

Epidemiologisch bulletin

TIJDSCHRIFT VOOR
VOLKSGEZONDHEID EN ONDERZOEK
IN REGIO HAAGLANDEN

JAARGANG 57

NR 3

2022

Aandacht op school voor een gezond slaappatroon



Grote zorgen over toename
online gokken

MDA++-aanpak bij langdurig
ernstig huiselijk geweld

Sociale uitsluiting en stapeling van
gezondheidsproblemen in de G4

Inzet op leefstijl en welbevinden
na corona

IN DIT NUMMER

Aandacht op school voor een gezond slaappatroon	4
<i>Irene den Heijer en Muriel Weltens</i>	
Grote zorgen over toename online gokken	8
<i>Petra van der Meij en Ester Teunen</i>	
Wanneer het geweld maar niet stopt...	13
<i>Niels Gerrits, Ria Andrews en Paul Uitewaal</i>	
Sociale uitsluiting en de stapeling van gezondheidsproblemen in de G4	19
<i>Addi van Bergen en Liesbeth van Dalen</i>	
Hoe zet je in op leefstijl en welbevinden na corona?	23
<i>Hélène Steenhoff en Joanne Cnossen-Bruins</i>	
Gezondheid in cijfers: Impact corona op jongeren	28
Korte Berichten	29
Meldingen infectieziekten	35

Wilt u reageren op deze uitgave van het Epidemiologisch Bulletin?

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



Redactioneel



Veel mensen slapen minder dan de aanbevolen slaapduur. Vooral bij pubers en jongvolwassenen komen slaapklachten voor. Volgens mij is er in het Epidemiologisch Bulletin niet eerder een artikel over slaapproblemen verschenen. Aandacht voor een gezond slaappatroon is ook nog relatief nieuw voor scholen en gemeenten. Er is echter steeds meer duidelijk over de effecten van ongezond gedrag op onder andere leerprestaties en leefstijl. En daarmee op de gezondheid van de jongere nu én in de toekomst. Mooi daarom dat dit septembernummer kan starten met een artikel over slapen. U leest hierin over de fysiologie van slapen, over de gevolgen van slecht slapen, en welke interventies via de Gezonde School-aanpak op en rond school kunnen worden ingezet.

Een ander artikel dat ik graag onder uw aandacht breng is het artikel over MDA++. Dit is een multidisciplinaire aanpak voor de meest ernstige en structurele vormen van huiselijk geweld en kindermishandeling. Waar 'gewoon' huiselijk geweld al moeilijk te stoppen is, bestaan er ook gezinnen waarin de situatie heel complex is. Al jaren geleden kwamen voorbeelden van waar het mis gaat in het nieuws. En iedere hulpverlener die betrokken is bij complexe gezinsproblematiek, kent situaties die zijn of haar mogelijkheden te boven gaan. Sinds 2018 is er in de regio Haaglanden gestart met MDA++. Uit het artikel blijkt wel hoe gedegen de aanpak in onze regio wordt geïmplementeerd. Op basis van tussentijdse evaluaties wordt het proces aangepast om zo steeds

verder te verbeteren. In de afgelopen 3,5 jaar heeft MDA++ steeds meer de beoogde vorm gekregen. Nog steeds zal het veel tijd, creativiteit en geduld vragen om de complexe situaties waar MDA++ mee wordt geconfronteerd om te vormen tot duurzame, relatief veilige situaties. Dit is dan ook een aanpak van de lange adem. De MDA++-aanpak lijkt hierbij een belangrijke stap in de goede richting.

Wat de nieuwe wet Koa gaat brengen voor het percentage problematisch gokken en gokverslavingen is nog onbekend. Het artikel over gokken geeft een eerste inkijk in wat Brijder ziet gebeuren, naast informatie over de wet Koa en de bedoeling hierachter.

Tot slot. Leest u de papieren versie, dan adviseer ik u om de online versie te bekijken. Deze verschijnt niet meer als pdf van de drukwerkuitgave, maar als 'e-zine'. Persoonlijk vind ik het een prachtige, compacte en toegankelijke vernieuwing van een bulletin dat al 57 jaar bestaat. De redactie hoopt van harte dat u er met genoeg in leest en bladert. Aarzel niet ons het te laten weten als u de drukwerkversie wilt verruilen voor deze online uitgave. Ook uw reacties – positief, opbouwend of kritisch – zijn van harte welkom!

Irene van der Meer,
hoofdredacteur



Scan de QR-code en lees
de online versie van het
Epidemiologisch Bulletin.

Aandacht op school voor een gezond slaappatroon

Slaaptekort heeft invloed op school- en werkprestaties. Ook kan het leiden tot lichamelijke en psychische klachten, waaronder een verhoogde kans op obesitas, op hart- en vaatziekten en op gedragsmatige problemen op latere leeftijd.

Het is van belang dat zorgverleners, ouders en school hier aandacht voor hebben. Vooral de laatste categorie kan veel invloed uitoefenen op een gezond slaappatroon omdat kinderen een groot deel van hun dag op school doorbrengen. Via de Gezonde School-aanpak krijgen scholen handvatten om hiermee aan de slag te gaan. Ook in regio Haaglanden wordt het thema slaap onder de aandacht van scholen gebracht via de Gezonde School-adviseur. Dit artikel bevat cijfers over de slaapproblematiek, gaat in op de gevolgen van slecht slapen en geeft voorbeelden van mogelijke interventies op en rond school, volgens de pijlers van de Gezonde School-aanpak.

Irene den Heijer en Muriel Weltens

Inleiding

Iedereen ervaart wel eens een slechte nachtrust. Maar als dit vaak en langdurig gebeurt, kan het een probleem worden. Uit onderzoek van het Trimbos-instituut, de Hersenstichting en het RIVM blijkt dat in bijna alle leeftijdsgroepen 10% minder lang slaapt dan de aanbevolen slaapduur.^{1,2} Pubers en jongvolwassenen behoren tot de groep die het meest frequent last heeft van slaapklachten.^{1,2}

De huidige richtlijnen geven aan dat gezonde volwassenen tussen de 7 en 9 uur slaap per nacht nodig hebben. Baby's, jonge kinderen en tieners hebben zelfs nog meer slaap nodig om hun groei en ontwikkeling mogelijk te maken: 10 tot 11 uur. Mensen ouder dan 65 zouden ook 7 tot 8 uur per nacht moeten slapen. Uit landelijk onderzoek blijkt dat 42,7% van de Nederlandse jongeren van 12 tot 24 jaar te kort slaapt en dat 65,2% een slechte slaapkwaliteit heeft.^{1,2}

Een op de zeventien tieners gebruikt zelfs medicatie in de vorm van melatonine voor deze slaapproblemen.³

In Den Haag geeft ruim een kwart van de leerlingen van de derde klas VMBO en een derde van de leerlingen van de vierde klas HAVO/VWO aan niet uitgerust te zijn wanneer zij naar school moeten.⁴ Uit de Corona Gezondheidsmonitor Jeugd van de GGD Haaglanden van september 2021, blijkt dat 22,4% van de ondervraagde jongeren in Den Haag vaak tot zeer vaak slaapproblemen heeft ervaren.⁵

Fysiologie van het slapen

Er zijn verschillende theorieën over de functie van slaap. Waarschijnlijk betreft het een combinatie van neurale reorganisatie - waardoor leren wordt bevorderd - en het afvoeren van afvalstoffen in de hersenen.⁶ Bij slaaptekort raakt de activiteit van en communicatie tussen hersenneuronen verstoord wat tot kortdurend mentaal bewustzijnsverlies kan leiden.⁷

Het slaapwaakritme wordt mede bepaald door het melatoninegehalte in het bloed. Melatonine is een





hormoon dat wordt aangemaakt in de pijnappelklier in de hersenen volgens een 24-uurs ritme.⁸ Wanneer het melatoninegehalte in de loop van de avond/nacht stijgt wordt men slaperig. Licht dat op het netvlies van het oog valt zorgt voor een verminderde afgifte van melatonine waardoor slaperigheid juist wordt geremd. In de puberteit treedt er een verschuiving op in het slaap-waakritme onder invloed van hormonale veranderingen.⁹ Tieners ervaren hierdoor vaker slaapproblemen. Ze vallen 's avonds later in slaap en slapen 's ochtends langer uit. Wanneer hierbij een sterke verschuiving is in de melatoninepiek, spreekt men van het vertraagd slaapfase syndroom.⁹

Gevolgen van slecht slapen

Het belang van goede nachtrust is terug te zien in de gevolgen van slecht slapen.

Slaaptekort en slechte slaapkwaliteit lijken samen te hangen met een verhoogde kans op obesitas bij kinderen en adolescenten. Dit is te wijten aan hormoonveranderingen.¹ Een kortere slaapduur is daarnaast gerelateerd aan een verstoorde glucosetolerantie bij adolescenten (de mate waarin het lichaam glucose (suiker) uit het bloed kan verwerken). Ook hangt slaaptekort samen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en bestaat de kans dat gedrag er door wordt beïnvloed.¹⁰ Slaaptekort versterkt risicogedrag van jongeren en bij baby's met slaapproblemen wordt op latere leeftijd een hoger

Slaaptekort en slechte slaapkwaliteit lijken samen te hangen met een verhoogde kans op obesitas bij kinderen en adolescenten.

risico gezien op het ontwikkelen van gedragsmatige problemen.¹ Slaaptekort is tevens gerelateerd aan cognitieve en psychische klachten zoals depressie.¹ Kinderen die gepest worden kunnen psychosomatische klachten zoals slecht slapen ervaren. Echter ook pesters blijken vaker last te hebben van slaapklachten.¹⁰

Slaapduur heeft een significant positieve relatie met cognitieve prestaties.¹⁰ Een slechte slaapkwaliteit hangt samen met slechtere schoolprestaties bij basisschoolleerlingen en adolescenten.¹ Dit geldt ook voor studenten van hogescholen en universiteiten met een chronisch slaaptekort.¹¹

Aanpak Gezonde School

Kinderen brengen een groot deel van hun dag op school door. Scholen kunnen daardoor veel invloed uitoefenen op een gezonde leefstijl. Aandacht voor een gezond slaappatroon past daarbij; zeker omdat kinderen en jongeren die niet goed slapen, uit kunnen

vallen in de lessen. Via de Gezonde School-aanpak¹² krijgen scholen handvatten om hiermee aan de slag te gaan. Ook in regio Haaglanden wordt het thema slaap onder de aandacht van scholen gebracht via de Gezonde School-adviseur. Hieronder volgen voorbeelden van mogelijke interventies op en rond school, volgens de pijlers van de Gezonde School-aanpak.

De Gezonde School-aanpak

Gezonde School is een programma dat onderwijsprofessionals ondersteunt om gezonde leefstijl onderdeel te maken van het school-systeem. Via een stappenplan wordt gewerkt aan gezondheidsthema's die de school zelf kiest. Binnen elk thema wordt er gewerkt aan de pijlers: educatie, schoolomgeving, signaleren en beleid.¹²

Pijler 1. Gezondheidseducatie

Om een gezond slaappatroon te stimuleren is het belangrijk om kennis hierover bij zowel leerlingen als docenten te vergroten. Het onderwerp kan bijvoorbeeld worden besproken tijdens lessen biologie of verzorging. Voor scholen zijn er diverse lespakketten beschikbaar. Hierdoor kunnen symptomen en klachten van slaapttekort en -stoornissen tijdig worden herkend en kan er hulp worden ingezet. De Gezonde School-adviseur van de GGD heeft een overzicht van de mogelijkheden en kan ondersteunen bij de keuzes. Zo is er bijvoorbeeld een toolkit ontwikkeld voor scholen, met hierin een selectie uit het aanbod van programma's en achtergrondinformatie over dit onderwerp voor docenten.

Pijler 2. Fysieke en sociale omgeving

De omgeving waar kinderen overdag aan worden blootgesteld is van belang voor de slaapkwaliteit. De luchtkwaliteit, temperatuur en geluid- en lichtblootstelling in een klaslokaal kunnen van invloed zijn op vermoeidheid overdag en leerprestaties van leerlingen.¹³ Voldoende blootstelling aan (dag)licht overdag is belangrijk voor de slaapkwaliteit 's nachts vanwege de invloed op de melatonineproductie. Wanneer leerlingen (met name in de wintermaanden) weinig daglicht zien, kan dit zorgen voor slaperigheid overdag en een verstoring van het dag-nachtritme.¹⁴ Blootstelling aan voldoende daglicht draagt juist bij aan de leerprestaties van leerlingen.¹⁵ Inspanning en regelmatig bewegen overdag onder-

steunen een goed slaap-waakritme.¹⁰ Door het schoolgebouw zo in te richten dat beweging wordt gestimuleerd en door het creëren van beweegmomenten tijdens een lesdag, draagt de school bij aan het gezonde slaappatroon van de leerlingen. Dit geldt voor zowel basisscholen als scholen voor het voortgezet onderwijs.

Pijler 3. Signaleren: psychische factoren

Een belangrijke risicofactor voor verminderde slaapkwantiteit van jongeren zijn de gedachten en emoties die ervaren worden voor het slapen gaan.² Piekeren is hiermee de sterkste voorspeller van ervaren slaapkwaliteit.² Jongeren blijken veel prestatiedruk te ervaren. School en zorgen over toetsen of huiswerk, worden hierbij vaak genoemd als bron van stress.¹⁶

Pijler 4. Beleid: School- (en werk)tijden en huiswerk

Vanwege het slaappatroon van tieners kan het verlaten van starttijden op school van grote invloed zijn op de slaapkwantiteit. Onderzoekers toonden aan dat het verlaten van de starttijden van een schooldag met 40-70 minuten zorgt voor meer uren slaap onder scholieren en minder slaperigheid overdag.^{10,17} Er wordt minder verzuim gezien bij jongeren die later starten met een schooldag, er is meer tevredenheid over slaap en een afname in zelf gerapporteerde somberheid en vermoeidheid gerelateerde klachten.¹⁰

Ook het verschuiven van toetstijden naar de vroege middag in plaats van in de ochtend of aan het eind van de dag, draagt bij aan de prestaties van leerlingen.¹⁸

Uit onderzoek van Stichting Team Alert blijkt dat een derde van de jongeren later gaat slapen dan gepland omdat zij nog huiswerk moesten maken.² Het verspreiden van deadlines voor opdrachten over een langere periode kan dus bijdragen aan de slaapduur van de leerlingen.

Pijler 5. Beleid: middelengebruik

Cafeïne-inname leidt tot een kortere totale slaapduur.² Omdat cafeïne niet alleen aanwezig is in koffie maar ook in energiedranken, thee en chocolade(melk) moeten deze producten laat op de dag vermeden worden. Daarnaast is het gebruik van middelen zoals alcohol, soft- en harddrugs geassocieerd met slaapproblemen¹⁰, wat ook geldt voor zelf roken en passief meeroken.¹⁰ Schoolreglementen met betrekking tot deze middelen en vooral de handhaving hiervan zijn van belang.



