

Epidemiologisch bulletin

TIJDSCHRIFT VOOR
VOLKSGEZONDHEID EN ONDERZOEK
IN REGIO HAAGLANDEN

JAARGANG 55

NR 4

2020



Percentage overgewicht Haagse jeugd 2012-2019 stabiel

Haagse Kansrijke Start:
meer kinderen
een goede start

Burgerparticipatie in
(Gezond en Gelukkig)
Den Haag

IN DIT NUMMER

Percentage **overgewicht** Haagse **jeugd** 2012 – 2019 **stabiel** 4

Antoine Meijerman en Irene van der Meer

Haagse Kansrijke Start: **meer kinderen een goede start** 14

Ina Blom, Bibeth Gerretsen, Nieke Mimica en Marleen Sterker

Burgerparticipatie in (Gezond en Gelukkig) Den Haag 19

Elske van Aalderen en Jet Bussemaker

Krachtige Basiszorg in Den Haag: **kansen voor achterstandswijken** 23

Amber Bosman

Gezondheid in cijfers: **Seksueel risicogedrag jongeren** 28

Korte berichten 29

Meldingen infectieziekten 3e kwartaal 2020 33

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

Dit bulletin start met een update van de prevalentie overgewicht bij de Haagse jeugd. Het artikel laat een stabilisatie zien, waar gehoopt werd een daling zichtbaar te krijgen. Bovendien zijn er signalen dat de coronacrisis ongunstig uitpakt voor het percentage jeugdigen met overgewicht. Zowel de gevonden stabilisatie tot en met 2019, als de gevreesde toename vanwege de coronacrisis in 2020 – waarbij overgewicht ook een risico geeft op ernstiger gevolgen van een coronabesmetting – maken dat dit een zeer relevant thema voor de publieke gezondheid blijft. Waarbij het aanleren van een gezonde leefstijl bij voorkeur start voordat de kinderen overgewicht hebben ontwikkeld.

Vanuit het programma Kansrijke Start is de wens dat alle kinderen in Den Haag een goede start krijgen. Het daaraan voorafgaande programma was vooral gericht op het terugdringen van ongunstige uitkomsten van de zwangerschap, zoals doodgeboren kinderen of kinderen met aangeboren afwijkingen. Uit het artikel blijkt dat het in Den Haag de goede kant op gaat met deze indicatoren. De Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid (HAPG) is nu omgevormd tot de Haagse Kansrijke Start. De auteurs beschrijven wat er is bereikt met HAPG, waarom deze aanpak is omgevormd naar Kansrijke Start en wat zij in dat kader de komende tijd gaan doen.

Om tot veranderingen in gedrag, leefstijl en daarbij hopelijk tot verbetering in gezondheid te komen is het van belang de doelgroep daarbij te betrekken. Eerder verscheen in het Epidemiologisch Bulletin een artikel over de gezondheidsdialoog, waarbij het gesprek tussen de inwoners en professionals centraal stond. Het derde artikel in het huidige nummer gaat over burgerparticipatie. De auteurs beschrijven wat burgerparticipatie inhoudt, komen terug op de eerder beschreven gezondheidsdialoog, en presenteren andere ontwikkelingen op dit terrein aan de hand van ervaringen met Gezond en Gelukkig Den Haag.

Daarbij valt op dat het nog niet zo makkelijk is om burgerparticipatie voor elkaar te krijgen. Er is geen recept wat gevolgd kan worden voor een goed resultaat, anders was het waarschijnlijk ook al veel eerder gelukt. Maar het blijft goed om ervaringen uit te wisselen, dus ik hoop op een mooie dialoog en wellicht reacties van anderen met hun ervaringen en tips.

Inwoners van achterstandswijken hebben vaker en op jongere leeftijd lichamelijke problemen dan inwoners van niet-achterstandswijken. Voor deze kwetsbare inwoners met complexe zorgvragen is het van belang om de huisartsenzorg en hulpverlening van het sociaal domein aan elkaar te koppelen. Dat gebeurt in de integrale aanpak Krachtige Basiszorg. Het is een andere manier van kijken, leren, doen en organiseren door alle professionals in zorg, ondersteuning en preventie in de wijk. Dit artikel schetst de werkwijze en bevat onder andere reacties van twee huisartspraktijken in Spoorwijk en Laak, die te maken hebben met een grote groep kwetsbare patiënten met complexe problematiek.

Tot slot geeft de rubriek gezondheid in cijfers informatie over geslachtsgemeenschap en condoomgebruik onder scholieren in Haaglanden in het schooljaar 2018-2019.

SAMENVATTING

INLEIDING

Overgewicht verhoogt het risico op gezondheidsproblematiek, is reeds aanwezig bij jonge kinderen en is ongelijk verdeeld onder Haagse bevolkingsgroepen. Voor preventie-doeleinden is het daarom belangrijk om actuele cijfermatige inzage te houden. Dit artikel presenteert percentage en trend van overgewicht bij de Haagse jeugd van 2 tot en met 15 jaar in de periode 2012-2019 en bij subgroepen.

METHODE

Geanalyseerde gegevens betreffen jaarlijks (leeftijd-gewogen) percentages totaal overgewicht, overgewicht zonder obesitas en (morbide) obesitas in de periode 2012-2019. Percentage en trends in totaal overgewicht zijn tevens berekend per leeftijdscategorie (2-3, 5-6, 9-10, 13-15 jaar), geslacht, etnische afkomst en achterstand score van de woonwijk.

RESULTATEN

Het percentage totaal overgewicht, overgewicht zonder obesitas, obesitas en morbide obesitas schommelden gemiddeld respectievelijk rond de 21%, 14%, 7% en 1%. Percentages totaal overgewicht lagen in alle jaren het hoogst bij 9- tot 10-jarigen en 13-tot 15-jarigen, bij jeugd van Surinaams-Hindoestaanse en Turkse afkomst, en in wijken met de meeste achterstand. Bij de 2- tot 3-jarigen heeft in 2019 bijna één op de negen (11%) overgewicht.

CONCLUSIE

Het percentage totaal overgewicht bij de Haagse jeugd van 2-15 jaar blijft hoog maar bleef stabiel in de periode 2012-2019. Advies is om in het preventiebeleid vroegtijdig aandacht te blijven besteden aan overgewicht.

Percentage overgewicht Haagse jeugd 2012-2019 stabiel

Overgewicht vergroot het risico op gezondheidsproblematiek en kan reeds ontstaan in de jeugd. Om een gericht preventief beleid te kunnen blijven voeren is het van belang om het vóórkomen van overgewicht onder de Haagse jeugd in beeld te blijven brengen. Dit artikel geeft een update van de cijfers betreffende overgewicht bij de Haagse jeugd van 2 tot en met 15 jaar over de periode 2012-2019, tevens uitgesplitst voor geslacht, leeftijd, etnische afkomst, woonwijk en achterstand. Het percentage overgewicht bleef gedurende deze onderzochte periode stabiel, zoals ook het geval was gedurende de periode 2007-2015.

Antoine Meijerman en Irene van der Meer

Inleiding

Overgewicht draagt bij aan een verhoogd risico op ernstige gezondheidsproblematiek. Zo is bekend dat overgewicht het risico vergroot op chronische ziekten zoals onder andere diabetes, artritis, longziekte, cardiovasculaire ziekte en kanker.^{1,2} Ook wordt overgewicht in verband gebracht met (sociaal)psychologische problematiek (onder andere angst en depressie, verlies aan zelfvertrouwen, sociale afwijzing, stigmatisatie), fysieke problemen en slaapstoornissen.^{3,4} Overgewicht kan al in de vroege jeugd ontstaan en heeft verband met complicaties van ziekten (zoals bijvoorbeeld van atherosclerose) op latere leeftijd.⁵ Kwaliteit van leefomstandigheden, stress, sociaaleconomische status en ongezonde leefstijl vormen een belangrijke bijdrage aan het ontstaan van jeugdig overgewicht.^{4,6} Rond leefstijl zijn bijvoorbeeld risicofactoren te noemen die bijdragen, zoals roken tijdens zwangerschap, snelle stop van borstvoeding, weinig fysieke activiteit en onvoldoende slaap bij kinderen.⁷⁻⁹ Echter kunnen ook andere minder vaak voorkomende factoren zoals medicijngebruik, endocriene (hormonale) stoornissen en genetische oorzaken bijdragen aan het ontstaan van (jeugdig) overgewicht.^{4,6}

In eerdere uitgaven van het Epidemiologisch Bulletin is het verloop van het percentage overgewicht in de tijd onder Haagse jongeren beschreven.¹⁰⁻¹¹ Na een aanvankelijk gerapporteerde toename van overgewicht tot 2007, stabiliseerde deze onder de jeugd in Den Haag



Haagse Aanpak Gezond Gewicht

De aanpak Gezond Gewicht in een Gezonde Omgeving is een van de zes ambities van het actieprogramma preventie van de gemeente Den Haag. Hiervoor voert de GGD de Haagse Aanpak Gezond Gewicht (HAGG) uit. HAGG is de Haagse vertaling van de landelijke aanpak JOGG (voorheen Jongeren Op Gezond Gewicht).

De Haagse aanpak richt zich met name op hoog risicogroepen in de wijken van Centrum, Laak en Escamp. Grotendeels door middel van collectieve preventie, gericht op kinderen van 9 maanden tot 12 jaar en hun ouders. Maar ook door vroegtijdige signalering en als dat nodig is verwijzing naar begeleiding voor kinderen met overgewicht. De aanpak richt zich naast voeding ook op bewegen en de relatie met psychische gezondheid. Aan een goede gezondheid liggen allerlei factoren ten grondslag zoals opleiding, armoede en omgevingsfactoren, maar ook culturele opvattingen.

Voor een succesvolle aanpak is er samenwerking met betrokken beleidsterreinen. Ook wordt er nauw samen- gewerkt met bestaande voorzieningen in de wijken zoals Centrum voor Jeugd en Gezin, kinderopvang, peuter- speelzalen en basisscholen om enerzijds de doelgroep te bereiken en om de omgeving rondom kinderen gezonder te maken. Een omgeving waar kinderen veel bewegen, waar groente en fruit eten en water drinken normaal zijn. Daarvoor is ook de betrokkenheid van wijkbewoners en sleutelfiguren vanuit de hoog risicogroepen nodig. De sociale en fysieke omgeving is nodig om gezondheid voorop te stellen en het eenvoudiger te maken om gezond te leven.

De komende jaren ligt de focus op het versterken van het netwerk in de wijken om de krachten te bundelen met alle partijen rond deze kinderen en gezinnen. Om samen gezond normaal te maken.

Suzanne Mos, beleidsadviseur Volksgezondheid gemeente Den Haag.

Wendy Schneider, Programmanager Haagse Aanpak Gezond Gewicht gemeente Den Haag.

tot en met 2011.¹¹ Dit was echter niet het geval voor jeugd van Turkse afkomst. Recentere cijfers tot 2015 lieten een stabilisatie zien van het Haagse totaal overgewicht bij 2- tot 15-jarigen van rond de 20% en een verdere stabilisatie onder kinderen van Turkse afkomst. Wel werd toen een toename gesignaleerd bij meisjes, bij jeugd van Surinaams-Hindoestaanse afkomst en bij jeugd uit Laakkwartier en Spoorwijk.¹¹ De vorige editie liet ook zien dat het percentage overgewicht verschillend is onder subgroepen. Zo lag bijvoorbeeld het percentage overgewicht in 2015 hoger bij kinderen van Surinaams-Hindoestaanse afkomst (37%), kinderen van Turkse afkomst (34%), jeugd van 9-10 (24%) en van 13-15 jaar (23%), en in wijken met meeste achterstand (29%).

Het is van belang om overgewicht onder de Haagse jeugd te verminderen waarbij extra inzet noodzakelijk is onder subgroepen. De Haagse Aanpak Gezond Gewicht (zie kader)^{11,12} wordt sinds 2006 als gemeentelijk programma uitgevoerd om door middel van (wijkgerichte) preventie in te zetten op overgewicht en aan te sluiten op doelen in het Haagse Beleidsplan Zorg, Jeugd en Volksgezondheid¹³ en de Landelijke Nota Volksgezondheid.¹⁴ Om dit preventieprogramma

aan te laten sluiten bij recentere cijfers in Den Haag, zijn de percentages overgewicht opnieuw geanalyseerd voor de periode 2012-2019. Dit artikel presenteert de resultaten van het GGD-onderzoek naar het percentage overgewicht onder de Haagse jeugd in de periode 2012-2019 cijfermatig, waarbij tevens is gekeken naar de ontwikkeling van overgewicht naar geslacht, leeftijd, etnische afkomst, wijk en achterstand.

Methode

Onderzoekspopulatie

De dataverzameling betrof Haagse kinderen in de leeftijdsgroepen 2-3, 5-6, 9-10 en 13-15 jaar. Op deze leeftijden voeren de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) preventieve gezondheidsonderzoeken (PGO's) uit bij de Haagse jeugd. De opkomst van PGO's ligt doorgaans hoog (80%) waardoor de gegevens waarschijnlijk een representatief beeld vormen. Voor dit onderzoek zijn gegevens uit de periode 2012-2019 gebruikt. Privacy werd gewaarborgd via een onder de AVG (Algemene Verordening Gegevensbescherming) opgestelde overeenkomst.

Samengevat komt de onderzoeksmethodiek in dit onderzoek vrijwel overeen met de methode waarover eind 2016 is gepubliceerd.¹¹ In het kort de belangrijkste aspecten: Het percentage overgewicht is berekend op basis van de lengte- en gewichtsgegevens vanuit de metingen tijdens de preventieve gezondheidsonderzoeken, afhankelijk van de leeftijd en het geslacht. Hiervoor is gebruik gemaakt van afkapwaarden beschreven in het artikel van Cole en Lobstein.¹⁶ Kinderen van Surinaams-Hindoestaanse afkomst hebben een andere lichaamsbouw dan kinderen van westerse afkomst, voor hen werden daarom etnisch-specifieke afkappunten gebruikt.¹⁷ De etnische herkomst is in eerste instantie gebaseerd op de geboortelanden van het kind en zijn of haar ouders. Hierbij werd een CBS-definitie gehanteerd (zie *definities* op pagina 12). Het bepalen van de herkomst is aangevuld met een controle op achternaam. Om als van Nederlandse herkomst te worden geclassificeerd, moesten beide ouders een Nederlandse achternaam hebben. Indien één of beide ouders een niet-Nederlandse achternaam hadden, werd deze gematcht met een bestand met typisch Turkse, Marokkaanse en Hindoestaanse namen om zo de herkomst ook voor de tweede en derde generatie migranten te bepalen. Voor deze laatste groep werd de namenlijst ook gebruikt om de eerste generatie te bepalen, aangezien herkomstland Suriname onvoldoende specifiek is om de Hindoestaanse afkomst te bepalen. Een verschil met het artikel in 2016 is dat een beschikbare lijst met ruim 15.000 Surinaams-Hindoestaanse veronderstelde achternamen is gebruikt afkomstig uit openbare gegevens van het Nationaal Archief¹⁵, in tegenstelling tot een gebruikte lijst van ruim 2.500 achternamen in de editie van 2016.

