

Epidemiologisch bulletin

TIJDSCHRIFT VOOR
VOLKSGEZONDHEID EN ONDERZOEK
IN REGIO HAAGLANDEN

JAARGANG 57

NR 4

2022



**Spraaktaalachterstanden,
én moeilijkheden met gedrag en
het contact maken met anderen.**

Maak uw keuze

Geef door of u het
Epidemiologisch Bulletin als
e-magazine wilt ontvangen
of (ook) op papier.

**Zie het kaartje
in de envelop**

**Zorg goed geregeld bij opvang
Oekraïners in Haaglanden**

**Ongedocumenteerde oudere
migranten: 'Vechten met het leven'**

**Ander gedrag en middelengebruik van
uitgaande jongeren in Den Haag tijdens corona**

**Photovoice: Beeldverhalen over de leefwereld
van kinderen in Molenwijk (Laak)**

IN DIT NUMMER

Spraaktaalachterstanden, én moeilijkheden met gedrag en het contact maken met anderen	4
--	----------

Liza Toemen en Irene van der Meer

Zorg goed geregeld bij opvang Oekraïners in Haaglanden	13
---	-----------

Marlies Wopereis

Ongedocumenteerde oudere migranten: 'Vechten met het leven'	17
--	-----------

Ineke van Beijnum, Alette Broekens en Richard Starmans

Het Haags uitgaansonderzoek 2021: Ander gedrag en middelengebruik van uitgaande jongeren in Den Haag tijdens corona	25
--	-----------

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

Photovoice: Beeldverhalen over de leefwereld van kinderen in Molenwijk (Laak)	31
--	-----------

La Toya Bel, José Bruins en Irene van der Meer

Gezondheid in cijfers: Psychische klachten bij jongeren	38
--	-----------

Korte Berichten	39
------------------------	-----------

Meldingen infectieziekten	44
----------------------------------	-----------

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



Mijn ervaring als onderzoeker is dat je in elk onderzoek wel ergens tegen aanloopt waarvan je van tevoren niet weet wat het zal zijn. Zo heeft het Haags Uitgaans Onderzoek (HUO) een goede methodiek om zicht te hebben op het genotmiddelengebruik van uitgaande jongeren. Daarbij was echter geen rekening gehouden met lockdowns waarin horeca gesloten werd. Het uitgaansonderzoek moest zich nu richten op het thuisgebruik, al lijken de termen hierin tegenstrijdig te zijn. Mooi om te lezen dat dit toch gelukt is. En weer een ervaring rijker hoe dit onderzoek er ook uit kan zien. Duidelijk is dat uitgaan en middelengebruik van uitgaande jongeren in Den Haag veranderde tijdens de coronapandemie.

Een andere uitdaging is het zichtbaar maken van de groep mensen die in onze regio woont of verblijft maar geen verblijfsvergunning heeft, kortweg ook wel ‘ongedocumenteerden’ genoemd. Ervaringen van hulpverleners die met deze mensen te maken hebben is dat deze groep steeds ouder wordt, wat een bijbehorende zorgvraag met zich meebrengt. In dit Bulletin leest u de schrijnende verhalen van een aantal van deze mensen, gekoppeld aan de beperkte rechten en mogelijkheden die zij hebben. En over de moeilijkheden die hulpverleners ervaren die hen de broodnodige zorg willen verlenen. In veel registraties zal je deze mensen volgens mij niet tegenkomen. Ze zijn er wel. Zichtbaar willen ze wellicht helemaal niet zijn, vast wel gezien worden.

Andere artikelen brengen weer heel andere informatie aan het licht. Zoals de kinderen in Laak die met foto's en aanvullende verhalen hun leefwereld in kaart konden brengen. Kijk mee met alle foto's bij dat artikel.

Ook is er het signaal dat spraaktaalachterstanden vaak samengaan met andere problemen op gedrag en contacten. Hoe gaan we dit met elkaar opvangen?

De opvang voor Oekraïners lijkt goed gelukt als je de interviews met vijf professionals over de periode tot de zomer leest. Hoe kunnen we hiervan leren voor al die andere vluchtelingen die ook aankomen? Genoeg complexe situaties, die het werkterrein van de gezondheid(szorg) overstijgen.