Aandacht voor een gezond slaappatroon is nog relatief nieuw voor scholen en gemeenten. Er is echter steeds meer duidelijk over de effecten van ongezond gedrag op onder andere leerprestaties en leefstijl. Door als school samen met de GGD bovenstaande determinanten te bekijken en interventies in te zetten waar nodig, kan worden bijgedragen aan het verbeteren van de slaapkwaliteit (en daarmee de gezondheid en uiteindelijk leerprestaties) van de leerlingen.

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

OVER DE AUTEURS

Mw. Drs. I.L. den Heijer-Leferink, is jeugdarts i.o.
Mw. M. Weltens, is functionaris Gezondheidsbevordering / Gezonde School-adviseur GGD Haaglanden,
E-mail: muriel.weltens@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

1. Leone S, et al. Trimbos Instituut. **Slechte slaap: een probleem voor de volksgezondheid?** 2018.
2. Timmermans E. STA jongeren met impact. **Onderzoek jongeren en slapen.** 2019.
3. Erasmus Medisch Centrum. **Gebruik melatonine alleen op doktersadvies.** <https://www.erasmusmc.nl/nl-nl/sophia/patientenzorg/artikelen/gebruik-melatonine-alleen-op-doktersadvies>. 2019.
4. GGD Haaglanden. **JongerenConsult Den Haag.** 2018.
5. GGD Haaglanden. **Corona Gezondheidsmonitor Jeugd.** <https://gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl/news/Gezondheid-en-welzijn-van-jeugd-tijdens-de-coronacrisis-bekijk-de-cGMJ-2021-resultaten/41>. 2022.
6. Maasen MC. **Primaire functie slaap verandert op leeftijd van 2,5 jaar.** <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/nieuwsartikel/primaire-functie-slaap-verandert-op-leeftijd-van-25-jaar.htm>. 2020.
7. Maassen H. **Neuronen vertraagd na weinig slaap.** <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/neuronen-vertraagd-na-weinig-slaap.htm>. 2017.
8. Kinderneurologie.eu. **Melatonine.** <https://www.kinderneurologie.eu/ziektebeelden/slaap/melatonine.php>.
9. Hersenstichting. **Puberhersen.** <https://www.hersenstichting.nl/dit-doen-wij/voorlichting/werking-van-de-hersenen/puberhersen/>
10. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Startpagina richtlijn: **Gezonde slaap en slaapproblemen bij kinderen.** <https://www.ncj.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn/gezonde-slaap-en-slaapproblemen-bij-kinderen>. 2017.
11. Universiteit Leiden. **Nederlandse studenten halen lagere cijfers door slaapttekort.** <https://www.universiteitleiden.nl/nieuws/2016/03/nederlandse-studenten-halen-lagere-cijfers-door-slaapttekort>. 2016.
12. Gezonde school.nl. **Wat is gezonde school.** <https://www.gezondeschool.nl/aanpak/wat-is-gezonde-school>.
13. Meijer A, et al. Onderzoeksinstituut OTB, Technische Universiteit Delft. **Literatuurstudie scholen en centra. Binnenmilieu, gezondheid en leerprestaties.** 2007.
14. Ruysdael slaapkliniek. **Waarom daglicht zoveel invloed heeft op uw nachtrust.** <https://ruysdaelslaapkliniek.nl/nieuws/daglicht-slaap-invloed/>. 2021.
15. Baloch RM., et al. **Daylight and School Performance in European Schoolchildren.** Int J Environ Res Public Health. 2020 Dec 31;18(1):258.
16. Kleinjan M., et al. **Geluk onder druk?** Onderzoek naar het mentaal welbevinden van jongeren in Nederland. 2020.
17. Meltzer LJ, et al. **Changing school start times: impact on sleep in primary and secondary school students.** Sleep. 2021 Jul 9;44(7).
18. Vinne, V. van der, et al. **Timing of examinations affects school performance differently in early and late chronotypes.** J Biol Rhythms. 2015 Feb;30(1):53–60.



Grote zorgen over toename online gokken

Door de komst van de Wet Kansspelen op afstand (Koa) kunnen kansspelorganisaties sinds 1 oktober 2021 de consument voorzien van een online aanbod. Dat betekent dat er op verschillende sites en via verschillende apps gegokt kan worden. Het is een grote verandering die verslavingszorginstellingen zoals Brijder op de voet volgen.

De Wet Koa heeft als doel kansspelverslaving te voorkomen, kansspel gerelateerde fraude en criminaliteit tegen te gaan en spelers te beschermen.¹ De wetswijziging heeft voordelen, maar zorgt ook voor vragen en onzekerheden. Het resultaat van deze wetswijziging is moeilijk te voorspellen. Brijder vreest voor een toename van het aantal hulpvragen omtrent gokken. Er is dan ook behoefte naar meer onderzoek op het gebied van (online) gokken in Nederland.

Petra van der Meij en Ester Teunen

Redenen voor wetswijziging

Een belangrijke beweegreden van de wetswijziging is de bescherming van de spelers. Daarnaast zijn de regels omtrent reclame aangescherpt.

Alle aanbieders van risicovolle kansspelen mogen spelers tijdens hun deelname aan een spel geen bonussen aanbieden. Ook moet iedere aanbieder een preventiebeleid hebben waarin zij, met advies van ervarings- en verslavingsdeskundigen, aangeven wanneer zij ingrijpen bij spelers die verslaafd dreigen te raken.² Zo worden spelers behoed voor een oneerlijk spelverloop en wordt de kans op risicovol en problematisch speelgedrag verkleind. Naar aanleiding van de verscherpte regels omtrent het beleid, klopten veel kansspelaanbieders aan bij Brijder, Jellinek, Iriszorg en andere verslavingszorginstellingen die aangesloten zijn bij Verslavingskunde Nederland (VKN) om hun preventiebeleid te toetsen. Als reactie hierop gaf het bestuur van VKN aan dat zij als collectief netwerk niet ingaan op verzoeken tot advisering in het kader van de Wet KOA. VKN wil meewerken aan

preventiebeleid bij de gokaanbieders als de financiering vanuit een centraal en dus neutraal fonds plaatsvindt.

Kansspelautoriteit en bescherming spelers

De kansspelautoriteit geeft aan dat er een veilige omgeving wordt gecreëerd die wordt gekenmerkt door een eerlijk spelverloop en een waarschuwing wanneer de speler over zijn eigen grenzen gaat. Om te kunnen spelen moet de speler een account aanmaken en de aanbieder is verplicht de identiteit van de speler vast te stellen op grond van de wet ter voorkoming van witwassen en financiering van terrorisme.³ De speler moet op dat account aangeven hoeveel geld hij wil uitgeven aan de spellen, hoeveel tijd hij wil besteden aan de spellen en hoe vaak hij kan spelen. Houdt de speler zich niet aan deze voornemens, dan moet de aanbieder een pop-up sturen of een waarschuwingstekst op het scherm laten verschijnen. Daarbij is er controle op het (preventie)





beleid van de aanbieder en op de eerlijkheid van het spelverloop. Illegale goksites worden hier niet op gecontroleerd.²

Een andere vorm van bescherming van de speler is de mogelijkheid tot inschrijving bij het Centraal Register Uitsluiting Kansspelen (Cruks). Dit is een Nederlands registratiesysteem dat moet voorkomen dat spelers met een gokverslaving toch kunnen gokken.

Wanneer een speler zich inschrijft, is gokken op legale online goksites, in casino's en amusements-hallen voor een bepaalde tijd geen optie meer. De speler kan vanaf het moment dat hij zichzelf inschrijft minimaal zes maanden niet meer gokken.⁴ Wanneer de online aanbieder de speler toelaat, moet de aanbieder controleren of de speler geregistreerd staat in het Cruks. Is dit het geval, dan mag de (online) aanbieder de speler niet toelaten.³ De speler kan zichzelf inschrijven in het Cruks, maar partners en verwanten kunnen dit ook voor hem of haar doen. Wanneer iemand door een ander wordt ingeschreven in het Cruks bepaalt de Kansspelautoriteit of de speler inderdaad in het register opgenomen wordt.² Daarbij heeft de overheid de regels omtrent reclames aangescherpt. Reclames en bonussen mogen niet gericht zijn op jongeren tot 24 jaar. Bekende personen en beroepssporters zoals profvoetballers mogen vanaf 30 juni 2022 geen reclame maken voor risicovolle kansspelen.²

Vraagstukken

Ondanks de aangescherpte regels met betrekking tot de bescherming van de speler en de intenties van de Kansspelautoriteit, leidt de wetswijziging bij preventiedeskundigen van Brijder tot vragen en discussie. De mogelijkheid van online gokken op legale sites heeft voordelen, maar lijkt ook risico's met zich mee te brengen.

Allereerst is het moeilijk om te definiëren wat een veilige gokomgeving of bescherming van de speler concreet inhoudt. Kijkend naar het speltype dat online aangeboden wordt, blijkt dat veruit de meeste online gokspellen short-odd-spellen zijn, spellen die een hoog verslavingsrisico met zich mee kunnen brengen.⁵ Er zijn veel elementen die het gokgedrag kunnen beïnvloeden, denk aan de vormgeving, de geluiden en de snelheid van het spel. Welke productkenmerken en in welke mate deze productkenmerken het gokgedrag en het verslavingsrisico beïnvloeden, is nog niet duidelijk.⁶

De aanbieder is verplicht de speler te waarschuwen door pop-ups en waarschuwingsteksten. Op korte termijn zouden deze waarschuwingen of pop-ups wellicht een moment van bewustwording kunnen creëren. Tegelijkertijd zijn dergelijke waarschuwingen gemakkelijk weg te klikken door de speler, waarna hij weer verder kan spelen. Daarbij is de vraag of de speler in de 'heat of the moment' gevoelig is voor

een dergelijke pop-up of waarschuwing. Eén van de DSM-criteria van een gokstoornis is 'Gokken om het verloren geld terug te winnen'. Het is dus maar de vraag of de pop-ups en waarschuwingen effect zullen hebben en hoe groot dit effect is.

Ook de (beperkte) mate van zichtbaarheid levert vragen op. De speler moet een persoonlijk account aanmaken. Hierdoor is te volgen welke gokspellen de speler speelt, hoe hoog zijn/haar inzet is en hoeveel geld er van en op zijn/haar rekening is gestort. Ondanks dat de speler een account aanmaakt en dus niet anoniem is, is de sociale controle op het gokgedrag door het online gokken kleiner geworden. Waar de barman of barvrouw een gokker aan kan spreken wanneer hij opnieuw geld komt pinnen voor de fruitautomaat, is dit in een app, afgezien van een pop-up of waarschuwingstekst, niet aan de orde. Daarbij kan de informatie die een persoonlijk account met zich meebrengt worden gebruikt om gepersonaliseerde aanbiedingen te doen die de verleiding om door te gaan met gokken of vaker op de site of in de app terug te komen om opnieuw te gokken wellicht groter maken.

Iedereen kan zien dat er de afgelopen tijd ontzettend veel reclame wordt gemaakt voor de online kansspelen. Ondanks dat deze reclames zich niet op jongeren richten, worden zowel jongeren als ouderen

Waar we voorheen naar een casino moesten om gegarandeerd te zijn van een betrouwbaar spel hebben we het casino nu in onze broekzak.

heel regelmatig aan deze reclame blootgesteld. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat deze blootstelling, vooral bij reeds bestaande gokkers, invloed kan hebben op het gokgedrag en dat kansspelmarketing de beeldvorming omtrent gokken kan beïnvloeden.⁷ Daarnaast wordt er een beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van de spelers. Veel spelers kunnen deze verantwoordelijkheid dragen, maar net als bij middelengebruik trekt gokken een doelgroep voor wie het risico op problematiek en afhankelijkheid groter is. Het is de vraag wat het effect van het online aanbod is op het gokgedrag van deze kwetsbare doelgroep en hoe de eigen verantwoordelijkheid in verhouding staat tot het creëren van een gezonde leefomgeving.

Zorgen en veel vragen omtrent gokken

De grootste vraag is wat het vergroten van de beschikbaarheid van gokspelen en goksites zal doen met de mate van problematiek omtrent gokken. Er zijn redenen om aan te nemen dat dit zal zorgen voor een toename van gokverslavingen. Tegelijkertijd zijn er ook onderzoeken die dit ontkrachten. Feit is dat de moeite die gedaan moet worden om te kunnen gokken is verkleind. Waar we voorheen naar een casino moesten om gegarandeerd te zijn van een betrouwbaar spel hebben we het casino nu in onze broekzak. Dit staat in contrast met een vorm van verslavingspreventie die veel gebruikt wordt, namelijk het beperken van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van kansspelen.

Brijder Preventie merkt dat de vragen aangaande gokken toenemen. Geregeld trekken partners of verwanten van gokkers aan de bel, omdat ze zich zorgen maken of vragen hebben. Daarnaast nemen ook jongeren contact op omdat zij in de problemen zijn gekomen door het online gokken. Terwijl er voor de wetswijziging zelden vragen kwamen over online gokken, heeft iedere preventiedeskundige het afgelopen jaar een vraag gehad over gokken. Zo kwam er in maart een telefoontje van een vader die zich zorgen maakt om het gokgedrag van zijn zoon (23 jaar) die, sinds online gokken legaal is, veel meer gokte

Risico's van online gokken

- De meeste online gokspellen zijn short-odd-spellen, spellen die een hoog verslavingsrisico met zich mee kunnen brengen.
- Vormgeving, de geluiden en de snelheid van het spel kunnen gokgedrag beïnvloeden.
- De speler kan waarschuwingen door pop-ups en waarschuwingsteksten gemakkelijk wegglikken.
- De sociale controle is kleiner. Een barman of barvrouw kan een gokker aanspreken wanneer hij opnieuw geld komt pinnen voor de fruitautomaat. Dit is in een app, afgezien van een pop-up of waarschuwingstekst, niet aan de orde.
- De verplichte aangemaakte persoonlijk account kan worden gebruikt om gepersonaliseerde aanbiedingen te doen en de speler te verleiden om langer of vaker te gokken.
- De enorme hoeveelheid reclame kan invloed hebben op het gokgedrag en kan de beeldvorming omtrent gokken beïnvloeden.



dan hij daarvoor deed. Deze zoon had zich uit zelfbescherming bij verschillende casino's en amusementshallen uitgeschreven, maar het online gokken lonkte. In gesprek gaf hij aan dat hij sinds een aantal maanden op ieder vrij moment aan het gokken was. Opvallend was dat hij benoemde te worden getriggerd door reclames. De reclames, zo zei hij, herinnerde hem aan de mogelijkheid om in een korte tijd veel geld te verdienen en het gevoel dat het winnen van geld bij hem opriep. Hij benoemde hier expliciet de slogan "Kenniss is koning" van Betcity. In deze reclame zegt Andy van der Meijden: "Betcity gaat tot het gaatje om bij te houden wat er speelt, zodat jij kunt inzetten op inzicht in plaats van op onderbuikgevoel", wat bij gokkers kan zorgen voor het idee dat de kans op winst goed te voorspellen is. Tegelijkertijd kon deze jongen precies benoemen waarom hij wilde stoppen met gokken: hij verloor veel meer geld dan hij won en wilde geld sparen voor zichzelf en voor zijn pasgeboren zoon. Preventie is de afdeling binnen de verslavingszorg waar de eerste signalen van een toename in gebruik te zien zijn. Mensen kunnen anoniem met een medewerker in gesprek gaan.

