de bewonersorganisatie van de Schilderswijk De Paraplu, de Marokkaanse vereniging Ittihaad en de Hindostaanse stichting Amman. De bijeenkomst wordt redelijk goed bezocht, maar levert weinig ideeën op voor een succesvolle, (mede) door bewoners gedragen aanpak voor de voorgenomen actiefase van de Gezondheidsdialoog. Eén van de ideeën verdient evenwel vermelding: het maken van een film voor en door bewoners, waarin het thema 'stress' centraal staat in al zijn facetten en waarin blijkt hoe door een positieve omgang met de uitdagingen die men ondervindt, te voorkomen is dat men nog meer slachtoffer wordt van de situatie en in een negatieve spiraal blijft steken. Positieve rolmodellen kunnen dan laten zien dat soms 'het omzetten van een knop in het eigen hoofd' kan leiden tot grote verbeteringen in de eigen situatie. Vertoning van de film in buurthuizen, moskeeën etc. zou uitgangspunt kunnen zijn voor discussies tussen de aanwezige mannen. Ook bij deze bijeenkomst geeft echter geen van de aanwezige bewoners zich op voor een rol als medeverantwoordelijke voor de actiefase.

In het najaar van 2016 en het voorjaar van 2017 volgen nog enkele bijeenkomsten met een klein aantal actieve mannen, waaronder actieve buurtvaders uit

de Schilderswijk. Zij zijn bereid om zich als vrijwilliger in te zetten voor hun buurt en zij discussiëren actief mee, onder andere over een nadere invulling van de voorgestelde film. Tegelijkertijd blijkt dat zij voor het tot stand komen van de film toch vooral kijken naar de aanwezige professionals van GGD, Zebra en Lijn1.

*Het stimuleren van een gezondere leefstijl kan niet zonder aandacht te schenken aan de ervaren stress.*

## Beschouwing

De Gezondheidsdialoog heeft allereerst geleerd dat er tussen bewoners en professionals in de Schilderswijk en in de Rivierenbuurt overeenstemming is wat betreft de belangrijkste gezondheidsproblemen: stress, voeding en bewegen. Stress neemt in dit rijtje een bijzondere plaats in. Om te beginnen heeft stress een directe invloed op de gezondheid, vooral doordat stress het lichaam aanzet tot het aanmaken van extra bijnierschors hormonen. Dit geeft onder meer een verhoogde kans op ziekten als diabetes en hart- en vaatziekten. Bovendien is inmiddels aangetoond dat blootstelling aan stress nadelig is voor het vermogen om verstandige beslissingen te nemen.<sup>4</sup> In geval van financiële stress kan dit de situatie nog verergeren. Daarnaast wordt het naleven van een gezondere leefstijl ernstig belemmerd door allerlei stress veroorzakende problemen. Ongezonde leefstijl zoals veel eten (emotie of troosten) en roken kan ook dienen als manier om met stress om te gaan. Het lijkt kortom terecht dat bewoners stress beschouwen als het belangrijkste gezondheidsprobleem.<sup>5,6</sup> Het stimuleren van een gezondere leefstijl kan dan ook niet zonder aandacht te schenken aan de ervaren stress. Het bieden van oplossingen en een andere zienswijze om met stress om te gaan vormen dan een eerste stap om uiteindelijk ook meer in het algemeen te komen tot een gezondere leefstijl. Deze les uit de Gezondheidsdialoog moeten zowel wijkbewoners als hulpverleners zich ter harte nemen. Uit de verhalen van bewoners (zie twee kaders voor voorbeelden op pagina 21) tijdens de bijeenkomsten blijkt bijvoorbeeld hoe een huisarts een 'life changing' rol kan vervullen door een keer extra tijd voor een consult te nemen. Zo kon hij de patiënt motiveren tot een verwijzing naar een psycholoog, om bijvoorbeeld te leren op een andere manier om te gaan met tegenslag, vooral wanneer dit niet beïnvloedbaar is en leidt tot gevoelens van machteloosheid en boosheid.



Een tweede belangrijk leerpunt uit de Gezondheidsdialoog is dat het langs de voor dit project gekozen weg niet lukte om het initiatief en de verantwoordelijkheid voor gezondheid stimulerende activiteiten geheel over te laten aan de bewoners uit de achterstandswijken zelf. Zowel bewoners als professionals voelden zich erg betrokken bij het streven van de Gezondheidsdialoog; dat is af te leiden uit de vaak goed bezochte openbare bijeenkomsten en uit bijvoorbeeld de grote en zeer levendige deelname aan het spiegelgesprek in de Schilderswijk. Bewoners bleken goed in staat te benoemen met welke problemen en barrières de specifieke groep, waartoe zij ook zichzelf rekenden, werd geconfronteerd. Het vervolgens in min of meer frequent bijeenkomende werkgroepjes bedenken van zinvolle projecten die bij hun achterban ook zouden kunnen aanslaan, was echter al veel lastiger. Het verder uitwerken van deze ideeën in concrete acties en het zelfstandig ondernemen van deze acties (initiatief naar zich toetrekken) vond niet plaats. Het idee voor een filmproject kwam nog het dichtst bij een actie met een potentieel groot bereik van de achterban. Ook meerdere sleutelfiguren uit de gemeenschap waren overtuigd van het belang van deze insteek. Toch bleek de bereidheid om actief deel te nemen zeer beperkt en kwam dit vooral neer op enkele mannen die al op andere manieren zeer actief in hun wijk zijn en dit project geen echte prioriteit bleken te kunnen geven.

*Gezondheid is voor bewoners een belangrijk aansprekend onderwerp waarover men graag met elkaar en met professionals in discussie gaat.*

### Gezamenlijk verder

Bewoners van achterstandswijken worden geconfronteerd met grote en voor hen vaak onoplosbare problemen. Deze problemen veroorzaken stress, die ervaren wordt als belangrijkste gezondheidsprobleem. Bewoners zitten vaak gevangen in een cultuur van niet praten over hun problemen, niet uit de pas willen lopen en het nakomen van verplichtingen die hun cultuurgebonden rol voorschrijft.

Professionele hulpverleners aan de andere kant zien de gevolgen van ongezond gedrag en ervaren de moeite en soms onmogelijkheid mensen te bewegen tot een gezondere leefstijl. De afhankelijke en vaak passieve

houding van veel bewoners staat ver af van het idee van de 'participatiesamenleving' waarin 'de mensen zelf', óók in achterstandswijken, geacht worden het initiatief te nemen. De Gezondheidsdialoog was een zoektocht naar de meest effectieve manier om bewoners in een achterstandswijk te stimuleren ('empoweren') een gezondere leefstijl na te streven. De Gezondheidsdialoog geeft geen definitief antwoord, maar wel een richting. Gezondheid is voor bewoners een belangrijk aansprekend onderwerp waar men graag met elkaar en met professionals over in discussie gaat. De hoop dat deze discussies zouden leiden tot het ontwikkelen en uitvoeren van gezamenlijke initiatieven, vereist echter het nodige geduldige handwerk en zal waarschijnlijk alleen werkelijkheid worden wanneer professionals de regie houden. Hoewel de in dit project nagestreefde 'door-en-voor' methode voor bewoners uit achterstandswijken niet als geslaagd kan worden beoordeeld, zullen nieuwe initiatieven alleen succesvol kunnen zijn wanneer ze in nauw overleg met de bewoners ontwikkeld worden. Er lijkt op zich voldoende belangstelling van bewoners te zijn hier ook daadwerkelijk aan mee te willen werken.

Op het moment van schrijven van dit artikel wordt gezocht naar wegen om door te gaan met de ideeën die ten grondslag lagen aan het project 'Gezondheidsdialoog in de wijk'. Hierbij zullen de geleerde lessen in praktijk worden gebracht:

- Aansluiten bij de opvattingen van zowel wijkbewoners als hulpverleners over wat de belangrijkste gezondheidsproblemen zijn. Stressmanagement is dan een belangrijk issue.
- Doorgaan met het voeren van dialoog tussen wijkbewoners en hulpverleners
- Nagaan van mogelijkheden voor professionele ondersteuning van zowel wijkbewoners als hulpverleners in dit proces.
- Nagaan hoe initiatieven ontplooid kunnen worden om de kansen op gezondheid voor de wijkbewoners te vergroten, samen met alle relevante stakeholders (naast wijkbewoners en hulpverleners kan men denken aan beleidsmakers en aan mogelijke financiers).

---

Wilt u reageren op dit artikel?

Dan kunt u mailen naar de auteur(s) of de redactie:

[epibul@ggdhaaglanden.nl](mailto:epibul@ggdhaaglanden.nl)

---



## OVER DE AUTEURS:

Dhr. dr. P.J.M. Uitewaal is epidemioloog bij GGD Haaglanden en huisarts in gezondheidscentrum De Rubenshoek, Mw. V. Atema MSc was onderzoeker vanuit het LUMC bij het project 'Gezondheidsdialoog in de wijk', Dhr. dr. B.J.C. Middelkoop is hoogleraar Public health bij het LUMC en epidemioloog bij GGD Haaglanden.

E-mail: paul.uitewaal@ggdhaaglanden.nl.

## REFERENTIES

- 1 Uitewaal P. **Hulpverleners in dialoog met Turkse wijkbewoners: gezonde leefstijl en bewonersparticipatie.** Epidemiologisch Bulletin GGD Den Haag 2012;47 (nr. 2):2-10.
- 2 Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH, Fernández ME. **Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach.** San Francisco: Uitgeverij John Wiley & Sons, 2011.
- 3 Abma TA, Broerse JE. **Zeggenschap in wetenschap. Patiëntenparticipatie in theorie en praktijk.** Den Haag: Uitgeverij Lemma, 2007.
- 4 Mullainathan S, Shafir E. Schaarste. **Hoe gebrek aan tijd en geld ons gedrag bepalen.** Maven Publishing, 2013.
- 5 Kaplan S, Madden VP, Mijanovich T, Purcaro E. **The perception of stress and its impact on health in poor communities.** J Community Health. 2013 Feb;38(1):142-9.
- 6 Jackson JS, Knight KM, Rafferty JA. **Race and unhealthy behaviors: chronic stress, the HPA axis, and physical and mental health disparities over the life course.** Am J Public Health 2010;100(5):933-9.





# Wmo-toezicht GGD Haaglanden als borg voor kwaliteit van de maatschappelijke ondersteuning

Sinds de inwerkingtreding van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 voert GGD Haaglanden in opdracht van elf gemeenten het zogenoemde Wmo-toezicht uit. “De samenleving wil dat cliënten de ondersteuning krijgen die zij nodig hebben om zoveel mogelijk de regie op het eigen leven te blijven voeren en sociaal actief te zijn. De wetgever heeft bepaald dat hierop toezicht moet worden gehouden. Het Wmo-toezicht richt zich dan ook op de naleving van wettelijke en regionale kwaliteitseisen en de kwaliteitsontwikkeling door de aanbieders,” aldus Lianne Wijnen, kwartiermaker Toezicht Wmo en kwaliteitscoördinator binnen GGD Haaglanden. Het toezicht vindt plaats door middel van calamiteitenonderzoek, signaalonderzoek, preventie en een zelfscan. In 2016 heeft de toezichthouder in Haaglanden zestig keer (voor)onderzoek gedaan. De uitkomsten ervan hebben geleid tot aanbevelingen aan instellingen en gemeenten.

## Interview door Liesbeth van Dalen

Met de invoering van de Wmo 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen die niet op eigen kracht zelfredzaam zijn. Bij deze nieuwe taken en verantwoordelijkheden hoort dat inwoners moeten kunnen vertrouwen op veilige ondersteuning die van goede kwaliteit is. Daarbij is bepaald dat gemeenten moeten voorzien in adequaat toezicht op de naleving van de gestelde kwaliteitseisen van de voorzieningen. De Wmo 2015 stelt dat de gemeente verplicht is een toezichthouder aan te wijzen, het toezicht zelf in te richten en het zodoende af te stemmen op situatie in de betreffende gemeente.

