

Epidemiologisch bulletin

TIJDSCHRIFT VOOR
VOLKSGEZONDHEID EN ONDERZOEK
IN REGIO HAAGLANDEN

JAARGANG 55
NR 1

2020



Gezondheidsvaardigheden: de uitdaging voor publieke gezondheid

Onaangekondigd toezicht
kinderopvang houdt de sector
scherp en de kwaliteit hoog

De context in beeld: een breder
perspectief op preventie
en gezondheidsbevordering

GGD
Haaglanden

BEWAAKT, BESCHERMT EN BEVORDERT DE GEZONDHEID

IN DIT NUMMER

Gezondheidsvaardigheden: de uitdaging voor publieke gezondheid	4
<i>Paul Uitewaal, Alette Broekens</i>	
Toezicht Kinderopvang door GGD Haaglanden Onaangekondigd toezicht houdt de sector scherp en de kwaliteit hoog	11
<i>Charlotte Popescu en Liesbeth van Dalen</i>	
De context in beeld: een breder perspectief op preventie en gezondheidsbevordering	15
Interview met hoogleraar Population Health, Jessica Kieft-de Jong	
<i>Jessica Brussee</i>	
Sportakkoorden: kansen voor gezondheid en vitaliteit in gemeenten	21
<i>Joanne Cnossen en Ellen Boszhard</i>	
Gezondheid in cijfers: Geurhinder van (hout)stook	24
Korte berichten	25
Meldingen infectieziekten 4e kwartaal 2019	30
Jaaroverzicht 2019 afdeling Infectieziektebestrijding GGD Haaglanden	32

Wilt u reageren op deze uitgave van het Epidemiologisch Bulletin?

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



Redactioneel

Voor u ligt het eerste nummer van het Epidemiologisch Bulletin van 2020. We starten dit nieuwe decennium met een nieuw uiterlijk. De 55ste jaargang van het Epidemiologisch Bulletin heeft een frissere en meer aansprekende kaft gekregen. De inhoud is gebleven zoals u die van ons gewend bent. In dit nummer maakt u onder meer kennis met de kersverse hoogleraar Population Health en leest u over diverse aspecten van de publieke gezondheid.

Een op de drie Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden. Dit houdt in dat zij moeite hebben om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen en toe te passen. In het openingsartikel van dit Bulletin gaan we dieper in op dit thema. Helder wordt dat organisaties en professionals in de (publieke) zorg actief aan de slag moeten om onze zorgvoorzieningen toegankelijk te maken voor alle burgers.

In het tweede artikel wordt ingegaan op de belangrijke meerwaarde van toezichthouden op de kinderopvang. De jaarlijkse inspecties van de GGD houden de sector scherp en de kwaliteit hoog. De auteurs, een van hen is zelf werkzaam als toezichthouder, vertellen waarom toezicht belangrijk is, wat het toezicht inhoudt en hoe het in de praktijk verloopt.

Op 24 januari sprak Prof. dr. Jessica Kieft-de Jong haar oratie uit met de titel 'Gezondheidsbevordering: big data versus small talk'. In een interview in dit nummer vertelt ze waarom er meer nodig is dan leefstijladviezen alleen om preventie tot een succes te maken en hoe zij hier de komende jaren invulling aan wil geven binnen haar leerstoel. Ze is ervan overtuigd: "Preventie heeft pas echt impact als je rekening houdt met de fysieke en sociale context van mensen."

In 2018 sloot de minister van VWS het Nationaal Sportakkoord met sportbonden, gemeenten, provincies en tal van maatschappelijke organisaties en bedrijven. Doel van dit akkoord is dat iedereen plezier in sport en bewegen kan hebben, in een veilige en gezonde omgeving. Het landelijke sportakkoord is door vele gemeenten vertaald naar lokaal niveau, zo ook in Haaglanden. Het laatste artikel in dit Bulletin besteedt aandacht aan de lokale sportakkoorden in de regio.



Gezondheidsvaardigheden: de uitdaging voor publieke gezondheid

Een derde van de Nederlandse bevolking is onvoldoende of beperkt gezondheidsvaardig. Er is, zo blijkt, een sterk verband tussen lage taalvaardigheid en beperkte gezondheidsvaardigheid. Bovendien hebben lage gezondheidsvaardigheden een bewezen negatief effect op ziekte en sterfte.

Gezondheidsvaardigheid is geen vaststaande individuele eigenschap. Onder andere de omgeving en de complexere (digitale) samenleving maken het voor een deel van de bevolking lastig om goed gezondheidsvaardig te zijn en te blijven. Dit geldt in sterke mate voor ouderen, waarbij een afnemende gezondheid vaak samengaat met het moeten maken van ingewikkelde keuzes. Het ‘hebben en behouden van goede gezondheidsvaardigheden’ is dan ook een belangrijke opdracht voor zowel politiek als zorginstellingen als het gaat om de publieke gezondheid.

Paul Uitewaal, Alette Broekens

Inleiding

Van actieve burgers wordt verwacht dat zij zelfredzaam zijn. Dat wil ook zeggen dat zij gezondheidsvaardig zijn, het zorgsysteem kennen en weten wat zijzelf kunnen bijdragen om gezond en participatief te leven. Niet iedereen is even gezondheidsvaardig en niet elke organisatie is in staat om de ondersteuningsbehoefte van cliënten/patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden op een adequate manier op te pakken. In de praktijk tonen organisaties soms een weinig kritische houding ten aanzien van hun eigen bijdrage aan het instandhouden of zelfs vergroten van de zogenaamde ‘health literacy gap’: de kloof die bestaat tussen de gezondheidsvaardigheid van een persoon, zijn gezondheid en de complexiteit van en eisen die worden gesteld door het zorgsysteem.

Dit artikel gaat in op de prevalentie van beperkte gezondheidsvaardigheden en de effecten ervan op ziekte en sterfte. Ook komt aan de orde hoe gezondheidsvaardigheden kunnen worden bevorderd en de taak van de publieke gezondheid en organisaties hierbij.

Kenmerken van (beperkte) gezondheidsvaardigheden en specifieke risicogroepen

Gezondheidsvaardig is iemand die voldoende taal- en rekenvaardigheden heeft om bepaalde taken uit te voeren, in staat is om informatie uit verschillende bronnen te analyseren en te beslissen of en hoe dit toegepast kan worden in de eigen (gezondheids) situatie onder verschillende omstandigheden. Er zijn drie typen gezondheidsvaardigheden, zie kader op de volgende pagina.





Typen gezondheidsvaardigheden:

1. Functionele vaardigheden. Dit zijn basisvaardigheden in lezen, schrijven en rekenen gericht op informatie over gezondheid.
2. Interactieve of communicatieve vaardigheden. Deze cognitieve vaardigheden en sociale vaardigheden zijn nodig om informatie te verkrijgen, te begrijpen en toe te passen op de eigen situatie.
3. Kritische vaardigheden. Deze gevorderde cognitieve vaardigheden worden samen met sociale vaardigheden toegepast om informatie uit verschillende bronnen kritisch te analyseren en te gebruiken om meer controle uit te oefenen over het eigen leven.¹

In Nederland is 36% (ruim een derde) van de bevolking van 18 jaar en ouder onvoldoende (10%) of beperkt (27%) gezondheidsvaardig. Opleiding is een belangrijke voorspeller voor de mate van gezondheidsvaardigheid; laaggeletterdheid kan zelfs gezien worden als een bijzondere vorm van beperkte gezondheidsvaardigheden. In Nederland is een op de zes mensen van 16 jaar en ouder (2,5 miljoen mensen) laaggeletterd. Groepen waarbij geringe

gezondheidsvaardigheden relatief vaak voorkomen zijn: ouderen (47% van de 65+), mannen (43%)², mensen met een lage sociaaleconomische status en migranten.

De mate waarin iemand gezondheidsvaardig is wordt behalve door kenmerken van de persoon zelf (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, attitude, kennis, vertrouwen in eigen kunnen, sociale omgeving), bepaald door kenmerken van het zorgsysteem. Toegankelijkheid, communicatie, de wijze waarop informatie wordt aangeboden en de complexiteit van de zorg spelen hierbij een rol.³

Een gebrek aan gezondheidsvaardigheden is geen statisch gegeven, maar is afhankelijk van de context waarin iemand zich bevindt. Opleidingsniveau en de mate van geletterdheid spelen daarbij een belangrijke rol. Het zijn echter niet de enige factoren, want uit onderzoek blijkt dat een aanzienlijk deel van de mensen met een HBO- of universitaire opleiding beperkte tot zeer beperkte gezondheidsvaardigheden bezit.⁴

Gezondheidsvaardigheid hangt tevens samen met de eisen en verwachtingen die de omgeving aan iemand stelt en veranderingen in de capaciteiten van betrokkenen in de loop der jaren. Terwijl de omgeving voortdurend nieuwe eisen stelt (denk aan de toenemende digitalisering) kan door veroudering of

ziekte het vermogen hierop te reageren afnemen. Nederlands onderzoek laat zien dat ouderen bij een hogere leeftijd op alle vlakken (functioneel, interactief en kritisch) minder gezondheidsvaardigheden rapporteren.⁵ Dit afnemen van vaardigheden en het vermogen adequaat te reageren op gezondheidsproblemen, gebeurt juist in een leeftijdsfase waarin het aantal gezondheidsproblemen groeit. Het is dan ook te verwachten dat bij een progressieve achteruitgang van gezondheidsvaardigheden vooral ouderen met al lage gezondheidsvaardigheden (en vaak ook lage geletterdheid) snel op een niveau komen waarbij hulp nodig is om te kunnen blijven functioneren. Dat het hebben van voldoende gezondheidsvaardigheden belangrijke consequenties heeft blijkt uit een onderzoek naar de relatie tussen mortaliteit en gezondheidsvaardigheden onder patiënten met hartfalen: de sterftekans binnen een jaar neemt toe naarmate de gezondheidsvaardigheid van een patiënt afneemt.⁶

Nederlands onderzoek laat zien dat ouderen bij een hogere leeftijd minder gezondheidsvaardigheden rapporteren.

Uitgaande van de definitie van gezondheidsvaardigheden hebben mensen met lage gezondheidsvaardigheden meer moeite met het verkrijgen én toepassen van goede informatie over gezondheid. Verschillende studies tonen aan dat mensen met laaggeletterdheid en lage gezondheidsvaardigheden inadequaat gebruik maken van de gezondheidszorg. Ook nemen ze minder vaak deel aan preventieve programma's.⁴ Hierbij speelt een rol dat mensen met laaggeletterdheid de vaak schriftelijk aangeboden informatie soms moeilijker begrijpen. Naast (het ontberen van) de eerdergenoemde functionele, interactieve of communicatieve en kritische vaardigheden, spelen ook motivatie om te willen veranderen en het vertrouwen in het eigen vermogen dit ook daadwerkelijk te kunnen (eigen effectiviteit) een rol. Er bestaat een relatie tussen het vertrouwen in de eigen effectiviteit en gezondheidsvaardigheden, bijvoorbeeld om verleidingen te weerstaan en gedragsverandering vol te houden. Daarbij gaan lage gezondheidsvaardigheden samen met minder vertrouwen in de eigen effectiviteit.⁷ Mogelijk gevolg is dat mensen met lage gezondheidsvaardigheden bij gezondheidsproblemen eerder hulp vragen aan professionele hulpverleners. Inderdaad blijkt dat mensen met lage gezondheidsvaardigheden gemiddeld vaker dan voor hun

gezondheidstoestand nodig lijkt, naar de huisarts of de specialist gaan. De extra kosten in Nederland hiervoor worden geraamd op circa 264 miljoen per jaar.⁸

Mensen met lage gezondheidsvaardigheden gaan gemiddeld vaker dan voor hun gezondheidstoestand nodig lijkt, naar de huisarts of de specialist.

Bevorderen van gezondheidsvaardigheden

In het algemeen leiden informatieverstrekking, effectieve communicatie en gestructureerde educatie tot betere gezondheidsvaardigheden. Veel interventies richten zich hierbij op het vergroten van de functionele vaardigheden, vaak in een klinische setting, zoals het bevorderen van therapietrouw bij een chronische ziekte.

Naast de functionele vaardigheden spelen kritische vaardigheden een belangrijke rol.⁹ Toch blijkt uit onderzoek dat slechts een enkele studie zich richt op het bevorderen van deze kritische vaardigheden in een gezonde (niet klinische) populatie, teneinde de autonomie en zelfredzaamheid van de populatie te vergroten.¹⁰ Hoewel er dus weinig wetenschappelijke ondersteuning is voor maatregelen om de gezondheidsvaardigheden op alle vlakken te bevorderen, wordt er door overheid, gemeenten en organisaties wel nagedacht over dergelijke maatregelen. Hieronder wordt ingegaan op de verschillende niveaus en manieren waarop aan het bevorderen van gezondheidsvaardigheden wordt gewerkt.

1. Overheid en gemeenten

Het Nationaal Preventieakkoord 2018 kent drie speerpunten: roken, overgewicht en alcoholgebruik.¹¹ Om de gezondheidsvaardigheden te vergroten is er het Programma Gezonde school, waarbij leerlingen meer aandacht krijgen voor gezondheidsvaardigheden. In het Bestuurlijk akkoord Huisartsenzorg 2019-2022 wordt gesteld 'dat uiterlijk in 2030 in al het onderwijs voor (zorg- en welzijns-) professionals er extra aandacht is voor gezonde voeding, sport en beweging, een gezonde leefstijl en voor achterliggende problematiek bij obesitas (armoede, sociaal isolement, gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid)'.

