

# Epidemiologisch bulletin

TIJDSCHRIFT VOOR  
VOLKSGEZONDHEID EN ONDERZOEK  
IN REGIO HAAGLANDEN

JAARGANG 56  
NR 1

2021



## Daling sterfte rondom geboorte, aandacht voor risicogroepen blijft nodig

Corona: inzet op  
capaciteit en kwaliteit  
van testen en traceren

Jaaroverzicht meldingen  
afdeling Infectieziekten-  
bestrijding 2020

# IN DIT NUMMER

**Corona: inzet op capaciteit en kwaliteit van testen en traceren; van crisisinzet naar georganiseerde aanpak en een team van 500 collega's** 4

*Liesbeth van Dalen*

**Daling sterfte rondom geboorte, aandacht voor risicogroepen blijft nodig** 8

*Nasra Karamali, Niels Gerrits, Loes Bertens en Irene van der Meer*

**Gezondheid in cijfers: Ervaren gezondheid jongeren** 21

**Korte berichten** 22

**Meldingen infectieziekten 4e kwartaal 2020** 26

**Jaaroverzicht 2020 afdeling Infectieziektebestrijding GGD Haaglanden** 28

*Dianne van der Zande*

Wilt u reageren op deze uitgave van het Epidemiologisch Bulletin?

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



# Redactioneel

Het eerste Epidemiologisch Bulletin van 2021 start met een interview over corona. Nu wordt er al heel veel gezegd en geschreven over corona, toch is de redactie van mening dat dit interview van toegevoegde waarde is. Het geeft een beeld van de inzet van GGD Haaglanden op het testen en traceren van besmettingen met het coronavirus. Dagelijks kunnen er in Haaglanden zo'n 9.000 testen worden afgenomen, en zijn er ruim 400 mensen bezig met bron- en contactonderzoek. Een prestatie van formaat dat dit op relatief korte termijn is opgezet. Mooi om u als lezer te laten zien wat er vanuit de GGD gebeurt op dit terrein en hoe dat verlopen is.

Naast de corona-werkzaamheden gaan ook de reguliere taken van de GGD door. In de vorige uitgave van het Bulletin las u over het programma Haagse Kansrijke Start, gericht op een optimale start vanaf de zwangerschap tot en met het tweede jaar. In het huidige nummer vindt u een artikel waarin dieper wordt ingegaan op de trends in perinatale gezondheid. Ook hier is een prestatie van formaat zichtbaar, al zal ik als epidemioloog altijd nuanceren dat we geen zicht hebben op oorzaak en gevolg. Feit is dat de cijfers laten zien dat de perinatale sterfte (sterfte van de foetus/baby rondom de geboorte) in

Den Haag is gedaald naar het landelijk gemiddelde. Aangezien de gezondheid in grote steden over het algemeen slechter is dan landelijk, had ik totdat ik deze cijfers zag niet verwacht dat dit echt zo snel bereikt zou zijn. Helaas zijn de verschillen tussen de wijken met en zonder achterstand nog niet afgenomen, een mooie uitdaging voor de komende periode.

Met het jaarlijkse overzicht infectieziekten komen we weer terug op corona. Hierin zien we ook dat het aantal meldingen van de andere infectieziekten in Haaglanden vanwege de coronamaatregelen is gedaald. In de rubriek gezondheid in cijfers staat de ervaren gezondheid van de jongeren in Haaglanden centraal. In de media komen de jongeren naar voren als groep waar we ons zorgen om moeten maken, zij hebben veel last van de maatregelen om corona terug te dringen. De cijfers die wij presenteren betreffen echter de periode vóór corona. Het is goed om te beseffen hoe de situatie was voordat corona en de maatregelen onze levens zo veranderde. Een ruime meerderheid ervoer de eigen gezondheid als (zeer) goed, maar toch ook een flinke groep niet.

Irene van der Meer, hoofdredacteur



# Corona: inzet op capaciteit en kwaliteit van testen en traceren

Het opsporen van besmette personen en opleggen van quarantainemaatregelen is sinds de uitbraak van COVID-19 in februari 2020 sterk toegenomen en versneld.

De testcapaciteit is in het hele land dusdanig dat alle personen met klachten passend bij COVID-19 zich gratis en zonder tussenkomst van een arts kunnen laten testen bij de teststraten die door de GGD'en zijn opgezet. Tevens is de capaciteit van de GGD'en opgeschaald om bij alle nieuwe COVID-19-patiënten intensief bron- en contactonderzoek te kunnen doen.

Zo ook bij GGD Haaglanden. In een interview geven programmamanager Robert Schaafsma en operationeel manager Hester Sanderman een beeld van de inzet.

## Liesbeth van Dalen

De crisisaanpak heeft begin juni plaatsgemaakt voor een georganiseerde inzet vanuit het Programma Corona (testen en traceren). Ook zijn er voor de uitvoering ervan veel nieuwe mensen geworven van buiten de GGD. Dagelijks kunnen inmiddels zo'n 9000 testen worden afgenomen (mensen worden bemonsterd). Er zijn ruim 400 mensen per dag bezig om bron- en contactonderzoek uit te voeren.

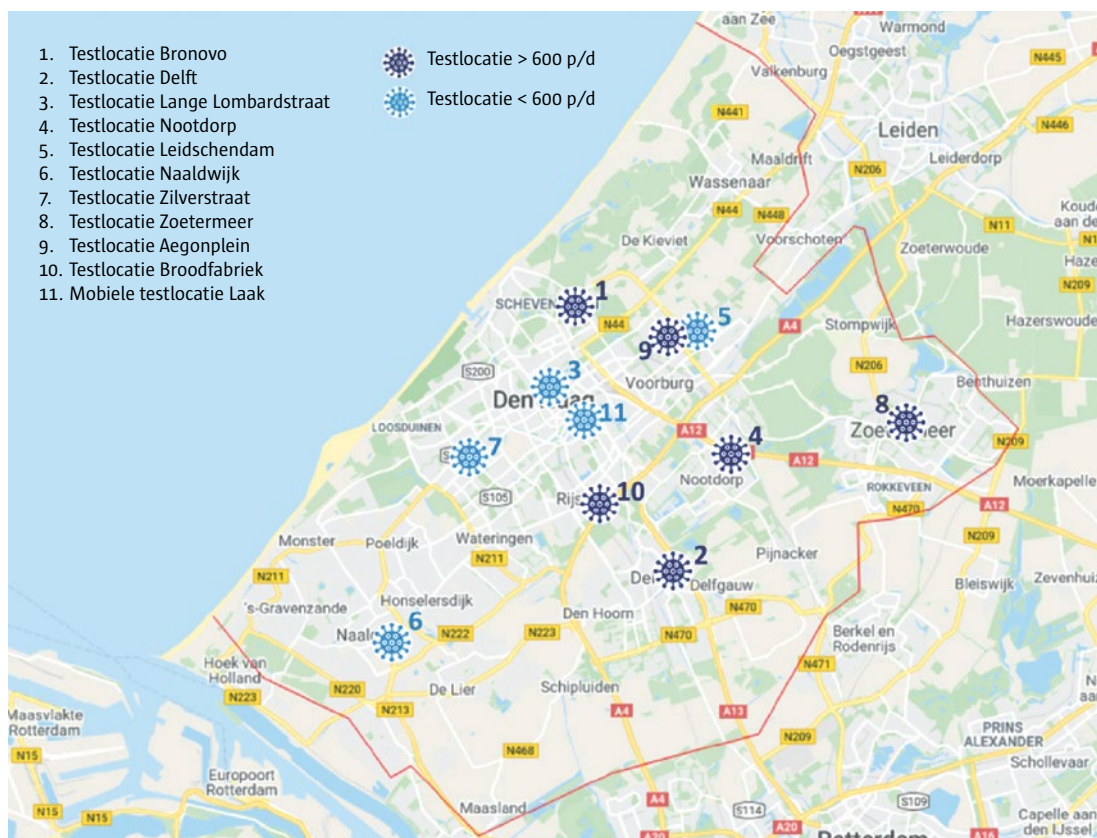
Binnen GGD Haaglanden vormen het Eerste Contactcentrum (ECC), het Bron- en Contactonderzoek (BCO), de zogenaamde Outbreakteams en de afdeling Infectieziektenbestrijding (waarbinnen ook de medische eindverantwoordelijkheid is ondergebracht) de spil in de aanpak van de pandemie. Bij het ECC kunnen mensen veelal terecht met (medische) vragen. De BCO-afdeling richt zich op het bron- en contactonderzoek van de (individuele) burger en de Outbreakteams richten zich op uitbraken op scholen, kinderopvang, instellingen en bedrijven en op plekken waar veel mensen samenkomen. Binnen de afdelingen wordt vanzelfsprekend nauw samengewerkt.

De GGD-kantoorlocatie op het Westeinde is in gebruik door de genoemde outbreakteams. Voor de medewerkers van het ECC en BCO zijn werkrumtes gevonden in het gemeentehuis aan het Spui en in het stadsdeelkantoor Ypenburg. Het trainingscentrum is gehuisvest in het stadsdeelkantoor Laak. Daarnaast wordt er op steeds grotere schaal thuisgewerkt.

Sanderman: "De werving van nieuwe medewerkers voor met name het bron- en contactonderzoek verliep en verloopt nog steeds bijzonder goed. Werving gebeurt met name via Randstad, daarna volgen ze bij ons een vierdaagse BCO-training en worden ze verder ingewerkt 'on the job' door en onder begeleiding van supervisors en senior BCO'ers. Elke ochtend krijgen ze een online briefing over onder andere (veranderingen in) werkinstructies en stand van zaken. De supervisors en seniors controleren de dagelijks uitvoering, daarnaast worden de teams begeleid door artsen en aangestuurd door procescoördinatoren. De achtergronden van de medewerkers zijn heel divers qua opleiding, kennis, ervaring en leeftijden,



**Figuur 1:** Testlocaties GGD Haaglanden



zoals (gepensioneerde) artsen, (medische) studenten, die al dan niet tijdelijk gestopt zijn met hun studie, mensen uit de horeca, evenementenbranche of anderszins. Deze diversiteit geeft een bijzondere dynamiek; in deze ‘inclusieve’ organisatie heerst het gevoel van met elkaar de schouders eronder zetten.”

### Meer mensen testen en sneller de uitslag

De achterliggende maanden kenmerkten zich door het steeds verder opschalen van testcapaciteit en het sneller doorgeven van de testuitslagen.

Binnen regio Haaglanden heeft de GGD inmiddels tien teststraten in beheer plus een mobiele testlocatie (zie figuur 1).

GGD Haaglanden begon met een kleine centraal gelegen teststraat bij het Van der Valk Hotel in Nootdorp. Hierna is ingezet op een spreiding van de locaties over de regio op relatief korte reisafstand van elkaar. Het tempo van opschaling van de testcapaciteit ondervond in het begin vertraging als gevolg van beperkte labcapaciteit. Inmiddels is dat geen probleem meer.

Mensen kunnen snel een afspraak krijgen en er zijn goede afspraken met meerdere labs. Daarmee lag de tijd tussen afname en uitslag van een test begin februari 2021 gemiddeld op 11,2 uur. Dat plaatste GGD Haaglanden op dat moment hoog in de landelijke

*Met een gemiddelde van 11,2 uur tussen afname en uitslag van een test stond GGD Haaglanden begin februari hoog in de landelijke benchmark van de GGD-en.*

benchmark van de GGD-en. Schaafsma: “In plaats van in te spelen op daling of stijging is er sinds december altijd voldoende capaciteit en kunnen mensen soms al binnen een uur terecht. Zorgmedewerkers en onderwijzend personeel kunnen altijd uiterlijk de volgende ochtend terecht in een teststraat waar een (PCR) test wordt afgenomen en de uitslag snel bekend is. Op dit moment wordt er landelijk, door alle GGD’en tezamen, gewerkt aan het opvoeren van de testcapaciteit van 100.000 naar 175.000 per dag (door naast PCR testen ook sneltesten aan te bieden) per eind maart 2021. Voor Haaglanden betekent dit zo’n 14.000 testen per dag.”