Gemeenten zijn op basis van de Wmo ook verantwoordelijk voor het stellen van regels over en het handhaven van de kwaliteit van de ondersteuning en moeten daarbij zorgdragen voor de continuïteit van de voorzieningen.<sup>1</sup>

In de regio Haaglanden hebben de negen gemeenten van de Gemeenschappelijke Regeling (GR) van GGD Haaglanden plus Lansingerland en Voorschoten, GGD Haaglanden aangewezen als toezichthouder. Lianne Wijnen vindt het een voor de hand liggende keus om de GGD de opdracht te geven. “De GGD heeft expertise in huis over kwetsbare groepen in de

samenleving en beschikt over kennis ten aanzien van inspecteren en kwaliteitsontwikkeling. Bovendien is de GGD een partij die zich onafhankelijk kan opstellen voor de cliënt. Dat verklaart waarom veel gemeenten in het land GGD-en hebben aangewezen als toezichthouder.”

### Toezicht op maatwerkvoorzieningen

Het Wmo-toezicht door GGD Haaglanden geldt voor de zogenoemde ‘maatwerkvoorzieningen’. Gemeenten kopen deze maatwerkvoorzieningen in bij aanbieders van de werksoorten begeleiding, dagbesteding, vervoer van en naar dagbesteding, hulp bij het huishouden, logeervoorziening/kortdurend verblijf, hulpmiddelen, woningaanpassing en beschermd wonen.

Deze voorzieningen zijn afgestemd op de individuele situatie van en worden verstrekt aan volwassen personen (18 jaar en ouder) uit de meest kwetsbare groepen in de samenleving.

Het aantal aanbieders binnen de elf gemeenten ligt op ongeveer 180. Zij lopen qua omvang uiteen van zzp-ers tot instellingen met diverse locaties. Het toezicht bestaat uit één aanpak voor alle elf gemeenten.

“Veel aanbieders hebben een Wmo-aanbod in meer gemeenten. Daarom hebben de gemeenten in de regio gezamenlijk een kwaliteitsstandaard neergezet en is het toezicht voor alle Wmo-maatwerkvoorzieningen in de hele regio hetzelfde ingericht”, licht Wijnen toe. Wat betreft de uitkomsten van het Wmo-toezicht door GGD Haaglanden in 2016 is, naast het reageren op calamiteitenmeldingen, aan aanbieders onder andere geadviseerd over verbeterpunten in de samenwerking met ketenpartners en over de positie van cliëntenraden.

### Van calamiteitenmelding tot zelfscan

Naar gelang de situatie zet de toezichthouder verschillende vormen van onderzoek in, variërend van reactief tot proactief: calamiteitenonderzoek, preventief bezoek, signaalonderzoek en een zelfscan.

#### Calamiteitenonderzoek

Aanvankelijk kreeg het toezicht met name vorm door het behandelen van door instellingen gemelde calamiteiten. Instellingen zijn wettelijk verplicht calamiteiten zoals overlijden, geweld of vermissing van een cliënt te melden. In geval van een melding toetst de toezichthouder of de aanbieder de calamiteit naar behoren heeft opgepakt. Het streven is een dusdanige kwaliteitsverbetering door te voeren dat herhaling van de calamiteit wordt voorkomen.

“We ontvangen jaarlijks enkele tientallen meldingen, maar zien in de praktijk van ons toezicht dat nog niet

elke meldingsplichtige calamiteit ook daadwerkelijk wordt gemeld. Die routine moet nog groeien.”

#### Preventief bezoek

De toezichthouder opereert ook preventief door aanbieders te bezoeken en het gesprek aan te gaan. “We onderzoeken jaarlijks de dienstverlening van een aantal aanbieders, bijvoorbeeld bij werksoorten met een hoger risico. Twee toezichthouders toetsen dan ter plekke de kwaliteitseisen door gesprekken te voeren met een cliënt en zijn netwerk, met de cliëntenraad, met beroepskrachten en met het management. We zijn welkom, zo blijkt. Aanbieders staan over het algemeen voor hun eigen kwaliteit en willen dat graag laten zien. Men ziet de winst als de toezichthouder meekijkt naar de kwaliteit. Wat daarin helpt is dat we een onafhankelijke toezichthouder zijn. We zijn niet het verlengstuk van de gemeenten en niet de pleitbezorger van de aanbieder of de cliënt. We zijn er voor de kwaliteit van de dienstverlening en de positie van de cliënt.”

#### Signaalonderzoeken

Toezichthouden krijgt ook vorm door signaalonderzoeken. Dit houdt het midden tussen een calamiteiten- en een preventief kwaliteitsonderzoek. Signalen kunnen komen van bijvoorbeeld omwonenden, gemeente, (familie van) cliënten, maar ook van de rijksinspecties. Ze lopen uiteen van niet-pluis-indrukken tot zorgwekkende berichten die samenhangen met de ondersteuning van een aanbieder. “Bij een opeenstapeling van dergelijke signalen wegen we af of er aanleiding is tot nader onderzoek. Dat kan diverse vormen aannemen. In geval de signalen zorgen oproepen over de algehele kwaliteit van de dienstverlening, wordt ook de kwaliteit in de breedte getoetst.”

#### Zelfscan

Het is van belang om inzicht te krijgen in de stand van de kwaliteitsontwikkeling in de gehele regio. Daartoe ontwikkelde de toezichthouder op basis van de regionale kwaliteitsstandaard een vragenlijst, die aan alle aanbieders is voorgelegd. Wijnen: “Aanbieders zijn al bekend met de wettelijke eisen en deze standaard, die deel uitmaakt van hun contract met de gemeenten. De vragenlijst fungeert als een zelfscan: aanbieders scoren zelf hun kwaliteitsprestaties. Elke aanbieder ontvangt daarover een eigen rapportage, die door de toezichthouder niet wordt gedeeld met derden, ook niet met de (contracthoudende) gemeente(n). De scores van alle aanbieders



gezamenlijk geven inzicht in het verbeterpotentieel en bepalen mede waar wij ons toezicht op gaan richten. De zelfscan appelleert aan een zelfkritisch vermogen van aanbieders en aan de bereidheid om hier open over te zijn naar de toezichthouder. Goede dienstverlening en verbeteren kan niet zonder deze eigenschappen”, stelt Wijnen. Ze sluit niet uit dat er sociaal wenselijke antwoorden tussen zitten. “We zien enige variatie in de manier waarop aanbieders hiermee omgaan. Dat neemt niet weg dat aanbieders gebaat zijn bij een toezicht dat de kwaliteitsontwikkeling in de sector ondersteunt en de juiste randvoorwaarden hiervoor schept. Aanbieders hebben zelf baat bij een reële weergave van hun situatie in de zelfscan. Bovendien baseren we ons toezicht niet uitsluitend op uitspraken van aanbieders zelf. We hebben en gebruiken meer bronnen en brengen die informatie met elkaar in verband. Ook dat is een manier om risico’s of afwijkingen te vinden en aanbieders te prioriteren voor toezicht.”

### Opvolging van toezicht

Uitgangspunt voor het toezicht is dat de aanbieder zelf verantwoordelijk is en blijft voor de kwaliteit. GGD Haaglanden als toezichthouder ziet dat aanbieders veelal hun zaken op orde hebben of dat lichte verbeterpunten nodig zijn. Waar de veiligheid van cliënten in het gedrang komt of wanneer de situatie daar anderszins aanleiding toe geeft, kan de toezichthouder besluiten tot verscherpt toezicht. Wijnen: “Ook dat komt voor. Verscherpt toezicht maken we expliciet kenbaar aan de aanbieder en de gemeente. We verwachten dan een plan van aanpak, houden nadrukkelijk een vinger aan de pols en brengen opnieuw bezoek(en) tot zaken op orde zijn gebracht. Waar wij constateren dat een aanbieder om wat voor reden dan ook geen opvolging geeft aan ernstige geconstateerde gebreken, dragen we de casus over aan de gemeente voor handhaving. In dat geval bepaalt de gemeente een vorm van sanctionering. Dit is bij ons kwaliteitstoezicht nog niet voorgekomen. Het regionale handhavingsbeleid wordt op dit moment door de gemeenten verder ingericht.”

### Relatie ten opzichte van andere vormen van toezicht

Aanbieders hebben te maken met diverse partijen op het gebied van toetsing, verantwoording of controle. Dit zijn bijvoorbeeld gemeenten, certificeerders, brandweer, branchevereisten. Elk van deze partijen toetst met een specifieke verantwoordelijkheid en een specifiek doel. “Aanbieders wijzen ons daarop en

we zijn ons er terdege van bewust dat er binnen het ‘veld van toezien’ gemakkelijk overlap kan ontstaan. Dat kan onduidelijke situaties en een onnodige administratieve last voor de aanbieders inhouden. Het is aan dit gezamenlijke veld om deze overlap te voorkomen, natuurlijk zonder dat er hierbij (nieuwe) hiaten ontstaan. Als toezichthouder vermijden we dan ook te treden in de verantwoordelijkheid van andere toetsers. Op grond van de wettelijke eisen en het regionale kwaliteitskader onderzoekt en belicht Toezicht Wmo eerst en vooral de cliëntgerichtheid, het centrale thema van de Wmo. De wet geeft toezichthouders uitgebreide bevoegdheden om dit te toetsen, tot en met inzage in cliëntdossiers. Daarnaast zien we een meerwaarde in het onderzoeken van de samenwerking in de professionele ketens rondom cliënten. Zowel landelijk nieuws als calamiteitenmeldingen laten zien dat hier veel te winnen valt. Tot slot zien we de mate waarin aanbieders binnen alle geledingen van de organisatie in staat zijn te leren en te verbeteren als een focuspunt voor toezicht.”

### Rol van gemeenten

De verantwoordelijke gemeente(n) ontvangt van de toezichthouder tegelijk met de aanbieder rapportages over onderzoeken. Daarnaast stelt de toezichthouder managementrapportages op met aanbevelingen voor gemeentelijk beleid en contractmanagement. Daarmee geeft de GGD inzage in de uitgebrachte aanbevelingen, resultaten van toezicht en de invulling van de toezichthoudende rol.

Met het Wmo-toezicht en de rapportages beschikken gemeenten over informatie die van belang is bij beleidsontwikkeling en het maken van contractafspraken met de aanbieders. “We adviseren gemeenten bijvoorbeeld om het Wmo-toezicht in de contractafspraken op te nemen of standaard te bespreken in het overleg met de aanbieders. Of om kritisch te kijken in hoeverre cliënten in staat zijn de verantwoordelijkheid te dragen die komt kijken bij het beheren van een persoonsgebonden budget (PGB).”

### Landelijk overleg

Zoals gezegd, is in veel gevallen de GGD aangewezen als regionale toezichthouder voor de Wmo. Deze GGD'en worden hierin gefaciliteerd door GGD GHOR Nederland door middel van kwartaaloverleg, uitwisselen van ervaringen en bespreken van anonieme casussen. GGD-toezichthouders zetten hier hun kennis en ervaring in om toezicht van een gemeenschappelijke basis te voorzien en van daaruit verder te professionaliseren.



Via GGD GHOR Nederland en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten zijn er in 2017 contacten gelegd met de rijksinspecties. Dit heeft onder andere geleid tot samenwerking tussen rijksinspecties onderling en met Wmo-toezichthouders.

De rijksinspecties betreffen de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) (per 1-10-2017 ontstaan uit het samengaan van de Inspectie Jeugdzorg en de Inspectie voor de Gezondheidszorg), de Inspectie Veiligheid en Justitie en het Toezicht Sociaal Domein/Samenwerkend Toezicht Jeugd. Deze rijksinspectie bestaat uit de Inspectie van het Onderwijs en de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

“We merken dat de rijksinspecties en de Wmo-toezichthouders elkaar beter weten te vinden en dat risicovolle situaties in de ondersteuning in de regio Haaglanden sneller worden opgemerkt en onderzocht.”