Ik hoop van harte dat we u nog lang mogen informeren over relevante ontwikkelingen op het terrein van de volksgezondheid. Leest u dit Bulletin nog als papieren versie: laat het ons weten als u dit zo wilt houden. Zonder actieve bevestiging stoppen we met het toesturen van drukwerk. Gebruik het antwoordkaartje bij deze editie van het Bulletin om uw keuze door te geven.

Irene van der Meer,
hoofdredacteur.



Scan de QR-code en bekijk de nieuwe e-zine uitvoering van het Epidemiologisch Bulletin.

Spraaktaalachterstanden, én moeilijkheden met gedrag en het contact maken met anderen

Een verkennend onderzoek via registratiegegevens van de Jeugdgezondheidszorg en interviews met professionals bevestigt de ernst van taalspraakachterstanden. Kinderen met spraaktaalproblemen vertonen vaker sociale, emotionele of gedragsproblemen. Spraaktaalproblemen kunnen leiden tot minder schoolsucces en maatschappelijk functioneren. Hoewel uit het onderzoek blijkt dat het, ook gezien het tekort aan zorgverleners, niet eenvoudig zal zijn om de problemen op te lossen, zijn ideeën aangedragen over 'hoe nu verder'.

Liza Toemen en Irene van der Meer

Binnen de jeugdgezondheidszorg (JGZ) in Den Haag hebben jeugdartsen en -verpleegkundigen het idee dat ze steeds vaker spraaktaalachterstanden bij peuters signaleren. Ook ketenpartners zoals scholen, kinderartsen, GGZ en andere instellingen geven dit signaal af. Deze kinderen hebben een achterblijvende taalontwikkeling op leeftijdsgenoten. Spraaktaalachterstanden kunnen ontstaan door onvoldoende rijk taalaanbod (blootstellingsachterstand) of door kindfactoren, zoals gehoorproblemen, een persistente taalontwikkelingsstoornis (TOS, dit is een neurocognitieve ontwikkelingsstoornis waarbij taal minder goed wordt verwerkt in de hersenen), autismespectrumstoornissen (ASS) of een algehele ontwikkelingsachterstand. Kinderen met spraaktaalproblemen vertonen vaker sociale, emotionele, of gedragsproblemen. Spraaktaalproblemen kunnen leiden tot minder schoolsucces en maatschappelijk functioneren.[1][2] De wens ontstond om de problematiek beter in kaart te brengen middels een verkennend onderzoek, waarbij ook gesprekken zijn gevoerd met

een aantal ketenpartners. De onderzoekers willen middels dit onderzoek 'jumping to solutions' voorkomen: een valkuil wanneer oplossingen worden bedacht zonder eerst breder te verkennen wat het probleem is en bij wie dit speelt. Aan het eind van deze verkenning zijn de volgende vragen beantwoord: *Wat is de omvang van het aantal peuters met spraaktaalachterstanden en neemt dit toe, en wat zijn volgens betrokken partijen mogelijke oorzaken en oplossingen voor dit probleem?* Hoewel de verschillende professionals mogelijke oplossingen hebben aangedragen, zijn deze mogelijke oplossingen in dit verkennend onderzoek niet verder onderzocht. Daarom ontbreken daarover concrete aanbevelingen.

In een aantal stadsdelen lijken naast spraaktaalachterstanden meer problemen in de ontwikkeling te spelen

Naast een toename van spraaktaalachterstanden vallen achterstanden op in andere ontwikkelingsgebieden, bijvoorbeeld motoriek, concentratie, spel





of zindelijkheid. Ook zien de JGZ-professionals en de gesproken ketenpartners die werkzaam zijn in Escamp, Laak en Centrum vaak gedragsproblemen en problemen met het maken van contact met anderen. Deze peuters laten kenmerken zien die voor kunnen komen bij autisme spectrum stoornissen (ASS), zoals moeite met (oog)contact maken, niet tot spel komen en moeite met meekomen in het groepsproces op peuterleerplek of -opvang.

