

# Epidemiologisch bulletin

TIJDSCHRIFT VOOR  
VOLKSGEZONDHEID EN ONDERZOEK  
IN REGIO HAAGLANDEN

JAARGANG 56

NR 4

2021

## Huisartsen en suïcide- preventie



**Covid-19 versterkt samenwerking  
ambulancezorg en huisartsen(posten)**

**Vaccinatiecijfers Rijksvaccinatie-  
programma 2016-2021 in Haaglanden**

**Healthy by Design: een gezonde leefstijl-  
interventie voor-en-door mbo-studenten**

**Genotmiddelengebruik jongeren onder  
de 18 jaar in Den Haag en Wassenaar**

# IN DIT NUMMER

|                                                                                                                                                                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Huisartsen en suïcidepreventie</b><br>Kwalitatief onderzoek naar rol, belemmeringen,<br>bevorderende factoren en behoeften onder<br>Haagse huisartsen bij suïcidepreventie<br><i>Regina van der Meer, Astrid Schop-Etman, David Grim en Paul Uitewaal</i> | 4  |
| <b>COVID-19 versterkt samenwerking ambulancezorg<br/>en huisartsen(posten)</b><br><i>Minke Sluis</i>                                                                                                                                                         | 11 |
| <b>Vaccinatiegraad Rijksvaccinatieprogramma kinderen<br/>en jongeren in Haaglanden</b><br>Vaccinatiecijfers gemeenten in Haaglanden 2016-2021<br><i>Mary Berns, Viola de Ridder-Hagenaars, Niels Gerrits, Dianne van der Zande, Chantal Koolhaas</i>         | 15 |
| <b>Genotmiddelengebruik door jongeren onder de 18 jaar<br/>in Den Haag en Wassenaar</b><br>Een pilot van het Haags Uitgaansonderzoek<br><i>Willemieke Ligtenberg, Peri Hastan, Regina van der Meer en Ad van Dijk</i>                                        | 23 |
| <b>Healthy by Design: een gezonde leefstijlinterventie<br/>voor-en-door mbo-studenten</b><br><i>Gitte Kloek, Madelief Bertens, Frens Pries, Hans Romers, Noortje de Tombe en Sanne de Vries</i>                                                              | 27 |
| <b>Gezondheid in Cijfers: Alcoholgebruik bij<br/>volwassenen en ouderen</b>                                                                                                                                                                                  | 33 |
| <b>Korte berichten</b>                                                                                                                                                                                                                                       | 34 |
| <b>Meldingen infectieziekten 3e kwartaal 2021</b>                                                                                                                                                                                                            | 38 |

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 decembernummer start met een artikel over de rol en belemmeringen zoals huisartsen die voor zichzelf zien in de suïcidepreventie. Een huisartsenpraktijk in Nederland krijgt jaarlijks gemiddeld 65 patiënten met suïcidale gedachten en 18 patiënten met een suïcidepoging. Ongeveer de helft van de mensen zoekt in de weken voor de suïcide(poging) hulp bij de huisarts, meestal met een andere hulpvraag. De registraties van huisartsen bevatten echter maar een fractie van het aantal pogingen. Dit voedt de gedachte dat het versterken van de rol van huisartsen bij suïcidepreventie bijdraagt aan betere signalering en doorverwijzing naar specialistische hulp. In dit eerste artikel leest u de resultaten van het kwalitatieve onderzoek naar de rol, belemmerende en bevorderende factoren volgens Haagse huisartsen.

Vervolgens een artikel vanuit de Ambulancezorg, op basis van hun ervaringen tijdens de coronacrisis. De pandemie deed een ongekend beroep op alle zorgmedewerkers en vroeg de zorg te anticiperen, te innoveren en meer samen te werken. Voor de acute zorg betekende dit (onder andere) een samenwerking tussen de ambulancezorg en huisartsen(posten). De groeiende zorgvraag leidde begin 2021 tot een gezamenlijk plan om voorbereid te zijn op fase III/code zwart. Kern hierbij was het zoveel mogelijk ontlasten van IC's en ziekenhuizen. Voordeel van het opstellen van deze plannen is dat medewerkers van betrokken organisaties elkaar (nog) beter hebben leren kennen en sterker staan in het leveren van ketenzorg. In het artikel leest u meer over het aantal aanvragers van de Regionale Ambulance Voorziening Haaglanden en de planvorming voor fase III/code zwart.

Het derde artikel in ons Bulletin gaat over andere vaccinaties dan de op dit moment veel besproken vaccinatie tegen het coronavirus. Het betreft de vaccinaties uit het Rijksvaccinatieprogramma tegen onder andere difterie, kinkhoest, bof en mazelen.

Deze worden aangeboden aan alle kinderen en jongeren tot 18 jaar. De doelstelling van de Wereld Gezondheids Organisatie is een vaccinatiegraad van 90%. In het artikel leest u van de afzonderlijke vaccinaties of deze norm wordt bereikt in Haaglanden. Over het algemeen blijkt dat bij zuigelingen in Haaglanden de vaccinatiegraad zich boven deze 90%-norm bevindt, en dat de vaccinatiegraad afneemt met de leeftijd.

Voor mbo-studenten zijn er weinig effectieve interventies die een gezonde leefstijl bevorderen. Healthy by Design is een leefstijlinterventie die voor-en-door mbo-studenten is ontwikkeld en uitgevoerd, gericht op het bevorderen van gezond eten en meer bewegen. Inmiddels is er twee jaar ervaring met deze interventie op locaties van het ROC Mondriaan in Haaglanden. Het artikel beschrijft zowel de opzet van de interventie als de ervaringen en resultaten. Wist u bijvoorbeeld dat er in 2017/2018 900 studenten bereikt zijn met beweegactiviteiten, en in 2018/2019 870 studenten zijn bereikt met fitdagen voor een hele schoollocatie?

Sinds 2002 wordt via het Haags Uitgaans Onderzoek (HUO) onderzoek gedaan naar uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik in Den Haag. Met de huidige NIX18-regel speelt het gebruik van genotmiddelen door jongeren onder de 18 jaar tijdens het uitgaan zich deels thuis en deels op straat af. Het artikel beschrijft een pilotonderzoek door GGD Haaglanden en Indigo Preventie in 2020 onder 18-minners in de gemeenten Den Haag en Wassenaar. De uitkomst bevat informatie over onder andere populaire middelen, het verkrijgen ervan en waar en wanneer jongeren ze gebruiken. In de rubriek Gezondheid in Cijfers leest u vervolgens meer over het alcoholgebruik bij volwassenen en ouderen zoals vastgesteld met de Gezondheidsmeter.

Irene van der Meer, hoofdredacteur

# Huisartsen en suïcidepreventie

Een huisartsenpraktijk in Nederland krijgt jaarlijks gemiddeld 65 patiënten met suïcidale gedachten en 18 patiënten met een suïcidepoging.<sup>1</sup> Uit onderstaand kwalitatief onderzoek door de afdeling Epidemiologie van GGD Haaglanden blijkt dat huisartsen een rol voor zichzelf zien bij het herkennen, begeleiden en doorverwijzen van patiënten met suïcidaal gedrag. Tegelijkertijd vinden ze de verwijsmogelijkheden niet altijd duidelijk en vormen de (te) lange wachttijd en samenwerking met de GGZ een knelpunt. Er is behoefte aan duidelijke afspraken over de rol- en taakverdeling met de betrokken professionals. Naar verwachting zal het vernieuwde suïcidepreventie programma Sumona de regionale samenwerking in de keten sterk verbeteren.

Regina van der Meer, Astrid Schop-Etman, David Grim en Paul Uitewaal

## Inleiding

De huisarts heeft een belangrijke rol in de zorg voor mensen met suïcidaal gedrag. Onder suïcidaal gedrag wordt verstaan het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen, die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden.<sup>2,3</sup> Suïcidaal gedrag bestaat dus niet alleen uit handelingen, maar ook uit gedachten en gevoelens.<sup>3</sup>

Landelijke cijfers benadrukken de noodzaak voor suïcidepreventie (zie kader). Ongeveer de helft van de mensen zoekt in de weken voor de suïcide(poging) hulp bij de huisarts.<sup>4</sup> Dit doen zij meestal met een andere hulpvraag.<sup>1,4</sup> De huisarts wordt in staat geacht suïcidaal gedrag te signaleren, diagnosticeren en te verwijzen naar de specialistische zorg.<sup>1,2,5</sup> Naar schatting wordt een huisarts eenmaal per vijf jaar geconfronteerd met een suïcide in de eigen praktijk.<sup>1</sup> Jaarlijks zijn er gemiddeld binnen een huisartspraktijk in Nederland 65 patiënten met suïcidale gedachten en doen 18 patiënten een suïcidepoging.<sup>1</sup> In de registraties van suïcidepogingen van de huisartsen zijn dit er echter maar twee of drie.<sup>1</sup> De huisarts registreert dus een fractie van het

aantal pogingen. Dit kan er op duiden dat de huisarts geen volledig zicht heeft op het suïcidale gedrag van de patiënten in de praktijk.<sup>1</sup>

## Cijfers suïcidaal gedrag

Van de Nederlanders in de leeftijd van 18-64 jaar heeft acht procent ooit in het leven suïcidale gedachten gehad.<sup>6</sup> In Nederland sterven er jaarlijks ruim 1.800 mensen door suïcide.<sup>7</sup> Suïcide is hiermee doodsoorzaak nummer twee onder 15-65 jarigen in Nederland.<sup>8</sup> In Den Haag waren er 45 suïcides in 2017, 60 in 2018, 50 in 2019 en 61 in 2020.<sup>9</sup> Elke suïcide is een persoonlijk drama met grote impact op nabestaanden, naasten en mogelijk betrokken (zorg)professionals.<sup>10</sup> Suïcidepogingen komen ongeveer 25 keer meer voor dan suïcides.<sup>10</sup> In Nederland komt dit neer op bijna 50.000 pogingen per jaar. Dit zijn 135 pogingen per dag.<sup>10</sup>



Een aantal huisartsen gaf bij een suicidepreventie-training van Parnassia (GGZ instelling) in Den Haag aan suïcidaal gedrag niet goed te herkennen en niet goed te weten wanneer, bij wie en hoe dit moet worden uitgevraagd. Ook gaven zij aan niet goed te weten naar wie ze kunnen doorverwijzen bij subacute suïcidaliteit\*. Vergelijkbare bevindingen blijken ook uit internationale onderzoeken en een recent Nederlands onderzoek.<sup>11-15</sup>

Het versterken van de rol van huisartsen bij suicidepreventie zal naar verwachting vroegsignalering van suïcidaal gedrag en het tijdig doorverwijzen van personen naar de specialistische hulp verbeteren. Daarvoor is het belangrijk om te onderzoeken of huisartsen vinden of en zo ja, welke rol zij hebben in suicidepreventie, welke belemmeringen of bevorderende factoren zij ervaren en wat zij nodig achten om hun rol goed uit te kunnen voeren.

Om in te zoomen op de Haagse situatie is gesproken met huisartsen die in Den Haag werkzaam zijn. Teneinde zowel huisartsen die positief als huisartsen die minder positief zijn over hun rol bij suicidepreventie te includeren, zijn alle huisartsen benaderd. De onderzoeksvragen zijn: 1. Welke rol vinden Haagse huisartsen dat zij hebben in het herkennen, begeleiden en doorverwijzen van patiënten met suïcidaal gedrag? 2. Welke belemmeringen en bevorderende factoren ervaren zij hierbij? 3. Wat denken huisartsen nodig te hebben om hun rol in het herkennen, begeleiden en doorverwijzen van patiënten met suïcidaal gedrag goed uit te kunnen voeren? Tijdens de interviews is ook gevraagd naar de rol en de meerwaarde van de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) in de huisartsenpraktijk bij suicidepreventie.

## Methode

De onderzoekspopulatie bestaat uit huisartsen die werkzaam zijn in Den Haag en een afspiegeling vormen van de Haagse huisartsen. Een drietal netwerk/koepelorganisaties voor Haagse huisartsen heeft bij het werven geholpen, te weten: Hadoks, SHG en Arts&Zorg.

Gekozen is voor kwalitatief onderzoek in de vorm van semigestructureerde individuele interviews met huisartsen. De huisartsen zijn in maart en april 2020 geïnterviewd in de eigen praktijk of, vanwege

coronamaatregelen, telefonisch. Twaalf interviews gaven voldoende verzadiging voor het duiden van de resultaten en het trekken van de conclusies. Dat een onderzoekspopulatie van twaalf personen meestal toereikend is voor betrouwbare data, wordt bevestigd in literatuur over kwalitatief onderzoek.<sup>16</sup>

Ieder interview werd getranscribeerd, beluisterd en geanalyseerd door twee onderzoekers aan de hand van een themalist. Dankzij het gehanteerde coderingssysteem ontstond overzicht van wat iedere respondent heeft gezegd op themaniveau. Verdere informatie over de methode staat beschreven in de onderzoeksrapportage.<sup>17</sup>

Voor het onderzoek zijn twaalf Haagse huisartsen geïnterviewd, waarvan vier mannelijke en acht vrouwelijke huisartsen. De gemiddelde werkervaring van deze huisartsen is 13,3 jaar, met 1,5 jaar als kortste werkervaring en 34 jaar als langste werkervaring. Vijf huisartsen zijn zelfstandig gevestigd, vijf in dienst van een huisarts (HIDHA) en twee zijn werkzaam als waarnemer. Twee huisartsen zijn werkzaam in een solopraktijk, twee in een duopraktijk, vier in een groepspraktijk en vier in een gezondheidscentrum. De huisartspraktijken van de huisartsen liggen verspreid over de stad Den Haag, gesitueerd in zowel aandachtswijken als in meer welgestelde wijken. Alle huisartsen hebben een POH-GGZ in de praktijk. Acht van hen maken ook daadwerkelijk gebruik van de POH-GGZ in het geval van suïcidaal gedrag bij patiënten. Hoe zij worden ingezet verschilt per huisarts.

## Resultaten<sup>17</sup>

### Rol huisartsen

Huisartsen zien duidelijk een rol voor zichzelf in het herkennen en doorverwijzen bij patiënten met suïcidaal gedrag. Veel huisartsen zien een rol voor zichzelf in het begeleiden bij niet-acuut suïcidaal gedrag.

### Herkennen

Huisartsen zien het herkennen van suïcidaal gedrag als onderdeel van hun rol. Zij willen graag een vertrouwenspersoon en eerste aanspreekpunt zijn voor patiënten en hen een luisterend oor bieden. Daarnaast willen ze ruimte en tijd creëren om een gesprek over suïcidaliteit te starten, de ernst en het risico hiervan in te schatten en de onderliggende hulpvraag te verkennen en ophelderen. Citaat huisarts: “Je bent als huisarts echt een soort vertrouwenspersoon.

\* Subacute suïcidaliteit zijn serieuze suïcidale gedachten, zonder directe dwang dit uit te voeren

# Sumona: Suïcidepreventie, monitoring en nazorg

Dankzij het vernieuwde suïcidepreventieprogramma Sumona (Suïcidepreventie, monitoring en nazorg)

verbetert ook in Haaglanden de regionale samenwerking in de keten rond suïcidepreventie.

De werkwijze is dat oplettende hulpverleners binnen en buiten de zorg personen met een verhoogd suïciderisico (bijvoorbeeld met suïcidale gedachten of na een suïcidepoging) kunnen signaleren en – met hun toestemming – aanmelden in een hiervoor ontwikkeld online-monitoringssysteem. Een aangemelde persoon komt vervolgens in contact met een casemanager en krijgt een jaar lang vaste monitoringscontacten (elke drie maanden). De casemanager biedt laagdrempelig contact, een luisterend oor en leidt toe naar passende zorg en hulp in het medisch en/of sociaal domein. Hij is tevens de schakel tussen de cliënt, behandelaar en andere hulpverleners. Door monitoring van suïcidaal gedrag en mogelijke risico's voor de cliënt wordt zorg op maat geleverd. Daarnaast is er aandacht voor naasten en de mogelijkheid tot lotgenotencontact. Met deze integrale aanpak streeft Sumona naar een Nederland met minder suïcides en suïcidepogingen.

De Sumona-aanpak is gebaseerd op vijf kernelementen:

1. Vroegtijdig signaleren van de doelgroep;
2. Ontwikkelen van een domein-overstijgende ketenaanpak;
3. Het bieden van vaste monitoringscontacten en/of casemanagement op maat;
4. Cliënten en hun naasten toeleiden naar passende zorg en ondersteuning (indien gewenst);
5. Ondersteunen door de inzet van ervaringsdeskundigheid en lotgenotencontact.

## Ontstaan

Dankzij ZonMw subsidie hebben Indigo Haaglanden, Indigo Rijnmond en GGZ Breburg van september 2020 tot en met september 2021 het vernieuwde suïcidepreventieprogramma Sumona ontwikkeld.<sup>18,19</sup>

Dit programma is gebaseerd op SuNa (Suïcidepoging Nazorg) en SUPREMOCOL (Suïcidepreventie door Monitoring en Collaborative care). SuNa richt zich op personen die gezien worden bij de Spoed Eisende Hulp na een suïcidepoging.<sup>20</sup> Dit programma is ontwikkeld door Indigo Haaglanden en GGD Haaglanden en is tevens geïmplementeerd door Indigo Rijnmond.<sup>20,21</sup>

SUPREMOCOL is ontwikkeld door GGZ Breburg en richt zich op personen met suïcidale gedachten die vroeg gesignaleerd worden door hulpverleners binnen en buiten de zorg.<sup>22,23</sup> De komende periode wordt Sumona in stappen geïmplementeerd in onder andere Haaglanden.<sup>18,19</sup>

## Sumona en huisartsen

Sumona kan huisartsen handvatten bieden in het begeleiden van personen die suïcidaal gedrag vertonen (zowel acuut als niet-acuut). In acute gevallen blijven ook de huidige werkwijzen van toepassing; een mogelijke aanmelding bij Sumona moet worden gezien als extra ondersteuning. Een casemanager is immers geen behandelaar.

Huisartsen kunnen een persoon met suïcidale gedachten bij Sumona aanmelden. Daarna heeft de persoon een gesprek met de casemanager. De casemanager kijkt wat de persoon nodig heeft qua zorg en leidt hem of haar toe naar ondersteuning in het sociaal domein (bijvoorbeeld schuldhulpverlening). De casemanagers binnen Indigo Haaglanden kennen dan ook de sociale kaart in de regio en bezitten een breed netwerk van ketenpartners binnen en buiten de zorg. Dit maakt het voor hen mogelijk goede afstemming te vinden tussen behoeften van de aangemelde persoon en de mogelijkheden. Ondanks de belemmering van wachtlijsten binnen de GGZ, zal worden gekeken wat mogelijk is en wordt vinger-aan-de-pols contact geboden. Ook is er aandacht voor naaste betrokkenen; zij worden waar nodig toegeleid naar zorg of ondersteuning.

Sumona biedt een risico-inschattinginstrument tijdens aanmelden, die naast een goede inschatting van het suïciderisico, ook de basis biedt voor monitoring van dit risico. Na aanmelden worden een jaar lang vaste monitoringscontacten geboden, is er intensief casemanagement in het eerste half jaar en casemanagement op indicatie in het tweede half jaar. De ambitie van Sumona in de regio Haaglanden is om de huidige samenwerking met huisartsen te vergroten.



Dan is het als huisarts toch een beetje schipperen tussen 'kan ik afspraken met diegene maken en zorgen dat die op de juiste route geholpen wordt' of 'nee, hier kan ik geen afspraken meer mee maken en we moeten nu acuut ingrijpen'."