### Ontwikkelen in de praktijk

Bovenstaande maakt duidelijk dat het toezicht zich gaandeweg ontwikkelt. De bevindingen uit het startjaar 2015 hebben geleid tot bijstelling van processen en rapportages. “Bij calamiteiten bijvoorbeeld merkten we dat het niet mogelijk is om één set criteria voor alle werksoorten toe te passen. Zo is, in tegenstelling tot in andere werksoorten, (verbaal) geweld in beschermd wonen geen uitzondering. Zou een organisatie elk incident dan moeten melden en laten onderzoeken door de toezichthouder? Het gaat erom dat het incident goed opgepakt wordt door de aanbieder. Als de aanbieder in staat is om op basis van een toegespitste definitie die calamiteiten zelf het hoofd te bieden, dan kiezen we voor een aangepaste, minder intensieve vorm van toetsing.

Daarmee bereiken we, in overleg met de aanbieder, een balans tussen diens eigen verantwoordelijkheid en toetsing door de toezichthouder.”

Afstemming tussen aanbieders, gemeenten en toezichthouder heeft aandacht. Een aantal Wmo-aanbieders was betrokken bij het ontwikkelen van de kwaliteitsstandaard. Er zijn proefbezoeken gehouden bij aanbieders met de vraag om op de werkwijze te reageren. De zelfscan omvat een aantal open vragen over de verwachtingen ten aanzien van de rol van de toezichthouder.

Wijnen: “We hebben de afgelopen twee jaar het Wmo-toezicht op basis van theorie en praktijk verder ontwikkeld. We blijven ook kritisch kijken of we werken met de meest effectieve vormen van toezicht en de mate waarin onze bevindingen en adviezen bijdragen aan kwaliteitsverbetering en de positie van de cliënt. Zo krijgt toezicht gaandeweg steeds beter inzicht in de wijze waarop aanbieders het aanbod vormgeven, wat de effecten zijn van beleid en de gevolgen hiervan voor de cliënt. Uiteindelijk gaat dit immers de samenleving als geheel aan. Met die informatie kan toezicht verder bouwen aan zijn maatschappelijke functie.”

---

Wilt u reageren op dit artikel?  
Dan kunt u mailen naar de redactie:  
[epibul@ggdhaaglanden.nl](mailto:epibul@ggdhaaglanden.nl)

---

#### OVER DE AUTEUR:

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

#### REFERENTIES:

1. Vereniging van Nederlandse Gemeenten, [www.Vng.nl](http://www.Vng.nl). Factsheet Wettelijke kaders toezicht Wmo 2015 en Jeugdwet



# Werken aan gezondheidsbevordering op school

Scholen werken steeds vaker aan gezondheid aan de hand van de Gezonde School-aanpak. Zowel de leerlingen als het schoolpersoneel, ouders en de directe schoolomgeving hebben er baat bij, zo blijkt uit wetenschappelijk onderzoek.<sup>1-3,13</sup> Leerlingen presteren beter en hebben minder kans op schooluitval als ze zich veilig en gezond voelen.<sup>1-3</sup> Leerkrachten die tijdens lessen structureel met een of meerdere gezondheidsthema's bezig zijn, raken meer bewust van een gezonde leefstijl. Door ouderbetrokkenheid worden leerlingen ook in de thuissituatie ondersteund in een gezonde leefstijl.<sup>4</sup> Onderstaand artikel geeft inzicht in de ontwikkeling en werkwijze van de Gezonde School-aanpak en het aantal Gezonde Scholen in regio Haaglanden.

Joline van Lier en Maarten Lemmink

## Gezondheid op school

De Gezonde School-aanpak biedt scholen ondersteuning bij een planmatige inzet van gezondheidsbevorderende activiteiten, gericht op een samenhangend en duurzaam schoolgezondheidsbeleid dat aansluit bij de wensen en behoefte van scholen. Het gaat daarbij om educatie, signalering (bijvoorbeeld van pestgedrag), de omgeving van de school (aandacht voor frisse lucht<sup>2</sup>) en om regelgeving voor bijvoorbeeld gezonde traktaties.<sup>4,15</sup>

Scholen zijn een belangrijke setting voor het aanleren van gezond gedrag bij kinderen.<sup>5,14,15</sup> Kinderen beter presteren als ze gezond zijn, veel bewegen, lekker in hun vel zitten en zich veilig voelen. Ook leidt een bewuste gezonde leefstijl tot minder schooluitval.<sup>15</sup>

Daarnaast past aandacht voor gezondheid in de pedagogische opdracht van scholen om 'bij te dragen aan de persoonsontwikkeling van een kind, gericht op omgangsvormen en principes'.<sup>4</sup>

Gezonde School-activiteiten helpen kinderen en jongeren om waarden te ontdekken en verantwoordelijk te zijn voor hun eigen gezondheid en gedrag.<sup>16,17</sup> Het is bovendien voor de langere termijn belangrijk om kinderen te laten opgroeien in een gezonde omgeving waarin ze gezond gedrag aanleren, gezien de relatie tussen leefstijl- en omgevingsfactoren tijdens de jeugd en latere gezondheidsproblemen. Zo lopen kinderen en jongeren met (ernstig) overgewicht meer risico op het ontwikkelen van diabetes en hart- en vaatziekten op latere leeftijd.<sup>4,6</sup> Ook regelmatig en gezond eten, geen alcoholgebruik (en matig boven de 18 jaar) en niet roken leveren een belangrijke bijdrage aan gezondheidswinst op lange termijn.<sup>3,7</sup>

## Voorgeschiedenis van de Gezonde School

Scholen werken al decennia op verschillende manieren aan de gezondheid van leerlingen, zoals met gymlessen, buitenspeelmomenten en de inzet van intern



begeleiders of zorgcoördinatoren. Leerlingen krijgen les over gezonde leefstijl en gaan op excursie naar een (moes)tuin, boerderij of waterzuiveringsbedrijf. Hoewel veel activiteiten met de allerbeste bedoelingen werden georganiseerd, twijfelden professionals aan de effectiviteit op lange termijn omdat ze vaak incidenteel en niet in samenhang werden uitgevoerd. Scholen op hun beurt werden bovendien overladen met talloze activiteiten en zagen door de bomen het bos niet meer.

De Gezonde School-aanpak biedt een oplossing om effectiever aan de slag te gaan met gezondheid op scholen. De oorsprong ervan ligt in het Ottawa Charter, de naam van een ondertekende overeenkomst op de eerste Gezondheidsbevordering Conferentie van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) te Ottawa in 1986.<sup>5,7</sup> (Zie ook een artikel over Gezonde School in het Epidemiologisch Bulletin nr 2-2014).<sup>5</sup> Het Ottawa Charter gaat uit van een holistische aanpak van gezondheidsbevordering met een focus op gezonde settings zoals een school in plaats van focus op gedrag van individuen. Sindsdien kreeg de Nederlandse overheid meer aandacht voor gezondheid op school, met onder andere aanpassing van de kerndoelen voor het onderwijs. Zo zijn aandacht voor seksualiteit, seksuele diversiteit en een aanpak tegen pestgedrag verplicht gesteld. Voor bewegen en sport bestond al een kerndoel met een norm over uren gym per week en inzet van een vakleerkracht.

In de periode 2002 - 2005 ontstond SchoolSlag, een planmatige, vraaggerichte en structurele aanpak om scholen te ondersteunen bij schoolgezondheidsbeleid.<sup>8</sup> Deze werkwijze is in Zuid-Limburg ontwikkeld op basis het Amerikaanse Healthy School Model.<sup>5</sup> Daarbij staan acht componenten centraal: gezond en veilig, schoolklimaat, psychologische en sociaal-emotionele ondersteuning, zorgaanbod, voedingsbeleid, beweging en sport, gezondheidseducatie, gezondheidsbevordering op de werkplek en ouder- en buurtparticipatie. De uitkomsten van een studie naar SchoolSlag waren aanleiding voor het toenmalige Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) (en later het Centrum Gezond Leven, zie kader) om de werkwijze landelijk te introduceren en zo scholen te ondersteunen bij het structureel vormgeven van schoolgezondheidsbeleid. Het landelijke programma kreeg de naam 'Gezonde School', aansluitend op de internationaal gehanteerde term 'Healthy School'.<sup>8</sup>

Het Centrum Gezond Leven (CGL) werkt in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en maakt deel uit van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Samen met partners werken zij aan samenhangende en effectieve lokale gezondheidsbevordering, waarbij de vraag van professionals centraal staat. Het gezamenlijke doel is gezondheidswinst bij burgers.

## Rol van de GGD

De GGD heeft vanaf het ontstaan van de Gezonde School een belangrijke rol met de Gezonde School-adviseur in het bijzonder. Gezonde School-adviseurs begeleiden en adviseren de school actief en persoonlijk bij het voldoen aan de voorwaarden voor en het aanvragen van een themacertificaat en kijken mee bij de aanvraag. De Gezonde School-adviseur is landelijk, regionaal en lokaal betrokken bij de ontwikkeling en vernieuwing van de aanpak. Ook onderhoudt de Gezonde School-adviseur de contacten met landelijke kenniscentra en met regionale en lokale partners. De beschikbare capaciteit van Gezonde School-adviseurs heeft effect op het aantal Gezonde Scholen.

## Gezonde School-aanpak

De Gezonde School helpt scholen in het primair onderwijs (PO) inclusief speciaal onderwijs, voortgezet onderwijs (VO) en middelbaar beroepsonderwijs (MBO) bij het stimuleren van een gezonde leefstijl. De Gezonde School-aanpak kent drie uitgangspunten:

- **Vraaggericht:** scholen bepalen zelf waar ze aandacht aan besteden. De aanpak gaat uit van wat een school al doet, bouwt hierop voort en sluit aan bij de wensen en de behoeften van een school.
- **Structureel:** het is van belang dat een gezondheids-thema niet eenmalig, maar regelmatig gedurende het schooljaar aandacht krijgt. Het is de bedoeling dat scholen gezondheid opnemen in het beleid en er meerdere jaren aandacht aan besteden. Dit kan door een vaste plek in het curriculum, door regelgeving in relatie tot het gezondheidsthema en door protocollen.
- **Integraal:** de integrale aanpak omvat vier pijlers, te weten gezondheidseducatie, signalering, fysiek/sociale omgeving en beleid. Door een gezondheids-thema vanuit deze invalshoeken te benaderen, ontstaat er een samenhangende aanpak op verschillende niveaus.



## *De integrale aanpak van de Gezonde School omvat de pijlers gezondheids-educatie, signalering, fysiek/sociale omgeving en beleid en bouwt voort op bestaande gezondheidsbevorderende activiteiten.*

Ondersteund door de Gezonde School-adviseur maakt de school een activiteitenplan voor meerdere jaren. Hierdoor is aandacht voor gezondheid structureel geborgd binnen de scholen met als gevolg duurzame gedragsaanpassing of gedragsverandering. De Gezonde School is een continu proces van draagvlak creëren, voorbereiden, uitvoeren en evalueren. Hierin is samenwerking met partners zoals schoolmaatschappelijk werk, de jeugdgezondheidszorg en aanbieders van preventieprogramma's van groot belang. Ook hierbij vervullen de Gezonde School-adviseurs een centrale rol.

Het tempo om een Gezonde School te worden, verschilt per school. Sommige scholen zijn heel voortvarend en andere scholen werken jarenlang aan het doorvoeren van de Gezonde School-aanpak. De school bepaalt het tempo, daarbij ondersteund door de Gezonde School-adviseur met advisering, aandragen van best practices en evidence based interventies, workshops voor het team, toelichting op lesprogramma's en materialen en meedenken en -schrijven van schoolgezondheidsbeleid.

Bij de Gezonde-Schoolaanpak spelen de Gezonde School-adviseur en de Gezonde School-coördinator een belangrijke rol. De adviseur is een functionaris Gezondheidsbevordering van de GGD die hiervoor speciaal is opgeleid. De coördinator is de contactpersoon van de school en zal met ingang van het schooljaar 2017/2018 een basistraining Gezonde School volgen.<sup>10</sup>

### **Uiteenlopende gezondheidsthema's**

Scholen kunnen op verschillende gezondheidsthema's een Gezonde School worden.