“We zien kinderen die meer hulp nodig hebben. Hun ontwikkelvraag ligt op een breder perspectief, niet alleen maar taal en spraak. Een deel van deze kinderen vraagt eigenlijk te veel begeleiding om mee te kunnen komen in het groepsproces.” – projectleider passende peuteropvang in een kinderopvangorganisatie, met veel locaties in Escamp, Centrum en Laak.

“Er komt steeds zwaardere problematiek binnen in de eerste lijn. Deze ouders en kinderen hebben veel meer begeleiding nodig, en dat kunnen wij als praktijk niet bieden.” – logopedist werkzaam in Escamp.

“Ik zie een enorme stijging van kinderen met spraaktaalproblemen, maar vooral ook met contact- of gedragsproblemen. Het is niet altijd de oorzaak of het gevolg van de spraaktaalproblemen, maar het heeft zeker verband met elkaar.” – begeleider Integrale Vroeghulp.

Een aantal kinderen kan niet goed meekomen op de voorschoolse educatie

Wanneer bij de JGZ wordt vastgesteld dat een kind een (verhoogd risico op) spraaktaalachterstand heeft, kan een VVE-indicatie (voor- en vroegschoolse educatie) worden afgegeven. Uit de registratie van de gesproken kinderopvangorganisatie blijkt dat ongeveer 50% van hun peuters opbloeit met het standaard VVE-aanbod. 41% heeft extra hulp nodig op één ontwikkelingsgebied, of kortdurende hulp op meerdere gebieden. 9% van de peuters binnen deze organisatie kampt met ernstigere problemen, waarvoor meer zorg nodig is. De gedragsproblemen kunnen internaliserend of externaliserend zijn. Vooral kinderen met externaliserend gedrag kunnen verstorend zijn in het groepsproces en hebben meer risico

om thuis te komen zitten, omdat het niet gaat op de (voor)school of opvang en er niet voldoende mogelijkheden zijn voor begeleiding. Ook de gesprekspartners van Integrale Vroeghulp (IVH) en de JGZ-professionals signaleren deze problemen. De peuterleerplek is niet altijd de juiste plek voor deze peuters. Soms is een plek nodig waar intensievere begeleiding aanwezig is met kleinere groepen en waar meer structuur en zorg wordt geboden. Vaak worden deze kinderen uiteindelijk op een kinderdienstencentrum (KDC) geplaatst. Soms kan een kind op de peuterleerplek blijven, met hulp van ambulante begeleiding op de peuterleerplek en/of thuis.

Internaliserend of externaliserend gedrag

Kinderen met internaliserend gedrag zijn vaker teruggetrokken en hebben moeite met het contact leggen en spelen met andere kinderen. Door hun teruggetrokken gedrag vallen ze niet altijd op in de groep, maar zonder begeleiding komt hun ontwikkeling tot stilstand. Kinderen met externaliserend gedrag vallen op door druk gedrag met grote bewegingsbehoefte, ze hebben moeite met de structuur en regels van de groep en hebben intensieve begeleiding nodig om te zorgen dat ze zichzelf of andere kinderen geen pijn doen.

Een kinderdagcentrum of kinderdienstencentrum (KDC) biedt vijf dagen in de week een dagbehandelprogramma aan, gericht op ontwikkeling voor kinderen van 0 tot 7 jaar met een tijdelijke of blijvende achterstand in hun ontwikkeling. Hierna stromen kinderen door naar een vorm van onderwijs of een vervolg KDC. De behandeling vindt plaats in samenwerking met bijvoorbeeld een orthopedagoog, een logopedist, een fysiotherapeut, een spelbegeleider of een communicatietrainer.

Oorzaken van deze achterstanden zijn onbekend, mogelijk spelen achtergrond, schermtijd of early life stress mee.