### Bron- en contactonderzoek vraagt flexibiliteit en overtuigingskracht

Bij een uitbraak loopt het aantal positieve testuitslagen enorm snel op. Afhankelijk van het type BCO-onderzoek varieert volgens Schaafsma de door-

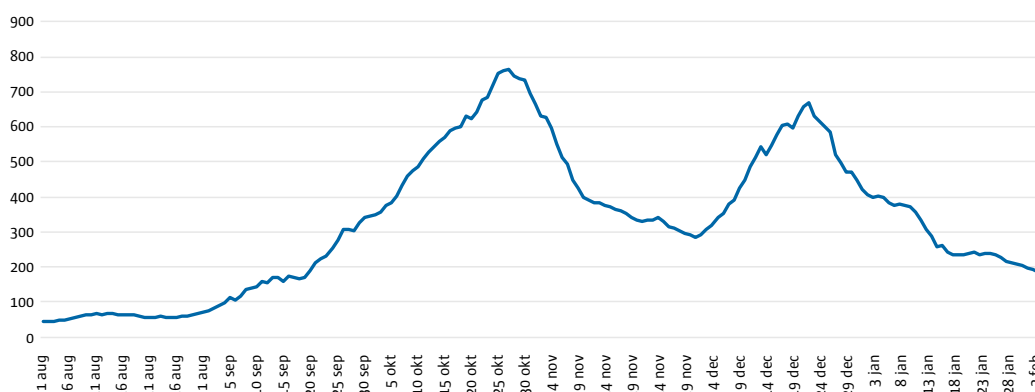
looptijd van één BCO van een half uur tot wel 12 uur per besmette persoon. “We onderscheiden vijf fasen, waarbij in fase 1 alle contacten in beeld worden gebracht, gecontacteerd en gemonitord, terwijl fase 5 slechts het doorbellen van de uitslag en vastleggen van de gegevens behelst.”

Sanderman herinnert zich de enorme toeloop van het aantal testen rond Sinterklaas. “We hadden een stijging voorzien maar niet verwacht dat zoveel mensen zich last minute zouden willen laten testen. We hadden er met Kerst opnieuw rekening mee gehouden, een echte piek bleef toen uit. Sowieso is inmiddels bekend dat het aantal testen in de weekenden lager ligt, op maandagen is het dan vaak weer een extra drukke dag. In aanvulling op onze eigen BCO-capaciteit, maken we overigens gebruik van zowel regionale support als van landelijke ondersteuning. Er zijn landelijke afspraken gemaakt om uniformiteit te bereiken.”

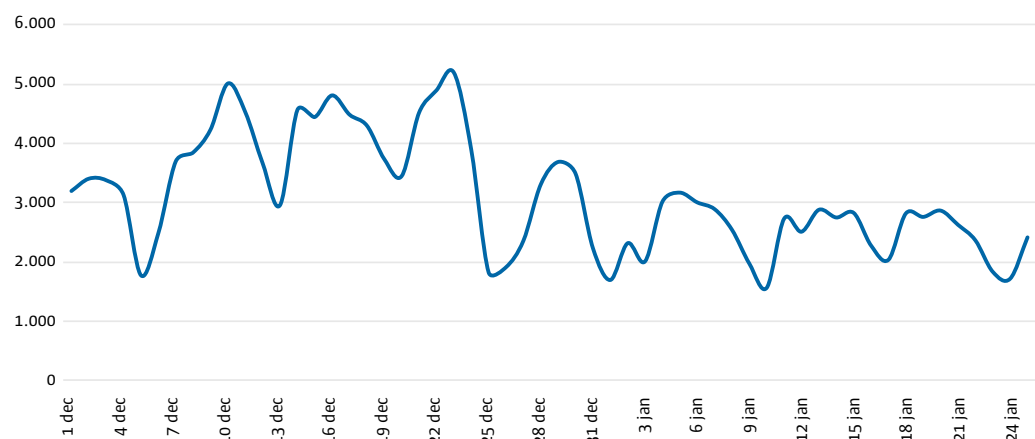
De BCO-medewerkers zijn onder andere getraind om mensen te verlokken zich aan de quarantaine te houden en zoveel mogelijk hun contacten door te geven. “Je merkt dat mensen het soms lastig vinden om hun nauwe contacten te noemen, want die zouden dan ook in quarantaine moeten. En bijvoorbeeld mensen die als arbeidsmigrant werken laten zich niet snel testen of willen niet in quarantaine, want dan zijn ze hun werk en dus inkomen kwijt. Het is de kunst om hen te overtuigen het wel door te geven. Ook gebeurt het dat mensen ergens bij de kassa of in een andere publieke omgeving staan als we de uitslag doorbellen.”

Naast opschalen en versnellen, is ook de kwaliteit in het Programma Corona verder ontwikkeld. Nieuwe medewerkers krijgen de eerdergenoemde vierdaagse opleiding, er is een kwaliteitsteam ingesteld en er wordt gewerkt aan deskundigheidsbevordering in het

Nieuw gemelde COVID-19 besmettingen per dag vanaf 1 augustus 2020 (GGD Haaglanden).



Aantal testen per dag (GGD Haaglanden).



voeren van gesprekken. Er zijn doorgroei mogelijkheden naar andere functies binnen het Programma, zoals senior BCO'er, supervisor of procescoördinator. Ook het bezoek en de rapportage van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd hebben de kwaliteit bevorderd.

Schaafsma en Sanderman kijken terug op een dynamische periode die zich kenmerkt door een enorme inzet en gedrevenheid. "Snel handelen en bijsturen, daar gaat het om en dat is wat we doen. We worden als GGD voortdurend 'overvallen' door nieuw beleid of initiatieven. Soms wel eens te snel, zoals de keer dat we in de krant moesten lezen wat Minister de Jonge de volgende dag van ons verwachtte. Dan piept en kraakt het even tot we dat weer ingeregeld hebben. Zo verliep ook de planning en inrichting van een XL-teststraat buiten de GGD om, maar werd de GGD kort voor de opening wel

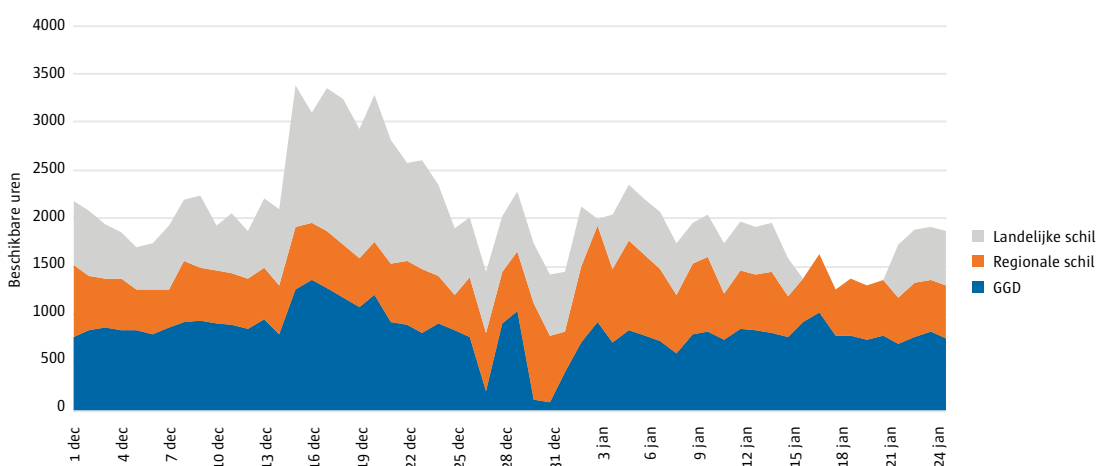
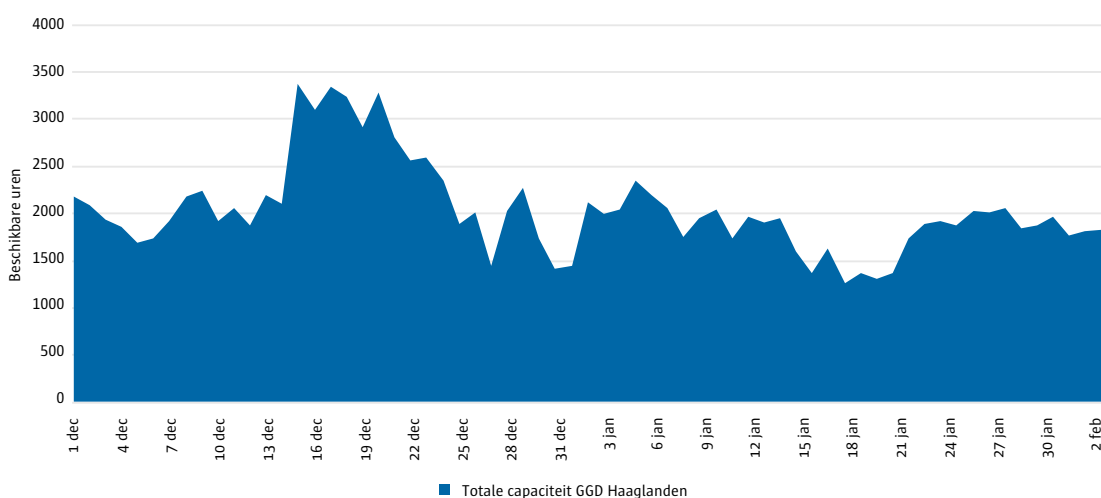
gevraagd daar de verantwoordelijkheid voor te nemen. Wij begrijpen dat het soms niet altijd kan, maar ons advies aan de politiek is wel: betrek de lokale en professionele kennis van de GGD altijd aan de voorkant. Dat scheelt vaak veel werk voor een ieder."

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

#### OVER DE AUTEUR

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

Omvang en aantallen BCO's (GGD Haaglanden).



# Daling sterfte rondom geboorte, aandacht voor risicogroepen blijft nodig

Onderzoek naar Haagse perinatale sterfte en morbiditeit in de periode 2014-2018 in vergelijking met 2009-2013 toont een gunstig beeld met dalende cijfers. Perinatale sterfte liep terug van 8,2 per 1.000 geboorten in 2009-2013 naar 6,6 per 1.000 in 2014-2018, en is daarmee op het landelijk gemiddelde gekomen. Perinatale morbiditeit nam af van 17,2 per 100 levendgeborenen naar 16,6 per 100. Wel waren perinatale sterfte en morbiditeit nog steeds hoog in de wijken met een lage SES-score en bij vrouwen van een niet-westerse afkomst.

Aandacht voor perinatale gezondheid blijft aldus de onderzoekers van belang, ook in het kader van het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Het actieprogramma Haagse Kansrijke Start zal verder gaan met de reeds bestaande opzet van Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid (HAPG) en de zorg voor het kind verder uitbreiden en verbeteren tot de eerste 1.000 dagen. Voor verbetering van de perinatale gezondheid van kwetsbare groepen blijft onderzoek naar risico's en behoeften echter onverminderd van belang.

[Nasra Karamali, Niels Gerrits, Loes Bertens en Irene van der Meer](#)

## Inleiding

Sterfte rondom de geboorte (perinatale sterfte) wordt wereldwijd beschouwd als een belangrijke indicator van de gezondheid van zwangere vrouwen en hun baby's, en van de kwaliteit van de zorgverlening tijdens de zwangerschap en bevalling. Prematuriteit (zwangerschapsduur <37 weken) en een te laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur (samen perinatale morbiditeit genoemd) zijn belangrijke voorspellers van perinatale sterfte en worden daarom vaak samen gerapporteerd met perinatale sterfte. De laatste jaren is er veel aandacht voor dit thema, omdat steeds meer blijkt dat de eerste duizend dagen (vanaf voor de zwangerschap tot tweede verjaardag) cruciaal zijn voor een goede start van een kind. De gezondheid van een kind voor, tijdens en na de

geboorte is namelijk een belangrijke voorspeller van zowel fysieke als mentale gezondheid op latere leeftijd.