Epidemiologische analyse

Doordat er meer PGO's op jongere leeftijd hebben plaatsgevonden en er op enkele leeftijden weinig PGO's zijn, zijn de percentages overgewicht gewogen naar de leeftijdssamenstelling van de totale Haagse jeugd. Percentages totaal overgewicht (BMI >25), overgewicht zonder obesitas ($25 \leq \text{BMI} \leq 30$), obesitas (BMI > 30) en morbide obesitas (BMI > 35) zijn berekend per jaar in de periode 2012–2019. Vervolgens is het percentage totaal overgewicht (alleen BMI > 25) berekend per geslacht, leeftijdsgroep, wijk, achterstand en etnische afkomst. Voor het bepalen van een trend (toe- of afname) in overgewicht over 2012-2019 is gebruik gemaakt van lineaire generalized estimating equations (GEE)¹⁸⁻¹⁹

als statistische techniek. Deze techniek is toegepast omdat bij een deel van de kinderen meerdere metingen gedaan zijn. Deze herhaalde metingen per kind moeten daarom als afhankelijk worden beschouwd van elkaar. De GEE-techniek corrigeert voor deze afhankelijkheid in een statistisch model. Om de modellen nauwkeuriger te maken is in de opgestelde GEE-modellen gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en achterstand score. Een toe- of afname in overgewicht over 2012-2019 is gedefinieerd als relevant bij een verschil van 10% of meer in de odds-ratio (OR), het trendmatige resultaat van de GEE-analyse. Omdat verondersteld wordt dat de onderzoeksgegevens alle geregistreerde (werkelijke) metingen omvatten, zijn in dit onderzoek geen statistische maten zoals P-waarden en betrouwbaarheidsintervallen gepresenteerd. Voor dataverwerking en analyse werd gebruik gemaakt van het programma Excel (versie 2010), IBM SPSS Statistics (versie 25.0) en R Studio (versie 1.1.423).

Resultaten

Verrichte metingen

Over de periode 2012-2019 zijn 179.294 BMI-metingen van meer dan honderdduizend Haagse kinderen beschikbaar (zie *Tabel 1* op pagina 7). Aantallen metingen per jaar varieerden tussen bijna 15.000 (in 2012) en ruim 24.000 (in 2016).

Ongeveer 21% van de Haagse jeugd heeft overgewicht

Het percentage totaal overgewicht ligt bij de Haagse jeugd van 2 tot en met 15 jaar in de periode 2012-2019 gemiddeld rond 21%; variërend tussen 20% (2013) en 23% (2012).

Het percentage obesitas ligt in de dezelfde periode gemiddeld rond 7%; variërend tussen 6,5% (2014) en 8,6% (2012). In *figuur 1* op pagina 7 staan de percentages overgewicht over periode 2012-2019. De percentages overgewicht waren over de gehele periode 2012-2019 ongeveer stabiel, al lijkt het in het jaar 2012 wat hoger te zijn geweest.

***‘Overgewicht Haagse jeugd
in de periode 2012 tot en
met 2019 stabiel’***



Percentage totaal overgewicht naar leeftijd en geslacht

Zowel per leeftijdscategorie als per geslacht bleef het percentage overgewicht over de gehele periode 2012-2019 ongeveer stabiel. Tussen jongens en meisjes blijft het verschil klein (zie *Figuur 2* op pagina 8) en zijn verschillen recentelijk verder genivelleerd. Het percentage totaal overgewicht neemt toe met de leeftijd tot 9-10 jaar, waarna het percentage iets lager ligt bij 13- tot 15-jarigen (zie *Figuur 3* op pagina 8). In 2019 had bijna één op de negen (11%) 2- tot 3-jarigen al overgewicht.

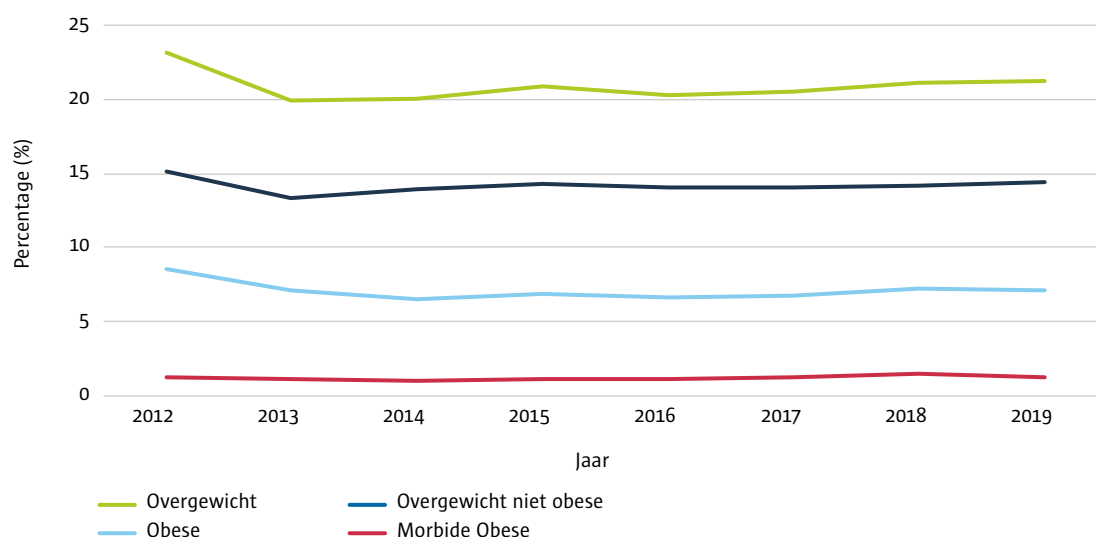
Percentage totaal overgewicht naar etnische afkomst

Het (leeftijd-gewogen) percentage overgewicht naar etnische afkomst ligt in alle jaren het hoogst bij jeugd van Surinaams-Hindoestaanse afkomst (38,5% in 2019), gevolgd door kinderen van Turkse afkomst (35,8% in 2019), Marokkaanse afkomst (29,8% in 2019) en kinderen van overig niet-westerse afkomst (zie *Figuur 4* op pagina 8). Percentages totaal overgewicht liggen bij jeugdigen van Nederlandse afkomst (11,3% in 2019) en van westerse afkomst (18,2% in 2019) over diezelfde periode lager. Over de gehele periode 2012-2019 was het percentage totaal overgewicht bij elke etnische afkomstgroep stabiel. Er lijkt in recentere jaren (2017-2019) echter een toename te zien bij de kinderen van Marokkaanse afkomst, zowel bij jongens als bij meisjes.

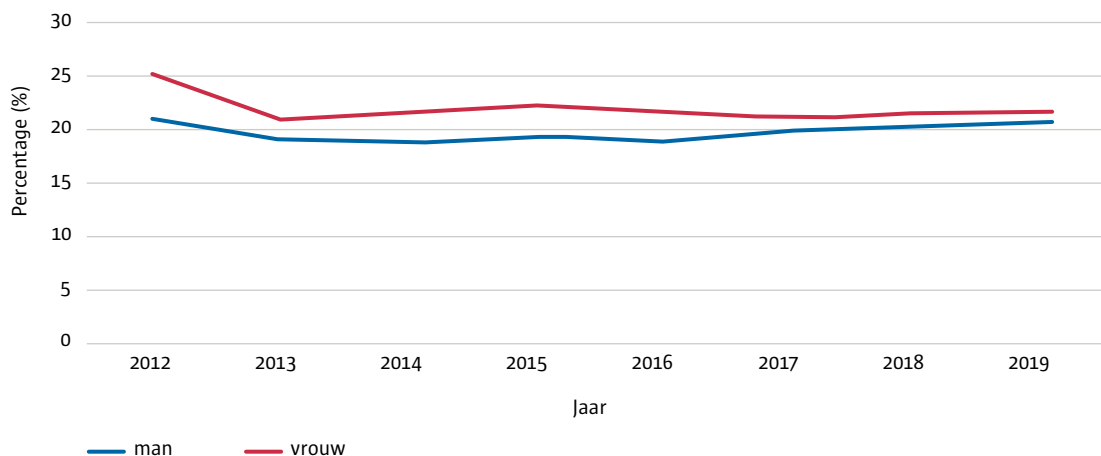
Tabel 1. Aantal en percentage metingen overgewicht van jeugd 2-15 jaar naar geslacht, leeftijdscategorie en etnische afkomst. Den Haag, 2012-2019.

Aantal metingen	Aantal metingen	Percentage metingen
Totaal	179.294	
Geslacht		
jongen	91.351	51%
meisje	87.943	49%
Leeftijd		
2-3 jaar	80.320	45%
4-6 jaar	38.130	21%
9-10 jaar	33.933	19%
13-15 jaar	26.911	15%
Migratieachtergrond		
Nederlands	73.195	41%
overig westers	24.306	14%
Turks	28.473	16%
Marokkaans	20.579	11%
Hindoestaans	18.880	11%
overig niet-westers	13.862	8%
onbekend	91	< 1%

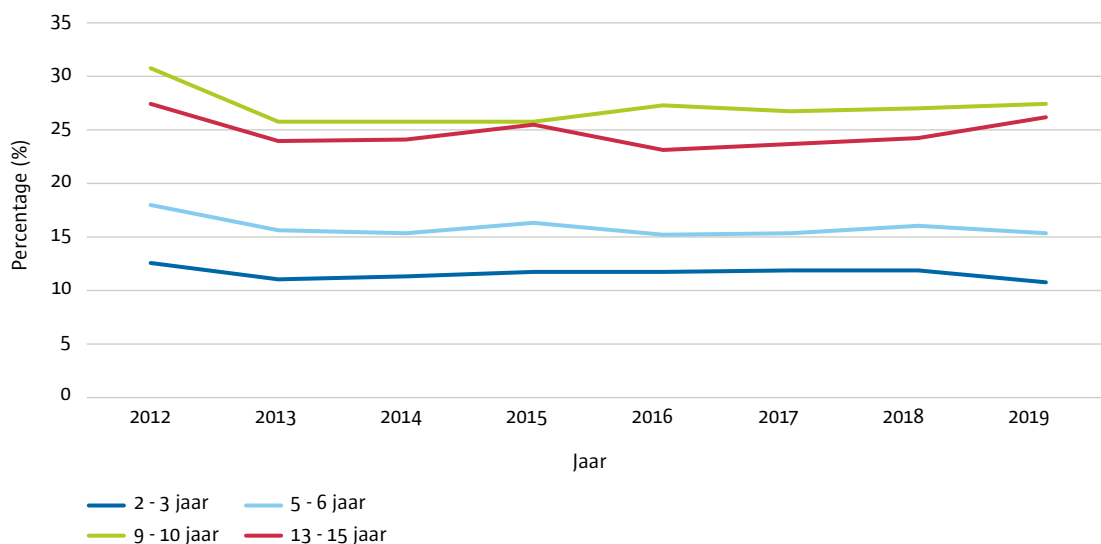
Figuur 1. Leeftijd-gewogen percentages totaal overgewicht, overgewicht zonder obesitas, obesitas en morbide obesitas. Jeugd 2-15 jaar. Den Haag, 2012-2019.



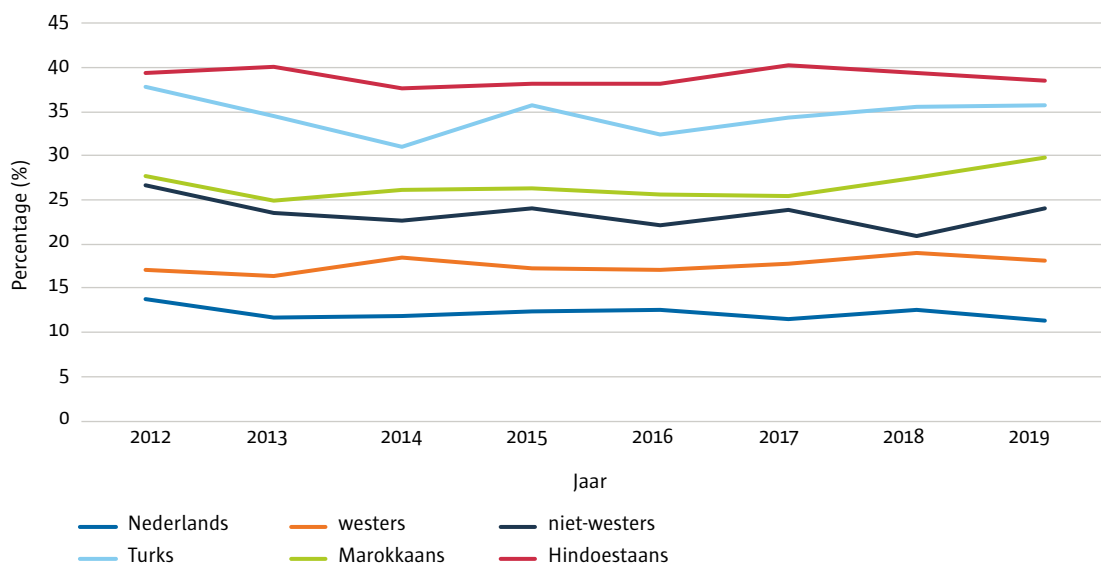
Figuur 2. Leeftijd-gewogen percentages totaal overgewicht naar geslacht. Jeugd 2-15 jaar. Den Haag, 2012-2019.



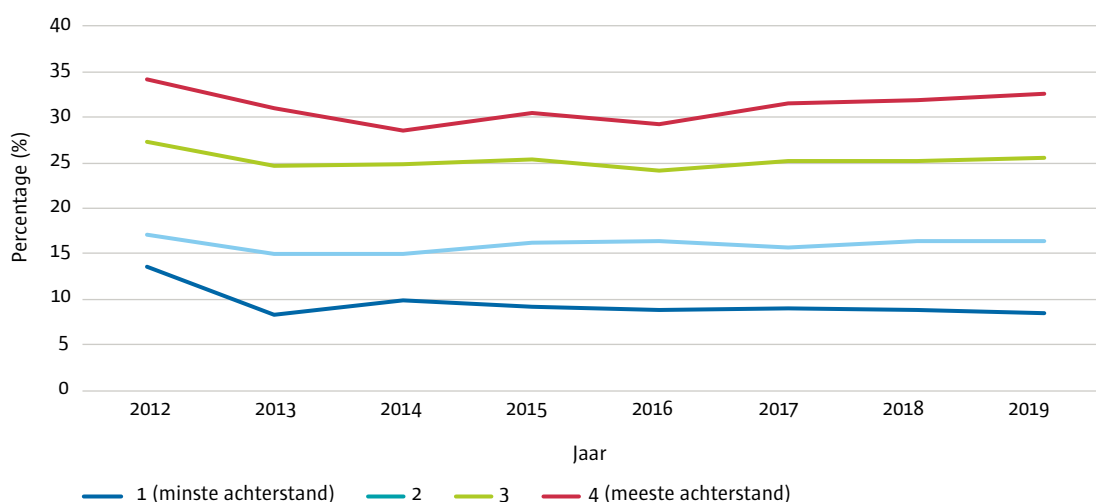
Figuur 3. Percentages totaal overgewicht naar leeftijd, Jeugd 2-15 jaar. Den Haag, 2012-2019.



Figuur 4. Leeftijd-gewogen percentages totaal overgewicht naar etnische afkomst, Jeugd 2-15 jaar. Den Haag, 2012-2019.



Figuur 5. Leeftijd-gewogen percentages totaal overgewicht naar categorie wijkachterstand, Jeugd 2-15 jaar. Den Haag, 2012-2019.



Percentage totaal overgewicht naar wijk en achterstandswijk

In de periode 2016-2019 is het (leeftijd-gewogen) percentage totaal overgewicht het laagst in Benoordenhout (7,2%) en het hoogst in Transvaalkwartier (34,9%) (zie *Tabel 2* op pagina 10). Het trendmatig risico in dit percentage totaal overgewicht was stabiel over de gehele periode 2012-2019 binnen alle afzonderlijke Haagse wijken.

Het trendmatig risico in het percentage totaal overgewicht was stabiel over de gehele periode voor alle groepen uitgesplitst naar achterstand van de woonwijk (zie *Figuur 5*). De percentages totaal overgewicht zijn het hoogst in de wijken met de meeste achterstand en het laagst in de wijken met de minste achterstand.

Het percentage overgewicht ligt hoger bij jeugdigen van Surinaams-Hindoestaanse, Turkse en Marokkaanse afkomst dan van Nederlandse afkomst.

Discussie

Het doel van dit onderzoek was cijfermatig inzicht te bieden in het percentage overgewicht onder de Haagse jeugd van 2-15 jaar en in subgroepen over de periode 2012-2019. Dit om cijfermatig te kunnen actualiseren en aan te sluiten bij het huidige gemeentelijke preventiebeleid inzake overgewicht.