De gezondheidsthema's zijn per onderwijstype in een doorlopende leerlijn ontwikkeld, dus voor het PO, VO en MBO (zie Tabel 1). Zo is hygiëne alleen een thema in het PO. In de basisschoolleeftijd leren kinderen om te gaan met het lijf met in het bijzonder aandacht voor hygiëne, zoals handen wassen na toiletbezoek en voor het eten. Drugspreventie is pas een thema binnen het VO.

De prioritering van een thema hangt onder meer af van het draagvlak binnen een school, de signalering van problemen en/of vragen en het bestaande school- en gemeentebeleid.

Uitgangspunt van een leerlijn is dat leerlingen aan het einde van hun schoolloopbaan over bepaalde competenties beschikken en in staat zijn zelf verantwoorde beslissingen te nemen over hun leefstijl.<sup>4</sup>

**Tabel 1.** Gezondheidsthema's voor PO, VO en MBO.

PO	VO	MBO
Voeding	Voeding	Voeding
Bewegen en sport	Bewegen en sport	Bewegen en sport
Roken en alcohol	Roken, alcohol en drugs	Roken, alcohol, drugs, gehoorschade
Relaties en seksualiteit	Relaties en seksualiteit	Relaties en seksualiteit
Welbevinden	Welbevinden	Welbevinden
Fysieke veiligheid	Fysieke veiligheid	Fysieke veiligheid
Natuur en milieu	Binnenmilieu	Binnenmilieu
Mediawijsheid	Mediawijsheid	Mediawijsheid
Hygiëne		

### **De praktijk van gezondheidsthema's**

'Wat fijn dat er een gezond traktatiebeleid op school geldt', zeggen ouders van een Gezonde PO-school over het thema Voeding. Ze ervaren geen discussie meer met hun kinderen over het meenemen van grote porties of van koek, snoep of chips. De kinderen zijn eraan gewend en vinden gezond nu lekker. Voor school biedt het ook duidelijkheid, hoewel handhaving niet door elke leerkracht makkelijk wordt ervaren. Het met elkaar praten over hoe om te gaan met weerstanden helpt hierbij. Deze voorbeeldschool heeft naast een gezond traktatiebeleid gekozen voor smaaklessen. Het is zichtbaar in school dat kinderen willen leren proeven en ook elkaar uitdagen om nieuwe gezonde producten te eten zoals noten of citrusvruchten.

### **Toekenning Vignet Gezonde School**

Als een school binnen een gekozen gezondheidsthema de hiervoor genoemde pijlers gezondheidseducatie, signalering, sociale/fysieke omgeving en beleid op orde heeft, kan een themacertificaat van het vignet Gezonde School aangevraagd worden. Het vignet is een kwaliteitskeurmerk met criteria, opgesteld door deskundigen van onder andere het Voedingscentrum, de Koninklijke Vereniging voor Lichamelijke Opvoeding, het Trimbos-instituut en Rutgers.

De criteria om het vignet te krijgen bestaan uit basisvoorwaarden en themaspecifieke criteria. Basisvoorwaarden zijn onder andere dat de school rookvrij is, de verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling hanteert, veilige speeltoestellen heeft, specifiek verzuimbeleid hanteert en samenwerkt met ketenpartners voor snelle en adequate hulp voor leerlingen met gedrags-, ontwikkelings- en opvoedingsproblematiek. Themaspecifieke criteria met betrekking tot de gezondheidsthema's per onderwijstype (zie tabel 1 op pagina 32) zijn opgesteld door experts. Het vignet is drie jaar geldig. De Gezonde Schooladviseur blijft contact houden met de school met het oog op evaluatie en het mogelijk oppakken van een nieuw thema.

De Gezonde School sluit aan bij en zoekt afstemming met andere landelijke programma's, zoals depressiepreventie in het onderwijs, Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG), Gezond in de Stad (GIDS), Alles is

Gezondheid en Jong leren eten.<sup>2,10</sup>

Verder heeft Gezonde School een sterke relatie met het 'Leerplankader Sport, bewegen en gezonde leefstijl', geschreven in opdracht van de ministeries Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en bedoeld als uitwerking van de onderwijskerndoelen.<sup>9,13</sup>

***Uitgangspunt is dat leerlingen aan het einde van hun schoolloopbaan in staat zijn zelf verantwoorde beslissingen te nemen over hun leefstijl.***

Inmiddels hebben de GGD/GHOR Nederland en de ministeries OCW, VWS, Economische Zaken (EZ) en Sociale Zaken (SZ) Gezonde School opgenomen in hun beleid. Daarnaast hebben veel gemeenten in Nederland de Gezonde School omarmd, zo ook in regio Haaglanden.

### **Gezonde School in de regio Haaglanden**

De landelijke start van Gezonde School was in 2008. In Den Haag lag in de beginperiode de focus vooral op PO en op het thema Bewegen en Sport. Doel was met name bestrijding van overgewicht, een belangrijk

### **De praktijk van gezondheidsthema's**

Op een VO-school zitten verschillende leerlingen op maandagochtend onderuitgezakt en duf in de klas. Deze leerlingen hebben weinig aandacht voor de lessen en er is sprake van regelmatig schooluitval. Door te werken volgens de Gezonde School-aanpak is deze school aan de slag met het thema roken-, alcohol- en drugspreventie en zet gericht in op het signaleren van (overmatig) genotmiddelen-gebruik. Dankzij signaleringstraining zijn docenten beter in staat signalen te herkennen die duiden op middelen-gebruik. De behoefte is groot, omdat ook met andere middelen wordt geëxperimenteerd rondom school, zoals lachgas. Ook ouders maken zich zorgen om genotmiddelengebruik in de omgeving en/of van hun eigen kinderen. Ouders kunnen hun zorgen delen en kennis vergroten tijdens een ouderavond over het puberbrein.





**Tabel 2:** Totaal aantal scholen per onderwijstype in regio Haaglanden. Voor het VO en MBO is het aantal schoollocaties gemeld.

Regio Haaglanden		
Aantal scholen in totaal in de regio Haaglanden		
Onderwijstype	Schooljaar 2011/2012	Schooljaar 2017/2018
PO-scholen	360	343
VO-school locaties	99	98
MBO-school locaties	21	20

speerpunt voor de gemeente. In de randgemeenten (regio Zuid-Holland West) is in 2009/2010 gewerkt aan een omslag van aanbod gericht werken naar vraaggericht werken, volgens de Gezonde School-aanpak. Het vignet Gezonde School is in 2011 landelijk geïntroduceerd in het basisonderwijs, in 2013 in het MBO en in september 2014 in het VO. Het totaal aantal scholen in de regio Haaglanden is weergegeven in tabel 2.

GGD Haaglanden (en tot schooljaar 2014/2015 de afzonderlijke voorgangers GGD Zuid-Holland West en GGD Den Haag) heeft in meer of mindere mate contact met scholen in figuur 1 en tabel 2.

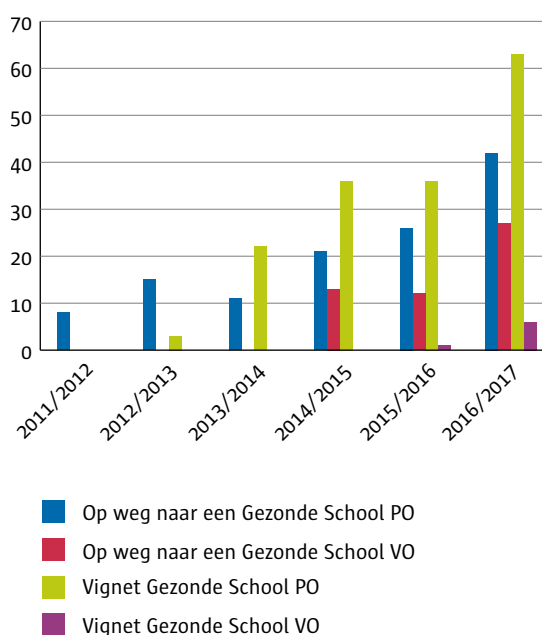
### Aantal Gezonde Scholen PO en VO groeit

Uit figuur 1 blijkt dat het aantal Gezonde Scholen binnen het PO en VO in de regio Haaglanden gestaag groeit. Daarbij worden twee categorieën onderscheiden:

- Scholen die op weg zijn een Gezonde School te worden. Zij werken stap voor stap met de Gezonde School-aanpak en hebben de intentie het vignet Gezonde School te verkrijgen.
- Scholen die een vignet Gezonde School hebben behaald. Zij besteden aandacht aan een of meerdere gezondheidsthema's. Bij elk gezondheidsthema hoort een themacertificaat. Scholen ontvangen één keer het vignet Gezonde School, maar kunnen binnen het vignet meerdere themacertificaten behalen. Er zijn Gezonde Scholen die al vier themacertificaten hebben behaald. De ervaring is dat steeds meer scholen positief zijn na het behalen van het eerste themacertificaat en enthousiast zijn om een tweede en zelfs derde te behalen. (Zie foto hiernaast)

De Delftse wethouder De Prez (tevens voorzitter algemeen bestuur van GGD Haaglanden) reikt het Vignet Gezonde School uit aan de directeur van de Regenboogschool in Delft (links).

**Figuur 1:** aantal Gezonde Scholen binnen het PO en VO in de regio Haaglanden die op weg zijn een Gezonde School te worden of al een Vignet gezonde School hebben behaald.



## Toekomst Gezonde School

Het aantal scholen met een vignet Gezonde School is de afgelopen jaren toegenomen.

Elk jaar maken meer scholen gebruik van een financieel ondersteuningsaanbod van de overheid, bestaande uit vergoeding van taakuren voor een Gezonde School-coördinator binnen de school en voor advies op maat van een Gezonde School-adviseur. Dertig scholen hebben afgelopen schooljaar het ondersteuningsaanbod toegekend gekregen en zijn nu volop bezig om een Gezonde School te worden.<sup>10</sup> Ook de komende jaren, tot in ieder geval 2020, zal dit ondersteuningsaanbod een belangrijke financiële prikkel blijven voor de implementatie van Gezonde School.<sup>10,11</sup>

Landelijk is als doel gesteld dat 17 % van het totaal aantal scholen in Nederland een Gezonde School is. Voor de regio Haaglanden zijn dat 90 scholen in 2020. Maar uiteindelijk, aldus de landelijk programmaleider Gezonde School van de GGD/GHOR Nederland, is het doel dat alle scholen een Gezonde School zijn.

Naast het ondersteunen van scholen zijn de Gezonde School-adviseurs landelijk, regionaal en lokaal betrokken bij het doorontwikkelen van de Gezonde School-aanpak en deskundigheidsbevordering. Werkgroepen Gezonde School kijken continu naar verbetering van communicatie, doorontwikkeling van het vignet, monitoring en evaluatie. Met deskundigheidsbevordering gaat veel aandacht uit naar onderwijspersoneel, huidig en toekomstig. Gezonde School-coördinatoren worden opgeleid met een basistraining 'Werken volgens de Gezonde School-aanpak' en er lopen trajecten voor een Gezonde School-module in de opleiding tot leraar basisonderwijs (PABO). Doel hiervan is om een gezonde leefstijl in het DNA van elke school te krijgen. De Gezonde School-adviseur heeft hierbij een ondersteunende rol en wordt in het programma Gezonde School 2017/2020 genoemd als 'hofleverancier' van de Gezonde School.<sup>10</sup>

Op landelijk niveau is inmiddels ook de aanpak voor Gezonde Kinderopvang ontwikkeld. Waar mogelijk wordt een verbinding gemaakt met de Gezonde School, zoals met de integrale kind centra.