Nog geen exacte cijfers over toename

Bij Brijder komen regelmatig vragen binnen over in hoeverre de organisatie sinds 1 oktober 2021 een toename van hulpvragen omtrent gokken ziet en welke lokale verschillen opvallen als het om gokproblematiek gaat. Over de landelijke en lokale verschillen kan Brijder (nog) weinig zeggen. Dit komt allereerst doordat er, net als bij andere afhankelijkheden, altijd sprake is van een behandelkloof. Lang niet iedereen die problematisch gokt, heeft zich bij een verslavingszorginstelling aangemeld. Brijder weet niet hoe het gokgedrag van de cliënten die bij hen in behandeling zijn (geweest) er op dit moment uitziet. Daarnaast is online gokken nog maar net legaal, waardoor er nog weinig cijfers en onderzoeksresultaten beschikbaar zijn. Vooralsnog put men uit eerdere, deels buitenlandse onderzoeken en artikelen. In de kerncijfers van Brijder wordt primaire problematiek op het gebied van gokken en gamen (nog) niet van elkaar onderscheiden. Van alle cliënten die minstens één dag bij Brijder in behandeling zijn geweest, kwamen 3600 cliënten uit Den Haag, Delft,

Kennisagenda (online) gokken

Waar moet toekomstig onderzoek naar (online) gokken zich op richten? Waar zitten de grootste uitdagingen? De Kennisagenda (Online) Gokken van het Trimbos-instituut geeft dit overzichtelijk weer. De aandachtspunten zijn vanuit het Trimbos-instituut geschreven. Maar de signalen rondom kansspelen komen ook vanuit zorgprofessionals, kansspelaanbieders, onderzoekers en beleidsmakers.

Via onderstaande link is de kennisagenda te bekijken: <https://www.trimbos.nl/kennis/gamen-gokken/online-gokken-verslaving/kennisagenda-online-gokken/>

Midden Delfland, Westland, Pijnacker-Nootdorp en Lansingerland. Van deze 3600 was bij 143 cliënten sprake van gamen/gokken als primaire problematiek. Er zijn gedurende de laatste jaren, dus in de jaren voor de wetswijziging, geen opvallende stijgingen of dalingen waargenomen met betrekking tot de bovenstaande cijfers. Op dit moment zijn er nog geen kerncijfers over het aantal cliënten in behandeling na de wetswijziging.

Grote behoefte aan onderzoek

Er bestaan nog veel onduidelijkheden op het gebied van (online) gokken, zoals de invloed van reclame op gokproblematiek, het effect van waarschuwingsteksten en pop-ups, het effect van de mate van zichtbaarheid in online gokspelen en het effect van het vergroten van het aanbod. De behoefte aan (onafhankelijk) onderzoek en het nauwlettend in de gaten houden van de nieuwe ontwikkelingen in de wereld van kansspelen is groot en sinds de wetswijziging extra urgent. Op de site van het Trimbos-instituut staat 'de Kennisagenda (online) Gokken' (www.trimbos.nl).

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

OVER DE AUTEURS

Mw. E. Teunen is Coördinerend Preventiedeskundige Brijder Jeugd, **Mw. P. van der Meij** was voormalig Coördinerend Preventiedeskundige Brijder Jeugd.
E-mail: Ester.Teunen@brijder.nl

REFERENTIES

1. Rijksoverheid. [www.rijksoverheid.nl](https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2021/01/19/beoogde-datum-inwerkingtreding-wet-kansspelen-op-afstand-1-april-2021). **Beoogde datum inwerkingtreding Wet kansspelen op afstand:** 1 april 2021. [Online] [Citaat van: 25 mei 2022.] <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2021/01/19/beoogde-datum-inwerkingtreding-wet-kansspelen-op-afstand-1-april-2021>.
2. [www.rijksoverheid.nl](https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kansspelen/betere-bescherming-online-gokkers). **Betere bescherming online gokker.** [Online] <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kansspelen/betere-bescherming-online-gokkers>.
3. Kansspelautoriteit. [www.kansspelautoriteit.nl](https://kansspelautoriteit.nl/nieuws/2021/september/wet-koa-veranderingen-per-1-oktober-2021/). **Wet Koa: veranderingen per 1 oktober 2021.** [Online] 28 september 2021. [Citaat van: 16 mei 2022.] <https://kansspelautoriteit.nl/nieuws/2021/september/wet-koa-veranderingen-per-1-oktober-2021/>.
4. Cruksregister. **Neem een speelpauze met Cruks.** [Online] [Citaat van: 17 mei 2022.] <https://cruksregister.nl/>.
5. Bruin, D.E. de, Labree M.J. **Prevalentie van problematisch speelgedrag onder deelnemers aan online.** Utrecht : CVO – Research & Consultancy, 2015.
6. Rooij J. van, Tuijnman A., Kleinjan M. **Kennissynthese en Onderzoeksagenda Kansspelverslaving, gokgerelateerde schade & gokproblematiek.** Utrecht : Trimbos-instituut i/o ZonMw, 2021.
7. Meerkerk G.J., Hammink A, Mheen D. v.d.. **De relatie tussen kansspelmarketing en gokken, een literatuuronderzoek.** Rotterdam : Kansspelautoriteit (KSA), 2015.
8. Rigter R., Blanken P. **Kerncijfers Brijder 2020.** Den Haag : Parnassia Addiction Research Centre, 2021.
9. Kerncijfers Brijder Jeugd 2020. Den Haag : Parnassia Addiction Research Centre, 2021.



Wanneer het geweld maar niet stopt...

Langdurig ernstig huiselijk geweld heeft enorme impact op betrokkenen en maatschappij. Levenslang getraumatiseerde kinderen, slachtoffers met ernstige psychische en vaak lichamelijke problemen en plegers die herhaaldelijk met justitie in aanraking komen: naast persoonlijk leed brengt het hoge maatschappelijke kosten met zich mee. Het stoppen van dit geweld vereist een langdurige, stevige en goed gecoördineerde aanpak. Daarin voorziet MDA++, een aanpak die staat voor lange termijn, systeemgericht, multidisciplinair, specialistisch en intersectoraal. Sinds 2018 wordt de aanpak ook in regio Haaglanden toegepast. GGD Haaglanden ondersteunt de ontwikkeling ervan door tussentijdse evaluaties. Dit artikel beschrijft de start en voortgang van MDA++ met onder andere als resultaat sterk verbeterde coördinatie en sturing en intensieve aandacht voor de relatie met het gezin via de casusregisseur.

Niels Gerrits, Ria Andrews, Paul Uitewaal

Ernstig en structureel huiselijk geweld vereist adequaat ingrijpen

Huiselijk geweld kan samenhangen met een aanwijsbare oorzaak als armoede, alcoholmisbruik of werkloosheid. De combinatie van plotselinge, diep ingrijpend gebeurtenissen en onmacht kan leiden tot huiselijk geweld. De hulpverlening kan zo'n gezin helpen door de belangrijkste problemen aan te pakken, waarmee de stress en daarmee ook de kans op huiselijk geweld zal verminderen. Bij dit type van (situationeel) huiselijk geweld volstaat meestal de reguliere hulpverlening.

Er zijn echter ook gezinnen waarbij het huiselijk geweld ernstig en structureel is, en zich afspeelt tegen een achtergrond van multiproblematiek. Er is dan bijvoorbeeld sprake van zowel schuldenproblematiek, verslaving, licht verstandelijke beperking (LVB) en/of persoonlijkheidsproblematiek. Deze gezinnen hebben nogal eens een klein sociaal netwerk waardoor steun van buitenaf ontbreekt en er weinig zicht is op wat er achter de voordeur speelt. Vaak zijn er bij deze gezinnen meerdere hulpverleners betrokken.

Soms escaleert zo'n situatie met in het uiterste geval een dodelijke afloop, zoals het drama rond het vermoorde kind Savanna (Alphen a/d Rijn 2004) of het gezinsdrama in Den Haag (2005). Naar aanleiding van deze laatste tragische gebeurtenis verschijnt het rapport van de commissie Diekstra in 2006. De belangrijkste aanbevelingen uit dit rapport zijn: waarborg de noodzakelijke informatie-uitwisseling tussen partners betrokken bij een gezin, zorg voor een adequate risicotaxatie van de situatie, en zorg voor de vereiste afstemming en samenwerking tussen hulpverlening en beschermingsmaatregelen.¹

Deze maatregelen blijken echter in de praktijk niet eenvoudig te realiseren. Discontinuïteit en onvoldoende langdurige hulp door wisselende hulpverleners of regels van de hulpverlenende instanties en het niet mogen delen van relevante gegevens door de privacywet (AVG), staan adequate hulp in de weg. Dit alles komt de hulpverlening en het vertrouwen van het gezin in de hulpverlening niet ten goede.



De aanloop naar de ontwikkeling van MDA++

In 2014 blijkt uit onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut dat de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling nog lang niet afdoende is. In gezinnen die in de periode 2009-2012 zijn gevolgd waarbij sprake was van ernstig fysiek geweld, is het geweld na 1,5 jaar – ondanks hulpverlening – niet significant verminderd.² Er zouden twee belangrijke elementen in de aanpak ontbreken: 1) onvoldoende vertaling van de complexiteit van de situatie in een goed op elkaar afgestemde multidisciplinaire aanpak; 2) onvoldoende kennis bij de hulpverleners over hoe het geweldspatroon succesvol kan worden doorbroken.³

Naar aanleiding van de bevindingen van dit en andere onderzoeken hebben de ministeries van Justitie en Veiligheid, Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) een landelijk programma opgesteld: Geweld Hoort Nergens Thuis (GHNT).⁴

Doel van dit programma is huiselijk geweld en kindermishandeling eerder in beeld te krijgen, het zo snel mogelijk te stoppen en de achterliggende problematiek duurzaam op te lossen.

Vervolgens wordt in 2017 op basis van het VNG-programma “*Doorontwikkeling Veilig Thuis*”⁵ het kwaliteitskader voor een Multidisciplinaire Aanpak of MDA++ ontwikkeld. Daarbij stelt men dat ‘op basis

van beschikbare kennis de verwachting is gerechtvaardigd dat deze aanpak leidt tot stoppen van het geweld, realiseren van duurzame veiligheid, herstel van ontwikkelkansen en kwaliteit van leven’. In de loop van 2018 moest in heel Nederland MDA++ actief zijn, waarbij vooral sturing op samenwerking, in de uitvoering en op randvoorwaarden noodzakelijk zou zijn.⁶

MDA++ in Haaglanden

In april 2018 gaat in regio Haaglanden MDA++ van start. GGD Haaglanden is vanaf de start bij MDA++ betrokken en ondersteunt door tussentijdse evaluaties de verdere ontwikkeling ervan.

MDA++ staat voor: lange termijn, systeemgericht, multidisciplinair, specialistisch (eerste +), intersectoraal (tweede +).⁷ Gezinnen die in aanmerking komen voor MDA++ kennen meestal een lange geschiedenis van huiselijk geweld. Er zijn problemen op meerdere leefgebieden, er is een hoog risico op escalatie en het is de reguliere hulpverlening niet gelukt het geweld te laten stoppen. MDA++ is een intensieve aanpak van psychosociale, medische, forensische en justitiële specialisten, meestal in nauwe samenwerking met andere betrokken partijen zoals school, familie, lokaal veld en uiteraard het gezin zelf.⁸



De kern van MDA++ is de verbeterde samenwerking tussen de verschillende organisaties en sectoren. Door regelmatig overleg tussen alle benodigde partijen wordt de kracht van de verschillende sectoren (welzijn, zorg en justitie) gebundeld. MDA++ faciliteert de uitwisseling van informatie tussen de bij het gezin betrokken hulpverleners. Hierdoor is iedereen op de hoogte van de gebeurtenissen uit het verleden en van de meest recente ontwikkelingen binnen een gezin.

Door deze opzet kunnen organisaties elkaar waar nodig versterken of ondersteunen, en zodoende de aanpak effectiever maken. Onder leiding van een voorzitter (later procesregisseur genoemd) bespreekt de expertpool (een team van deskundigen) van MDA++ de casus. Deze expertpool kent vaste vertegenwoordigers van organisaties die vaak betrokken zijn bij huiselijk geweld of kindermishandeling, zoals Perspektief, YOUZ, MEE of Brijder. Daarnaast sluiten ook vertegenwoordigers van andere bij het gezin betrokken partijen aan. De expertpool van MDA++ volgt het proces en bepaalt en adviseert wat er zou moeten gebeuren. De leden van de expertpool stellen (veiligheids)afspraken op voor het gezin, maar zijn zelf geen uitvoerende instantie. De contacten tussen de expertpool en het gezin verlopen via de casusregisseur. De casusregisseur heeft een uitgebreid pakket van aandachtspunten (zie box) en is het aanspreekpunt voor het gezin volgens het principe één gezin, één plan, één regisseur. Dit voorkomt tegenstrijdige adviezen, garandeert continuïteit en er wordt een behandelrelatie met de betrokkenen opgebouwd. Mogelijk is het winnen van vertrouwen wel de belangrijkste taak van de regisseur.

Analyse van de eerste 35 casussen

Alle meldingen van huiselijk geweld en/of kindermishandeling komen samen bij Veilig Thuis (VT). In Haaglanden (2021) waren dit 9320 meldingen.⁹ Op basis van de informatie en al aanwezige oude informatie bepaalt VT of een casus in aanmerking komt voor MDA++. Dit is uiteindelijk maar een heel klein deel van alle door VT behandelde casussen (in Haaglanden rond de 1%).

In januari 2020 zijn sinds de start van MDA++ in Haaglanden 35 casussen in behandeling genomen. Uit een eerste procesevaluatie blijkt dat de opzet van MDA++ overeenkomt met de theoretisch beschreven visie. Een analyse toont dat al deze casussen in ruime mate voldoen aan de gestelde criteria voor MDA++. De belangrijkste zijn: middelengebruik, psychische problematiek, licht verstandelijke beperking (LVB) en

een lange voorgeschiedenis van huiselijk geweld. Veel van de problemen waarmee de leden van het gezin mee kampen komen in een onderzoek van het Trimbos-instituut naar voren als voorspellende factoren voor een 'hermelding' huiselijk geweld.¹⁰ Veelal spelen ook financiële problemen en sociale isolatie (gezinnen zonder of met een zeer klein sociaal netwerk) een rol. Bij tweederde van de gezinnen gaat het om een gebroken gezinsverband. In alle gevallen gaat het om een moeder met een of meerdere kinderen, waarvan 68% van de kinderen minderjarig is. In eenderde van de gezinnen is er een partner aanwezig.

Alle gezinnen hebben te maken gehad met bemoeienis van politie en hulpverlening. De casusbeschrijvingen vermelden herhaaldelijk: 'negatief staan van het slachtoffer tegenover hulpverlening, wantrouwen en het niet willen doen van aangifte'. Zo weigert een moeder met een LVB alle hulpverlening en is een andere moeder bang dat de kinderen uit huis worden geplaatst. De bij de MDA++-aanpak betrokken partijen staan dus voor de moeilijke taak vertrouwen te winnen en een passend antwoord te zoeken op de langer bestaande geweldspatronen met soms niet of moeilijk te veranderen achterliggende oorzakelijke factoren.