Het betreft hier géén evaluatie of onderzoek gericht op effecten van aanpak. De conclusie van dit onderzoek is dat overgewicht in Den Haag stabiel is gebleven over de gehele periode 2012-2019. Dit is in overeenstemming met cijfers uit de vorige periode 2007-2015.¹¹ Waar er in de vorige rapportage echter wel sprake was van trendmatige toenames in het risico op overgewicht bij meisjes, 5- en 6-jarigen en jeugd van Surinaams-Hindoestaanse achtergrond, zijn deze in de huidige periode gestabiliseerd. Hoewel trendmatige toenames in Den Haag gestabiliseerd zijn in deze huidige cijfermatige editie, en het algemene beeld daardoor positiever lijkt, is het aandeel overgewicht zeker bij sommige bevolkingsgroepen onveranderd hoog in vergelijking met de voorgaande periode. Dit blijft onwenselijk. Een sterke toename in overgewicht tussen 2 en 9 jaar vormt een ernstig risico op overgewicht en complicaties op volwassen leeftijd.²⁰ In de huidige studie liep het totaal overgewicht op van 11% bij 2- tot 3-jarigen tot 27% bij 9- tot 10-jarigen in 2019. Deze sterke toename was ook al te zien in 2015. Ook lopen jeugdigen van Surinaams-Hindoestaanse afkomst (totaal overgewicht: 39% in 2019) en van Turkse afkomst (totaal overgewicht: 36% in 2019) nog steeds meer gezondheidsrisico dan kinderen uit andere bevolkingsgroepen in Den Haag. Dit door hun relatief hoger percentage overgewicht vergeleken met bijvoorbeeld leeftijdsgenoten met een Nederlandse of westerse achtergrond. Overgewicht blijft tevens hoog in wijken met de meeste sociaaleconomische achterstand. Ook dit is onwenselijk: kinderen in deze wijken kennen

Tabel 2. Aantal kinderen en leeftijd-gewogen totaal percentages overgewicht naar wijk, Haagse jeugd 2-15 jaar. Den Haag, periode 2012-2015 en periode 2016-2019.

Achterstand 2016 **	Wijknaam *	Aantal kinderen per wijk in 2019 ***	Percentage overgewicht 2012-2015	Percentage overgewicht 2016-2019
1	Benoordenhout	2142	7,4	7,0
1	Vogelwijk	977	9,5	7,6
1	Archipelbuurt	680	7,5	9,3
1	Geuzen- en Statenkwartier	1987	11,1	9,7
1	Vruchtenbuurt	1415	9,5	11,2
2	Duinoord	1047	9,2	7,8
2	Bohemen en Meer en Bos	344	6,9	9,2
2	Belgisch Park	1020	11,1	9,7
2	Kraayenstein en de Uithof	857	12,5	12,8
2	Scheveningen	2094	16,8	14,3
2	Bezuidenhout	2142	15,1	14,7
2	Leidschenveen	4066	13,1	14,7
2	Ypenburg	5050	15,3	16,7
2	Loosduinen	2146	18,1	19,1
2	Waldeck	1779	19,5	19,7
2	Leyenburg	1692	20,0	19,9
2	Wateringse Veld	3904	18,6	20,0
3	Zeeheldenkwartier	1160	17,3	15,9
3	Mariahoeve en Marlot	1808	20,5	15,9
3	Regentessekwartier	1466	17,1	16,6
3	Duindorp	903	19,5	18,7
3	Valkenboskwartier	2131	19,1	19,5
3	Centrum	1553	22,6	21,0
3	Morgenstond	2888	28,3	26,6
3	Laakkwartier en Spoorwijk	5788	28,3	28,6
3	Rustenburg en Oostbroek	2632	27,1	30,0
3	Bouwlust en Vrederust	4767	30,0	30,1
3	Groente- en Fruitmarkt	874	31,1	32,1
4	Stationsbuurt	1222	27,9	26,2
4	Moerwijk	3477	26,4	27,7
4	Schildersbuurt	5037	33,0	33,6
4	Transvaalkwartier	2694	32,7	34,2

* Het percentage overgewicht voor de wijk is weergegeven indien er (jaarlijks) minimaal 100 metingen zijn verricht.

** De achterstand is een maat voor de sociaaleconomische status van de inwoners van de wijk, waarde 1 is de minste achterstand (meest welvarend), waarde 4 is de meeste achterstand. Waarde 1 correspondeert met wijkachterstand scores van kleiner dan -10, waarde 2 met wijkachterstand scores van -10 tot 0, waarde 3 met wijkachterstand scores van 0 tot 10 en waarde 4 met wijkachterstand scores van meer dan 10.

*** Aantal kinderen (2-15 jaar) per wijk in 2019 (bron: Den Haag in Cijfers, 2020).

immers naast risico op gezondheidsproblematieken door overgewicht al diverse andere problematieken die invloed uitoefenen op mentale gezondheid en gedrag.²¹⁻²³

Leeftijdsspecifieke cijfers in de huidige studie liggen ongeveer op dezelfde hoogte als percentages gepresenteerd in Rotterdam in 2018.²⁴ In Rotterdam zijn de percentages totaal overgewicht 14% bij 5- tot 6-jarigen jaar en 29% bij 9- tot 10-jarigen. Het totaal

overgewicht in Amsterdam²⁵ (9% bij 5-jarigen, 17% bij 10-jarigen in 2018) ligt lager dan in Den Haag. Dit kan te maken hebben met methodologische verschillen (bijvoorbeeld het gebruik van specifieke afkapwaarden bij Surinaams-Hindoestanen¹⁷), door verschillen in middelen en uitvoering van preventie, en verschillen in SES en bevolkingssamenstelling. Zo is bijvoorbeeld het percentage inwoners van Surinaams-Hindoestaanse afkomst hoger in Den Haag



(en in mindere mate in Rotterdam) dan in Amsterdam.²⁶ Landelijk lag het percentage totaal overgewicht onder 4- tot 12-jarigen (jaarlijks zo schommelend rond de 12% in de periode 2014-2019²⁷) lager dan bij dezelfde leeftijdsgroep in Den Haag (rond 21%). Tussen groepen met verschillende etnische afkomst blijven er tevens grote verschillen in percentage overgewicht. Zo heeft bijvoorbeeld naast Den Haag, ook in Amsterdam een groter percentage jeugd van Turkse en van Marokkaanse afkomst overgewicht dan bij de jeugd van Nederlandse herkomst.²⁸

Hoe hoger de wijkachterstand, hoe hoger het percentage jeugdigen met overgewicht.

Sterke punten in deze studie zijn onder andere de hoge opkomst bij het CJG en professioneel uitgevoerde metingen met standaardisering. Een aantal factoren in deze studie kunnen mogelijk ook de cijfers licht hebben vertekend. Ten eerste was het om technische redenen niet mogelijk Haagse Jeugd op middelbare scholen buiten Den Haag (in Zuid-Holland West) te includeren. Deze groep vertegenwoordigt ongeveer 20% van de totale groep van 13-15 jaar. Aangezien echter het opleidingsniveau en geslacht van deze groep nauwelijks verschilde van de groep op school in Den Haag, wordt de vertekening als minimaal verondersteld. Ten tweede waren wijk-

achterstand scores niet beschikbaar na 2015. Gezien er doorgaans geen grote verschillen zijn in jaarlijkse scores vòòr deze periode, zal het aandeel misclassificatie miniem zijn. De gebruikte wegingen naar de Haagse leeftijdsgroepen laten de resultaten echter met 2 procentpunt afwijken vergeleken met ongewogen (ruwe) prevalenties. Deze wegingen zijn noodzakelijk om te corrigeren voor verschillen in de verhouding mannen en vrouwen per leeftijdsgroep in de dataset met gegevens in de werkelijke Haagse populatie. Tot slot was bij determinatie van de Surinaams-Hindoestaanse achtergrond in deze editie een veel uitgebreidere lijst met achternamen beschikbaar dan in de vorige editie. Dit vergrootte het detectievermogen van het percentage overgewicht. Echter het effect bleek miniem met maar maximaal 0,4 procentpunt verhoging van de prevalentie.

Op basis van aanhoudende hoge percentages overgewicht bij Haagse jeugd, en dan met name bij een aantal bevolkingsgroepen, is inzet aan te bevelen op vroege preventie van overgewicht in wijken met achterstand (onder andere Stationsbuurt, Schildersbuurt, Moerwijk en Transvaalkwartier) en aansluitend bij jeugdigen van Surinaams-Hindoestaanse, Turkse en Marokkaanse afkomst en hun omgeving.

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

Overgewicht in coronatijd

De percentages overgewicht die in dit artikel worden gepresenteerd betreffen de percentages tot en met 2019, dus voordat de eerste besmettingen met het nieuwe coronavirus in Nederland plaatsvonden. In 2020 is als reactie op de coronapandemie in maart-juni een intelligente lockdown ingesteld. Onderzoek naar het effect van deze maatregelen op de leefstijl van kinderen laat zien dat kinderen minder zijn gaan bewegen, meer zijn gaan snacken en meer beeldschermtijd hebben.^{1,2} Daarnaast geeft 20% van de kinderen aan te zijn aangekomen. Bij kinderen met overgewicht is dit 40%.² Ook vanuit professionals die met kinderen in Den Haag werken komen signalen dat kinderen in deze tijd soms flink zijn aangekomen. Dit versterkt het idee dat de preventieve aanpak van overgewicht bij de Haagse jeugd van groot belang is voor de volksgezondheid.

1. Iresearch. Onderzoek impact coronamaatregelen op kinderen en jongeren. 2020
<https://jongerenopgezondgewicht.nl/nieuws/coronamaatregelen-hebben-negatief-effect-op-leefstijl-van-met-name-kwetsbare-kinderen>
2. Maastricht UMC+, COLC-studie (COVID-19, Obesity and Lifestyle in Children): een onderzoek van kinderartsen van het Maastricht UMC+.
<https://jongerenopgezondgewicht.nl/nieuws/onderzoek-maastrichumc-bevestigt-coronamaatregelen-hebben-negatief-effect-op-leefstijl-kinderen>

Definities

BMI

Body Mass index. Wordt gedefinieerd als het quotiënt van het lichaamsgewicht in kg en de lengte in meters maal lengte in meters. Voor kinderen wordt een leeftijds- en geslachts-specifieke formule aangehouden, omdat de lengte- en gewichtsverhoudingen anders zijn dan bij volwassenen, en nog veranderen tijdens de groei.

Overgewicht

Overgewicht is afhankelijk van BMI-afkapwaarde. Voor personen onder de 18 jaar is deze BMI-afkapwaarde afhankelijk van leeftijd en geslacht volgens de meetmethode van Cole en Lobstein. Bij personen van Surinaams-Hindoestaanse komaf zijn er specifieke BMI-afkapwaardes gehanteerd die lager liggen dan uit de methode van Cole en Lobstein.¹⁶

CBS-definitie etnische afkomst (migratieachtergrond)

Bij het afbakenen van personen naar etnische afkomst staat het geboorteland van de ouders centraal. Bij personen van Nederlandse afkomst zijn beide ouders in Nederland geboren. Bij personen met een migratieachtergrond is ten minste één ouder in het buitenland geboren. Hierbij is onderscheid aangebracht tussen personen van westerse en niet-westerse afkomst. Personen van westerse afkomst hebben als herkomstland één van de landen in Europa (exclusief Turkije), Noord-Amerika, Oceanië, Indonesië of Japan. Hoewel Nederland een westers land is, vallen personen met een Nederlandse afkomst niet onder deze groep maar zijn apart gepresenteerd. Personen van niet-westerse afkomst hebben als herkomstland één van de landen in Afrika, Latijns-Amerika en Azië (inclusief Turkije), exclusief Indonesië en Japan. (Bron: CBS, 2020)

Haagse wijken met minder dan 500 inwoners

Haagse wijken met minder dan 500 inwoners betreffen Zuiderpark, Zorgvliet, Binckhorst, Haagse Bos, Hoornwijk en Forepark.

Achterstand

De achterstand score wordt gebruikt als maat voor de sociaaleconomische status van de inwoners van de wijk en is gebaseerd op het percentage werklozen dat langer dan drie jaar werkzoekend is, het gemiddelde inkomen, de gemiddelde WOZ-waarde van de huizen en het percentage inwoners dat in de afgelopen drie jaar is verhuisd. Het aandeel niet-westerse afkomst is niet in de score inbegrepen en is afzonderlijk meegenomen in de gebruikte statistische modellen. Voor elk afzonderlijk jaar in de periode 2012-2015 is een achterstand score toegekend aan de wijk. Voor de jaren na 2015 zijn de achterstand scores van 2015 gehanteerd, omdat recentere niet beschikbaar waren.

Odds-ratio (OR)

De odds-ratio (OR) is een epidemiologische maat die de mate van risico aangeeft. Zo weerspiegelt een OR kleiner dan 1 een lager risico en een OR van boven de 1 een hoger risico op een uitkomst. Zo is in deze studie bijvoorbeeld bij een OR van 1,1 tussen het jaar 2012 en 2019 de odds (= kans / complement van de kans) op overgewicht 1,1 maal vergroot in 2019 ten opzichte van het jaar 2012.

OVER DE AUTEURS

Dhr. drs. A. Meijerman (Antoine) is medisch bioloog en epidemioloog, werkzaam als epidemiologisch onderzoeker bij GGD Haaglanden;

Mevr. dr. ir. I.M. van der Meer (Irene) is epidemioloog en werkzaam als senior epidemiologisch onderzoeker bij GGD Haaglanden.

DANKWOORD

Auteurs willen dhr. dr. J. de Wilde (Jeroen), werkzaam bij afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde van het LUMC en mevr. drs. M. Keetman (Maartje), werkzaam bij afdeling Gezondheidsbevordering GGD Haaglanden, bedanken voor advies en documentatie betreffende de editie 2016 van dit onderzoek. Ook willen auteurs dhr. dr. C. Eisma (Coen), werkzaam bij de Rekenkamer Den Haag, bedanken voor advies betreffende het programma R.