Het Epidemiologisch Bulletin rapporteerde vaker over perinatale sterfte en morbiditeit in Den Haag. In 2011 verscheen het eerste artikel naar aanleiding van een Europees onderzoek waaruit bleek dat Nederland in het algemeen, maar Den Haag in het bijzonder, slecht scoorde op het gebied van perinatale sterfte.<sup>1</sup> Uit een eerste verdiepend onderzoek naar perinatale gezondheid in de jaren 2000-2008 in Den Haag bleek dat perinatale sterfte vooral hoog lag in de wijken met een lage sociaaleconomische status (SES) en onder vrouwen van niet-westerse afkomst. Het wonen in een wijk met een lage SES-score en niet-westerse afkomst waren, onafhankelijk van elkaar, gerelateerd aan een







hoger risico op perinatale sterfte en morbiditeit. De hoge perinatale sterftcijfers in Den Haag waren in 2012 aanleiding om te starten met de Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid (HAPG). De resultaten van het verdiepend onderzoek waren richtinggevend voor deze aanpak. De aanpak had twee ambities. Ten eerste, binnen tien jaar het Haagse perinatale sterftcijfer omlaag te brengen tot het landelijk gemiddelde en ten tweede het verschil in perinatale sterftcijfers tussen de wijken met een hoge en wijken met een lage SES te halveren. In 2019 is deze aanpak aangesloten bij het landelijke programma Kansrijke Start, waardoor de bestaande aanpak werd verbreed. De ambitie van Haagse Kansrijke Start is dat alle kinderen die in Den Haag worden geboren gezond ter wereld komen en de meest optimale start krijgen om zich zo gezond en veilig mogelijk te ontwikkelen.<sup>2</sup> Het is een breed programma voor kwetsbare ouders, wat zich richt op de periode voor de zwangerschap, tijdens de zwangerschap en na de geboorte tot de tweede verjaardag van het kind (de eerste 1000 dagen). In het decembernummer van 2020 van het Epidemiologisch Bulletin staat een uitgebreid artikel over het programma Haagse Kansrijke Start.<sup>2</sup> In 2017 verscheen een tweede artikel in het Epidemiologisch Bulletin waarin perinatale sterfte en

morbiditeit in Den Haag in de periodes 2000-2008 en 2009-2014 werden vergeleken.<sup>3</sup> De uitkomsten waren bemoedigend. Zowel perinatale sterfte als morbiditeit waren gedaald in 2009-2014 ten opzichte van 2000-2008. Wel waren perinatale sterfte en morbiditeit nog steeds hoog in de wijken met een lage SES-score en bij vrouwen van een niet-westerse afkomst. Deze factoren bleken nog steeds onafhankelijk van elkaar een hoger risico op perinatale sterfte en morbiditeit te geven.

Doel van het huidige artikel is om inzicht te geven in de actuele ontwikkelingen in perinatale sterfte en morbiditeit in Den Haag om onder andere te bekijken of de ingezette daling heeft doorgezet. Hiervoor worden cijfers van 2014-2018 vergeleken met cijfers van 2009-2013. De volgende onderzoeksvragen zijn beantwoord:

1. Wat is de Haagse perinatale sterfte en morbiditeit in de periode 2014-2018 in vergelijking met 2009-2013?
  - a. In vergelijking met de drie andere grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Utrecht) en Nederland;
  - b. Uitgesplitst naar foetale en vroeg-neonatale sterfte (zie kader 1 voor gebruikte definities op pagina 11);
  - c. Uitgesplitst naar etnische afkomst, SES-score van de wijk.

2. Blijven de verschillen tussen wijken met een hoge en lage SES-score in perinatale sterfte en morbiditeit bestaan als rekening wordt gehouden met verschillen in etnische samenstelling van de wijken? En omgekeerd: blijven de verschillen tussen de etnische afkomstgroepen bestaan als rekening wordt gehouden met de wijk waarin ze wonen?

Het begrip perinatale sterfte kan een lastig begrip zijn, omdat op verschillende websites en rapportages verschillende afkappunten voor de minimale zwangerschapsduur worden gebruikt. Voor meer duidelijkheid hierover zie kader 2 op pagina 12 met een uitgebreide uitleg van het begrip perinatale sterfte en kader 3 op pagina 14 met informatie over de registratie ervan in Nederland.

### Method

De gegevens over zwangerschappen van eenlingen in Den Haag voor de jaren 2009-2018 zijn verkregen van de Stichting Perined en in samenwerking met het Erasmus MC geanalyseerd. Dit onderzoek is beperkt tot de eenlingen, omdat twee- of meerlingen altijd een verhoogd risico hebben op perinatale sterfte en

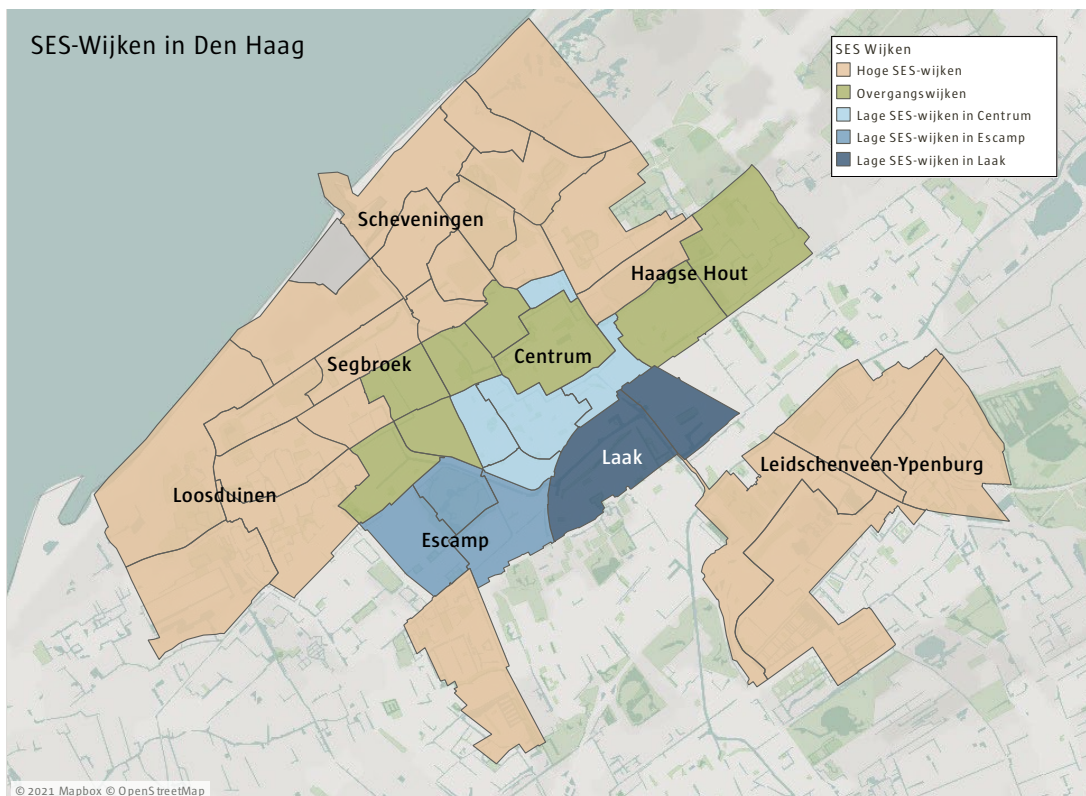
morbiditeit. Er is gebruikgemaakt van de volgende gegevens (zie kader 1 op pagina 11 voor de gebruikte definities):

- Foetale, vroeg-neonatale en totale perinatale sterfte vanaf een zwangerschap van 22 weken;
- Perinatale morbiditeit: vroeggeboorte (prematuuriteit) en een te laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur (dysmatuuriteit; samen ook wel Big 2 genoemd);
- Leeftijd, etnische afkomst en viercijferige postcode van het woonadres van de moeder;
- Aantal kinderen dat een vrouw gebaard heeft (pariteit).

### Statistische analyses

Verschillen in perinatale sterfte tussen beide onderzoeksperiodes tussen de SES-wijken en verschillende etnische afkomstgroepen zijn niet statistisch getoetst. Dit is niet nodig omdat de gegevens niet uit een steekproef komen, maar alle zwangerschappen vanaf 22 weken in Den Haag betreffen. Een verschil is een verschil; toetsen voegt hier weinig aan toe. Om de laatste onderzoeksvraag te beantwoorden (Wordt de hogere perinatale sterfte en morbiditeit in de wijken met een lage SES-score verklaard door het

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



# Gebruikte definities

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

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

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

### **Etnische afkomst in Perinatale Registratie:**

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

voor de andere categorieën: het is niet uit te sluiten dat niet iedereen dezelfde definitie heeft gehanteerd voor de verschillende opties voor etnische afkomst.

**Foetale sterfte:** sterfte voor de geboorte bij een zwangerschapsduur van tenminste 22 weken.

**Neonatale sterfte:** Sterfte na de geboorte na een zwangerschap van minstens 22 weken. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen vroeg-neonatale sterfte (sterfte in eerste week na geboorte) en laat-neonatale sterfte (sterfte in eerste vier weken na geboorte).

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

**Perinatale sterfte:** Optelsom van foetale en vroeg-neonatale sterfte.

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

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

grote aandeel vrouwen van niet-westerse afkomst of andersom?), is gebruik gemaakt van logistische regressie waarbij de analyse is uitgevoerd met en zonder correctie voor etnische afkomst en SES-score. Er werd in alle analyses gecorrigeerd voor pariteit en leeftijd van de moeder omdat deze factoren ook invloed hebben op het voorkomen van perinatale sterfte en morbiditeit.

De analyses zijn uitgevoerd in SPSS 25.0 en Excel.

#### Indeling Den Haag naar SES en stadsdelen

De Perinatale Registratie bevat de viercijferige postcodes van de moeders. Omdat in Den Haag de indeling van viercijferige postcodes niet overeenkomt met de wijkindeling, was het niet mogelijk om een wijkindeling te maken. Net als in de onderzoeken in 2011 en 2017 is Den Haag daarom ingedeeld in drie sociaaleconomische gebieden op basis van de

viercijferige postcode en de achterstandscores van de wijken. De indeling is als volgt (zie ook figuur 1 op pagina 10):

- Wijken met een hoge SES-score: wijken in Leidschenveen-Ypenburg, Loosduinen, Scheveningen, Haagse Hout (Benoordenhout), Centrum (Archipelbuurt) en Segbroek (Vruchtenbuurt, Bomen- en Bloemenbuurt, Vogelwijk);
- Overgangswijken: wijken in Haagse Hout (Mariahoeve en Marlot, Bezuidenhout), Centrum (Centrum, Zeeheldenkwartier), Escamp (Leyenburg), Segbroek (Valkenboskwartier, Regentessekwartier) en Scheveningen (Duindorp);
- Wijken met een lage SES-score: wijken in Laak, Centrum (Stationsbuurt, Schildersbuurt, Transvaalkwartier, Groente- en Fruitmarkt) en Escamp (Moerwijk, Morgenstond, Bouwlust/Vrederust).

## Kader 2

### Perinatale sterfte

Perinatale sterfte is de optelsom van foetale en neonatale sterfte (sterfte voor, tijdens of na de geboorte).

- Foetale sterfte is sterfte voor de geboorte bij een zwangerschapsduur van tenminste een aantal weken. Er worden verschillende grenzen gehanteerd voor de minimale zwangerschapsduur. De WHO gaat uit van een zwangerschapsduur van tenminste 22 weken. De Nederlandse wet gaat echter uit van 24 weken: van een doodgeboren kind moet aangifte worden gedaan bij de gemeente indien de zwangerschapsduur ten minste 24 weken is geweest.\* Indien de zwangerschap minder dan 24 weken heeft geduurd mag men aangifte doen maar dit is niet verplicht. Indien de zwangerschapsduur onbekend is, geldt als criterium een geboortegewicht van ten minste 500 gram. Foetale sterfte wordt uitgedrukt als het aantal doodgeboortes per 1.000 geboorten.
- Neonatale sterfte is sterfte na de geboorte (bij een zwangerschapsduur van tenminste een aantal weken). Hier kan onderscheid gemaakt worden in vroeg-neonatale sterfte of laat-neonatale sterfte. Vroeg-neonatale sterfte is sterfte in de eerste week

na de geboorte; laat-neonatale sterfte in de eerste vier weken na de geboorte. Ook hier kan er verschil zijn in de minimale zwangerschapsduur. In sommige gevallen wordt uitgegaan van een zwangerschapsduur van ten minste 22 weken voordat een casus wordt meegeteld in de cijfers; in andere gevallen van een langere zwangerschapsduur, zoals 24 of 28 weken.