#### *Begeleiden*

Huisartsen begeleiden personen waarbij suïcidaal gedrag wordt herkend op uiteenlopende manieren. Het type begeleiding lijkt voor de meeste huisartsen af te hangen van de ernst van het suïciderisico, de mate waarin dat risico als acuut wordt beschouwd, de onzekerheid/twijfel over de situatie en hoe vertrouwd ze zich voelen in de rol als begeleider. Sommige huisartsen kiezen ervoor om patiënten met licht suïcidaal gedrag in de praktijk te begeleiden, door henzelf of de POH-GGZ. Sommige huisartsen zien zichzelf als coach of therapeut, terwijl anderen juist vinden dat dit niet hun rol als huisarts is en blijven dus weg van een begeleidende rol. Huisartsen bieden geregeld aan om de patiënt in de praktijk te begeleiden, ter overbrugging naar intake en behandeling binnen de GGZ. Citaat huisarts: "Een rol in het begeleiden? Nou, heel matig eerlijk gezegd, door gebrek aan ervaring daarmee en door gebrek aan exposities daarmee."

#### *Verwijzen*

Alle huisartsen zien een rol voor zichzelf als verwijzer. Ze zijn bekend met het bestaan van de crisisdienst van Parnassia en roepen de hulp van de crisisdienst in op het moment dat ze de situatie bij een patiënt niet vertrouwen. In het geval van een subacuut suïciderisico verwijzen huisartsen in veel gevallen naar de specialistische GGZ, soms naar de eerstelijns GGZ en afhankelijk van de onderliggende (sociale) problematiek naar schuldhulpverlening, maatschappelijk werk, het wijkteam en/of de gemeente.

#### **Belemmeringen**

Sommige huisartsen vinden het lastig suïcidaal gedrag te herkennen. Hier kunnen gebrek aan tijd en kennis, persoonlijkheidsproblematiek van de patiënt, het niet goed kennen van de patiënten, de multifac-

toriële aard van de suïcidaliteit, zorgmijding, taal- en cultuurverschillen en de familie belemmerend werken.

De meest genoemde belemmering zijn de lange wachtlijsten bij de GGZ. Het geeft veel huisartsen het gevoel dat ze patiënten onvoldoende ondersteuning kunnen bieden. Citaat huisarts: "Die wachttijden dat is het allerlastigste. Je weet nu al 'iemand moet naar de tweede lijn' en dan moet je nog vier maanden met diegene zitten en dan ben je ook wel een beetje uitgepraat."

Citaat andere huisarts: "We zijn opgeleid voor 1e lijns problemen en niet voor 2e lijns problemen. Je kan dan wel een deel van de werkzaamheden van de GGZ overnemen, maar dan zit je werk van PsyQ te doen."

Naast de lange wachtlijsten wordt ook het aannamebeleid binnen de GGZ als belemmerend gezien; patiënten worden niet geaccepteerd in – met name – de eerstelijns GGZ als er sprake is van een suïciderisico.

Citaat huisarts: "Het lastige is dat ik een suïcidale patiënt niet naar een vrijgevestigde psychiater kan sturen. Goede vrijgevestigde psychiaters zijn heel dun gezaaid, hebben een lange wachtlijst, en kunnen ook niet zeven x 24 uur opvang doen als zo'n patiënt niet stabiel is. Dus je bent aangewezen op die grote organisaties. En dat gaat lang niet altijd slecht hoor. Ik vind dat Parnassia goed werk doet. Maar het is wel een hele logge organisatie, en de terugkoppeling is soms afwezig of heel laat of onvolledig."

Ook geven huisartsen aan dat patiënten na verwijzing uit beeld kunnen raken door gebrekkige communicatie en/of terugkoppeling vanuit de GGZ.

#### **Bevorderende factoren**

Bevorderende factoren bij het herkennen, inschatten van het suïciderisico, begeleiden en verwijzen zijn: op een directe wijze (durven) vragen naar suïcidaal gedrag, kunnen benutten van het persoonlijk steunsysteem van de patiënt, beschikken over een breed netwerk, kennis van de sociale kaart, nauwe samenwerking met zorg- en hulpverleners binnen en buiten het zorgdomein.

*Citaat huisarts: "We lopen er vaak tegen aan dat mensen het niet met ons delen in de eerste tien minuten, dat zijn vaak de minuten die we dan hebben."*





*Citaat huisarts: “Wij hebben vanuit de aanpak Krachtige basiszorg in de praktijk één keer per zes weken een wijkteamoverleg, waarbij iedereen aanwezig is. Dat is ook mijn vangnet als ik denk ‘wat moet ik nou met deze persoon’, dat ik dan de telefoonnummers heb van hulpverleners uit de wijk en kan vragen: ‘kan je me helpen, wat kan ik nog bieden voor deze meneer of mevrouw’?”*

#### **Behoeften**

Er bestaat een sterke behoefte onder huisartsen aan laagdrempelige consultatiemogelijkheden, het verbeteren van de samenwerking met zorg- en hulpverleners binnen en buiten het zorgdomein, inclusief het verbeteren van informatie-uitwisseling en proactieve communicatie met externe zorg- en hulpverleners.

*Citaat huisarts: “Ik kan elke specialist in het ziekenhuis bellen, ze nemen op en geven me advies. Maar een psychiater zit er niet tussen.”*

Huisartsen willen hun eigen rol bij het vroegtijdig herkennen en ingrijpen bij suïcidaal gedrag verbeteren. Ook willen ze daarbij het niet-pluis-gevoel van de omgeving van patiënten benutten. Dat kan onder andere door meer tijd in de spreekkamer, (na) scholing, toepassen van geïndiceerde preventie, handreikingen/instrumenten voor suïciderisicoschattingen en de mogelijkheid voor naasten om vermoedens van (pre)suïcidaal gedrag te melden bij de huisarts of een speciaal daarvoor ingericht loket.

De crisisdienstverlening van Parnassia dient volgens een aantal huisartsen op meerdere vlakken te worden verbeterd. Zowel in het serieus nemen van de oproep om iemand te beoordelen, als op het gebied van kortdurend handelen en communiceren.

#### **POH-GGZ**

De praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) wordt door een aantal huisartsen ingezet bij het gezamenlijk bepalen van het beleid en/of de juiste verwijzing. De POH-GGZ heeft een signalerende functie, kan de situatie in kaart brengen en is inzetbaar bij de overbruggingsfase na verwijzing totdat de behandeling start. Ze (of hij) is er (met name) voor lichte psychische klachten en kan een rol spelen bij het begeleiden van een patiënt na terugverwijzing of afronding van een traject bij een externe hulp- of zorgverlener. Als belemmering zien sommige huisartsen dat de praktijkondersteuner GGZ zich onbekwaam voelt en/of te weinig tijd heeft om zich in te zetten voor patiënten met suïcidaal gedrag. Andere huisartsen noemen juist dat de POH-GGZ meer tijd heeft dan de huisarts en (vaak) zicht heeft op verwijsopties door hun netwerk binnen de GGZ.

Huisartsen zien meerwaarde in nascholing ‘suïcidaal gedrag’ voor de POH-GGZ ter bevordering van hun rol in begeleiding van suïcidale patiënten.

#### **Beschouwing**

Huisartsen zijn van mening een rol te hebben bij het herkennen en doorverwijzen van patiënten met suïcidaal gedrag. Voor het begeleiden van patiënten bij niet acuut suïcidaal gedrag is dit minder eenduidig. Een aantal huisartsen geeft aan het herkennen van suïcidaal gedrag verder te kunnen verbeteren door meer tijd te krijgen of te nemen en hun kennis te vergroten. Vooral het tijdig herkennen en het goed inschatten van de ernst van suïcidaal gedrag is daarbij van belang.

Een belangrijk knelpunt vinden huisartsen de samenwerking met de GGZ. Vooral voor patiënten met een subacuut suicide risico gelden naar hun mening (te) lange wachttijden. Ook is soms niet duidelijk welke verwijsmogelijkheden er zijn. Er is behoefte aan duidelijke afspraken over de rol- en taakverdeling met de betrokken professionals voor zorg- en hulpverlening voor patiënten met suïcidaal gedrag. Wens is ook een duidelijke sociale kaart en optimalisatie van consultatiemogelijkheden en verwijsopties voor Haagse huisartsen.





Dit kwalitatief exploratief onderzoek geeft veel inzichten in hoe huisartsen hun rol zien bij suïcidepreventie, welke belemmeringen en bevorderende factoren zij daarbij ervaren en wat zij nodig hebben om deze rol goed uit te kunnen voeren. Het zegt echter niet voor hoeveel huisartsen in Den Haag een specifieke uitspraak geldt en maakt het trekken van harde conclusies over veranderingen of beleid lastig.

Wel is een aantal overwegingen te geven voor de gemeente en/of betrokken professionals om verbetering te realiseren.

---

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

---

## 5 kernelementen Sumona



Het vernieuwde suïcidepreventieprogramma Sumona (Suïcidepreventie, monitoring en nazorg) kan huisartsen handvatten bieden in het begeleiden van personen die suïcidaal gedrag vertonen. (Zie kader op pagina 6)

Een aantal inzichten uit onderhavig onderzoek zijn meegenomen in dit suïcidepreventie programma. Aangezien ook de huisartsen bij Sumona worden betrokken, kunnen deze inzichten bijdragen aan het versterken van de rol van huisartsen bij suïcidepreventie in Den Haag.

### OVER DE AUTEURS

**Mw. Drs. R.M. van der Meer**, epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie, GGD Haaglanden

**Mw. A Schop-Etman**, PhD, coördinator extern, Afdeling Generation R, Erasmus MC (voormalig projectleider Sumona, GGZ Breburg)

**Dhr. D. Grim, MSc**, adviseur, Zorgvuldig en Advies.

**Dhr. Dr. P.J.M. Uitewaal**, senior epidemiologisch onderzoeker en huisarts, afdeling Epidemiologie, GGD Haaglanden

### DANKWOORD

De auteurs danken allen die dit onderzoek mede mogelijk hebben gemaakt: de geïnterviewde huisartsen, Hadoks (Rieuwk Visser), Parnassia Groep (Karin Slotema & Boudewijn Schols), Indigo Haaglanden (Ursula Dewkalie), HMC (Christien van der Linden), SuNa (Diane Blommestijn & Angelique Ravesteijn), Arts en Zorg, SHG, 113 zelfmoordpreventie (Elke Elzinga) en de gemeente Den Haag.

### Stichting 113 zelfmoordpreventie

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

## REFERENTIES

- 1 Steendam M, Beurs D de, Steylaerts C, Donker G. **Suïcidaliteit in de praktijk van de huisarts.** In: Heeringen K van, Portzky G, Beurs D de, Kerkhof A, editors. *Handboek Suïcidaal gedrag*. 2nd ed. Amsterdam: De Tijdstroom/Boom; 249-258. 2019
- 2 Hemert AM van, Kerkhof AJFM, Keijser J de, Verwey B, Boven C van, Hummelen JW, et al. **Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.** Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
- 3 **GGZ standaard Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.** Akwa GGZ. Geraadpleegd 27 oktober 2021. <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diagnostiek-en-behandeling-van-suïcidaal-gedrag/inleiding/over-suïcidaal-gedrag/wat-is-suïcidaal-gedrag>
- 4 Beurs DP de, Hooiveld M, Kerkhof AJFM, Korevaar JC, Donker GA. **Trends in suicidal behaviour in Dutch general practice 1983–2013: a retrospective observational study.** *BMJ Open* 2016; 6(5): e010868. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010868>
- 5 Hermens M, Wetten H van, Sinnema H. **Kwaliteitsdocument Keten zorg bij suïcidaliteit. Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten.** Utrecht: Trimbo Instituut; 2010.
- 6 Have M ten, Dorselaer S van, Tuithof M, Graaf R de. **Nieuwe gegevens over suïcidaliteit in de bevolking. Resultaten van de ‘Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2’ (NEMESIS-2).** Utrecht: Trimbo Instituut; 2011.
- 7 CBS. **1825 mensen maakten een einde aan hun leven in 2020.** Geraadpleegd op 27 oktober 2021. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/16/1-825-mensen-maakten-een-einde-aan-hun-leven-in-2020>
- 8 Volksgezondheidzorg.info. **Ranglijst doodsoorzaken op basis van sterfte.** Geraadpleegd op 27 oktober 2021 <https://www.volksgezondheidzorg.info/ranglijst/ranglijst-doodsoorzaken-op-basis-van-sterfte>
- 9 CBS, 2021. Geraadpleegd op 27 oktober 2021 <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/80202ned/table?ts=1632210544732>
- 10 113 Zelfmoordpreventie. **Derde Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025.** Geraadpleegd op 27 oktober 2021. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/10/29/derde-landelijke-agenda-suïcidepreventie-2021-2025>
- 11 Saini P, Chantler K, Kapur N. **General practitioners’ perspectives on primary care consultations for suicidal patients.** *Health & Social Care in the Community* 2016; 24(3), 260–269. <https://doi.org/10.1111/hsc.12198>
- 12 Saini P, Windfuhr K, Pearson A, Da Cruz D, Miles C. et al. **Suicide prevention in primary care: General practitioners’ views on service availability.** *BMC* 2010; 3(1756-0500 (Electronic), 246. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-3-246>
- 13 Bajaj P, Borreani E, Ghosh P, Methuen C, Patel M, Joseph M. (2008). **Screening for suicidal thoughts in primary care: the views of patients and general practitioners.** *Mental Health in Family Medicine* 2008; 5(4): 229–235.
- 14 Poma SZ, Grossi A, Toniolo E, Baldo V, De Leo D. **Self-perceived difficulties with suicidal patients in a sample of Italian general practitioners.** *Journal of Clinical Medicine Research* 2011: <https://doi.org/10.4021/jocmr684w>
- 15 Elzinga E, Kruif AJTCM de, Beurs DP de, Beekman ATF, Franx G, Gilissen R. **Engaging primary care professionals in suicide prevention: A qualitative study.** *PLoS ONE* 2020; 15(11): e0242540. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242540>
- 16 Green J, Thorogood N. **Qualitative methods for health research. 3rd edition.** Los Angeles: SAGE.
- 17 Grim D, Maat R, Meer R van der. **De rol van huisartsen bij suïcidepreventie. Een kwalitatief onderzoek onder huisartsen in Den Haag.** Den Haag: GGD Haaglanden; 2021.
- 18 Schop-Etman A, Smedts M, Dewkalie U, Blommesteijn D, Meer R van der, Boed K de, Elfeddali I. **Handboek SUMONA. Suïcidepreventie, monitoring en nazorg.** Den Haag: Indigo Haaglanden, Indigo Rotterdam, GGZ Breburg; 2021.
- 19 [www.sumona.nl](http://www.sumona.nl) (in ontwikkeling)
- 20 Slotema CW. **Methodiek Suïcidepoging Nazorg (SuNa).** Den Haag: Parnassia Groep & Indigo; Versie 9 - 2018.
- 21 Parnassia Groep. **Plan van aanpak suïcide nazorg (SuNa) Rotterdam Rijnmond.** Rotterdam: Parnassia Groep. 2018.
- 22 Elfeddali I, Metz M, Jong JJ de, Hofstra E, Feltz-Cornelis CM van der, Nieuwenhuizen Ch van. **Tussentijds rapport Supremocol. Resultaten tot nu toe en borging van werkwijze.** GGZ Breburg / Tilburg University; 2020.
- 23 Hofstra E. **It takes a community to prevent suicide. The development, roll-out, and scientific evaluation of a regional systems intervention for suicide prevention (SUPREMOCOL).** PhD thesis, 2021. GGZ Breburg / Tilburg University. Geraadpleegd op 27 oktober 2021. <https://research.tilburguniversity.edu/en/publications/it-takes-a-community-to-prevent-suicide-the-development-roll-out->



# COVID-19 versterkt samenwerking ambulancezorg en huisartsen(posten)

De juiste zorg door de juiste zorgverlener op het juiste tijdstip en op de juiste plek voor een patiënt met acute zorgvraag. Zelden kreeg dit doel zo'n impuls als tijdens COVID-19. De pandemie deed een ongekend beroep op alle zorgmedewerkers en vroeg de zorg te anticiperen, te innoveren en meer samen te werken. Met succes, zo blijkt uit onder andere de samenwerking tussen de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) Haaglanden en huisartsen(posten) in de periode maart 2020 tot en met juli 2021. Gezamenlijk is gewerkt aan het beperken van de druk op de ziekenhuizen en zijn plannen gemaakt voor het geval fase III/code zwart bereikt zou worden.

Onderstaand artikel geeft een overzicht van het aantal ambulance-aanvragers volgens het registratiesysteem en de bereikte samenwerking met huisartsen(posten).

Minke Sluis

## Meer aanvragen ambulancezorg door huisartsen(posten)

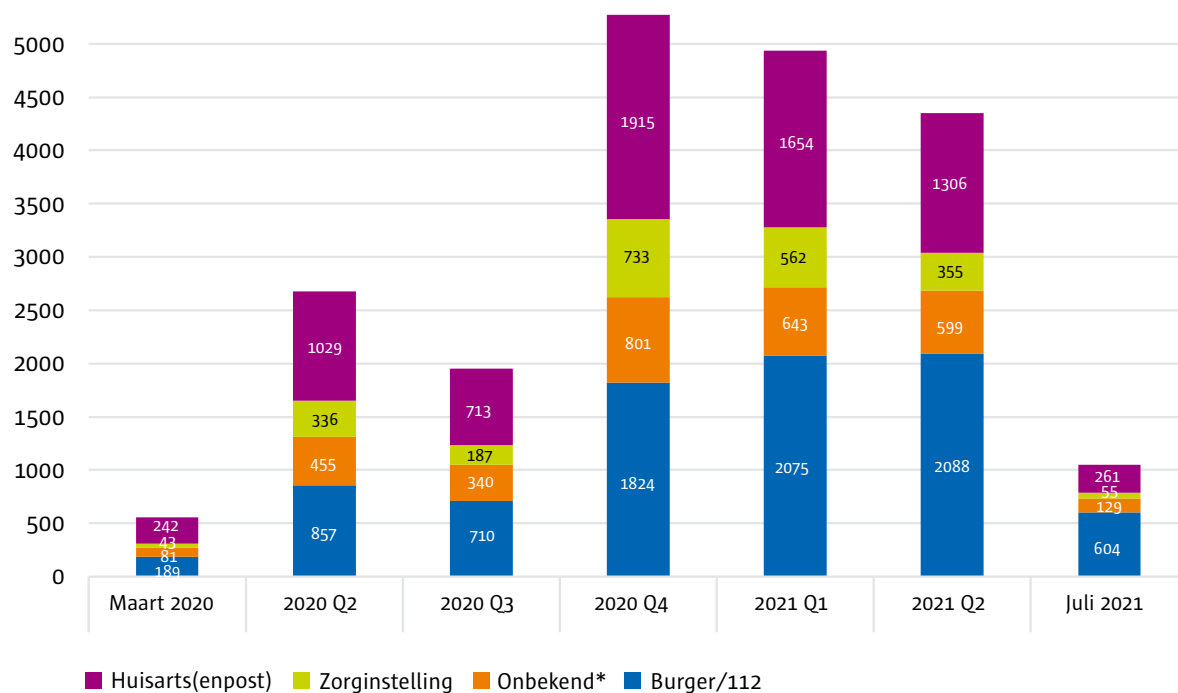
Normaliter komt het grootste aantal aanvragen voor ambulancezorg van burgers via 112, daarna via de huisartsen en huisartsenposten. De COVID-19 pandemie leidde tot meer aanvragen voor ambulancezorg door huisartsen en huisartsenposten. In de periode maart 2020 (start van de pandemie) tot en met eind 2020 (tien maanden) waren huisartsen en huisartsenposten de grootste aanvrager voor ambulancezorg als het gaat om COVID-19 besmettingen en -verdenkingen, exclusief de categorie aanvrager onbekend (zie figuur 1). In 2020 bleken zij goed voor 37% en in 2021 voor 31% van de COVID-19-aanvragen. Het aandeel ritten van huisartsen en

huisartsenposten op het totaal aantal aangevraagde ambulanceritten is 21 à 22% in 2020 tot juli 2021.

In 2019 was dit ongeveer 17%. In 2021 ontstond een afname van het aantal COVID-19 ritten aangevraagd door huisartsen ten opzichte van 2020. De verdeling in de aanvragen van de top 4 aanvragers is bij COVID-19 en niet-COVID-19 aanvragen gelijk in 2020 en 2021. Ten tijde van eerste COVID-19 golf reden huisartsen van de huisartsenposten ook overdag fysiek visites. Hiervoor waren ambulancechauffeurs van de RAV beschikbaar.