Belangrijk hierbij is de doorvertaling van de afspraken uit het Nationale Preventieakkoord naar lokale (gemeentelijke) aanpakken. Dit sluit aan bij de afspraak in het Interbestuurlijk programma 2018 dat de gemeenten investeren in het verbeteren van de



basisvaardigheden (taal, reken en digitale vaardigheden) van mensen die een gemeente bereikt via het sociaal domein, onderwijs of werk&inkomen. In de vervolgaanpak hiervan: ‘Samen aan de slag voor een vaardiger Nederland’ zijn de gemeenten aangewezen als ‘centrale speler in een netwerk van samenwerkende partijen uit de domeinen onderwijs, werk, gezin, gezondheid en verwante terreinen’.¹²

2. Organisaties

Gezondheidsvaardigheden krijgen vooral betekenis in de context waarin ze nodig zijn. Niet alleen het individu moet over voldoende gezondheidsvaardigheden beschikken, ook de organisaties en hulpverleners in de gezondheidszorg moeten in staat zijn om ‘zorg op maat’ te bieden en rekening te houden met mensen met lage gezondheidsvaardigheden.¹³ ‘Gezondheidsvaardige organisaties’ zijn organisaties die het mensen gemakkelijk maken hun weg te vinden binnen de organisatie, gezondheidsinformatie aanbieden die voor laag geletterden te begrijpen en toe te passen is en daarbij optimaal gebruikmaken van ondersteuning en zorg en zo de zogenaamde health literacy gap verkleinen (zie figuur 1).¹⁴

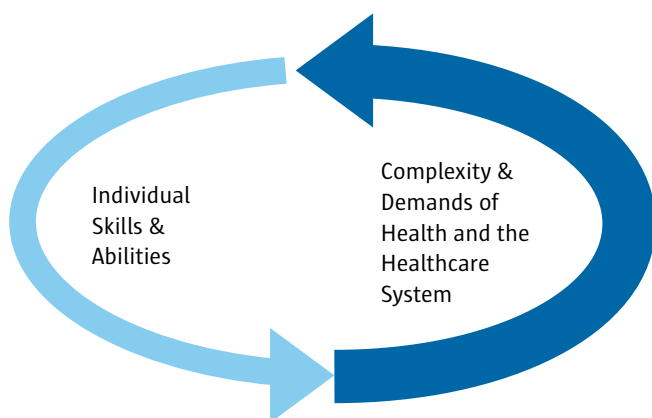
Er bestaan tal van richtlijnen en adviezen om gezondheidsorganisaties door te lichten op voldoende eigen gezondheidsvaardigheid.¹⁵ In Nederland werken inmiddels meerdere organisaties aan het verkleinen van de kloof tussen mensen met geringe en mensen met voldoende gezondheidsvaardigheden. Zie hiervoor onder andere de Alliantie Gezondheidsvaardigheden (www.gezondheidsvaardigheden.nl). Kernpunten hierbij zijn dat de organisatie zelf gezondheidsvaardigheid op de agenda plaatst, plannen maakt die aansluiten bij de behoeften van de populatie, deze plannen uitvoert en toetst op hun werkzaamheid.

Ook organisaties en hulpverleners in de gezondheidszorg moeten in staat zijn om ‘zorg op maat’ te bieden en rekening te houden met mensen met lage gezondheidsvaardigheden.

3. eHealth

Het internet geeft toegang tot een enorme hoeveelheid informatie. Veel informatie is echter niet onafhankelijk en gekoppeld aan commerciële belangen. Zonder verdere hulp is het erg moeilijk om wetenschappelijk verantwoorde en belangenvrije informatie te vinden. Zelfs dan zal het voor de niet-expert lastig zijn deze informatie kritisch te analyseren en te gebruiken. Pharos stelt dat het begrijpen, vinden en gebruiken van eHealth-toepassingen voor veel laag-geletterden een dusdanig grote opgave is, dat veel toepassingen niet worden gebruikt. Terwijl juist deze mensen baat kunnen hebben bij de voordelen van beeldgebruik, pictogrammen, voorleesfuncties, interactiviteit en gebruik in eigen tempo, eventueel samen met anderen. Relevante eHealth-toepassingen moeten daarom voor iedereen begrijpelijk, gemakkelijk te vinden en te gebruiken zijn. Professionals kunnen patiënten/cliënten coachen bij het gebruik ervan en lokale spelers in preventie en zorg kunnen afspraken maken over de inzet van eHealth. De betrokkenheid van gebruikersgroepen bij de ontwikkeling van eHealth-toepassingen is daarbij leidend.¹⁶ Behalve dat eHealth-toepassingen gemakkelijk vindbaar en begrijpelijk moeten zijn, moet de inhoud ook betrouwbare (evidence based) gezondheidsinformatie bevatten en ontdaan zijn van commerciële belangen. eHealth moet ondersteuning bieden bij het maken van keuzes.¹⁷ Voorbeelden van goede publiek-toegankelijke webportalen zijn www.thuisarts.nl, de GGD appstore of <https://kijkopdiabetes.nl/publiek/>. Op deze manier kan ook eHealth de gezondheidsvaardigheden bij kwetsbare groepen vergroten.¹⁸

Figuur 1. Health Literacy Gap



4. Groeps- of individuele patiënteneducatie

Er bestaat een nauwe relatie tussen patiënteneducatie en het bevorderen van gezondheidsvaardigheden. Het doel van patiënteneducatie is de kennis van patiënten over een bepaalde ziekte te vergroten, waarbij de patiënt meer betrokken raakt bij en kan meebeslissen over de behandeling en beter in staat is tot zelfmanagement. Dit is cruciaal voor mensen met chronische ziekten. Van bijvoorbeeld iemand met diabetes mellitus type 2 wordt verwacht dat hij zijn medicatie trouw en op tijd gebruikt, kan omgaan met



insulinespuiten en bloedsuikermeters, zijn leefgewoontes kan aanpassen etc. Dit is niet mogelijk zonder patiënteneducatie en zelfmanagement. Patiënt- en groepseducatie zijn dan ook veel gebruikte methoden om mensen algemene of ziekte-specifieke gezondheidsinformatie te geven. Dergelijke educatie kan de gezondheidsvaardigheid vergroten. Naast het stimuleren van de taalvaardigheid is dit (internationaal) op verschillende manieren gedaan door het koppelen van gezondheidsvaardigheden aan volwasseneneducatie of door een op ouders gerichte interventie om hun gezondheids-

vaardigheden te vergroten en beslissingen over gezonde leefstijl voor het gezin te bevorderen.¹⁰ Behalve de inzet op het vergroten van gezondheidsvaardigheden, moeten organisaties en zorgverleners ook (meer) rekening houden met mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Algemene informatie moet begrijpelijk zijn voor mensen met een lage taalvaardigheid en uitleg van hulpverleners moet afgestemd zijn op mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Er zijn methoden om na te gaan of informatie op een correcte manier begrepen wordt.

Nederlandse projecten

In Nederland richten projecten met betrekking tot gezondheidsvaardigheden zich vooral op taalvaardigheid. Dit gebeurt onder andere door het begrijpelijk maken van teksten voor mensen die minder taalvaardig zijn met medewerking van taalpanels van ex-laaggeletterden.

GGD Gelderland-Zuid heeft gezondheidsvaardigheden expliciet in haar beleid opgenomen*. In een projectplan uit 2015 stelt zij dat: 'gezondheidsvaardigheden pas kunnen worden ingezet als zorggebruikers voldoende taalvaardig zijn, dat wil zeggen als er sprake is van 'functionele geletterdheid'. Om die reden wordt gekozen voor 'laaggeletterdheid' als invalshoek met voorlichting aan medewerkers van de GGD, de ziekenhuizen en eerste lijnshulpverlening en (aanstaande) beroepskrachten over laaggeletterdheid, de relatie met en de impact op gezondheidsvaardigheden en gezondheid. Doel is meer bewustwording bij professionals zodat zij het probleem eerder signaleren en bespreekbaar maken, de eigen communicatie vereenvoudigen en wijzen op bestaand taalaanbod. Andere interventies zijn gericht op de groep laaggeletterden met als doel het taboe te doorbreken, het bieden van herkenning en erkenning en bekendmaken van het taalaanbod in de gemeente.²¹

Op diverse plaatsen in Nederland (waaronder in Den Haag) worden *toegankelijkheids 'checks'* gedaan bij zorginstellingen (huisartspraktijken, ziekenhuizen). Hierbij bekijkt een testpanel van taalambassadeurs de mondelinge, schriftelijke, telefonische en digitale communicatie, en doet op basis hiervan aanbevelingen en maakt verbeterplannen.

De gemeenten Den Haag, Utrecht en Amsterdam willen extra aandacht besteden aan de toegankelijkheid van de voorzieningen (de verbetering van de dienstverlening) met een

nadruk op *Heldere Taal*. Afgesproken is dat de gemeenten helder communiceren, zodat iedereen de gemeente beter begrijpt. Zo betreft de gemeente Den Haag ook inwoners door middel van testpanels, zoals de in 2018 geopende *Stadskamer*. Daarnaast zijn alle communicatiemedewerkers, in samenwerking met Pharos, geschoold in het communiceren met kwetsbare groepen, ook ten aanzien van gezondheidsvaardigheden. (www.directduidelijk.nl).

GGD Haaglanden is sinds kort aangesloten bij het Haags Netwerk Digitale Vaardigheden. Hierbij wordt onder andere onderzocht waar mensen tegenaan lopen als ze online informatie zoeken bij de GGD over reizigersvaccinaties, online een afspraak willen maken en vooraf vragenlijsten moeten invullen. Een diverse groep deelnemers, inclusief bewoners, zocht alternatieven en oplossingen voor de knelpunten waar laaggeletterden/mensen met beperkte digitale / gezondheidsvaardigheden tegen aan (kunnen) lopen.

Participerende organisaties aan de Alliantie Gezondheidsvaardigheden ontwikkelen regelmatig nieuwe materialen om gezondheidsvaardigheden te verbeteren. Mooie voorbeelden hiervan zijn apps zoals 'de Thuisdokter', 'Kijksluiter'; beeldmateriaal zoals 'de bijsluiter in beeld', animatievideo's voor radiologische onderzoeken en lespakketten 'Taal maakt gezonder', 'de Oefendokter' (een les om een huisartsbezoek te oefenen).

* Voor de benodigde extra financiering heeft GGD Gelderland-Zuid de zgn. GIDS middelen gebruikt. GIDS staat voor Gezond in de Stad. In de periode 2014–2017 ontvingen de zgn. GIDS gemeenten met SEGV problematiek via de decentralisatie-uitkering GIDS extra middelen om de gezondheidsachterstanden terug te dringen.



Pharos biedt een online instrument voor het beoordelen van de begrijpelijkheid en toepasbaarheid van gedrukt en audiovisueel gezondheidsvoorlichtingsmateriaal voor de patiënt: het Voorlichtingsmateriaal Beoordelingsinstrument <https://www.pharos.nl/kennisbank/voorlichtingsmateriaal-beoordelingsinstrument-vbi/>.

5. Beïnvloeding van de omgeving

Bij het vergroten van gezondheidsvaardigheden wordt verwacht dat iemand informatie vindt of krijgt, deze informatie kritisch analyseert en ten gunste van de eigen gezondheid toepast. Juist deze laatste stap is lastig. Het hebben van kennis leidt niet automatisch tot het toepassen ervan of tot gedragsverandering. Het rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid uit 2017 'Weten is nog geen Doen' benadrukt het belang van niet-cognitieve vermogens, zoals een doel stellen, in actie komen, volhouden en omgaan met verleiding en tegenslag.¹⁹ Ook het beïnvloeden van de omgeving kan het maken van gezonde keuzes vergemakkelijken. Gemeenten en bedrijven kunnen bijvoorbeeld ongezonde producten moeilijker verkrijgbaar of duurder maken. Ook kan worden geprobeerd de sociale omgeving te beïnvloeden. Zo kan bij de Integrale aanpak van overgewicht, naast oog voor het individu, ook de gemeente een rol hebben. Voorbeelden zijn het aanpassen van de fysieke leefomgeving, het stimuleren van gezond eten, drinken en bewegen op scholen en kinderdagverblijven, aandacht voor gezonde werkplekken en ondersteuning van de ouders. (Zie loketgezondleven.nl)²⁰

Conclusie

Een derde van de Nederlandse bevolking is onvoldoende of beperkt gezondheidsvaardig. Lage gezondheidsvaardigheden hebben een bewezen negatief effect op ziekte en sterfte. Er is een sterk verband tussen lage taalvaardigheid en beperkte gezondheidsvaardigheid.

Gezondheidsvaardigheid is echter geen vaststaande individuele eigenschap. Ook de omgeving speelt hierbij een grote rol. Naarmate de samenleving complexer wordt en de omgeving hogere eisen stelt aan taalvaardigheid en kundigheid (zoals digitale vaardigheden) wordt het voor een deel van de bevolking lastiger goed gezondheidsvaardig te blijven. Dit geldt in sterke mate bij ouderen bij wie de gezondheidsvaardigheid met de leeftijd afneemt. Door de met veroudering gepaard gaande toename van (chronische) ziekten en het moeten maken van soms ingewikkelde keuzes, wordt het belang van een goede gezondheidsvaardigheid bij deze groep juist groter.