Bij het lezen van informatie over perinatale sterfte is het daarom belangrijk om goed in de gaten te houden welke grenzen worden aangehouden en over welke periode wordt gerapporteerd. Op landelijk niveau of hoger is het mogelijk om jaarlijkse cijfers te rapporteren, omdat de aantallen hoog genoeg zijn. Maar op gemeentelijk niveau is dit niet altijd mogelijk vanwege te lage aantallen. Fluctuaties over de jaren heen zeggen dan niet veel, omdat een heel klein verschil in absolute aantallen kan zorgen voor een grote relatieve stijging of daling. Het is vanwege deze redenen daarom niet altijd goed mogelijk om cijfers van verschillende bronnen zomaar met elkaar te vergelijken.

\* Zie: [www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/onderzoeksomschrijvingen/aanvullende-onderzoeksbeschrijvingen/verschillende-statistieken-over-perinatale-en-zuigelingensterfte](http://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/onderzoeksomschrijvingen/aanvullende-onderzoeksbeschrijvingen/verschillende-statistieken-over-perinatale-en-zuigelingensterfte)



## Resultaten

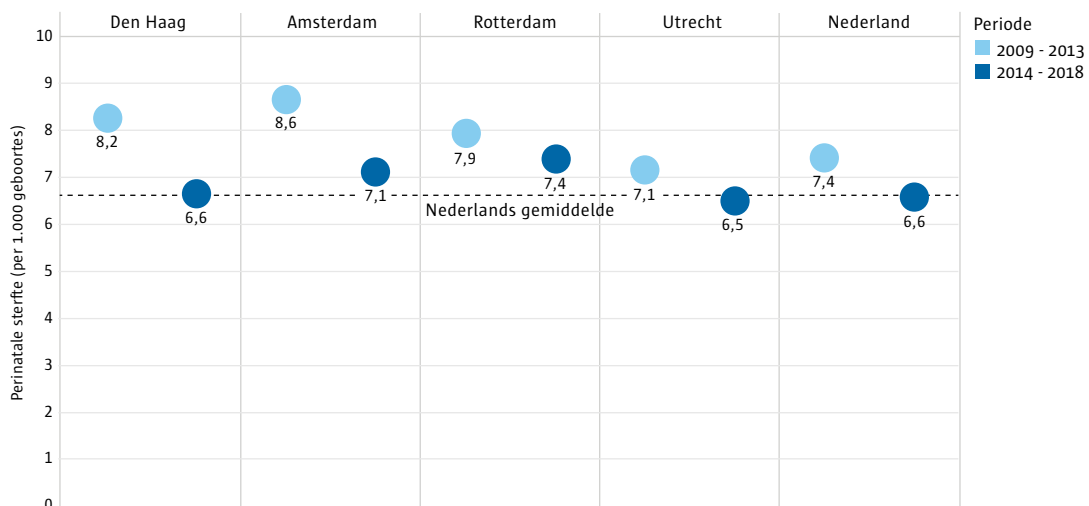
### Perinatale sterfte in Den Haag, G4 en Nederland

Er is in Den Haag een duidelijke afname in perinatale sterfte van 8,2 per 1.000 geboorten in 2009-2013 naar 6,6 per 1.000 in 2014-2018 (Figuur 2). Ook in de drie andere grote steden en landelijk is er een daling te zien. De perinatale sterfte in Den Haag in 2014-2018 is lager dan in Amsterdam in Rotterdam, iets hoger dan in Utrecht, en gelijk aan het landelijk gemiddelde.

### Perinatale morbiditeit in Den Haag, G4 en Nederland

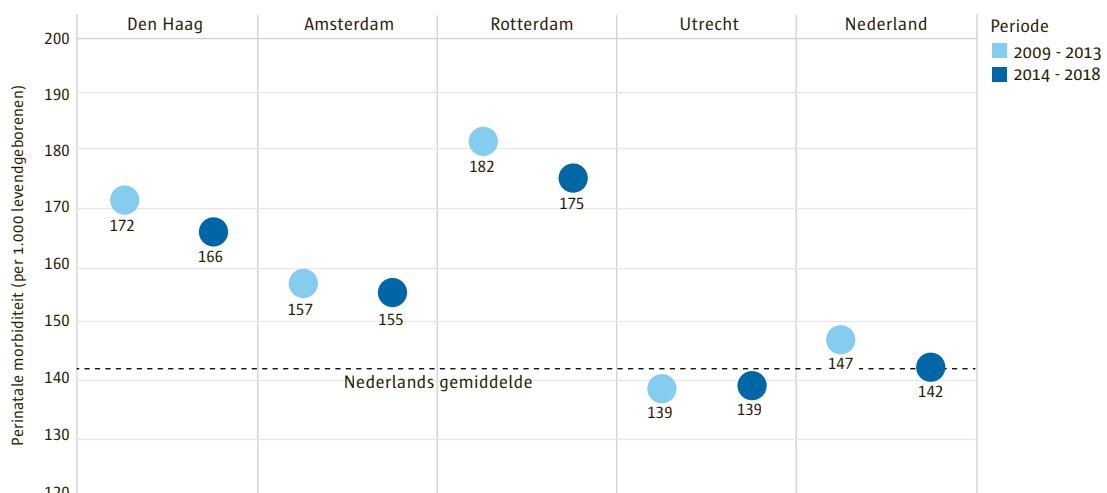
Perinatale morbiditeit is in dit artikel prematuriteit (zwangerschapsduur <37 weken) en een te laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur. Perinatale morbiditeit wordt vaak per 100 levendgeborenen gepresenteerd. Omdat perinatale sterfte per 1.000 geboorten wordt gepresenteerd in dit artikel, is ervoor gekozen om perinatale morbiditeit ook per 1.000 te presenteren om mogelijke verwarring te voorkomen.

**Figuur 2:** Perinatale sterfte (per 1.000 geboortes) in Den Haag, Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Nederland. 2009-2013 & 2014-2018.



Stippelijntje indiceert de gemiddelde perinatale sterfte in Nederland vanaf 22 weken zwangerschap in de periode 2014 - 2018.

**Figuur 3:** Perinatale morbiditeit (per 1.000 levendgeborenen) in Den Haag, Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Nederland. 2009-2013 & 2014-2018.



Stippelijntje indiceert de gemiddelde perinatale morbiditeit in Nederland vanaf 22 weken zwangerschap in de periode 2014 - 2018.

## Registratie van perinatale sterfte en morbiditeit in Nederland.

### Perined

In Nederland worden cijfers over perinatale sterfte en morbiditeit verzameld in de Perinatale Registratie, die wordt beheerd door Perined. Deze Perinatale Registratie bevat de data van de vier beroepsgroepen die zich bezighouden met geboortezorg: verloskundigen, huisartsen, gynaecologen en kinderartsen/neonatologen.

Perined publiceert regelmatig landelijke en regionale cijfers uit de perinatale registratie. Zo wordt er elk jaar een Factsheet en een Jaarboek Zorg gepubliceerd. Ook worden cijfers uit de registratie beschikbaar gesteld via een tool: peristat.nl. De gegevens worden bovendien ook doorgeleverd aan andere partijen, zoals het CBS en [waarstaatjegemeente.nl](http://www.waarstaatjegemeente.nl). Daarnaast faciliteert Perined ook wetenschappelijk onderzoek door op aanvraag gegevens beschikbaar te stellen voor externe onderzoekers. De gegevens van Perined worden ook aangeleverd aan EURO-PERISTAT: een Europees onderzoek waarbij onder andere perinatale sterfte in verschillende Europese landen wordt vergeleken.

### Centraal Bureau voor de Statistiek

CBS publiceert sinds 1950 jaarlijks over perinatale en zuigelingensterfte. De reeks met cijfers vanaf 1950 is grotendeels afkomstig uit de Basisregistratie Personen (BRP). CBS ontvangt van de gemeenten informatie over doodgeborenen. Zoals al eerder vermeld moet aangifte gedaan worden bij de gemeente van een doodgeboren kind indien de zwangerschapsduur tenminste 24 weken is geweest. Op basis van deze gegevens en de registratie van alle levendgeborenen publiceert het CBS perinatale sterfte na een zwangerschapsduur van tenminste 24 en 28 weken. Wat het geheel ingewikkeld maakt is dat het CBS geen informatie heeft over zwangerschapsduur, dus kinderen die levend geboren worden na een zwangerschap van minder dan 24 weken en binnen een week na de geboorte overlijden worden meegeteld in deze cijfers.

Sinds 2004 worden CBS-gegevensbronnen ook gekoppeld aan informatie van Perined. Het voordeel hiervan is dat nu van zowel alle dood- als alle levendgeborenen kinderen, geboren na een zwangerschapsduur van 22 weken of meer, informatie over de zwangerschapsduur beschikbaar is. Dit is in deze registratie alleen beschikbaar voor kinderen waarvan de moeder in de BRP is opgenomen op het moment van geboorte. Bij Perined zal dit niet altijd het geval zijn. Dit kan onder andere een verklaring zijn voor een verschil tussen de cijfers van het CBS en Perined.

Er is in Den Haag een lichte afname in perinatale morbiditeit van 172 per 1.000 levendgeborenen naar 166 per 1.000 (Figuur 3 op pagina 13). Ook in Rotterdam en landelijk is er een lichte daling te zien. De cijfers in Amsterdam en Utrecht zijn nagenoeg hetzelfde gebleven. De perinatale morbiditeit in Den Haag is iets lager dan in Rotterdam, maar (veel) hoger dan in Amsterdam, Utrecht en het landelijk gemiddelde.

### Foetale en neonatale sterfte in Den Haag.

In tabel 1 staan verschillende indicatoren weergegeven van perinatale sterfte in Den Haag. In totaal zijn er in de periode 2009-2018 63.348 geboortes

geweest in Den Haag; het gemiddelde aantal geboortes per jaar ligt iets lager in de periode 2014-2018 (6.209) dan voor de periode 2009-2013 (6.461). Voor meer inzicht in de totstandkoming van het aantal perinatale sterfgevallen kan gekeken worden naar de foetale sterfte (overleden voor of tijdens de bevalling) en de vroeg-neonatale sterfte (na geboorte binnen een week overleden). Uit de getallen blijkt dat in Den Haag het merendeel van de perinatale sterfgevallen bestaat uit foetale sterfte. Dit geldt voor beide perioden.

De perinatale, foetale en vroeg-neonatale sterfte zijn in Den Haag op alle indicatoren afgenomen in de



**Tabel 1:** Verschillende indicatoren van perinatale gezondheid. Den Haag, 2009-2013 & 2014-2018.

	2009-2013	2014-2018	Vershil
Aantal geboortes (gemiddeld per jaar)	6.461	6.209	-252
Aantal gevallen van foetale sterfte (gemiddeld per jaar)	40	32,2	-7,8
Foetale sterfte (per 1.000 geboortes)	6,2	5,2	-1,0
Aantal levendgeborenen (gemiddeld per jaar)	6.421	6.177	-244
Aantal gevallen van vroeg-neonatale sterfte (gemiddeld per jaar)	13,2	8,8	-4,4
Vroeg-neonatale sterfte (per 1.000 levendgeborenen)	2,1	1,4	-0,7
Perinatale sterfte (1.000 geboortes)	8,2	6,6	-1,6

periode 2014-2018 in vergelijking met de periode 2009-2013. Dat het absolute aantal sterfgevallen per jaar afneemt komt deels door een lager aantal geboortes per jaar. Maar ook per 1.000 geboortes is een daling te zien.

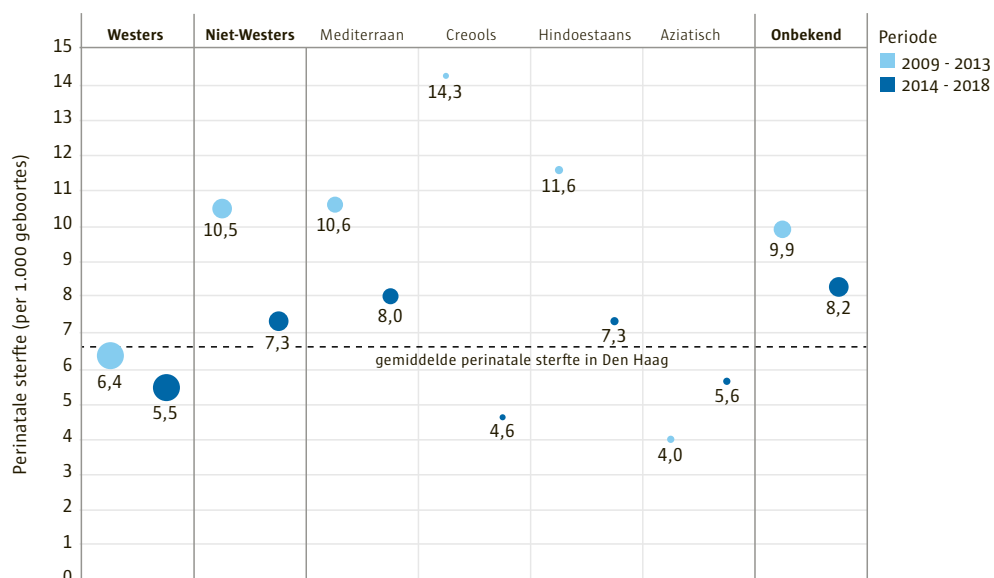
Per jaar overlijden er rondom de geboorte gemiddeld 1,6 kinderen minder per duizend geboortes. Dit komt voor de periode 2014-2018 overeen met bijna tien kinderen per jaar meer die overleven in plaats van rond de geboorte te overlijden.