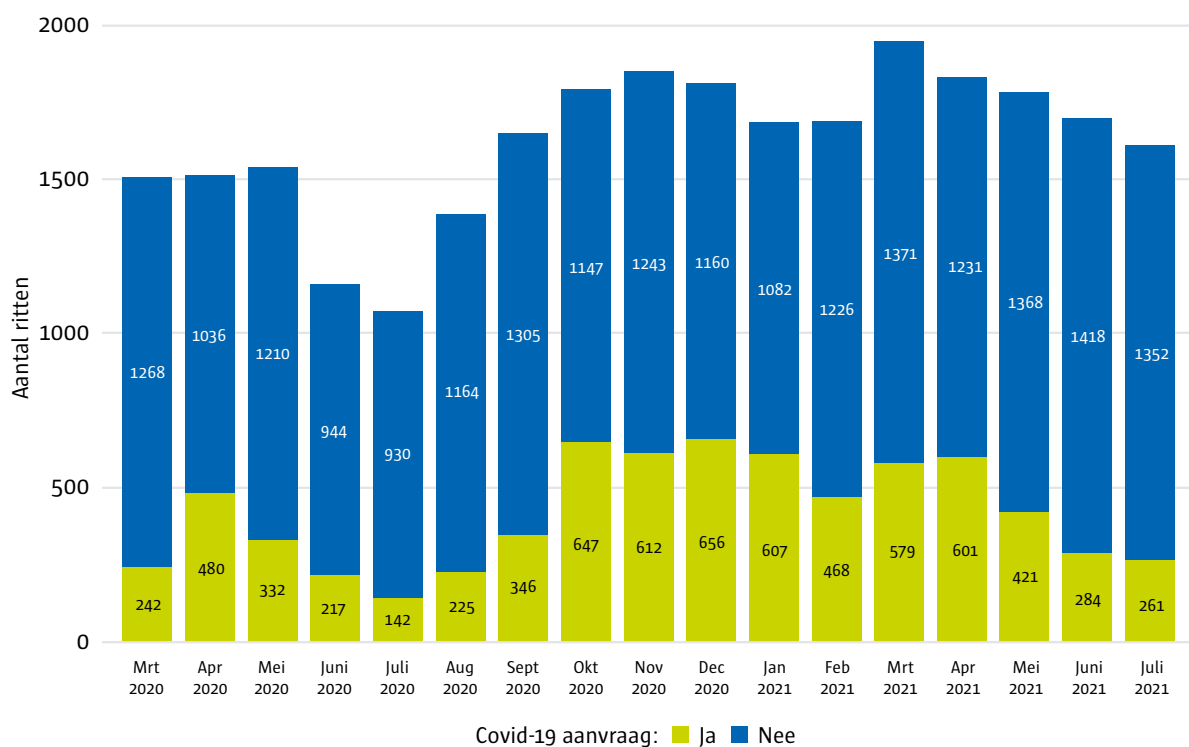
Het aantal totaal ambulance-aanvragen door huisarts(enposten) kende eenzelfde golfbeweging als de pandemie zelf, zie figuur 2.

**Figuur 1.** Top 4 aanvragers COVID-ritten in periode maart 2020 t/m juli 2021 RAV Haaglanden.

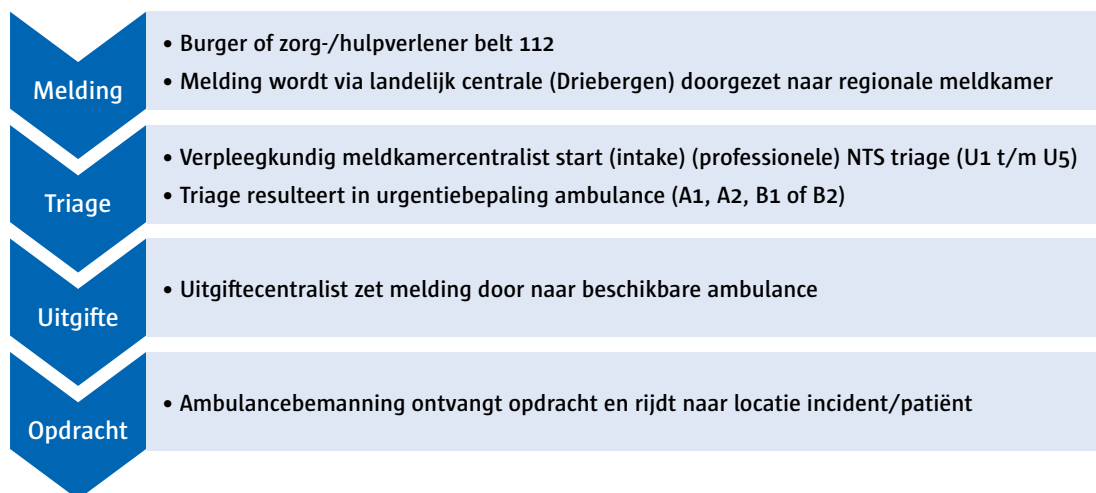


\* Onbekende aanvrager: meldkamercentralist bepaalt vrijwel altijd de categorie aanvrager en maakt dit onderscheid in de professionele aanvraagmodule. Alleen wordt dit in Datawarehouse niet altijd correct vertaald. Dit is een technisch issue waar de leverancier van het DWH aan werkt. De 'onbekende aanvrager' betreft substantieel vaak een huisartsenpost.

**Figuur 2.** Aanvragen huisartsen en huisartsenposten COVID-19 in 2020 en 2021.



## Beknopte procesweergave ambulancezorg van melding tot opdrachtverlening.



NTS: Nederlandse Triage Standaard, een Criteria-Based Dispatch protocol. Het NTS kent een professionele vragenlijst voor een zorg/hulpverlener melding en reguliere vragenlijst voor een burger/leek melding.

### Planvorming fase III/code zwart

De groeiende zorgvraag leidde begin 2021 tot een gezamenlijk plan om voorbereid te zijn op fase III/code zwart. Op basis van een potentieel worst case scenario werd regio Haaglanden opgedeeld in drie subregio's (Den Haag, Delft en Zoetermeer) en hebben betrokkenen vanuit alle zorgorganisaties in werkgroepen gewerkt aan een plan voor fase III/code zwart. Kern van de plannen is het zoveel mogelijk ontlasten van IC's en ziekenhuizen en het beperken van de druk op de ziekenhuizen. De ontwikkelde plannen voor samenwerking tussen ambulancezorg en de huisartsen omvatten onder andere:

- Thuis triage uitbreiden, meer triage vanuit huis van de patiënt.
- Bij twijfel makkelijker en laagdrempelig overleg door ambulanceverpleegkundige met (eigen) huisartsen(post).
- Aanwezigheid van een huisarts op de meldkamer ambulancezorg (MKA) ten behoeve van een soepelere overdracht.
- Huisartsen leveren een bijdrage door frequentere inzet via de MKA op straat (SPARR\*).

Op het moment dat fase III/code zwart zich aandient neemt een huisarts plaats op de meldkamer om patiënten vanuit de ambulancezorg over te nemen. Hoewel deze plannen – gelukkig – tot op heden niet in uitvoering zijn gegaan, heeft het ontwikkelen ervan zeker bijgedragen aan een intensievere samenwerking om de SEH's te ontlasten en de bezetting op de IC's zo laag mogelijk te houden.

Medewerkers van de betrokken organisaties hebben elkaar (nog) beter leren kennen en staan sterker in het leveren van ketenzorg, waaronder een nauwere afstemming met huisartsen(posten) en de meldkamer.

### Gezamenlijk aanpak trekt

De RAV Haaglanden blijft toewerken naar samenwerking waardoor een patiënt met een acute zorgvraag de juiste zorg, door de juiste zorgverlener, op het juiste tijdstip, op de juiste plek ontvangt, zowel regulier als ten tijde van een crisis.

Dit wil de RAV bereiken door de volgende zaken te onderzoeken samen met huisartsen en mogelijk te implementeren:

- uitgebreidere (gezamenlijke) triage;
- wijziging van het urgentiestelsel voor ambulancezorg;
- ophalen van actuele medicatie en allergieën-overzichten van patiënten;
- uitbreiden directe koppeling Huisartsenposten naar de meldkamer voor regio Westland (onder andere via programma met spoed beschikbaar);
- uitbreiding meerijden van huisartsen op de ambulancediensten naar de avonduren, indien huisartsen beschikbaar zijn.

\* SPARR: SpoedArts Rapid Responder, een (huis)arts die samen met een chauffeur rijdt op een rapid responder voertuig met een zelfstandige behandelbevoegdheid in dienst van RAV Haaglanden.

RAV Haaglanden streeft naar nog meer samenwerken aan een betere (voor patiënt en zorgverlener) acute zorgsector. De vergroting van de gezamenlijke aanpak gebeurt onder andere in overleg met de regionale huisartsenorganisaties van Den Haag, Westland, Delft en Zoetermeer en door gezamenlijke scholing van ambulancemedewerkers en huisartsen.

---

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

---

#### OVER DE AUTEUR

---

**Mw. M.K. Sluis, MSc.** was tot 1 november 2021  
Beleidsmedewerker Zorg, Ambulancezorg  
GGD Haaglanden en RAV Haaglanden.

Met dank aan:

**Dhr. T. Eckhardt**, arts, MPH – Medisch Directie  
Adviseur GGD Haaglanden (kernredacteur).

**Mw. drs. H.L. Dekkers- Sinke**, Productgroepmanager  
Ambulancezorg GGD Haaglanden en bestuurder  
RAV Haaglanden.

**Mw. drs. C. Koolhaas**, interim sr. Beleidsmedewerker  
Ambulancezorg GGD Haaglanden.

**Dhr. E. van Belle**, Teamleider Ambulancezorg  
GGD Haaglanden.

**Dhr. M. Jochem**, Beleidsmedewerker Meldkamer  
Ambulancezorg Haaglanden.

#### REFERENTIES

---

Alle data zijn afkomstig van RAV Haaglanden.





# Vaccinatiegraad Rijksvaccinatie- programma kinderen en jongeren in Haaglanden

In Nederland krijgen alle kinderen en jongeren tot 18 jaar vaccinaties aangeboden via het Rijksvaccinatieprogramma (RVP). Een hoge vaccinatiegraad is nodig om ernstige ziekten te voorkomen en is in het belang van de volksgezondheid. Sinds 2014-2015 daalde op landelijk niveau de vaccinatiegraad van alle vaccinaties. Hoewel deze daling voor een aantal vaccinaties in de achterliggende jaren lijkt te zijn gestopt, is inzicht in de vaccinatiegraad nodig om te beoordelen of maatregelen nodig zijn om deze te verhogen. Dit artikel beschrijft de vaccinatiegraad in de afgelopen jaren in Haaglanden en vergelijkt het met het landelijk beeld. Duidelijk is dat de vaccinatiegraad in een aantal gemeenten in Haaglanden lager is dan wenselijk.

Mary Berns, Viola de Ridder-Hagenaars, Niels Gerrits, Dianne van der Zande,  
Chantal Koolhaas

## Inleiding

Van een aantal infectieziekten kunnen vooral jonge kinderen en oudere mensen erg ziek worden, met ernstige complicaties of zelfs overlijden als gevolg (zie kader op pagina 21). Vaccinatie zorgt ervoor dat infectieziekten minder voorkomen, zich minder kunnen verspreiden en vermindert de kans op ernstige ziekte. Een hoge vaccinatiegraad is belangrijk om uitbraken van deze infectieziekten te voorkomen. Ook kwetsbare en niet-ingeënte mensen lopen daardoor minder risico de ziekte te krijgen. De doelstelling van het Global Vaccine Action Plan (GVAP) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is een nationale vaccinatiegraad van 90% voor alle individuele vaccinaties; voor de eliminatie van mazelen stelt de WHO de norm op 95%. In Nederland krijgen alle kinderen en jongeren tot

18 jaar vaccinaties aangeboden via het Rijksvaccinatieprogramma (RVP). Het RVP is een collectief preventieprogramma dat sinds 1957 door de overheid wordt aangeboden met als doel het voorkomen van ziekte zoals onder andere pokken en mazelen, complicaties en sterfte door middel van vaccinaties. Vaccinaties kunnen worden opgenomen in het RVP na advies van de Gezondheidsraad aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De Gezondheidsraad toetst een nieuw vaccin aan de hand van een zevental standaardvragen zoals 'is de ziekte ernstig en treft het een omvangrijke groep', 'zorgt het vaccin voor aanzienlijke reductie van de ziektelast' en 'wordt met de vaccinatie een (potentieel) urgent volksgezondheidsbelang gediend'.<sup>1</sup> Op dit moment bieden de vaccinaties van het RVP bescherming tegen twaalf infectieziekten (zie overzicht op pagina 16).

## Welke vaccinaties krijgt mijn kind?

● Inenting 1 ■ Inenting 2



Extra DKTP-Hib-HepB vaccinatie op de leeftijd van 2 maanden

Een kind krijgt een extra vaccinatie bij 2 maanden als moeder niet gevaccineerd is tegen kinkhoest tijdens de zwangerschap, en in bijzondere situaties. De jeugdarts bespreekt dit met je.

### Betekenis afkortingen

|   |           |      |                               |      |              |         |                       |
|---|-----------|------|-------------------------------|------|--------------|---------|-----------------------|
| D | Difterie  | P    | Polio                         | Pneu | Pneumokokken | R       | Rodehond              |
| K | Kinkhoest | Hib  | Haemophilus influenzae type b | B    | Bof          | MenACWY | Meningokokken ACWY    |
| T | Tetanus   | HepB | Hepatitis B                   | M    | Mazelen      | HPV     | Humana Papillomavirus |



## Methode

Toegediende vaccinaties worden door JGZ-medewerkers vastgelegd in het landelijke registratiesysteem Præventis (alleen met toestemming van ouders), dat is aangesloten op de Basisregistratie Personen (BRP) van de gemeente. Het registratiesysteem is de basis voor het bepalen van de vaccinatiegraad van het RVP in Nederland. Binnen dit systeem wordt op individueel niveau vastgesteld of de gewenste vaccinatie-toestand volgens de RVP-richtlijnen is bereikt voor een bepaalde individuele leeftijd (zie tabel 1). De gewenste vaccinatie-toestand is afhankelijk van het aantal prikken per vaccinatie dat een kind moet ontvangen en de leeftijd waarop.

Het RIVM publiceert jaarlijks de vaccinatiecijfers op landelijk, GGD en gemeentelijk niveau voor een aantal geboortecohorten kinderen. Voor bijvoorbeeld het verslagjaar 2021 betreft dat de kinderen geboren in 2006 (14 jaar), 2010 (10 jaar), 2015 (5 jaar) en 2018 (2 jaar); per verslagjaar schuiven de geboortecohorten één jaar op.<sup>2</sup> Voor het weergeven van de trends zijn in dit artikel de gegevens uit de verslagjaren 2016 tot en met 2021 gebruikt.<sup>2-7</sup> Voor de MenACWY-vaccinatie bij adolescenten zijn alleen gegevens beschikbaar voor 2020 en 2021 en voor de geboortecohorten 2001 tot en met 2005 gezamenlijk; de vaccinatie werd namelijk in 2018/2019 in verband met een Meningokokken W-uitbraak aangeboden aan adolescenten geboren in 2001 tot en met 2005.

**Tabel 1.** Individuele leeftijd waarop de vaccinatiegraad per vaccinatie wordt vastgesteld (sterk vereenvoudigd schema)

| Zuigelingen      | Kleuters | Schoolkinderen | Adolescenten |         |
|------------------|----------|----------------|--------------|---------|
| 2 jaar           | 5 jaar   | 10 jaar        | 14 jaar      | 15 jaar |
| DKTP             | DKTP     | DTP            |              |         |
| Hib, Hep B, Pneu |          |                |              |         |
| BMR              |          | BMR            |              |         |
| MenACWY          |          |                |              | MenACWY |
| Volledig         |          |                |              | HPV     |

## Resultaten

### De vaccinatiegraad verschilt tussen de gemeenten

Figuren 1 en 2 op pagina 17 geven de vaccinatiegraad BMR (zuigelingen) en vaccinatiegraad D(K)TP (zuigelingen, kleuters en schoolkinderen) weer voor het verslagjaar 2021 in de gemeenten in Haaglanden. De figuren tonen dat de vaccinatiegraad in heel Haaglanden niet heel veel verschilt van de landelijke vaccinatiegraad én dat er (soms flinke) verschillen zijn in de vaccinatiegraad tussen de gemeenten. Deze karakteristieken gelden ook voor de meeste andere vaccinaties uit het RVP. Zo varieert de vaccinatiegraad voor MenACWY van 77% in Den Haag tot 92% in Midden-Delfland. Uitgebreide informatie over en figuren en kaartjes van de vaccinatiegraad van een aantal vaccinaties bij zuigelingen, schoolkinderen en adolescenten



staan in de Gezondheidsgids Haaglanden: [Home - Gezondheidsgids Haaglanden \(ggdhaaglanden.nl\)](#).<sup>8</sup>

#### De vaccinatiegraad neemt af met de leeftijd

Figuur 2 laat zien dat de vaccinatiegraad voor D(K)TP bij hogere leeftijd afneemt. Dit leeftijdseffect is bij de meeste andere vaccinaties uit het RVP te zien; de opkomst voor de vaccinaties is bij schoolkinderen lager dan bij kleuters en zuigelingen en bij adolescenten weer lager dan bij schoolkinderen.

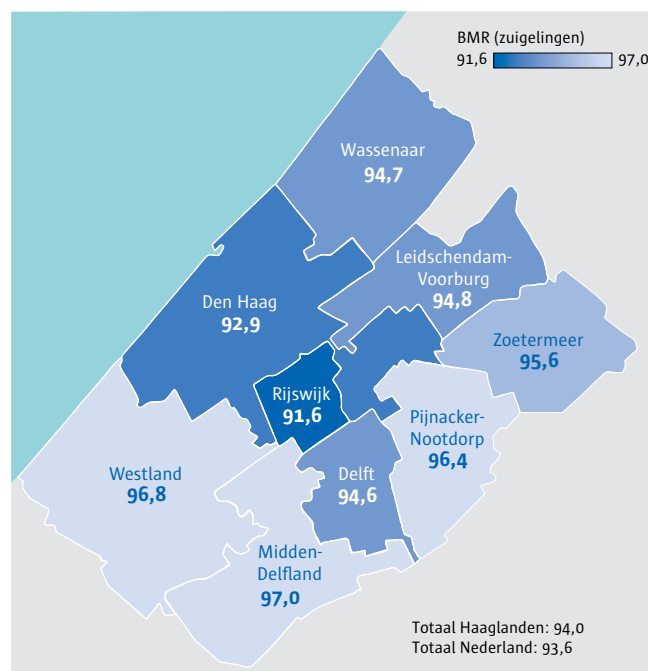
#### Stabilisatie vaccinatiegraad bij zuigelingen

Figuur 3 laat zien dat de vaccinatiegraad BMR bij zuigelingen (2 jaar) na een dalende trend tussen 2016 en 2019 in zowel Haaglanden als in Nederland vanaf 2020 weer stijgt. Ook de vaccinatiegraad DKTP bij zuigelingen kent in Haaglanden na een dalende trend een stijging in 2021; in Nederland is vanaf 2020 een stijging zichtbaar. Gedurende de hele periode ligt de vaccinatiegraad in Haaglanden (iets) hoger dan in Nederland of is het vergelijkbaar. Alleen in 2020 is het percentage volledig gevaccineerde zuigelingen in Haaglanden lager dan in Nederland.

De GVAP-doelstelling van 90% is gedurende 2016 – 2021 gehaald voor de individuele vaccinaties. De WHO-norm van 95% voor de eliminatie van mazelen is voor de BMR in Haaglanden alleen in 2016 gehaald.