De politieke en maatschappelijke aandacht voor een gezonde leefstijl toont een sterk stijgende lijn. Het aanleren en stimuleren van een bewuste gezonde leefstijl bij leerlingen, nu en in de toekomst, vormt dan ook een belangrijke maatschappelijke opdracht voor het onderwijs.<sup>12</sup> Een gezonde leefstijl draagt immers bij aan het goed doorlopen van de schoolcarrière, een goede start van het werkende leven en bereiken van gezondheidswinst.<sup>10</sup>

Zorgcoördinator en Coördinator Gezonde School VMBO praktijk school: "Werken met de Gezonde School-aanpak helpt mij om structuur en overzicht te krijgen in wat wij doen op school aan Welbevinden. Het behalen van het vignet Gezonde School is het bewijs voor ons dat we het goed doen. Welbevinden is voor onze school een zeer belangrijk thema omdat de leerlingen kwetsbaarder zijn dan op andere VO-scholen. Door te investeren met programma's zoals Rots en Water werken onze leerlingen aan zelfbeheersing, zelfvertrouwen, communicatieve en sociale vaardigheden, preventie van (seksueel) geweld en maken van eigen keuzes. Alle leerlingen ontvangen in leerjaar 1 en 2 rots en waterlessen".

---

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

---



## OVER DE AUTEURS

**Mw. J.J.M. van Lier** is functionaris Gezondheidsbevordering en Gezonde School-adviseur, GGD Haaglanden,

E-mail: [joline.vanlier@ggdhaaglanden.nl](mailto:joline.vanlier@ggdhaaglanden.nl).

**Dhr. Drs. M. Lemmink** is senior functionaris Gezondheidsbevordering, GGD Haaglanden,

E-mail: [maarten.lemmink@ggdhaaglanden.nl](mailto:maarten.lemmink@ggdhaaglanden.nl)

## REFERENTIES

1. Bos V. **De effectiviteit van Gezonde School-activiteiten. Wat is het verband tussen Gezonde School-activiteiten, een gezonde leefstijl en schoolprestaties?** Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Centrum Gezond Leven.
2. Stegeman H. **Effecten van sport en bewegen op school.** Een literatuuronderzoek naar de relatie van fysieke activiteit met de cognitieve, affectieve en sociale ontwikkeling. In opdracht van de Alliantie School en Sport. W.J.H. Mulier Instituut. 's-Hertogenbosch (maart 2007).
3. Connell DB, Turner RR. **School Health Education Evaluation. The impact of instructional experience and the effects of cumulative instruction.** J Sch Health. 1985 Oct;55(8):324-31.
4. Tuk B, Verboom A. **Gezond op school.** Nota integrale gezondheidsbevordering in het primair onderwijs. 12 april 2013.
5. Ricke E, Remmers L. **Gezonde School. Werken aan een Gezonde Leefstijl voor de toekomst.** Epidemiologisch Bulletin 2014, 49(2):16-21.
6. Lyons T. **Make a difference at your school.** University of North Texas Health Science Center UNTHSC Scholarly Repository (2013).
7. Nutbeam D. **Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century.** Department of public health and community medicine, A27, University of Sydney, NSW Australia. (2006).
8. Boot N, Jongh DM de, Leurs MTW, Vries NK de. **Gezonde School als methode voor GGD-en bij de invoering van schoolgezondheidsbeleid.** tsg jaargang 89. (2011).
9. Leverink R. **Leerplankader voor een gezonde leefstijl van 2-24 jaar.** Prima onderwijs, november/december 2015.
10. **Programma Gezonde School 2017 – 2020.** (2016).
11. Rijn MJ van, Bussemaker J, Dekker S. **Kamerbrief Programma Gezonde School 2017 – 2020.** Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (13 december 2016).
12. Putten H van der, Oostrom H van, Faber J. **MBO-raad. Onderwijsagenda Sport, Bewegen en een Gezonde Leefstijl in en rondom de school.** (2012-2016).
13. Stuij M, Wisse E, Mossel G van. **Onderzoek naar relaties tussen de school(omgeving) en het beweeg- en sportgedrag van leerlingen.** (2011).
14. Janssen M. **Een sportieve school is een gezonde school.** Prima Onderwijs.
15. Steward-Brown S. **What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?** Health evidence network. (march 2006).
16. Bijsterveldt M van. **Gezond gedrag op de basisschool. 'Hè, wat jammer, een witte boterham...?'** JSW (8 april 2012).
17. Bijsterveldt M van. **Van snoepzak naar fruitsalade. Gezond beleid op de basisschool.** 20 basisschool management 05 (2012).



# Vitamine D bij de Haagse jeugd

Vitamine D is van belang voor een goede botopbouw.<sup>1</sup> Een gebrek aan vitamine D veroorzaakt rachitis bij kinderen. Bij volwassenen leidt een ernstig gebrek aan vitamine D tot osteomalacie. Bij deze aandoeningen is het bot zwak en pijnlijk. Tevens kan vitamine D-tekort spierzwakte en spierkrampen veroorzaken. De relatie tussen vitamine D-tekort en andere aandoeningen zoals diabetes mellitus, kanker, psychische aandoeningen en infectieziekten zijn in meer of mindere mate in onderzoek gevonden. Jonge kinderen en iedereen met een donkere huid wordt door de Gezondheidsraad aanbevolen dagelijks 10 microgram extra vitamine D te gebruiken. Omdat niet bekend was in hoeverre dit gebeurt, is hier vanuit GGD Haaglanden met de Jeugdgezondheidszorg (JGZ 4-19 Den Haag en JongFlorence) onderzoek naar gedaan. Het onderzoek is gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.<sup>2</sup> In het Epidemiologisch Bulletin is in het verleden meerdere keren gepubliceerd over de gevolgen van vitamine D-tekort bij de Haagse jeugd. In het huidige artikel worden de bevindingen van die onderzoeken tot en met nu gepresenteerd.

Irene van der Meer, Selma van der Harst, Micheline van Plateringen, Jeroen de Wilde.

## Rachitis in Den Haag

In 1982 publiceerde het Epidemiologisch Bulletin het artikel: 'De terugkeer van een volksziekte: rachitis'.<sup>3</sup> Terwijl rachitis, een ziekte met botafwijking ten gevolge van vitamine D-tekort bij kinderen, sinds de Tweede Wereldoorlog nagenoeg niet meer voorkwam, werd deze weer opvallend frequent gezien. De situatie in Den Haag stond centraal: tot 1978 werd een wisselend beeld gezien zonder duidelijke trend en tussen 1978 en 1981 vond een sterke toename van het aantal opnames vanwege rachitis plaats, waarbij 95% van de kinderen van niet-westerse afkomst was. Alle kinderen waren onder de vier jaar, het grootste deel tussen de zes maanden en twee jaar oud. Opvallend was dat bij verwijzing van de kinderen naar de kinderarts de (voorlopige) diagnose rachitis meestal niet werd gegeven, ook al wezen de symptomen hier wel op (bijvoorbeeld kromme benen, loopmoeilijkheden, convulsies). Bijna de helft van de kinderen was nog nooit bij het Consultatiebureau geweest, daarnaast had ongeveer twintig procent van de kinderen nog niet de helft van het aantal consulten van het Consultatiebureau bezocht. Preventieve zorg had

hen dus onvoldoende (of niet) bereikt. Advies van de auteurs was te starten met een antirachitiscampagne, waarbij men zich richtte op gezinnen van niet-westerse afkomst met jonge kinderen, en daarbij in te zetten op het gebruik van vitamine D-suppletie. Vervolgens is onderzoek gedaan naar kennis en gedrag met betrekking tot rachitis en vitamine D-suppletie bij eerstegeneratie migranten in Den Haag.<sup>4</sup>

Op basis van de resultaten van beide onderzoeken is de voorgestelde antirachitiscampagne opgestart.<sup>5</sup> In 1985 heeft de Werkgroep Rachitis haar activiteiten in het kader van de anti-rachitiscampagne beëindigd én besloten om het voorkomen van rachitis in Den Haag te blijven monitoren. De monitoring heeft plaatsgevonden tot en met 31 december 1986 en heeft geresulteerd in een aantal publicaties.<sup>6-8</sup> Uit de gegevens tot en met 1986 bleek een flinke daling in het aantal gevallen van rachitis. Opvallend was dat de leeftijd van de rachitis-patiënten was gedaald, met een duidelijke verschuiving naar de leeftijds-categorie 0-6 maanden. Eén van de casus was bijvoorbeeld een baby (van niet-westerse afkomst) met rachitis die geboren werd uit een moeder



met osteomalacie, een botafwijking ten gevolge van vitamine D-tekort bij volwassenen. Ondanks de flinke daling in het aantal kinderen met rachitis, concludeerden de auteurs van het laatste artikel over rachitis in het Epidemiologisch Bulletin dan ook: waakzaamheid blijft geboden!

In de periode hierna publiceerde het Epidemiologisch Bulletin nog één artikel over vitamine D bij de Haagse jeugd,<sup>9</sup> maar de meeste aandacht ging uit naar vitamine D bij volwassenen.

### Aanbeveling vitamine D-suppletie

Het vaststellen van voedingsnormen vormt een doorlopende activiteit van de Gezondheidsraad.<sup>1</sup>

Het meest recente advies voor vitamine D komt uit 2012. Hierin zijn groepen benoemd die een verhoogde behoefte aan vitamine D hebben of die onvoldoende vitamine D aanmaken onder invloed van zonlicht.

Om bij hen een tekort te voorkómen wordt geadviseerd om extra vitamine D te gebruiken via suppletie.

Zie kader 1 voor de tabel met de aanbeveling voor alle doelgroepen.

### Gebruik vitamine D-suppletie Haagse jeugd

In februari 2014 was er een expertmeeting over de implementatie van het vitamine D-advies van de Gezondheidsraad uit 2012. Hierbij werd de doelgroep kinderen onder de vier jaar buiten beschouwing gelaten, omdat binnen deze groep traditioneel de implementatie van het advies vrij goed is door de activiteiten van met name de consultatiebureaus en de kraamzorg, die ouders over het gebruik van vitamine D-suppletie adviseren.<sup>10</sup> Voor de auteurs van voorliggend artikel was onduidelijk of dit ook echt zo was, omdat evidence hiervoor ontbrak. Daarnaast komt een vitamine D-tekort frequent voor bij volwassenen

#### Aanbeveling Gezondheidsraad-advies 2012.<sup>1</sup>

Tabel 1. Dagelijkse behoefte voor vitamine D en bijbehorende aanbevelingen voor suppletie (microgram per dag).

Groep	Criterium	Dagelijkse behoefte <sup>a</sup>	Niveau van suppletie	
			Lichte huid met voldoende zonlicht-blootstelling <sup>b</sup>	Lichte huid met onvoldoende zonlicht-blootstelling of donkere huid
0 tot 4 jaar	Risico rachitis en serum 25OHD-gehalte > 30 nmol/l	10	10	10
4 tot 50 jaar (vrouwen) en tot 70 jaar (mannen)	Serum 25OHD-gehalte > 30 nmol/l en totale voorziening	10 <sup>c</sup>	0	10
50-70 jaar vrouwen	Serum 25OHD-gehalte > 30 nmol/l en totale voorziening	10	10 <sup>d</sup>	10 <sup>d</sup>
Vanaf 70 jaar	Risico op botbreuken en serum 25OHD-gehalte > 50 nmol/l	20 <sup>e</sup>	20 <sup>d</sup>	20
Zwangere vrouwen	Serum 25OHD-gehalte > 30 nmol/l	10	10	10

a Onvoldoende zonlichtblootstelling is gedefinieerd als dagelijks minder dan 15 tot 30 minuten blootstelling aan hoog staande zon (tussen 11.00 en 15.00 uur) met hoofd en handen ontbloot bij alledaagse activiteiten. Voor kinderen en volwassenen van 4-50 jaar (vrouwen) en 70 jaar (mannen) geldt dat zij bij voldoende buitenkomen ongeveer twee derde van hun behoefte uit blootstelling van de huid aan zonlicht verkrijgen en ongeveer een derde via de voeding, gemiddeld over het hele jaar.

b Bij het blootstellen aan zonlicht is het van groot belang de aanbevelingen van de KWF Kankerbestrijding op te volgen, waarin wordt afgeraden om kinderen onbeschermd aan een hoog staande zon bloot te stellen, vanwege de kwetsbare kinderhuid en het risico op huidkanker.

c In vergelijking met de voedingsnormen uit 2000 is dit een verhoging van 5 naar 10 microgram vitamine D per dag voor personen van 4 tot 50 jaar. Dit heeft te maken met nieuwe gegevens die sinds 2000 beschikbaar zijn gekomen over de relatie tussen de vitamine D-inname en het serum 25OHD-gehalte en de bijdrage van zonlicht aan de vitamine D-voorziening.

d Dit advies is ten opzichte van het vorige uit 2008 vereenvoudigd met het oog op communicatie.

e In vergelijking met de voedingsnormen uit 2000 is dit een verhoging van 15 naar 20 microgram vitamine D per dag. Dit heeft te maken met nieuwe gegevens die sinds 2000 beschikbaar zijn gekomen over de relatie tussen de vitamine D-inname en het serum 25OHD-gehalte.

van niet-westerse afkomst.<sup>11</sup> Reden voor GGD Haaglanden (waar toen de Jeugdgezondheidszorg JGZ 4-19 nog onderdeel van was) en JongFlorence (JGZ 0-4) om onderzoek te doen. Hiertoe hebben de artsen en verpleegkundigen van de JGZ (0-4 en 4-19) tijdens de standaard contactmomenten het gebruik van vitamine D door de kinderen geregistreerd in het digitale dossier gedurende een jaar. De gegevens van dat jaar zijn vervolgens geanalyseerd om inzicht te krijgen in welk deel van de kinderen wel of niet voldoet aan de richtlijn voor het gebruik van vitamine D-suppletie van de Gezondheidsraad. Vanwege de hoge opkomst bij de JGZ wordt er hierbij vanuit gegaan dat dit een representatief beeld geeft.