**Perinatale sterfte en morbiditeit naar etnische afkomst**

De meeste geboortes vinden plaats bij vrouwen van westerse afkomst (ongeveer 3.100 per jaar versus ongeveer 1.600 per jaar bij vrouwen van niet-westerse afkomst in 2014-2018). In de groep vrouwen van

niet-westerse afkomst vinden de meeste geboortes plaats onder vrouwen van Midderraanse afkomst (bijna 1.000 per jaar in 2014-2018) en de minste onder vrouwen van Creoolse afkomst (ongeveer 130 per jaar in 2014-2018). Kanttekening hierbij is dat er bij inwoners van Creoolse afkomst circa 50% minder geboortes zijn geregistreerd in de periode 2014-2018 in vergelijking met de periode 2009-2013. Dit doet vermoeden dat de registratie van de etnische afkomst anders ingevuld is waardoor de twee periodes minder goed vergelijkbaar zijn. Bij vrouwen van Hindoestaanse en Aziatische afkomst waren er in de periode 2014-2018 respectievelijk ongeveer 270 en 210 geboortes per jaar. Opmerkelijk is dat het aantal zwangeren met een onbekende etnische afkomst is toegenomen van ongeveer 1.200 per jaar naar ongeveer 1.500 per jaar in 2014-2018.

**Figuur 4:** Perinatale sterfte (per 1.000 geboortes) naar etnische afkomst. Den Haag, 2009-2013 & 2014-2018.

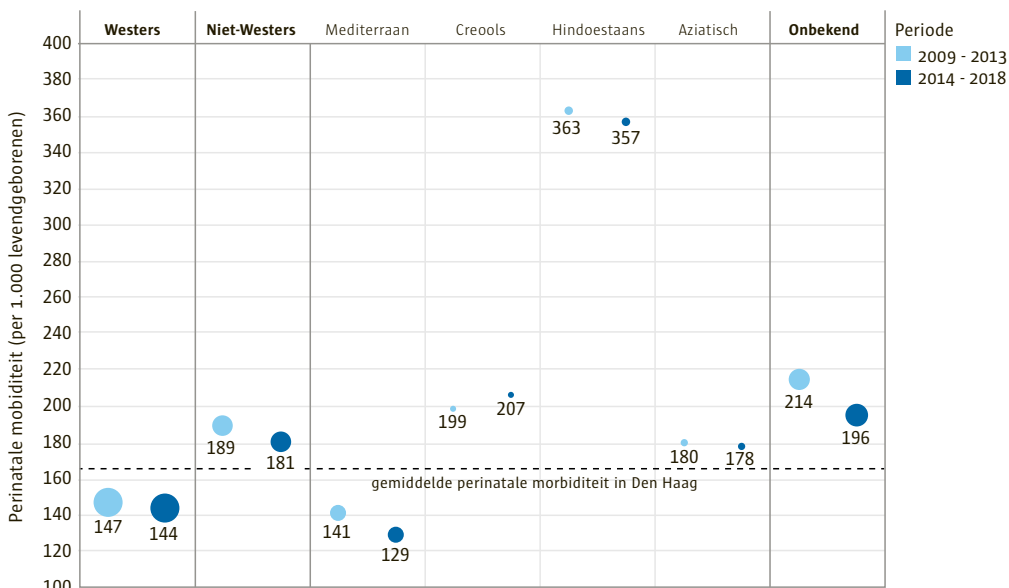


De categorie niet-westers bestaat uit mensen van Midderrane, Creoolse, Hindoestaanse en Aziatische afkomst. Stippelijntje indiceert de gemiddelde perinatale sterfte in Den Haag vanaf 22 weken zwangerschap in de periode 2014 - 2018. Grootte van de cirkels indiceert het absolute aantal geboortes.



**Figuur 5:** Perinatale morbiditeit (per 1.000 levendgeborenen) naar etnische afkomst.

Den Haag, 2009-2013 & 2014-2018.



De categorie niet-westers bestaat uit mensen van Mediterraan, Creoolse, Hindoestaanse en Aziatische afkomst. Stippellijn indiceert de gemiddelde perinatale morbiditeit in Den Haag vanaf 22 weken zwangerschap in de periode 2014 - 2018. Grootte van de cirkels indiceert het absolute aantal geboortes.

De perinatale sterfte is voor alle groepen, ingedeeld naar etnische afkomst, lager in de periode 2014-2018 dan in de periode 2009-2013, behalve bij zwangeren van Aziatische afkomst (Figuur 4 op pagina 15).

Zij hadden echter al een relatief laag sterftcijfer (van 4,0 naar 5,6 per 1.000) en zijn nu meer naar het gemiddelde van Den Haag geschoven.

Forse afnames in perinatale sterfte zijn met name zichtbaar bij de inwoners van Creoolse afkomst (van 14,3 naar 4,6 per 1.000) en van Hindoestaanse afkomst (van 11,6 naar 7,3 per 1.000). Hierbij moet echter in ogenschouw worden genomen dat de absolute perinatale sterfte in de afgelopen vijf jaar in groepen met een niet-westerse afkomst vaak kleiner was dan twintig gevallen. Hierdoor kunnen kleine verschillen een grote invloed hebben op de prevalentie.

In figuur 5 staat perinatale morbiditeit naar etnische afkomst weergegeven. Vrijwel alle etnische afkomstgroepen laten een kleine afname in perinatale morbiditeit zien in de periode 2014-2018, met uitzondering bij de zwangeren van Creoolse afkomst, waar een kleine toename (+8) zichtbaar is. Perinatale morbiditeit is hoger bij zwangeren van niet-westerse afkomst dan bij zwangeren van westerse afkomst (181 versus 144 per 1.000 in 2014-2018). Met name zwangeren van Hindoestaanse afkomst hebben een verhoogde perinatale morbiditeit in vergelijking met de andere etnische afkomstgroepen in Den Haag

(357 per 1.000). In absolute aantallen gaat het om ruim 40 gevallen per jaar.

#### Perinatale sterfte en morbiditeit naar sociaal-economische status

Zoals beschreven in de methode is Den Haag ingedeeld in drie gebieden op basis van de viercijferige postcode en achterstandscores: wijken met een hoge SES-score, overgangswijken en wijken met een lage SES-score. In de periode 2009-2014 waren er 31.044 geboortes in Den Haag. Het grootste deel van de geboortes vond plaats in de wijken met een lage SES-score (41%); ongeveer een derde in een wijk met een hoge SES-score (32%) en ruim een kwart (27%) in een overgangswijk.

In alle drie de gebieden is de perinatale sterfte gedaald; in de lage SES- en overgangswijken is de daling het grootst (Figuur 6 op pagina 17).

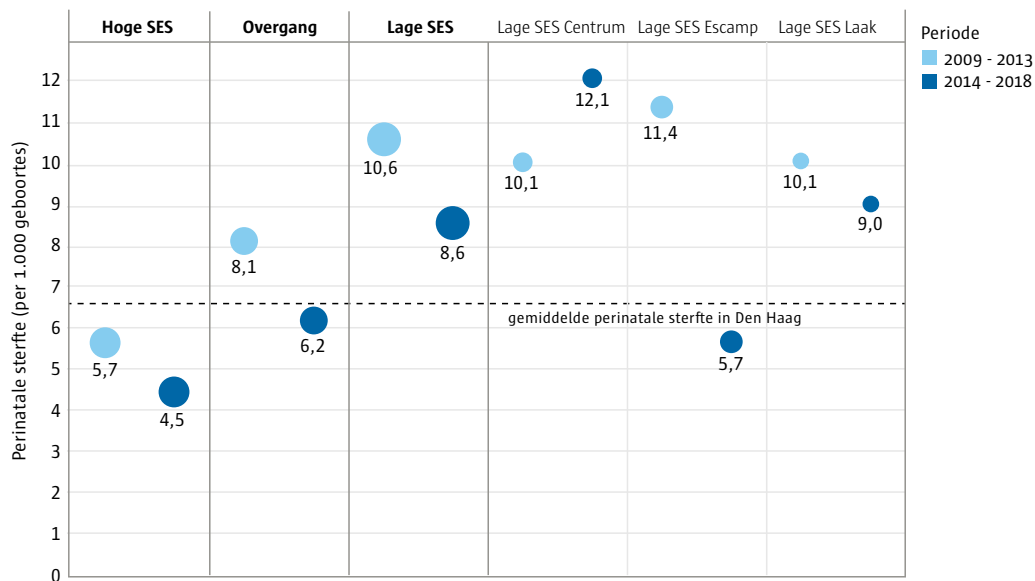
De perinatale sterfte in lage SES-wijken is in 2014-2018 nog steeds 1,9 keer zo hoog als in de hoge SES-wijken; net als in 2009-2013.

De wijken met een lage SES-score liggen in drie stadsdelen: Centrum, Escamp en Laak. In de lage SES-wijken van Escamp en Laak is een daling van de perinatale sterfte zichtbaar, in de lage SES-wijken van Centrum is perinatale sterfte juist gestegen van 10,1 naar 12,1 per 1.000 geboortes.



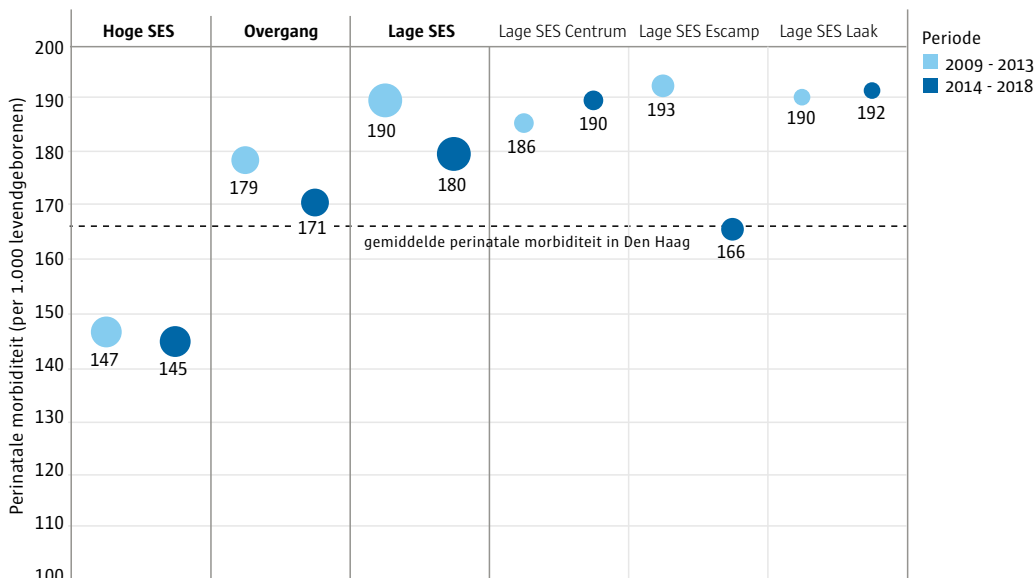


**Figuur 6:** Perinatale sterfte (per 1.000 geboortes) naar gebieden op basis van sociaaleconomische status. Den Haag, 2009-2013 & 2014-2018.



Stippellijn indiceert de gemiddelde perinatale sterfte in Den Haag na 22 weken in de periode 2014 – 2018. Grootte van de cirkels indiceert het absolute aantal geboortes. Lage SES Centrum, Lage SES Escamp en Lage SES Laak representeren het gemiddelde van de wijken met een lage SES-score in de stadsdelen Centrum, Escamp en Laak.