Casus A

Een licht verstandelijk beperkte, in het verleden emotioneel beschadigde en alcoholverslaafde vrouw wordt ernstig mishandeld door haar partner. Haar minderjarige zoontje is hiervan herhaaldelijk getuige. De vrouw is gemotiveerd om haar situatie te veranderen, maar heeft ook behoefte aan gezelschap en alcohol waardoor ze steeds weer contact zoekt met haar inmiddels ex-partner. Dit ondanks de (veiligheids-) afspraak geen contact meer met hem te hebben.

Veiligheid voorop

De aanpak van MDA++ werkt volgens de principes van gefaseerde ketenzorg. Essentieel daarin is dat als eerste het geweld stopt, zodat er directe veiligheid ontstaat. Voldoende directe veiligheid geeft rust en ruimte voor de betrokkenen om aandacht te besteden aan de problemen die een duurzame veiligheid in de weg staan. Om directe veiligheid te waarborgen wordt met het gezin een veiligheidsplan opgesteld, waaraan ieder gezinslid zich dient te houden. Dit

gebeurt veelal op vrijwillige basis. Dit veiligheidsplan bevat een aantal bodemeisen die volgens het team nodig zijn om de directe veiligheid te garanderen. Het overtreden van deze bodemeisen betekent dat de directe veiligheid in gevaar komt. Knelpunt hierbij is dat het niet altijd lukt om met alle betrokken gezinsleden afspraken te maken. Zo is de geweldspleger soms niet betrokken doordat deze gedetineerd of onvindbaar is, of weigert mee te werken. Ook het streven om het netwerk te betrekken bij het toezien op of helpen bij het zich houden aan de veiligheidsafspraken, lukt niet altijd doordat er onvoldoende netwerk bij het gezin is betrokken.

Casus A (vervolg)

Ondanks het contactverbod, gaat de vrouw steeds openlijker met haar (ex)partner om. Uiteindelijk herhalen de gewelddadigheden zich. Haar kind is aantoonbaar bang voor de partner en school ziet gedragsproblemen bij het kind. Uithuisplaatsing van het kind wordt overwogen: ter bescherming van het kind maar ook als dwangmiddel naar de vrouw om zich toch te houden aan de veiligheidsafspraken. Zij lijkt nu toch te willen meewerken en van een uithuisplaatsing wordt afgezien.

Wanneer cliënten niet willen of kunnen meewerken moet de directe veiligheid worden gerealiseerd via een dwang- of drangkader. In de beginperiode van MDA++ bleek dit moeizaam te realiseren, maar gaandeweg zijn hierin belangrijke stappen gezet. Veel vaker dan voorheen zitten tijdens het MDA++ overleggen de drie reclasseringsorganisaties (3RO), Jeugdbescherming en de Raad voor de Kinderbescherming (RvdK) aan tafel die vanuit een dwang- en drangkader kunnen werken. Een stevige band tussen MDA++ en het Openbaar Ministerie is hierbij van groot belang. Echter, hiermee wordt niet het hele probleem van het zich niet houden aan de veiligheidsafspraken opgelost. Niet elke overtreding is zichtbaar of ernstig genoeg voor een justitieel traject. Daarbij moeten maatregelen als een gedwongen uithuisplaatsing van een minderjarig kind goed worden gewogen en alleen met de grootste terughoudendheid worden ingezet.

Risico-gestuurde zorg

Het rapport Diekstra benadrukt het belang om een goede risicotaxatie van iedere situatie te maken.¹ Dit gebeurt tijdens de MDA++-overleggen met een veiligheidsschaal van 0 tot 10, waarbij 0 staat voor 'totaal onveilig' en 10 voor 'geen onveiligheid'. Hulpverlening en maatregelen worden hierop aangepast. De mate van veiligheid fluctueert en moet gedurende het hele MDA++-traject worden gemonitord. Wanneer er een score op de veiligheidsschaal van 6 of hoger is bereikt (voldoende veilig), richt de hulpverlening zich op de belangrijkste risicofactoren die in relatie staan tot de onveiligheid met als doel stabiele veiligheid te creëren. Aanbevolen wordt risicofactoren met het grootste effect op veiligheid te prioriteren.⁵ Dit blijkt echter niet eenvoudig. Het is lastig het grote aantal problemen te prioriteren, waarbij de verschillende betrokken professionals verschillende problemen belangrijk vinden. Ontbrekende informatie kan de probleemanalyse vertragen, waardoor belangrijke maar minder urgente problemen voorrang kunnen krijgen. Soms volgt een nieuw MDA++-overleg pas na een nieuwe escalatie, of bij nieuwe problematiek. Er bestaat dan het risico dat er (te)veel wordt ingezoomd op deze nieuwe feiten en de aanpak een ad hoc of reactief karakter krijgt. Dit vraagt om een goede regie. De aanvankelijke opzet met een wisselend voorzitterschap voldeed hier onvoldoende aan. Daarom zijn er in de huidige invulling van MDA++ twee vaste procesregisseurs (voorheen voorzitters), met elk hun eigen team (expertpool) en caseload.

Aandachtspunten Casusregisseur (uit Kwaliteitskader MDA++)⁶

- Zorgt dat er een goede samenwerkingsrelatie ontstaat met het gezin.
- Zorgt dat de ingezette zorg vervolgens risicogestuurd en maximaal afgestemd is op het cliëntsysteem.
- Is het herkenbare en vertrouwde gezicht voor het gezin.
- Voert ook de regie op het gefaseerde zorgproces. Het gezamenlijke plan is het belangrijkste middel in de regie.

De casusregie op het geheel wordt belegd bij de al bestaande functionarissen met regie in hun pakket van het gebiedsteam (één gezin, één plan, één regisseur), Veilig Thuis, de gecertificeerde instelling of de Reclassering.





Sleutelrol voor de casusregisseur

Ieder gezin krijgt een eigen casusregisseur. Na de start van MDA++ bleek dat er niet altijd een geschikte persoon beschikbaar was. De casusregisseurs waren afkomstig uit verschillende organisaties en hadden door hun verschillende achtergrond ook wisselende taakopvattingen. De rol van casusregisseur is nu verstevigd en daardoor komt deze belangrijke functie beter tot zijn recht. Doordat het MDA++ traject vaak langdurig is (langer dan een jaar), komen wisselingen van casusregisseur gedurende dit traject helaas voor. Dit schaadt de band die moet ontstaan tussen regisseur en gezin. Daarbij heeft de casusregisseur de taak relevante veranderingen of escalaties binnen het gezin te rapporteren aan de procesregisseur van het MDA++ -team, zodat de casus opnieuw kan worden besproken met de MDA++ -expertpool. Hierdoor kan er geen sprake zijn van geheimhouding, wat het vertrouwen verder kan schaden.

Bij het gezin betrokken organisaties hebben hun eigen werkwijze en streven hierbij hun eigen (hulp) doelen na, die mogelijk niet stroken met het veiligheidsplan. Hoewel MDA++ uitwisseling van gegevens moet faciliteren, zijn de organisaties toch niet altijd op de hoogte van elkaars plannen. De verschillende hulpverleningstrajecten kunnen daardoor nog steeds door elkaar lopen, waarbij er onduidelijkheid is over welke problemen in welke volgorde worden aangepakt. Wanneer het dan niet duidelijk is wie het centrale aanspreekpunt is, geeft dit onrust bij het gezin. Het is de niet eenvoudige taak van MDA++ en

de casusregisseur de hulpverlening tot één plan te stroomlijnen. Dit vraagt om een goed getrainde, gespecialiseerde casusregisseur die vanuit MDA++ contact onderhoudt met alle gezinsleden, de casus monitort, toeziet op de uitvoering van het veiligheidsplan en de mogelijkheid heeft dit bij te sturen.

Bespreking

De enorme impact van langdurig ernstig huiselijk geweld op betrokkenen en maatschappij kan niet worden overschat. De gevolgen van dergelijk geweld, zoals levenslang getraumatiseerde kinderen, slachtoffers met ernstige psychische en vaak lichamelijke problemen en plegers die herhaaldelijk met justitie in aanraking komen, brengen, naast het enorme persoonlijke leed, ook hoge maatschappelijke kosten met zich mee. Bovendien is er een vergrote kans dat dit patroon van gewelddadigheid zich in volgende generaties herhaalt (intergenerationele overdracht).¹¹ Het stoppen van dit geweld vraagt om een langdurige stevige en goed gecoördineerde aanpak die tot voor kort niet voorhanden was.

De bij MDA++ Haaglanden betrokken partijen hebben sinds de start in augustus 2018 noemenswaardige vooruitgang geboekt. Voor het opstellen en succesvol uitvoeren van een plan-van-aanpak op basis van alle beschikbare kennis om langdurig ernstig huiselijk geweld te laten stoppen, dienen de randvoorwaarden op orde te zijn, en moet actief worden gestuurd op samenwerking en uitvoering. Zo ontbrak het aanvankelijk aan een geschikte, veilige

locatie en in de praktijk bleek een krachtiger sturing van het proces en de vergaderingen nodig. De samenwerking tussen de justitiële, medische en zorgketen was niet optimaal en het was zoeken hoe om te gaan met hulpverlening, drang en dwang. Ook de afstemming met het gezin zelf en anderen betrokkenen (school, familie, lokaal veld, etc.) leverde problemen op. Niet alle gezinsleden kunnen of willen aan dit proces meewerken en niet altijd bestaat er een sociaal netwerk.

Inmiddels is MDA++ ondergebracht bij het Zorg- en Veiligheidshuis Haaglanden, de coördinatie en sturing zijn verbeterd en de relatie met het gezin heeft in de persoon van de casusregisseur serieuze aandacht gekregen.

Goed nieuws is het besluit begin 2022 om de MDA++-aanpak in regio Haaglanden structureel te financieren. Hierdoor ligt de weg open voor een verdere ontwikkeling en uitrol van de aanpak.

Het zal altijd veel tijd, creativiteit en geduld vragen om de complexe situaties waar MDA++ mee wordt geconfronteerd om te vormen tot duurzame, relatief veilige situaties. Dit is en blijft een zaak van lange adem. Met de MDA++-aanpak is een belangrijke stap in de goede richting gezet.

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

OVER DE AUTEURS

Dhr. N.J.H.M. Gerrits, MSc, PhD is epidemiologisch onderzoeker, GGD Haaglanden, **Mw. R. Andrews** is programmamanager huiselijk en seksueel geweld, GGD Haaglanden, **Dhr. P.J.M. Uitewaai**, MD, PhD is senior epidemiologisch onderzoeker, GGD Haaglanden. Email: niels.gerrits@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

1. Diekstra R.F.W, Korthuis S.E., Oskam E.H. **Voldoende schakels maar geen keten**. Advies van de commissie Diekstra inzake Haags gezinsdrama. 4 mei 2006.
2. Tierolf B, Lünemann K, Steketee M. **Doorbreken geweldspatroon vraagt gespecialiseerde hulp. Onderzoek naar effectiviteit van de aanpak huiselijk geweld in de G4**. Verwey-Jonker instituut, Utrecht, Mei 2014.
3. Pattje W. **De uitwerkingsnotitie voor de MDA++ voorziening in de regio Haaglanden**, definitieve versie 3.1, maart 2018 Conjunct.
4. Ministeries van VWS en JenV en de VNG. **Geweld hoort nergens thuis**. Eindrapportage over het programma Geweld hoort nergens thuis. Een nationaal meerjarenprogramma in opdracht van de ministeries van VWS en JenV en de VNG. 2021.
5. Movisie. **Wethouders besluiten: MDA++ dé aanpak van geweld achter de voordeur**. [online] 2015 (bezoekt op 30 juni 2022); Beschikbaar op URL: <https://www.movisie.nl/artikel/wethouders-besluiten-mdaanpak-geweld-achter-voordeur>.
6. Movisie **Kwaliteitskader MDA++. Multidisciplinaire Aanpak**. 2017 (bezoekt op 30 juni 2022); Beschikbaar op URL: <https://www.movisie.nl/publicatie/kwaliteitskader-mdaa>.
7. Ministeries van VWS en JenV en de VNG. **Bouwstenen MDA++ Nationaal programma 'geweld hoort nergens thuis'**. [Online] 2020 (bezoekt 30 juni 2022); Beschikbaar op URL: [Programma Geweld hoort nergens thuis. Bouwstenen MDA++ Februari 2020.](https://www.vng.nl/sites/default/files/publicaties/2017/20170215_factsheet_wat_is_mda.pdf) - Google Zoeken.
8. Movisie, **NJI. Wat is MDA++ en wat heb je er als gemeente aan?** Factsheet. [Online] 2017 (bezoekt op 14 juli 2022); Beschikbaar op URL: https://vng.nl/sites/default/files/publicaties/2017/20170215_factsheet_wat_is_mda.pdf.
9. CBS. **Huiselijk geweld; kerncijfers Veilig Thuis, regio**. [Online] 2022 (bezoekt op 30 juni 2022); Beschikbaar op URL: <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/84847NED>
10. Polak G, Romijn G, Snoeren F, Speetjens P, Hoefnagels C. **Onderzoek naar voorspellers van herhaalde meldingen van huiselijk geweld**. Trimbo-instituut. Utrecht, 2013.
11. Steketee M. **De olifant in de (kinder)kamer. Intergenerationele overdracht van geweld in gezinnen: hoe doorbreken we de cirkel?** Rede uitgesproken ter gelegenheid van het ambt van bijzonder hoogleraar Intergenerationele overdracht van geweld in gezinnen. Rotterdam 13 oktober 2017.



Sociale uitsluiting en de stapeling van gezondheidsproblemen in de G4

Begin 2022 promoveerde Mw. A.P.L. (Addi) van Bergen bij het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) op haar onderzoek naar sociale uitsluiting: 'Measuring social exclusion in routine public health surveys'. Doel van het promotieonderzoek was sociale uitsluiting te kunnen meten in de vierjaarlijkse GGD gezondheidsmonitor, en daarmee de groepen in beeld te krijgen die gezondheidsrisico's lopen en het risico lopen om maatschappelijk uit te vallen. Daartoe ontwikkelde ze een sociale uitsluitingsvragenlijst.

Addi van Bergen en Liesbeth van Dalen

Altijd al boeide het Van Bergen waarom mensen in onze maatschappij op een zijspoor terecht komen, dakloos worden bijvoorbeeld, of in de maatschappelijke opvang terecht komen of in detentie. "We hebben de neiging om hen als aparte groepen te zien, buiten of aan de rand van de maatschappij. Maar dat statische beeld klopt niet. Eens maakten zij ook deel uit van de mainstream. Sociale uitsluiting speelt hierin een belangrijke rol. Daarom mijn wens om sociale uitsluiting te meten in de vierjaarlijkse GGD gezondheidsmonitors Volwassenen en Ouderen en de groepen in beeld te krijgen. Sociale uitsluiting is daarnaast een belangrijk concept omdat het een verbinding legt tussen het sociale en het medische domein en heel relevant is voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden in met name de grote steden. Ik focus in mijn proefschrift met name op dit laatste aspect."