Niet in alle culturen is het vanzelfsprekend om te praten of te spelen met jonge kinderen die nog niet verbaal zijn. Ook over het maken van oogcontact tussen kinderen en volwassenen kan verschillend

worden gedacht. Hulpverleners zijn zich hier niet altijd van bewust, waardoor niet de juiste voorlichting wordt gegeven of voorlichting niet aansluit. Andere genoemde concepten die mogelijk van invloed zijn, zijn 'virtueel autisme' en 'early life stress'. Bij virtueel autisme maken kinderen geen goed contact, omdat ze niet de juiste interactieve sociale ervaringen hebben opgedaan in hun eerste jaren vanwege schermgebruik bij ouder en kind.[3] Kinderen leren hierdoor minder goed hoe ze contact kunnen maken en vertonen kenmerken die ook bij kinderen met autisme vaak gezien worden. Het brein van een kind is tijdens de eerste 1000 dagen vanaf conceptie kwetsbaar en volop in ontwikkeling. Wanneer sprake is van stress in deze periode, noemen we dat early life stress. Deze stress kan bijvoorbeeld ontstaan door het opgroeien in armoede, misbruik, verwaarlozing of disfunctioneren in de gezinssituatie. Stress bij ouders en kind in deze periode heeft invloed op het aanleggen van de stressnetwerken in de hersenen van een kind. Gevolg is dan minder goede zelfregulatie, veerkracht en slechtere executieve functies.[3] Dit heeft ook gevolgen voor de taalontwikkeling. Er zijn geen cijfers hoeveel stress gezinnen in Den Haag ervaren. Wel laten de data van denhaag.incijfers.nl zien dat Laak, Centrum en Escamp hogere achterstandsscores hebben dan de andere stadsdelen, waarbij er ook meer gezinnen wonen met schulden of die niet altijd in hun primaire levensbehoeften kunnen voorzien. Er wordt vaker melding gedaan van misdrijven en overlast en bewoners geven lagere cijfers in enquêtes wanneer gevraagd wordt naar prettig wonen, sociale cohesie, en gevoel van veiligheid.[4]

"Ik geloof niet dat we ineens zoveel meer kinderen hebben met autisme. Ik denkt dat het heel erg te maken heeft met wat voor ervaringen jonge kinderen op hebben kunnen doen. Hoeveel ruimte hebben ouders om te kunnen spelen met het kind en aandacht te geven aan de ontwikkeling, rekening houdend met de gezinssituatie, de wijk, het financiële kader?" – projectleider passende peuteropvang in een kinderopvangorganisatie.

"Ik denk zelf dat de mobiele telefoon invloed heeft. Ouders zijn minder gericht op contact maken met hun kind. Ze lopen met hun telefoon in de hand voor de wandelwagen. Als je minder schermtijd als advies geeft, dan zie je vaak verbetering. Dat geeft aan dat beeldschermgebruik zo toegenomen is, dat er weinig interactie meer is tussen ouder en kind, of tussen kind en andere kinderen." – begeleider Integrale Vroeghulp.



Het percentage peuters met spraaktaal-achterstanden lijkt toe te nemen, het probleem is het grootst in Escamp, Centrum en Laak.