**Figuur 7:** Perinatale morbiditeit (per 1.000 levendgeborenen) naar gebieden op basis van sociaaleconomische status. Den Haag, 2009-2013 & 2014-2018.



Stippellijn indiceert de gemiddelde perinatale morbiditeit in Den Haag na 22 weken in de periode 2014 – 2018. Grootte van de cirkels indiceert het absolute aantal geboortes. Lage SES Centrum, Lage SES Escamp en Lage SES Laak representeren het gemiddelde in de wijken met een lage SES-score in de stadsdelen Centrum, Escamp en Laak.

Bij perinatale morbiditeit blijkt hetzelfde beeld: er is een daling zichtbaar in alle drie de gebieden, waarbij de daling het sterkst is in de overgangswijken en de wijken met een lage SES-score (Figuur 7). Perinatale morbiditeit is echter nog steeds het hoogst in de

wijken met een lage SES-score (180 per 1.000 in 2014-2018). Opmerkelijk is dat de perinatale morbiditeit in de lage SES-wijken van Escamp is gedaald (-27), maar juist licht is gestegen in de lage SES-wijken van Centrum (+4) en Laak (+2).





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

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

Voor vrouwen van niet-westerse afkomst zijn de uitkomsten anders dan van de eerste twee onderzoeken. Er wordt met de logistische regressie geen

hoger risico op perinatale sterfte voor vrouwen van niet-westerse afkomst gevonden. Het is onduidelijk waarom dit zo is. Het zou kunnen zijn dat de toename van het aantal zwangeren met een onbekende afkomst hier een rol in speelt, met andere woorden er zou nog steeds sprake kunnen zijn van een hoger risico op perinatale sterfte voor vrouwen van niet-westerse afkomst, maar dat dit niet uit de resultaten blijkt door een verkeerde/andere registratie van etnische afkomst. Een andere mogelijkheid is dat etnische afkomst niet meer een duidelijke voorspeller van perinatale sterfte en morbiditeit is, maar dat SES (en armoede) een grotere rol speelt.

### **Discussie**

#### **Algemeen**

De hiervoor beschreven resultaten tonen dat perinatale sterfte en morbiditeit in Den Haag zich gunstig hebben ontwikkeld. De daling van perinatale sterfte in Den Haag van 8,2 naar 6,6 per 1.000 geboorten (het landelijk gemiddelde) is hoopvol en positief nieuws. Hiermee is een belangrijke ambitie van de



Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid gerealiseerd. Dat is nog niet het geval met de ambitie om het verschil tussen lage SES- en hoge SES-wijken terug te brengen van 2 keer naar maximaal 1,5 keer zo hoog. In beide onderzoeksperioden bleef de perinatale sterfte in de lage SES-wijken 1,9 keer zo hoog als in de hoge SES-wijken. Want terwijl in de lage SES-wijken van Escamp een grote daling zichtbaar was, bleek er een stijging in de lage SES-wijken van Centrum (Stationsbuurt, Schildersbuurt, Transvaalkwartier, Groente- en Fruitmarkt), waar circa 13% van de geboortes in Den Haag plaatsvindt. Extra inspanning om de perinatale sterfte in deze wijken terug te dringen is dan ook hard nodig en wenselijk. Wat betreft etnische afkomst zijn de resultaten moeilijker te interpreteren. De daling in het aantal geboortes bij vrouwen van Creoolse afkomst lijkt verklaard te kunnen worden door een verandering in registratie. Het aantal zwangeren met een onbekende etnische afkomst is namelijk toegenomen, wat doet vermoeden dat een deel van de geboortes van zwangeren van Creoolse afkomst in de groep 'onbekend' is geregistreerd. Bovendien vult de zorgverlener deze zelf in; het is maar de vraag of dit door alle zorgverleners op dezelfde manier wordt gedaan en hoe betrouwbaar deze indeling dus is. Ook de kleine aantallen bemoeilijken de interpretatie. Wel duidelijk is dat perinatale sterfte bij zwangeren van niet-westerse afkomst nog steeds beduidend hoger is dan bij zwangeren van westerse afkomst, en dat deze groep daarom extra aandacht behoeft. Het hoge voorkomen van perinatale morbiditeit bij zwangeren van Hindoestaanse afkomst is ook een blijvend punt van aandacht.

### Europees onderzoek

In het EURO-PERISTAT-onderzoek worden de gegevens van Europese landen met elkaar vergeleken. De perinatale sterfte in Nederland, vanaf 28 weken zwangerschap (andere definitie vanwege vergelijkbaarheid tussen landen) daalde van 5,1 in 2010 met 18% naar 4,2 per 1.000 in 2015. Hiermee steeg Nederland in de Europese rangorde van 16e plek in 2010 naar de 10de plek in 2015 van de 26 in totaal. Hoewel de Nederlandse uitkomsten zijn verbeterd, blijft er ruimte voor verbetering, zeker gezien de Scandinavische sterftcijfers die tot onder de 3,5 zijn gedaald.<sup>4,5</sup>

De cijfers in dit artikel wijken af van wat er bijvoorbeeld op [waarstaatjegemeente.nl](http://waarstaatjegemeente.nl) wordt gepresenteerd. Voor dit artikel is gekozen de grens van 22 weken zwangerschap aan te houden omdat dit de grens is die door de WHO (World Health Organization) wordt aangehouden. Waarstaatjegemeente.nl hanteert een grens van 24 weken, waarmee kleinere aantallen worden gevonden. Immers, een deel van de doodgeboren kinderen (tussen 22 en 24 weken zwangerschap) wordt dan niet meegeteld als foetale sterfte. Daarnaast wordt in dit artikel uitgegaan van zwangerschappen van eenlingen, omdat meerlingen altijd een verhoogd risico hebben op perinatale morbiditeit en sterfte. Waarstaatjegemeente.nl telt ook zwangerschappen van meerlingen mee. Ook zijn de cohorten waar Perined mee werkt niet statisch. Soms worden cohorten bijvoorbeeld nog aangevuld met cijfers die later zijn ingediend. Hierdoor kunnen kleine verschillen ontstaan.

### Tot slot

De afgelopen jaren zijn er veel ontwikkelingen geweest op het gebied van perinatale zorg in Nederland, voortkomend uit het besef dat een goede uitkomst van de zwangerschap bepalend is voor de levenslange gezondheid van moeder en kind. In de verloskunde is steeds meer aandacht voor de preconceptionele fase (voor de zwangerschap) en de vroege zwangerschap. Hierbij wordt ook rekening gehouden met niet-medische risicofactoren, omdat verschillen in perinatale gezondheid niet alleen worden veroorzaakt door medische en verloskundige risico's, maar ook door niet-medische risicofactoren, zoals leefstijl, voeding, gezondheidsvaardigheden en sociale omgeving. Zo is de leefstijl van moeders ongezonder geworden en er is een toename van het aantal zwangeren met overgewicht. Ook is het percentage vrouwen dat rookt tijdens de zwangerschap nog hoog. Hier liggen vele mogelijkheden voor preventie.<sup>6</sup> Ook toegankelijkheid van de zorg en aansluiting van de zorg spelen een belangrijke rol. Een maat die hier iets over zegt is het percentage vrouwen waarbij de zwangerschapsbegeleiding is gestart vóór 10 weken zwangerschap. In Den Haag was dit in de periode 2014-2018 66,3 per 100 geboorten tegenover 72,1 per 100 landelijk. In Rotterdam lag dit nog lager (58,6 per 100), terwijl dit in Amsterdam (70,8 per 100) en Utrecht (77,8 per 100) hoger lag.<sup>7</sup> Hier is eveneens verbetering mogelijk.



Andere factoren die een rol spelen zijn sociaaleconomische status en armoede. Onlangs verscheen ook een rapport van het RIVM waarin is onderzocht waarom de daling van perinatale sterfte is gestagneerd in Nederland. Deze stagnatie komt vooral door een stijging van sterfte bij vroeggeboortes. Bovenstaande risicofactoren worden in dit onderzoek ook aangehaald. Zo wordt ook de rol van SES besproken in het rapport.<sup>8</sup>

Kortom, ondanks de afname in perinatale sterfte en morbiditeit in Den Haag blijft het thema perinatale gezondheid belangrijk, ook in het kader van het verkleinen van sociaaleconomische gezondheids-

verschillen. Het actieprogramma Haagse Kansrijke Start zal verder gaan met de reeds bestaande opzet van HAPG en de zorg voor het kind verder uitbreiden en verbeteren tot de eerste 1000 dagen. Voor verbetering van de perinatale gezondheid van kwetsbare groepen blijft onderzoek naar risico's en behoeften echter onverminderd van belang.

---

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

---

## OVER DE AUTEURS

**Mw. N.S. Karamali MSc** is epidemiologisch onderzoeker, GGD Haaglanden.

**Dhr. dr. N.J.H.M. Gerrits** is epidemiologisch onderzoeker, GGD Haaglanden.

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

**Mw. dr. L.C.M Bertens** is klinisch epidemioloog, afdeling verloskunde en gynaecologie ErasmusMC.

## REFERENTIES

- 1 Middelkoop BJC, Jacobi CE, Dijk AAHM van. **Perinatale sterfte en morbiditeit in Den Haag, 2000-2008**. Epidemiologisch Bulletin 2011, 46(4): 2-12.
- 2 Blom I, Gerretsen B, Mimica N en Sterker M. **Haagse Kansrijke Start: meer kinderen een goede start**. Epidemiologisch Bulletin 2020, 55 (4): 14-18.
- 3 Karamali NS, Meer IM van der, Bertens LCM. **Perinatale sterfte en morbiditeit in Den Haag, 2000-2014**. Epidemiologisch Bulletin 2017, 52(2): 4-14.
- 4 Broeders L, Achterberg PW, Waelput AJM et al. **Afname van foetale en neonatale sterfte in Nederland. Vergelijking met andere Euro-Peristat-landen in 2004, 2010 en 2015**. Ned Tijdschr Geneesk 2019;163:D3667
- 5 Euro-Peristat project. European Perinatal Health Report. **Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015**. Leiden/Parijs: TNO Healthy Living/INSERM; 2018.
- 6 Franx A, Steegers EAP. **Verloskunde in transitie**. Ned Tijdschr Geneesk 2019;163:D4536.
- 7 Dashboard Gezondheid: perinatale kerncijfers [online]. 2020 (bezocht op 07-12-2020); beschikbaar op URL: [www.waarstaatjegemeente.nl](http://www.waarstaatjegemeente.nl).
- 8 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). **Beter weten: een beter begin. Samen sneller naar een betere zorg rond de zwangerschap**. RIVM-briefrapport 2020-014



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.

Ervaren gezondheid is wat iemand zelf vindt van zijn gezondheid; een gezondheidsmaat van alle relevante gezondheidsaspecten voor deze persoon. De gezondheidsaspecten variëren per persoon. Ze hebben vaak betrekking op de lichamelijke én de geestelijke gezondheid. Voorbeelden zijn ziekten, lichamelijke beperkingen en handicaps, fitheid, vermoeidheid en depressieve gevoelens. Ook leefstijlfactoren, zoals voeding, roken en lichamelijke activiteit kunnen het oordeel over de eigen gezondheid mede bepalen ('ik wandel iedere dag, dus ik ben gezond'). Ervaren gezondheid noemen we ook wel subjectieve gezondheid of gezondheidsbeleving.

Onderstaande tekst beschrijft de cijfers over ervaren gezondheid van jongeren in Haaglanden op basis van zelfrapportage in de Jongerenpeiling 2019.

In het schooljaar 2018-2019 ervaart ruim driekwart (77%) van de Haaglandse scholieren uit de 3e klas **vmbo** (gemiddelde leeftijd 15,1 jaar) de eigen gezondheid als (zeer) goed. Het percentage vmbo-scholieren dat de eigen gezondheid als (zeer) goed ervaart varieert van 72% in Zoetermeer tot 81% in Leidschendam-Voorburg.

Van de scholieren uit de 4e klas **havo/vwo** (gemiddelde leeftijd 16,0 jaar) ervaart vier op de vijf (81%) de eigen gezondheid als (zeer) goed. Het percentage varieert van 72% in Zoetermeer tot 89% in Midden-Delfland (figuur 1).