REFERENTIES

- 1 Pi-Sunyer, X. **The Medical Risks of Obesity**. Postgrad Med. 2009 November; 121(6): 21–33.
- 2 RIVM. **Overgewicht Cijfers Context Gevolgen**. [Online]. 2019 (bezocht op 21-jan-2020); <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/gevolgen#node-samenhang-met-ziekten>
- 3 Xu S, Ying X. **Pediatric Obesity: causes, symptoms, prevention and treatment**. Experimental and Therapeutic medicine 2016 11: 15-20.
- 4 Shivpuri A, Shivpuri A, Sharma A. **Childhood Obesity: Review of a growing problem**. Int J Clin Pediatr Dent. 2012 Sep-Dec; 5(3): 237–241.
- 5 Barton, M. **Childhood obesity: a life-long health risk**. Acta pharmacologica Sinica 2012 33: 189-193.
- 6 Gungor, NK. **Overweight and obesity in children and adolescents**. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2014 Sep; 6(3): 129–143.
- 7 Shi Y, Groh de M, Morrison H. **Perinatal and early childhood factors for overweight and obesity in young Canadian children**. Can. J Public Health 2013; 104(1): 69-74
- 8 Kuhle S, Allen AC, Veugelers PJ. **Prevention potential of risk factors for childhood overweight**. Can. J Public Health 2010; 101(5): 356-368
- 9 Agras WS, Hammer LD, McNicholas F, Kraemer HC. **Risk factors for childhood overweight: A prospective study from birth to 9.5 years**. Journal of Pediatrics 2004; 145(1): 20-25
- 10 Wilde JA de, Middelkoop BJC, Dommelen P van, Verkerk PH. **Overgewicht bij Haagse schoolkinderen. Een trendanalyse van 1999 tot en met 2007**. Epidemiologisch Bulletin 2008; 43(4): 37-46.
- 11 Keetman M, Meer IM van der, Wilde JA de. **Percentage overgewicht Haagse jeugd 2007-2015**. Epidemiologisch Bulletin 2016 (4).
- 12 Meer IM van der. **Uitgelicht:Overgewicht**. Epidemiologisch Bulletin 2015; 50(4): 58
- 13 Gemeente Den Haag. **Gezond en veerkrachtig: Beleidsplan Zorg, Jeugd en Volksgezondheid Den Haag 2019-2022**. Den Haag 2019. [Online] (Bezocht op 8 september-2020); https://denhaag.raadsinformatie.nl/document/8109417/1/RIS303812_Bijlage_1
- 14 Ministerie van VWS. **Landelijke Nota Gezondheidsbeleid 2020-2024**. Den Haag, 2020.
- 15 Nationaal Archief. **Suriname: Contractarbeiders uit India (Hindostanen)**. [Online]. 2019 (bezocht op 20-juli-2020); <https://www.nationaalarchief.nl/onderzoeken/index/nt00345>
- 16 Cole TJ, Lobstein T. **Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity**. Pediatric Obesity 2012, 7(4): 284-294.
- 17 Wilde JA de, Dommelen P van, Middelkoop BJC. **Aangepaste body mass index (BMI) afkappunten om ondergewicht, overgewicht en obesitas te bepalen bij Hindoestaanse kinderen**. Epidemiologisch Bulletin 2013;48(3): 2-13.
- 18 Liang KY, Zeger SL. **Longitudinal data analysis using generalised linear models**. Biometrika 1986 (73): 45-51.
- 19 Liang KY, Zeger SL. **Regression analysis for correlated data**. Ann. Rev of Public Health 1993 (14): 43-68.
- 20 Kroon MLA de, Renders CM, Wouwe JP van, Buuren S van, Hirasing RA. **The Terneuzen birth cohort: BMI changes between 2 and 6 years correlate strongest with adult overweight**. PlosOne 2010; 5(2): e9155.
- 21 Luiptien SJ, King S, Meaney MJ, McEwen BS. **Can poverty get under your skin? Basal cortisol levels and cognitive function in children from low and high socioeconomic status**. Development and Psychopathology 13(3); 2001 653-676.
- 22 Reiss F. **Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review**. Social Science & Medicine. 2013(90): 24-31.
- 23 Kalff AC, Kroes M, Vles JSH, Hendriksem JCM, Feron FJM, Steyaert J, Van Zeben, TMCB, Jolles J, Van Os J. **Neighbourhood level and individual level SES effects on child problem behaviour: a multilevel analysis**. J Epidemiol Community Health. 2001 Apr;55(4):246-50.
- 24 Rotterdam Rijnmond. **Gezondheidsatlas**. [Online]. (bezocht op 23-juli-2020); beschikbaar op: <https://gezondheidinkaart.nl>
- 25 GGD Amsterdam. **Gezondheid in beeld**. [Online]. (bezocht op 23-juli-2020); beschikbaar op: <https://amsterdam.ggdgezondheidinbeeld.nl>
- 26 Oudhof K, Harmsen C, Loozen S, Choenn C. **Omvang en spreiding van Surinaamse bevolkingsgroepen in Nederland**. CBS, 2011. [Online]. (bezocht op 23-juli-2020); beschikbaar op: <https://www.cbs.nl/-/media/imported/documents/2011/27/2011-k2-b15-p97-art.pdf>
- 27 CBS Statline. **Leefstijl en (preventief) gezondheids-onderzoek**. [Online]. (bezocht op 23-juli-2020); beschikbaar op: <https://www.statline.nl>
- 28 Franssen SJ, Van der Wal MF, Jansen P, Van Eijdsden M. **Onder – en overgewicht bij Amsterdamse kinderen. Een trendanalyse en prognose**. Ned. Tijdschr Geneesk 2015; 159 A8967.



Haagse Kansrijke Start: *meer kinderen een goede start*

Sinds 2012 werken verschillende professionals in de geboorteketen samen in de Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid (HAPG) met als doel de relatief hoge perinatale sterftcijfers terug te dringen. Eerder verschenen er artikelen in het Epidemiologisch Bulletin over de doelen, reeds behaalde resultaten en de daling van de perinatale sterftcijfers.^{1,2} Sinds 2019 is de HAPG aangesloten bij het landelijke programma Kansrijke Start met als winst verbreding van de bestaande succesvolle aanpak. Zie kader op pagina 15. Dit artikel beschrijft het programma Haagse Kansrijke Start en hoe partijen samenwerken om alle Haagse kinderen een kansrijke start te bieden.

Ina Blom, Bibeth Gerretsen, Nieke Mimica en Marleen Sterker

Ongeveer 14% van de kinderen in Nederland heeft een minder gunstige start bij de geboorte door vroeggeboorte, een te laag geboortegewicht en/of psychosociale problemen in het gezin. Kinderen van vrouwen in achterstandswijken hebben zelfs een groter risico op ziekte en overlijden tijdens en kort na de geboorte. De eerste 1000 dagen³ van een mensenleven zijn cruciaal voor een gezonde start. Door te investeren in een gezonde start worden veel problemen op latere leeftijd voorkomen.⁴

Landelijk programma Kansrijke Start

De preconceptieperiode, de zwangerschap en de eerste twee levensjaren zijn cruciaal in de ontwikkeling van elk kind.⁵⁻⁸ De meeste kinderen maken een goede start in het leven en groeien gezond op in een veilige en beschermde omgeving. Er zijn echter ook kinderen met een minder goede start. Voor hen heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in september 2018 het landelijke actieprogramma Kansrijke Start geïnitieerd om een

goede verbinding tussen het medische, sociale en het publieke domein te realiseren. Het is een actieprogramma met het oog op kinderen in de eerste 1000 dagen vanaf de conceptie, specifiek voor kinderen die geboren worden in een kwetsbare situatie. Dankzij een breed programma vóór de zwangerschap, tijdens de zwangerschap en na de geboorte maken meer kinderen kans op een goede start.

Actielijnen Haagse Kansrijke Start

De ambitie van de Haagse Kansrijke Start (HKS) is dat alle kinderen die in Den Haag worden geboren (jaarlijks ongeveer 6.500), gezond ter wereld komen en de meest optimale start krijgen om zich zo gezond en veilig mogelijk te kunnen ontwikkelen. Het door HAPG ingezette doel om perinatale sterfte terug te dringen, wordt daarbij onverminderd voortgezet. De doelgroep zijn kwetsbare ouders in Den Haag zowel voor, tijdens als na de zwangerschap tot de 2^e verjaardag van het kind (de eerste 1000 dagen). Een



Van Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid naar Haagse Kansrijke Start: daling perinatale sterfte

Al sinds 2012 werken gynaecologen, verloskundigen, kraamorganisaties, het Centrum Jeugd en Gezin (jeugdgezondheidszorg) en GGD Haaglanden in Den Haag samen om de perinatale sterftecijfers in deze stad te verlagen. Aanleiding was de hoge sterfte van baby's vanaf 22 weken zwangerschap tot 7 dagen oud. De landelijke cijfers waren hoog ten opzichte van andere Europese landen. Specifiek in Den Haag waren de cijfers hoger dan in de andere grote steden (G4). Dit leidde tot de Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid met als doel versterking van de geboorteketen. Deze co-creatie van partners in de publieke gezondheidszorg en medische geboortezorg lijkt succesvol. In Den Haag is de perinatale sterfte vanaf 22 weken zwangerschap gedaald van 8,2 per 1.000 geboortes in 2009-2013 naar 6,6 in 2014-2018.

Sinds de start:

- maken de beroepsgroepen werkafspraken met oog voor sociaal-maatschappelijke elementen;
- gebruiken zij een wetenschappelijk onderbouwd signaleringsinstrument;
- signaleren professionals in de geboortezorg (en vooral de verloskundigen) eerder kwetsbare zwangere vrouwen en brengen zij hen in contact met CJG/JGZ;
- biedt de JGZ zo nodig opvoedondersteuning net na de geboorte door de inzet van Stevig Ouderschap en/of Moeders Informeren Moeders.

Binnen de Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid (HAPG) was de basis gelegd om uit te groeien tot de Haagse Kansrijke Start. HAPG richtte zich op de zwangerschap en de geboorte. De verbreding met zowel 'voor de zwangerschap' als 'na de geboorte' en de focus op de kwetsbare ouders vanuit het landelijke programma sluit heel mooi aan bij dat wat de HAPG in Den Haag al had bereikt. Daarom hebben de partners van de Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid in 2019 besloten om door te ontwikkelen naar het actieprogramma de Haagse Kansrijke Start.

gezin is kwetsbaar als er sprake is van bijvoorbeeld huiselijk geweld, armoede, verslaving of andere psychosociale problematiek, maar ook laaggeletterdheid of licht verstandelijke beperking spelen een rol. Statushouders, vluchtelingen en ongedocumenteerden vallen ook binnen de scope van dit programma. Zeer kwetsbaar, zoals in het programma Nu Niet Zwanger, tonen zich ook mensen in dakloosheid, met psychiatrische problematiek of bijvoorbeeld gezinnen waar eerder kinderen uit huis zijn geplaatst. Kern van de inzet is eerder signaleren van kwetsbaarheid bij de doelgroep en beter begeleiden naar passende ondersteuning.

De Haagse doelen voor de Kansrijke Start komen overeen met de landelijke doelen.

Reeds gestarte, succesvolle acties door de Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid zet de Haagse Kansrijke Start voort, en er wordt ingespeeld op specifiek lokale problematiek. In de doorontwikkeling naar de Haagse Kansrijke Start gaat het bestaande platform over in een bredere coalitie van partners die in contact staan met de kwetsbare (potentiële) ouder.

Drie actielijnen Kansrijke Start

Kansrijke Start onderscheidt drie actielijnen.

Actielijn 1 'Voor de zwangerschap' met als doelen:

- Meer aanstaande kwetsbare ouders starten goed voorbereid met hun zwangerschap.
- Minder ongeplande en onbedoelde zwangerschappen komen voor in kwetsbare gezinnen.

Actielijn 2 'Tijdens de zwangerschap' met als doelen:

- Beter signaleren van medische en sociale problemen bij (aanstaande) kwetsbare ouders.
- Meer aanstaande kwetsbare ouders krijgen eerder de juiste hulp.

Actielijn 3 'Na de geboorte' met als doelen:

- Meer kwetsbare ouders zijn toegerust voor het ouderschap en de opvoeding.
- Minder baby's en jonge kinderen worden uit huis of onder toezicht geplaatst.

Het gaat om sociaal-maatschappelijke organisaties gericht op opvoeding en problematiek vanwege een lichtverstandelijke beperking (LVB), huisvesting, financiën, geweld en verslaving.

In november 2020 is er een summit 'Haagse Kansrijke en Duurzame Samenwerking' georganiseerd als aftrap van de coalitie.

Voor de zwangerschap (Actielijn 1)

De eerste actielijn richt zich op de periode voorafgaand aan de zwangerschap. Daarin wordt onder andere gewerkt met de preventieve interventie Nu Niet Zwanger.

Nu Niet Zwanger

Nu Niet Zwanger beoogt kwetsbare mensen een bewuste keuze over het moment van hun kinderwens te laten maken zodat zij niet onbedoeld zwanger raken. Met actieve begeleiding en eerlijke gesprekken over kinderwens, seksualiteit en anticonceptie, aansluitend bij hun leefwereld, kan de cliënt regie voeren over de al-dan-niet aanwezige kinderwens.

Nu niet Zwanger

In Nederland wordt één op de vijf vrouwen ongepland zwanger. Hiervan is 68% ongewenst (Fiom, 2017). Veelal groeit het kind op in een veilige en liefdevolle omgeving. Soms loopt het anders en is de (thuis)situatie zorgelijk of zelfs onveilig. Nu Niet Zwanger richt zich op deze kwetsbare mensen met vaak een opeenstapeling van complexe problemen en zet in op intensieve begeleiding, **op vrijwillige basis**, met een proactieve persoonlijke benadering.

Het programma is tweeledig. Ten eerste worden professionals in zorg en welzijn die in contact zijn met de kwetsbare doelgroep als aandachtfunctionaris getraind om een eerlijk gesprek met hun cliënten aan te gaan. In juni en juli 2020 zijn bij tien organisaties dertig aandachtfunctionarissen geworven. Zij zijn werkzaam voor mensen met een licht verstandelijke beperking of mensen met problemen op het gebied van huisvesting, geweld, verslaving en financiën. Sinds dit najaar passen zij de methodiek Nu Niet Zwanger toe in hun dagelijkse werk met de kwetsbare doelgroep.

Ten tweede er is intensieve samenwerking in het medisch domein met verloskundigen, huisartsen en gynaecologen. Zo kan een aandachtfunctionaris laagdrempelig doorverwijzen wanneer iemand een gemotiveerde keuze voor anticonceptie maakt. De spil in het programma is de inhoudelijk coördinator van Nu Niet Zwanger. Deze coördinator zorgt voor de contacten in het sociale en medisch domein, training en intervisie van de aandachtfunctionarissen en coördineert het doorverwijzen in geval van anticonceptie. Ook kunnen deze functionarissen op hun beurt casussen naar de coördinator opschalen.

Voorbeeldcasus: geen huisarts en geen geld voor anticonceptie

Eén van de aandachtfunctionarissen Nu Niet Zwanger, werkzaam als ambulant begeleider, begeleidt al langere tijd een cliënt, waarbij sprake is van problematiek op verschillende leefgebieden. Naast een verstandelijke beperking, heeft de vrouw schulden en ontbreekt het haar aan geschikte huisvesting. De aandachtfunctionaris NNZ begeleidt de cliënt bij bovengenoemde problematiek én gaat in gesprek over kinderwens, seksualiteit en anticonceptie. In deze gesprekken komt naar voren dat cliënt nu geen kinderwens heeft en graag een vorm van anticonceptie wil. Zelf is het de vrouw tot op heden niet gelukt om dit te organiseren vanwege praktische en financiële redenen. Zo heeft zij geen huisarts en kan zij de kosten voor anticonceptie niet betalen. De aandachtfunctionaris schakelt de inhoudelijk coördinator in, waarna zij samen met de cliënt een afspraak maken bij een van de artsen van het Centrum Seksuele Gezondheid. Vanuit Nu Niet Zwanger kan de anticonceptie voor deze cliënt gerealiseerd worden, waar zij erg blij mee is!

Tijdens en na de zwangerschap (actielijnen 2 en 3)

Tijdens en na de geboorte kent de Haagse Kansrijke Start als pijlers vroegsignalering, ketenaanpak en preventieve interventies.



Vroegsignalering

Op verzoek van verloskundigen en/of kraamzorg bieden jeugdverpleegkundigen niet pas na de geboorte, maar al tijdens de zwangerschap passende ondersteuning met Stevig Ouderschap of Moeders Informeren Moeders. Binnen Stevig Ouderschap voeren medewerkers van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) prenatale huisbezoeken uit op verzoek van de verloskundigen. Ook gezinscoaches en casemanagers van de WMO kunnen een prenataal huisbezoek aanvragen bij de JGZ. De vrijwilligers van Moeders Informeren Moeders zijn in september en oktober getraind om niet alleen na de geboorte, maar al tijdens de zwangerschap toekomstige moeders te begeleiden. Zij blijven ook na de geboorte met het gezin verbonden. Per 1 januari 2021 wijzigt de Wet Publieke Gezondheid waardoor gemeenten een prenataal huisbezoek door de jeugdgezondheidszorg (PHB JGZ) aan zwangeren en/of gezinnen in een kwetsbare situatie kunnen aanbieden. In Den Haag gebeurt dit al langere tijd. Met het landelijk programma Babyconnect wordt de uitwisseling van digitale geboortegegevens besproken. De Haagse Kansrijke Start is betrokken bij de subsidieaanvraag voor de hiervoor benodigde systemen.