Een artikel over het onderzoek is gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.<sup>2</sup> Zie <https://www.ntvg.nl/artikelen/groot-deel-haagse-jeugd-slikt-onvoldoende-vitamine-d> voor het volledige artikel.

Uit de resultaten blijkt dat het gebruik van vitamine D-suppletie door kinderen onder de vier jaar hoog is. Een (ruime) meerderheid van de kinderen onder de vier, die allemaal extra vitamine D wordt aanbevolen, gebruikt dagelijks de aanbevolen tien microgram vitamine D. Dit neemt wel af met de leeftijd: van 89% tijdens het eerste consult van 2 weken na de geboorte tot 61% tijdens het 3-jarigenconsult. Vanaf de leeftijd van 4 jaar wordt alleen extra vitamine D aanbevolen bij een donkere huid of onvoldoende buiten komen. Bij de kinderen die het 4-jarigenconsult bezoeken, is veelal onbekend of zij vitamine D-suppletie zouden moeten gebruiken, en of zij dit dan ook doen. Vanaf het vijfjarigenconsult voldoet ongeveer de helft (48%) van de kinderen/jeugdigen in Den Haag aan de criteria van de Gezondheidsraad (donkere huid en/of onvoldoende buiten komen) om dagelijks 10 microgram vitamine D te gebruiken. Van deze groep gebruikt de helft (50%) geen vitamine D, bijna een vijfde (18%) onvoldoende vitamine D en van 7% is het onbekend of ze (voldoende) vitamine D gebruiken. Kortom, ongeveer een kwart (26%) van de kinderen vanaf vijf jaar voor wie vitamine D-suppletie wordt aanbevolen gebruikt dit ook. Voor de totale groep kinderen die JGZ 4-18 bezochten, dus inclusief de kinderen die geen extra vitamine D nodig hebben, betekent dit dat eenderde onvoldoende vitamine D gebruikt en tweederde (64%) voldoet aan de aanbeveling (zij hoeven geen extra vitamine D te gebruiken of gebruiken voldoende vitamine D).

**Een kwart (26%) van de kinderen vanaf vijf jaar voor wie vitamine D-suppletie wordt aanbevolen gebruikt dit ook.**

### Knelpunten implementatie vitamine D-advies

Tijdens het onderzoek kwam een aantal knelpunten naar voren bij het uitvoeren van het vitamine D-advies van de Gezondheidsraad. Zo bleek het soms lastig om vast te stellen of een kind extra vitamine D nodig heeft. Wat is een donkere huidskleur precies? Hoe moet je omgaan met kinderen die een ouder met een donkere en een ouder met een lichte huidskleur hebben? Daarnaast wisten jongeren en ouders van kinderen niet altijd of zij voldoende vitamine D-suppletie gebruikten (welk merk en hoeveel zit daarin?), ondanks dat dit van tevoren was gevraagd aan de ouders/jongeren via een vragenlijst, zodat ze deze informatie konden nazoeken op de verpakking. Uit een eerdere inventarisatie bleek al dat er 121 verschillende merk-eenheidscombinaties zijn, waarbij de hoeveelheid vitamine D ook nog eens in Internationale Eenheden (IE) of microgram ( $\mu\text{g}$ ) op de verpakking kan zijn weergegeven (zie het supplement bij het artikel in het NTvG voor het overzicht. De onderzoekers kunnen niet garanderen dat dit overzicht volledig en/of nog steeds actueel is.). Hoe lastig het kan zijn voor ouders blijkt uit het volgende voorbeeld. Tijdens de pilot van het onderzoek bleek al meteen dat er een supplement op de lijst ontbrak. De ouder was ervan overtuigd dat dit supplement vitamine D bevatte, wat volgens de ingrediënten-declaratie niet het geval bleek te zijn (de D stond ergens anders voor). Vanwege de verwarring is besloten het supplement wel in het overzicht op te nemen. In kader 2 staan enkele praktijkervaringen vanuit de Jeugdgezondheidszorg.



### Praktijkervaringen van de Jeugdgezondheidszorg met het vitamine D-advies

- “Ik heb de indruk dat tijdens het consult voor 5-jarigen, ouders de laatste tijd steeds vaker aangeven al vitamine D te geven aan hun kind, meer dan tijdens de start van het onderzoek naar het gebruik van vitamine D-suppletie. Ik vermoed dat dit mogelijk de winst is van de aangepaste adviezen die JGZ 0-4 geeft met betrekking tot de noodzaak om ook vitamine D te blijven geven na de leeftijd van 4 jaar.”
- “Het valt mij op dat als ik het vitamine D-advies ter sprake breng tijdens mijn consulten, moeders met een getinte huid vaak zelf vitamine D op advies van de huisarts gebruiken, maar hun kind niet. De huisarts heeft in dit geval niet gelijktijdig het advies gegeven om ook het kind te suppleren. Mogelijk valt hier ook nog winst te behalen?”
- “Bij oudere kinderen is het wisselend of zij al wel of niet van vitamine D gehoord hebben. Wel als er door de huisarts een vitamine D-tekort is vastgesteld bij henzelf of familieleden. Ouders van kinderen op het consult voor 5-jarigen herinneren zich vitamine D nog van de eerste vier levensjaren van hun kinderen.”
- “Soms moet je wat extra uitleggen als kinderen met een donkere huid veel buitenspelen, maar toch vitamine D-suppletie nodig hebben. Omdat ouders wel vaak weten dat je voldoende buiten moet zijn om vitamine D aan te maken, maar men niet weet dat dit bij een donkere huid niet voldoende is.”
- “Soms als het potje leeg is, kan het weleens gebeuren dat men vergeet nieuwe vitamine D aan te schaffen. Dit hoor ik weleens bij controleconsulten die volgen na het consult voor 5-jarigen. Soms tref je weleens een ouder aan die het vitamine D-advies niet heeft onthouden, dan herhaal ik nog eens het advies. Maar ik vraag me wel af in hoeverre er volgehouden wordt om vitamine D te blijven geven. Aangezien er niet meer zo frequent consulten aangeboden worden na de leeftijd van 4 jaar (dan nog op 5,5 jaar, 10 jaar en in klas 2 van het voortgezet onderwijs).”

### Tot slot

Zoals aangegeven in 1987: waakzaamheid blijft geboden. Van de jonge kinderen lijkt het merendeel voldoende vitamine D-suppletie te gebruiken, op hogere leeftijd gebruiken minder kinderen voldoende vitamine D-suppletie. Vooral vanaf vier jaar is aandacht voor de vitamine D-suppletie noodzakelijk voor de kinderen die vanwege een donkere huid en/of onvoldoende buiten komen extra vitamine D nodig hebben. De helft van hen heeft extra vitamine D nodig, een substantieel deel hiervan gebruikt geen (50%) of te weinig (18%) vitamine D-suppletie. De Jeugdgezondheidszorg in Den Haag heeft vitamine D-suppletie op de agenda staan en heeft tijdens de consulten aandacht voor het advies. Ook andere (medische) professionals, zoals huisartsen, zouden kunnen bijdragen aan de preventie van vitamine D gerelateerde ziekten door aan patiënten met een getinte huid standaard het advies te geven om dagelijks vitamine D te gebruiken, en tegelijkertijd daaraan het advies te koppelen dat dit ook geldt voor de kinderen in het gezin (er van uitgaande dat zij ook een getinte huid hebben). Een meer eenduidige definitie van wat een getinte huid precies is en een meer eenduidige hoeveelheid vitamine D in supplementen zouden de implementatie van het advies ten goede komen.

### Dankwoord

De auteurs bedanken Jannoula Konak Maravelias hartelijk voor haar bijdrage aan dit artikel.

---

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

---

## OVER DE AUTEURS

**Mw. dr.ir. I.M. van der Meer** is senior epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie GGD Haaglanden.

**Mw. drs. M.M. van Plateringen** is arts maatschappij en gezondheid en senior adviseur; centrum voor Jeugd en Gezin Den Haag. **Dhr. dr. J.A. de Wilde** is arts maatschappij en gezondheid en onderzoeker LUMC, afd. Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Leiden.

**Mw. Drs. S.E. van der Harst** is arts maatschappij en gezondheid, tijdens het onderzoek bij Jong Florence (JGZ 0-4), Den Haag en nu senior adviseur bij ActiZ, Utrecht.

E-mail: irene.vandermeer@ggdhaaglanden.nl

## REFERENTIES

1. Gezondheidsraad. **Evaluatie van de voedingsnormen voor vitamine D**. Den Haag: Gezondheidsraad, 2012; publicatienr. 2012/15.
2. Meer IM van der, Harst SE van der, Plateringen MM van, Wilde JA de. **Groot deel Haagse jeugd slikt onvoldoende vitamine D**. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2017; 161: D1019.
3. Nijhuis HGJ, Zoethout HE, Jong GM de. **De terugkeer van een volksziekte: rachitis**. Epidemiologisch Bulletin 1982; 17(3): 7-15.
4. Nijhuis HGJ, Struben HWA, Avezaat JJM, Lutjenhuis MJTh. **Rachitis onder eerste-generatie immigranten: Kennis en gedrag met betrekking tot de ziekte en vitamine D-profylaxe**. Epidemiologisch Bulletin 1983; 18(4): 15-24.
5. Nijhuis HGJ. **De antirachitiscampagne te Den Haag 1983-'84**. Epidemiologisch Bulletin 1985; 20(1): 8-19.
6. Nijhuis HGJ, Zoethout HE. **Rachitis in Den Haag. Andere risicogroepen uit de vitamine D-deficiëntie-ijsberg**. Epidemiologisch Bulletin 1986; 21(1): 29.
7. Nijhuis HGJ. **Rachitis\_surveillance. De stand per 31 december 1985**. Epidemiologisch Bulletin 1986; 21(3): 24-25.
8. Verkade-Burger I, Jong GM de. **Rachitis in Den Haag. De stand per 31 december 1986**. Epidemiologisch Bulletin 1987; 22(4): 28-30.
9. Hornstra R, Meer IM van der, Bleeker JK. **Vitamine D bij 0-4-jarigen. Zijn er aanwijzingen voor een mogelijk tekort?** Epidemiologisch Bulletin 2003; 38(2): 14-19.
10. Sohl E, Schoor NM van. **Implementatie van het vitamine D-advies. Verslag van een expertmeeting**. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2015; 159: A8171.
11. Meer IM van der, Middelkoop BJC, Boeke AJP, Lips P. **Prevalence of vitamin D deficiency among Turkish, Moroccan, Indian and sub-Saharan African populations in Europe and their countries of origin: an overview**. Osteoporosis International 2011; 22: 1009-1021.