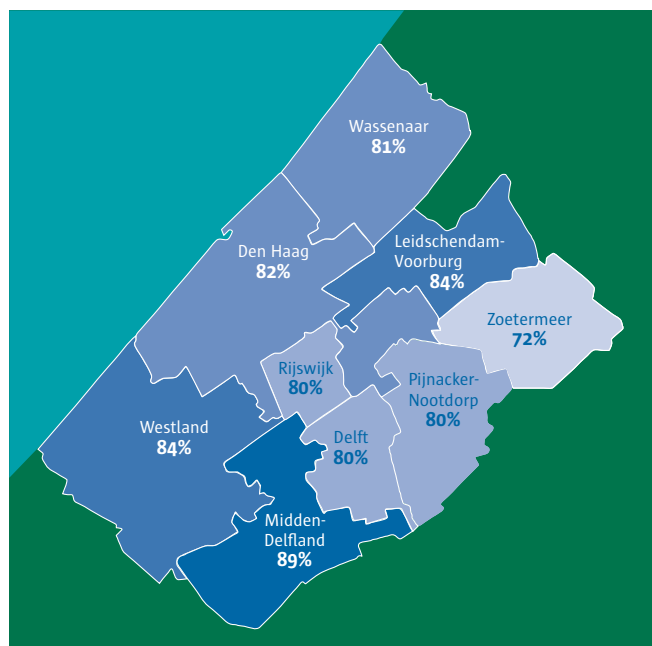
Meer jongens dan meisjes ervaren hun gezondheid als (zeer) goed (83% versus 71% op het vmbo en 86% versus 77% op havo/vwo). Iets meer scholieren van Nederlandse dan van niet-Nederlandse herkomst ervaren hun gezondheid als (zeer) goed. Tussen scholieren van vmbo-basis/kader en van vmbo-theoretische leerweg is geen verschil in de ervaren gezondheid maar meer scholieren van vwo dan van havo ervaren hun gezondheid als (zeer) goed (85% versus 79%).

In Den Haag is er bij de vmbo-scholieren geen verschillen te zien in ervaren gezondheid tussen wijken met en wijken zonder achterstand. Bij de havo/vwo-scholieren ervaren minder leerlingen in wijken met achterstand dan in wijken zonder achterstand de eigen gezondheid als (zeer) goed (71% versus 85%).

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/>

Bron: JongerenPeiling 2019

**Figuur 1.** Percentage scholieren uit 4e klas havo/vwo dat de eigen gezondheid als (zeer) goed ervaart.



Dit onderzoek is uitgevoerd vóór de uitbraak van corona. De invloed van de epidemie op de ervaren gezondheid is dan ook niet te zien in bovenstaande cijfers.



## Kieswijzer geestelijke gezondheidszorg

Op 17 maart 2021 vinden de verkiezingen voor de Tweede Kamer plaats. Hoe denken de politieke partijen over belangrijke thema's in de geestelijke gezondheidszorg? De website [kiesvoorggz.nl](http://kiesvoorggz.nl) geeft alle informatie en standpunten weer van de politieke partijen op relevante thema's in de geestelijke gezondheidszorg.

De aandacht voor de geestelijke gezondheid is groter dan ooit. Een toegankelijke en goed functionerende geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg is belangrijk. Niet alleen goed voor patiënten, cliënten en familieleden maar in het belang van de gehele samenleving. De politiek heeft veel invloed op de contouren van de ggz en hoe de geestelijke gezondheidszorg georganiseerd en doorontwikkeld wordt. Het is daarom belangrijk om te weten hoe de verschillende politieke partijen denken over de geestelijke gezondheidszorg en welke punten zij mogelijk in het nieuwe regeerakkoord willen opnemen. Deze partijstandpunten zijn te vinden via de speciale GGZ Kieswijzer: [www.kiesvoorggz.nl](http://www.kiesvoorggz.nl). De website is een initiatief van het Trimbos-instituut samen met de Nederlandse ggz, P3NL Federatie van psychologen psychotherapeuten en pedagogen, MIND en Kenniscentrum Phrenos.

## Handreiking Bevordering mentale gezondheid jeugd

Het bevorderen van mentale gezondheid van de jeugd is één van de ambities in de Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020-2024. Met de handreiking Bevordering mentale gezondheid jeugd van het Trimbos-instituut krijgen gemeenten handvatten om invulling te geven aan deze ambitie op lokaal niveau. Het onderwijs en de kinderopvang zijn belangrijke partners om deze plannen te realiseren. Hoe kunt u als gemeente samen met deze partners werken aan een samenhangend beleid dat de mentale gezondheid van alle jeugd (leeftijd 0-18 jaar) ten goede komt? In deze handreiking vindt u zaken waarmee u direct aan de slag kunt. De handreiking is gratis te downloaden op [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl) (webwinkel)

## Rutgers zegt #TotHier met nieuwe campagne tegen seksueel geweld

Elke relatie en elke sekspartner moet gewenst en gelijkwaardig zijn. Zowel online als offline. Toch tekenen seksueel geweld, ongewenste aanrakingen en grensoverschrijdend gedrag nog steeds vele levens. Meer dan de helft van de vrouwen en 1 op de 5 mannen heeft hier weleens mee te maken gehad. Vaak met levenslange psychische en maatschappelijke schade als gevolg. Heb je seksueel geweld meegemaakt? Of ken je iemand die het heeft meegemaakt? Teken de petitie! Samen maken we het verschil. De aanpak van seksueel geweld moet hoog op de politieke agenda, juist met het oog op de Tweede Kamer verkiezingen in maart 2021. Rutgers neemt alle handtekeningen mee naar Den Haag om te laten zien hoe belangrijk het voorkomen van seksueel geweld is. Kortom, elke handtekening telt!

Meer info: [www.rutgers.nl](http://www.rutgers.nl)



## Nieuwe landelijke agenda suïcidepreventie

Staatssecretaris Paul Blokhuis van VWS heeft op 28 januari 2021 samen met tal van maatschappelijke organisaties, waaronder GGD GHOR Nederland, de Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025 getekend. In deze agenda trekken zij samen op om zelfdoding zoveel mogelijk te voorkomen. Het Ministerie van VWS stelt hiervoor de komende vijf jaar een bedrag van 24 miljoen euro ter beschikking.

Gemiddeld overlijden in Nederland vijf mensen per dag door zelfdoding. Hiermee wordt het leven van 250.000 nabestaanden diep geraakt. Daarnaast doen dagelijks nog eens 135 mensen een suïcidepoging en 40 van hen moeten hiervoor worden behandeld op de spoedeisende hulp. De coronacrisis en de hierdoor ontstane recessie bieden grote redenen tot zorg. Net als eerdere economische crises leidt deze pandemie mogelijk tot meer suïcides, omdat risicofactoren zoals sociaal isolement, depressie en eenzaamheid toenemen. Doel van de Landelijke Agenda is om mensen met suïcidegedachten sneller uit hun isolement te halen, te helpen en de weg vrij te maken voor perspectief en hoop.

113 Zelfmoordpreventie is de coördinator van de Landelijke Agenda en moedigt meer mensen, bedrijven en organisaties aan zich aan te sluiten. Door samen op te trekken, wint zelfmoordpreventie

aan slagkracht. Meer dan de helft van de mensen die overlijdt door zelfmoord, is niet in beeld bij de zorg, waardoor acties breed in de maatschappij noodzakelijk zijn. Participanten in de Landelijke Agenda uit onder andere het onderwijs, de zorg of het sociaaleconomisch domein, committeren zich aan diverse activiteiten gericht op het wegnemen van het taboe op zelfmoordgedachten, training om deze gedachten te adresseren, acties in de wijk, op school en samenwerking tussen naasten, ervaringsdeskundigen en zorgprofessionals. Centraal staan de doelgroepen jongeren, mannen van middelbare leeftijd en mensen die eerder een poging overleefden.

### Gratis online training suïcidepreventie

Uit onderzoek blijkt dat praten over gedachten aan zelfmoord levens kan redden. In de Landelijke Agenda wordt daarom ingezet op campagnes binnen en buiten de zorg om meer bewustwording te realiseren. Iedereen in Nederland wordt gestimuleerd het gesprek te voeren over dit moeilijke onderwerp. Eén van de middelen daartoe is de gratis online training suïcidepreventie op [www.vraagbaar.nl](http://www.vraagbaar.nl). In een uur tijd leren deelnemers zelfmoordgedachten te signaleren, bespreekbaar te maken en te verwijzen naar hulp.

Praten over zelfmoordgedachten kan anoniem: chat via [www.113.nl](http://www.113.nl), bel 113 of bel gratis 0800-0113.

## Training ‘Gevolgen van een dubbele diagnose’

Leer meer over de gevolgen van een dubbele diagnose (psychische stoornis en verslaving) en hoe u hier als hulpverlener mee om kunt gaan.

Veel mensen met een psychische stoornis zijn ook verslaafd aan alcohol of drugs en veel mensen met een verslaving hebben ook een psychische stoornis. We spreken in dat geval 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 doorgaans 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 een dag is opgezet door het Trimbos-instituut en het expertisecentrum dubbele diagnose (LEDD) en geeft u een introductie in deze problematiek en handvatten om hiermee om te gaan.

Datum: 31 mei 2021

Kosten: € 395,- excl. btw

De training wordt vanuit een online leeromgeving ondersteund.

Bron: [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)

## Training Ouder-Baby Interventie

Leer hoe u de interactie van ouders met psychische problemen met hun baby kunt verbeteren met de ‘Ouder-Baby Interventie’.

Als één van de ouders van een zeer jong kind psychische problemen heeft, kan dit ernstige gevolgen hebben voor het kind op latere leeftijd: hij of zij loopt het risico zelf ook psychische klachten te ontwikkelen. De interactie tussen ouder en kind speelt een cruciale rol bij de hechting van het kind. Begeleiding van het gezin vraagt specifieke kennis en vaardigheden van u als zorgprofessional. De ‘Ouder-Baby Interventie’ is een vorm van begeleiding gericht op het verbeteren van de interactie tussen (beide) ouders en hun baby en op een gezonde ontwikkeling van het kind. Tijdens deze meerdaagse training leert u alles wat u nodig heeft om KOPP/KOV gezinnen te kunnen begeleiden met deze interventie, zodat het kind zich veilig kan ontwikkelen.

Datum: 23 maart 2021

Kosten: € 880,- excl. btw

De training wordt vanuit een online leeromgeving ondersteund.

Bron: [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)





## Cursussen NSPOH

De Netherlands School of Public & Occupational Health is gespecialiseerd in onderwijs op (post)academisch niveau en biedt opleidingen en trajecten aan professionele organisaties op het brede terrein van maatschappij en gezondheid, arbeid en gezondheid en sociale zekerheid.

De komende maanden organiseert NSPOH onder andere de volgende cursussen/bijeenkomsten.

### Samenwerken met bloggers, vloggers en social influencers

Facebook en Twitter hebben gelijkgestemden met elkaar verbonden in online communities. Vaak zijn die georganiseerd rond niche-thema's, zoals sport of voeding. Hierin zijn ook social influencers (bloggers en vloggers) actief. Werk je in de publieke gezondheid en wil je leren hoe je met hen kunt samenwerken om je boodschap bij een breder publiek onder de aandacht te brengen? Doe dan deze eendaagse module. Voor professionals in de publieke gezondheid en die de mogelijkheden willen verkennen van samenwerking met zogenaamde social influencers.

Datum: 1 april 2021

Kosten: € 415,-

Locatie: Gouda

### Training adviesvaardigheden

Adviseren neemt een steeds belangrijkere plaats in binnen organisaties in de publieke gezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg. Heb jij in de publieke of bedrijfsgezondheidszorg een adviserende taak en wil je bekend raken met het proces van adviseren? Zodat jouw adviezen worden opgevolgd? Doe dan deze driedaagse training adviesvaardigheden.

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

Data: 18 mei, 8 juni en 6 juli 2021

Kosten: € 1245,-

Locatie: Utrecht

### Projectmanagement

Hoe kun je projectmatiger werken en daarmee de kans op resultaat vergroten? In deze basistraining leer je meer over de verschillende aspecten die daarbij komen kijken.

Voor beleidsmedewerkers, bestuurders en uitvoerders die werkzaam zijn in de public en occupational health en die projectmatig werken.

Data: 19 mei, 2 en 16 juni 2021

Kosten: € 1245,-

Locatie: Utrecht

### Je werkdruk de baas!

Veel professionals hebben last van hoge werkdruk. Zij hebben het gevoel dat ze geen grip meer hebben op hun agenda.