Ketenaanpak

De rode draad door alle actielijnen is het versterken van de verbinding tussen het medisch en sociaal domein. Mede dankzij HAPG heeft Den Haag inmiddels een groot netwerk binnen de geboorteketen. Om dit netwerk te versterken en uit te breiden zijn er sinds 2019 een aantal acties ondernomen. Resultaat is onder andere dat meer verloskundigen en kraamorganisaties bekend zijn met de sociale zorgpaden bij bijvoorbeeld doorgeleiding naar de JMO (Jeugd en Maatschappelijke Ondersteuning). Deze paden helpen professionals om hun cliënten zo snel mogelijk de meest passende zorg te bieden. Aan professionals wordt feedback gevraagd om daarmee de zorgpaden aan te passen. Ook is er verbinding gelegd tussen diëtisten en verloskundigen, zodat de diëtiste in de praktijk aanwezig is, en de verbinding tussen opvoedsteunpunt en verloskundige is versterkt om beter contact te leggen. Ook de afstemming met andere lokale programma's en afdelingen gericht op de levenslijn en positieve gezondheid is verbeterd. Denk aan samenwerking met Haagse Aanpak Gezond Gewicht, Aanpak Huiselijk Geweld en het Centrum Seksuele Gezondheid. Dit geldt ook voor de uitvoering van het lokaal gezondheidsbeleid waarin preventieve activiteiten ten aanzien van seksuele en relationele vorming zijn opgenomen.

Voorbeeldcasus: verbinden medisch en sociaal domein

Tijdens de gesprekken met verloskundigenpraktijken kwam naar voren dat zij veel tijd kwijt zijn aan sociale/financiële problematiek bij de gezinnen. Naar aanleiding hiervan is verbinding tot stand gekomen tussen relatiebeheer van de Helpdesk Geldzaken van de gemeente Den Haag en de verloskundigenpraktijk. Het resultaat is dat de verloskundigen direct gezinnen naar de Helpdesk kunnen verwijzen en dat de mogelijkheid voor een training voor gezinnen op de praktijk wordt onderzocht. Hierdoor kan de verloskundige zich meer richten op de begeleiding van de zwangere en kan de stress ten aanzien van financiële problematiek bij het gezin worden verminderd. Dit voorbeeld illustreert het versterken van de verbinding tussen het medische en sociale domein in actielijn 2.

Preventieve interventies

Ook preventieve interventies zoals voorlichting gezond zwanger, gezinsbegeleiding, opvoedondersteuning, expertise over hechting en ouderschap en het voorkomen van dakloosheid bij kwetsbare zwangere vrouwen dragen bij aan een kansrijke start voor de kinderen.

Vanuit Stevig Ouderschap begeleiden jeugdverpleegkundigen vanaf het najaar 10% meer gezinnen. Met het oog op meer deskundigheid over hechting en ouderschap bij de JGZ volgen 15 mensen de opleiding Infant Mental Health (IMH). Hiermee is er stedelijk voldoende expertise om ook de andere JMO collega's te adviseren rond casuïstiek.

Voor kwetsbare zwangere vrouwen zonder eigen woning die in hun eigen 'netwerk' logeren is de afdeling daklozenloket een LEAN project gestart. Het doel is te voorkomen dat het netwerk overbelast wordt en de zwangere alsnog dakloos wordt. Om te achterhalen waar ouders behoefte aan hebben op het gebied van opvoedondersteuning, spreken studenten van de Haagse Hogeschool met ouders van kinderen tot 2 jaar na hun consultatiebureau bezoek. Doel is helder te krijgen wat zij nodig én gemist hebben in het aanbod in Den Haag in ondersteuning in het ouderschap of opvoeding van het jonge kind. De resultaten worden in maart 2021 verwacht, waarmee de gemeente Den Haag haar beleid ten aanzien van preventie waar nodig kan aanpassen.

Onderzoek

Naast al deze inzet en resultaten, kent Haagse Kansrijke Start een vijftal onderzoeken. De onderzoekspartners ErasmusMC, LUMC, TNO, landelijke Kansrijke Start, Haagse Hogeschool en Living Labs werken samen met de partners binnen Haagse Kansrijke Start aan inzicht, innovatie en verbeteringen. Onderstaande onderzoeken zijn gericht op vroeg-signalering, toeleiding en passende ondersteuning voor, tijdens en na de zwangerschap.

- LUMC doet kwalitatief en kwantitatief onderzoek ter verbetering van de herkenning van kwetsbare zwangerschap en ouderschap en aansluiting van interventies.
- Welzijnsorganisatie Xtra doet in samenwerking met LUMC een onderzoek gericht op de verbetering van de lokale praktijk: verbinding van het medische en sociale domein en ondersteuning kwetsbare zwangere en toekomstige (jonge) ouders.
- TNO onderzoekt de doorlopende lijn van Centrering Pregnancy naar Parenting.
- Proeftuin Kansrijke Start (onderdeel van Living Lab Publieke Gezondheid) gaat de behoefte aan opvoedondersteuning onderzoeken. De resultaten van het onderzoek van studenten van de Haagse Hogeschool worden hierin meegenomen.
- GGD Haaglanden onderzoekt of de interventie Stevig Ouderschap de zeer kwetsbare doelgroep voldoende bereikt.

Toekomst

In 2021 gaat Haagse Kansrijke Start onverminderd door met de inzet, waarbij de uitkomsten van de summit en de genoemde onderzoeken uiteraard worden meegenomen.

Nu Niet Zwanger wil, ter ondersteuning van de professionals, beeldmateriaal ontwikkelen zoals bijvoorbeeld de praatplaten voor Nu Niet Zwanger die Rotterdam gebruikt. Ambitie is ook om bij meer organisaties aandachtsfunctionarissen te werven en te trainen, zodat Nu Niet Zwanger stadsbreed geïmplementeerd kan worden.

Verder staat ook op het programma het vernieuwen van de sociale zorgpaden op basis van feedback uit het werkveld, en deze opnieuw onder de aandacht te brengen in het geboorteveld. Onderzocht zal worden of het gebruik van de zorgpaden interactiever kan. Met genoemde training van CJG-jeugdverpleegkundigen tot Infant Mental Health generalist, is ook die know how geborgd op elke CJG.

Aandachtspunt is bovendien het versterken van de verbinding tussen diverse afdelingen van de gemeente Den Haag die te maken hebben met multiprobleem gezinnen.

Bij dit alles gaat het om vernieuwing die past in de nieuwe anderhalve meter samenleving, in het besef dat het realiseren ervan mede afhangt van de ontwikkelingen rond de coronacrisis.

Wilt u reageren op dit artikel?

Dan kunt u mailen naar de redactie:

epibul@ggdhaaglanden.nl

OVER DE AUTEURS

Mw. E. J. W. (Ina) Blom, projectleider Haagse Kansrijke Start

Mw. drs. B. M. (Bibeth) Gerretsen, programmamanager

Haagse Kansrijke Start a.i.

Mw. N.A. (Nieke) Mimica, BSW, projectleider Nu Niet Zwanger

Mw. M. (Marleen) Sterker, programmamanager Haagse

Kansrijke Start

REFERENTIES

- 1 Graaf AA de, Meer IM van der, Metaal DMB. **Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid**. Epidemiologisch Bulletin 2016, 51(3) 16-25.
- 2 Karamali NS, Meer IM van der, Bertens LCM. **Perinatale sterfte en morbiditeit in Den Haag, 2000-2014**. Epidemiologisch Bulletin 2017, 52(2) 4-14
- 3 Roseboom TJ. **De eerste 1000 dagen. Het fundamentele belang van een goed begin vanuit biologisch, medisch en maatschappelijk perspectief**. Uitgever De Tijdstroom, ISBN 9789058981257; 2018
- 4 Raadsinformatie RIS 298982 Actieplan 1001 kritische dagen (Motie I/8) 2018
- 5 Barker, D. J. (2006). **Adult consequences of fetal growth restriction**. *Clinical obstetrics and gynecology*, 49(2), 270-283.
- 6 Campbell F, Conti G, Heckman JJ, Moon SH, Pinto R, Pungello E & Pan Y. (2014). **Early childhood investments substantially boost adult health**. *Science*, 343(6178), 1478-1485.
- 7 Hanson MA, Gluckman PD. (2015). **Developmental origins of health and disease-global public health implications**. Best practice & research. *Clinical obstetrics & gynaecology*, 29(1), 24-31.
- 8 Kelly MP (2018). How to make the first thousand days count. *Health Promotion Journal of Australia*, 29(S1), 17-21.



Burgerparticipatie in (Gezond en Gelukkig) Den Haag

Burgerparticipatie in zorg en welzijn is ‘hot’.¹ Er wordt veel over geschreven en er zijn tal van vormen en methoden waarop burgers, patiënten en wijkbewoners worden betrokken bij lokale veranderingen.² Burgerparticipatie loopt uiteen van inspraak bij besluitvorming en het meebeslissen over beleid tot het overnemen van taken van gemeenten of zorgaanbieders via bewonerscoöperaties. Ook dagen burgers bestuurders uit met eigen alternatieven.³

Actief meedoen blijkt een belangrijke indicator om interventies een duurzaam karakter te geven.⁴ Vooral zorg en ondersteuning laten een snelle groei van burgerparticipatie zien. Nederland kent zo’n 350 burgerinitiatieven op dit terrein⁵ en actieve burgerparticipatie is steeds vaker een voorwaarde voor toekenning van project- of onderzoekssubsidies in zorg en welzijn.⁶

Een artikel over de lessen en inzichten op het gebied van burgerparticipatie in Den Haag met de focus op Moerwijk en Laakkwartier, van gezondheidsdialogen tot het Programma Gezond en Gelukkig Den Haag.

Elske van Aalderen en Jet Bussemaker

In 2012 en 2017 startte de GGD samen met professionals en bewoners in de Haagse Schilderswijk en Rivierenbuurt met het project ‘Gezondheidsdialoog in de wijk’.⁷ Aanleiding is de ervaring van huisartsen dat leefstijladviezen en -programma’s nauwelijks aanslaan bij hun patiënten. Gekozen wordt voor een dialoog tussen hulpverleners en wijkbewoners. Doel is een gezamenlijk beeld te krijgen van de belangrijkste knelpunten en gezondheidsproblemen in de wijk en wie welke rol zou moeten nemen om deze problemen succesvol aan te pakken.

De gezondheidsdialogen maken duidelijk dat stress, voeding en beweging de grootste problemen zijn voor wijkbewoners. Vooral over gezondheid wil men graag met elkaar en met professionals in gesprek. Ook blijkt dat de dialoog tussen wijkbewoners en hulpverleners gevoerd moet blijven worden én hoe belangrijk professionele ondersteuning van beide partijen is. Alle stakeholders, waaronder

hulpverleners, gemeenten, winkels, school- en sportvoorzieningen, zijn nodig om de kansen op gezondheid voor wijkbewoners te vergroten.

In 2018 start het programma ‘Gezond en Gelukkig Den Haag’ (GGDH, zie kader pagina 22) met als doel door meer samenwerking binnen zorg en welzijn de gezondheidsverschillen te verkleinen. Uitgangspunt is dat interventies alleen duurzaam effect hebben als ze aansluiten bij de ervaringen en specifieke problemen van de betreffende populatie. Besloten wordt wat betreft burgerparticipatie binnen GGDH voort te borduren op de ‘Gezondheidsdialogen’.

Burgerparticipatie: de meningen verschillen

Zoekend naar deze vervolgaanpak voor burgerparticipatie binnen Gezond en Gelukkig Den Haag, vindt in september 2019 een bijeenkomst plaats met diverse experts op het gebied van burgerparticipatie en

Tips van professionals voor het organiseren van een dialoog in de wijk

1. Sluit aan bij een lopend initiatief in de wijk, zoals een wijkdiner. Wijkbewoners komen al naar deze gelegenheden toe, waardoor het makkelijker is een grote groep aan te spreken.
2. Denk na over de follow-up. Wat ga je met de uitkomsten doen?
3. Bespreek niet alleen wat er niet goed gaat in de wijk, maar ook juist wat er wel goed gaat.

mensen met psychosociale en psychiatrische aandoeningen, stellen professionals dat deze groep niet aan tafel zal komen bij een wijkdialoog. Input van deze groep is volgens hen alleen verkrijgbaar door 1-op-1 gesprekken of in kleine groepen.

Wijze lessen uit de praktijk

De reactie leert dat vooraf duidelijk moet zijn met wie/welke doelgroep de dialoog wordt aangegaan. Dat geldt ook voor het onderwerp en de werkwijze. Terwijl GGDH zoekt naar knelpunten die dringend om interventies en oplossingen vragen, doen enkele professionals de oproep om te praten over wat er wel goed gaat in de wijk en om wijkbewoners, ervaringsdeskundigen en buurtbewegers te stimuleren zelf in actie te (blijven) komen.

In dezelfde fase wordt duidelijk dat de vele informatie uit eerdere gesprekken met bewoners over hun behoefte, nergens centraal is bewaard en amper terug te vinden is.

GGDH beseft dat het zaak is de hoeveelheid informatie in de wijk zo efficiënt mogelijk te gebruiken, te verspreiden en in een wijkgesprek zo in te zetten dat het iets toevoegt aan wat er al is. Pas dan is het mogelijk de juiste prioriteiten te stellen en die samen met wijkbewoners en professionals op te kunnen lossen.

Tot slot leert GGDH dat het begrip vertrouwen uitermate relevant is. Vaak hebben burgers, zeker in achterstandswijken, al zoveel gesprekken gevoerd en daar zo weinig resultaat van gezien, dat ze niet meer in gesprek willen. Contact maken en vertrouwen winnen zou wat GGDH betreft een nieuwe basistrede op de ladder van Edelenbos moeten worden.

Burgerparticipatie integreren in Gezond en Gelukkig Den Haag

Na deze 'wijze lessen en leerweg' werkt GGDH nu aan een duurzame vorm van burgerparticipatie waarbij burgers vanaf het begin van het proces worden

betrokken. Daarbij staan twee doelen voor ogen. Eerste doel is om via interventies onderlinge betrokkenheid en participatie van burgers te bevorderen. Zo blijkt bijvoorbeeld dat 'Welzijn op recept' niet alleen meer gespecialiseerde zorg voorkomt, maar ook bijdraagt aan sociale samenhang in de wijk. Denk aan een wandelclubje, samen maaltijden bereiden en eten of een buurttuin beheren.¹³ GGDH wil dergelijke goede initiatieven stimuleren en delen.

Doel is tevens burgers te laten meedenken, -doen en -beslissen over ontwerp en inrichting van GGDH (de vierde en vijfde treden van de ladder). In Moerwijk wordt samen met burgervertegenwoordigers gewerkt aan een wijkplan, met als eerste uitdaging het vinden van de juiste gesprekspartners: buurtbewegers of ervaringsdeskundigen, voor welke thematafel ze geschikt zijn en welke trede van de participatieladder kan het beste ingezet worden. In het ene geval krijgt de burger een plek aan tafel, in het andere geval wordt hem of haar om advies gevraagd.

Conclusie

De belangrijkste conclusie van GGDH is dat burgerparticipatie uit vele vormen kan bestaan, en dat het cruciaal is voor elk thema een wenselijke en haalbare vorm en aanpak te zoeken. Dat begint bij vertrouwen. Duidelijk is dat zowel burgers als professionals nodig zijn om vooruit en hoger op de participatieladder te komen, hun meningen tot een gedachtegoed te formeren en hen te informeren over het proces: laat weten wat het doel is, wat er met de informatie gebeurt en hoe ze bij de follow-up betrokken worden.

Tijdens de leerweg bleek dat eerdere ervaringen niet goed geborgd zijn. Naast de informatie die het Sociaal Cultureel Planbureau en het RIVM beheren, is een lokale kennisinfrastructuur van belang. De GGD, universiteiten en hogescholen kunnen daarbij een belangrijke rol spelen.