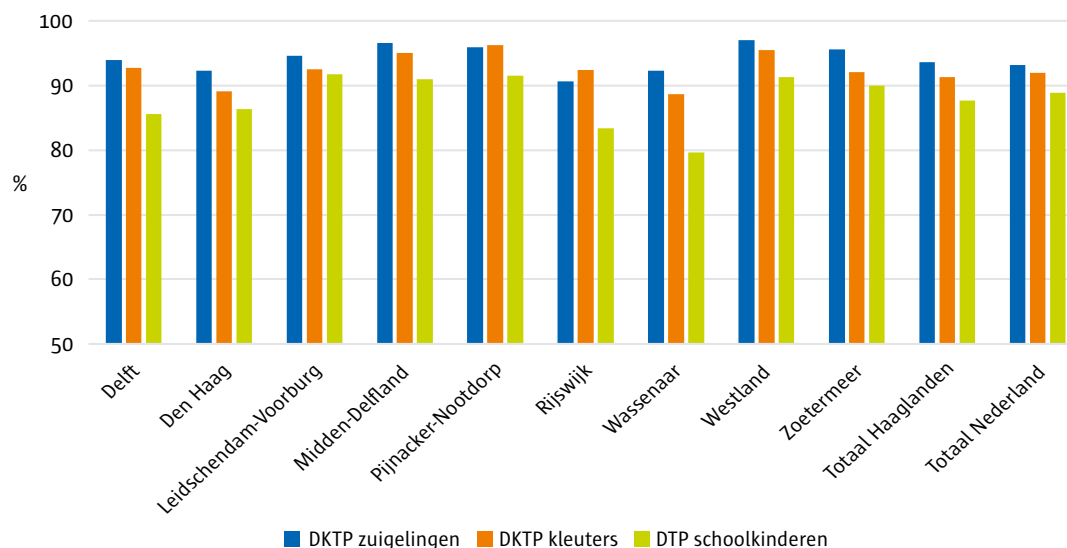
In de verslagjaren volgen de afzonderlijke gemeenten in grote lijnen de landelijke trend. In Rijswijk is sprake van een grotere daling; was de vaccinatiegraad BMR en DKTP van 2016 tot en met 2019 vergeleken met de

**Figuur 1.** Vaccinatiegraad BMR (zuigelingen). Gemeenten in Haaglanden, Haaglanden en Nederland, verslagjaar 2021.

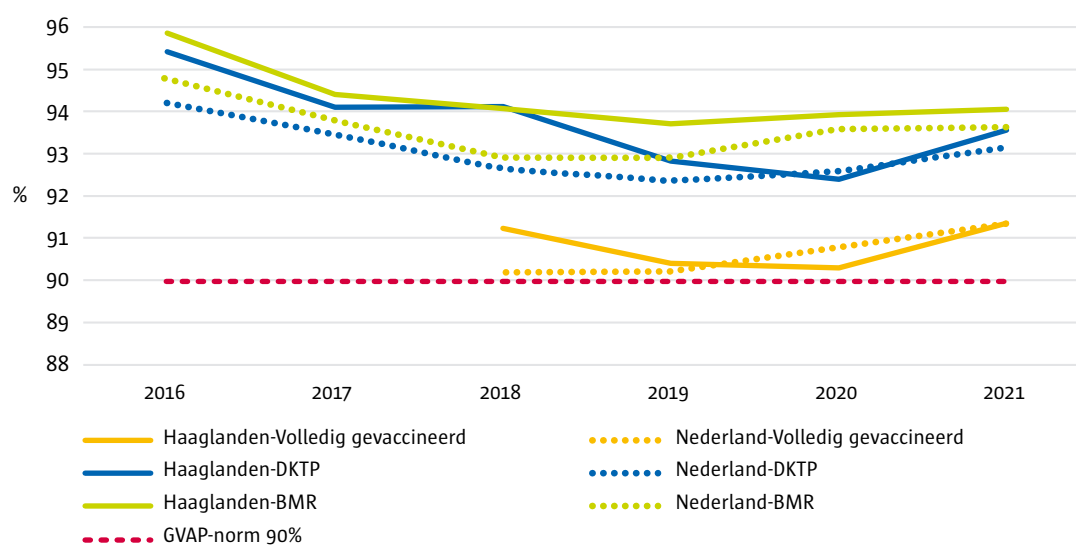


andere gemeenten relatief hoog, in 2020 daalt de vaccinatiegraad sterk. In 2021 zet de daling van de vaccinatiegraad voor BMR door. Voor DKTP en volledig gevaccineerd stijgt het weer enigszins. Desondanks is de vaccinatiegraad voor DKTP, BMR en volledig gevaccineerd in 2020 en 2021 in Rijswijk het laagste in heel Haaglanden. In tegenstelling tot de landelijke trend daalt in Wassenaar in 2021 – na een behoorlijke stijging tussen 2019 en 2020 – de vaccinatiegraad voor DKTP, BMR en volledig gevaccineerd.

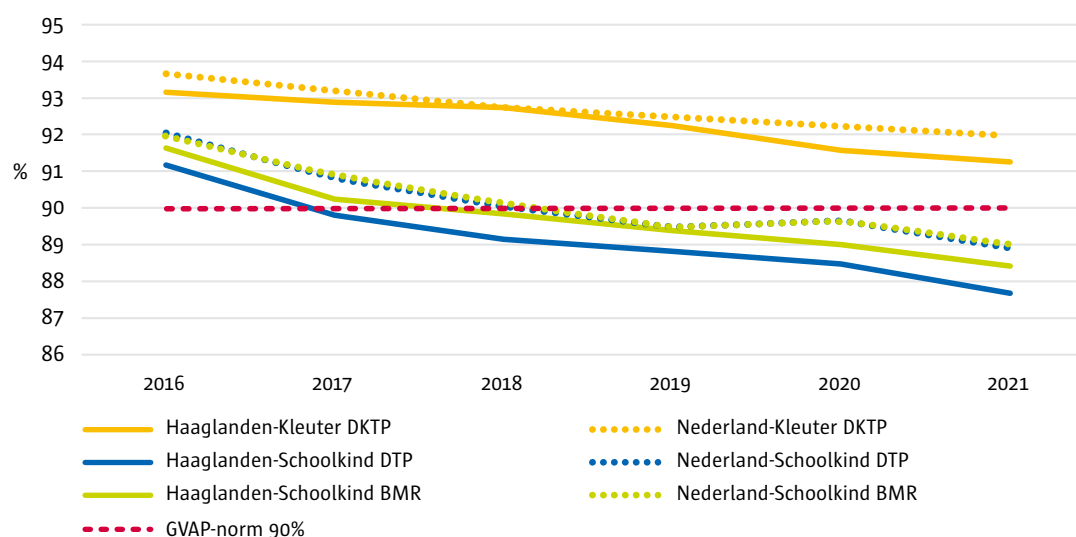
**Figuur 2.** Vaccinatiegraad D(K)TP (zuigelingen, kleuters en schoolkinderen). Gemeenten in Haaglanden, Haaglanden en Nederland, verslagjaar 2021.



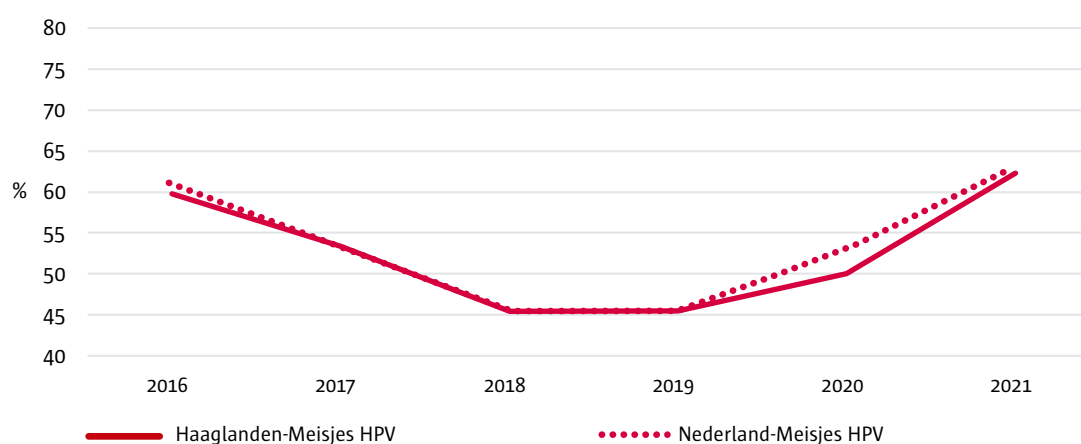
**Figuur 3.** Vaccinatiegraad Zuigelingen (2 jaar), Haaglanden en Nederland, verslagjaren 2016-2021, voor volledig gevaccineerd verslagjaren 2018-2021.



**Figuur 4.** Vaccinatiegraad kleuters (5 jaar) en schoolkinderen (10 jaar), Haaglanden-Nederland, 2016-2021.



**Figuur 5.** Vaccinatiegraad HPV Adolescenten, Haaglanden-Nederland, 2016-2021.



### **Blijvende daling vaccinatiegraad kleuters en schoolkinderen**

De vaccinatiegraad bij kleuters en schoolkinderen voor D(K)TP en BMR laat een dalende trend zien in Haaglanden en in Nederland over de hele periode 2016-2021 (figuur 4 op pagina 18).

Terwijl bij zuigelingen gedurende de hele periode de vaccinatiegraad in Haaglanden (iets) hoger ligt dan in Nederland, is bij de kleuters en schoolkinderen het omgekeerde het geval; in Haaglanden ligt het over de hele linie iets lager dan in Nederland.

In de afzonderlijke gemeenten laat de vaccinatiegraad DKTP bij kleuters een wat wisselend beeld zien. Alleen in Den Haag is over de hele periode 2016-2021 sprake van een dalende trend, in de overige gemeenten schommelt de vaccinatiegraad per jaar. In Wassenaar is de vaccinatiegraad DKTP kleuters relatief laag. Na een behoorlijke daling tussen 2018 en 2020, stijgt de vaccinatiegraad DKTP kleuters in Rijswijk weer in 2021, waarmee de vaccinatiegraad in 2021 hoger ligt dan in Wassenaar, Den Haag en Zoetermeer. In de meeste gemeenten is sprake van een dalende trend voor DTP en BMR bij schoolkinderen, maar in Leidschendam-Voorburg en Wassenaar blijft dit redelijk stabiel.

In Wassenaar is de vaccinatiegraad DTP en BMR in de hele periode het laagste in Haaglanden: bij de DTP (met uitzondering van 2020) zelfs onder de 80%. In Rijswijk daalt de vaccinatiegraad DTP naar 83,4% en de BMR naar 85,1% in 2021. Rijswijk is na Wassenaar in 2021, 2017 en 2016 de gemeente met de laagste vaccinatiegraad. Ook Delft en Den Haag hebben in de periode 2016-2021 een relatief lage vaccinatiegraad BMR, vrijwel alle jaren onder de 90%.

### **Vaccinatiegraad schoolkinderen onder de 90%-doelstelling WHO**

De GVAP-doelstelling van 90% wordt in de periode 2016-2021 zowel in Haaglanden als in Nederland gehaald voor de DKTP bij de kleuters. Bij de schoolkinderen in Haaglanden wordt die doelstelling vanaf 2017 voor de DTP niet meer gehaald, in Nederland is dit vanaf 2019 het geval. De WHO-doelstelling van 95% voor BMR is in de hele periode 2016-2021 niet gehaald in Haaglanden en Nederland, dit geldt ook voor vrijwel alle jaren voor de afzonderlijke gemeenten.

### **De HPV-vaccinatiegraad stijgt maar blijft te laag**

De vaccinatiegraad voor HPV (14-jarige meisjes) is veel lager dan die voor de andere vaccinaties. Na een flinke daling tussen 2016 en 2018 (figuur 5 op pagina 18) is in 2020 een kentering zichtbaar. De vaccinatiegraad stijgt weer en in 2021 ligt deze op een hoger niveau

dan in 2016 en heeft bijna twee derde van de meisjes een HPV-vaccinatie ontvangen (62% in Haaglanden en 63% in Nederland). In Haaglanden en in Nederland vertoont de vaccinatiegraad HPV eenzelfde patroon; in Haaglanden is de vaccinatiegraad in 2016, 2020 en 2021 (iets) lager dan in Nederland.

Voor de vaccinatiegraad MenACWY zijn alleen de cijfers beschikbaar voor 2020 en 2021; er is nauwelijks tot geen verschil tussen 2020 en 2021. De vaccinatiegraad in Haaglanden ligt lager dan in Nederland.

In alle gemeenten in Haaglanden is voor de HPV-vaccinatiegraad in de periode 2016-2021 de landelijke trend zichtbaar. Was in 2018 en 2019 in een aantal gemeenten minder dan de helft van de 14-jarige meisjes gevaccineerd tegen HPV, in 2021 is dat gestegen naar minimaal 57%. De laagste vaccinatiegraad is over de hele periode te vinden in Den Haag en Rijswijk. De vaccinatiegraad MenACWY is in de meeste gemeenten stabiel gebleven of iets gestegen tussen 2020 en 2021; in Delft lijkt het iets gedaald.

### **Discussie**

De in dit artikel gepresenteerde cijfers laten zien dat de vaccinatiegraad in de afgelopen jaren in een aantal gemeenten in Haaglanden lager is dan wenselijk. De doelstelling van de WHO: 'Een nationale vaccinatiegraad van 90% voor alle individuele vaccinaties en 95% voor de eliminatie van mazelen' is niet overal gehaald. Zoals in de inleiding is gesteld, is een hoge vaccinatiegraad nodig om de verspreiding van infectieziekten te beperken en daarmee ernstige ziekten te voorkomen.

### **Afname vaccinatiegraad met leeftijd**

Zowel in Haaglanden als in Nederland neemt de vaccinatiegraad af met de leeftijd. In Haaglanden wordt bij de zuigelingen vrijwel overal de 90%-norm gehaald, net zoals het geval is bij de kleuters in de meeste gemeenten. Bij de schoolkinderen wordt 90% echter in nog maar de helft van de gemeenten gehaald en bij de adolescenten zelfs in geen enkele gemeente. Het vaccinatieproces wijzigt met de leeftijd: van individuele toediening tijdens een JGZ-consult op het consultatiebureau bij zuigelingen en kleuters tot groepsvaccinaties op grotere locaties bij schoolkinderen en adolescenten. Mogelijk spelen bij schoolkinderen en adolescenten de wijze van uitnodiging (alleen voor de vaccinatie, niet voor een aanvullend consult), de locatie (een grote locatie schrikt misschien af), het gemis aan noodzaak (men denkt de belangrijkste vaccinaties al gehad te hebben of vindt oudere kinderen minder kwetsbaar),

een mindere band met JGZ (er zit een flinke periode tussen het consult in groep 2 en in groep 7) en toenemende prikangst een rol bij de lagere vaccinatiegraad bij oudere kinderen. Uit onderzoek van GGD Amsterdam naar de redenen van niet-deelnemen aan onder andere de HPV- en de MenACWY-vaccinatie zijn als redenen genoemd: niet kunnen op de prikdag, het vergeten van de afspraak en prikangst.<sup>9</sup>

#### **Mazelen en uitbraken**

De 95%-norm voor BMR werd in verslagjaar 2021 bij de zuigelingen niet in alle gemeenten gehaald en bij de schoolkinderen in geen enkele gemeente. Ook in eerdere jaren werd die norm lang niet altijd gehaald. Op landelijk niveau is de vaccinatiegraad bij zuigelingen

al sinds verslagjaar 2016 onder de 95% en bij de schoolkinderen nog veel langer. Het risico op een mazelen-uitbraak neemt dan toe als er clusterings van niet-gevaccineerden voorkomen. Zoals in regio's met veel bevindelijk gereformeerden en op antroposofische scholen die zich om religieuze respectievelijk levensbeschouwelijke redenen niet laten vaccineren. Maar ook op kinderdagverblijven waar baby's vanwege hun leeftijd niet gevaccineerd zijn. Die clusterings komen ook in Haaglanden voor, zie kader. Kennis van die clusters maakt het mogelijk om snel de nodige maatregelen te nemen bij een melding van mazelen.

#### **Kinkhoest en de maternale kinkhoestvaccinatie**

Kinkhoest komt sinds 1995 steeds meer voor met elke twee à vier jaar een piek in de meldingen.<sup>10</sup> Deze piek vertoont in Haaglanden 400 meldingen in 2019, 267 meldingen in 2018 en slechts 65 in 2020 (dit laatste mede dankzij de algemene hygiëneadviezen in verband met corona).<sup>11</sup> Omdat een kinkhoestinfectie vooral bij (nog niet volledig gevaccineerde) baby's ernstig kan verlopen, krijgen sinds eind 2019 zwangere vrouwen in het kader van het RVP actief de 22-weekenprik aangeboden. Door deze maternale kinkhoestvaccinatie vindt overdracht van antistoffen van moeder naar kind plaats en is de baby gedurende de eerste drie maanden na de geboorte goed beschermd tegen kinkhoest. Omdat vaccinatie ook voorkomt dat de moeder kinkhoest krijgt, kan zij de baby niet besmetten na de geboorte. De eerste vaccinatiecijfers laten zien dat in 2020 in Haaglanden naar schatting 66% van de zwangere vrouwen een maternale kinkhoestvaccinatie heeft ontvangen; in heel Nederland was dit ongeveer 70%. De vaccinatiegraad tussen de gemeenten liep fors uiteen: van 57% in Den Haag tot 87% in Midden-Delfland.<sup>2</sup>

#### **Ziekte en overlijden door MenACWY in relatie tot hoge vaccinatiegraad**

De MenACWY vaccinatie laat een hoge opkomst zien, onder meer door een toenemend aantal ziektegevallen van meningokokken type W tussen 2015 en 2018 waarbij ook meerdere jongeren overleden. Hier blijkt dat de vaccinatiebereidheid toeneemt als men direct de zeer ernstige gevolgen ziet van niet-vaccinatie. Een deel van de infectieziekten komt door het RVP nauwelijks tot niet meer voor waardoor de gedachte kan ontstaan dat vaccinatie niet meer nodig is 'want die ziekte komt toch niet meer voor', 'is niet ernstig genoeg' of 'zo bouwt mijn kind weerstand op'. Toch is ook bij de MenACWY vaccinatie nog ruimte voor verbetering van de vaccinatiegraad.

## **Redenen om zich niet te laten vaccineren**

Een mazelenuitbraak in Den Haag in 2008 op onder andere twee Haagse antroposofische scholen leidt tot 99 gemelde ziektegevallen waarvan vier met ziekenhuisopname.

Een deel van de patiënten is niet gevaccineerd om antroposofische redenen en een kritische houding ten opzichte van vaccinatie.<sup>1</sup>

In 2013/2014 heerst in Nederland een grote mazelen-epidemie met naar schatting 30.000 patiënten waarvan er ruim 180 in het ziekenhuis zijn opgenomen en één patiënt overleed.<sup>1</sup> Dit betreft een uitbraak in gemeenten waarvan veel inwoners zich om religieuze redenen niet laten vaccineren.

Hoewel minder, komen ook in Haaglanden dergelijke clusters voor. In het werkgebied van JGZ Zuid-Holland West (alle gemeenten van Haaglanden minus Den Haag) zijn tijdens de epidemie in 2013/2014 32 patiënten gemeld, de meesten woonachtig in de gemeente Westland en voor het merendeel niet gevaccineerd vanuit religieuze overwegingen. De meeste kinderen met mazelen zitten op een school met een reformatische inslag en met een lage vaccinatiegraad. Op de vrije scholen, die om levensbeschouwelijke redenen vaak ook een lagere vaccinatiegraad hebben, zijn destijds geen uitbraken gemeld.<sup>1</sup>

In 2019 vindt er in Den Haag een kleine uitbraak plaats onder kinderen in een kinderdagverblijf die vanwege hun leeftijd nog niet gevaccineerd waren.<sup>1</sup>

Deze voorbeelden laten zien dat clustering ook in Haaglanden tot de nodige mazelenuitbraken heeft geleid.