Van Bergen is dan ook blij dat het is gelukt om sociale uitsluiting te meten door een index te ontwikkelen, namelijk de Social Exclusion Index for Health Surveys (SEI-HS). "In de GGD gezondheidsmonitor werden al veel aspecten van sociale uitsluiting gemeten, zoals eenzaamheid en schulden. Door gebruik te maken van deze items kan met een relatief klein aantal extra vragen het hele concept gemeten worden*. GGD Haaglanden heeft de SEI-HS in de Gezondheidsmonitors van 2012, 2016 en 2020 opgenomen en ook andere GGD'en hebben de vraagstelling gebruikt. Wat nog minder gelukt is, is de vervolgstap van monitoring naar beleid."

* Recent is een verkorte versie ontwikkeld van de SEI-HS waarmee in de GGD Gezondheidsmonitor sociale uitsluiting gemeten kan worden met slechts 4 – 7 extra items.

Wat is sociale uitsluiting?

Sociale uitsluiting verwijst naar het onvermogen van mensen om volledig deel te nemen aan de maatschappij en om de kansen en mogelijkheden die de maatschappij te bieden heeft te benutten. Daarbij worden in navolging van het Sociaal Cultureel Planbureau vier dimensies van sociale uitsluiting onderscheiden: onvoldoende sociale participatie, materiële deprivatie, onvoldoende toegang tot sociale grondrechten en onvoldoende normatieve integratie.



In een portiekwoning in Den Haag woont de Nederlands-Surinaamse Roy (43). Roy woont hier nu tweeënhal jaar, maar zijn woning is nog niet echt ingericht (en schoon). De muren zijn niet geverfd of behangen en meubels staan her en der verspreid. Roy heeft een aantal ongelukken gehad en is voor 50% afgekeurd. Hij werkt vijf dagen in de week. Als hij thuiskomt, is hij moe. Hij zou graag overwerken of zwaarder werk doen, om meer te verdienen, maar dat lukt niet door pijn en stress. Roy voetbalt graag. Ook dat lukt niet meer, door de pijn, maar ook vanwege de kosten. *‘Kijk ze zeggen je hebt geld, maar het gaat allemaal weg aan vaste lasten. Wat heb je over? Daarom kan ik niet sporten. Ik kan ook niets geven als ik naar een verjaardag ga. Medicijnen betaalt mijn dochter.’* Roy is bezig een ander huis te zoeken. Hij heeft het niet naar de zin in de buurt. *‘Ik heb met bijna niemand contact, ik praat ook met niemand.’* Bij de burens komt geregeld politie aan de deur, in verband met overlast en vandalisme. Onlangs heeft nog iemand zijn auto bekrast. Onderzoeker: *‘Wat zou er nodig zijn voor u om uw leven te veranderen?’* Roy: *‘Kijk, als je een beetje geld hebt, ga je uit, sporten, ga je voetbal kijken, op vakantie, noem maar op. Dat moet allemaal met geld.’*

Gebaseerd op interviews voor Sociaal Uitgesloten in de grote stad, van Bergen et al. 2014.

Meer sociale uitsluiting in stedelijke gebieden en onder niet-westers migranten

De resultaten van de gezondheidsmonitor laten zien dat sociale uitsluiting toeneemt met de stedelijkheidsgraad. In de grote stad komt sociale uitsluiting twee keer meer voor dan landelijk het geval is. Binnen de G4 komt sociale uitsluiting vooral voor bij inwoners met een niet-westerse migratieachtergrond. Het percentage sociale uitsluiting onder inwoners met een Surinaamse, Marokkaanse of Turkse migratieachtergrond was respectievelijk 20%, 21% en 29%, terwijl dit aandeel onder volwassenen met een Nederlandse achtergrond slechts 4% was. Van Bergen: “Dit verschil vonden we dusdanig hoog dat we extra analyses hebben uitgevoerd om de culturele validiteit van de SEI-HS te checken. Ook hebben we sociaal uitgesloten respondenten met verschillende migratieachtergronden in Den Haag, Utrecht en Amsterdam geïnterviewd. Met de validiteit van de SEI-HS bleek overigens niets mis te zijn. De grote verschillen zijn een realiteit en geen methodologisch artefact. Dat is best een zorgelijke conclusie.”

Sociale uitsluiting als ‘social stratifier’

Volgens Van Bergen is één van de grote uitdagingen voor de gezondheidszorg in Nederland om de beschikbare capaciteit en middelen efficiënter in te zetten, daar waar de behoefte en impact het grootst zijn. Ze heeft in haar onderzoek daarom gekeken naar sociale uitsluiting als ‘social stratifier’. “We onderzochten of sociale uitsluiting in de G4 beter stratificeert naar gezondheidsverschillen dan de gangbare stratifiers opleidingsniveau, inkomen, arbeidsmarktpositie en migratieachtergrond. We namen daarbij ook ‘regie over het eigen leven’ mee, omdat de literatuur laat zien dat sociale uitsluiting gepaard gaat met een verminderd vermogen het eigen functioneren en de loop van gebeurtenissen te beïnvloeden (agency). Dit is essentieel voor het kunnen oplossen van de eigen problemen en effectief gebruik van zorg- en ondersteuningsaanbod.”

Hypotheses bevestigd

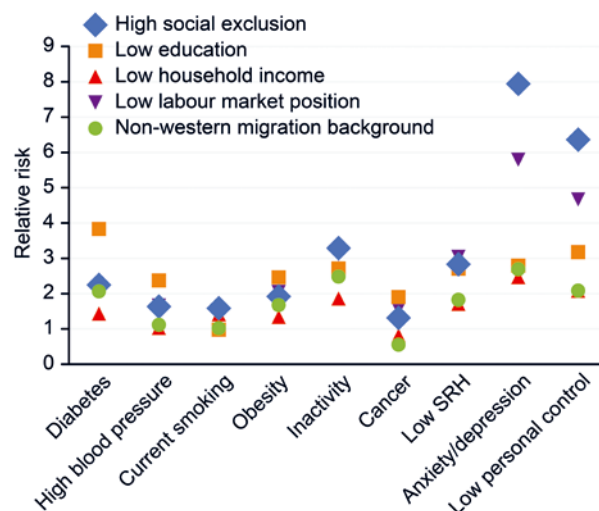
Sociale uitsluiting bleek significant beter in het identificeren van een bevolkingssegment met hoge angst- en depressieklachten en lage regie over het eigen leven dan de vier hierboven genoemde traditionele stratifiers en vergelijkbaar in het identificeren van andere gezondheidsproblemen. De blauwe ruitjes in figuur 1 zijn de relatieve risico’s voor bepaalde gezondheidsproblemen bij volwassenen die wél



versus niet sociaal uitgesloten zijn. De figuur laat zien dat sociaal uitgesloten volwassenen bijna 8 keer meer kans hebben om angst- en depressieklachten te ervaren en 6.4 keer meer kans op een lage regie over het eigen leven.

In de G4 concentreert bijna de helft van de prevalentie van angst- en depressieklachten en 42% van lage regie over eigen leven zich in de 10% van de bevolking die sociaal uitgesloten is.

Ook mensen met een lage arbeidsmarktpositie (uitkeringsgerechtigd en/of werkloos) hebben een sterk verhoogd risico op angst- en depressieklachten en lage regie over het eigen leven. De combinatie van sociale uitsluiting en lage arbeidsmarktpositie is volgens Van Bergen de meest veelbelovende combinatie voor bevolkingssegmentatie. Samen identificeerden deze twee stratifiers 67,2% van de prevalentie van angst- en depressieklachten en 60,4% van de prevalentie van lage regie over het eigen leven in de volwassen populatie van de vier grote steden, terwijl deze groep maar 19.5% uitmaakt van de bevolking.



Figuur 1.

Emine is 46 jaar en woont in Den Haag. Zij heeft drie kinderen, twee zoons en een dochter. Haar dochter is helaas 1,5 jaar geleden verongelukt. Dit is voor Emine een groot verlies, waar zij zeer emotioneel over vertelt: *‘Ik heb haar het graf in moeten dragen. Ze was mijn alles, mijn mama, mijn anne (Turks voor moeder), mijn zielsverwant, mijn leven, mijn vriendin, mijn man.’*

Emine is iemand die graag voor anderen klaar staat, zij omschrijft zichzelf als: *‘Ik ben iemand die houdt van mensen, die weet hoe een goede buur te zijn, die geeft om haar omgeving en de mensen om haar heen, iemand die helemaal niet van zichzelf houdt. Iemand die heel erg op zijn familie en kinderen is gericht.’*

In het gezin zijn er veel financiële problemen, die tot kopzorgen leiden. Ook al werkt haar man hard, ze hebben niet genoeg geld om alle rekeningen te betalen. Emine heeft ook het gevoel dat dit komt doordat zij als Turken een achterstand hebben in de maatschappij.

Onderzoeker: *‘Je hoort tegenwoordig vaak dat iedereen moet meedoen en moet participeren in de maatschappij (...) Wat vindt u daarvan?’*

Mevrouw: *‘Ik ben het ermee eens, maar was het maar toegankelijk voor iedereen. Werd iedereen maar toegelaten. Ik word eruit gehaald, ik word buitengesloten, mijn kinderen worden buitengesloten. Wij worden er als buitenlanders steeds uitgepakt en ten onrechte wordt ons van alles verweten.’*

Uit Sociaal Uitgesloten in de grote stad, van Bergen et al. 2014.



Meer verhalen en tijd nemen voor verdieping en begrip

Zoals eerder aangegeven is de vervolgstap van monitoring naar beleid minder goed gelukt. In haar proefschrift geeft Van Bergen daarvoor een aantal redenen. Zo vinden beleidsmedewerkers het concept sociale uitsluiting vaak abstract, breed en moeilijk te vertalen naar beleidsmaatregelen. “Van één kant klopt dat, maar van de andere kant gaat het om een harde realiteit, om hele concrete situaties van mensen die dagelijks de gevolgen van sociale uitsluiting in hun leven ervaren. Ik denk dat we als GGD onderzoekers minder op de definitie moeten focussen en meer op de betekenis en ervaringen van de mensen zelf. Door regelmatig kwalitatief onderzoek te doen, door de cijfers te verbinden met de verhalen en ervaringen van mensen zelf, kunnen we een brug slaan van onderzoek naar beleid en uitvoering.”

Het gebruik van monitorresultaten in beleid betreft aldus Van Bergen overigens niet alleen de vertaling naar concrete beleidsmaatregelen (instrumenteel gebruik). Ook het creëren van meer bewustzijn en een beter begrip van de resultaten (conceptueel gebruik) is belangrijk. “We zagen in een onderzoek onder GGD epidemiologen dat de presentatie van gezondheidsmonitorresultaten bij beleidsmakers tot een beter begrip leidde van de gezondheidsproblemen en oorzaken in hun regio/ gemeente en leidde tot nieuwe ideeën voor de langere termijn. Met een combinatie van verhalen, cijfers en verdiepende analyses verwacht ik dat we eenzelfde effect kunnen bereiken met sociale uitsluiting en het fenomeen van stapeling en vervlechting van sociale problemen en ongezondheid.”

Oproep om schat aan data te gebruiken

Van Bergen stelt vast dat GGD'en enorme hoeveelheden data verzamelen, maar vaak niet toekomen aan verdiepende analyses. “Dit geldt ook voor de sociale uitsluitingsdata. Er liggen nu data van GM2012, GM2016 en GM2020 waarmee de omvang en kenmerken van risicogroepen in kaart gebracht,



relaties met gezondheidsindicatoren onderzocht, (syndemische) clusters geïdentificeerd en ontwikkelingen in de tijd gevolgd kunnen worden. Voor Den Haag zou het heel interessant kunnen zijn om te onderzoeken wáár en bij wie de clustering van sociale uitsluiting, lage regie eigen leven, hoog risico op angst- en depressie en andere gezondheidsproblemen voorkomt. Zijn dat de inwoners van wijken waar nu extra interventies plaatsvinden zoals door Wijzer in de Wijk en Gezond en Gelukkig Den Haag? Of zien we groepen over het hoofd? Ook het combineren van sociale uitsluitingsdata met andere databronnen in de CBS micro-omgeving, vind ik het overwegen waard. Dit biedt bijvoorbeeld kansen om de ‘downward spiral’ te onderzoeken, de theorie waarmee ik dit promotietraject ooit startte.”

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

OVER DE AUTEURS

Mw. A.P.L. (Addi) van Bergen is onderzoeker publieke gezondheid bij GGD Hollands Midden en coördinator van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland.

E-mail: AvanBergen@ggdhm.nl

Mw. E.M. van Dalen is eindredacteur van het Epidemiologisch Bulletin



Hoe zet je in op leefstijl en welbevinden na corona

Een gezonde leefstijl is van groot belang voor een goede gezondheid. Maar het hanteren van een gezonde leefstijl is niet vanzelfsprekend. Tijdens de coronacrisis werd een gezonde leefstijl voor veel mensen nog uitdagender. De crisis had invloed op de leefstijl en daaraan gerelateerd het welbevinden* van veel mensen.

De gemeenten in Haaglanden besloten daarom extra in te zetten op het stimuleren van een gezonde leefstijl bij doelgroepen die door de crisis het hardste geraakt zijn. Daartoe vroegen de gemeenten de GGD om samen met hen een positieve prikkel te geven aan de gezondheid van de groepen waar het het hardste nodig is. Géén tijdelijke projecten opstarten. Wél aansluiten bij en intensiveren van bestaande initiatieven en maatwerk leveren in de gemeenten. Dat is daarbij de uitdaging. Dit artikel geeft een inkijkje in de aanpak. Want waar begin je en hoe krijg je voor elkaar dat juist wordt opgepakt waar echt behoefte aan is?

Hélène Steenhoff en Joanne Cnossen-Bruins

Kernboodschappen corona als startpunt

Onder een gezonde leefstijl wordt verstaan een levensstijl die de gezondheid positief beïnvloedt. Het gaat daarbij om gezond eten en drinken, voldoende beweging, voldoende ontspanning en niet roken. Tijdens de coronapandemie wordt duidelijk dat de maatregelen om het virus tegen te gaan grote impact hebben op de leefstijl en het welbevinden van veel mensen. Deze impact lijkt het grootst bij de groepen die voor de crisis al gezondheidsrisico's hadden. GGD Haaglanden heeft de gevolgen hiervan (voor zover die toen bekend waren) in kaart gebracht en de gemeenten geadviseerd om met urgentie in te zetten op de leefstijl en het welbevinden van een aantal specifieke doelgroepen.

Dat deed GGD Haaglanden in 2021 met de regionale kernboodschappen 'Voor iedereen een gezond leven in en na coronatijd'.¹ Het inzetten op groepen waar de grootste gezondheidsrisico's zijn, hetzij door hun gezondheid, hetzij door een al aanwezige achterstandspositie, sluit aan bij de visie van de GGD. GGD Haaglanden stelt in de visie 2030 als ambitie voorvechter te zijn van gelijke kansen op een goede gezondheid.

* Het Trimbos instituut omschrijft welbevinden als: 'Welbevinden betekent onder andere zelfvertrouwen en geluk ervaren, doorzettingsvermogen en energie hebben, het gevoel hebben dat je ertoe doet, het ervaren van steun uit de omgeving en goed weten om te gaan met je eigen emoties.'