De lessen over burgerparticipatie gaan verder dan Den Haag. In het kader van het VWS programma *De Juiste Zorg op de Juiste plek* worstelen veel regio's met burgerbetrokkenheid. Daarom moeten instellingen als het RIVM en ZonMw burgerbetrokkenheid blijven evalueren¹⁴, en zien in samenhang met de inbreng van professionals, aanbieders, overheden en kennisinstellingen. Dan ontstaat samenhang in beleid en ontstaan er lerende netwerken. GGDH is zo'n lerend netwerk, een living lab waarin gezamenlijk en soms met vallen en opstaan nieuwe wegen worden verkend.

Gezond en Gelukkig Den Haag

Het programma Gezond en Gelukkig Den Haag is gestart in 2018 en heeft als doel door meer samenwerking binnen zorg en welzijn de gezondheidsverschillen te verkleinen. Dit regionaal netwerk bestond aanvankelijk uit de gemeente Den Haag, zorg- en welzijnspartners, LUMC-Campus Den Haag, GGD Haaglanden en Stichting Transmurale Zorg. Recent zijn ook de NZA en zorgverzekeraars CZ en Menzis aangehaakt.

GGDH streeft er naar dat iedere Haagse burger zich – binnen zijn eigen mogelijkheden – zo gezond en gelukkig mogelijk kan voelen. Positieve gezondheid, waarbij de focus ligt op wat iemand nog wel kan in plaats van op de beperking of ziekte, is daarbij het uitgangspunt.¹⁵

Zo werkt GGDH aan een driedelige doelstelling:

- de gezondheid van de inwoners van Den Haag bevorderen,
- de ervaren kwaliteit van de zorg en ondersteuning verbeteren en
- waar mogelijk de kosten verlagen.

Binnen vier 'thematafels' (herontwerp systemen, eHealth/ ICT, arbeidsmarkt en preventie) wordt de aanpak besproken. Daarbij staat de levensreis van de inwoner centraal en wordt de voortgang gestaafd met data.

Mensen met verhoogd risico op hart- en vaatziekten, kwetsbare ouderen en mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen krijgen prioriteit. In eerste instantie richt GGDH zich daarbij op de wijken Laakkwartier en Moerwijk. Streven is goede en succesvolle interventies daarna uit te breiden naar andere wijken.

Beschikbare data en beleidsonderzoeken worden gebruikt om te bepalen hoe projecten ondersteund of opgeschaald kunnen worden. De methodiek van Population Health Management wordt hierbij toegepast, waarin duurzame gezondheidszorg en een proactief, meer op preventie gericht beleid centraal staan.

OVER DE AUTEURS

Mw. Prof. dr. Jet Bussemaker, hoogleraar beleid, wetenschap en maatschappelijke impact, in het bijzonder in de zorg, LUMC-campus Den Haag en Universiteit Leiden

Mw. E.R. van Aalderen MA, voormalig trainee Burgerparticipatie GGDH, thans medewerker Ministerie van Justitie en Veiligheid.

De auteurs bedanken Roeline de Beaufort en Marjolein Oudshoorn voor hun bijdrage aan dit artikel.

REFERENTIES

- 1 Veel publicaties, bijvoorbeeld: De Weger E, Van Vooren N, Luijkx KG, Baan CA, Drewes HW. **Achieving successful community engagement: a rapid realist review.** Health Services research 2018, 18 (285).
- 2 Bijvoorbeeld: ProDemos [Online]. (bezoekt op 18 feb 2020); Beschikbaar op URL: <http://www.participatiewijzer.nl/De-Participatiewijzer/Databank-methoden>
- 3 R2C [Online]. (bezoekt op 18 feb 2020); Beschikbaar op URL: <https://www.righttochallenge.nl/>
- 4 Overal waar burger staat, kan ook patiënt/ wijkbewoner/ etc. bedoeld zijn.
- 5 Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS). **De derde levensfase: Het geschenk van de eeuw.** Den Haag: RVS; 2020. p.48.
- 6 In de beweging naar De Juiste Zorg op de Juiste Plek wordt burgerbetrokkenheid gestimuleerd, onder andere als voorwaarde voor ZonMw subsidies, en in de Kennis- en Innovatieagenda van de Topsector Life Science & Health. Zie Health Holland, **Gezondheid & Zorg.** Den Haag, 2019, p. 41.
- 7 Uitewaal P. **Hulpverleners in dialoog met Turkse wijkbewoners: gezonde leefstijl en bewonersparticipatie.** Epibul 2012, 47 (2): 2-10; Uitewaal P, Atema V, Middelkoop B. **Gezondheidsdialoog in de Wijk.** Epibul 2017, 52 (4): 18-24.
- 8 Rijksoverheid [Online]. (bezoekt op 18-02-2020); Beschikbaar op URL: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/burgerschap/burgerparticipatie>
- 9 Patiëntfederatie [Online]. (bezoekt op 18-02-2020); Beschikbaar op <https://www.patiëntenfederatie.nl/themas/patiëntenparticipatie/>
- 10 Edelenbos J. Proces in Vorm. **Procesbegeleiding van interactieve beleidsvorming over lokale ruimtelijke projecten [Proefschrift]** Utrecht: T.U. Delft; 2000.
- 11 Leiden Universitair Medische Centrum [Online]. 2019 (bezoekt op 18 feb 2020); Beschikbaar op URL: <https://www.lumc.nl/over-het-lumc/nieuws/2019/December/werkconferentie-lumc-campus-den-haag/>
- 12 Ontleend aan bijeenkomst over gezondheidsdialogen op 5 december 2019 met professionals die betrokken waren bij eerdere gezondheidsdialogen (GGD en Lijn1) en vertegenwoordigers van GGDH, Stedelijke Ouderencommissie, Haags Steunsysteem en Haagse Zorgkracht.
- 13 Heijnders M, Meijs JJ. **Handboek Welzijn op Recept: Zorg en Welzijn maken samen het verschil.** Houten; 2019.
- 14 RIVM. **Regio's in beweging naar toekomstbestendig gezondheidssysteem: Landelijke monitor proeftuinen** – reflectie op 5 jaar proeftuinen. RIVM. Bilthoven; 2018.
- 15 Institute for positive health [Online]. (bezoekt op 18-02-2020); Beschikbaar op: <https://iph.nl/tools/>.



Krachtige Basiszorg in Den Haag: kansen voor achterstandswijken

Inwoners van achterstandswijken hebben vaker en op jongere leeftijd lichamelijke problemen dan inwoners van niet-achterstandswijken. Daarnaast hebben zij ook meer problemen op sociaal, psychisch en maatschappelijk terrein en lagere gezondheidsvaardigheden. Voor deze kwetsbare inwoners met complexe zorgvragen is het van belang om de huisartsenzorg en hulpverlening binnen het sociaal domein aan elkaar te koppelen. De integrale aanpak Krachtige Basiszorg is een andere manier van kijken, leren, doen en organiseren door alle professionals in de zorg, ondersteuning en preventie in de wijk. Doel is om vanuit één gezamenlijke visie en samen met de inwoner naar de juiste oplossing te zoeken.

Amber Bosman

Ontstaan Krachtige basiszorg

Om grip te krijgen op de toenemende gezondheidsverschillen in Overvecht zijn zorgverzekeraar Agis en de Gemeente Utrecht in 2008 gezamenlijk op een andere manier gaan kijken naar samenwerkingsprocessen tussen het medisch en sociaal domein. Hierbij viel op dat mensen die veel zorgvragen hadden, ook in het sociale domein problemen hadden en andersom. Verder was de werkdruk voor professionals van beide domeinen erg hoog, de continuïteit stond op het spel. Zo ontstond de wens om samen op te trekken: bottom up samenwerkingsafspraken te stroomlijnen, knelpunten te signaleren en op te lossen. Maar ook het gesprek aan te gaan over ondersteunende beleidsvoorwaarden en toe te werken naar één gezamenlijke visie voor Overvecht. Om alle lagen, operationeel, tactische en strategisch te verbinden werd in 2008 gestart met de Gezonde

Wijkaanpak Overvecht, gefaciliteerd door vertegenwoordigers van zowel gemeente/GG&GD Utrecht en Agis zorgverzekeringen. Anders werken zou in ieder geval betere werkprocessen en gezondere inwoners opleveren en leiden tot vermindering van de werkdruk en verhoging van het werkplezier. Mogelijk zou op lange termijn enige grip op zorggebruik en zorgkosten ontstaan, dit zou een mooi bijeffect zijn. In Overvecht zijn de eerstelijnsprofessionals sinds 2010 verenigd in Stichting Overvecht Gezond. Daar hebben huisartsen onder andere het 4D model (2011) ontwikkeld voor kwetsbare mensen, voor mensen met vage klachten of waarbij geen voortgang werd geboekt. (Zie kader op pagina 24.) Geleidelijk is door de samenwerking van Stichting Overvecht Gezond samen met Buurtteam Overvecht in 2015 de integrale wijkaanpak Krachtige basiszorg ontstaan. Jarenlange monitoring heeft laten zien dat de aanpak werkt, op

alle quadruple aim doelstellingen. 'Quadruple Aim' kent vier pijlers: verbeterde gezondheid populatie, verbeterde (ervaren) kwaliteit van zorg door patiënt, afname kostenstijging per hoofd bevolking en verbeterde tevredenheid van zorgverleners.¹

Waarom Krachtige Basiszorg?

Door de complexe en hoge zorgvraag van patiënten in achterstandswijken staat de zorg onder druk. Niet alleen is het zorggebruik hoog, ook hebben professionals vaak het gevoel dat ze hun patiënten niet goed kunnen helpen. Patiënten vinden het lastig om hun zorgvraag duidelijk te maken, er is weinig tijd voor nauwkeurige vraagverheldering of er is voor de gepresenteerde klachten geen medische oorzaak te vinden. Daarnaast is er onvoldoende afstemming met zorgprofessionals uit het sociale domein. Dit komt onder andere door een groot verloop binnen deze organisaties, het ontbreken van concrete afspraken over afstemming, het niet kennen van elkaars expertise en het hebben van onvoldoende tijd voor het onderhouden van het netwerk. In de Utrechtse achterstandswijk Overvecht is als antwoord hierop Krachtige Basiszorg ontwikkeld.

Wat is Krachtige Basiszorg?

Krachtige Basiszorg is een integrale aanpak voor mensen met hoge gezondheidsrisico's en problematiek in meerdere domeinen. Professionals krijgen

met hulp van het 4 Domeinen (4D)-model zicht op klachten en bespreken deze met hun patiënten. Dit model gaat uit van vier domeinen: lichaam, geest, maatschappelijk en sociaal, en hun onderlinge relatie. Het legt een verband met hoe iemand zich voelt. Naast dit inzicht is vooral de samenwerking met het sociaal domein van belang. Patiënten krijgen begeleiding en zorg van het netwerk van partners dat actief is in de wijk. Door de medische en sociale zorg beter op elkaar af te stemmen, lukt het vaak wel om complexe, vastgelopen hulpverleningssituaties opnieuw richting te geven.

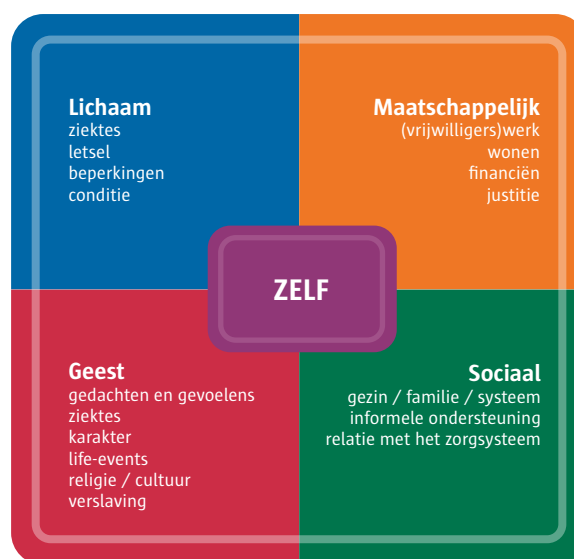
Krachtige Basiszorg werkt!

Onderzoek door het Nivel toont aan dat de aanpak in Utrecht Overvecht (kosten)effectief is. Naast een beter ervaren kwaliteit van zorg bij patiënten en een positief effect op de gezondheid van bewoners en de zorgkosten, vermindert Krachtige Basiszorg de werkdruk en leidt deze tot meer werkplezier onder huisartsen en andere zorg- en welzijnsprofessionals in de wijk.²

Naar aanleiding van het Utrechtse succes is in 2019 op landelijk niveau het initiatief genomen om in de vier grote steden (Den Haag, Amsterdam, Rotterdam en Utrecht) het concept van Krachtige Basiszorg uit te rollen. Zilveren Kruis, CZ en de Achterstandsfondsen voor huisartsen in de vier steden investeren in 2019-2020 in deze ontwikkeling om lessen te leren

Het 4D-model

Het 4 Domeinen (4D)-model is een praktisch instrument voor professionals. Hiermee kun je samen met de patiënt inventariseren wat er speelt in iemands leven op verschillende domeinen (lichaam, geest, maatschappelijk, sociaal), hoe dat zijn/haar (ervaren) gezondheid beïnvloedt en waar prioriteiten liggen om de ervaren gezondheid te verbeteren. Ook kan het gebruikt worden in de samenwerking tussen professionals uit het medische en sociaal domein om duidelijk te maken wie welke problematiek met de patiënt samen gaat oppakken en wie waar verantwoordelijk voor is. Het gebruik van het 4D-model bevordert het gebruik van een gezamenlijke taal door professionals uit verschillende domeinen. In Den Haag is het denken en werken met het 4D-model verspreid onder professionals in de wijk Laakkwartier en Spoorwijk door een gezamenlijke training.



4D-MODEL Professional Subterm © Jacqueline van Riet & Nikki Makkes, Stichting Overvecht Gezond



en deze aanpak verder te kunnen overbrengen naar andere geïnteresseerden. In totaal doen 13 pilot locaties mee, waaronder twee in Den Haag. Zij geven ieder op hun eigen manier invulling aan Krachtige Basiszorg, passend bij de specifieke behoefte van de bewoners in hun wijk. Geen stad of wijk is immers hetzelfde. Daarnaast zijn zorgverleners, zorgverzekeraars en andere betrokken partijen, zoals VWS, de Nza, ZN en de Landelijke Huisartsen Vereniging, samen op zoek naar duurzame financiering van deze manier van werken.

Nauwe samenwerking pilot locaties Den Haag

In de Haagse achterstandswijk Laakkwartier en Spoorwijk trekken de twee pilot locaties Gezondheidspunt Laakkwartier, onder aanvoering van huisartsen Evelien van der Schoor en Mariëlle Schingenga, en SHG Gezondheidscentrum Spoorwijk, onder aanvoering van huisarts Petra Stad, vanaf het begin gezamenlijk op. Beide praktijken hebben te maken met een grote groep kwetsbare patiënten waarbij binnen verschillende leefdomen de problematiek complex is. Gezamenlijk bieden zij zorg aan zo'n 10.700 patiënten. Van deze patiënten zijn er 150 in zorg gekomen bij de Praktijkondersteuner Krachtige Basiszorg.

Onderzoek door onderzoeksinstituut Nivel

Het Nivel doet onderzoek bij de deelnemende praktijken. Hierbij gaat het niet meer om de vraag of Krachtige Basiszorg werkt. Hun onderzoeksvraag richt zich op *hoe* Krachtige Basiszorg werkt: wat draagt bij aan een succesvolle toepassing van Krachtige Basiszorg. De uitkomsten van dit onderzoek zijn te gebruiken voor andere praktijken en gezondheidscentra om ook op een meer integrale manier te werken met collega's en professionals in de wijk zodat de patiënt een betere gezondheidszorg ervaart.