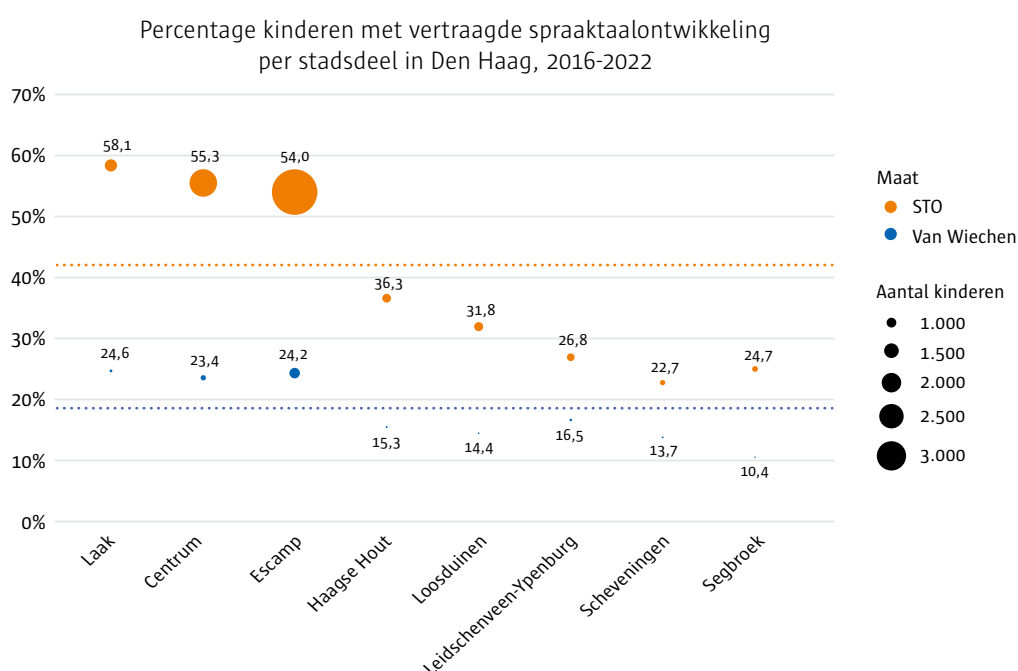
Vanaf 1 januari 2016 tot 8 augustus 2022 is bij 36.082 kinderen tussen de 18 maanden en 4 jaar in Den Haag de spraaktaalontwikkeling in het Nederlands één of meerdere keren beoordeeld door de jeugdarts of -verpleegkundige. Bij 15.198 peuters was in deze periode minstens één keer sprake van langzame spraaktaalontwikkeling (STO) in het Nederlands. Tussen 1 januari 2017 en 8 augustus 2022 is bij 17.757 2-jarigen door de jeugdarts beoordeeld of zij zinnen van twee woorden kunnen produceren in hun moedertaal middels het van Wiechen onderzoek. Bij 3.362 2-jarigen lukte dit niet. Langzame spraaktaalontwikkeling in het Nederlands en het niet kunnen produceren van zinnetjes wordt vaker gezien bij jongens dan bij meisjes.

Figuur 1 toont per stadsdeel het percentage peuters dat een langzame spraaktaalontwikkeling in het Nederlands heeft alsmede het percentage peuters dat op 2-jarige leeftijd geen tweewoordzinnen kan

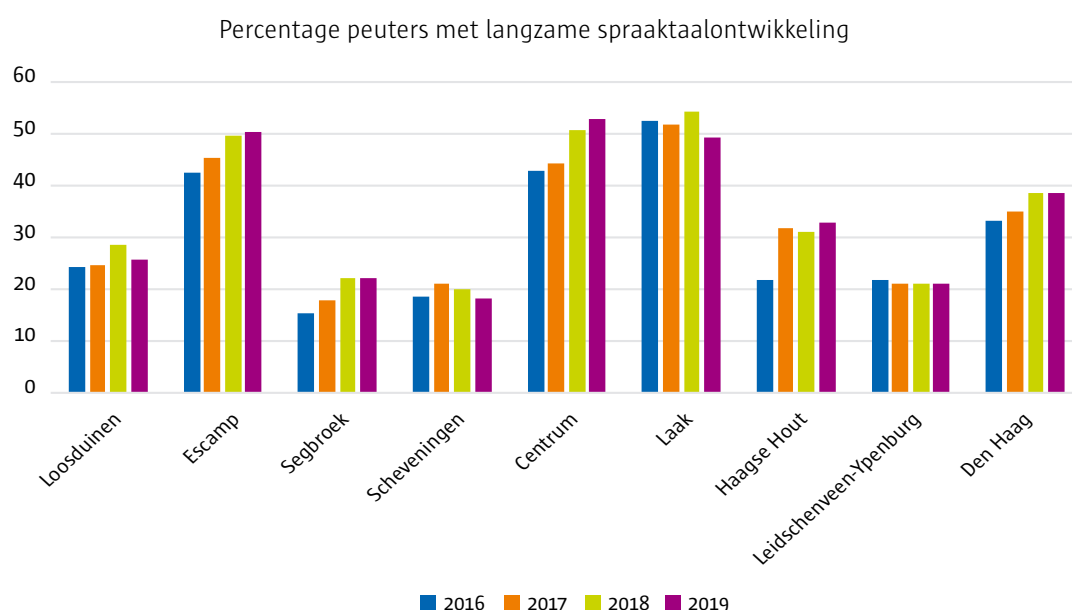
produceren. Laak heeft het grootste percentage peuters met spraaktaalachterstanden. Escamp heeft het grootste absoluut aantal peuters met spraaktaalachterstanden.