Kwetsbare doelgroepen in kernboodschappen corona

Elke corona-kernboodschap benoemt specifieke kwetsbare doelgroepen.

- **Een eerlijke kans voor iedereen:** Mensen met een lage sociaaleconomische status, met specifiek arbeidsmigranten en ongedocumenteerden, statushouders, daklozen en sekswerkers.
- **Een positief gemoed voor iedereen:** Jongeren, ouderen, mensen die voor de coronacrisis al te maken hadden met psychische en mentale problemen.
- **Een goede gezondheid voor iedereen:** Jeugd die voor de coronacrisis al een ongezonde leefstijl had, kinderen en jongeren met overgewicht, gezinnen met een lage sociaaleconomische status.
- **Een veilig thuis voor iedereen:** Gezinnen waar voor de coronacrisis al spanningen waren.

Bij de vraag aan de GGD om met de ketenpartners een impuls te geven aan gezonde leefstijl voor de groepen die door de coronacrisis hard geraakt zijn, stellen de gemeenten extra middelen beschikbaar. De uitdaging daarbij is om de impuls aan te laten sluiten bij onderwerpen die in de betreffende gemeente spelen en vooral géén nieuwe structuren op te tuigen. Deze impuls moet lopende initiatieven versterken om met inwoners, gemeente en partners aan een gezonde leefstijl te werken. Per gemeente wordt geïnventariseerd waar wensen en behoeften liggen; deze blijken divers.

In een aantal gemeenten gaat het om het versterken van de lopende aanpak van overgewicht bij de jeugd. Zoals in het programma 'Kind naar gezonder gewicht in Leidschendam-Noord'

■ Voorbeeld: 'Kind naar gezonder gewicht in Leidschendam-Noord'

Leidschendam-Voorburg zet al een aantal jaren met Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG) in op het tegen gaan van overgewicht bij de jeugd. Binnen de gemeente werken professionals uit de zorg en het sociaal domein nauw samen aan een integrale methodiek voor de aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen. Een centrale zorgverlener (CZV) coördineert het begeleidingstraject, zorgt voor goede afstemming tussen de verschillende partijen en instanties en bouwt een vertrouwensband op met het kind en het gezin. Samen met andere professio-

nals zetten de CZV en het gezin zich in om de gezondheid van het kind te verbeteren. Positieve gezondheid is daarbij het uitgangspunt. Binnen de gemeente werken verschillende domeinen en partijen samen, zoals het programma Sterk voor Noord*, basisscholen, JOGG en het sociaal servicepunt. De intensieve samenwerking met de JGZ is cruciaal. Vanuit de extra middelen vervult GGD Haaglanden de rol van projectleider 'Kind naar gezonder gewicht'.

Het voorbeeld in Leidschendam-Voorburg sluit goed aan op de kernboodschap corona 'Een goede gezondheid voor iedereen'. Citaten uit de kernboodschap zijn:

- *'Een groot deel van de jeugd (4-18 jaar) is minder gaan bewegen, ongezonder gaan eten en zwaarder geworden.^{2,3} Zorgwekkend zijn vooral de kinderen die al een ongezonde leefstijl hadden, specifiek kinderen met overgewicht en gezinnen met een lage sociaal-economische positie'. En*
- *'In veel gemeenten wordt al gewerkt aan het tegen gaan van overgewicht bij de jeugd. De GGD adviseert snelle intensivering van deze inzet, met specifieke aandacht voor de jeugd waarover voor de coronacrisis al zorgen waren. Gemeenten kunnen door middel van een lokaal preventieakkoord gemeentebreed met publieke en private partijen samenwerken om overgewicht tegen te gaan'.*

Een aantal gemeenten zet in op bewegen door volwassenen. Voldoende beweging verlaagt risico's op bijvoorbeeld hart- en vaatziekten, maar is ook een krachtig middel om eenzaamheid tegen te gaan en mentaal welbevinden te bevorderen.

Dit sluit aan op de kernboodschap 'Een positief gemoed voor iedereen'. Citaten hieruit zijn:

- *'Eind 2020 hadden meer mensen last van eenzaamheidsgevoelens ten opzichte van april van dat jaar (37% ten opzichte van 24%). En*
- *'Het is aan te bevelen om samen te werken met het lokale veld, zoals welzijnsorganisaties en de eerste lijnszorg, zowel in signalering als ten aanzien van preventieactiviteiten. Het stimuleren van gezond gedrag, met name gezonde voeding en bewegen, kan bijvoorbeeld worden ingezet als middel om meer sociale contacten op te doen'.*

* Een integraal programma, dat door de gemeente in 2021 is ingezet om de sociaaleconomische positie van de inwoners in Leidschendam-Noord te verbeteren.





Citaat uit de corona-kernboodschap 'Een goede gezondheid voor iedereen'. 'Een groot deel van de jeugd (4-18 jaar) is minder gaan bewegen, ongezonder gaan eten en zwaarder geworden.^{2,3} Zorgwekkend zijn vooral de kinderen die al een ongezonde leefstijl hadden, specifiek kinderen met overgewicht en gezinnen met een lage sociaaleconomische positie'.

■ Voorbeeld: Ommetje app in Rijswijk

De gemeente Rijswijk wil in een aantal buurten waar het minst wordt bewogen het wandelen promoten via de Ommetje app, een toegankelijke interventie van de Hartstichting om wandelen te bevorderen. Er wordt gestart met een wijkchallenge in buurten waar minder dan 45% van de inwoners voldoet aan de beweegrichtlijn. De gemeente en de GGD hebben de challenge voorbereid. Deze ging in mei 2022 van start.

Het is de bedoeling om met deze positieve prikkel vooral aan te sluiten bij bestaande initiatieven, zoals bij co-creatie (ontwikkelen met de doelgroep) in Delft. Zie ook het artikel hierover in het juninummer van het Epidemiologisch Bulletin.⁴ De gemeente Delft past co-creatie toe door middel van bewonersparticipatie vanuit Positieve Gezondheid in de wijk. Verschillende interventies zijn op deze manier ingestoken. Positieve Gezondheid gaat uit van mensen in hun kracht zetten en eigen regie geven; wat is voor hen belangrijk? Zo zijn interventies ontstaan vanuit de behoefte van bewoners, waarbij zij worden ondersteund door verschillende maatschappelijke organisaties.

■ Voorbeeld: Train de Trainer in Delft

Rond het thema gezonde voeding is een Train de trainer-traject ontwikkeld in samenwerking met de GGD. Acht bewoners zijn getraind om aan andere bewoners een workshop gezonde voeding te geven. De activiteit is ook gericht op mensen met lage taalvaardigheden en diverse culturele achtergronden.

Deze inzet sluit aan op de kernboodschap 'Een eerlijke kans voor iedereen'. Citaten hieruit zijn:

- *'De GGD maakt zich zorgen over achterstanden die ontstaan of verergeren in ontwikkeling, in kansen op de arbeidsmarkt en in financiële mogelijkheden, met name bij (kwetsbare) groepen waar al achterstanden waren. Deze sociaaleconomische achterstanden zullen ook de gezondheidsachterstanden verder doen toenemen.'* En
- *'Samenwerking binnen het sociale domein en met een breed netwerk van ketenpartners is nodig om deze groepen goed te monitoren en vroegtijdig in te zetten om hun positie te verbeteren. Denk daarbij aan het verzorgen van belangrijke omstandigheden als woonruimte en inkomen. De GGD adviseert hierbij een benadering vanuit de positieve gezondheid, waarmee kan worden bijgedragen aan het vermogen van mensen om zich aan te kunnen passen aan fysieke, mentale en emotionele uitdagingen in het leven.'*

Succesfactoren

Invlechten 'nieuw in oud':

Aan de hand van de corona-kernboodschappen en de wensen van de gemeenten is geïnventariseerd hoe deze impuls het beste gegeven kon worden. Vragen daarbij zijn: Wat is er op basis van de cijfers nodig, welke onderwerpen wil de gemeente agenderen en intensiveren en op welke samenwerkingsverbanden kan de GGD aansluiten? Dit leverde per gemeente één of meerdere prioriteiten op, zoals positieve gezondheid (Delft), jongeren en genotmiddelen (Leidschendam-Voorburg en Wassenaar) en gezond gewicht jeugd (Zoetermeer, Leidschendam-Noord).

Co-creatie en partnerschappen:

Samenwerking met partners en voortbouwen op bestaande initiatieven is belangrijk voor het vinden van draagvlak en het bouwen aan een duurzame aanpak. Iedere keer iets nieuws opzetten, en opnieuw het wiel uitvinden is weinig effectief. Vanuit het concept Positieve Gezondheid is bekend dat het proces van co-creatie met inwoners essentieel is. Daarom werd aangesloten aan op bewonersinitiatieven en is met de doelgroep gesproken over wat nodig is, waar behoefte aan is en wat mogelijkheden zijn.

Juiste mix van nieuwe en ervaren professionals:

Voor deze impuls was uitbreiding van de capaciteit van de GGD nodig. Ervaren mensen met project-ervaring en kennis van bepaalde domeinen werden aangetrokken en gekoppeld aan de vaste medewerkers lokaal gezondheidsbeleid van de GGD. Zo werd de externe door de GGD aangetrokken projectleider van de Ommetjesapp en de Diabetes challenge, die ingezet werd in Rijswijk gekoppeld aan de 'vaste medewerker' van de GGD, die de gemeente Rijswijk adviseert in het kader van het lokaal gezondheidsbeleid. Deze vaste medewerkers adviseren en ondersteunen de gemeenten al vanuit hun reguliere werk bij de uitvoering van het gemeentelijk gezondheidsbeleid en hebben veel kennis van de gemeenten en het lokale netwerk. De samenwerking vergrootte de slagkracht en zorgde voor inbedding in reguliere activiteiten.

Intensieve afstemming met de gemeente en uitvoeringspartners:

In iedere gemeente werkt GGD Haaglanden nauw samen met de gemeente en de uitvoerende partijen en sluiten we zoveel mogelijk aan op bestaande netwerken. Zo is in Zoetermeer met de gemeente gesproken over wat er nodig is in de aanpak tegen overgewicht bij jongeren. Daarna is met veel verschillende stakeholders, zoals bijvoorbeeld de JGZ, de kinderdiëtist en de wijkregisseur,

gesproken over het vormgeven van de aanpak. Dit zorgde voor enthousiasme en betrokkenheid.

Hoe verder?

Geen tijdelijke projecten, wel een intensivering van bestaande trajecten met nieuwe, tijdelijke professionals. Dat is de kern van de aanpak. Preventie en behoud van een gezonde leefstijl blijft een zaak van een lange adem. Dankzij het landelijke steunpakket (rijksmiddelen) dat gemeenten voor dit doel beschikbaar stellen, lopen veel initiatieven door in 2022 en 2023.

Overzicht van alle initiatieven die met extra coronagelden zijn opgezet

1. Delft: extra inzet op rookvrije omgeving en positieve gezondheid in de wijk. Uitwerking:

- Méér plekken en voorzieningen in de gemeente Delft rookvrij gemaakt;
- Vanuit Positieve gezondheid in de Wijk bewonersgesprekken gevoerd en een Train the Trainer traject ontwikkeld en uitgevoerd (zie pagina 25).

2. Den Haag: extra inzet vanuit programma Haagse Aanpak Gezond Gewicht en pro-actieve benadering in het kader van Gezonde Scholen. Uitwerking:

- Wandelroutes in Moerwijk en Stationsbuurt in samenwerking met bewoners en diverse maatschappelijke partners ontwikkeld, gepubliceerd en laten plaatsvinden (onder andere weggeefwinkel, welzijnsorganisatie);
- Activiteiten rondom de wandelroutes georganiseerd en gestart met voorbereidingen van leefstijlbijeenkomsten bij religieuze instellingen;
- Basisscholen (72) die beschikken over een combinatiefunctionaris actief benaderd over bevorderen gezonde leefstijl en mogelijke ondersteuning door de GGD.

3. Leidschendam-Voorburg: projectmatige aanpak overgewicht jeugd in Leidschendam-Noord en terugdringen genotmiddelengebruik jongeren op het voortgezet onderwijs. Uitwerking:

- Projectcoördinatie van de pilot Pilot Kind Naar Gezonder Gewicht (KNGG) Leidschendam-Noord in samenwerking met partners in het sociale domein volgens positieve gezondheid;
- Oudervoorstellingen over terugdringen gebruik genotmiddelen ontwikkeld en georganiseerd door inzet van theatergroep Playback en partner Indigo op de VO-scholen.



4. Midden-Delfland: versterkte inzet op sportakkoord en lokaal preventieakkoord. Uitwerking:

- Ingezet op het Sportakkoord en versterken van de verbinding hiervan met het Lokaal Preventieakkoord;
- GGD Haaglanden is trekker van de werkgroep Voeding in het kader van het Lokaal Preventieakkoord. Geadviseerd over interventies.

5. Pijnacker-Nootdorp: extra inzet op rookvrije omgeving en in kaart brengen preventie aanbod voor scholen. Uitwerking:

- Bijgedragen aan overzicht preventief aanbod op de thema's voeding, bewegen, mediawijsheid, relaties & seksualiteit en welbevinden ten behoeve van alle scholen;
- Méér plekken en voorzieningen in de gemeente zijn rookvrij gemaakt.

6. Rijswijk: inzet op bewegen voor volwassenen met interventies voor bepaalde doelgroepen. Uitwerking:

- Ommetje app in Rijswijk voor de doelgroep volwassenen verkend en uitgevoerd (zie pagina 25);
- Plan van Aanpak Diabetes Challenge Rijswijk ontwikkeld.

7. Wassenaar: genotmiddelenpreventie jongeren: cijfermatige analyse en interventie. Uitwerking:

- Inventarisatie, cijfermatige analyse en aanbevelingen voor alcohol- en drugspreventie opgeleverd;
- Webinar voor ouders in het kader van genotmiddelenpreventie met medewerking van theatergroep Playback en partner Indigo (zie Leidschendam-Voorburg).

8. Westland: ondersteuning bij concept Lokaal Preventie Akkoord en ontwikkelen interventie gericht op het terugdringen van genotmiddelengebruik onder jongeren. Uitwerking:

- Ondersteuning geboden bij het concept Lokaal Preventie Akkoord Westland, geadviseerd over interventies en duiding van cijfermatige gegevens;
- In samenhang met het Preventieakkoord in samenwerking met partners de mogelijkheden verkend voor toepassing van het IJslands preventiemodel.

9. Zoetermeer: aanpak van een gezond gewicht bij jongeren in de wijk Meerzicht. Uitwerking:

- Draagvlak gecreëerd bij stakeholders voor een duurzame aanpak van een gezond gewicht bij jongeren in de wijk Meerzicht, resulterend in een projectplan om zorgtrajecten voor kinderen met obesitas op te starten.

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

OVER DE AUTEURS

Mw. Drs. H.M. Steenhoff: Senior adviseur Gezonde Leefstijl bij de afdeling gezondheidsbevordering van GGD Haaglanden;

Mw. G.J. Cnossen-Bruins: Beleidsadviseur stafafdeling Advies en Coördinatie van GGD Haaglanden.