Samen met beleidsadviseur bij SHG Amber Bosman als projectleider en de praktijkmanagers van beide praktijken vormen genoemde huisartsen de drijvende kracht achter Krachtige Basiszorg in Den Haag. Het heeft best veel tijd en energie gekost om dit alles van de grond te krijgen. Petra Stad licht toe hoe destijds is begonnen met Krachtige Basiszorg: "Alle medewerkers van beide praktijken hebben meegedacht over de invulling van Krachtige Basiszorg: van praktijkondersteuner tot assistente en van fysiotherapeut tot huisarts. Via enquêtes en in teamsessies zijn de knelpunten of ergernissen die zij ervaren opgehaald,



De werkgroep Krachtige Basiszorg Den Haag,
Vlnr boven: Petra Stad, Evelien van der Schoor. Vlnr onder: Amber Bosman, Sana el Bouzidi,
Mariëlle Schingenga, Karin Niggebrugge, Shana Wins

gecombineerd met een brainstorm over mogelijke oplossingen. Het op basis hiervan opgestelde concrete projectplan gaf richting voor de werkgroep om écht aan de slag te gaan.”

Ontrafelen van de problematiek

Volgens huisarts Van der Schoor is meer tijd voor de patiënt een belangrijk aspect van Krachtige Basiszorg. “Iemand blijft op het spreekuur komen met hoofdpijnklaarten. Maar wat zit er nu precies achter die hoofdpijnklaarten als alle mogelijke medische oorzaken al zijn uitgesloten? Kampt iemand met werkloosheid, schulden of psychische problemen? In een standaardconsult van 10 minuten is er weinig ruimte om hier op in te zoomen. Met financiering vanuit de Krachtige Basiszorg heeft de huisarts of praktijkondersteuner een uur per patiënt (een 4D-consult) om goed te kunnen achterhalen wat er nu daadwerkelijk speelt. Vervolgens is er ook tijd om contact op te nemen met de juiste zorgverleners in de wijk voor warme overdracht.”

De 4D-consulten hebben het gewenste effect. Huisarts Stad: “Bij huisartsen zien we een vergroting van werkplezier, het gevoel dat je de patiënt iets te bieden hebt, voldoende tijd hebt voor de patiënt en beter zicht op de context van de patiënt. Patiënten voelen zich meer begrepen, ervaren de 4D-consulten als prettig, hebben minder (onnodige) verwijzingen en komen minder vaak terug.”

Een patiënt over Krachtige Basiszorg

Dit is wat een patiënt aangeeft over Krachtige Basiszorg: *“Ik zat diep in de put. Krachtige Basiszorg helpt mij te klimmen en omhoog te blijven kijken in plaats van naar beneden te kijken hoe ver ik gezonken was. Ik ben er nog niet, maar het heeft me vertrouwen gegeven in de toekomst.”* Door paniek en angst belde deze patiënt vrijwel dagelijks met de huisarts.

Mevrouw werd doorverwezen maar dit bracht haar niet wat nodig was. Door tussenkomst van de praktijkondersteuner Krachtige Basiszorg heeft mevrouw nu de juiste ondersteuning en belt ze nog ongeveer één keer per tien dagen naar de huisarts.

Samen komen tot een integrale oplossing

“Om te kunnen zorgen voor goede doorverwijzing hebben we samen een sterk netwerk in de wijk opgebouwd”, vertelt Van der Schoor. “Bij SHG Gezondheidscentrum Spoorwijk en Gezondheidspunt Laakkwartier waren bij de start al veel verschillende contacten met organisaties in de wijk. Het ontbrak echter aan een duidelijk en compleet overzicht.” Waaraan huisarts Stad toevoegt: “Naast het inventariseren van deze contacten hebben we nieuwe contacten gelegd en de bestaande contacten aangehaald. Om draagvlak te creëren, het gedachtegoed van Krachtige Basiszorg te verspreiden en een begin te maken met een gemeenschappelijke taal, hebben we in juni 2019 naast onze collega’s ook alle wijkpartners uitgenodigd voor een training in Krachtige Basiszorg en het 4D-model.”

Sinds oktober 2019 is er elke zes weken een Krachtige Basiszorg wijkteamoverleg waarbij, naast huisartsen en praktijkondersteuners uit beide praktijken, altijd een of meerdere medewerkers van het CJG, WMO, Parnassia Groep, MooiWelzijn en thuiszorg aanwezig zijn. Naast casuïstiekbespreking delen deelnemers ook informatie over hun expertise en werkwijze. Het regelmatig ontmoeten zorgt voor borging van het netwerk in de wijk en onderlinge kennisdeling.

Van der Schoor ziet een duidelijke relatie met positieve gezondheid. “Na het 4D-gesprek leggen we de patiënt de ‘what matters to your question’ voor. Ook wordt na een 4D-gesprek duidelijk waar er wel en waar er geen invloed (en dus eventuele ondersteuning) op kan worden uitgeoefend in de multi-problematiek van patiënten. Door samen met de patiënt te kijken waar de focus van de interventie wordt gelegd en dus naar wat wel mogelijk is, zie je dat de patiënt meer regie en controle krijgt over zijn leven en hoop je gezondheidsbevorderend te werken. Het 4D consult is, net als het positieve gezondheidsconsult van M. Hubert, een instrument en geen doel op zich.”

Praktijkondersteuners Krachtige Basiszorg als spil in de wijk

Bekostigd vanuit de financiering van Krachtige Basiszorg zijn in juni 2020 voor de duur van de pilot twee praktijkondersteuners Krachtige Basiszorg gestart, samen werkzaam bij zowel Gezondheidspunt Laakkwartier als SHG Gezondheidscentrum Spoorwijk. Deze praktijkondersteuners houden zich bezig met de individuele begeleiding van Krachtige Basiszorg-patiënten en afstemming met wijkpartners zodat de



patiënt de juiste zorg op de juiste plek krijgt. Daarnaast vormen zij de verbindende factor naar andere hulp- en zorgverleners in de wijk, zorgen ze voor warme overdracht, doen ze huisbezoeken en hebben ze een belangrijke rol in het motiveren van de patiënt om gebruik te maken van andere zorg- en hulpverleners in de wijk. Op het moment van schrijven is deze functie nog volop in ontwikkeling.

Inzet en investering blijft noodzakelijk

“Als huisartsen zijn we enorm blij met de komst van deze praktijkondersteuners, zij kunnen echt het verschil gaan maken in de wijk” vertelt Stad. “We hebben afgelopen tijd al veel mooie dingen bereikt met Krachtige Basiszorg, ondanks dat dit niet vanzelf ging. Toen bijvoorbeeld het coronavirus uitbrak, leek dit in eerste instantie roet in het eten te gooien. Al snel merkten we echter juist in zo’n bijzondere situatie de kracht van Krachtige Basiszorg. Zo hebben we nu onze kwetsbare patiënten beter in beeld, waardoor we hen proactief konden benaderen. En daarnaast wisten we onze wijkpartners nu ook beter te bereiken.” Het intensieve traject vraagt volgens Van der Schoor blijvende inzet en onderhoud, zeker wat betreft integrale wijk samenwerking. “We zijn dan ook nog lang niet klaar, maar we merken dat patiënten echt baat hebben bij deze aanpak, en dat het onszelf ook meer werkplezier oplevert. Dat geeft veel energie!”

Door middel van de extra financiering voor Krachtige Basiszorg is er meer tijd voor de patiënt en meer tijd voor samenwerking met partners binnen het sociaal domein. Financiering vanuit samenwerkingspartners is nodig om vanuit de aanpak Krachtige Basiszorg te kunnen blijven werken. Gezien de positieve resultaten verdient Krachtige Basiszorg een vaste plek binnen de eerstelijnszorg.

Meer informatie

Meer informatie over Krachtige Basiszorg is te vinden op www.krachtigebasiszorg.nl.

Voor een uitgebreide brochure ga naar:

<https://krachtigebasiszorg.nl/images/downloads/Brochure-Krachtige-basiszorg.pdf>

Ook is er een Toolkit Krachtige Basiszorg te vinden op: www.toolkitkrachtigebasiszorg.nl

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

OVER DE AUTEUR

Mw. A. Bosman, MSc. is gezondheidswetenschapper en werkzaam als stafmedewerker Beleid en Communicatie bij Stichting Haagse Gezondheidscentra (SHG)

Auteur bedankt de leden van de werkgroep Krachtige Basiszorg (zie foto pagina 25) en Wendy Janssen, waarnemend projectleider Krachtige Basiszorg, voor hun bijdragen aan dit artikel.

REFERENTIES

- 1 Bodenheimer T, Sinsky C. **From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider**
- 2 Roosenboom M, Makkes N, Van Wezel P. **Krachtige Basiszorg – Overzicht resultaten. Overvecht Gezond 2018.** Beschikbaar op: https://krachtigebasiszorg.nl/images/downloads/A4_Krachtige_Basiszorg_Rapport.pdf



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.

Seksueel risicogedrag jongeren

Seksueel gedrag dat kan leiden tot een seksueel overdraagbare aandoening (soa) of een ongewenste zwangerschap noemen we seksueel risicogedrag. Het bevorderen van veilige seks om een soa en ongewenste zwangerschap te voorkomen valt binnen het bredere streven naar het verbeteren van seksuele gezondheid. Hierbij staat een veilige en vrijwillige seksualiteit centraal.

In Haaglanden heeft in het schooljaar 2018-2019 10% van de scholieren uit de 3e klas vmbo (gemiddelde leeftijd 15,1 jaar) ooit geslachtsgemeenschap gehad.

Binnen Haaglanden varieert het percentage vmbo-scholieren dat ooit geslachtsgemeenschap heeft gehad van 9% in Delft en Pijnacker-Nootdorp tot 14% in Leidschendam-Voorburg.

Onder scholieren uit de 4e klas havo/vwo (gemiddelde leeftijd 16,0 jaar) heeft een op de negen leerlingen (11%) ooit geslachtsgemeenschap gehad. Binnen Haaglanden varieert het percentage havo/vwo-scholieren dat ooit geslachtsgemeenschap heeft gehad van 8% in Delft en Pijnacker-Nootdorp tot 16% in Wassenaar. Er zijn geen grote verschillen tussen jongens en meisjes op

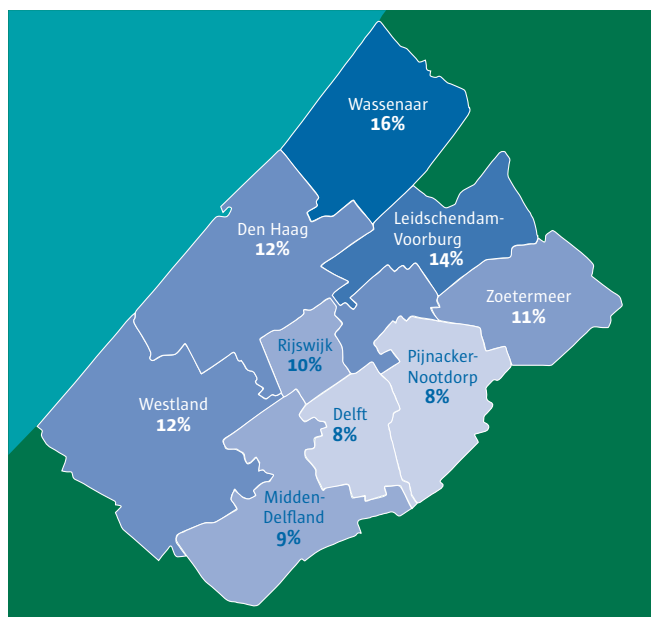
zowel het vmbo als havo/vwo in het ooit geslachtsgemeenschap hebben gehad. Ook tussen scholieren van Nederlandse en niet-Nederlandse herkomst zijn geen grote verschillen te zien; iets meer scholieren van Nederlandse herkomst op zowel vmbo als havo/vwo hebben ooit geslachtsgemeenschap gehad vergeleken met de scholieren van niet-Nederlandse herkomst. Die verschillen zijn wel duidelijk te zien naar schoolniveau: het hoogste percentage leerlingen dat ooit geslachtsgemeenschap heeft gehad is te vinden onder de havo-scholieren (16%), gevolgd door scholieren van vmbo-basis/kader (14%), vmbo-theoretische leerweg (7%) en het vwo (6%).

Condoomgebruik beschermt tegen een soa en voorkomt een ongewenste zwangerschap. In Haaglanden heeft meer dan de helft (52%) van de 3-vmbo-scholieren die ooit geslachtsgemeenschap hebben gehad, niet altijd een condoom gebruikt. Dit percentage varieert van 32% in Leidschendam-Voorburg tot 70% in Delft. Van de 4-havo/vwo-scholieren die ooit geslachtsgemeenschap hebben gehad, heeft 58% niet altijd een condoom gebruikt, variërend van 39% in Rijswijk tot 82% in Leidschendam-Voorburg. Op zowel vmbo als havo/vwo gebruiken meer jongens dan meisjes altijd een condoom en is er geen verschil in condoomgebruik tussen scholieren van Nederlandse en niet-Nederlandse herkomst. Er is wel een klein verschil naar schoolniveau; het laagste percentage dat altijd een condoom gebruikt is te zien bij havo-scholieren (40%), gevolgd door scholieren van vmbo-theoretische leerweg (44%, vmbo-basis/kader (46%) en het vwo (47%).

De meest genoemde redenen om geen condoom te gebruiken zijn het gebruik van de pil of een ander voorbehoedsmiddel, het hebben van vaste verking, het hebben van vertrouwen in elkaar en het niet bij zich hebben van condooms. Hieruit blijkt onder andere dat preventie van soa geen hoge prioriteit heeft bij deze jongeren.

Meer informatie over de gezondheid en leefstijl van onder meer de jongeren in Haaglanden maar ook van volwassenen en ouderen is te vinden in de Gezondheidsmonitor Haaglanden <https://gezondheidsmonitor.ggdhaaglanden.nl/>

Figuur 1. Percentage scholieren uit 4e klas havo/vwo dat ooit geslachtsgemeenschap heeft gehad.



Bron: JongerenPeiling 2019



Training: Omgaan met een dubbele diagnose

Veel mensen met een psychische stoornis zijn ook verslaafd aan alcohol of drugs en veel mensen met een verslaving hebben ook een psychische stoornis. In dat geval is sprake van een 'dubbele diagnose', zoals een ernstige depressie gecombineerd met een alcoholverslaving, een persoonlijkheidsstoornis met cocaïnegebruik of schizofrenie met een cannabisverslaving. Een dubbele diagnose betekent door- gaans dat iemand veel ernstige problemen op diverse leefgebieden heeft. Het omgaan met cliënten met een dubbele diagnose vraagt specifieke kennis en vaardigheden van zorgprofessionals.

Deze training van het Trimbos-instituut en het expertise- centrum dubbele diagnose (LEDD) bevat een introductie in deze problematiek en handvatten om hiermee om te gaan. Voor wie werkt in de GGZ of verslavingszorg of bij een woonvoorziening, maatschappelijke opvang of aanpalende organisatie en behoefte heeft aan meer kennis en vaardighe- den bij het omgaan met cliënten met een dubbele diagnose.

Datum: 10 december 2020

Locatie: Trimbos Utrecht

Kosten € 395,- excl. btw

(Bron: Trimbos.nl)

Persoonlijkheidsproblematiek in het verpleeghuis

Deze gratis webinar van het Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie NKOP gaat over persoonlijkheidsproblematiek in het verpleeg- huis. Hoe kunnen zorgteams het beste met deze uitdagende groep bewoners omgaan en welke behandel mogelijkheden zijn er? De webinar behandelt twee modellen die toegepast kunnen worden, het CoMBI-model en het Jeffrey Young's schemamodel.

Deze webinar is bedoeld voor zorgprofessionals die werkzaam zijn in de VVT of GGZ .