Figuur 2 toont een staafdiagram van het verloop van het percentage peuters met een langzame spraaktaalontwikkeling in het Nederlands over de jaren. Vanaf 2020 is de JGZ-zorg door omstandigheden afgeschaald en zijn alleen peuters op indicatie gezien. Ongeveer 30% van alle Haagse peuters is bereikt door de JGZ.[5] Kinderen waarover iemand (ouder, JGZ, peuterspeelzaal) zorgen had, konden een afspraak krijgen. Deze zorgen hoefden niet alleen over spraaktaalontwikkeling te gaan. Het percentage peuters met spraaktaalachterstand in deze periode ligt erg hoog (tot wel 69%). In de periode 2016-2019 is te zien dat in Laak een stabiel hoog aandeel peuters een spraaktaalachterstand heeft. In Centrum en Escamp is het percentage hoog en lijkt dit verder toe te nemen. In absolute aantallen is het aantal peuters in Den Haag met langzame spraaktaalontwikkeling gelijk gebleven. In de stadsdelen Escamp, Segbroek,

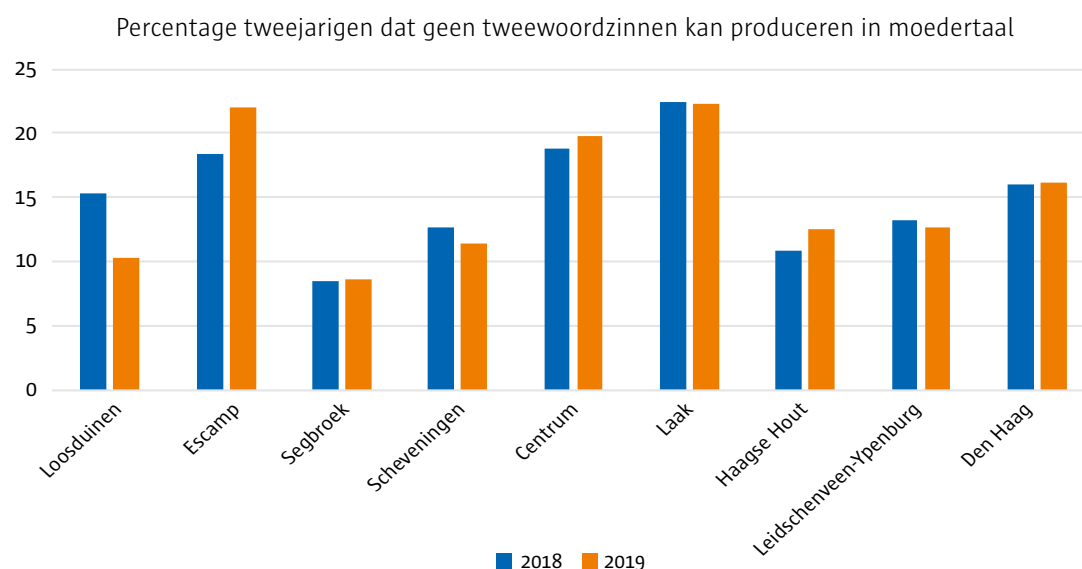
Figuur 1 Diagram met daarin het percentage peuters met vertraagde spraaktaalontwikkeling (STO) in het Nederlands (de jeugdarts beoordeelt de spraaktaalontwikkeling als langzaam of als leeftijdsadequaat bij de contactmomenten tussen de 18 maanden en 4 jaar); en het percentage peuters dat geen tweewoordzinnen produceert tijdens het van Wiechen onderzoek dat door de jeugdarts wordt afgenomen rond de leeftijd van 2 jaar. Het formaat van de stip geeft het absolute aantal peuters met achterstand weer. De stippellijnen geven het gemiddelde percentage kinderen aan in heel Den Haag met vertraagde spraaktaalontwikkeling.