## Beschrijving enkele infectieziekten<sup>15</sup>

### Mazelen

Mazelen wordt veroorzaakt door een virus, is zeer besmettelijk en wordt door hoesten en niezen overgedragen. Kinderen kunnen flink ziek worden, ze krijgen rode vlekken en hoge koorts. Gevaarlijker is echter dat het afweersysteem door het mazelenvirus tijdelijk verzwakt en daardoor kan zorgen voor een ernstige hersenontsteking of longontsteking. Door deze complicaties kunnen kinderen gehandicapt raken of overlijden. Vroeger kreeg bijna elk kind in Nederland de mazelen, na de invoering van de mazelenvaccinatie in 1976 treft het jaarlijks nog maar 10 kinderen. Onder groepen die niet gevaccineerd zijn komt af en toe een grote mazelenuitbraak voor waarbij ook kinderen overlijden. Vanaf 2008 zijn in de regio Haaglanden drie uitbraken van mazelen geweest.

### Kinkhoest

Kinkhoest wordt veroorzaakt door een bacterie en wordt door hoesten en niezen overgedragen. Kinkhoest veroorzaakt

hevige hoestbuien die maanden kunnen duren. Vooral baby's raken er uitgeput door en zo benaauwd dat ze stoppen met ademen, dit kan hersenschade veroorzaken. Voor de invoering van de kinkhoestvaccinatie stierven jaarlijks ongeveer 200 kinderen aan kinkhoest, nu is dat ongeveer 1 kind per jaar.

### Meningokokkenziekte

Deze ziekte wordt veroorzaakt door de meningokokkenbacterie, daarvan bestaan meerdere typen (onder andere A, B, C, W en Y). De bacterie wordt door hoesten en niezen, of door zoenen overgedragen. De meeste mensen worden niet ziek van de meningokok maar soms dringt de bacterie verder het lichaam binnen en veroorzaakt dan hersenvliesontsteking (nekkrimp) of bloedvergiftiging. De gevolgen daarvan kunnen zeer ernstig zijn zoals epilepsie, doofheid, oogafwijkingen en amputaties van arm of been. Van degenen met een hersenvliesontsteking overlijdt 5-10%, van degenen met een ernstige bloedvergiftiging 20-50%.

Het RIVM heeft onderzoek gedaan naar beweegredenen voor jongeren en hun ouders om zich al dan niet te laten vaccineren. De GGD'en in Den Haag, Amsterdam en Utrecht hebben het RIVM gevraagd extra jongeren uit die drie steden te benaderen voor dit onderzoek om meer te weten te komen over de beweegredenen van jongeren en ouderen in hun steden. De eerste resultaten uit het landelijk onderzoek wijzen op naast principiële ook op logistieke redenen om zich niet te laten vaccineren (priklocatie te ver of lastig te bereiken). De landelijke resultaten en de resultaten voor de drie steden worden in 2022 verwacht.

### Mogelijke redenen voor lage vaccinatiegraad HPV

De HPV-vaccinatie heeft al vanaf de introductie in 2008 te kampen met een lage opkomst. Een verklaring daarvoor is onder meer dat baarmoederhalskanker, de ziekte die met de vaccinatie wordt voorkomen, voor een deel van de adolescente meisjes nog een ver-van-mijn-bedziekte is. Ook verhalen en geruchten op bijvoorbeeld social media over bijwerkingen zoals chronische vermoeidheid en onvruchtbaarheid en de associatie met seksueel gedrag weerhouden meisjes en ouders de HPV-vaccinatie te halen. Het laatste zou een verklaring kunnen zijn voor de lagere opkomst van vooral meisjes met een migratieachtergrond in de grote steden.<sup>2</sup> Uit een onderzoek van GGD

Amsterdam naar redenen voor niet-vaccineren voor de HPV-vaccinatie gaf 17% aan dat de vaccinatie niet nodig was omdat men nog geen seks had, 16% gaf aan dat men onvoldoende informatie had en 14% was bang ziek te worden.<sup>9</sup> Een positieve ontwikkeling is de stijging in de afgelopen twee jaren: de vaccinatiegraad is zelfs hoger dan ooit. Mogelijk heeft de extra MenACWY vaccinatiecampagne een rol gespeeld. Zo was het in een aantal regio's (bijvoorbeeld bij JGZ Zuid-Holland West) mogelijk om tijdens die campagne ook een HPV-vaccinatie te halen. Niet bekend is of de stijging in de HPV-vaccinatiegraad voor meisjes met een migratieachtergrond geldt, dit wordt nog nader onderzocht. In 2022 worden enkele wijzigingen doorgevoerd; ook jongens krijgen een uitnodiging voor een HPV-vaccinatie en de leeftijd wordt verlaagd naar negen jaar. Een HPV-infectie speelt namelijk ook een rol bij kanker bij mannen (kanker van anus, penis of mond- en keelholte). Verder is HPV-vaccinatie het meest effectief rond de leeftijd van negen jaar.<sup>12</sup>

### Vaccinatiegraad in de gemeenten in Haaglanden

De gemeenten Leidschendam-Voorburg, Midden-Delfland, Pijnacker-Nootdorp, Westland en Zoetermeer laten op de meeste vaccinaties een voldoende hoge vaccinatiegraad zien. In Delft is de wat lagere vaccinatiegraad bij schoolkinderen en MenACWY



bij adolescenten een aandachtspunt.

In Wassenaar is de vaccinatiegraad bij kleuters, schoolkinderen en adolescenten vrij laag. Dit patroon wordt in die gemeente al langer gezien. Een mogelijke verklaring is de aanwezigheid van relatief veel expats waarvan de kinderen wel zijn gevaccineerd maar niet in Nederland en mogelijk niet altijd in de RVP-registratie staan. Dit komt ook naar voren in een rapport van JGZ Zuid-Holland West over de vaccinatiegraad in hun werkgebied uit 2017.<sup>13</sup> Opvallend is de relatief lage vaccinatiegraad in Rijswijk en het feit dat in deze gemeente, vergeleken met de andere gemeenten, de vaccinatiegraad de afgelopen jaren sterk achteruit is gegaan. Het is niet duidelijk wat de oorzaak hiervan is. Nader onderzoek kan hier uitsluitsel over geven.

Den Haag heeft op een aantal vaccinaties een lage vaccinatiegraad. Dit wordt al langer en ook in de andere grote steden gezien. In 2019 was het reden voor de wethouder Volksgezondheid om in samenwerking met JGZ Den Haag en andere partijen een speciaal Aanvalsplan Vaccinatie op te zetten.<sup>14</sup> Met name in wijken met achterstand blijft de vaccinatiegraad achter. Onderzoek door het RIVM toont in 2021 dat in de vier grote steden de vaccinatiegraad het hoogst is bij kinderen en jongeren zonder een migratieachtergrond. Vooral bij de HPV- en MenACWY-vaccinatie zijn de verschillen groot; bij jongeren met een Turkse of Marokkaanse achtergrond is sprake van een erg lage vaccinatiegraad. De vier grote steden, het RIVM en VWS zullen onderzoek doen naar de achterliggende redenen hiervoor.<sup>2</sup>

## Covid-19 en het RVP-programma

Tot slot: de Covid-19-pandemie had veel invloed op de uitvoering van het RVP-programma. Zo zijn groeps-vaccinaties uitgesteld of omgezet naar individuele vaccinaties en waren er minder mogelijkheden om gemiste vaccinaties in te halen. Met veel extra inspanningen is geprobeerd de vaccinaties toch te geven, en met succes: het lijkt erop dat veel van de vaccinaties inderdaad zijn uitgevoerd.<sup>1</sup> De cijfers in dit artikel betreffen echter kinderen die hun vaccinaties vrijwel allemaal vóór de uitbraak van het coronavirus kregen. Definitief uitsluitsel over de mogelijke invloed van Covid-19 op de vaccinatiegraad zal uit het jaarverslag 2022 blijken.

Wilt u reageren op dit artikel?

Dan kunt u mailen naar de redactie:  
[epibul@ggdhaaglanden.nl](mailto:epibul@ggdhaaglanden.nl)

## OVER DE AUTEURS

**Mw. drs. M.P.H. Berns** is epidemiologisch onderzoeker, GGD Haaglanden

**Mw. V.C. de Ridder-Hagenaars** MSc is junior epidemiologisch onderzoeker, GGD Haaglanden

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

**Mw. D. van der Zande** is arts infectieziektebestrijding, GGD Haaglanden

**Mw. dr. C.M. Koolhaas** is epidemioloog bij JGZ Zuid-Holland West

## REFERENTIES

- 1 Richtlijn Uitvoering RVP 2021. 3. De onderbouwing van het RVP en de wijzigingen. [RVP-richtlijn Uitvoering | Rijksvaccinatieprogramma.nl](#). Geraadpleegd 7-9-2021.
- 2 Lier EA van, Oomen PJ, Giesbers H, Vliet JA van, Hamant J-M, Drijfhout IH et al. **Vaccinatiegraad en jaarverslag Rijksvaccinatieprogramma 2020**. Bilthoven: Rijkinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2021 (RIVM Rapport 2021-0011)
- 3 Lier EA van, Oomen PJ, Giesbers H, Vliet JA van, Drijfhout IH, Zonnenberg-Hoff IF et al. **Vaccinatiegraad Rijksvaccinatieprogramma Nederland: verslagjaar 2016**. Bilthoven: Rijkinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2016 (RIVM Rapport 2016-0064)
- 4 Lier EA van, Geraedts JLE, Oomen PJ, Giesbers H, Vliet JA van, Drijfhout IH et al. **Vaccinatiegraad en jaarverslag Rijksvaccinatieprogramma 2016**. Bilthoven: Rijkinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2017 (RIVM Rapport 2017-0010)
- 5 Lier EA van, Geraedts JLE, Oomen PJ, Giesbers H, Vliet JA van, Drijfhout IH et al. **Vaccinatiegraad en jaarverslag Rijksvaccinatieprogramma 2017**. Bilthoven: Rijkinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2018 (RIVM Rapport 2018-0008)
- 6 Lier EA van, Oomen PJ, Giesbers H, Vliet JA van, Drijfhout IH, Zonnenberg-Hoff et al. **Vaccinatiegraad en jaarverslag Rijksvaccinatieprogramma 2018**. Bilthoven: Rijkinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2019 (RIVM Rapport 2019-0015)
- 7 Lier EA van, Kamp L, Oomen PJ, Giesbers H, Vliet JA van, Drijfhout IH et al. **Vaccinatiegraad en jaarverslag Rijksvaccinatieprogramma 2019**. Bilthoven: Rijkinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2020 (RIVM Rapport 2020-0011)
- 8 Gezondheidsgids Haaglanden.
- 9 Schellekens MHFT, Stegeman H, Wal MF van der et al. **Redenen om niet te vaccineren in Amsterdam en Amsteland**. Tijdschr Jeugdgezondheidsz 53, 2-7 (2021).
- 10 Kinkhoest | RIVM. Geraadpleegd 1-9-2021.
- 11 Zande D van der. **Jaaroverzicht 2020 meldingen en vragen afdeling Infectieziektebestrijding GGD Haaglanden**. Epidemiologisch Bulletin 2021, 56(1): 28-29.
- 12 **Gezondheidsraad**. Vaccinatie tegen HPV. Den Haag: Gezondheidsraad, 2019; publicatienr. 2019/09.
- 13 Koolhaas C, Linden E van der, Prevos B, Konings T. **Vaccinatie-rapport. Een impressie van de vaccinatiegraad over het jaar 2017, de huidige ontwikkelingen rondom het Rijksvaccinatieprogramma en de uitvoering hiervan door JGZ Zuid-Holland West**. Expertise-centrum JGZ, JGZ Zuid-Holland West. April 2019.
- 14 Gemeente Den Haag. **Aanvalsplan Vaccinatie**. Juli 2019. [RIS303183\\_Bijlage \(raadsinformatie.nl\)](#)
- 15 **Beschermen tegen infectieziekten | Rijksvaccinatieprogramma.nl**. Geraadpleegd op 20-10-2021



# Genotmiddelengebruik door jongeren onder de 18 jaar in Den Haag en Wassenaar

Het gebruik van genotmiddelen door jongeren onder de 18 jaar tijdens het uitgaan speelt zich deels thuis en deels op straat af. Er is daardoor minder zicht op dan op het gebruik door jongeren boven de 18 jaar, wat vooral plaatsvindt in horecalocaties en waar het Haags Uitgaansonderzoek (HUO) zich op richt.

Dit artikel beschrijft een pilotonderzoek door GGD Haaglanden en Indigo Preventie in 2020 onder 18-minners in de gemeenten Den Haag en Wassenaar. Daaruit blijkt dat de HUO-onderzoeksmethode ook voor deze groep relevante en valide informatie oplevert. De uitkomsten betreffen onder andere de populaire middelen, het verkrijgen ervan en waar en wanneer jongeren ze gebruiken.

Willemieke Ligtenberg, Peri Hastan, Regina van der Meer en Ad van Dijk

## Inleiding

Al lange tijd maken gemeenten in de regio Haaglanden zich zorgen om het gebruik van genotmiddelen als alcohol, cannabis, XTC en lachgas door jongeren en jongvolwassenen. Recent richt deze bezorgdheid zich ook op jongeren jonger dan 18 jaar. Ook deze groep gebruikt genotmiddelen, terwijl zij dit wettelijk gezien niet mogen. Sinds 2014 mogen jongeren onder de 18 geen alcohol en tabak kopen. Uit gegevens van het Trimbos Instituut uit 2019\* blijkt onder andere dat 47% van de 12- tot 16-jarigen weleens alcohol heeft gedronken, 17% weleens heeft gerookt en 10% weleens cannabis heeft gebruikt.<sup>1</sup> Om een aantal redenen is onderzoek naar deze groep jongeren nodig. Hoe en waar ze bijvoorbeeld alcohol krijgen is anders dan bij de jongeren ouder dan 18 jaar. Ook verschilt de setting waarin ze genotmiddelen gebruiken. Niet de reguliere horecalocatie, maar thuis, op straat of in de sportkantine. Het

probleem daarbij is dat deze groep moeilijk te benaderen is, ook niet op 'publieke locaties' zoals de horeca.

Het Haags Uitgaansonderzoek (HUO) van GGD Haaglanden en Indigo Preventie onderzoekt sinds 2002 regelmatig het genotmiddelengebruik onder uitgaanders in de leeftijd tot 35 jaar.<sup>2-7</sup>

Het HUO levert informatie op over aard en omvang van en trends in het genotmiddelengebruik onder uitgaande jongeren ouder dan 18 jaar.

Het was niet zeker of de kwalitatieve methode van het HUO ook bij de 18 min groep relevante en valide informatie zou opleveren. Daarom hebben GGD Haaglanden en Indigo Preventie samen in 2020 een pilotonderzoek gedaan onder jongeren onder de

\* Het veldwerk heeft plaatsgevonden in begin 2020 (voor corona), daarom is ervoor gekozen om de cijfers van het Trimbos Instituut uit 2019 weer te geven.

18 jaar in de gemeenten Den Haag en Wassenaar. Zes jongeren en professionals met zicht op het genotmiddelengebruik vormden een panel. Ze beschreven in individuele interviews onder andere welke middelen populair zijn, hoe jongeren aan de middelen komen en waar en wanneer ze het gebruiken. De geïnterviewde professionals waren werkzaam bij de politie of als jeugd- en sociaal werker.

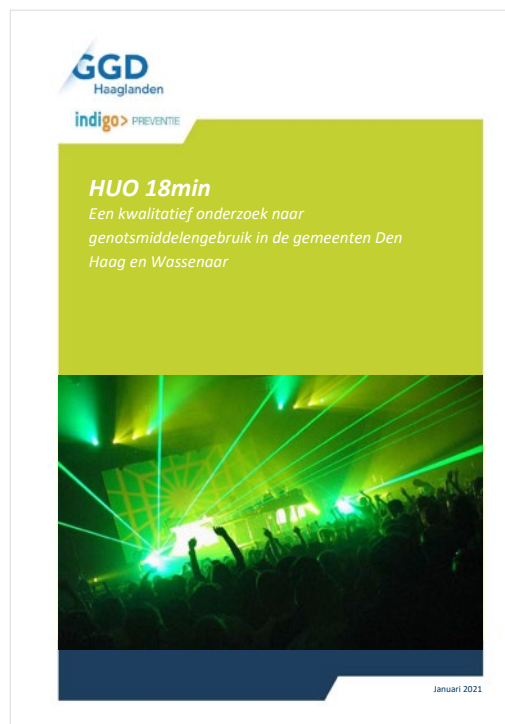
## Methode

In deze pilot bestond het panel uit twee jongeren (beiden 17 jaar) en twee professionals uit Den Haag en een jongere (16 jaar) en een professional uit Wassenaar. De leden van het panel hebben ieder zicht op scènes of netwerken in de uitgaanswereld en gaan om met een groep vrienden die ook deel uitmaakt van een netwerk in Den Haag of Wassenaar. In principe worden de panelleden elk jaar geïnterviewd, om op die manier het middelengebruik onder 18-minners te kunnen monitoren. Het werven en interviewen van de panelleden werd gedaan door professionals van Indigo Preventie. Vanuit hun werkzaamheden zijn zij bekend met de netwerken uit de uitgaanswereld. De interviewers interviewden de panelleden individueel via een uitgebreide topiclijst. De drie uur durende diepte-interviews schetsen een beeld van de ontwikkelingen op gebied van genotmiddelengebruik, uitgaanslocaties en uitgaansrituelen onder 18-minners. De interviews gaan niet over het eigen gebruik, maar over wat wordt waargenomen in het netwerk. Panelleden zijn dus geen respondent, maar (participerende) waarnemers van netwerken waar zij deel van uit maken. Het is niet mogelijk om de resultaten te generaliseren naar de algemene jongerenpopulatie in beide gemeenten. De interviews zijn afgenomen in de maanden voor de coronapandemie. Zicht op de effecten van de pandemie is er dus niet.

## Resultaten

### Locaties en netwerken

Den Haag kent veel uitgaanslocaties in het centrum en op het strand. Jongeren onder de 18 jaar mogen vaak niet naar binnen, maar zijn wel in het straatbeeld aanwezig. Vaak spreken ze thuis af om te hangen of in te drinken voor een feestje. Bij mooi weer hangen ze ook vaak op straat. In Den Haag gaat de ene jongere met zijn vriendengroep naar strandfeesten, clubs en technofeesten. De ander komt vooral in shisha lounges en spreekt met zijn vrienden af in de auto.



Wassenaar heeft beperkte uitgaansmogelijkheden. Jongeren gaan vaak uit in Den Haag en Leiden. Voor jongeren is het uitgaan vaak thuis afspreken of naar feestjes gaan van school of de sportclub.

### Genotmiddelen

#### Alcohol

De meeste jongeren drinken alcohol voor de gezelligheid. Ze gebruiken het wekelijks, op straat of thuis om bijvoorbeeld in te drinken voor een feestje. Ze mixen een fles sterke drank vaak met frisdrank. Jongeren kunnen heel gemakkelijk alcohol verkrijgen. Ze krijgen het via oudere vrienden, in winkels waar ze hun ID niet hoeven laten zien, of door bij de supermarkt te vragen of iemand alcohol voor ze wil kopen. Volgens een jongere in Wassenaar kopen ouders ook alcohol voor hun kinderen. De jongeren drinken alcohol ook wel eens in combinatie met andere middelen zoals cannabis, lachgas en XTC. Ook professionals zien veel alcoholgebruik onder jongeren. Volgens een professional in Wassenaar zal het gebruik van jongeren niet snel afnemen zolang ouders ook veelvuldig alcohol gebruiken en geen problemen hebben met het gebruik door hun kinderen.

#### Cannabis

Cannabis gebruiken de jongeren om zich relaxter te voelen. Ook cannabis is voor de jongeren makkelijk verkrijgbaar via coffeeshops en straatdealers.



Professionals zien dat de groep die cannabis gebruikt kleiner is dan de groep die alcohol gebruikt.