Gemeenten hebben een wettelijke taak op het terrein van volksgezondheid. Een onderdeel hiervan is het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Dit blijkt echter een zeer hardnekkig probleem te zijn. Het bevorderen van gezondheidsvaardigheden is hierbij van belang en kan op meerdere niveaus gestimuleerd worden: door algemene en wettelijke maatregelen, via het stimuleren van organisaties om gezondheidsvaardiger te worden, aandacht voor kwetsbare groepen bij het ontwikkelen van e-Health en het beïnvloeden van de omgeving. Het verbeteren van de publieke gezondheid door het bevorderen van de gezondheidsvaardigheden is een belangrijke uitdaging voor de gemeente en daarmee een belangrijke opdracht voor politiek en zorginstellingen.

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

OVER DE AUTEURS

Dhr. Dr. P.J.M. Uitewaal is Senior wetenschappelijk medewerker/huisarts; Productgroep Epidemiologie en Gezondheidsbevordering GGD Haaglanden.

Email: paul.uitewaal@ggdhaaglanden.nl

Mw. A.G. Broekens, MPH, Adviseur SMB (Sociaal medische Basiszorg) GGD Haaglanden.

Email: alettebroekens@ggdhaaglanden.nl



LITERATUUR

- 1 Heijmans M, Waverijn G. **Gezondheidsvaardigheden van chronische zieken belangrijk voor zelfmanagement.** NIVEL. [Online] 2014. (bezoekt op 8 aug 2019) https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Gezondheidsvaardigheden_chronische_zieken_belangrijk_zelfmanagement.pdf.
- 2 Heijmans M, Brabers A, Rademakers J. **Health literacy in Nederland.** Utrecht Nivel 2018.
- 3 Fransén MP, Stronks K, Essink-Bot M. **Gezondheidsvaardigheden: stand van zaken.** UvA. Amsterdam Public Health, Public Health 2011.
- 4 Heide van der I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Uiters E. **The Relationship Between Health, Education, and Health Literacy: Results From the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey.** J Health Commun. 2013 Dec; 18(Suppl 1): 172–184.
- 5 Heijmans M, Waverijn G. **Gezondheidsvaardigheden van chronische zieken belangrijk voor zelfmanagement.** Factsheet Nivel 2014. www.nivel.nl
- 6 Mayberry LS, Schildcrout JS, Wallston KA, Goggins K, Mixon AS, Rothman RL, Kripalani S; Vanderbilt Inpatient Cohort Study. **Health Literacy and 1-Year Mortality: Mechanisms of Association in Adults Hospitalized for Cardiovascular Disease.** Mayo Clin Proc. 2018 Nov 7. pii: S0025-6196(18)30679-7.
- 7 Yi Xu X, Yee Man Leung A, Hing Chau P. **Health Literacy, Self-Efficacy, and Associated Factors Among Patients with Diabetes.** Health Literacy Research and Practice. 2018;2(2):e67-e77.
- 8 PriceWaterHouseCoopers. (2016). **Voorlopige update PwC rapport 2013: Laaggeletterdheid in Nederland kent aanzienlijke maatschappelijke kosten.** Amsterdam: PwC.
- 9 Heijmans M, Waverijn G. **Gezondheidsvaardigheden van zieken belangrijk voor zelfmanagement.** NIVEL, juni 2014.
- 10 Nutbeam D, McGill B, Premkumar P. **Improving health literacy in community populations: a review of progress.** Health Promot Int. 2018 Oct 1;33(5):901-911. Review.
- 11 **Nationaal preventieakkoord.** Ministerie VWS. [Online] 2018. (bezoekt op 15 aug 2019) www.nationaalpreventieakkoord.nl.
- 12 **Kamerbrief over plan van aanpak laaggeletterdheid 2020 – 2024.** 2019 [Online] (bezoekt op 29 aug 2019) Beschikbaar op URL www.rijksoverheid.nl.
- 13 Heijmans M, Zwikker H, Heide I, Rademakers van der J. NIVEL Kennisvraag 2016: zorg op maat. **Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden?** NIVEL. [Online] 2016. (bezoekt op 29 aug 2016) Beschikbaar op URL <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/nivel-kennisvraag-2016-zorg-op-maat-hoe-kunnen-we-de-zorg-beter-laten-aansluiten-bij>.
- 14 Brach C, Keller D, Hernandez LM et al. **Ten attributes of health literate healthcare organisations.** Institute of medicine of the national academies. 2012.
- 15 Brach C. **The Journey to become a health literate organisation: a snapshot of health system improvement.** Stud Health Technol Inform. 2017; 240: 203-237.
- 16 Pharos. **Programma eHealth4all.** [Online] (bezoekt op 29 aug 2019). Beschikbaar op URL <https://www.pharos.nl/over-pharos/programmas-pharos/ehealth4all/>.
- 17 Leuven van D, Dijk van A. **E-health vaardigheden en gezondheidsverschillen.** Epidemiologisch bulletin. 2017 (52) nr2.
- 18 Bolman C. Oratie [Online] 2019. (Bezoekt op 29 aug 2019). Beschikbaar op URL https://www.ou.nl/documents/40554/724769/Oratieboekje_Catherine_Bolman_DEF_15012019.pdf/48046c78-622a-400f-213d-46995a221b46.
- 19 Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid. **Weten is nog geen doen.** 2017. Beschikbaar op URL <https://www.wrr.nl/binaries/wrr/documenten/rapporten/2017/04/24/weten-is-nog-geen-doen/R097-Weten-is-nog-geen-doen.pdf>.
- 20 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. [online] (Bezoekt op 09-01-2020). Beschikbaar op URL <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/leefstijlthemas/overgewicht/een-integrale-aanpak/pijler-fysieke-en-sociale-omgeving>.
- 21 Stals M, Keetelaar J. **Projectplan Gezondheidsvaardigheden en Laaggeletterdheid GGD Gelderland-Zuid.** 2015 [Online] (bezoekt op 29 aug 2019). Beschikbaar op URL <https://www.gezondin.nu/thema/gedragvaardigheden/publicaties/155-projectplan-gezondheidsvaardigheden-en-laaggeletterdheid-ggd-gelderland-zuid>.



Onaangekondigd toezicht houdt de sector scherp en de kwaliteit hoog

Heeft elk kind genoeg speelruimte? Zijn de beroepskrachten gediplomeerd? Zitten er niet te veel kinderen in de groep? Kennen de beroepskrachten de Meldcode Kindermishandeling? Kunnen de kinderen veilig spelen? Deze en tal van andere zaken vallen onder de jaarlijkse inspectie uitgevoerd door de Toezichthouders Kinderopvang van GGD Haaglanden. De Wet kinderopvang is hiervoor de wettelijke basis. De inspectiebezoeken zijn onaangekondigd en dragen bij aan de hoge kwaliteit van de kinderopvang in regio Haaglanden.

Charlotte Popescu, Liesbeth van Dalen

Met 26 toezichthouders zorgt GGD Haaglanden voor de inspectie van jaarlijks zo'n 1000 gastouders en 1100 kinderopvanglocaties. Met als resultaat meer dan 2000 rapportages, die zowel naar de betreffende gemeente als naar de houder worden verzonden. De inspectierapporten bevatten een overzicht van de getoetste eisen, de bevindingen en de beoordeling van de toezichthouder en een advies aan de gemeente. Ieder inspectierapport wordt gepubliceerd op de openbare website van het landelijk register kinderopvang. De gemeente is verantwoordelijk voor het handhaven indien er door de toezichthouder overtredingen zijn geconstateerd. Het team Toezicht Kinderopvang maakt, samen met het team Toezicht WMO, deel uit van de afdeling Toezicht van GGD Haaglanden.

In opdracht van de negen gemeenten binnen GGD Haaglanden inspecteren de toezichthouders kinderdagverblijven (inclusief locaties waar voor-schoolse educatie wordt geboden), buitenschoolse opvang, gastouders en gastouderbureaus. De meeste toezichthouders hebben ervaring met het werken in de kinderopvang en een hbo-opleiding in de richting pedagogiek dan wel sociaal pedagogische

hulpverlening. Daarnaast hebben ze allen een meerdaagse training specifiek voor het vak 'toezichthouder' gevolgd en krijgen ze jaarlijks aanvullende bijscholing.

In de Wet kinderopvang is bepaald dat ieder kindercentrum minimaal éénmaal per jaar en tenminste op een aantal basisvoorwaarden geïnspecteerd moet worden.

Gastouders zijn hierin een uitzondering en hoeven volgens de wet niet ieder jaar geïnspecteerd te worden. Iedere gemeente bepaalt hoeveel gastouders zij per jaar bezocht wil zien en kiest haar eigen gemeentelijke percentage, waarbij 5% als minimum wordt gehanteerd. Zo bezochten bijvoorbeeld de GGD-toezichthouders in 2018 en 2019 op verzoek van de gemeente Den Haag alle gastouders in de stad. Dat is aanzienlijk meer dan het landelijk gemiddelde. Ook de andere regiogemeenten geven steeds vaker aan meer gastouders te willen laten bezoeken.

Aan het begin van elk jaar worden de te inspecteren locaties onder de toezichthouders verdeeld. De toezichthouders plannen zelf hun inspectiebezoeken voor ieder jaar in. Daarbij wordt ook gekeken of



bepaalde locaties extra aandacht nodig hebben vanwege zorgelijke bevindingen in het verleden. Landelijk zijn vier risicoprofielen van toepassing, beginnend bij groen (= geen zorg) via geel en oranje naar rood, wat betekent (serieuze) zorg over de actuele situatie en/of nabije toekomst. De vragenlijst voor het risicoprofiel is een instrument van de toezichthouder om in te schatten hoe intensief er toezicht moet worden gehouden. 'Meer waar nodig, minder waar gebleken is dat dit kan' is hierbij het motto. Ter illustratie: in 2018 is bij de ruim 2000 inspecties 30 keer het risicoprofiel oranje toegekend en 10 keer het risicoprofiel rood. (Bron: directiejaarverslag GGD Haaglanden 2018). In 2019 hadden zo'n 90% van alle locaties een groen dan wel geel profiel, aldus de toezichthouder.

Kwaliteitseisen

De kwaliteitseisen zoals vastgelegd in de Wet kinderopvang bestaan uit zes aandachtsgebieden:

- Registratie
- Pedagogisch klimaat
- Personeel en groepen
- Veiligheid en gezondheid
- Accommodatie
- Ouderrecht.

Voordat een locatie open mag, wordt de registratie getoetst en beoordeelt de toezichthouder alle onderdelen. Daarna volgt advies aan de gemeente om de locatie wel of geen toestemming tot exploitatie

te geven. Deze registratietoetsing is niet onaangekondigd maar gebeurt op afspraak. Indien er mag worden gestart volgt er, kort na de opening, nogmaals een inspectie.

Het beoordelen van het onderdeel 'Veiligheid en gezondheid' gebeurt door observatie, het lezen van beleidsdocumenten en een interview met de locatiemanager en beroepskrachten. Uit het, door de locatie opgestelde, beleid moet onder andere blijken welke maatregelen zijn genomen om de risico's zo klein mogelijk te houden, bijvoorbeeld ten aanzien van verdrinking, verbranding of verstikking. Ook de afspraken over het kinderen leren omgaan met kleine risico's moet beschreven staan in dit beleid. Alle beroepskrachten moeten kennis hebben over de Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling en dagelijks moet er minimaal één persoon op de locatie aanwezig zijn die beschikt over een EHBO-diploma voor het werken met kinderen en baby's.

De toetsing van het pedagogisch klimaat komt jaarlijks altijd aan de orde. Zo moet het pedagogisch beleidsplan de basisdoelen, opgesteld door voormalig hoogleraar Ontwikkelingspsychologie en pedagoog Marianne Riksen-Walraven, verwoorden en aangeven hoe hier in de praktijk vorm aan wordt gegeven. Dit is ook voor de ouders van belang, zodat zij weten vanuit welke pedagogische visie er met de kinderen wordt omgegaan en hoe de kinderen in hun ontwikkeling worden gestimuleerd.

Onaangekondigd op de stoep: "De GGD!"

Als de toezichthouder aanbelt, is de eerste reactie meestal: 'Ah, de GGD!'.

De houders weten dat er jaarlijks een GGD-toezichthouder komt, toch is het altijd even schakelen als er zich opeens een toezichthouder meldt. Het blijft immers toch spannend voor de medewerkers.

Soms heeft de toezichthouder eerst een gesprek met de locatiemanager, maar meestal loopt zij liever eerst de groepen in om te observeren en te zien hoe de praktijk eruit ziet.

Om zo min mogelijk de aandacht te trekken en het proces te verstoren zoekt de toezichthouder een rustig plekje in de groep. Als er vragen aan de beroepskrachten moeten worden gesteld wordt altijd gezegd dat de kinderen voor

gaan. Het is dus geen enkel probleem als een beroepskracht midden in het gesprek even een kind moet helpen. Afhankelijk van de grootte van de locatie wordt op minimaal 3 groepen geobserveerd. Zo'n observatie duurt per groep gemiddeld een kwartier tot een half uur. Tijdens de observatie beoordeelt de toezichthouder het pedagogisch handelen van de beroepskrachten, maar wordt er ook gekeken hoe ze omgaan met bijvoorbeeld hygiëne en hoe de groepsruimte is ingericht.

Om de toezichthouder te voorzien van alle benodigde informatie voor het onderzoek volgt na afloop van het inspectiebezoek meestal nog enig e-mailverkeer met de locatiemanager vanwege toezending van beleidsstukken en werkprotocollen.



De toezichthouder toetst zowel het beleid als de vertaling ervan in de praktijk. Dat gebeurt door te observeren hoe beroepskrachten met de kinderen omgaan, bijvoorbeeld als een kind boos of verdrietig is of als ze ruzie maken, en hoe ze bijvoorbeeld emotionele veiligheid bieden en de kinderen stimuleren op het gebied van normen en waarden en het omgaan met elkaar.