Figuur 2 Spraaktaalontwikkeling Nederlands. De figuur toont per stadsdeel het percentage peuters per jaar waarbij een langzame spraaktaalontwikkeling in het Nederlands is vastgesteld alsmede het gemiddelde van heel Den Haag.



Figuur 3 Percentage peuters met een negatieve score op van Wiechen item 41: 'zegt zinnen van twee woorden'. De figuur toont het percentage peuters per jaar dat geen tweewoordzinnen in de moedertaal kan produceren per stadsdeel en in heel Den Haag.



Scheveningen, Centrum en Laak is het absoluut aantal peuters met langzame Nederlandse spraaktaalontwikkeling toegenomen.

Figuur 3 laat het percentage tweejarigen zien dat geen tweewoordzinnen in de moedertaal kan produceren. De figuur laat geen data vanaf 2020 zien,

omdat alleen een selectie van kinderen met zorgen is gezien.[5] Van de periode ervoor zijn te weinig data beschikbaar om een trend te kunnen signaleren. Data uit 2017 is niet compleet. In 2018 en 2019 lijkt het beeld over alle stadsdelen samen redelijk stabiel. In absolute aantallen konden in 2018 in Den Haag 896 peuters geen tweewoordzinnen produceren, in 2019



waren dit 998 peuters. Deze absolute stijging werd gezien in Escamp, Segbroek, Scheveningen, Centrum en Laak.

Volgens de database van denhaag.incijfers.nl is het aantal jeugdigen (0-23 jaar) met een Nederlandse achtergrond vanaf 2016 afgenomen en is het aantal jongeren met een migratieachtergrond toegenomen. Deze toename is te zien in alle stadsdelen, behalve in Centrum.[6] Mogelijk is de toename van het aantal kinderen met een langzame spraaktaalontwikkeling in het Nederlands deels te verklaren door een toename van het aantal kinderen met een migratieachtergrond dat niet opgroeit met Nederlands als moedertaal.

“Het starttaalniveau wat we binnenkrijgen is lager. En daarnaast hebben we ook meer anderstalige kinderen dan 6 jaar geleden.” – intern begeleider basisschool.

“Er zijn iets meer verwijzers gekomen, maar de verwijzers zijn vooral meer kinderen in gaan sturen. Er is een alertheid gekomen op spraaktaalproblematiek.” – spraaktaalpatholoog/logopedist Kentalis.

De gesproken ketenpartners hebben geen cijfers over een mogelijke toename van spraaktaalachterstanden. Ook niet alle gesprekspartners herkennen een toename van spraaktaalachterstanden. Mogelijk kunnen de verschillende ervaringen van de gesprekspartners verklaard worden door hun functie of verschillende werkgebieden. Voor sommige gesprekspartners is het ook lastig om te kunnen onderscheiden of er een daadwerkelijke toename is van spraaktaalachterstanden of dat het aantal aanmeldingen is toegenomen omdat verwijzers alerter zijn geworden op spraaktaalproblemen.

Niet alle ouders weten hoe ze de spraaktaalontwikkeling van hun kind kunnen stimuleren

“Ik merk dat er nog heel veel werk te doen is voor ons als logopedisten qua preventie en voorlichting. Het is belangrijk dat ouders een mooie basis leggen in de moedertaal.” – logopedist.

“Ouders die hard moeten werken om rond te komen, hebben ook niet zo heel veel tijd om met hun kind naar de speeltuin te gaan, of naar de bibliotheek. Ook denk ik dat de kennis ontbreekt dat je taal op die

manier kan stimuleren bij kinderen. En dat ze niet op de hoogte zijn van de mogelijkheden voor ondersteuning. En schaamte maakt dat je het niet gaat vragen.” – intern begeleider basisschool.

“We zien in veel gevallen de tv aanstaan wanneer we op huisbezoek komen.” – begeleider Integrale Vroeghulp.

Ouders weten niet altijd hoe ze de taalontwikkeling van hun kind het beste kunnen stimuleren. Ook lijken ouders niet op de hoogte van mogelijke schadelijke invloeden, zoals schermtijd bij ouder en kind, of een TV die op de achtergrond aanstaat in de woonkamer waar het kind speelt.[7][8] Sommige ouders hebben andere verwachtingen van wat een peuter zou moeten kunnen op taalgebied, en zien geen probleem wanneer de JGZ aangeeft dat er sprake is van een spraaktaalachterstand.