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.

# Binge drinken jongeren

Ruim een op de drie jongeren van 12 tot en met 18 jaar in Haaglanden heeft ooit alcohol gedronken. Een op de vier deed dit in de vier weken voor het onderzoek. Zeventien procent van de jongeren had in de vier weken voor het invullen van de jongerenenquête vijf of meer glazen alcohol gedronken bij één gelegenheid (binge drinken). Binnen Haaglanden varieert het percentage binge drinkers onder 12- tot en met 18-jarigen van 11% in Rijswijk tot 27% in Wassenaar.

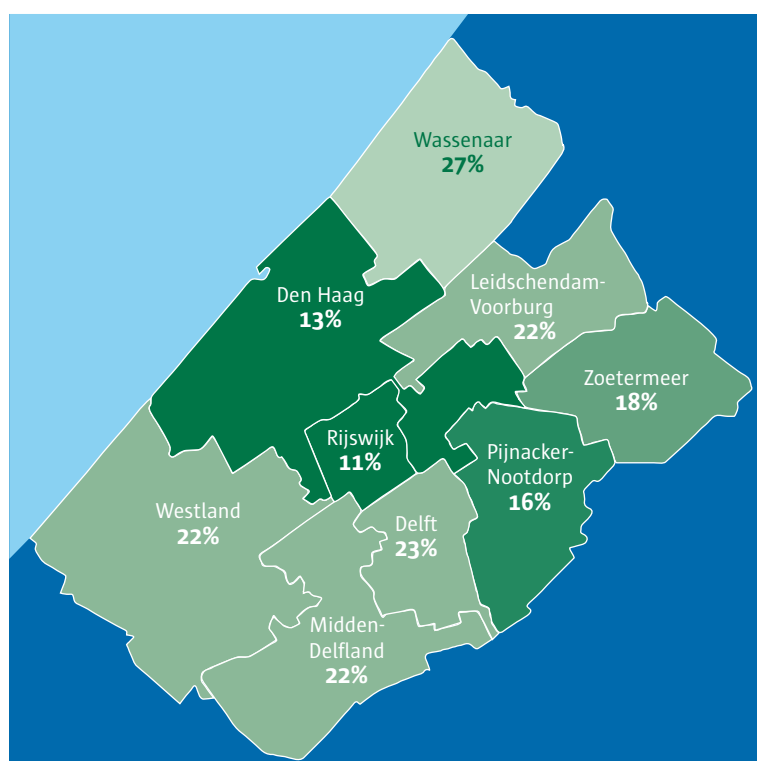
Sinds 2010 is het percentage minderjarige jongeren in de Zuid-Holland West gemeenten dat aan binge drinken deed gedaald van 24% naar 20%\*.

Er is geen groot verschil in het percentage binge drinkers tussen jongens en meisjes. Het percentage binge drinkers neemt toe van 2% bij 12- tot en met 14-jarigen tot 17% bij 15- en 16-jarigen en 40% onder 17- en 18-jarigen.

Zevenenvijftig procent van de minderjarige jongeren geeft aan dat hun ouders regels hebben gesteld over alcoholgebruik.

Meer informatie over de gezondheid en leefstijl van jongeren in Haaglanden is te vinden op [www.ggdhaaglanden.nl/publicaties](http://www.ggdhaaglanden.nl/publicaties).

**Figuur 1.** Percentage binge drinkende jongeren van 12 tot en met 18 jaar.



*Binnen Haaglanden varieert het percentage binge drinkers onder 12- tot en met 18-jarigen van 11% in Rijswijk tot 27% in Wassenaar.*

Bron: Jongerenenquête 2015

\* Voor Den Haag zijn gegevens over alcoholgebruik niet eerder op deze wijze verzameld.

## GGD GHOR Nederland verheugd met impuls preventie in regeerakkoord

“Met genoeg mogen we constateren dat de gezamenlijke lobby van veel organisaties om preventie nadrukkelijk op te nemen in het regeerakkoord overtuigend is geweest”, aldus directeur Hugo Backx van GGD GHOR Nederland. De oproep voor een Preventieakkoord door onder meer de wethouders volksgezondheid, door de partners van de Agenda voor de Zorg en door de SER in samenwerking met GGD GHOR Nederland en de NPHF Federatie voor Gezondheid heeft ertoe geleid dat er in de komende kabinetsperiode voor preventie en gezondheidsbevordering 170 miljoen euro beschikbaar komt. Daarna zal jaarlijks 20 miljoen euro beschikbaar zijn. GGD GHOR Nederland is hier verheugd mee.

### Preventieakkoord

Ook zal er een nationaal preventieakkoord gesloten worden met patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten, sportverenigingen en -bonden, bedrijven en maatschappelijke organisaties. De focus van het akkoord moet volgens het kabinet liggen op de aanpak van roken en overgewicht.

Backx: “De coördinerende en stimulerende rol die wij als GGD GHOR Nederland in de afgelopen periode samen met de SER en NPHF gespeeld hebben, zetten wij graag door in het bereiken van een breed gedragen en doelgericht preventieakkoord met concrete acties.”

Verdere opvallende zaken die volgens GGD GHOR Nederland raakvlakken hebben met de publieke gezondheidszorg zijn, dat het kabinet de doelstelling steunt om te komen tot een rookvrije generatie, verhogen van de tabaksaccijns en dat problematisch alcoholgebruik wordt aangepakt.

Wat betreft preventie van en ondersteuning bij onbedoelde (tiener)zwangerschappen kunnen ouders rekenen op ondersteuning via zwangerschaps cursussen, consultatiebureaus, jeugdgezondheidszorg en scholen. Dit gebeurt binnen bestaande kaders, waarbij meer aandacht komt voor hechtingsproblematiek en opvoeding. Er moet laagdrempelige hulp en ondersteuning beschikbaar zijn, uitgaande van de eigen kracht van gezinnen.

(Bron: [www.ggdghor.nl](http://www.ggdghor.nl) dd. 15-10-2017)

## E-learning Trainingen Trimbos Instituut

Het Trimbos-Instituut biedt een zestal online cursussen. Deze zijn te bestellen via de webshop: [www.trimbos.nl/producten-en-diensten/webwinkel](http://www.trimbos.nl/producten-en-diensten/webwinkel)

**Leren over dementie:** Meer leren over omgaan met mensen met dementie.

**Rookvrij Opgroeien JGZ:** voor JGZ-verpleegkundigen en -artsen die gesprekken voeren met ouders van kinderen van 0-12 jaar.

**Rookvrij Opgroeien Kraamzorg:** voor kraamverzorgenden (in opleiding) over gevaren van meeroken en maatregelen die ouders kunnen nemen tegen meeroken.

**Signaleren alcohol en drugs:** vijf lessen van 15-20 minuten over de werking, effecten en risico's van alcohol en drugs, het herkennen van signalen over (problematisch) alcohol- en drugsgebruik en contact maken met de hulpverlening,

**Signaleren postpartum depressie:** zes lessen van 30 minuten over de kennis en vaardigheden om depressieve klachten bij aanstaande en pas bevallen moeders te herkennen en adequate actie te ondernemen.

**Signaleren van depressie:** zes lessen van 20-30 minuten over het herkennen van depressieve klachten bij cliënten/patiënten en het ondernemen van adequate actie.



## Campagne Herken een beroerte

**Wat zijn de signalen van een beroerte en wat moet u dan doen? Om hier aandacht voor te vragen voert GGD Haaglanden samen met regionale samenwerkingspartners sinds 5 september 2017 een campagne.**

Een scheve mond, spraakproblemen en een verlamming van een arm. Dat zijn de drie belangrijkste signalen die duiden op een beroerte, ook wel CVA. Volgens de Nederlandse Hartstichting herkent ruim tweederde van de Nederlanders de signalen niet en gaat daardoor te laat naar het ziekenhuis. Belangrijk is direct bij het herkennen van de signalen 112 te bellen. Want hoe eerder iemand in het ziekenhuis is, hoe eerder een behandeling kan starten. Dit neemt de kans op hersenbeschadiging of overlijden af.

Jaarlijks worden 41.000 mensen getroffen door een beroerte. Een op de vijf personen overleeft een beroerte niet. 175.000 Nederlanders leven met de gevolgen van een beroerte. Zij kampen met verlamningsverschijnselen of hebben problemen met praten of lopen.

Wethouder Raimond De Prez (voorzitter GGD Haaglanden en wethouder Zorg van Delft) opende de campagne. Neurologen en verpleegkundigen gaven voorlichting. Ook ging er een team van de GGD langs de gemeenten uit de regio om campagnemateriaal aan te bieden. De campagne bestond uit advertenties, een online campagne, social media, filmpjes en TV-spots en campagnemateriaal (posters, flyers en banners). In navolging van de landelijke campagne van de Nederlandse Hartstichting organiseerden GGD Haaglanden, HagaZiekenhuis, HMC, Reinier de Graaf ziekenhuis, Langeland Ziekenhuis, RAV Haaglanden, Smash huisartsenpost en de Veiligheidsregio Haaglanden deze campagne.

(Door Thomas Eckhardt en Crool Schaeffers, GGD Haaglanden).

Kijk op: <http://www.ggdhaaglanden.nl/artikel/start-campagne-herken-een-beroerte-cva.htm>



Een team van GGD-Haaglanden ging langs de gemeenten uit de regio om campagnemateriaal aan te bieden.

## Klachtgerichte Mini Interventies Beter slapen, Minder stress en Minder piekeren

Het Trimbos-Instituut ontwikkelde in samenwerking met preventiefunctionarissen uit het veld een drietal Klantgerichte Mini Interventies (KMI's). Deze bestaan uit de cursussen 'Beter slapen', 'Minder stress' en 'Minder piekeren'. Trainers kunnen deze cursussen individueel of in groepsverband aan cliënten geven. Tijdens de train-de-trainerstraining komen opzet en inhoud van de KMI's aan de orde. Daarbij komen elementen aan bod waarop de KMI's gebaseerd zijn zoals cognitieve gedragstherapie, oplossingsgerichte therapie, mindfulness en positieve psychologie. Tijdens de training worden informatieoverdracht en oefening afgewisseld. De KMI's zijn gericht op klachten die aantoonbaar samenhangen met depressie: slaapklachten, stress en piekeren met als doel depressieve klachten te verminderen en een depressie te voorkomen. De korte, klachtgerichte aanpak is laagdrempelig en daardoor toegankelijk voor een brede populatie. Een pilotstudie (Spijkerman e.a., 2014) naar de groepscursussen toont dat alle interventies verbeteringen

laten zien op de specifieke klachten waarop zij gericht zijn (slaap-, stress- of piekerklachten). Een afname van depressieve klachten en stress werd geobserveerd bij alle cursussen.

De KMI's zijn bedoeld voor:

- Professionals die werken met cliënten die last hebben van overmatig piekeren, stress en slaapproblemen.
- Professionals die bijvoorbeeld werkzaam zijn in psychologenpraktijken, GB GGZ, SGGZ, maatschappelijk werk, zorg- en penitentiaire instellingen, huisartsen, POH GGZ, sociale wijkteams en buurtteams.

De training is geaccrediteerd door NVvPO (6 accreditatiepunten) en het Registerplein (4,5 accreditatiepunten).

Datum: 2 februari 2018

Locatie: Trimbos Instituut Utrecht

Kosten € 395,-

### Voorlichtingsfilmpjes over het voorkomen van vocht en schimmels in huis

GGD Haaglanden heeft samen met de Haagse woningcorporaties een aantal voorlichtingsfilmpjes gemaakt over een veel voorkomend probleem in huis: vocht en schimmels. De filmpjes maken mensen bewust van de gezondheidsrisico's en wat ze kunnen doen. In acht korte filmpjes legt hoofdpersoon Naomi in verschillende huizen uit hoe men vocht en schimmels kan herkennen. Ze geeft praktische tips over wat men zelf kan doen om dit te verhelpen en te voorkomen. Voor wie thuis komt bij een van de vele mensen met vochtproblemen of schimmels: begin met het bekijken van de filmpjes op [www.ggdhaaglanden.nl/vocht-in-huis](http://www.ggdhaaglanden.nl/vocht-in-huis).