#### *XTC, lachgas en andere middelen*

In mindere mate gebruiken de jongeren ook XTC en lachgas. Deze middelen zijn makkelijk te verkrijgen, via bijvoorbeeld dealers. Beide middelen worden ook gecombineerd met alcohol. XTC wordt vooral gebruikt in bepaalde settings, zoals festivals. Jongeren onder de 18 jaar komen daar niet, mede daarom is het gebruik van partydrugs zoals XTC bij deze groep gering.

***Volgens een professional zal het alcoholgebruik van jongeren niet snel afnemen zolang ouders ook veelvuldig alcohol gebruiken en geen problemen hebben met het gebruik door hun kinderen.***

#### **Discussie**

In dit onderzoek vertellen zes panelleden over het gebruik van genotmiddelen onder jongeren onder de 18 jaar in Den Haag en Wassenaar. Ondanks hun leeftijd zijn voor de groep jongeren verschillende

genotmiddelen heel makkelijk verkrijgbaar. Ze kunnen genotmiddelen krijgen in uitgaanslocaties, coffeeshops, shisha lounges en via dealers. Ook worden oudere vrienden ingeschakeld. Uit de interviews komt naar voren dat in Wassenaar ouders een faciliterende rol spelen bij het verkrijgen van alcohol. Alcohol is het meest gebruikte genotmiddel onder 18 min jongeren. Ook cannabis komt voor in de top 5 van de jongeren. Hoewel er veel maatschappelijke aandacht is voor lachgas, komt het gebruik van lachgas niet naar voren als een veel gebruikt middel door de geïnterviewde jongeren. In specifieke scenes zoals clubs en op technofeesten worden ook andere middelen gebruikt zoals XTC, speed en cocaïne. Wassenaar heeft een klein aantal uitgaanslocaties. Om die reden gaan jongeren ouder dan 18 jaar naar Den Haag, Leiden of andere steden in de Randstad. Voor jongeren onder de 18 jaar is een goed alternatief het rondzwerven rond de uitgaanslocaties, iets wat vaak gezien wordt in Den Haag. Wassenaar biedt die gelegenheid niet, de setting daar is anders dan in bijvoorbeeld Den Haag. Het uitgaansgedrag van deze groep is dus ook anders dan jongeren in Den Haag; denk aan de rol van ouders.

De bevindingen worden herkend door betrokken bestuurders uit Wassenaar en Den Haag.

## **Citaten uit de interviews**

*We gaan uit, maar dan bij mensen thuis. Je kan het niet echt uitgaan noemen eigenlijk, want je zit bij iemand en gaat daar een beetje drinken.*

*(jongere 1)*

*Mijn groep gaat wel vaker uit, maar omdat ik 17 ben, moet ik geluk hebben om binnen te komen.*

*(jongere 2)*

*In shisha lounges in Den Haag, dan is het met elkaar even ontspannen, zitten, colaatje erbij en een stuk of 20 ballonnetjes erbij op een avond per persoon.*

*(Stefan, professional)*

*Ouders maakt het eerlijk gezegd niet meer zo veel uit dat we dit doen, ze doen er niet moeilijk over, zijn zelf ook 15 geweest.*

*(jongere 1)*

*Uitgaan staat synoniem voor zuipen.*

*(Thomas, professional)*

*We blowen elk moment wanneer dat kan.*

*Dus ook doordeweeks, voor school of in de pauze.*

*(jongere 3)*

*Gaat dingen doen die je normaal niet probeert, zoals met een meisje praten of verder gaan.*

*(jongere 1)*

*Ontdekken, verleggen van grenzen, samen experimenteren en een stukje samenhang, samen gebruik.*

*(Stefan, professional)*

*We kopen het vaak via straatdealers [cannabis]. We bellen de straatdealers en dan komen ze. Ze komen boven 3 gram langs.*

*(jongere 3)*

De pilot laat zien dat het panel relevante en valide informatie oplevert en de onderzoekers pleiten voor een vervolgonderzoek. Om een beter zicht te krijgen op deze groep jongeren in Wassenaar is het wenselijk het aantal panelleden voor deze gemeente uit te breiden. Voor Den Haag volstaan de vier panelleden. Daarnaast richt dit onderzoek zich op de aard van het genotmiddelengebruik en doet het geen uitspraken over de omvang van de problematiek. Om hier inzicht in te krijgen is een survey onder jongeren tussen 12 en 18 jaar wenselijk. In een korte vragenlijst kan een grote groep jongeren worden gevraagd naar hun genotmiddelengebruik. Voor deze groep jongeren is een survey op horecalocaties geen optie. In plaats daarvan kan een survey online worden uitgezet via bijvoorbeeld social media of een vragenlijst via scholen. Bij dit laatste kan ook gebruik gemaakt worden van bestaande onderzoeken zoals het JongerenConsult<sup>8</sup> en de Gezondheidsmonitor Jeugd.<sup>9</sup> Het zicht op jongeren boven de 18 jaar is vrij groot, omdat het gebruik van genotmiddelen tijdens het uitgaan zich voor een groot deel afspeelt in horecalocaties. Bij jongeren onder de 18 jaar is dat zicht minder, deels speelt het zich thuis af, deels op straat. Daarom is het belangrijk om kennis over het gebruik onder deze groep te vergaren via insiders door middel van panelonderzoek. In een vervolg van deze pilot zal

het onderzoek onder jongeren onder de 18 jaar worden herhaald. Omdat het middelengebruik deels thuis plaatsvindt, is het belangrijk om ouders bij een vervolgonderzoek te betrekken met het oog op informatie over het gebruik van hun kinderen, maar ook voor de wijze waarop ouders als pedagogen omgaan met het gebruik van hun kinderen. Er is al veel bekend over de rol die ouders kunnen hebben bij het voorkomen van genotmiddelengebruik onder jongeren. Vaak onderschatten ouders hun invloed op hun kinderen als het gaat om genotmiddelengebruik.<sup>10</sup> Daarnaast kan vervolgonderzoek uitgebreid met een survey, aangevuld worden met resultaten van bestaande onderzoeken.

---

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

---

#### OVER DE AUTEURS

**Mw. W. Ligtenberg, mw. Drs. R.M. van der Meer en dhr. Drs. A. van Dijk**, epidemiologisch onderzoekers GGD Haaglanden.

**Mw. P. Hastan**, projectleider, preventie deskundige/psychologe, Indigo-Preventie, Den Haag  
E-mail: [willemieke.ligtenberg@ggdhaaglanden.nl](mailto:willemieke.ligtenberg@ggdhaaglanden.nl)

#### REFERENTIES

- 1 Trimbos Instituut, **Cijfers middelengebruik onder scholieren**. [Online]. 2019 (bezocht op 9 sep 2021); Beschikbaar op: <https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/alcohol-drugs-roken-scholieren>
- 2 Gelder P van, Reinerie P, Burger I. **Uit (je dak) in Den Haag, 2002. Uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik**. Parnassia, psycho-medisch centrum en GGD Den Haag, april 2003.
- 3 Gelder P van, Reinerie P, Smits M, Burger I, Hendriks VM. **Uit (je dak) in Den Haag, 2003. Uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik**. Parnassia, psycho-medisch centrum en GD Den Haag, oktober 2004.
- 4 **Het Haags Uitgaansonderzoek 2006-2009. Het genotmiddelengebruik van uitgaande jongeren in Den Haag**. Commissie MORE, gemeente Den Haag. Den Haag 2011.
- 5 Dijk van, A, Reinerie, P. **HUO 2014. Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren in Den Haag en omstreken**. GGD Haaglanden, Den Haag 2015.
- 6 Dijk van, A, Keetman, M, Hastan, P, Bloema, F, Kronenburg, L, Mohamir, A. **HUO 2018. Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren in Den Haag en Omstreken**.
- 7 Hastan, P, Bloema, F, Kronenburg, L, Dijk van A, Meer van der R, Gerrits N. **HUO 2019-2020. Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren in Den Haag en Omstreken**.
- 8 GGD Haaglanden, **Uitkomsten JongerenConsult**. [Online]. 2017 (bezocht op 29 sep 2021); Beschikbaar op: <https://www.ggdhaaglanden.nl/over/publicaties-en-onderzoeken/gezondheidsqids-en-rapportages/jongerenconsult.htm>
- 9 GGD Haaglanden, **Corona Gezondheidsmonitor Jeugd**. [Online]. 2021 (bezocht op 29 sep 2021); Beschikbaar op: <https://www.ggdhaaglanden.nl/over/publicaties-en-onderzoeken/corona-gezondheidsmonitor-jeugd-2021.htm>
- 10 Vogels N, Hasselt van N. **Opvoeding & Uitgaan: Infosheet voor professionals** [Online]. 2019 (bezocht op 28 sep 2021); Beschikbaar op: <https://www.trimbos.nl/docs/f3567004-87d1-4122-89b5-d2d8388e2355.pdf>



# Healthy by Design: een gezonde leefstijl- interventie voor-en-door mbo-studenten

Voor mbo-studenten zijn er weinig effectieve interventies die een gezonde leefstijl bevorderen. Healthy by Design, een leefstijlinterventie voor-en-door mbo-ers, kan daar verandering in brengen. De Healthy by Design interventie is gericht op het bevorderen van gezond eten en meer bewegen en is in co-creatie ontwikkeld met mbo-studenten, het Lectoraat Gezonde Leefstijl in een Stimulerende Omgeving van de Haagse Hogeschool, ROC Mondriaan, TU Delft, Soshin, Sportief Besteed Groep en GGD Haaglanden. Dit artikel gaat in op de Healthy by Design interventie en de uitkomsten van de procesevaluatie.

Gitte Kloek, Madelief Bertens, Frens Pries, Hans Romers, Noortje de Tombe en Sanne de Vries

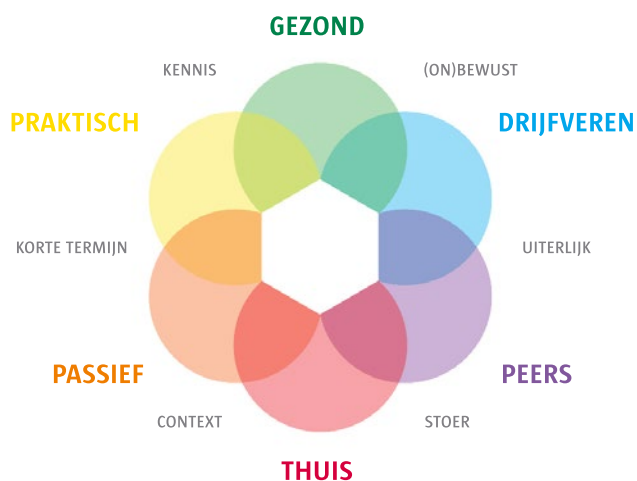
## Inleiding

Een ongezonde leefstijl komt veel voor onder mbo-studenten. Uit onderzoek onder 15.349 studenten afkomstig van 35 mbo-scholen, blijkt dat in 2010/2011 slechts 21% van hen voldeed aan de oude Nederlandse Norm Gezond Bewegen.<sup>1</sup> Ongeveer een op de vier studenten at in 2009/2010 voldoende fruit (21%) en groente (28%) en 62% van de studenten ontbeet dagelijks.<sup>2</sup> De uitkomsten van de nulmeting in 2017/2018 van het Healthy by Design (HbD) ontwikkelproject laten zien dat de leefstijl van mbo-ers nog steeds ongezond is: 12% eet voldoende fruit, 48% ontbijt dagelijks en 48% voldoet aan de huidige beweegrichtlijnen.<sup>3</sup> Een gezonde leefstijl is vanaf jonge leeftijd van belang omdat daardoor het risico op chronische ziekten, zoals diabetes of obesitas, op latere leeftijd vermindert.<sup>4,5</sup>

Mbo-studenten bevinden zich in de overgang van adolescentie naar volwassenheid. Die levensfase wordt beschouwd als een belangrijk moment voor het ontwikkelen en bestendigen van gedragspatronen op de lange termijn.<sup>6,7</sup> In Nederland is slechts een beperkt aantal schoolgerichte gezonde leefstijl interventies beschikbaar voor mbo-studenten. De HbD interventie is ontwikkeld om daar verandering in te brengen. Het is een gezondheidsbevorderende interventie gericht op voeding en bewegen, die past binnen de Gezonde School aanpak ([www.gezondeschool.nl](http://www.gezondeschool.nl)) en kan bijdragen aan het behalen van de kwalificatie-eisen voor de dimensie vitaal burgerschap ([www.burgerschapmbo.nl](http://www.burgerschapmbo.nl)). Dit zijn generieke kwalificatie-eisen voor elke mbo-er waarbij het gaat om het opleiden van een professional die zorg kan dragen voor zijn eigen vitaliteit en fitheid.



Figuur 1. Context model



De HbD interventie is gedurende een periode van twee schooljaren: 2017-2018 en 2018-2019 uitgevoerd op twee locaties van het ROC Mondriaan in de regio Haaglanden.

### Ontwikkeling van de Healthy by Design interventie

De interventie zet in op het bevorderen van gezonde voedingskeuzes en meer bewegen voor-en-door mbo-studenten ([www.healthybydesign.nl](http://www.healthybydesign.nl)). Tijdens de ontwikkeling van de interventie zijn de beleavingswereld, wensen en behoeften van zeventien mbo-studenten met behulp van contextmapping in kaart gebracht en samengevat in een context model (zie figuur 1).<sup>8</sup> De context bestaat uit zes elkaar deels overlappende thema's, die de leefwereld en attitude van mbo-ers ten opzichte van het thema gezonde leefstijl weergeven.

Deelnemers aan het onderzoek vertelden dat zij meestal niet bewust bezig waren met hun gezondheid of een gezonde leefstijl, behalve als het al onderdeel was van hun dagelijkse routine. In het hier en nu gaat het voor hen om wat makkelijk, aantrekkelijk of lekker is. Belangrijke drijfveren zijn hun uiterlijk of 'stoer willen zijn'. Zij willen graag bij de groep horen en geven aan dat zij hun gedrag aan de groep aanpassen. De deelnemers wonen vaak nog thuis. Hun ouders/verzorgers lijken voor een belangrijk deel te bepalen wat ze eten omdat zij koken en ook aangeven wat gezond is. De meeste deelnemers voelen zich op hun gemak en zijn zelfverzekerder als dingen praktisch zijn en ze kunnen leren door zelf te ervaren. Aan de andere kant gaven meerdere deelnemers aan dat ze een afwachtende houding

hebben en bijvoorbeeld plannen niet hun sterkste kant is. De deelnemers hebben over het algemeen het idee dat ze wel weten wat gezond is, maar deze ideeën kloppen regelmatig niet. Dit betekent dat het van belang is om aandacht te besteden aan het vergroten van kennis over een gezonde leefstijl.

Op basis van dit vooronderzoek is de interventie in co-creatie met mbo-studenten en professionals ontworpen. Gezamenlijk zijn vier ontwerprichtingen geformuleerd: 1) het betrekken van ouderejaars mbo-studenten bij het bereiken van jongerejaars, 2) gezondheid vermarkten als bijproduct van activiteiten gericht op drijfveren van mbo-studenten zoals hun uiterlijk of 'stoer zijn', 3) het vergroten van kennis over een gezonde leefstijl via (sociale) media en 4) het creëren van een gezonde fysieke schoolomgeving. Deze ontwerprichtingen zijn uitgewerkt in een leefstijlinterventie voor-en-door mbo-studenten.

In de uitvoeringsfase van de interventie zetten derde of vierdejaars mbo-studenten van een opleiding voeding, bewegen of leefstijl zich in als Fitcoach om studenten van andere mbo-opleidingen te bewegen tot een gezonde leefstijl.





## Wekelijkse gezondheidsbevorderende activiteiten

- Een sportles is een beweegactiviteit voor studenten, aangeboden aan hele klassen van een bepaalde opleiding in of buiten onderwijstijd of met open inschrijving buiten schooltijd. De sportles kan eenmalig zijn of plaatsvinden in een reeks van meerdere weken. De inhoud van de lessen wordt afgestemd op de behoeften van de studenten. Populaire sporten zijn (zaal)voetbal voor de heren, fitness voor de dames en (kick)boksen. Het kan ook gaan om een laagdrempelige beweegactiviteit waarvoor Fitcoaches tijdens de theorieles langskomen in de klas en studenten motiveren tot een kort beweegmoment.
- Bij voorlichting over gezonde leefstijl kan het gaan om een klassikale voorlichting door een Fitcoach of bijvoorbeeld om een kookworkshop waarin studenten onder de begeleiding van een Fitcoach aan de slag gaan met het bereiden van gezonde gerechten.
- Een fitdag is een schooldag die in het teken staat van gezondheid, voeding en bewegen om aandacht te geven aan Healthy by Design. De fitdag is bedoeld voor een hele onderwijslocatie, met verschillende activiteiten waar studenten op vrijwillige basis aan mee kunnen doen. Ook kan de fitdag in samenwerking met een specifieke opleiding plaatsvinden. Studenten doen dan mee aan activiteiten ter vervanging van reguliere lessen.
- De Fitcoaches zetten de HbD sociale media accounts in om studenten te informeren over Healthy by Design en om de norm rondom gezondheid te veranderen. De berichten bevatten nuttige en/of praktische informatie, zoals handvatten om de leefstijl aan te passen, aankondigingen van activiteiten of de lancering van een challenge.
- Fitcoaches adviseren en begeleiden studenten die dat willen op individueel niveau naar een gezondere leefstijl gedurende een aantal weken. De coaching vindt plaats buiten onderwijstijd en studenten kunnen zich hier individueel voor opgeven.

De inzet heeft de vorm van een stage en zij worden daarbij begeleid door een interne HbD-coördinator. De coördinator is bij voorkeur een docent van dezelfde opleiding als de Fitcoaches en heeft affiniteit met het vraagstuk. De coördinator is op de achtergrond aanwezig, begeleidt en stuurt bij waar nodig, maar neemt de uitvoering niet over. Gedurende een schooljaar organiseren de Fitcoaches wekelijks gezondheidsbevorderende activiteiten voor hun medestudenten zoals sport- en beweegactiviteiten, voorlichting over gezonde leefstijl, fitdagen en individuele coaching. Ook zijn zij de verspreiders van de sociale mediacampagne via Facebook en Instagram. Zie bovenstaand kader.

### Healthy by Design in de praktijk

Gedurende twee schooljaren organiseerden in totaal achttien Fitcoaches onder begeleiding van twee HbD-coördinatoren, gezondheidsbevorderende activiteiten (zie tabel 1) voor ruim 3.300 medestudenten. In 2017/2018 werd de interventie uitgevoerd op één locatie en in 2018/2019 kwam daar een tweede locatie bij. In 2017/2018 had het project op Facebook en Instagram 194 volgers en in 2018/2019 groeide dat naar 745 volgers.

De bekendheid met de HbD interventie werd in het tweede schooljaar (2018/2019) gemeten bij 200 studenten in de periode november-december 2018 en

**Tabel 1.** Bereik interventieactiviteiten HbD.

| Activiteit                                            | # studenten bereikt in 2017/2018 | # studenten bereikt in 2018/2019 |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Fitdagen voor een hele schoollocatie                  | 420                              | 870                              |
| Beweegactiviteiten                                    | 900                              | 720                              |
| Voorlichting over voeding en bewegen en kookworkshops | –                                | 450                              |
| Persoonlijke coaching                                 | 4                                | 7                                |
| <b>Totaal*</b>                                        | <b>1.324</b>                     | <b>2.047</b>                     |

\* De cijfers betreffen het totaal aantal deelnemers, niet de unieke studenten.



bij 590 studenten in de periode mei-juni 2019. Bij de start van het schooljaar 2018/2019 kende 12% van de studenten HbD en aan het eind van het schooljaar was dit 40%. Bij de start van het schooljaar 2018/2019 had 2% wel eens deelgenomen aan een HbD activiteit en aan het eind van het schooljaar was dit 18%.