REFERENTIES

1. Kernboodschappen corona: <https://gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl/content/kernboodschappen>.
2. Meijerman A, Meer IM van der. **Percentage overgewicht Haagse jeugd 2012-2019 stabiel.** Epidemiologisch Bulletin 2020; 55(4): 4-13. <https://www.ggdhaaglanden.nl/over/publicaties-en-onderzoeken/epidemiologisch-bulletin/epidemiologisch-bulletin-2020.htm> Bezocht op 02-02-2021.
3. MUMC. **Leefstijl van kinderen beïnvloed door coronamaatregelen.** <https://www.mumc.nl/actueel/nieuws/leefstijl-van-kinderen-beinvloed-door-corona-maatregelen> bezocht 23-02-2021.
4. Marle FCM van, Breed M, Meer IM van der, Vervoordeldonk, JECM. **Samen gezond? In co-creatie zoeken naar gezondheidswinst in de regio Haaglanden.** Epidemiologisch Bulletin 2022; 57(2) 4-11.



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.

Impact corona op jongeren

Coronamaatregelen zoals lockdowns, sluiting van scholen, digitale lessen en 1,5 meter afstand houden, grijpen diep in op het dagelijks leven van jongeren.

Ook persoonlijke gebeurtenissen die jongeren hebben meegemaakt tijdens de coronaperiode kunnen grote impact hebben. Het gaat dan om gebeurtenissen als in quarantaine gaan, het doormaken van corona, in het ziekenhuis liggen door corona of door een andere ziekte, naasten die corona hebben gehad, in het ziekenhuis hebben gelegen of zijn overleden aan corona of aan iets anders maar ook vermindering van werk of inkomen voor (een van) de ouders.

Uit de Corona Gezondheidsmonitor Jeugd 2021 blijkt dat in Haaglanden bijna driekwart (73%) van de jongeren (leerlingen uit de 2e en 4e klas van het regulier voortgezet onderwijs) een dergelijke persoonlijk gebeurtenis tijdens de coronaperiode heeft meegemaakt. Dit percentage varieert van 71% in Rijswijk tot 78% in Westland*.

Eén op de vijf jongeren (20%) geeft aan nog steeds last te hebben van gebeurtenissen die ze hebben meegemaakt in de corona-

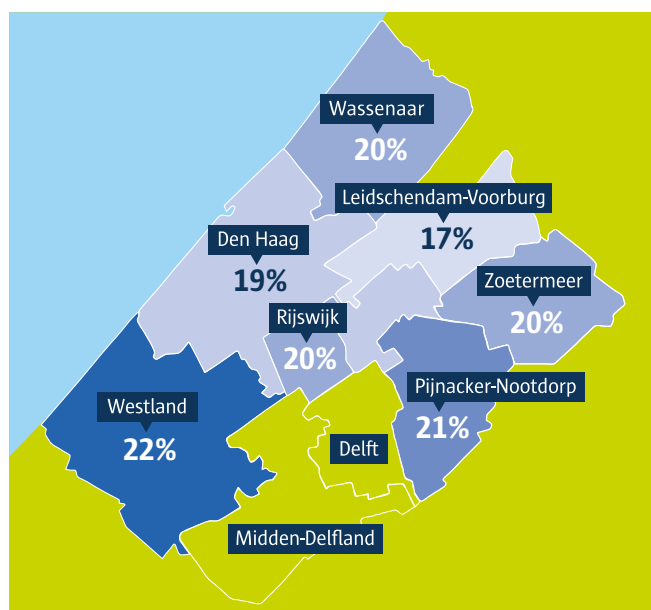
periode. Dit percentage varieert van 17% in Leidschendam-Voorburg tot 22% in Westland. Met deze jongeren gaat het over het algemeen minder goed. De landelijke cijfers zijn vergelijkbaar.

De persoonlijke gebeurtenis die door de jongeren het meest is gemeld is het zelf in quarantaine zijn geweest (50% van de jongeren) gevolgd door een naaste die corona heeft gehad (39%) of zelf corona hebben gehad (19%). Een naaste die in het ziekenhuis heeft gelegen door corona wordt door 10% van de jongeren genoemd en 7% meldt dat een naaste is overleden aan corona. Negen procent van de jongeren geeft aan dat (een van de) ouders minder werk of inkomen hadden.

De Corona Gezondheidsmonitor Jeugd is een extra Gezondheidsmonitor Jeugd die in het najaar van 2021 is uitgevoerd door alle GGD'en in Nederland om de gevolgen van de coronapandemie op gezondheid en welzijn van jongeren in kaart te brengen.

Meer resultaten van deze Corona Gezondheidsmonitor Jeugd zijn te vinden op gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl.

Figuur 1. Percentage jongeren uit de 2e en 4e klas van het regulier voortgezet onderwijs dat nog steeds last heeft van persoonlijke gebeurtenissen die ze hebben meegemaakt in de coronaperiode.



De persoonlijke gebeurtenis die door de jongeren het meest is gemeld is het zelf in quarantaine zijn geweest (50%)

* Voor de gemeenten Delft en Midden-Delfland zijn geen cijfers beschikbaar; te weinig jongeren uit deze gemeenten hebben meegedaan aan de Corona Gezondheidsmonitor Jeugd 2021

E-learning 'De oudere mond gezond' door GGD Haaglanden

Speciaal voor (thuis)zorgprofessionals heeft de afdeling Gezondheidsbevordering van GGD Haaglanden de gratis e-learning 'De oudere mond gezond' ontwikkeld. Een goede mondgezondheid is van invloed op de algehele gezondheid. Toch heeft meer dan de helft van de ouderen op dit moment een slechte mondhygiëne. Volgens recent onderzoek van GGD Haaglanden blijkt dat de cijfers in Den Haag hoger liggen dan het landelijk gemiddelde.

De e-learning leert alles over het belang van een goede mondgezondheid bij ouderen én hoe professionals hieraan een belangrijke bijdrage kunnen leveren. Professionals leren problemen in de mond te herkennen en hoe zij het beste de mond kunnen verzorgen. Ook komen er waardevolle tips & tricks naar voren en praktische tools om de oudere mond gezond te krijgen én te houden.

Benieuwd geworden?

Bekijk het introductiefilmpje hier:

https://www.youtube.com/watch?v=RpFXe_LTpBs

Inhoud van de e-learning

De e-learning duurt 60 minuten en bestaat uit onder andere de volgende onderwerpen:

- Invloed mondgezondheid op het lichaam
- Problemen in de mond
- Mondverzorgingsproducten
- Poetsinstructies en omgaan met weerstand
- Kennistoets

De e-learning is in afwachting van accreditatie.

Vragen of meer informatie?

Bezoek www.ggdhaaglanden.nl/mondgezondheid voor meer informatie over mondgezondheid bij ouderen.

Training ADM-beleid voor vroegsignalering alcohol-, drugs of medicijnproblematiek op de werkvloer

Medewerkers die (veel) teveel alcohol, drugs en/of medicijnen gebruiken, lopen risico's. Voor hun veiligheid op het werk, maar ook wat betreft hun geestelijke en lichamelijke gezondheid. Als bedrijfsarts en HR-professional ben je verantwoordelijk om in je bedrijf te bespreken hoe je de gevolgen van problematisch middelengebruik voor kunt zijn. Een preventief Alcohol-, Drugs- en Medicijnbeleid (ADM-beleid) geeft daarbij richting en houvast.

Datum: 21 september 2022

Kosten: € 175,- (twee personen € 295,-)

Locatie: Trimbos-instituut

(Bron: Trimbos.nl)

International Conference on Dual Disorders (ICDD 2022)

Op 29 en 30 september 2022 vindt in Den Haag de 'International Conference on Dual Disorders' plaats. Dit congres over dubbele problematiek wordt georganiseerd door het Centrum Dubbele Problematiek van Parnassia.

Het is volgens de organisatoren een unieke kans om in eigen land kennis te nemen van de laatste ontwikkelingen op dit gebied. Naar verwachting brengt ICDD 2022 een multidisciplinaire groep professionals van over de hele wereld om samen aan de slag te gaan met 'excellente wetenschap in een stimulerende omgeving'.

Tijdens ICDD 2022 komen alle aspecten van evidence-based behandeling van dubbele problematiek aan de orde. In samenwerking met

ationale en internationale experts biedt het Centrum Dubbele Problematiek de deelnemers een brede selectie aan wetenschappelijke en interactieve sessies. Het wordt dé plek om recent onderzoek, bevindingen en innovaties in de behandeling van dubbele problematiek te presenteren.

De bijeenkomst is bedoeld voor psychiaters, psychologen, verslavingsartsen, maatschappelijk werkers, GGz-verpleegkundigen en alle andere professionals die geïnteresseerd zijn in de behandeling van patiënten met een dubbele stoornis.

Voor meer informatie en aanmelding:
Home | International Conference on Dual Disorders (icdd2022.org)



Training voor het geven van de cursus: Zicht op Evenwicht voor ouderen

Ruim de helft van alle thuiswonende 65-plussers is bezorgd om te vallen en gaat daardoor activiteiten buitenshuis vermijden, zoals wandelen, boodschappen doen of op bezoek gaan bij familie en vrienden. Hierdoor vermindert de conditie – met een nog groter risico op vallen – en ook het levensplezier neemt af, met kans op sociale isolatie. In deze training leert u de cursus 'Zicht op Evenwicht' te geven, zowel individueel als in groepsverband. Na deze cursus ervaren ouderen minder angst om te vallen. 'Zicht op Evenwicht' is

opgenomen in de databank van effectieve interventies van het Gezond Leven Centrum van het RIVM en kreeg een Parel van ZonMw. Deze training van één dag is gericht op minimaal hbo-geschoolde professionals in de thuiszorg of ouderenzorg.

Datum: 23 september 2022

Kosten: € 395,-

Locatie: Utrecht

Organisator: Trimbos-instituut



Studiedag Open en Alert: middelenpreventie jongeren in residentiële jeugdzorg

Jongeren in de residentiële jeugdzorg gebruiken vaker tabak en drugs (met name cannabis) dan hun leeftijdgenoten in het reguliere onderwijs. Dit bleek uit het EXPLORE-onderzoek van 2021. Volgens de professionals uit dit onderzoek hebben instellingen vaak wel beleid om problematisch middelengebruik te voorkomen, maar is het lastig om hier in de praktijk vorm aan te geven. Deze studiedag biedt kennis én inspiratie voor effectieve middelenpreventie voor deze kwetsbare doelgroep.

De studiedag is bedoeld voor professionals die bijvoorbeeld als aandachtsfunctionaris of preventiewerker veel te maken hebben met middelengebruik in de jeugdhulp en Justitiële Jeugdinrichtingen (JJl's). Maar de dag is eveneens interessant voor mensen die zich bezighouden met kwaliteit, beleid en opleiding binnen deze instellingen.

Tijdens de studiedag wordt de nieuwe richtlijn Middelengebruik Jeugdhulp en Jeugdbescherming gepresenteerd. Tevens worden de resultaten van het EXPLORE-onderzoek in de jeugdzorg en in de JJl's (publicatie verwacht in het najaar van 2022) toegelicht. Daarnaast komen experts uit wetenschap en praktijk aan het woord, waaronder ook ervaringsdeskundige ouders en jongeren.

Verschillende workshops en een informatiemarkt bieden vervolgens de kans om nader kennis te maken met verschillende interventies en materialen.

Datum: 8 november 2022

Organisator: Trimbos-instituut

Kosten: € 65,- ex BTW

Locatie: Utrecht

RVS Jaarconferentie 2022 Gezondheidsverschillen verkleinen: van weten naar doen

Op maandag 10 oktober 2022 vindt de jaarlijkse conferentie plaats van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS). Tijdens de conferentie wordt het terugdringen van gezondheidsverschillen opnieuw onder de aandacht gebracht. Doel is met elkaar een volgende stap te zetten en op zoek te gaan naar manieren om het verschil te maken, om daadwerkelijk de gezondheidsverschillen te verkleinen.

De gezondheidsverschillen in Nederland zijn al dertig jaar onverminderd groot. Al die tijd proberen gezondheidswerkers, beleidsmakers en vele anderen om er iets aan te veranderen. Tot nu toe is het niet gelukt. Sterker nog, het verschil lijkt groter te worden. Niet alleen de RVS voelt de urgentie om dit te veranderen. De aandacht voor gezondheidsverschillen heeft door de Covid-pandemie een extra impuls gekregen. Maar aandacht is niet genoeg. Er is daadkracht nodig. Geen woorden maar daden. Of om Sir Michael Marmot te citeren:

Do something, do more, do better. Marmot zal de openingspeech verzorgen.

Tijdens de conferentie bespreken deelnemers in werksessies en werkbezoeken welke structurele wijzigingen nodig zijn. Ook ziet u hoe voorlopers – met steun of tegen de stroom in – het anders doen en wat dat oplevert. De vraag staat centraal wat er nodig is voor de broodnodige verandering. Wat helpt daarbij en wat hindert? Wie moet morgen wát gaan doen? En wat kunt u daar aan bijdragen?

Aanmelden kan via: <https://rvsconferentie101022.yellenge.nl/registration/#/participants>

Datum: 10 oktober 2022; 13:30 - 17:00

Locatie: Delft

Kosten: gratis

Het Nationale Psychose Congres 28 en 29 september 2022

Het Nationale Psychose Congres 2022 bestaat uit twee delen:

Op woensdagavond 28 september is de Masterclass: 'Fenomenologie van psychose'. In de Masterclass zoeken we uit hoe fenomenologie ons verder kan helpen. Deze benadering onderzoekt subjectieve ervaringen van psychose om de essentie van psychose beter te begrijpen. We bespreken hoe wetenschappelijke inzichten vertaald kunnen worden naar de praktijk van behandeling.

Donderdag 29 september staat de dag in het teken van de vele betekenissen van psychose. Deze betekenissen kunnen helpen te begrijpen wat psychose allemaal is, en beter om te gaan met ervaringen van psychose. Psychose zal worden belicht vanuit verschillende invalshoeken; van crosscultureel tot biologisch, de betekenis in historische context, persoonlijke ervaringen en de maatschappelijke kant, tot psycho-educatie en aanbevelingen voor de hulpverleners van de toekomst.

Op deze dag delen deelnemers kennis en ervaringen met hulpverleners, mensen die zelf psychose hebben meegemaakt en naasten op het Nationale Psychose Congres in Amersfoort.

Het congres is voor iedereen die te maken heeft (gehad) met een psychose. Dat betreft hulpverleners en begeleiders uit de GGz of instellingen voor beschermd & begeleid wonen, medewerkers in het sociale domein, ervaringsdeskundigen, familie en naasten. Maar ook gemeente-ambtenaren, ondernemers, zorgverzekeraars, journalisten en beleidsmakers zijn van harte welkom op dit congres.

Er wordt accreditatie aangevraagd bij de NVvP, FGzPt, VSR en V&V Kwaliteitsregister Zorgprofessionals.