### Online cursus - Herken de gevaren van koolmonoxide

Nu het buiten weer kouder wordt, is er in bijna elk huis kans op koolmonoxide. Koolmonoxide kan veroorzaakt worden door verbrandingsapparaten die niet goed functioneren door slecht onderhoud of onvoldoende ventilatie. Vaak hebben mensen gezondheidsklachten zonder te weten dat het door koolmonoxide kan komen. Een kleine hoeveelheid koolmonoxide kan namelijk al klachten veroorzaken, zoals hoofdpijn, duizeligheid en misselijkheid.

Voor elke professional die bij mensen thuis komt én iedereen die geïnteresseerd is, biedt GGD Haaglanden een gratis online cursus aan. Tijdens de online cursus brengt u een virtueel bezoek aan drie woningen en neemt u letterlijk 'een kijkje in de keuken' van cliënten. Zo leert u op een interactieve manier gevaarlijke situaties te herkennen. Na het volgen van de cursus kunt u zelf advies geven bij andere mensen thuis.

Volg deze gratis praktische cursus op:

[www.ggdhaaglanden.nl/cursuskoolmonoxide](http://www.ggdhaaglanden.nl/cursuskoolmonoxide)



## Impressie symposium 'Gezonde leefomgeving Haaglanden'

Op 26 september 2017 organiseerde GGD Haaglanden het symposium 'Gezonde leefomgeving regio Haaglanden' in het kader van de Omgevingswet. Op deze middag maakten zo'n 50 professionals van alle gemeenten en regionale overheidsorganisaties in onze regio samen kennis met het onderwerp 'gezondheid in relatie tot de fysieke leefomgeving'. Na een introductie over wat er allemaal komt kijken bij een gezonde leefomgeving, ging men enthousiast met elkaar aan de slag in verschillende workshops. De thema's voor de workshops hadden een breed spectrum: zo werden deelnemers zich in een workshop bewust van de behoeften van verschillende doelgroepen (kinderen, ouderen en jongeren) die door simpele aanpassingen in de fysieke leefomgeving kunnen worden gefaciliteerd. In een andere workshop leerden zij hoe de gemeente

van de toekomst ruimte kan bieden aan nieuwe woningbouw terwijl er tevens ruimte wordt gemaakt voor (groene) openbare ruimte om te ontmoeten, spelen en bewegen. Ook werden er workshops aangeboden die aandacht gaven aan thema's als de financiële opbrengsten van groen en gedragsbeïnvloeding en nudging om de gezondere keuze aantrekkelijker te maken.

Uit de reacties van de deelnemers is af te leiden dat het een zeer geslaagde middag was, die zeker een vervolg zal krijgen binnen het traject van de Omgevingswet waar de gemeenten nu mee aan de slag zijn.

Meer informatie:

GGD Haaglanden, afdeling Leefomgeving:  
[gezondheidsmilieu@ggdhaaglanden.nl](mailto:gezondheidsmilieu@ggdhaaglanden.nl)



## 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:

### Strategie en beleid in de publieke gezondheid

Strategisch opereren in het complexe veld van publieke gezondheidszorg? Deze module geeft het recept voor scherpe analyse van het krachtenveld en een slimme aanpak voor een sterk strategisch beleid in de publieke gezondheid.

Voor professionals in de public health, zoals beleidsmakers, projectleiders, afdelingsmanagers, artsen en onderzoekers met een academisch denk- en werkniveau en werkzaam in de volksgezondheidssector.

Data: 14, 15 maart en 22 maart, 26 april, 17 en 31 mei en 14 juni 2018

Locatie: Utrecht

Kosten: € 4110,-

### Managers verkennen de publieke gezondheidszorg, een stoomcursus

Het beleid van elk ministerie en elke bedrijfssector heeft effect op de volksgezondheid. Elke directeur of manager in de publieke gezondheid heeft daarmee te maken en dient een koers te realiseren die congruent is met de beginselen van de public health. Onder tijdsdruk en in een bestuurlijke arena. Leer die complexiteit in korte tijd te doorgronden in deze module.

Voor bestuurders, directeuren en managers met een nieuwe functie in de public health, en zij die hun kennis over public health op bestuurlijk niveau willen opfrissen.

Data: 17 en 31 januari, 14 februari, 7 en 21 maart, 4 en 18 april, 9 mei 2018

Locatie: Utrecht

Kosten: € 1.500,-

### Basisprincipes infectieziektebestrijding

Meer leren over de basisprincipes van infectieziektebestrijding, over systematische beoordeling van een melding over een infectieziekte en over een risico-inschatting en besluitvorming ten aanzien van de aanpak van de infectieziekte? Doe dan deze tweedaagse module.

Voor artsen, werkzaam in de bestrijding van infectieziekten en andere artsen (onder andere jeugdartsen of huisartsen) die geïnteresseerd zijn in dit domein.

Data: 17 en 24 januari 2018

Locatie: Utrecht

Kosten: € 790,-

### Hoe benut je e-health in de praktijk

E-health en e-mental health maken razendsnelle ontwikkelingen door. Ook organisaties in de public en occupational health hebben te maken met deze innovatie. Maar wat houdt e-health precies in? Welke (on-)mogelijkheden zijn er en hoe kunt u de toepassingen benutten in de praktijk?

Voor professionals in de publieke en bedrijfsgezondheid.

Data: 13 februari en 13 maart 2018

Locatie: Utrecht

Kosten: € 790,-

### Beheer, sturing en verbetering in de publieke gezondheid

Hoe bij te dragen aan verbetering, borging en beheer van de publieke gezondheid? Welke partijen zijn daarbij betrokken zijn en wat is ieders rol in dit proces? Deze module leert hoe meer grip te krijgen op de publieke gezondheidszorg.

Voor (aankomend) leidinggevenden, beleidsadviseurs, projectleiders en artsen die werken in de publieke gezondheid: bij GGD's, bij zorgverzekeraars, in thuiszorginstellingen, ROS'en, universiteiten, onderzoeks- of kennisinstituten, in het bedrijfsleven, etc.

Data: 16 en 23 maart, 6 en 20 april, 25 mei, 8 en 22 juni 2018

Locatie: Utrecht

Kosten: € 4110,-

### Je werkdruk de baas!

De werkdruk is hoog. Veel professionals hebben daar last van. Zij hebben het gevoel dat ze geen grip meer hebben op hun agenda. Uiteindelijk gaat dit ten koste van het plezier in het werk. Voor wie dit herkent en streeft naar een betere balans tussen werk en privé is deze praktische time management module. Voor professionals werkzaam in de public en occupational health.

Datum: 28 maart 2018

Locatie: Utrecht

Kosten: € 395,-

Inlichtingen over alle cursussen en opleidingen bij NSPOH: [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl), tel: 030-8100500, e-mail [info@nspoh.nl](mailto:info@nspoh.nl).



## Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 3e kwartaal 2017

Ziekte	3e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 3e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	3e kwartaal 2017	3e kwartaal 2016	3e kwartaal 2015	1e t/m 3e kwartaal 2017	1e t/m 3e kwartaal 2016	1e t/m 3e kwartaal 2015
<b>A-ZIEKTEN</b>						
MERS-CoV						
Pokken						
Poliomyelitis anterior acuta						
SARS						
Virala haemorrhagische koorts						
<b>B-ZIEKTEN</b>						
(humane infectie)avaire influenza						
Difterie						
Pest						
Rabies						
Tuberculose	22	21	21	54	85	66
Buiktyfus					1	
Cholera						
Hepatitis A	5	2	1	18	3	8
Hepatitis B acuut en chronisch	43	26	35	126	98	100
Hepatitis C acuut	2			5	1	1
Kinkhoest	85	93	94	250	295	321
Mazelen	1		2	1		
Paratyfus A,B,C	3			5	1	1
Rubella						
STEC (e-coli)	8	3	3	8	11	6
Shigellose	13	11	25	36	19	36
Invasieve GAS	2	4	2	16	9	6
Voedselinfectie	2	1	2	4	5	5
<b>C-ZIEKTEN</b>						
Antrax (miltvuur)						
Bof	1		1	3	1	26
Botulisme						
Brucellose	1		1	1		2
Ziekte van Creutzfeld-Jacob klassiek		1		1	1	1
Ziekte van Creutzfeld-Jacob variant						
Gele koorts				1		
Invasieve HIB	1	1		2	1	
Hantavirusinfectie						
Legionellose/ legionella pneumonie	23	13	11	27	19	19

## Vervolg overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 3e kwartaal 2017

Ziekte	3e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 3e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	3e kwartaal 2017	3e kwartaal 2016	3e kwartaal 2015	1e t/m 3e kwartaal 2017	1e t/m 3e kwartaal 2016	1e t/m 3e kwartaal 2015
<b>C-ZIEKTEN VERVOLG</b>						
Leptospirose	2	6	3	3	7	3
Listeriose			2	5	5	3
Malaria	7	6	4	21	12	8
Meningokokkose	4	1		18	6	2
MRSA-infectie (cluster buiten ziekenhuis)	1			1		
Invasieve pneumokokken (bij kinderen)			1	3		3
Psittacose	1	1	1	4	2	1
Q-koorts						
Tetanus						
Trichinose						
West-Nilevirus						
<b>Totaal</b>	<b>227</b>	<b>190</b>	<b>209</b>	<b>613</b>	<b>582</b>	<b>618</b>

## Infectieziekten gemeld door instellingen in 2017

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de meldingen door instellingen in het eerste, tweede en derde kwartaal in 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	Kinderopvang	Onderwijsinstelling	Vluchtelingenopvang	AWBZ zorginstelling	Ziekenhuis	Eindtotaal
Huiduitslag/exanthemen	82	15				97
Impetigo (krentenbaard)	26	8				34
Gastro-enteritis	12	1		32	1	46
Schimmelinfectie						
Luchtweginfectie	1	5				6
Influenza(-achtig) ziektebeeld				16		16
<b>Eindtotaal</b>	<b>121</b>	<b>29</b>		<b>48</b>	<b>1</b>	<b>199</b>





## Meldingen infectieziekten

### Legionellose

De ziektebeelden die veroorzaakt worden door de legionellabacterie worden samengevat onder de term legionellose. Het meest bekende beeld is dat van de legionellapneumonie (veteranenziekte).

De bacterie komt in het algemeen voor in waterige milieus en vochtige bodems en kan door inademing in de luchtwegen terechtkomen en een pneumonie (longontsteking) veroorzaken.

Iedereen kan legionellose krijgen, maar het risico stijgt met de leeftijd. Ook mensen die roken, met een slechte gezondheid of die medicijnen gebruiken waardoor de afweer vermindert, hebben een hogere kans op deze ziekte.

Diverse watersystemen zijn als bron van legionella-besmetting beschreven, zoals douches, koeltorens, whirlpools, luchtbevochtigers en individuele beademingsapparatuur. Na een melding van legionellose doet de GGD altijd onderzoek naar de mogelijke bron. Regelmatig wordt de ziekte tijdens een vakantie in het buitenland opgelopen.

Ook deze zomer is er bij GGD Haaglanden, maar ook in de rest van Nederland, opnieuw een toename van het aantal meldingen van legionellose geweest.

Er zijn geen aanwijzingen dat er sprake is van een gemeenschappelijke bron.



## COLOFON

---

November 2017, 52<sup>ste</sup> jaargang nr. 4

## 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)  
**mw. dr. M. Kamphuis**, JGZ Zuid Holland West  
**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)  
**mw. dr. C.W. Slotema**, PsyQ  
**dhr. dr. R. Starmans**, huisarts  
**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](mailto:epibul@ggdhaaglanden.nl)

### **Epidemiologisch Bulletin op internet:**

[www.ggdhaaglanden.nl/epibul](http://www.ggdhaaglanden.nl/epibul)

### **Ontwerp:**

Ontwerpwerk

### **Fotografie:**

Janneke Mikkers  
Arnaud Roelofsz

### **Uitgave:**

GGD Haaglanden

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

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

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