Beweegactiviteiten binnen het vaste lesprogramma zijn beter bezocht dan de activiteiten waar studenten zichzelf voor moesten aanmelden. De sociale media-campagne is bij deze doelgroep niet aangeslagen zoals gehoopt; de studenten waren slecht te motiveren om de HbD sociale media kanalen te volgen.

### ***Gedurende twee schooljaren organiseerden in totaal 18 Fitcoaches onder begeleiding van twee HbD-coördinatoren gezondheidsbevorderende activiteiten voor ruim 3.300 medestudenten.***

Studenten die meededen aan HbD activiteiten waren over het algemeen tevreden. Uit gelegenheidssteekproeven onder 285 deelnemers kwam de gemiddelde score voor tevredenheid met de activiteiten uit op 4,1 op een schaal van 1- ontevreden tot 5-tevreden en was de gemiddelde score op de vraag of zij nog een keer wilden meedoen een 3,9.

#### **Ervaringen met de uitvoering van de Healthy by Design interventie**

De uitvoering van de Healthy by Design interventie is begeleid met een procesevaluatieonderzoek aan de hand van het 'Reach Effectiveness Adoption Implementation Maintenance' (RE-AIM) evaluatieraamwerk voor gezondheidsbevorderende interventies.<sup>9</sup> Achtenvijftig semi-gestructureerde interviews met Fitcoaches en intermediairs (HbD-coördinatoren, opleidingscontactpersonen en het opleidingsmanagement) op verschillende momenten in de tijd gaven inzicht in de adoptie, uitvoering, mogelijkheden voor continuering en in de ervaren effecten van de interventie.

#### **Intermediairs positief over de voor-en-door methode**

De intermediairs zijn positief over het initiatief HbD. Zij zien nut en noodzaak van een gezonde leefstijl voor mbo-studenten en spreken zich positief uit over het voor-en-door studenten principe. Intermediairs verschillen in mening in hoeverre mbo-studenten

mee willen doen met activiteiten die vrijblijvend zijn; sommige intermediairs zijn van mening dat mbo-studenten alleen in beweging (letterlijk en figuurlijk) komen als het een verplicht onderdeel is van de opleiding (structureel ingepland/geroosterd). Het voor-en-door-principe houdt in dat de Fitcoaches zelf activiteiten organiseren en uitvoeren. De Fitcoaches hebben vertrouwen in hun eigen kunnen en voldoende kennis om de interventie goed uit te voeren. Fitcoaches zijn flexibel in de invulling van de activiteiten. Zodoende kunnen zij de activiteiten afstemmen op de locatie, op de doelgroep, op de vereisten van hun examens en op hun eigen interesses en mogelijkheden.

Echter in de praktijk blijkt dat ook de Fitcoaches geactiveerd en gestimuleerd moeten worden om daadwerkelijk activiteiten te ondernemen. De HbD-coördinator heeft daarin het dilemma om de balans te vinden tussen het zelfstandig laten werken van de Fitcoaches en aan de andere kant het bieden van structuur en begeleiding bij de uitvoering. Zo is door de HbD-coördinator bijvoorbeeld wekelijks aandacht besteed aan de planning van activiteiten.

#### **Fitcoaches ontwikkelen relevante beroepsvaardigheden**

De Fitcoaches zijn allemaal stagiaires en ze ervaren HbD als een mooie stageplek om hun verplichte examenopdrachten af te ronden. Dit persoonlijke voordeel werkt bevorderend voor het uitvoeren van de activiteiten. Ook ervaren zij hun persoonlijke ontwikkeling als een voordeel. In een relatief beschermde en bekende omgeving leren zij voor groepen staan, lesgeven, problemen oplossen. Zij ondervinden veel sociale steun van het team van Fitcoaches.

De Fitcoaches organiseerden verhoudingsgewijs meer activiteiten gericht op bewegen dan op voeding. Dit is deels te verklaren door hun beroepsmatige interesse als student Lifestyle, Sport en Bewegen, maar ook door de beschikbare faciliteiten op de locaties. Daarnaast hebben ze meer ondersteuning nodig bij activiteiten die verder afstaan van de kerntaken waarvoor zij primair worden opgeleid. Het gaat daarbij om het organiseren van activiteiten gericht op gezonde voeding maar ook om het uitvoeren van een sociale media campagne. Hoewel zij daar allemaal als persoon gebruik van maken, betekent dat niet dat ze daarmee de kennis hebben om de interventie via sociale media te vermarkten.



De Fitcoaches kregen te maken met de complexe organisatiestructuur van een mbo-onderwijsinstelling die bestaat uit zeer veel verschillende opleidingen, soms verspreid over meerdere locaties, die zelfstandig zeggenschap hebben over hun inzet van tijd en middelen. Hierdoor moesten zij met elke opleiding apart afspraken maken over de uitvoering van de interventie. De kwaliteit van het persoonlijk contact bevorderde de bekendheid en het bereik van de interventie op dit niveau van de organisatie. Deels spelen hier persoonlijke factoren van zowel de Fitcoaches als de opleidingscontactpersonen een rol. Sommige Fitcoaches springen er in positieve zin uit door hun enthousiasme en charme. Wel hebben zij als groep en in het leggen en onderhouden van contacten ondersteuning nodig van de HbD-coördinator.

#### **Aandachtspunten op organisatieniveau**

Op organisatieniveau is op de locaties te weinig aandacht besteed aan het informeren van docenten en management van de verschillende opleidingen over de interventie. Dit leidde tot onduidelijkheid over de wijze waarop de interventie werd uitgevoerd. Zo wisten opleidingscontactpersonen of opleidingsmanagement niet wat zij konden verwachten en was hun rol in de interventie-uitvoering niet duidelijk. Ook dacht een opleidingscontactpersoon dat de Fitcoaches hbo-studenten waren, terwijl het ging om studenten van de eigen opleiding Lifestyle, Sport en Bewegen.

#### **Bewustwording belangrijkste effect**

Intermediairs en Fitcoaches geven aan dat de interventie mogelijk geleid heeft tot bewustwording ten aanzien van voeding en bewegen maar niet tot gedragsverandering. Het gaat dan eerder om een groter bewustzijn voor gezondheidsbevorderende gedragingen zoals meer water drinken, fruit eten en meer bewegen/sporten en in mindere mate om het veranderen van ongezonde gedragingen zoals de consumptie van ongezonde snack en fris- en energiedranken. Dat komt mede doordat de Fitcoaches vooral aandacht hebben besteed aan de gezondheidsbevorderende gedragingen in hun voorlichtingen en activiteiten. Zo lag de focus bijvoorbeeld op meer water drinken en niet zo zeer op minder frisdrank drinken. Ze hebben gezond gedrag gestimuleerd, maar verwachtten niet dat de studenten ook echt hun gedrag zouden veranderen.

## **Toekomst van de Healthy by Design interventie**

Alle betrokkenen geven aan HbD een goed initiatief te vinden, relevant voor de populatie mbo-studenten en passend bij een gezonde school. Het project kende een opstartfase en had tijd nodig om ingebed te worden op de onderwijslocatie. Meer aandacht voor een implementatiestrategie, gericht op het overbrengen van informatie over HbD, de verwachtingen en de rollen en taken voor de contactpersonen bij scholen en het schoolmanagement kan de adoptie van de interventie verder bevorderen.

***Alle betrokkenen geven aan HbD een goed initiatief te vinden, relevant voor de populatie mbo-studenten en passend bij een Gezonde School-aanpak.***

Voor continuering is een structurele en formele inbedding van de HbD interventie in de onderwijsinstelling noodzakelijk. Een nadrukkelijker koppeling met de curricula van de verschillende opleidingen zou kunnen zorgen voor de gewenste structuur en draagvlak. Daarnaast moet de onderwijsinstelling financiële middelen beschikbaar stellen voor het uitvoeren van de interventie. Dit is onder andere nodig voor het vrijmaken van een docent als HbD-coördinator voor 4-6 uur per week, promotiemateriaal waaronder kleding voor de Fitcoaches en materialen voor evenementen of benodigdheden voor kookworkshops.

Het potentieel van de interventie zit in een verdere verankering van HbD in de curricula van mbo-opleidingen en/of om in een Gezonde School-aanpak. Voor studenten die een leefstijlgerelateerde mbo-opleiding volgen kan deelname aan het HbD stageprogramma een relevante leerervaring bieden. Voor de einddoelgroep, de mbo-student, kan de HbD interventie bijdragen aan een hoger bewustzijn ten aanzien van een gezonde leefstijl en daarmee aan het behalen van de kwalificatie-eisen voor de dimensie vitaal burgerschap ([www.burgerschapmbo.nl](http://www.burgerschapmbo.nl)).

Op dit moment wordt de Healthy by Design interventie uitgevoerd bij drie Mbo-onderwijsinstellingen. Naast het ROC Mondriaan zijn daar in het schooljaar 2019/2020 het Albeda College in Rotterdam en Lentiz in het Westland bijgekomen. Bij het ROC Mondriaan

zetten ze naast voor-en-door studenten ook in op activiteiten voor-docenten-door-studenten. Het uitgevoerde onderzoek en de ervaringen van de afgelopen jaren worden opgenomen in de erkenningsaanvraag voor de interventie bij het Centrum Gezond Leven van het RIVM. Een beoordeling en opname in de interventiedatabase kan bijdragen aan een verdere opschaling van de HbD interventie in Nederland.

## OVER DE AUTEURS

**Mw. dr. ir. G. Kloek** is associate lector leefstijlverandering bij het lectoraat Gezonde Leefstijl in een Stimulerende Omgeving bij De Haagse Hogeschool, Den Haag.

**Mw. dr. M.G.B.C. Bertens** is senior onderzoeker bij het lectoraat Impact of Sport bij De Haagse Hogeschool, Den Haag.

**Dhr. F. Pries MSc** is ontwerper/onderzoeker bij Soshin, Rotterdam.

**Dhr. J. Romers Msc** is docent opleiding Lifestyle, Sport en Bewegen en HbD coördinator bij het ROC Mondriaan, Den Haag.

**Mw. N/ de Tombe BSc** is projectmanager bij de Sportief Besteeds Groep, Delft.

**Mw. dr. S.I. Vries** is lector van het lectoraat Gezonde Leefstijl in een Stimulerende Omgeving bij De Haagse Hogeschool, Den Haag.

## DANKWOORD

De auteurs bedanken alle Fitcoaches, studenten en medewerkers van het ROC Mondriaan die hebben deelgenomen aan het onderzoek en de HBO en WO studenten die een rol hebben gespeeld in het verzamelen en analyseren van de data. Onze dank gaat ook uit naar onze adviseur in het HbD ontwikkelproject: Joline van Lier van GGD Haaglanden.

---

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

---

## REFERENTIES

- 1 Bernaards C, van Buuren S. **Rapportage veranderingen in het beweeggedrag van mbo studenten** [Report Changes in Physical Activity Behaviours among Vocational Students]. Leiden: TNO; 2012.
- 2 Rijpstra A, Bernaards C. **De leefstijl van MBO studenten in Nederland 2009/2010** [Lifestyle of vocational students in The Netherlands 2009/2010]. Leiden: TNO; 2011.
- 3 Kuipers A, Kloek GC, de Vries SI. **Understanding Vocational Students' Motivation for Dietary and Physical Activity Behaviors**. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(4):1381.
- 4 Bellou V, Belbasis L, Tzoulaki I, Evangelou E. **Risk factors for type 2 diabetes mellitus: An exposure-wide umbrella review of meta-analyses**. PloS one. 2018;13:e0194127-e.
- 5 Kumanyika SK, Obarzanek E, Stettler N, Bell R, Field AE, Fortmann SP, et al. **Population-based prevention of obesity: the need for comprehensive promotion of healthful eating, physical activity, and energy balance: a scientific statement from American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention, interdisciplinary Committee for Prevention (formerly the expert panel on population and prevention science)**. Circulation. 2008;118(4):428-64.
- 6 Nelson MC, Story M, Larson NI, Neumark-Sztainer D, Lytle LA. **Emerging Adulthood and College-aged Youth: An Overlooked Age for Weight-related Behavior Change**. Obesity. 2008;16:2205-11.
- 7 Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore S-J, Dick B, Eze AC, et al. **Adolescence: a foundation for future health**. The Lancet. 2012;379(9826):1630-40.
- 8 Kloek G, Pries F, Doorn van F, Vries de S, editors. **Healthy by Design: using participatory design methods to develop a healthy lifestyle intervention for vocational students**. Design4Health; 2020; Amsterdam.
- 9 Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. **Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework**. American journal of public health. 1999;89(9):1322-7.



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.

# Alcoholgebruik bij volwassenen en ouderen

Het drinken van alcohol is al lange tijd een geaccepteerd onderdeel van de samenleving en niet weg te denken bij sociale evenementen. Het brengt echter ook serieuze gezondheidsrisico's met zich mee, waaronder een verstoorde hersenontwikkeling, leer- en geheugenproblemen en een verhoogd risico op verslaving op latere leeftijd. Matig alcoholgebruik (dat is tot 1,5 standaardglazen alcohol per dag) hangt bijvoorbeeld samen met een hoger risico op borstkanker en diabetes; hoog alcoholgebruik (meer dan 1,5 standaardglazen per dag) wordt geassocieerd met meer risico op een beroerte en borst-, darm- en longkanker. Binge drinken vergroot de kans op hart- en vaatziekten. Alcoholgebruik heeft ook maatschappelijke effecten zoals een lagere arbeidsproductiviteit en een hoger risico op verkeersongevallen en op (huiselijk) geweld.

Bij alcohol drinken worden drie (risico)groepen onderscheiden: Zware drinker: Wekelijks minstens één dag minimaal zes glazen (mannen) of vier glazen (vrouwen) alcohol drinken.

Overmatig alcohol drinker: Meer dan 21 glazen per week (mannen) of meer dan 14 glazen per week (vrouwen) alcohol drinken.

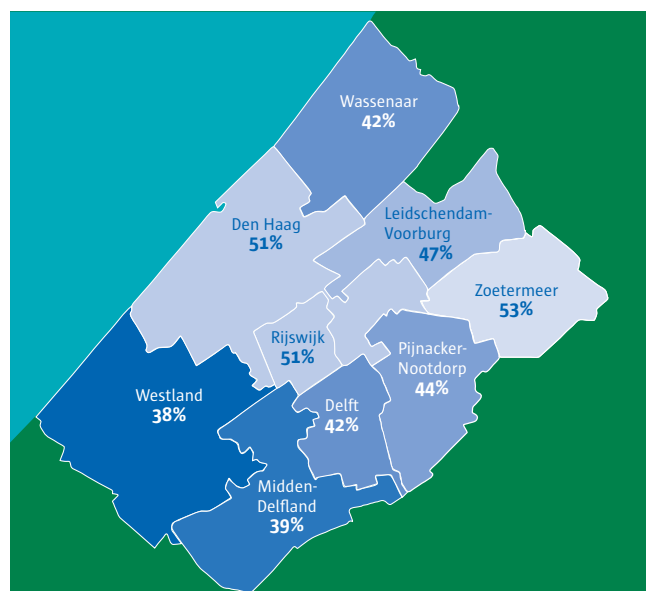
Binge drinker: Bij één gelegenheid vijf of meer glazen alcohol drinken.

De Gezondheidsraad en het Voedingscentrum adviseren om geen alcohol te drinken, of in ieder geval niet meer dan één glas per dag.

Uit de Gezondheidsmeter 2020 blijkt dat in Haaglanden driekwart (76%) van de inwoners van 18 jaar en ouder in de laatste 12 maanden wel eens alcohol heeft gedronken, landelijk heeft 79% dat gedaan. Bijna de helft van de inwoners van Haaglanden (48%) voldoet aan de richtlijn van de Gezondheidsraad en Voedingscentrum van maximaal één glas alcohol per dag, 5% is een overmatige drinker en 7% een zware drinker. Landelijk liggen die cijfers op 43%, respectievelijk 6% en 8%. In 2016 voldeden minder inwoners van Haaglanders aan de richtlijn (44%) en waren er meer zware drinkers (9%).

Het percentage inwoners dat voldoet aan de richtlijn varieert van 38% in Westland tot 53% in Zoetermeer. Veel meer vrouwen dan mannen voldoen aan de richtlijn (57% versus 40%) en meer

**Figuur 1.** Percentage inwoners van Haaglanden van 18 jaar en ouder dat voldoet aan de richtlijn alcohol van de Gezondheidsraad en Voedingscentrum (liever geen alcohol, in ieder geval niet meer dan één glas per dag).



ouderen dan jongeren: 57% van de 65-plussers, 50% van de 35- tot en met 64-jarigen en 39% van de 18- tot en met 34-jarigen. Vooral inwoners met een Marokkaanse migratieachtergrond voldoen aan de richtlijn (93%), gevolgd door die met een Turkse (80%), overig niet-Westerse (71%) of Surinaamse migratieachtergrond (66%); van de inwoners zonder migratieachtergrond voldoet 39% aan de richtlijn. Hoe hoger opgeleid, hoe minder inwoners aan de richtlijn voldoen: 61% van degenen met een lage opleiding, 47% met een gemiddelde opleiding en 42% van degenen met een hoge opleiding. Er is geen verschil in voldoen aan de richtlijn tussen alleenstaanden en niet-alleenstaanden.

In de Gezondheidsgids Haaglanden staan meer gegevens over alcoholgebruik. Daar is ook meer informatie over de gezondheid en leefstijl van volwassenen en ouderen in Haaglanden te vinden: [gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl](https://gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl)

Bron: Gezondheidsmeter Volwassenen & Ouderen 2020

## Dag van de Forensische Zorg op 25 januari 2022: save the date en draag bij aan het programma

De Dag van de Forensische Zorg vindt in 2022 weer live plaats en wel op dinsdag 25 januari in DeFabrique in Maarssen.

Op deze dag ontmoet je collega's uit het hele land om kennis te delen en ervaringen uit te wisselen. Organiseer je weer mee? Bedenk een praktisch haalbaar programmaonderdeel dat aansluit bij het thema Lerend Leven. Voor het thema onderscheidt de organisatie vier niveaus: leren als mens (werknemer/client), leren als organisatie, leren als sector en leren als samenleving.

Op de website [dagvandevoensischezorg.nl](http://dagvandevoensischezorg.nl) kun je een eigen voorstel voor een onderdeel van het programma indienen. Deel je ideeën en save the date!

Bron: [dagvandevoensischezorg.nl](http://dagvandevoensischezorg.nl)

## Onderzoek bevestigt: naasten betrekken bij herstel werkt!

Hoewel het belang van herstelgerichte zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening breed wordt erkend, worden essentiële elementen van herstelgerichte zorg, zoals personalisatie van zorg en structurele betrokkenheid van de sociale leefwereld, onvoldoende geïmplementeerd in de praktijk. Een net verschenen Nederlandse studie in het internationaal gerenommeerde tijdschrift JAMA Psychiatry toont aan dat de resourcegroepen-methodiek een veelbelovende manier is om de sociale leefwereld structureel te betrekken en daarmee het bevorderen van herstelprocessen in de dagelijkse leefomgeving centraal te stellen.

In 2017 hebben het Trimbos-instituut, Tranzo (Tilburg University), Erasmus MC e.a. een groot Nederlands onderzoek gestart, waarbij 9 ggz-organisaties en 18 teams verspreid door Nederland deelnamen. Daarin is nagegaan of de resource-groepen-aanpak toegevoegde waarde heeft op de

huidige zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening. Deelnemers waren tussen de 18 en 65 jaar, voldeden aan de criteria voor een ernstige psychische aandoening en waren niet langer dan twee jaar in behandeling.

Het onderzoek toont aan dat de resourcegroep-methode een effectieve manier is om empowerment te bevorderen bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Onder empowerment wordt verstaan de mate waarin cliënten het gevoel hebben grip te krijgen op de eigen situatie en hun eigen sterke kanten, talenten en mogelijkheden (her)ontdekken. Het werken met een resourcegroep leidde ertoe dat na negen en achttien maanden de mate van empowerment meer was toegenomen dan wanneer er werd gewerkt volgens de gebruikelijke zorg.