Datum: 10 december 2020 van 15.00 tot 17.00 uur

Organisator: Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie (NKOP)

Locatie: Online

Kosten: Gratis

(Bron: Trimbos.nl)

Irene van der Meer volgt Geertje Ariëns op als hoofdredacteur Epidemiologisch Bulletin

Het Epidemiologisch Bulletin heeft met ingang van september 2020 een nieuwe hoofdredacteur. Senior epidemioloog bij GGD Haaglanden Irene van der Meer neemt het stokje over van Geertje Ariëns, die afscheid nam van de GGD. Geertje was vanaf 2006 lid van de redactie, eerst als kernredacteur en sinds oktober 2018 als hoofdredacteur. De redactie bedankt Geertje Ariëns voor haar betrokken, vakkundig en bevoegen deelname aan de redactie en wens haar veel goeds in haar nieuwe baan.

Machine learning in de klinische praktijk

Machine learning is een vorm van statistiek die zich richt op voorspellen, bijvoorbeeld van de zorgvraag of zorgbehoefte van een patiënt. De computer doet deze voorspellingen door complexe patronen in grote hoeveelheden data te herkennen en in kaart te brengen. Machine learning is in korte tijd zeer relevant geworden binnen de zorg, omdat de vraag naar gepersonaliseerde en proactieve zorg steeds sterker wordt. Machine learning-projecten maken het bijvoorbeeld mogelijk te voorspellen welke specifieke patiënten wel of niet geholpen zijn met bepaalde behandelingen. Uiteindelijk doel is om de effectiviteit, kwaliteit en betaalbaarheid van behandelingen te vergroten.

In deze leergang van 5 dagen in een periode van 15 weken leren deelnemers hoe zij machine learning kunnen toepassen in de eigen praktijk. Het is mogelijk om tijdens de leergang te werken aan een eigen project of PhD-onderzoek.

Data: 2 februari, 2 maart, 30 maart, 27 april, 1 juni 2021

Trimbos Utrecht

Kosten: € 2.500,- excl. btw

Epidemiologisch Bulletin september 2020 niet ontvangen?

Helaas is er bij de bezorging van het Epidemiologisch Bulletin nr 3/2020 iets niet goed gegaan. Mocht u het bulletin niet hebben ontvangen, wilt u dat dan doorgeven aan epibul@ggghaaglanden.nl? We zorgen dat het alsnog wordt toegestuurd.

Zorgen over personen met verward gedrag door corona noopt tot samenwerking

GGZ-instellingen vrezen dat de coronacrisis gaat zorgen voor een toename van verwarde personen. Directeur Veronique Esman van de Nederlandse GGZ: “De coronacrisis en de financiële problemen die dat veroorzaakt vergroten het risico dat mensen in kwetsbare situaties terechtkomen en maatschappelijk door het ijs heen zakken. Bij onze lid-instellingen leven daar grote zorgen over. Dat noopt tot verdere samenwerking tussen onze sector, de politie, maar ook andere maatschappelijke partijen. Samenwerking is op veel fronten al op gang gekomen, maar moet intensiever om de aankomende problemen het hoofd te bieden”.

De problemen die de politie ervaart in de omgang met verwarde personen zijn al langere tijd onderwerp van gesprek tussen de politie en de Nederlandse GGZ. Esman: “De omgang met personen met verward gedrag plaatst ook crisisdiensten voor duivelse dilemma’s. Regelmatig is verward gedrag

overlastgevend, maar is de persoon in kwestie niet bereid zorg of hulp te accepteren of voldoet het gedrag niet aan de wettelijke criteria voor gedwongen opname waar wij aan gehouden zijn.”

Volgens Esman is het cruciaal dat alle maatschappelijke partners die samenwerken met de ggz de problematiek van personen met verward gedrag als een uitdaging zien. Personen met verward gedrag hebben vaak complexe problematiek op meerdere levensgebieden. Juist daarom is een goede samenwerking op de andere levensdomeinen essentieel. Er zijn in de afgelopen tijd veel projecten gestart met veelbelovende resultaten. Onze oproep is best practices, zeker met de verwachte stijging nu versneld op te schalen naar landelijk niveau.”

(Bron: denederlandseggz.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.

Storytelling en narratieve communicatiemethoden

Je hoort deze termen steeds vaker. Wat wordt er eigenlijk onder verstaan? Goede verhalen leggen waarden bloot, verbinden heden, verleden en toekomst en zetten aan tot actie. Deze module laat diverse vormen van storytelling en narratieve communicatiemethoden zien en hoe je die kunt inzetten in de gezondheidszorg en preventie.

Voor preventiemedewerkers, communicatieprofessionals, onderzoekers, projectleiders en andere professionals in de Public Health die hun doelgroepen graag beter willen leren kennen en bereiken.

Datum: 17 december 2020

Locatie: Gouda

Kosten: € 410,-

Lobbyen en netwerken

Hoe krijg je een onderwerp op de (politieke) agenda? Ontdek hoe je je netwerk optimaal inzet en hoe je met lobbyen invloed uitoefent op de agenda's van relevante partijen. Aan de hand van een persoonlijk lobby-doel ontwerp je een plan. Voor professionals werkzaam in de public en occupational health.

Datum: 25 januari en 8 februari 2021

Locatie: Utrecht en Amsterdam

Kosten: € 830,-

Persoonlijk leiderschap: zo neem je de leiding!

Persoonlijk leiderschap krijgt een steeds centralere rol in de medische wereld. Het betekent dat je weet wie je bent, wat je wilt en hoe je dat gaat realiseren. Je hoeft dus geen geboren leider te zijn om persoonlijk leiderschap te tonen. Deze module leert je je eigen meerwaarde in te zien. Voor sociaal geneeskundigen, huisartsen, verpleegkundigen en gezondheidsprofessionals.

Datum: 27 januari 2021

Locatie: online

Kosten: € 415,-

Culturele diversiteit in de gezondheidszorg

Het is prettig als je weet welke culturele factoren een rol spelen in de beleving van ziekte en gezondheid.

Leer hoe je tijdens jouw consult optimaal rekening houdt met verschillende culturen.

Voor professionals die te maken hebben met culturele diversiteit in de gezondheidszorg.

Datum: 11 februari en 11 maart 2021

Locatie: Utrecht

Kosten: € 830,-

Grip op budget

Ben je verantwoordelijk voor het budget van een project, team of afdeling of wil je die verantwoordelijkheid ooit kunnen dragen? We voeren je graag in in de kernbegrippen en kernvragen van financieel management op een wijze die voor 'non-financials' begrijpelijk en hanteerbaar is.

Voor professionals in de public of occupational health.

Datum: 3, 10 en 17 maart 2021

Locatie: Utrecht

Kosten: € 1245,-

Schrijfvaardigheid en argumentatie

Is schrijven ook in jouw werk een belangrijk onderdeel?

Om de inhoud van een tekst goed voor het voetlicht te krijgen, is toegankelijk en doeltreffend schrijven cruciaal.

Deze module geeft je de tijd om tot een effectieve betogende tekst te komen. Vanuit het idee: eerst denken, dan schrijven. Met aandacht voor logische, overtuigende argumentatie.

Voor sociaal geneeskundigen, gezondheidswetenschappers, verpleegkundigen en andere professionals in de Public & Occupational Health, die hun kwaliteiten als schrijver van overtuigende (beleids-)teksten willen verbeteren.

Datum: 10 en 24 maart en 14 april 2021

Locatie: online

Kosten: € 1245,-

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

Nieuw landelijk meldpunt Zorgwekkend gedrag: 0800-1205

Sinds begin oktober is een nieuw landelijk meldpunt Zorgwekkend gedrag gratis bereikbaar op 0800-1205. Het meldpunt is een landelijk doorschakelnummer, dat bellers doorverbindt met een lokaal meldpunt in de wijk, stad of regio. Op die manier kunnen mensen die zich zorgen maken over een naaste in contact komen met zorgverleners in de buurt.

De melding kan gaan om personen met een (licht) verstandelijke beperking, dementie, een psychische aandoening, of levensproblemen zoals schulden of verlies van dierbaren. Problemen waarbij zorg en ondersteuning nodig is, maar die mensen niet altijd zelf opzoeken.

Een melding via het landelijk meldpunt kan het begin zijn van een hoognodig hulptraject. Bijkomend effect dat verwacht wordt, is dat de politie minder vaak in actie hoeft te komen, omdat de lokale hulpverlening toegankelijker wordt.

Partijen zoals GGD GHOR Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, politie, MIND Korrelatie, ervaringsdeskundigen en regionale meldpunten hebben een bijdrage geleverd aan de totstandkoming. Bij acute crisis of gevaar is zoals gebruikelijk het nummer 112 beschikbaar, of de lokale crisisdienst van de ggz.

Tegelijk met het landelijke meldpunt is ook de website, www.meldpuntzorgwekkendgedrag.nl gelanceerd. Deze bevat onder andere ervaringsverhalen van mensen die ook een melding hebben gedaan en mensen die de telefoon bij een meldpunt aannemen. Ook staan er adviezen over hoe het beste om te gaan met verschillende typen zorgwekkend gedrag.

(Bron: ggdghorkennisnet.nl)

Verstandelijke beperking: handicap voor de huisarts?

Sandra Goren, Irene van Kampen en Mathilde Mastebroek schreven hierover een artikel in H&W.

“Ongeveer 1% van de Nederlanders heeft een verstandelijke beperking en vrijwel iedere huisarts ziet in de praktijk een aantal patiënten uit deze kwetsbare groep. De communicatie met deze patiënten moet worden aangepast aan het ontwikkelingsniveau, dat per patiënt kan verschillen. Ook kennis van het zorgnetwerk rondom de patiënt is van belang, zodat dit kan worden ingezet bij heteroanamnese en begeleiding. Bij de diagnostiek en behandeling helpt het op de hoogte te zijn van veelvoorkomende medische problematiek bij deze groep. Voor de bijkomende medische, psychische en sociale problemen die patiënten met een verstandelijke beperking vaak hebben, kan worden verwezen naar een arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG).”

Het gehele artikel staat in het wetenschappelijk tijdschrift voor huisartsen, *Huisarts en Wetenschap* van 25 juni 2020. Zie www.henw.org

Basiscursus anticonceptie en onbedoelde zwangerschap

Rutgers Kenniscentrum Seksualiteit biedt een workshop met alle antwoorden op je vragen over anticonceptie en onbedoelde zwangerschap. Met kennis over anticonceptie, de vormen van anticonceptie, welke mythes en misverstanden er zijn en wat te doen als een cliënt zich zorgen maakt over een mogelijk onbedoelde zwangerschap. Bedoeld voor zorgprofessionals en geaccrediteerd voor doktersassistenten en verpleegkundigen.

Informatie: www.leerportaal.rutgers.nl
(Zie ook het artikel ‘Haagse Kansrijke Start op pagina 14 van dit Bulletin)



Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 3e kwartaal 2020

Ziekte	3e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 3e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	3e kwartaal 2020	3e kwartaal 2019	3e kwartaal 2018	1e t/m 3e kwartaal 2020	1e t/m 3e kwartaal 2019	1e t/m 3e kwartaal 2018
A-ZIEKTEN						
MERS-CoV						
Pokken						
Poliomyelitis anterior acuta						
SARS						
Virale hemorrhagische koorts						
COVID 19	9.159			12.142		
B-ZIEKTEN						
(humane infectie) avaire influenza						
Difterie						
Pest						
Rabiës (hondsdoelheid)						
Tuberculose	15	20	25	61	50	69
Buiktyfus		1		1	2	3
Cholera						
Hepatitis A	1	2	5	1	2	13
Hepatitis B acuut		1		3	4	
Hepatitis B chronisch	14	31	31	65	96	98
Hepatitis C acuut		1	1		2	4
Hepatitis C chronisch	5	14		17	38	
Kinkhoest	4	118	84	65	324	181
Mazelen			1		6	7
Paratyfus A,B,C		1	4		3	6
Rubella						
STEC (E. coli)	4	7	9	13	14	21
Shigellose	2	18	22	15	46	34
Invasieve GAS		3	3	6	24	9
Voedselinfectie	1	1	6	1	3	6
C-ZIEKTEN						
Antrax (miltvuur)						
Bof		2	2	5	5	3
Botulisme						
Brucellose				2	1	
CPE	3	4		7	4	
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob klassiek			1	2	1	3
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob variant						
Gele koorts						
Invasieve Hib					2	1
Hantavirusinfectie				1		

Vervolg overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 3e kwartaal 2020

Ziekte	3e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 3e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	3e kwartaal 2020	3e kwartaal 2019	3e kwartaal 2018	1e t/m 3e kwartaal 2020	1e t/m 3e kwartaal 2019	1e t/m 3e kwartaal 2018
Legionellose	11	9	16	18	17	28
Leptospirose		2	1	1	2	1
Listeriose		2	3	3	2	5
Malaria		5	11	7	16	17
Meningokokkose		5	4	3	12	14
MRSA-infectie (cluster buiten ziekenhuis)						
Invasieve pneumokokken (bij kinderen)		1	1	3	3	3
Psittacose		1		4	5	
Q-koorts						
Tetanus						
Tularemie						
Trichinose						
West-Nilevirus						
Zikavirus						
Totaal	9.219	249	230	12.446	684	526

Infectieziekten gemeld door instellingen 2020

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de meldingen door instellingen in de eerste drie kwartalen 2020. 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/exanthemen	30	8		3	1	42
Impetigo (krentenbaard)	9	2				11
Gastro-enteritis	9			20		29
Schimmelinfectie						
Luchtweginfectie/ influenza-achtig ziektebeeld	60	137	1	180	3	381
Anders*				1		1
Eindtotaal	108	147	1	204	4	464

* anders: BRMO



Meldingen infectieziekten eerste halfjaar 2020

De eerste negen maanden van 2020 staan in het teken van het nieuwe COVID-19 virus.

In de regio Wuhan in China startte in december 2019 een uitbraak van een nieuw coronavirus. Op 30 januari 2020 heeft de WHO (Wereld Gezondheidsorganisatie) de uitbraak tot een internationale bedreiging voor de volksgezondheid uitgeroepen, op 11 maart verklaarde de WHO COVID-19 tot een pandemie. Op 27 februari 2020 was de eerste patiënt in Nederland. Op 28 februari heeft de GGD Haaglanden de eerste melding ontvangen. Daarna steeg het aantal meldingen snel (febr. 1; maart 463; april 1571; mei 485; juni 464; juli 490; augustus 1965; september 6704).

Het aantal meldingen van de andere infectieziekten laat vanaf maart een daling zien en blijft achter ten opzichte van vorige jaren. Dit is verklaarbaar vanuit de algemene hygiëne-adviezen en lockdown in Nederland, waardoor er ook voor andere infectieziekten een kleinere kans op transmissie is. Daarnaast is de gezondheidszorg een periode voor niet-spoed geminimaliseerd. Hierdoor zijn er bijvoorbeeld minder onderzoeken op hepatitis B en C verricht. Opvallend is dat het aantal kinkhoestmeldingen de afgelopen maanden bijna tot 0 gedaald is. Legionellose laat wel een in de zomermaanden gebruikelijke stijging zien.

Op basis van artikel 26 zijn er het eerste half jaar 464 meldingen bij de GGD gedaan. Ruim 80% hiervan betrof luchtwegklachten (COVID-19 of COVID-19 gerelateerde klachten). In de maanden maart en april kwamen deze meldingen vooral uit de langdurige zorg. In mei zijn de kinderopvang en basisscholen weer open gegaan en heeft de GGD ook vanuit deze sector de nodige meldingen binnen gekregen. Sinds de zomer komen deze meldingen uit alle drie de sectoren (kinderopvang, onderwijs en zorginstellingen).



COLOFON

December 2020, 55^{ste} jaargang nr. 4

REDACTIE

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 (hoofdredacteur)
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

Beeldbank Den Haag
Krachtige Basiszorg

Uitgave

GGD Haaglanden

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

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

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

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

ISSN 0921-6219

BEZOEKADRESSEN

Westeinde 128
2512 HE Den Haag

Reinier de Graafweg 5
2625 AD Delft

Croesinckplein 24-26
2722 EA Zoetermeer

POSTADRES

Postbus 16130
2500 BC Den Haag

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

www.ggdhaaglanden.nl