Het is van belang dat ouders weten vanuit welke pedagogische visie er met de kinderen wordt omgegaan en hoe de kinderen in hun ontwikkeling worden gestimuleerd.

Een ander belangrijk onderdeel dat altijd wordt beoordeeld betreft het personeel. Alle personen die op een locatie werken, of het nu gaat om een beroepskracht, stagiaire, voorleesmoeder of schoonmaker, moeten geregistreerd staan in het Personenregister Kinderopvang (PRK). Hiervoor is een verklaring omtrent gedrag nodig. Met deze registratie wordt iedereen continue gescreend. Mocht het PRK signaleren dat iemand met justitie in aanraking is gekomen, dan gaat er een melding naar het kindercentrum waar diegene werkt en naar de GGD om zo de veiligheid van de kinderen te waarborgen. Ook wordt gekeken of de beroepskrachten de juiste kwalificatie/diplomerings hebben, of elk kind in een vaste groep ingedeeld is en of er genoeg beroepskrachten werken. Wettelijk is voorgeschreven hoeveel beroepskrachten op een groep moeten werken; dit hangt af van de leeftijd en het aantal kinderen dat aanwezig is.

Bij het beoordelen van het onderdeel 'Accommodatie' wordt gekeken of de binnen- en buitenruimtes aan de minimale eisen voldoen wat betreft het aantal vierkante meters speeloppervlakte per kind (binnen en buiten) en de slaapmogelijkheden (indien van toepassing). De accommodatie moet veilig en passend ingericht zijn, met voldoende veilig speelmateriaal en de kinderen moeten te allen tijde buiten kunnen spelen.

De accommodatie moet veilig en passend ingericht zijn, met voldoende veilig speelmateriaal en de kinderen moeten te allen tijde buiten kunnen spelen.

Tot slot wordt bij het onderdeel 'Ouderrecht' beoordeeld of is vastgelegd hoe de ouders geïnformeerd en betrokken worden. Bij een kindercentrum met meer dan 50 kinderen dient er een oudercommissie te zijn ingesteld met een bijbehorend reglement met de afspraken. Ouders moeten weten waar zij een eventuele klacht kunnen indienen en dat het kindercentrum is aangesloten bij de landelijke geschillencommissie.

Het onderzoek is klaar, en dan?

De uitkomsten van de inspectie worden verwerkt in een inspectierapport en er volgt een advies aan de gemeente. Of en hoe streng daar vervolgens op gehandhaafd wordt, bepaalt de gemeente. Iedere gemeente heeft hiervoor zelf een gemeentelijk handhavingsbeleid opgesteld.

Alle inspectierapporten die opgesteld worden door de toezichthouders van alle GGD'en in Nederland worden openbaar gepubliceerd op de website www.landelijkregisterkinderopvang.nl.

De Rijksoverheid houdt toezicht op de gemeenten. Om als gemeente de A-status (=de gemeente houdt zich aan de regels) te bereiken en te behouden moeten alle kinderopvanglocaties door de GGD jaarlijks worden geïnspecteerd. Daarnaast moet de gemeente aan de Onderwijsinspectie kunnen aantonen dat zij vervolgens naar aanleiding van de adviezen in de inspectierapporten van de GGD bewuste keuzes hebben gemaakt of al dan niet handhaving ingezet diende te worden en dat het toezicht en de handhaving op orde is.

In 2018 is de Wet kinderopvang uitgebreid met de Wet Innovatie Kwaliteit Kinderopvang, IKK.

De nieuwe regels gaven (aanvankelijk) enige onrust bij de kinderopvangondernemers omdat de invoering ervan ook financiële consequenties had.

De nieuwe eisen zijn met name gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de zorg voor de kinderen. Denk bijvoorbeeld aan de nieuwe verplichting dat alle beroepskrachten voortaan recht hebben op coaching en training en dat een beroepskracht nog maar voor drie baby's mag zorgen in plaats van vier. Ook is het de bedoeling dat de toezichthouders meer in dialoog kunnen gaan met de kinderopvangondernemers en locatiemanagers over de uitvoering van hun beleid in de praktijk. Eerst moet echter het nieuwe beleid op papier voldoen aan de nieuwe eisen. Vervolgens zal de dialoog gaan over de keuzes in de praktijk die de ondernemer heeft gemaakt en de motivatie hierachter.



Een interessante neventaak van de afdeling toezicht Kinderopvang van GGD Haaglanden is het bieden van ondersteuning bij het ontwikkelen van het toezicht op Bonaire, Sint Eustatius en Saba. Daar worden momenteel de voorbereidingen getroffen om, net als in Nederland, de kwaliteit van de kinderopvang te verbeteren door minimale kwaliteitseisen vast te stellen.

Toezicht werkt preventief

De verantwoordelijkheid voor kwalitatief goede kinderopvang ligt bij de kinderopvangondernemer zelf.

De grootte van de kindercentra varieert van 10 tot 200 kinderen, van zelfstandige locaties of in onderwyssetting tot huiselijke omgeving en van Wassenaar tot Midden-Delfland en alles daar tussenin.

De toezichthouders doen hun werk graag, omdat ze bijdragen aan zo goed mogelijke zorg voor de kinderen. Het werk is afwisselend, elk kindercentrum is uniek.

Het toezicht vanuit de GGD heeft volgens de toezichthouders een stimulerende en preventieve werking.

Het jaarlijks inspectiebezoek houdt de sector scherp, wat leidt tot kwaliteitsbehoud en waar mogelijk tot kwaliteitstoename.

Wilt u reageren op dit artikel?

Dan kunt u mailen naar de auteurs

of de redactie:

epibul@ggdhaaglanden.nl

OVER DE AUTEURS

Mw. C. Popescu is toezichthouder bij GGD Haaglanden.

E-mail: charlotte.popescu@ggdhaaglanden.nl

Mw. E. van Dalen is eindredacteur/redactiesecretaris voor het Epidemiologisch Bulletin.

Met dank aan collega's Ilja Veltman en

René van der Spek.



De context in beeld: een breder perspectief op preventie en gezondheidsbevordering

Jessica Kiefte-de Jong is ervan overtuigd: “Preventie heeft pas echt impact als je rekening houdt met de fysieke en sociale context van mensen”. Op 24 januari sprak zij haar oratie uit met als titel ‘Gezondheidsbevordering: big data versus small talk’. De kern ervan omschrijft ze als volgt: “Met de data die we hebben kunnen we veel. We weten hoe een populatie eruit ziet en welke problemen er spelen. Maar we moeten ons realiseren dat het niet voldoende is om alleen naar het medische domein te kijken. Ook de sociale context is van belang, in positieve en in negatieve zin. Daarmee doel ik op zowel problemen met een belemmerende werking als op een sociaal netwerk met een beschermend effect. Juist de informatie over die brede sociale context haal je niet uit een dataset, maar uit een goed gesprek!” In dit interview legt zij uit hoe zij tot het inzicht kwam dat er meer nodig is dan leefstijladvies om preventie tot een succes te maken. Ook vertelt zij hoe zij hier de komende jaren invulling aan geeft binnen haar leerstoel.

Jessica Brussee

Eigenlijk is het belang van ‘small talk’ vanaf het begin van haar loopbaan duidelijk. Als diëtiste merkte Kiefte-de Jong al dat alleen advies geven over voeding en leefstijl niet voldoende was. Het is ook belangrijk om naar de sociale omstandigheden van een persoon te



Jessica Kiefte-de Jong: “Informatie over de brede sociale context haal je niet uit een dataset, maar uit een goed gesprek.”

kijken. Regelmatig zag zij patiënten bij wie er, naast een probleem op het gebied van voeding, ook iets anders aan de hand was. Zoals financiële problemen of veel stress. Kiefte-de Jong: “Ik merkte dat alleen maar voedingsadvies geven dan niet werkte, dat kwam

niet aan. Er was eerst iets anders nodig voordat mensen aan hun voeding en leefstijl konden werken.” Wat dat precies is ontdekte zij tijdens haar masteropleiding Gezondheidswetenschappen. “Je leerde daar dat de sociale context een enorme invloed op het gedrag van mensen heeft.

Het belang van de context

Ook tijdens haar werk als onderzoeker is de sociale context een terugkerend thema. Kiefte-de Jong: “Ik zag dat een deel van de mensen nieuwe kennis over voeding en leefstijl zeker oppakt. Maar er is ook een groep die het moeilijker heeft. Zij kunnen het, naast de problemen die zij al hebben, niet opbrengen om hun leefstijl te veranderen.”

De verbanden die Kiefte-de Jong ziet tussen voeding, leefstijl en de sociale context wil zij graag in de praktijk brengen. Aan het Leiden University College (LUC) werkt zij aan een onderzoek rondom voedselzekerheid. Voedselzekerheid betekent dat iemand fysieke en economische toegang heeft tot voldoende, veilig en voedzaam eten dat voldoet aan voedingsbehoeften en voedingsvoorkeuren.¹

Kiefte-de Jong: “De aanleiding voor dit onderzoek was een studie van Judith Neter (VU) bij voedselbankgebruikers.² Ruim zeventig procent van hen was, ondanks de hulp van de voedselbank, nog steeds voedselonzeker. Dat het probleem zo groot was, was voor mij aanleiding om verder te kijken. Ik wilde weten of voedselonzekerheid ook een probleem is bij andere groepen dan cliënten van de voedselbank. Het was de eerste stap om mijn kennis over voeding en gezondheid te vertalen naar een praktische toepassing.”

De leerstoel Population Health

Met een leerstoel is zij op dat moment nog niet zo bezig. Van 2007 tot en met 2018 bekleedde haar voorganger, Barend Middelkoop, een bijzondere leerstoel Public Health aan het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Kiefte-de Jong: “Hij had al meerdere malen aangegeven dat hij met pensioen zou gaan. Maar op dat moment legde ik nog niet de link naar mijzelf als zijn opvolger. Pas toen Mattijs Numans, de directeur van de LUMC Campus, mij erop wees dat er een structurele leerstoel zou komen dacht ik: ‘Dit is wel een plek waar ik mijn ideeën en wat ik belangrijk vind in kwijt kan.’ ”

Gaandeweg ziet ze dat de nieuwe leerstoel breder is dan de onderwerpen voeding en leefstijl. “Het gaat

ook om het identificeren van risicogroepen in de maatschappij. Daarnaast zijn big data en de koppeling van data uit de routinezorg en het sociaal domein in opkomst. Dit biedt nieuwe onderzoeksmogelijkheden. “Neem bijvoorbeeld het Actieprogramma Kansrijke Start. Dat beoogt ieder kind de best mogelijke start van zijn of haar leven te geven.³ Voor dat programma bouwen we een data-infrastructuur om de meest kwetsbare groepen in kaart te brengen. Dat doen we door gegevens uit het sociaal domein, de perinatale registratie, huisartsendata en verzekeringsdata aan elkaar te koppelen.”

Dat de bijzondere leerstoel van Middelkoop uiteindelijk wordt omgezet naar een structurele leerstoel komt mede door de Nationale Wetenschapsagenda. Hierin geven Nederlandse burgers aan wat zij belangrijke onderzoeksthema’s vinden. Er blijkt behoefte aan meer kennis over preventie en gezondheidsbevordering. Kiefte-de Jong: “Dit heeft er denk ik wel toe geleid dat preventie ook binnen het LUMC hoger op de agenda kwam. Population Health is nu, naast Oncologie en Regeneratieve geneeskunde, één van de belangrijke maatschappelijke speerpunten van het LUMC.”

De titel van Kiefte-de Jongs leerstoel is ‘Population Health’, waarbij ze specifiek aandacht zal geven aan leefstijl en levensloopdeterminanten van gezondheid. Zij richt zich binnen haar leerstoel op drie hoofdlijnen.

Teachable moments

De eerste lijn gaat over het onderwerp ‘teachable moments’. Kiefte-de Jong: “Teachable moments zijn momenten in het leven waarop je meer open staat voor gedragsverandering. Dit hangt vaak samen met belangrijke levensgebeurtenissen, zoals een ziekte-diagnose, de geboorte van een kind of pensionering. Eigenlijk zijn het transitie momenten. Ze hoeven niet altijd gelinkt te zijn aan ziekte of gezondheid.”

In haar onderzoek kijkt ze hoe je deze momenten herkent, wat de randvoorwaarden zijn en of je ze als professional ook zelf kunt creëren. Hiervoor volgt zij mensen langere tijd. “We houden interviews en nemen vragenlijsten af bij mensen die een hartinfarct hebben doorgemaakt en hun familieleden. Deze mensen volgen we in de tijd om te zien of hun gedrag verandert. Tegelijkertijd bestuderen we een aantal psychologische concepten. Bijvoorbeeld hoe mensen zichzelf zien, wat zij belangrijk vinden in het leven en met wie zij zich verbonden voelen. Dit meten we



Het teachable moments model (McBride et al., 2003).



meerdere malen. Hierdoor kun je zien of een verandering in leefstijl samenhangt met veranderingen in het zelfconcept of de identiteit. Eigenlijk kijk je dus veel meer naar psychosociale factoren dan naar medische.”