Organisatie: Kenniscentrum Phrenos

Locatie: Amersfoort

Kosten: zie hiervoor de website:

www.kenniscentrumphrenos.nl



Cursussen NSPOH

De Netherlands School of Public & Occupational Health is gespecialiseerd in onderwijs op (post) academisch niveau en biedt opleidingen en trajecten aan professionele organisaties op het brede terrein van maatschappij en gezondheid, arbeid en gezondheid en sociale zekerheid. De komende maanden organiseert NSPOH onder andere de volgende cursussen/bijeenkomsten.

Helder denken over doelen

Heb je een ambitieus doel voor ogen voor jouw team of organisatie, maar raak je verstrikt in de uitwerking? Gun jezelf het plezier van deze masterclass, waarin je leert te werken met een Doelenladder.

Voor iedereen die ambities wil vertalen naar effectieve plannen, zoals sociaal geneeskundigen, gezondheidswetenschappers, verpleegkundigen en andere professionals werkzaam op het gebied van de volksgezondheid, zoals beleidsmedewerkers en onderzoekers.

Datum: 7 oktober 2022

Kosten: € 415,-

Locatie: Utrecht

Je werkdruk de baas!

De werkdruk is hoog. Veel professionals hebben daar last van. Zij hebben het gevoel dat ze geen grip meer hebben op hun agenda. Uiteindelijk gaat dit ten koste van het plezier in het werk. Herken je dit? En streef je een betere balans tussen werk en privé na? Doe dan deze praktische module.

Voor professionals in de public en occupational health.

Datum: 2 november 2022

Kosten: € 415,-

Locatie: online

Spoedeisende hulp en AED in bedrijf

Wil je leren hoe je omgaat met een AED en hoe je een spoedeisende patiënt bij een ongeval op het werk verantwoord en systematisch benadert – conform de nieuwste richtlijn en triage? In deze nascholing leer je hoe je daarbij het hoofd koel houdt en professionele meerwaarde biedt.

Voor sociaal geneeskundigen en andere artsen en verpleegkundigen die tijdens hun werk te maken kunnen krijgen met spoedeisende patiënten.

Datum: 2 november 2022

Kosten: € 415,-

Locatie: Utrecht

Publieke gezondheidszorg: kansen en effectiviteit van preventie

Iedereen wil gezond oud worden. Tegelijkertijd probeert de overheid de kosten voor de gezondheidszorg binnen de perken te houden. Preventie in de gezondheidszorg is dus een belangrijk onderwerp in de hedendaagse maatschappij. Leer meer over de kansen en de effectiviteit van gezondheidsbevordering!

Voor beleidsmakers en andere (medische) professionals in de publieke gezondheid

Datum: 10, 17, 24 en 25 november
en 1 december 2022

Kosten: € 3.990,-

Locatie: Utrecht

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

Onderzoeksrapport geluidshinder en slaapverstoring luchtvaart 2020

Met de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2020 (GM V&O 2020) zijn voor het eerst zowel ervaren geluidshinder als slaapverstoring door vliegverkeer landelijk in kaart gebracht. Vooral in de omgeving rondom de grotere luchthavens komt veel ernstige geluidshinder en slaapverstoring door vliegverkeer voor.

Het onderzoek is afgenomen in het najaar van 2020 ten tijde van de coronapandemie en werd uitgevoerd door de 25 GGD'en, GGD GHOR Nederland, RIVM en CBS.

Het probleem is groot in de wijde omtrek van Amsterdam Airport Schiphol. En ook in gebieden in Zuid-Limburg en Noord-Brabant zijn er veel mensen die ernstige geluidshinder en slaapverstoring door vliegverkeer ervaren. Uitgaande van het landelijk gemiddelde nam ernstige geluidshinder door vliegverkeer tussen 2016 en 2020 toe van 3,1% naar 3,7% onder 18-64 jarigen. Voor slaapverstoring is landelijk nog geen trend beschikbaar, omdat het in 2020 voor het eerst is gemeten.

Advies reductie geluidshinder

Ernstige geluidshinder en slaapverstoring hebben impact op de gezondheid. GGD GHOR Nederland vindt het van belang om gezondheidsrisico's van omwonenden te verminderen door het verlagen van de blootstelling aan geluid van vliegverkeer richting de gezondheidskundige advieswaarden van de World Health Organisation (WHO).

Dit rapport van de GGD'en laat zien dat er veel gebieden zijn waar meer geluidshinder en slaapverstoring wordt ervaren dan de gemiddelden horend bij de advieswaarden van de WHO. Ook in de (randen van de) nacht is het van belang om de blootstelling aan geluid te verminderen. Daarnaast adviseren GGD'en om bij (lokaal) omgevingsbeleid en de inrichting van de leefomgeving de omwonenden actief te betrekken en de ervaren geluidshinder en slaapverstoring serieus te nemen.

Het betrekken van de gezondheidsinformatie uit dit onderzoeksrapport draagt bij aan de ambitie om de luchtvaart in balans te houden met maatschappelijke belangen als veiligheid, duurzaamheid en leefbaarheid.

Onderzoek via Gezondheidsmonitor Volwassenen & Ouderen 2020

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van Infrastructuur & Waterstaat en het ministerie van Defensie. Het beschrijft de ervaren geluidshinder en slaapverstoring door vliegverkeer per wijk, gemeenten en landelijk in vergelijking met andere geluidsbronnen en eerdere onderzoeken gevolgd door aanbevelingen voor toekomstige ontwikkelingen. Aan de Gezondheidsmonitor Volwassenen & Ouderen 2020 deden ruim een half miljoen mensen mee.

Bron: www.ggdghor.nl



Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 2e kwartaal 2022

Ziekte	2e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 2e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	2e kwartaal 2022	2e kwartaal 2021	2e kwartaal 2020	1e t/m 2e kwartaal 2022	1e t/m 2e kwartaal 2021	1e t/m 2e kwartaal 2020
A-ZIEKTEN						
MERS-CoV						
Monkeypox	34			34		
Pokken						
Poliomyelitis anterior acuta						
SARS						
Virale hemorrhagische koorts						
COVID-19	23.250	28.411	2.520	30.2226	53.738	2.984
B-ZIEKTEN						
(humane infectie) avaire influenza						
Difterie						
Pest						
Rabiës (hondsdoelheid)						
Tuberculose	24	21	22	41	43	46
Buiktyfus	3			3		1
Cholera						
Hepatitis A	1			1		
Hepatitis B acuut	1	2	3	5	3	3
Hepatitis B acuut en chronisch	1	17	23	39	50	51
Hepatitis C acuut						
Hepatitis C chronisch	10	15	6	21	23	12
Kinkhoest			15		1	61
Mazelen						
Paratyfus A,B,C	1			1		
Rubella						
STEC (E. coli)	8	4	5	13	6	9
Shigellose	6	3	2	10	8	13
Invasieve GAS	8	4	2	13	7	6
Voedselinfectie		1		1	2	
C-ZIEKTEN						
Antrax (miltvuur)						
Bof	1			1		5
Botulisme						
Brucellose			1			2
CPE	3	1		5	5	4
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob klassiek			1	1		2
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob variant						
Gele koorts						
Invasieve Hib				1		
Hantavirusinfectie						1



Vervolg overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 2e kwartaal 2022

Ziekte	2e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 2e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	2e kwartaal 2022	2e kwartaal 2021	2e kwartaal 2020	1e t/m 2e kwartaal 2022	1e t/m 2e kwartaal 2021	1e t/m 2e kwartaal 2020
Legionellose	12	6	6	24	9	7
Leptospirose			1	1		1
Listeriose	1	1	1	1	4	2
Malaria	9	2	1	13	5	7
Meningokokkose	1		1	1		3
MRSA-infectie (cluster buiten ziekenhuis)						
Invasieve pneumokokken	16	6		32	6	3
Psittacose	4	2		5	3	4
Q-koorts						
Tetanus						
Tularemie				1		
Trichinose						
West-Nilevirus						
Zikavirus						
Totaal	23.394	28.496	2.610	30.2494	53.913	3.228

Infectieziekten gemeld door instellingen in 2022

Onderstaande tabel bevat een overzicht van de meldingen door instellingen in het eerste halfjaar 2022. 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.

Scenario	Kinder-opvang	Onderwijs-instelling	Vluchtelingen-opvang	AWBZ zorginstelling	Ziekenhuis	Eindtotaal
Huiduitslag/exanthemen	34	16	2	8		60
Impetigo (krentenbaard)	1					1
Gastro-enteritis	17	3		14		34
Schimmelinfectie						
Luchtweginfectie/ influenza-achtig ziektebeeld	47	82		264	1	394
Anders						
Eindtotaal	99	101	2	286	1	489



Toelichting Meldingen Infectieziekten 2e kwartaal 2022

Monkeypox (apenpokken)

Monkeypox, vaak apenpokken genoemd, is een virusinfectie die oorspronkelijk vooral in West- en Midden-Afrika voorkwam. Soms komt er een reiziger uit die regio naar Europa met deze ziekte.

Deze zoönose (ziekte die van dier op mens kan overgaan) komt vooral voor bij knaagdieren in Afrika. Sinds het voorjaar van 2022 verspreidt de ziekte zich ook in andere delen van de wereld, waaronder in Nederland. Nieuw daarbij is de mens-op-mens overdracht van het virus. De ziekte verloopt bij mensen meestal mild. Op 21 mei 2022 is Monkeypox door de minister aangewezen als een meldingsplichtige ziekte groep A. Dat betekent dat het vaststellen van Monkeypox of het vermoeden daarvan vanaf heden direct gemeld moet worden bij de GGD.

De ziekte begint vaak, maar niet altijd, met algemene klachten zoals koorts, hoofdpijn, spierpijn, gezwollen lymfeklieren, rillingen en moeheid.

De uitslag komt een paar dagen later en begint met vlekken die overgaan in blaasjes, typische (apen)pokken. Na het indrogen van de blaasjes blijven korsten over die uiteindelijk na twee tot drie weken van de huid afvallen. Het is mogelijk dat er littekens komen op de plekken van de blaasjes. Bij een aantal personen in de huidige uitbraak is sprake van proctitis, een pijnlijke ontsteking van het slijmvlies van de endeldarm (het laatste deel van de darm).

Bij een verdenking op monkeypox wordt er door de behandelaar (specialist en/of huisarts) of door de GGD diagnostiek uitgevoerd. Bij een bewezen monkeypox voert de GGD bron- en contactonderzoek uit, waarbij contacten met een hoog risico op besmetting een post-expositie vaccinatie wordt aangeboden.

Op 12 juni kreeg GGD Haaglanden de eerste melding van een positieve diagnostiek van monkeypox bij een persoon. Daarna is dit aantal in de regio gestegen tot 34 in de hele maand juni. De transmissie in Nederland lijkt nog niet tot stand gebracht. De meeste besmettingen worden gevonden bij MSM (mannen die seks hebben met mannen). Monkeypox wordt overgebracht door intiem contact zoals zoenen, vrijen en seks. Het virus kan binnendringen via de slijmvliesen en kleine wondjes of scheurtjes in de huid. Mogelijk kan het virus zich ook verspreiden via druppels uit blaasjes of uit de mond-keelholte, hoewel deze kans momenteel als laag wordt ingeschat.

Om verdere verspreiding in Nederland te voorkomen is er gestart met een vaccinatiecampagne voor risicogroepen. In de regio Haaglanden is de GGD op maandag 25 juli begonnen met vaccineren.

Buiktyfus

In april is er een uitbraak van buiktyfus geweest onder asielzoekers en medewerkers van een noodopvanglocatie op een riviercruiseschip in Haarlem, regio Kennemerland. In totaal zijn er 69 bevestigde gevallen gemeld. Dit betrof 49 asielzoekers en 20 medewerkers. Twee van deze medewerkers waren woonachtig in de regio Haaglanden. Er zijn geen secundaire gevallen gemeld.

Buiktyfus wordt veroorzaakt door de *Salmonella Typhi* bacterie. Dit is een invasieve bacterie die zeer efficiënt de darmmucosa passeert en vervolgens de monocyt en macrofagen in de mesenteriale lymfeklieren infecteert.

De ziekte kan sluipend beginnen met toenemende koorts, verminderde eetlust, hoofdpijn, malaise en vage buikpijn.

De patiënt kan suf worden. In het begin, vóórdat de koorts begint is er soms even diarree; daarna is er meestal sprake van obstipatie, die soms (weer) overgaat in diarree. De besmettingsweg is fecaal-oraal.

Buiktyfus wordt in feite alleen verspreid door consumptie van water en/of voedsel, besmet met feces van patiënten/dragers. Buiktyfus is een serieus gezondheidsprobleem onder de lokale bevolking van de meeste landen in Centraal- en Zuid-Amerika, in Afrika en in Zuid- en Zuidoost-Azië.

De gemelde besmettingen in Nederland betreffen meestal reizigers uit het buitenland. Een uitbraak als dit jaar in Kennemerland is uitzonderlijk voor Nederland.

Er wordt vanuit gegaan dat de besmettingen via het drinkwatersysteem van het cruiseschip hebben plaatsgevonden. Het betrof een oud schip, waarbij door een latere aanpassing een enkelvoudige wand tussen de drinkwater- en vuilwatertank is ontstaan. Bij inspectie werden gaatjes geconstateerd bovenin de scheidingwand tussen deze tanks, ontstaan door corrosie. Bij hoge vulstand van de vuilwatertank heeft vuil water met daarin *Salmonella* naar de drinkwatertank kunnen lekken. In meerdere monsters uit de drinkwatertank is door het Streeklaboratorium Haarlem middels PCR *Salmonella* DNA aangetoond.



COLOFON

September 2022, 57^{ste} jaargang nr. 3

REDACTIE

drs. Mary P.H. Berns, GGD Haaglanden, (kernredacteur)
dr. Prataap K. Chandie Shaw, internist, Haaglanden Medisch Centrum
Liesbeth M. van Dalen, (redactiesecretaris/eindredacteur)
Thomas Eckhardt MPH, arts, GGD Haaglanden (kernredacteur)
drs. Joop de Jong, psychiater, PsyQ / Parnassia Groep
dr. ir. Irene M. van der Meer, GGD Haaglanden (hoofdredacteur)
drs. Regina M. van der Meer, GGD Haaglanden (kernredacteur)
dr. Richard Starmans, huisarts
drs. Ellen C. van Veen, arts M&G, jeugdarts, JMO Den Haag
drs. Janine E.C.M. Vervoordeldonk, GGD Haaglanden
drs. Erica Vlagsma, GGD Haaglanden (kernredacteur)

REDACTIEADRES

Redactieadres: GGD Haaglanden, Postbus 16130, 2500 BC Den Haag
Bezoekadres: Westeinde 128, Den Haag
Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij GGD Haaglanden.
Telefoon: (088) 355 01 00
e-mail: epibul@ggdhaaglanden.nl

Epidemiologisch Bulletin op internet

www.ggdhaaglanden.nl/epibul

Vormgeving

Haagsblauw

Fotografie

Gettyimages
Sander Foederer 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.

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

ISSN 0921-6219



BEZOEKADRESSEN

Westeinde 128
2512 HE Den Haag

Reinier de Graafweg 5
2625 AD Delft

Croesinckplein 24-26
2722 EA Zoetermeer

POSTADRES

Postbus 16130
2500 BC Den Haag

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

www.ggdhaaglanden.nl