Uiteindelijk gaat dit ten koste van het plezier in het werk.

Herken je dit? En streef je een betere balans tussen werk en privé na? Doe dan deze praktische module.

Voor professionals werkzaam in de public en occupational health.

Datum: 3 juni 2021

Kosten: € 415,-

Locatie: Online

### Helder denken over doelen

Heb je een ambitieus doel voor ogen voor jouw team of organisatie, maar raak je verstrikt in de uitwerking?

In deze masterclass leer je te werken met een Doelenladder. Voor sociaal geneeskundigen, gezondheidswetenschappers, verpleegkundigen en andere professionals werkzaam op het gebied van de volksgezondheid, arbeidsomstandigheden en arbeidsparticipatie, zoals beleidsmedewerkers en onderzoekers, die ambities willen vertalen naar effectieve plannen.

Data: 11 en 25 juni 2021 (9.30 - 12.30 uur)

Kosten: € 415,-

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



## Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 4e kwartaal 2020

Ziekte	4e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 4e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	4e kwartaal 2020	4e kwartaal 2019	4e kwartaal 2018	1e t/m 4e kwartaal 2020	1e t/m 4e kwartaal 2019	1e t/m 4e kwartaal 2018
<b>A-ZIEKTEN</b>						
MERS-CoV						
Pokken						
Poliomyelitis anterior acuta						
SARS						
Virale hemorrhagische koorts						
COVID-19	45.593			57.735		
<b>B-ZIEKTEN</b>						
(humane infectie) avaire influenza						
Difterie						
Pest						
Rabiës (hondsdoelheid)						
Tuberculose	27	22	29	88	72	101
Buiktyfus		1	1	1	3	4
Cholera						
Hepatitis A		8	4	1	10	16
Hepatitis B acuut		2	30	3	6	127
Hepatitis B chronisch	21	33		86	129	
Hepatitis C acuut			2		2	5
Hepatitis C chronisch	9	14		26	52	
Kinkhoest	1	76	87	65	400	267
Mazelen					6	6
Paratyfus A,B,C			2		3	8
Rubella						
STEC (E. coli)	2	1	6	15	15	27
Shigellose	1	8	20	16	54	54
Invasieve GAS	2	2	4	8	26	13
Voedselinfectie				1	3	6
<b>C-ZIEKTEN</b>						
Antrax (miltvuur)						
Bof		3	6	5	7	8
Botulisme						
Brucellose				2	1	
CPE	6	11		13	15	
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob klassiek			2	2	1	5
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob variant						
Gele koorts						
Invasieve Hib	3	1		3	3	1
Hantavirusinfectie				1		



## Vervolg overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 4e kwartaal 2020

Ziekte	4e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 4e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	4e kwartaal 2020	4e kwartaal 2019	4e kwartaal 2018	1e t/m 4e kwartaal 2020	1e t/m 4e kwartaal 2019	1e t/m 4e kwartaal 2018
Legionellose	6	10	11	24	27	39
Leptospirose	2	2		3	4	1
Listeriose	2	2	1	5	4	6
Malaria		3	7	7	19	24
Meningokokkose		4	3	3	16	17
MRSA-infectie (cluster buiten ziekenhuis)						
Invasieve pneumokokken (bij kinderen)	2	1	3	5	4	6
Psittacose		1	1	4	6	1
Q-koorts						
Tetanus						
Tularemie						
Trichinose						
West-Nilevirus						
Zikavirus						
<b>Totaal</b>	<b>45.677</b>	<b>205</b>	<b>219</b>	<b>58.122</b>	<b>888</b>	<b>742</b>

## Infectieziekten gemeld door instellingen in 2020

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de meldingen door instellingen in het jaar 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	Kinderopvang	Onderwijsinstelling	Vluchtelingenopvang	AWBZ zorginstelling	Ziekenhuis	Eindtotaal
Huiduitslag/exanthenen	40	9		5	1	55
Impetigo (krentenbaard)	11	3				14
Gastro-enteritis	22			20		42
Schimmelinfectie						
Luchtweginfectie/ influenza-achtig ziektebeeld	117	215	1	277	6	616
Anders*				1		1
<b>Eindtotaal</b>	<b>190</b>	<b>227</b>	<b>1</b>	<b>303</b>	<b>7</b>	<b>728</b>

\* anders: BRMO



## Jaaroverzicht 2020 meldingen en vragen afdeling Infectieziektebestrijding GGD Haaglanden

In 2020 heeft GGD Haaglanden in totaal 57.735 meldingen van het coronavirus ontvangen. Het aantal andere meldingsplichtige ziekten, gemeld bij de afdeling Infectieziektebestrijding van GGD Haaglanden is in 2020 gedaald naar 299 excl. 88 meldingen Tuberculose (2019: 816 excl. 72 meldingen Tuberculose).

### Dianne van der Zande

Het jaar 2020 is voor infectieziektebestrijding een bijzonder en hectisch jaar geweest, dat werd gedomineerd door de coronapandemie.

In de regio Wuhan in China startte in december 2019 een uitbraak van een nieuw coronavirus. Op 30 januari 2020 heeft de World Health Organization (WHO) 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 werd in Nederland bij de eerste patiënt corona vastgesteld.

Op 28 februari heeft GGD Haaglanden de eerste melding ontvangen. Daarna steeg het aantal meldingen snel. Na de eerste golf in het voorjaar en een relatief rustige zomer zijn de aantallen meldingen in het najaar weer fors gestegen met een piek van meldingen in december.

In 2020 heeft GGD Haaglanden in totaal 57.735 meldingen van het coronavirus ontvangen. Vanwege het veranderde testbeleid in de loop van het jaar zijn de maandcijfers niet één op één met elkaar te vergelijken. Waarschijnlijk zijn er in het voorjaar veel meer mensen besmet geweest, maar kwam dit niet naar voren door het geringe aantal testen.

Het aantal andere meldingsplichtige ziekten, gemeld bij de afdeling Infectieziektebestrijding van GGD Haaglanden is in 2020 gedaald naar 299 (2019: 816). Deze daling is vanaf maart zichtbaar. Dit is verklaarbaar vanuit de algemene hygiëne-adviezen en landelijke maatregelen zoals de lockdown in Nederland, waardoor er ook voor andere infectieziekten een kleinere kans op transmissie is. Een opvallend voorbeeld hiervan is dat het aantal

kinkhoestmeldingen de laatste maanden van 2020 tot bijna 0 gedaald is. In totaal zijn er dit jaar 65 kinkhoestmeldingen geweest (2019: 400).

*Door de algemene hygiëne-adviezen en landelijke maatregelen zoals de lockdown is er ook voor andere infectieziekten een kleinere kans op transmissie.*

Daarnaast is de gezondheidszorg voor niet-spoed een periode geminimaliseerd. Hierdoor zijn er bijvoorbeeld minder onderzoeken op hepatitis B en C verricht. Het aantal meldingen van deze chronische ziekten is voor hepatitis B gedaald naar 86 (2019: 129) en voor hepatitis C naar 26 (2019: 52).

### Minder reizen van invloed op import infectieziekten

Er is in 2020 veel minder gereisd naar het buitenland en dit was van invloed op de import van infectieziekten, zoals malaria (2020: 7; 2019: 19) en een aantal besmettelijke maag-darmpathogenen, zoals shigellose (2020: 16; 2019: 54).

Tevens heeft dit minder reizen een duidelijk effect gehad op het aantal vragen van personen, die in het buitenland gebeten of gekrabd waren door een zoogdier. Na een verwonding door een dier in het buitenland beoordeelt de GGD of er kans bestaat op rabiës (hondsdolheid) en geeft de noodzakelijke post-expositieprofylaxe. Het aantal meldingen en afhandelingen van rabiës is in 2020 gedaald naar 21 (2019: 119).



Legionellose laat wel een in de zomermaanden gebruikelijke stijging zien. Het aantal meldingen van deze ziekte ligt op het niveau van 2019 (2020: 24; 2019: 27). Legionellose wordt niet van mens-op-mens overgedragen maar vanuit de leefomgeving via wateraerosolen.

Het aantal meldingen van Shigatoxine-producerende E. coli (STEC)-infecties is in 2020 gelijk aan 2019 (15). De meeste infecties zijn voedsel gerelateerd en worden in verband gebracht met consumptie van bijvoorbeeld onvoldoende verhit vlees, ongepasteuriseerde zuivelproducten of onvoldoende gewassen groenten.

Het aantal gemelde gevallen van meningokokkose of meningokokkenziekte is gedaald (2020:3; 2019: 16), waarbij in 2020 slechts één keer type W is aangetoond. Dit is in lijn met de landelijke daling van meningokokken W.

### Artikel 26 meldingen

In 2020 is het totaal aantal meldingen uit instellingen (op basis van artikel 26 van de Wet publieke gezondheid) fors gestegen (2020: 728; 2019: 237).

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 opengestaan en kreeg de GGD ook vanuit deze sectoren de nodige meldingen binnen. Sinds de zomer komen deze meldingen uit alle drie de sectoren (kinderopvang, onderwijs en zorginstellingen).

Daarnaast zijn er in de winter- en herfstmaanden ook dit jaar nog de gebruikelijke uitbraken van gastro-enteritis gemeld door de instellingen, maar zijn dit er

minder dan het jaar ervoor (2020: 42; 2019: 59).

Hetzelfde geldt voor de uitbraken van huidaandoeningen (2020: 55; 2019: 98).

Helaas blijft scabiës voor zorginstellingen een terugkerend en hardnekkig probleem. Eén patiënt met schurft kan soms leiden tot grote uitbraken in zorginstellingen. Daarom worden vaak al bij één melding van scabiës binnen een zorginstelling meerdere personen preventief behandeld om verdere verspreiding tegen te gaan. De rol van de GGD is hierbij met name gericht op advisering en preventieve behandeling van contacten buiten de instellingen.

***De afdeling Infectieziektebestrijding is in 2020 bijna 2300 keer benaderd met vragen, telefonisch en per mail. In 2019 was dit ruim 1600 keer.***

### Publieksvragen

De afdeling Infectieziektebestrijding heeft een grote publieksfunctie. Het algemeen publiek, instellingen en ketenpartners weten GGD Haaglanden goed te vinden. De afdeling Infectieziektebestrijding is in 2020 bijna 2300 keer telefonisch of per mail benaderd met vragen (2019: 1657). Dit aantal is het aantal vragen dat bij de afdeling Infectieziektebestrijding is binnengekomen en niet bij de diverse corona callcenters, die de GGD het afgelopen jaar heeft ingesteld.

Ruim de helft van deze publieksvragen betrof het coronavirus. Verder gingen de vragen over tal van infectieziekten of onderwerpen gerelateerd aan infectieziekten, zoals vaccinaties, hepatitis, scabiës, rabiës, besmettingsaccidenten en Bijzonder Resistente Micro-organismen (BRMO en MRSA).

### OVER DE AUTEUR

**Mw. Drs. A.M. van der Zande** is Arts Maatschappij & Gezondheid, profiel infectieziektebestrijding GGD Haaglanden





## COLOFON

---

Maart 2021, 56<sup>ste</sup> jaargang nr. 1

## 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)  
**mw. dr. ir. I.M. van der Meer**, GGD Haaglanden (hoofdredacteur)  
**mw. drs. R.M. van der Meer**, GGD Haaglanden (kernredacteur)  
**mw. prof. dr. C.W. Slotema**, PsyQ  
**dhr. dr. R. Starmans**, huisarts  
**mw. drs. E.C. van Veen**, arts M&G, JMO Den Haag  
**mw. drs. J.E.C.M. Vervoordeldonk**, GGD Haaglanden  
**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](mailto:epibul@ggdhaaglanden.nl)

**Epidemiologisch Bulletin op internet**  
[www.ggdhaaglanden.nl/epibul](http://www.ggdhaaglanden.nl/epibul)

**Vormgeving**  
Haagsblauw

**Fotografie**  
Getty Images

**Uitgave**  
GGD Haaglanden

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

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

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

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

ISSN 0921-6219



BEZOEKADRESSEN

Westeinde 128  
2512 HE Den Haag

Reinier de Graafweg 5  
2625 AD Delft

Croesinckplein 24-26  
2722 EA Zoetermeer

POSTADRES

Postbus 16130  
2500 BC Den Haag

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

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