Meer informatie zie [Trimbos.nl](http://Trimbos.nl), agenda/nieuws



## Extra middelen voor toezicht en handhaving gastouderopvang vanaf 2022

Op Prinsjesdag is bekendgemaakt dat het kabinet heeft besloten om met ingang van 1 januari 2022 het toezicht en handhaving in de gastouderopvang te intensiveren. Hiervoor wordt structureel 6,4 miljoen euro extra beschikbaar gesteld door het ministerie van SZW. GGD GHOR Nederland is hier erg blij mee, omdat al jarenlang wordt gepleit voor kwaliteitsverbetering in de gastouderopvang en intensiever toezicht erop. Vanwege de grote verschillen in kwaliteit bij gastouders is dit noodzakelijk.

### **Meer voorzieningen geïnspecteerd**

SZW beoogt hiermee dat 50% van de voorzieningen voor gastouderopvang ieder jaar

geïnspecteerd wordt door de GGD, en meer tijd beschikbaar te hebben voor het onaangekondigd inspecteren van gastouderopvang.

### **Vergroten professionaliteit**

Naast deze extra middelen pleit GGD GHOR Nederland ervoor om met landelijke partijen zoals branchepartijen te onderzoeken hoe de professionaliteit van de gastouderopvang verder vergroot kan worden. Voorbeelden zijn concretere eisen aan de begeleiding van gastouders door gastouderbureaus en hogere eisen aan het opleidingsniveau en de pedagogische scholing van gastouders.

Bron: ggdghor.nl

## Congres Nederlands Netwerk voor Tabaksonderzoek en het Trimbos-instituut

Het Nederlands Netwerk voor Tabaksonderzoek organiseert jaarlijks een wetenschappelijk congres in samenwerking met het Trimbos-instituut. Deze bijeenkomst is dé gelegenheid voor het uitwisselen van nieuwe onderzoekresultaten op het brede terrein van tabaksonderzoek. Doelgroepen van het congres zijn, naast de NNVT-leden, Nederlandse wetenschappers die zich hoofdzakelijk, dan wel zijdelings, met tabakspreventie en aanverwante onderwerpen bezighouden. Het congres staat open voor het brede veld van tabaksonderzoek: van preklinisch onderzoek en de farmacologie van nicotineverslaving tot psychologische en epidemiologische studies en beleidsonderzoek.

Het achtste NNVT congres vindt plaats op vrijdag 11 februari 2022 in het voormalig hoofdkantoor bij Villa Jongerius in Utrecht. Ook dit jaar kunnen er jonge onderzoekers in aanmerking komen voor de Nationale Tabaksontmoediging Onderzoeksprijs.

Datum: 11 februari 2022

Kosten: € 150,- excl. btw

Locatie: Utrecht\*

\* Afhankelijk van de geldende coronamaatregelen wordt nader bepaald of het congres fysiek plaats kan vinden. Indien dit niet het geval is, zal het congres online op een later moment in 2022 plaatsvinden.

Voor meer informatie: zie <https://nnvt.org>



## Leer barvrijwilligers bij sportclubs, studentenverenigingen of evenementen de Instructie Verantwoord Alcoholschenken (IVA)

Het schenken van alcohol brengt verantwoordelijkheid met zich mee voor barvrijwilligers die werken in sportkantine of bij studentenverenigingen. De Drank- en Horecawet schrijft voor dat verenigingen verplicht zijn om een Alcohol Bestuursreglement op te stellen en barpersoneel te instrueren, bijvoorbeeld met een training 'Instructie Verantwoord Alcoholschenken' (IVA). Met zo'n training leren barvrijwilligers wat ze moeten weten om verantwoord alcohol te kunnen schenken. De training behandelt onder-

werpen als geen alcohol onder de 18, voorkomen van alcoholmisbruik en rijden onder invloed. In deze training van één dag leert u als professional om barvrijwilligers te trainen volgens de IVA.

Datum: 18 januari 2022

Kosten: € 395,- excl. btw

Locatie: Utrecht

Bron: trimbos.nl

## E-learnings Trimbosinstituut

### Basiscursus alcohol en drugs

Leer meer over de effecten van alcohol en veelgebruikte drugs en welke factoren van invloed zijn (POM-model).

### Gokproblematiek

In de e-learning 'Gokproblematiek' leert u als POH-GGZ, huisarts, psycholoog/hulpverlener in de BGGZ of schuldhelpverleners de aangeboden theorie en praktische informatie op de informatiewebsite loketkansspel.nl (voorheen gokkeninfo.nl) toe te passen in de praktijk.

### Open en Alert

Leer alcohol- en drugsgebruik signaleren en bespreekbaar maken bij cliënten in de LVB-zorg en residentiële jeugdhulp.

### Persoonsgericht werken in de dementiezorg

Leer het gedrag van mensen met dementie beter begrijpen en leer om er op een persoonsgerichte manier mee om te gaan. Deze e-learning heette voorheen 'Leren over dementie'.

### Preventie postpartum depressie

Leer depressieve klachten bij aanstaande en jonge moeders te signaleren en voorkom een postpartum depressie met preventief advies (6 x 30 min.)

### Preventie van depressie

Leer depressieve klachten bij uw cliënten of patiënten te signaleren en voorkom een depressie met preventief advies (6 x 30 min.)

### Rookvrije start

Leer hoe u (aanstaande) ouders kunt motiveren om te stoppen met roken en zorg daarmee voor een rookvrije start voor hun kind.

### Signaleren alcohol en drugs

Leer alcohol- en drugsgebruik bij leerlingen of cliënten te herkennen en leer hoe u hen kunt aanmoedigen tot het zoeken van hulp.

Voor vragen over de E-learnings van het Trimbosinstituut: [info@trimbos.nl](mailto:info@trimbos.nl) ; Telefoon 030-2971100



## 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.

### **Managers verkennen publieke gezondheidszorg: een stoomcursus**

Het beleid van elk ministerie en elke bedrijfssector heeft effect op de volksgezondheid. Als directeur of manager in de publieke gezondheid heb je daarmee te maken. Daarnaast dien je een inhoudelijke koers te realiseren die congruent is met de beginselen van de public health. Onder tijdsdruk en in een bestuurlijke arena. In deze module leer je de inhoud én de breedte van de (samenwerkings-) partijen in korte tijd doorgronden. Voor bestuurders, directeuren en managers met een nieuwe functie in de public health die hun kennis over public health op strategisch niveau op peil willen brengen of willen opfrissen.

Data: 11 en 18 januari, 1 en 15 februari,  
8, 15 en 29 maart, 5 april 2022 (17-21 uur)

Kosten: € 1.920,-

Locatie: Utrecht (of online)

### **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.

Data: 25 april en 9 mei 2022

Kosten: € 830,-

Locatie: online

### **Infectieziekten: van cel tot melding**

Maak kennis met de keten van infectieziektebestrijding: van besmetting en verspreiding tot en met contactonderzoek en surveillance. Een praktische verdiepingsmodule verpleegkundigen die werkzaam zijn bij GGD, zorginstelling of kennisinstituut en zich verder willen specialiseren in het complexe werkveld van de AGZ.

Data: 10, 17 en 24 mei en 7 juni 2022

Kosten: € 1.660,-

Locatie: Utrecht en online

### **Professioneel presenteren**

Boeiend en overtuigend presenteren kun je leren. Een module voor wie een aansprekende, interactieve presentatie wil geven zonder last van plankenkoorts. Voor professionals in de publieke of bedrijfsgezondheid die zich (verder) willen bekwalen in het geven van presentaties voor groepen.

Data: 10 en 24 mei 2022

Kosten: € 830,-

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: 18 mei, 1 en 15 juni 2022 (9:30 - 12:30 uur)

Kosten: € 630,-

Locatie: online

### **Moeilijke mensen, lastige situaties**

Moeilijk mens of moeizame communicatie? Communicatiestoornis of persoonlijkheidsstoornis? Een praktische, tweedaagse module voor wie in het werk wel eens 'mensen met een gebruiksaanwijzing' tegenkomt en wil leren om efficiënt met hen om te gaan.

Voor artsen M&G, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, A&O deskundigen, arbeidsdeskundigen en andere professionals die werkzaam zijn in de public of occupational health.

Data: 14 en 28 juni 2022

Kosten: € 830,-

Locatie: Utrecht

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

## Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 3e kwartaal 2021

| Ziekte                                | 3e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren |                  |                  | 1e t/m 3e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren |                         |                         |
|---------------------------------------|------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
|                                       | 3e kwartaal 2021                               | 3e kwartaal 2020 | 3e kwartaal 2019 | 1e t/m 3e kwartaal 2021                                                | 1e t/m 3e kwartaal 2020 | 1e t/m 3e kwartaal 2019 |
| <b>A-ZIEKTEN</b>                      |                                                |                  |                  |                                                                        |                         |                         |
| MERS-CoV                              |                                                |                  |                  |                                                                        |                         |                         |
| Pokken                                |                                                |                  |                  |                                                                        |                         |                         |
| Poliomyelitis anterior acuta          |                                                |                  |                  |                                                                        |                         |                         |
| SARS                                  |                                                |                  |                  |                                                                        |                         |                         |
| Virale hemorrhagische koorts          |                                                |                  |                  |                                                                        |                         |                         |
| COVID-19                              | 22.633                                         | 9.159            |                  | 76.371                                                                 | 12.142                  |                         |
| <b>B-ZIEKTEN</b>                      |                                                |                  |                  |                                                                        |                         |                         |
| (humane infectie) avaire influenza    |                                                |                  |                  |                                                                        |                         |                         |
| Difterie                              |                                                |                  |                  |                                                                        |                         |                         |
| Pest                                  |                                                |                  |                  |                                                                        |                         |                         |
| Rabiës (hondsdoelheid)                |                                                |                  |                  |                                                                        |                         |                         |
| Tuberculose                           | 19                                             | 15               | 20               | 62                                                                     | 61                      | 50                      |
| Buiktyfus                             |                                                |                  | 1                | 1                                                                      | 1                       | 2                       |
| Cholera                               |                                                |                  |                  |                                                                        |                         |                         |
| Hepatitis A                           | 2                                              | 1                | 2                | 2                                                                      | 1                       | 2                       |
| Hepatitis B acuut                     |                                                |                  | 1                | 3                                                                      | 3                       | 4                       |
| Hepatitis B chronisch                 | 32                                             | 14               | 31               | 82                                                                     | 65                      | 96                      |
| Hepatitis C acuut                     |                                                |                  | 1                |                                                                        |                         | 2                       |
| Hepatitis C chronisch                 | 10                                             | 5                | 14               | 33                                                                     | 17                      | 38                      |
| Kinkhoest                             |                                                | 4                | 118              | 1                                                                      | 65                      | 324                     |
| Mazelen                               |                                                |                  |                  |                                                                        |                         | 6                       |
| Paratyfus A,B,C                       |                                                |                  | 1                |                                                                        |                         | 3                       |
| Rubella                               |                                                |                  |                  |                                                                        |                         |                         |
| STEC (E. coli)                        | 10                                             | 4                | 7                | 16                                                                     | 13                      | 14                      |
| Shigellose                            | 18                                             | 2                | 18               | 26                                                                     | 15                      | 46                      |
| Invasieve GAS                         | 3                                              |                  | 3                | 10                                                                     | 6                       | 24                      |
| Voedselinfectie                       |                                                | 1                | 1                | 2                                                                      | 1                       | 3                       |
| <b>C-ZIEKTEN</b>                      |                                                |                  |                  |                                                                        |                         |                         |
| Antrax (miltvuur)                     |                                                |                  |                  |                                                                        |                         |                         |
| Bof                                   |                                                |                  | 2                |                                                                        | 5                       | 5                       |
| Botulisme                             |                                                |                  |                  |                                                                        |                         |                         |
| Brucellose                            |                                                |                  |                  |                                                                        | 2                       | 1                       |
| CPE                                   | 5                                              | 3                | 4                | 10                                                                     | 7                       | 4                       |
| Ziekte van Creutzfeldt-Jakob klassiek | 1                                              |                  |                  | 1                                                                      | 2                       | 1                       |
| Ziekte van Creutzfeldt-Jakob variant  |                                                |                  |                  |                                                                        |                         |                         |
| Gele koorts                           |                                                |                  |                  |                                                                        |                         |                         |
| Invasieve Hib                         |                                                |                  |                  |                                                                        |                         | 2                       |
| Hantavirusinfectie                    |                                                |                  |                  |                                                                        | 1                       |                         |
| Legionellose                          | 18                                             | 11               | 9                | 27                                                                     | 18                      | 17                      |



## Vervolg overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 3e kwartaal 2021

| Ziekte                                    | 3e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren |                  |                  | 1e t/m 3e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren |                         |                         |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
|                                           | 3e kwartaal 2021                               | 3e kwartaal 2020 | 3e kwartaal 2019 | 1e t/m 3e kwartaal 2021                                                | 1e t/m 3e kwartaal 2020 | 1e t/m 3e kwartaal 2019 |
| Leptospirose                              | 2                                              |                  | 2                | 2                                                                      | 1                       | 2                       |
| Listeriose                                | 2                                              |                  | 2                | 6                                                                      | 3                       | 2                       |
| Malaria                                   | 9                                              |                  | 5                | 14                                                                     | 7                       | 16                      |
| Meningokokkose                            |                                                |                  | 5                |                                                                        | 3                       | 12                      |
| MRSA-infectie (cluster buiten ziekenhuis) |                                                |                  |                  |                                                                        |                         |                         |
| Invasieve pneumokokken (bij kinderen)     | 8                                              |                  | 1                | 14                                                                     | 3                       | 3                       |
| Psittacose                                | 3                                              |                  | 1                | 6                                                                      | 4                       | 5                       |
| Q-koorts                                  |                                                |                  |                  |                                                                        |                         |                         |
| Tetanus                                   |                                                |                  |                  |                                                                        |                         |                         |
| Tularemie                                 |                                                |                  |                  |                                                                        |                         |                         |
| Trichinose                                |                                                |                  |                  |                                                                        |                         |                         |
| West-Nilevirus                            |                                                |                  |                  |                                                                        |                         |                         |
| Zikavirus                                 |                                                |                  |                  |                                                                        |                         |                         |
| <b>Totaal</b>                             | <b>22.775</b>                                  | <b>9.219</b>     | <b>249</b>       | <b>76.689</b>                                                          | <b>12.446</b>           | <b>684</b>              |

## Infectieziekten gemeld door instellingen in 2021

Onderstaande tabel bevat een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen tot en met het derde kwartaal 2021.

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.

Het grootste gedeelte van de luchtweginfecties/influenza-achtig ziektebeelden zijn meldingen van COVID-19 in de instelling.

In het derde kwartaal is sprake van een duidelijke toename van meldingen van het RS-virus binnen de kinderopvang.

| Scenario                                          | Kinder-opvang | Onderwijs-instelling | Vluchtelingen-opvang | AWBZ zorginstelling | Ziekenhuis | Eindtotaal |
|---------------------------------------------------|---------------|----------------------|----------------------|---------------------|------------|------------|
| Huiduitslag/exanthemen                            | 45            | 5                    |                      | 10                  | 1          | 61         |
| Impetigo (krentenbaard)                           | 7             | 5                    |                      |                     |            | 12         |
| Gastro-enteritis                                  | 62            | 1                    |                      | 6                   |            | 69         |
| Schimmelinfectie                                  | 2             |                      |                      |                     |            | 2          |
| Luchtweginfectie/<br>influenza-achtig ziektebeeld | 127           | 216                  | 2                    | 110                 | 10         | 465        |
| Anders                                            |               | 1                    |                      |                     |            | 1          |
| <b>Eindtotaal</b>                                 | <b>243</b>    | <b>228</b>           | <b>2</b>             | <b>126</b>          | <b>11</b>  | <b>610</b> |



## Meldingen infectieziekten derde kwartaal 2021

Het aantal aangiften van meldingsplichtige ziekten laat – naast COVID-19 – in het derde kwartaal van 2021 een duidelijke stijging zien. De maand september is vergelijkbaar met de jaren voor de Covid-19 pandemie. Waarschijnlijk hangt dit samen met het loslaten van de Covid-19 beperkingen in Nederland, waaronder de mogelijkheid om meer te reizen. Hieronder worden een aantal meldingen beschreven uit dit kwartaal. Opvallend zijn de weinig kinkhoest-meldingen dit jaar.

### Legionellose

De ziektebeelden die veroorzaakt worden door de legionellabacterie worden samengevat onder de term legionellose. Het meest bekende beeld is dat van de legionellapneumonie (veteranenziekte). De bacterie komt in het algemeen voor in waterige milieus en vochtige bodem en kan door inademing in de luchtwegen terechtkomen en een longontsteking (pneumonie) veroorzaken. Diverse watersystemen zijn als bron van legionellapneumonie beschreven, zoals douches, koeltorens, whirlpools, luchtbevochtigers, individuele beademingsapparatuur. Na een melding van legionellose doet de GGD altijd onderzoek naar de mogelijke bron.

Regelmatig wordt de ziekte tijdens een vakantie in het buitenland opgelopen.

In de zomer is er in Nederland regelmatig een toename van het aantal meldingen van legionellose; een samenhang met warm weer en wateroverlast in deze zomermaanden is hierbij niet uit te sluiten.

### Shigellose

In het 3e kwartaal 2021 is een verheffing te zien van het aantal meldingen van shigellose in het werkgebied van GGD Haaglanden.

Shigellose is een ernstige darminfectie die wordt veroorzaakt door een shigellabacterie.

De shigellabacterie zit in de ontlasting van iemand die besmet is. Bij toiletgebruik kunnen de toiletbril, de spoelknop en andere voorwerpen besmet raken. Door contact met deze voorwerpen kan de bacterie op de handen en daarna in de mond terechtkomen. Via de handen kan de bacterie ook op eetgerei en op

eten terechtkomen. Gezinsleden van een geïnfecteerde persoon (vooral kinderen) lopen ook risico op besmetting.

In Nederland gaat het vaak om infecties na een reis naar het buitenland. Dit bleek ook het geval bij ruim de helft van de huidige meldingen. In een aantal situaties bleken meerdere personen binnen een reisgezelschap/gezin besmet te zijn met deze bacterie.

Vaccinatie tegen deze bacterie is niet mogelijk. Goede hygiëne helpt om verspreiding van de ziekte te voorkomen. Soms worden zieke personen geweerd van werk in de zorg of voedselbereiding of van de kinderopvang zolang zij de bacterie dragen.

### Hepatitis A

Hepatitis A is een leverontsteking die wordt veroorzaakt door het hepatitis A-virus en wordt ook wel besmettelijke geelzucht genoemd.

Hepatitis A kan zo licht verlopen dat iemand het niet eens merkt. De verschijnselen treden na de incubatietijd op en zijn over het algemeen vermoeidheid, lichte koorts, soms pijn in de bovenbuik en misselijkheid. Bij volwassenen gaat hepatitis A meestal ook gepaard met geelzucht: het geelkleuren van huid en oogwit, het donker worden van urine en het ontkleuren van ontlasting.

Hepatitis A is erg besmettelijk. Het virus zit in de ontlasting van iemand die besmet is. Na bezoek aan het toilet kan het virus op bijvoorbeeld de wc-bril, de spoelknop, de kraan of de deurklink zitten. Hierdoor kan het virus via de handen in de mond terechtkomen. Via de handen kan het virus ook op speelgoed, bestek, servies en eten terechtkomen.

Iemand kan ook besmet raken door het eten en drinken van voedsel of water dat verontreinigd is met ontlasting dat het virus bevat en door seksueel contact.

Eén van de meldingen van hepatitis A betrof een kind uit de kleutergroep van een basisschool. Conform de landelijke richtlijn heeft de GGD daarop de kinderen uit de klassen, die gebruikmaken van hetzelfde toiletblok als de besmette leerling, een hepatitis A vaccinatie aangeboden.









## COLOFON

December 2021, 56<sup>ste</sup> 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)  
**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

Shutterstock

## 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](mailto:info@ggdhaaglanden.nl)

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