Naast meer inzicht in het concept van ‘teachable moments’ wil Kieftede Jong ook een tool voor professionals ontwikkelen. Door een aantal vragen te stellen gaan zij na of het een juist moment is om voeding en leefstijl te bespreken met een cliënt. Het gesprek gaat verder dan informeren naar de komst van (klein)kinderen of pensionering. “Het is niet zo dat iedereen die in verwachting is of met pensioen gaat automatisch een gezonde leefstijl aanhoudt. Als je samen met iemand stilstaat bij vragen als ‘Wie ben je?’ en ‘Wat vind je belangrijk in het leven?’ kom je er misschien achter of iemand open staat voor verandering. Idealiter bied je mensen tijdens grote transitie momenten standaard een gesprek met een praktijkondersteuner huisarts (POH) of leefstijlcoach aan. Zo vang je het moment om daadwerkelijk een teachable moment te creëren.”

Voedselonzekeerheid

De tweede onderzoekslijn binnen Kieftede Jongs leerstoel betreft voedselonzekeerheid. “We zijn gestart met de vraag: ‘Hoe groot is het probleem?’ Toen zijn we gaan kijken naar de oorzaken. In eerste instantie dachten we dat het vooral een financieel probleem was. Maar door mensen te interviewen kwamen we erachter dat het probleem veel breder is. Een deel van de mensen komt inderdaad moeilijk rond en kan zich daardoor minder (gezond) voedsel permitteren. Een ander deel heeft zoveel zorgen dat zij het niet kunnen opbrengen om te investeren in een gezonde

leefstijl. Een derde groep kan door psychische problematiek de eindjes niet goed aan elkaar knopen.”

Door mensen te interviewen werd duidelijk dat voedselonzekeerheid niet alleen een financieel probleem is.

De diverse oorzaken voor voedselonzekeerheid zijn aanleiding om te onderzoeken of interventies een oplossing bieden voor dit probleem. Als voorbeeld noemt Kieftede Jong het ‘Koelkastproject’ van Stichting Vers en Vrij. “In dit Haagse project worden (vers)producten die overblijven bij horecagelegenheden opgehaald en in vitrinekoelkastjes bij buurtcentra en welzijnsorganisaties geplaatst. Mensen die daar behoefte aan hebben kunnen deze producten gebruiken.⁴ Wij onderzoeken of dit een geschikte interventie is om voedselonzekeerheid te reduceren.” Een andere mogelijkheid is om interventies in de wijk aan elkaar te koppelen. Kieftede Jong: “Bijvoorbeeld door mensen hulp te bieden met koken, maar hen ook te helpen om een sociaal netwerk op te bouwen. Of te werken aan een veilige en gezonde wijk en activiteiten voor kinderen. Dat is dus veel breder dan advies geven over gezonde voeding. Het gaat om het creëren van de juiste context. Een context die veilig is, waarin mensen sociaal bezig zijn en waarin ruimte is voor kind en gezin. We zijn met andere partijen in gesprek, waaronder Welzijn. We willen kijken of we dit gezamenlijk kunnen oppakken in een pilotstudie.”

Daarnaast wil zij ook de dataverzameling rondom voedselonzekeerheid uitbreiden. “We hebben ons nu vooral gericht op de Haagse Krachtwijken, waar veel kwetsbare gezinnen wonen. Maar we willen ook

weten hoe groot het probleem is in andere wijken en onder andere groepen. Uit de literatuur is bijvoorbeeld bekend dat ouderen soms ook een vorm van voedselonze­kerheid ervaren. Bijvoorbeeld als zij moeilijk ter been zijn, verder weg wonen van de supermarkt of het minder breed hebben.”

Tot slot wil Kieft­de Jong het concept voedsel­ze­kerheid integreren in de zorg. Op veel plekken in Amerika wordt bijvoorbeeld standaard gescreend op voedselonze­kerheid in zowel de eerste- als tweede­lijnszorg. “Ook hier neem je een stukje van de bredere context mee. Want voedselonze­kerheid komt niet alleen voor bij mensen met een laag inkomen of een lage opleiding. Het gaat meer om het ervaren van een bepaalde kwetsbaarheid, wat verschillende oorzaken heeft. Bijvoorbeeld hoe veilig mensen zich voelen in hun wijk. Ook de voedselomgeving speelt een rol: in hoeverre stimuleert de omgeving tot (on)ge­zond eten?”

De eerste 1.000 dagen

De derde lijn in haar leerstoel gaat over ‘de eerste 1.000 dagen’. Dat is de periode van de bevruchting tot de tweede verjaardag van een kind. Deze periode is essentieel voor een gezonde ontwikkeling, vanwege de groei en ontwikkeling van alle organen en systemen in het lichaam.

In dit kader zijn twee dingen belangrijk. Allereerst: welke kwetsbaarheden én beschermende factoren

zijn er tijdens de zwangerschap? En daarnaast: welke preventieve interventies kun je inzetten?

Het onderzoek naar de eerste 1.000 dagen gebeurt onder andere door verschillende datasets aan elkaar te koppelen. Kieft­de Jong: “Samen met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) bouwen we een grote data­infrastructuur. Er zijn veel gegevens, maar deze zijn nog niet zo goed aan elkaar gekoppeld. Denk aan medische gegevens, gegevens over zorggebruik en gegevens uit het sociaal domein. Zowel van de ouders als het kind.”

Het is belangrijk om kinderen en hun ouders zo vroeg mogelijk in beeld te krijgen. En om de verschillende partijen die bij hen betrokken zijn met elkaar te verbinden. Kieft­de Jong: “Als ouders in hun leven een trauma hebben meegemaakt heeft dat vaak onbewust een effect op het kind. Bijvoorbeeld via de opvoeding. Ook een stressvolle zwangerschap heeft veel invloed. Denk bijvoorbeeld aan een veilige hechting tussen ouders en kind. Daarom is het belangrijk om te kijken naar het gezin als geheel, inclusief het verleden van de ouders. Anders mis je belangrijke informatie en punten waarop je kunt ingrijpen.”

“Het einddoel is om zo vroeg mogelijk te identificeren welke gezinnen extra aandacht nodig hebben en op tijd te starten met de juiste interventies.”



De LUMC Campus Den Haag

De LUMC-Campus Den Haag is een samenwerkingsverband van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), het Haaglanden Medisch Centrum (HMC), het HagaZiekenhuis, de Universiteit Leiden, de Gemeente Den Haag en GGD Haaglanden. Er wordt intensief samengewerkt met de eerstelijnszorggroepen in Den Haag (Hadoks, Stichting Haagse Gezondheidscentra SHG en Arts&Zorg), met GGZ instelling Parnassia en met de Haagse Hogeschool.

Population Health Management

Binnen de LUMC Campus is Population Health Management een belangrijk speerpunt. Duurzame gezondheidszorg en een proactief, meer op preventie gericht beleid staan hierin centraal. Een team van artsen, datawetenschappers, bestuurskundigen en sociale wetenschappers werkt hierin samen. Zij zoeken naar manieren om de gezondheid van mensen te verbeteren en gezondheidsverschillen te verkleinen. Allereerst brengen zij de grootste gezondheidsproblemen en -risico's in een stad, wijk of straat in kaart. Hiervoor analyseren ze informatie die in de routinezorg en in andere domeinen

wordt geregistreerd. Ze delen de populatie op in verschillende risicocategorieën. Vervolgens bedenken zij bruikbare interventies op basis van de behoeften van de verschillende risicogroepen. Die evalueren ze weer op hun effect.

Meer weten over Population Health Management aan de Universiteit Leiden?

Bekijk de Massive Open Online Course (MOOC) op: <https://www.coursera.org/learn/fundamentals-population-health-management>

BRONNEN

- LUMC Campus Den Haag. Over LUMC-Campus Den Haag. [online] 2019
<https://www.lumc.nl/org/campusdenhaag/over-campus-dh/>
- LUMC Campus Den Haag. Population Health Management. [online] 2019
<https://www.lumc.nl/org/campusdenhaag/population-health-management/>

Beide geraadpleegd op 10 december 2019.

Het einddoel is om zo vroeg mogelijk te identificeren welke gezinnen extra aandacht nodig hebben en op tijd te starten met de juiste interventies. Kieftede Jong: "Dat vergt een hele andere manier van kijken naar de zorg en naar het medische en sociale domein. Veel dingen zijn met elkaar verbonden. We trekken het soms nog zo los uit elkaar."

Samenwerken in een 'Living Lab'

Op de lange termijn wil Kieftede Jong ook impact hebben op de zorg. Haar droombeeld is om een 'Living Lab' op te zetten. Hierin buigen professionals uit verschillende disciplines zich gezamenlijk over vragen uit de praktijk. "In de wetenschap ben je geneigd om vanuit één vakgebied en met één bepaalde onderzoeksmethode naar een onderwerp te kijken. Terwijl er bij complexe vraagstukken juist input nodig is vanuit verschillende invalshoeken."

"Bij de LUMC Campus in Den Haag werken we al interdisciplinair. Epidemiologen, voedingsonderzoekers, psychologen, beleidsmedewerkers en datascientists zitten allemaal in één ruimte bij elkaar. Door de korte lijnen leer je van elkaar en ontwikkel je een bredere blik. In de toekomst wil ik de connectie met de praktijk verder uitbouwen. Dat er regelmatig

en op gelijkwaardige basis overleg is met professionals uit de wijk, zoals huisartsen. Zij kunnen problemen waar zij tegenaan lopen inbrengen. Met de verschillende disciplines zoeken we dan samen naar de beste oplossing. Die we dan ook direct weer teruggeven aan de praktijk."

Ook in het onderwijs meer aandacht voor context en preventie

Naast haar onderzoek heeft Kieftede Jong ook een rol in het onderwijs. Ze zette de lijnen uit voor het Public Health onderwijs binnen het Leiden University College (LUC). Nu geeft zij daar les op het gebied van voeding en volksgezondheid. Daarnaast geeft ze gastcolleges aan het Netherlands Institute for Health Sciences (NIHES). Binnen de masteropleiding in ontwikkeling 'Population Health Management' aan de LUMC Campus coördineert ze een lijn rond interdisciplinaire vaardigheden. Ook is zij betrokken bij de 'syndemics track' van dit programma.

'Syndemics' betekent dat mensen meerdere ziektes tegelijk kunnen hebben en dat die, binnen een ongunstige sociale omgeving, elkaar in negatieve zin kunnen versterken. Kieftede Jong: "We leren studenten deze interacties te zien en ook mee te nemen in



hun onderzoeksmethoden en behandeling. Ook voor een arts is het nodig om buiten het medische kader te kijken. Het gaat ook niet alleen om harde data en statistische analyses. Als je de sociale context goed wilt begrijpen moet je ook in gesprek gaan met mensen en kwalitatieve data verzamelen. Daarnaast kun je ook door de keuze voor een bepaalde interventie bijdragen aan zowel een betere gezondheid als een gunstiger sociale omgeving.”

Ook over onderwijsvernieuwing heeft ze duidelijke ideeën. Zo wil zij dat Geneeskundestudenten worden meegenomen in de huidige ontwikkelingen. Kiefte-de Jong: “Het is belangrijk dat de toekomstige arts zich realiseert dat protocollen en richtlijnen niet voor iedereen werken. Voor een bepaalde groep is de protocollaire zorg het meest geschikt. Een andere groep, met een lager risico, is misschien meer gebaat bij ‘blended care’. Zij kunnen door middel van e-health applicaties hun gezondheid deels thuis monitoren en hoeven niet iedere keer bij de huisarts of specialist op bezoek te komen. Voor de groep met problemen op meerdere gebieden werkt het mogelijk juist beter om eerst door te verwijzen. Bijvoorbeeld naar het maatschappelijk werk of Welzijn op Recept. Of om met ervaringsdeskundigen te werken. Daarna kun je nog eens verder kijken naar een leefstijl-interventie of medische behandeling. Ik hoop dat studenten, door mee te draaien in een Living Lab en kennis te maken met concrete praktijkvoorbeelden, zich hier meer van bewust worden.” Daarnaast vindt zij het belangrijk dat, binnen de bestaande onderwijs-blokken, leefstijl en preventie een duidelijker plek krijgen. Bijvoorbeeld door dit heel concreet te linken aan de ziektes die aan de orde komen. Tot slot ziet zij het liefst ook een uitstroomprofiel op het gebied van Population Health.

OVER DE AUTEUR

Mw. Dr. J.E. Brussee is freelance tekstschrijver bij Lucidus tekst.
E-mail: contact@lucidustekst.nl

Vooruitgang door datasets én een goed gesprek

Op 24 januari sprak Kiefte-de Jong haar oratie uit met als titel ‘Gezondheidsbevordering: Big Data versus small talk’. De kern van haar verhaal vat zij als volgt samen: “Met de data die we hebben kunnen we veel. We weten hoe een populatie eruit ziet en welke problemen er spelen. Maar tegelijkertijd moeten we ons ook realiseren dat het niet voldoende is om alleen naar het medische domein te kijken. Ook de sociale context is van belang, zowel in positieve als in negatieve zin. Problemen leiden er soms toe dat mensen er ‘even niet aan toekomen’ om te werken aan hun leefstijl. Anderzijds heeft een sociaal netwerk een beschermend effect, ook voor gezondheidsproblemen. Juist de informatie over die brede sociale context haal je niet uit een dataset, maar wel uit een goed gesprek.”

Meer weten over Jessica Kiefte-de Jong?

Bekijk haar profiel op de website van de Universiteit Leiden:
<https://www.universiteitleiden.nl/medewerkers/jessica-kiefte-de-jong/>

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

REFERENTIES

- 1 Bron: Van der Velde L, Numans M, Middelkoop B, Kiefte-de Jong J. **Onzichtbare honger? Voedsel-onzekerheid in de Haagse Krachtwijken.** Epidemiologisch Bulletin 2018, 53(4): 19-24.
- 2 Neter JE, Dijkstra C, Visser M, Brouwer IA. **Food insecurity among Dutch food bank recipients: a cross-sectional study.** BMJ Open 2014, 4: e004657.
- 3 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/09/12/actieprogramma-kansrijke-start>
- 4 <https://www.versenvrij.nl/>



Sportakkoorden: kansen voor gezondheid en vitaliteit in gemeenten

Ruim 9,4 miljoen Nederlanders sporten wekelijks en er zijn 26.000 sportverenigingen. Honderdduizenden vrijwilligers helpen de sport te organiseren waardoor sporten dichtbij huis is en laagdrempelig. Ofwel, Nederland heeft een zeer goed sportklimaat met veel sporters, veel sportverenigingen en goede accommodaties. Toch neemt de motorische vaardigheid van kinderen af, zijn er groepen mensen die nooit sporten of bewegen en staan veel accommodaties leeg.

Met het in 2018 afgesloten Nationaal Sportakkoord wil de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bereiken dat meer mensen gaan sporten.

Joanne Crossen en Ellen Boszhard

De minister sloot het Nationaal Sportakkoord af met sportbonden (NOC*NSF), gemeenten (VSG/VNG), provincies en tal van maatschappelijke organisaties en bedrijven zoals de Hartstichting, de Bas van de Goor Foundation en de Rabobank.

Het akkoord stimuleert dat sportaccommodaties aantrekkelijker en toegankelijker worden voor iedereen. Door onder andere sportaanbieders te versterken kunnen meer mensen sporten en bewegen en draagt sport bij aan een gezond Nederland.

De doelstellingen van het sportakkoord reiken verder dan alleen sporten. Ook de ambitie dat iedereen, ongeacht leeftijd, afkomst of beperking de kans krijgt te blijven sporten en te bewegen en de ambitie dat kinderen van jongs af aan vaardig zijn in bewegen, zijn benoemd. Vroeger was sport grotendeels het terrein van de sportverenigingen en sportorganisaties. Maar het Nationaal Sportakkoord biedt veel mogelijkheden om ook de gezondheidsonderwerpen als alcoholgebruik, roken, overgewicht en

eenzaamheid te verbinden aan het nationale sportbeleid. Dat betekent dat ook onder andere zorg- en welzijnsorganisaties en scholen betrokken worden bij de uitvoering van het sportakkoord.

De ambities uit het Sportakkoord sluiten aan op de ambities van het Nationaal Preventie Akkoord. Dat akkoord is, net als het Sportakkoord, in 2018 ondertekend door 70 verschillende partijen en organisaties. Met deze twee nationale akkoorden zetten de overheid, maatschappelijke en private organisaties zich in voor een gezonder en vitaler Nederland.

Lokale sportakkoorden

Om de ambities uit het Nationaal Sportakkoord waar te kunnen maken is een lokale doorvertaling nodig. Gemeenten kunnen hiervoor een lokaal sportakkoord afsluiten met lokale partners, sportverenigingen en maatschappelijke organisaties.

In mei 2019 verscheen het rapport Monitoring Sportakkoord. Tot dan hadden 155 van de 355 Nederlandse gemeenten een aanvraag voor een





Uitgelicht: Rijswijk

Op 5 november 2019 is het Rijswijkse Sportakkoord ondertekend. In Rijswijk richt het Sportakkoord zich naast sportdoelstellingen, zoals het bevorderen van een positieve sportcultuur en vitale sportaanbieders, ook op ambities die raken aan preventie en de publieke gezondheid. Zo is de ambitie 'iedereen kan mee doen' benoemd, een ambitie die zich richt op het bevorderen van beweging voor iedereen.

Door eerst de kwetsbare groepen in beeld te brengen wil de gemeente de doelgroep bereiken voor wie sport en bewegen op dit moment niet vanzelfsprekend is. Dit zijn met name ouderen, groepen met een migrantenachtergrond en groepen met een zeer laag inkomen. Door beweegactiviteiten te combineren met het versterken van sociale contacten kan het sportakkoord bijvoorbeeld een middel zijn in het bestrijden van eenzaamheid. Deze doelstelling staat in de gemeente Rijswijk hoog op de agenda.

Een andere doelstelling in het Rijswijkse Sportakkoord is bewegen en spelen in de buitenruimte. Door het inrichten van een beweegvriendelijke openbare buitenruimte kan sport en bewegen voor iedereen op elk moment worden bevorderd.

Samen met andere partners uit de wereld van gezondheid en welzijn sluit GGD Haaglanden ook in Rijswijk zoveel mogelijk aan bij de coalities of werkgroepen die gevormd worden binnen het sportakkoord. Op deze manier werken zoveel mogelijk partijen samen aan een gezondere en vitalere gemeente.

Op de website van de gemeente Rijswijk (www.rijswijk.nl) staat meer informatie over het Rijswijkse Sportakkoord.

sportformateur ingediend en hadden er al 19 gemeenten daadwerkelijk een sportakkoord. Zie hiervoor de interactieve kaart op <https://www.volksgezondheidszorg.info/sport/sportopdekaart/beleid-gemeente-wijk-en-buurt#node-sportakkoord-gemeente>

Ook de meeste gemeenten in Haaglanden werken aan een sportakkoord. In de gemeenten Delft, Leidschendam-Voorburg, Pijnacker-Nootdorp, Rijswijk en Zoetermeer zijn al sportakkoorden afgesloten en officieel ondertekend door de deelnemende partijen. In Den Haag en Wassenaar is de intentieverklaring ondertekend. In de gemeenten werken verschillende partijen aan het lokale sportakkoord. Naast sportaanbieders zijn maatschappelijke partners (zoals vrijwilligers- en welzijnsorganisaties, zorgpartijen, ouderenbonden) en andere relevante lokale partijen betrokken. Gezamenlijk worden ambities geformuleerd en activiteiten en acties benoemd.

Met deze akkoorden zetten de overheid, maatschappelijke en private organisaties zich in voor een gezonder en vitaler Nederland.

GGD Haaglanden is in de meeste gemeenten een van de ondertekenaars, samen met hierboven genoemde partijen. Het sportakkoord is een kans om via sport en bewegen preventief in te zetten op vitaal ouder worden.

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

OVER DE AUTEURS

Mw. J.G. Cnossen-Bruins Beleidsadviseur Stafafdeling A&C.

E-mail: joanne.cnossen@ggdhaaglanden.nl

Mw. E. Boszhard, Adviseur lokale gezondheid, GGD Haaglanden.

E-mail: Ellen.Boszhard@ggdhaaglanden.nl

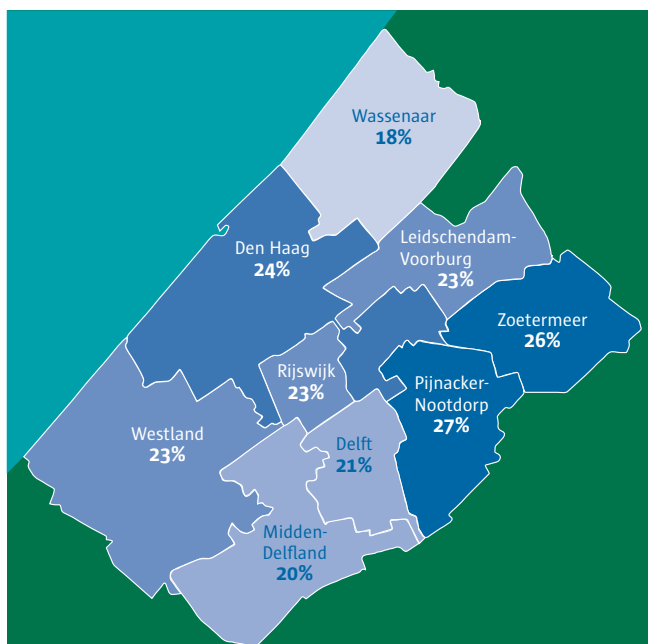


De rubriek Gezondheid in cijfers belicht kort een thema met betrekking tot de gezondheid van de inwoners van de regio Haaglanden. De cijfers zijn afkomstig uit recent onderzoek.

Geurhinder van (hout)stook

Als geur een negatief effect heeft, wordt gesproken van geurhinder of stankoverlast. Na geluidhinder is geurhinder verantwoordelijk voor de meeste milieuklachten van burgers. Het ervaren van geurhinder kan ook leiden tot fysieke gezondheidsklachten zoals hoofdpijn, misselijkheid, slaapklasten, vermoeidheid en luchtwegklachten (stressgerelateerde somatische gezondheidsklachten). Het meest voorkomende en beschreven gezondheidseffect van geur is (ernstige) hinder. Hout stoken in open haarden, houtkachels of vuurkorven is in Nederland de meest genoemde bron van geuroverlast in de leefomgeving. Houtrook kan naast hinder en roetneerslag ook gezondheidseffecten veroorzaken. In algemene zin is rook uit houtstook schadelijk voor de gezondheid. Bij de verbranding van hout komen verbrandingsproducten vrij. In de rook zit onder andere fijnstof waarvan bekend is dat het luchtwegklachten en hart- en vaatziekten kan verergeren. Gezondheidseffecten hangen af van de mate waarin men met rook in aanraking komt, de fysieke gesteldheid en de samenstelling van de rook.

Figuur 1. Percentage inwoners van 19 jaar en ouder dat matige tot ernstige geurhinder ervaart van (hout)rook.



Uit de Gezondheidsenquête blijkt dat een kwart (24%) van de inwoners van 19 jaar en ouder in Haaglanden in het afgelopen jaar matige tot ernstige geurhinder van (hout)stook heeft ervaren. De helft (53%) van de inwoners heeft wel geur waargenomen, maar had weinig tot geen last van de geur. Bij 23% van de inwoners was geen van de nagevraagde geurbronnen thuis ruikbaar.

Binnen Haaglanden varieert het percentage inwoners dat (matige tot ernstige) geurhinder ervaart van (hout)stook van 18% in Wassenaar tot 27% in Pijnacker-Nootdorp.

Een kwart (23%) van de inwoners heeft matige tot ernstige hinder van de geur van een vuurkorf, barbecue of terrashaard ervaren; een op de zeven (14%) inwoners van een haard, allesbrander of houtkachel.

Het percentage inwoners van Haaglanden dat in het afgelopen jaar matige tot ernstige geurhinder heeft ervaren van (hout)stook neemt af met de leeftijd: 22% van de 19- t/m 34-jarige inwoners en 11% van de inwoners van 85 jaar en ouder.

Vooraf inwoners van niet-Westerse afkomst (29%) hebben in het afgelopen jaar (matige tot ernstige) geurhinder ervaren (tegenover 23% van de autochtone inwoners).

Geurhinder hangt ook samen met de sociaaleconomische status; bij inwoners van Haaglanden met een hogere sociaaleconomische status (hoger opleidingsniveau) geeft een lager percentage (22%) aan matig tot ernstig gehinderd te zijn door geur van (hout)stook dan bij inwoners met een lagere sociaaleconomische status (lager en gemiddeld opleidingsniveau, 25%). Daarnaast heeft een derde (33%) van de inwoners die grote moeite hebben met rondkomen het afgelopen jaar matige tot ernstige geurhinder ervaren tegenover 21% van de inwoners die geen moeite hebben met rondkomen.

Meer informatie over de gezondheid en leefstijl van volwassenen en ouderen in Haaglanden is te vinden op <http://gezondheidsmonitor.ggdhaaglanden.nl>

Bron: Gezondheidsenquête 2016



GGZ-Congres Trauma bij kinderen

Tijdens het GGZ-congres Trauma bij Kinderen ligt de focus op het herkennen en behandelen van de gevolgen van trauma bij kinderen. De opvoedomgeving van het kind speelt hierbij een belangrijke rol. Behandeltechnieken als emotieregulatie en trauma-sensitieve hulpverlening komen aan bod.

Dit congres is relevant voor iedere professional die werkt met getraumatiseerde kinderen en/of hun opvoeders.

Accreditatie is aangevraagd bij: NIP Eerstelijnspsychologie, NIP Kinder- en Jeugdpsychologen, NVO Orthopedagoog-Generalist, FGzPt voor (klinisch)neuro-psychologen, Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ).

Datum: 9 april 2020

Locatie: Utrecht

Kosten: € 399,- regulier tarief (overige tarieven zie ggzcongressen.nl)

(Bron: ggzcongressen.nl)

Jaarlijks congres seksueel geweld

Het congres over seksueel geweld staat dit jaar in het teken van werken met slachtoffers en plegers. Aanranding, verkrachting en seksueel misbruik hebben diepe impact op het bestaan van slachtoffers, maar ook van hun naasten. Bovendien vindt een groot deel van het seksueel geweld plaats binnen de familie en het gezin. Slachtoffers hebben te maken met de psychologische, maar ook de medische en sociale gevolgen van hun slachtofferschap. Niet zelden is er ook sprake van herhaald slachtofferschap. Dat kan zo zijn omdat het geweld zelf zich herhaalt of chronisch is, maar bijvoorbeeld ook doordat beelden van het geweld kunnen circuleren op het internet.

Datum: 14 mei 2020

Locatie: Jaarbeurs Utrecht

Kosten € 295,- ex. btw

(Bron: congresburo.com)

Congres Psychiatrie in de samenleving

De psychiatrie is in de loop van de afgelopen jaren steeds meer midden in de samenleving komen te staan. Mensen met een psychische kwetsbaarheid wonen vaker in de wijk.

De centrale gedachte is dat mensen met psychiatrische problemen niet geholpen zijn met een bestaan aan de rand van de samenleving, maar een volwaardige plek in onze maatschappij verdienen.

Datum: 28 mei 2020

Locatie: Eindhoven

Kosten: € 295,- ex. btw)

(Bron: congresburo.com)

25 regio's actief met Nu Niet Zwanger

In twee jaar tijd zijn 25 regio's actief aan de slag met Nu Niet Zwanger, waaronder Den Haag. Een mijlpaal voor het programma, gezien vanuit de ambitie om in vier jaar tijd 50 programma's in Nederland te realiseren. Nu Niet Zwanger is er voor kwetsbare mensen, mannen en vrouwen, om hen in staat te stellen een bewuste keuze te maken over hun kindwens. Door actieve begeleiding en een eerlijk gesprek over kindwens, seksualiteit en anticonceptie. Zodat zij zelf kunnen bepalen wanneer en onder welke omstandigheden zij eraan toe zijn om een kind te willen krijgen. Steeds meer organisaties in heel Nederland trainen hun medewerkers om dit gesprek aan te gaan en hun cliënten daar begeleiding op aan te bieden. Vanuit betrokkenheid en vertrouwen. Zij zien welke rol zij hierin kunnen spelen en nemen deze verantwoordelijkheid.

www.nunietzwanger.nl

(Bron: ggdghorkennisnet.nl)



Congres persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen

Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen zijn een sterk groeiend aandachtsgebied in de geestelijke gezondheidszorg. De afgelopen jaren is, onder meer doordat topklinische en kenniscentra flink geïnvesteerd hebben in deze doelgroep, een aanzienlijke verbetering van diagnostiek en behandeling bereikt.

Niettemin doen zich ook nieuwe aandachtsgebieden voor die sterk verweven zijn met persoonlijkheidspathologie op latere leeftijd, zoals voltooid leven, somatische preoccupatie, persoonlijkheidsverandering, psychotrauma, polyfarmacie en ouderencriminaliteit.

Een congres voor (ouderen)psychiaters, klinisch (neuro)psychologen, eerstelijnspsychologen,

psychotherapeuten, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde, geriateren, internisten in de ouderenzorg, huisartsen, artsen indicatie en advies, SCEN artsen, neurologen.

Accreditatie is aangevraagd NVvP, FGzPt, NIP, NVP, Kwaliteitsregister V&V, NVKG en ABC1 (Verenso).

Datum: 11 juni 2020

Locatie: Apeldoorn

Kosten: € 209,-

(Bron: Trimbos.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.

Training adviesvaardigheden

Adviseren heeft een steeds belangrijkere plaats binnen organisaties in de publieke gezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg. Deze driedaagse training is bedoeld voor mensen met een adviserende taak in de publieke of bedrijfsgezondheidszorg die bekend willen raken met het proces van adviseren.

Voor artsen in de public health en arbodienstverlening en andere professionals met een adviserende taak in de publieke gezondheidszorg of bedrijfsgezondheidszorg.

Datum: 8 en 22 april en 13 mei 2020

Locatie: Utrecht

Kosten: € 1230,-

Startmodule aanvullende seksuele gezondheidszorg (ASG): het public health perspectief

Regionale Centra voor (aanvullende) Seksuele Gezondheid bieden laagdrempelige zorg. Ze richten zich op sociaal kwetsbare doelgroepen met een hoog risicogedrag en een verhoogd risico op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's). Een module voor wie meer wil weten over de samenhang tussen het risico op soa's en problematiek rond seksualiteit.

Voor artsen en verpleegkundigen werkzaam op een Centrum voor Seksuele Gezondheid. En andere artsen en verpleegkundigen die in hun werk te maken krijgen met soa- en seksualiteitshulpverlening.

Datum: 16 en 23 april, 14 mei (afstandsdag)

en 4 juni 2020

Locatie: Utrecht

Kosten: € 1230,-

Vervolgmodule ASG, soa-bestrijding voor artsen

Voor wie in de dagelijkse praktijk te maken heeft met de behandeling van cliënten met een soa of de startmodule aanvullende seksuele gezondheid heeft afgerond, leert in deze module hoe je vanuit een syndroombenadering de belangrijkste ziektebeelden kunt herkennen, diagnosticeren en behandelen.

Voor artsen en verpleegkundig specialisten werkzaam op een Centrum seksuele gezondheid of die anderszins in hun werk te maken hebben met soa- en seksualiteitshulpverlening.

Datum: 11, 19 en 26 mei en 30 juni 2020

Locatie: Utrecht

Kosten: € 1.790,-

Storytelling en narratieve communicatiemethoden

Gezondheidsprofessionals zijn gewend een sterk beroep te doen op de rationale verwerking van gezondheidsinformatie. Ze baseren zich daarbij op de veronderstelling dat de ontvanger bij voorbaat geïnteresseerd is. Maar deze nadruk op cognitieve informatieverwerking is lang niet altijd effectief. Zolang er geen acuut gezondheidsprobleem is dat om een oplossing vraagt, gaat men doorgaans niet actief op zoek naar informatie over gezondheid en gezond gedrag. Een narratieve benadering, daarentegen, doet een beroep op affectieve principes: op emoties en op de belangstelling voor dat wat mensen wezenlijk raakt.

Wil jij inzicht in de verschillende vormen van narratieve benaderingen en storytelling voor gezondheidszorg en preventie? Een eendaagse module voor preventie-medewerkers, communicatieprofessionals, onderzoekers, projectleiders en andere professionals in de Public Health die hun doelgroepen graag beter willen leren kennen en bereiken.

Datum: 14 mei 2020

Locatie: Utrecht

Kosten: € 410,-

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



ZonMw-congres Goed Gebruik Geneesmiddelen 2020

Op donderdag 9 april 2020 organiseert ZonMw het achtste jaarlijkse congres Goed Gebruik Geneesmiddelen met als thema: 'Geneesmiddelen van nu en voor later'.

Dit GGG-congres richt zich op de actualiteit rondom gepast gebruik van geneesmiddelen.

Deze dag heeft tot doel het halen, brengen en delen van kennis en het opdoen van inspiratie vanuit een veelheid aan geneesmiddelenonderzoek.

Plenaire thema's zijn: Impact van geneesmiddelen vanuit patiëntenperspectief en FAST, Een acroniem voor 'Future Affordable and Sustainable Therapies'; een nieuw initiatief op het gebied van therapieontwikkeling.

Deelname aan het congres is kosteloos. Wel dient u zich vooraf in te schrijven.

U kunt zich tot donderdag 2 april, 9.00 uur aanmelden voor het congres.

Meer informatie: <https://publicaties.zonmw.nl/congres-goed-gebruik-geneesmiddelen-2020-programma>

MAKE A MOVE, maakt jongens seksueel wijzer en weerbaar

MAKE A MOVE is een training voor wie met jongens werkt en hen wil begeleiden om seksueel wijzer en weerbaar te worden. In deze training leer je hoe je jongens begeleidt om gezonde keuzes te maken in hun relaties en seksualiteit. Hierdoor kun je problemen zoals (online) seksuele grensoverschrijdend gedrag voorkomen. Jongens gaan samen aan de slag over wensen en grenzen en je gaat met ze in gesprek over prettige, veilige en respectvolle relaties, vriendschappen en seks. Jouw rol en hoe jij hen kan begeleiden staat tijdens de training centraal.

De training start met een online cursus van twee uur, gevolgd door twee trainingsdagen. In de online cursus krijg je actuele kennis over de seksuele ontwikkeling en

risico's van de doelgroep en krijg je meer inzichten in jouw rol als begeleider en de in te zetten methodiek. In de training leer je hoe je Make a Move met de verschillende werkvormen in groepen uitvoert en oefen je met de counselende stijl van begeleiden.

Datum tweedaagse training

- Dinsdag 10 en 17 maart 2020
- Maandag 7 en 14 september 2020

Locatie: Rutgers Utrecht

Kosten: € 450,- inclusief online cursus, handleiding Make a Move en bijbehorend materiaal.

Bron: rutgers.nl



Stuudiemiddag Drugs

Deelnemers aan deze studiedag krijgen de laatste stand van kennis en interventies over het voorkomen van (problemen door) drugsgebruik.

Aan bod komen onder andere:

- Drugsoopvoeding: kennis en handvatten voor ouders
- Ongewenste effecten van voorlichting over recreatief drugsgebruik: toetsingskader bij ontwikkeling van harm reduction
- Lachgas: Moeten we er wat mee?
- Het ontwikkelen van interventies om te voorkomen dat jongeren gaan beginnen met het gebruik van uitgaansdrugs

Datum: 13 mei

Locatie: Utrecht

Kosten: gratis

(Bron: www.trimbos.nl)

Netwerkbijeenkomst ABR Zorgnetwerk op 14 mei 2020

Op 14 mei organiseert het ABR (Antibioticaresistentie) Zorgnetwerk Holland West een netwerkbijeenkomst. Deze bijeenkomst zal in het teken staan van samenwerken, informeren en uitwisselen. Uw kennis en ervaring is essentieel in de aanpak van antibioticaresistentie en zorgt ervoor dat het ABR Zorgnetwerk de activiteiten zo goed mogelijk kan laten aansluiten op de praktijk. Het belooft een interactief programma te worden.

Doelgroep: bestuurders, managers, beleid-/kwaliteitsmedewerkers, artsen, deskundigen infectiepreventie en verpleegkundigen.

Accreditatie wordt aangevraagd voor:

ABC1, NIV, NVMM, V&VN, VHIG

Tijd: van 16.00 - 20.30 uur, inclusief diner.

Locatie: volgt

Aanmelden kan via abr@ggdhm.nl

Voucher uit het ingroeitakenfonds voor de aanpak van Antibioticaresistentie

Wilt u als instelling uw beleid of uitvoering op het gebied van ABR optimaliseren? Dan is een voucher uit het ingroeitakenfonds mogelijk interessant voor u.

Een ingroeitaak is een reguliere taak op het gebied van ABR die binnen een instelling nog onvoldoende is ingevuld. Om deze taken te kunnen oppakken en integreren in het reguliere ABR programma, kunnen instellingen een voucher aanvragen.

Per zorgaanbieder kan een voucher van maximaal € 5.000,- worden aangevraagd, bijvoorbeeld ten behoeve van dataextractie voor FTO/DTO's of voor de aanschaf van een ICT module ter verbetering

van transmurale communicatie op het gebied van BRMO. Tevens kunnen vouchers worden ingezet voor de implementatie van surveillance systemen zoals SNIV.

Overigens is het ingroeitakenfonds flexibel, elke aanvraag wordt getoetst op relevantie binnen het ABR programma en de criteria binnen de aanvraagprocedure.

De voorwaarden voor deelname aan het ingroeitakenfonds en het aanvraagformulier vindt u op <https://www.abrhollandwest.nl/>

Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 4e kwartaal 2019

Ziekte	4e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 4e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	4e kwartaal 2019	4e kwartaal 2018	4e kwartaal 2017	1e t/m 4e kwartaal 2019	1e t/m 4e kwartaal 2018	1e t/m 4e kwartaal 2017
A-ZIEKTEN						
MERS-CoV						
Pokken						
Poliomyelitis anterior acuta						
SARS						
Virale hemorrhagische koorts						
B-ZIEKTEN						
(humane infectie) avaire influenza						
Difterie						
Pest						
Rabiës (hondsdoelheid)						
Tuberculose	22	29	28	72	101	82
Buiktyfus	1	1		3	4	
Cholera						
Hepatitis A	8	4	2	10	16	20
Hepatitis B acuut	2			6		
Hepatitis B chronisch	33	30	42	129	127	168
Hepatitis C acuut		2		2	5	5
Hepatitis C chronisch	14			52		
Kinkhoest	76	87	45	400	267	293
Mazelen			2	6	6	3
Paratyfus A,B,C		2	1	3	8	6
Rubella						
STEC (E. coli)	1	6	6	15	27	14
Shigellose	8	20	9	54	54	45
Invasieve GAS	2	4	2	26	13	18
Voedselinfectie			2	3	6	6
C-ZIEKTEN						
Antrax (miltvuur)						
Bof	3	6	4	7	8	7
Botulisme						
Brucellose				1		1
CPE	11			15		
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob klassiek		2		1	5	1
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob variant						
Gele koorts						1
Invasieve Hib	1			3	1	2
Hantavirusinfectie			1			1



Vervolg overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 4e kwartaal 2019

Ziekte	4e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 4e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	4e kwartaal 2019	4e kwartaal 2018	4e kwartaal 2017	1e t/m 4e kwartaal 2019	1e t/m 4e kwartaal 2018	1e t/m 4e kwartaal 2017
Legionellose	10	11	3	27	39	30
Leptospirose	2		3	4	1	6
Listeriose	2	1	2	4	6	7
Malaria	3	7	6	19	24	27
Meningokokkose	4	3	2	16	17	20
MRSA-infectie (cluster buiten ziekenhuis)						1
Invasieve pneumokokken (bij kinderen)	1	3	2	4	6	5
Psittacose	1	1	4	6	1	8
Q-koorts						
Tetanus						
Tularemie						
Trichinose						
West-Nilevirus						
Zikavirus						
Totaal	205	219	166	888	742	777

Infectieziekten gemeld door instellingen 2019

Onderstaande tabel bevat een overzicht van de meldingen door instellingen in het jaar 2019. Deze instellingen behoren tot instellingen waar 'kwetsbare' groepen zoals kinderen, ouderen of zieken verblijven. Op grond van artikel 26 van de Wet publieke gezondheid (WPG) moeten die instellingen sommige infectieziekten melden bij de GGD.

Scenario	Kinder-opvang	Onderwijs-instelling	Vluchtelingen-opvang	AWBZ-zorginstelling	Ziekenhuis	Eindtotaal
Huiduitslag/exanthenen	73	18	2	5		98
Impetigo (krentenbaard)	30	5				35
Gastro-enteritis	18			39	2	59
Schimmelinfectie	2	1				3
Luchtweginfectie	9	8		2		19
Anders*	2			2	1	5
Influenza(-achtig) ziektebeeld	8			10		18
Eindtotaal	142	32	2	58	3	237

* Anders = hoofdluis, streptococci groep A, BRMO (2x), otitis.

Jaaroverzicht 2019 afdeling Infectieziektebestrijding GGD Haaglanden

Het aantal meldingsplichtige ziekten, gemeld bij de afdeling Infectieziektebestrijding van GGD Haaglanden in 2019 bedraagt 816 (excl. 72 meldingen bij de afdeling Tuberculosebestrijding). In 2018 was het aantal 641 (excl. 101 meldingen bij de afdeling Tuberculosebestrijding).

De stijging van 641 in 2018 naar 816 in 2019 wordt met name veroorzaakt door de twee nieuwe meldingsplichtige ziekten – chronische hepatitis C vanaf januari 2019 en CPE vanaf juli 2019 – en door een toename van het aantal kinkhoestmeldingen. Verder laat ook het aantal meldingen van hepatitis B, invasieve groep A streptokokken en psittacose (papegaaienziekte) een geringe stijging zien in 2019, terwijl het aantal meldingen van STEC (E. coli), hepatitis A, legionellose en malaria gedaald is. Door de melding van een cluster hepatitis A bij kinderen in een gezin heeft de GGD op twee risicoscholen groepsgenoten en leerkrachten van deze kinderen gevaccineerd.

Ondanks het kleine cluster van 4 mazelen gevallen in maart/april in Den Haag is het totaal aantal mazelen in 2019 op hetzelfde niveau gebleven als in 2018, namelijk 6 meldingen. Wel zorgde dit cluster voor veel media-aandacht, onrust en vragen vanuit bevolking en politiek.

Het aantal gemelde gevallen van meningokokkose of meningokokkenziekte is in 2019 niet toegenomen. Bij deze meldingen blijkt een kleiner aandeel van het type W, vergeleken met de twee voorafgaande jaren. Dit is in lijn met de landelijke daling van meningokokken W in 2019.

Meldingen van groep A ziekten komen gelukkig zelden voor; men moet hierbij denken aan polio, pokken, virale hemorrhagische koorts, MERS of SARS. De laatste keer was in 2014 en betrof een patiënt met een MERS-coronavirus infectie.

Hepatitis C

Hepatitis C is sinds 1 april 1999 een meldingsplichtige ziekte groep B2. Tussen 1 oktober 2003 en 1 januari 2019 gold de meldingsplicht alleen voor een recent opgelopen HCV-infectie. Vanaf 1 januari 2019 is

de meldingsplicht voor chronische HCV opnieuw ingevoerd vanwege de verbeterde behandelingsmogelijkheden.

Hepatitis C geeft een ontsteking van de lever die ontstaat door besmetting met het hepatitis C-virus. Mensen kunnen ongemerkt besmet zijn en pas na jaren klachten krijgen. Het hepatitis C-virus wordt vooral overgedragen via besmet bloed. Het hepatitis C-virus veroorzaakt in eerste instantie een (meestal ongemerkte) acute infectie. Deze gaat bij 80% van patiënten over in een chronische infectie.

Omdat chronische hepatitis C in de loop van vele jaren de lever kan aantasten, is behandeling noodzakelijk. Chronische hepatitis C is tegenwoordig goed te behandelen met medicijnen. De medicijnen zijn de laatste jaren sterk verbeterd, met meer kans op genezing en minder bijwerkingen. Door op tijd te behandelen, kan verdere verspreiding van het virus worden voorkomen.

Een persoon die hepatitis C heeft doorgemaakt, heeft geen bescherming opgebouwd tegen een nieuwe besmetting door dit virus. Tevens bestaat er geen vaccin om zich tegen de ziekte te beschermen.

Na een melding zal de GGD bron- en contactonderzoek uitvoeren. Bij het brononderzoek wordt gekeken hoe de ziekte in het verleden opgelopen kan zijn. Het virus kan overgedragen worden via bloed-bloed contacten (bijvoorbeeld intraveneus drugsgebruik), seksuele contacten bij MSM en tijdens zwangerschap en bevalling van moeder op kind.

Het contactonderzoek richt zich met name ook op bovengenoemde groepen en zo nodig screent de GGD de risicovolle contacten op de aanwezigheid van de ziekte.

De GGD zal de patiënt via de eigen huisarts naar een hepatitis behandelcentrum verwijzen.

Carbapenemaseproducerende Enterobacteriaceae (CPE)

Het aantonen van een Carbapenemaseproducerende Enterobacteriaceae (CPE) is meldingsplichtig in groep C vanaf 1 juli 2019.

De Carbapenemaseproducerende Enterobacteriaceae (CPE) behoren tot de groep bijzondere resistente micro-organismen. Deze bacteriën zijn zeer resistent tegen antibiotica en infecties met CPE zijn daardoor



moeilijk te behandelen. Op dit moment komt CPE nog weinig voor in Nederland, maar in landen om ons heen is sprake van een toename. Het is van belang om CPE snel op te sporen en verspreiding te voorkomen. De GGD inventariseert bij iedere melding van CPE in welke setting de patiënt/cliënt verblijft en wat de meest waarschijnlijke bron is, bijvoorbeeld een opname in een buitenlands ziekenhuis of bezoek aan een land waar CPE veel voorkomt. De GGD benadert hiervoor de behandelaar en indien nodig de patiënt/cliënt.

Zorginstellingen hebben een eigen verantwoordelijkheid in de CPE-bestrijding, maar er is een hiaat in de openbare gezondheidszorg, zoals kleine woonvoorzieningen voor ouderen, de thuiszorg en de huisartsenzorg. In deze settings is kennis over CPE en de bestrijding ervan onvoldoende aanwezig of georganiseerd.

De meldingsplicht biedt de GGD de mogelijkheid om bron- en contactopsporing te verrichten, voorlichting te geven aan zorgverleners en mensen die extra risico lopen bij een besmetting, en hygiënemaatregelen te adviseren om verdere verspreiding te voorkomen. De GGD doet dit in overleg met betrokken professionals uit de verschillende domeinen en rekening houdend met de verantwoordelijkheid van zorginstellingen. Daarnaast zal de meldingsplicht inzicht geven in het voorkomen van CPE in Nederland, binnen en buiten zorginstellingen.

Kinkhoest

Vanaf de tweede helft van 2018 is er een stijging te zien van het aantal kinkhoestmeldingen, die zich in 2019 heeft doorgezet. Hierdoor is het aantal meldingen (2019: 400) terug op het niveau van het jaar 2016.

Kinkhoest wordt veroorzaakt door de kinkhoestbacterie. Nog niet of onvoldoende gevaccineerde zuigelingen vormen de belangrijkste risicogroep voor deze ziekte. Bij deze zuigelingen is er risico op een ernstige kinkhoestinfectie, die mogelijk een dodelijke afloop kan hebben. Pas als zuigelingen drie vaccinaties tegen kinkhoest hebben gehad en dus ongeveer een half jaar oud zijn, heeft de zuigeling een redelijke bescherming tegen kinkhoest opgebouwd.

Na een melding van kinkhoest gaat de GGD na of er mogelijk jonge, niet of onvoldoende gevaccineerde kinderen risico hebben gelopen op een besmetting.

Het vaccineren van de zwangeren tegen kinkhoest zorgt ervoor dat het ongeboren kind extra antistoffen van de moeder tegen deze ziekte krijgt. Vanaf half december is deze maternale kinkhoestvaccinatie, de zogenaamde 22 wekenprik, een onderdeel van het rijksvaccinatieprogramma (RVP) en wordt deze door de jeugdgezondheidsorganisaties aan alle zwangeren in Nederland aangeboden.

Artikel 26 meldingen

In 2019 is het totaal aantal meldingen uit instellingen (op basis van artikel 26 van de Wet op de publieke gezondheid) praktisch gelijk gebleven (2018: 238; 2019: 237).

Meer dan de helft van de meldingen komt in 2019 vanuit de kinderopvang (142) en betreft huiduitslag/exanthemen, zoals hand-, voet- en mondziekte, waterpokken en vijfde ziekte.

Het aantal meldingen uit zorginstellingen (58) en het onderwijs (32) is gedaald ten opzichte van 2018.

Zorginstellingen melden met name uitbraken van maagdarminfecties, waaronder de NORO-uitbraken, en luchtweginfecties.

Het aantal vragen over infectieziekten vanuit bovenstaande instellingen, zonder dat er sprake is van een uitbraak, is in 2019 gelijk gebleven. Tijdens de contacten met instellingen naar aanleiding van een melding of vraag wordt veel aandacht aan preventie en hygiëne gegeven.

Rabiës

GGD Haaglanden heeft dit jaar opnieuw veel vragen gekregen van personen, die in het buitenland gebeten of gekrabd waren door een zoogdier. Na een verwonding door een dier in het buitenland beoordeelt de GGD of er kans bestaat op rabiës (hondsdolheid). Om dit te voorkómen krijgt de niet vooraf gevaccineerde patiënt een vaccinatieserie van vier inentingen, al dan niet in combinatie met antistoffen (afhankelijk van het soort verwonding). Een gezonde patiënt, die vooraf gevaccineerd is, hoeft daarentegen bij mogelijke blootstelling aan het rabiësvirus slechts twee aanvullende inentingen, zonder antistoffen, te krijgen. Bij 119 personen is in 2019 na een dergelijke blootstelling een risico-inschatting gedaan en een vaccinatieadvies gegeven (2018: 90). Hierbij was het in 27 gevallen ook nodig om de menselijke antistoffen toe te dienen (2018: 16).



Scabiës

Scabiës (schurft) is een veel voorkomende infectieziekte die slechts gemeld moet worden bij patiënten die in een zorginstelling verblijven. Eén patiënt met schurft kan immers soms leiden tot grote uitbraken in zorginstellingen. Daarom moeten al bij één melding van scabiës binnen een zorginstelling vaak meerdere personen preventief behandeld worden om verdere verspreiding tegen te gaan.

De rol van de GGD is hierbij met name gericht op advisering en preventieve behandeling van contacten buiten de instellingen.

Naast vragen van zorginstellingen krijgt de GGD ook vaak te maken met scabiës in studentenhuizen. Verder wordt de GGD vaak ingeschakeld door huisartsen en huidspecialisten om te assisteren wanneer de behandeling van hun patiënten en de daarbij horende hygiënemaatregelen in de thuissituatie moeilijk verlopen.

Publieksvragen

De afdeling infectieziektebestrijding heeft een grote publieksfunctie. Het algemeen publiek, instellingen en ketenpartners weten de GGD goed te vinden.

De afdeling is in 2019 meer dan 1600 keer benaderd (telefonisch of per mail) met vragen (2018: 1100).

De vragen gingen over tal van infectieziekten of onderwerpen gerelateerd aan infectieziekten, zoals mazelen, zikavirus, vaccinaties, besmettingsaccidenten en Bijzonder Resistente Micro-organismen (BRMO en MRSA).

De afdeling Infectieziektebestrijding is in 2019 meer dan 1600 keer benaderd met vragen, telefonisch en per mail. In 2018 was dit 1100 keer.

Veel mensen hebben in 2019 gebruik gemaakt van de mogelijkheid om zich op eigen kosten bij de GGD te laten vaccineren tegen de meningokokken ACWY en de maternale kinkhoestvaccinatie.

Daarnaast krijgt de afdeling steeds meer vragen over vaccinaties, die niet tot het Rijks Vaccinatie Programma (RVP) behoren of van personen buiten de leeftijdsgroep van dit RVP. De GGD heeft de ambitie om zich de komende jaren te ontwikkelen tot expertisecentrum rondom vaccinaties, waarbij het aanbod van vaccinaties zal worden uitgebreid, maar ook ketenpartners (zoals huisartsen) ondersteund kunnen worden op dit gebied.



COLOFON

Maart 2020, 55^{ste} jaargang nr. 1

REDACTIE

mw. dr. G.A.M. Ariëns, GGD Haaglanden (hoofdredacteur)
mw. drs. M.P.H. Berns, GGD Haaglanden, (kernredacteur)
dhr. dr. P.K. Chandie Shaw, internist, Haaglanden Medisch Centrum
mw. E.M. van Dalen, (redactiesecretaris/eindredacteur)
dhr. T. Eckhardt MSc, arts, GGD Haaglanden, (kernredacteur)
dhr. drs. M. Lemmink, GGD Haaglanden
mw. dr. ir. I.M. van der Meer, GGD Haaglanden (kernredacteur)
mw. prof. dr. C.W. Slotema, PsyQ
mw. drs. E.C. van Veen, arts M&G, JMO Den Haag
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: (088) 355 01 00
e-mail: epibul@ggdhaaglanden.nl

Epidemiologisch Bulletin op internet

www.ggdhaaglanden.nl/epibul

Vormgeving

Haagsblauw

Fotografie

Frank Jansen
Getty Images/iStock

Uitgave

GGD Haaglanden

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

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

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

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

ISSN 0921-6219



BEZOEKADRESSEN

Westeinde 128
2512 HE Den Haag

Reinier de Graafweg 5
2625 AD Delft

Croesinckplein 24-26
2722 EA Zoetermeer

POSTADRES

Postbus 16130
2500 BC Den Haag

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

www.ggahaaglanden.nl