Uit onderzoek blijkt dat kinderen die opgroeien in een gezin met een lagere sociaaleconomische status een minder rijk taalaanbod ervaren.[1] Verschillende ketenpartners en JGZ-professionals geven aan dat zij een lager sociaaleconomische status en laaggeletterdheid in het gezin zien samengaan met taalproblemen. Deze kinderen lijken minder ervaringen op te doen op sociaal gebied, er zijn vaker weinig boeken of speelgoed aanwezig in huis en ouders kunnen zelf de juiste informatie of instanties niet vinden. Dit kan samengaan met een klein netwerk en minder sociale contacten van ouders.

De hulpverlening voor enkelvoudige spraaktaalachterstanden en voor kinderen met bredere problematiek loopt vast

Alle ketenpartners en de JGZ-professionals geven aan dat wachtlijsten een groot probleem zijn. Zelfs wanneer tijdig signaleerd wordt, zorgt de vertraging in de diagnostiek door de lange wachtlijsten dat een kind niet tijdig op de juiste plek terecht komt. Om deze wachttijd te overbruggen wordt vaak suboptimale hulp ingezet, wat symptoombestrijding is en de oorzaak van de problemen niet aanpakt.

“Als ik nu denk dat een kind misschien een spraaktaalachterstand of een TOS heeft, dan zetten we het kind snel ergens op de wachtlijst. Zodat we over 6-9 maanden meer weten.” – intern begeleider basisschool.

Er zijn te weinig logopedisten en speciale peuterleerplekken.

Den Haag kampt met een enorm tekort aan logopedisten. De uitstroom de laatste jaren was groot. Hierdoor zijn de wachtlijsten opgelopen tot meer dan een jaar of geldt er zelfs een aannamestop. Kinderen krijgen hierdoor te laat hulp, waardoor het risico toeneemt op gedragsproblemen of problemen op andere ontwikkelingsgebieden als gevolg van de spraaktaalachterstand. Om de diagnose TOS te kunnen onderscheiden van andere oorzaken van een spraaktaalachterstand is eerst behandeling nodig. Wanneer een kind na de wachttijd onderzocht wordt door Kentalis, maar nog geen logopedie heeft gehad, kan nog steeds geen diagnose gesteld worden en kan het kind geen specialistische hulp of onderwijs krijgen.

“Ik heb al afscheid moeten nemen van meerdere collega’s die gestopt zijn met het werk of hun praktijk. Ik denk dat het beroep door de jaren heen steeds minder aantrekkelijk is geworden.” – logopedist.

“We hebben veel locaties moeten sluiten omdat logopedisten voor instellingen gaan werken. Een vacature staat al een jaar open, we kunnen 10 logopedisten aannemen qua werk, maar er is gewoon niemand.” – logopedist.

“Van niks is voldoende. Kinderdienstencentra en daghulpgroepen hebben wachtlijsten van een jaar. Van daaruit willen ze doorstroming naar onderwijs, en die plekken zijn er ook niet. Veel kinderen krijgen begeleiding om te overbruggen maar hebben eigenlijk gespecialiseerde zorg nodig.” – begeleider Integrale Vroeghulp.

Ook de wachtlijsten bij Integrale Vroeghulp, de geestelijke gezondheidszorg en jeugdhulpinstellingen zijn lang. Kinderen krijgen geen tijdige diagnostiek. Wanneer wel duidelijk is wat het kind nodig heeft, ontbreken de mogelijkheden voor die hulp. Er zijn weinig speciaal (peuter)onderwijs plekken of daghulpgroepen en kinderdienstencentra (KDC) plekken. Soms kan dit overbrugd worden door ambulante hulp op de peuterleerplek in te schakelen, maar wanneer dit niet kan of niet toereikend is, dan komt een kind thuis te zitten zonder begeleiding of (peuter)onderwijs.

Er is sprake van vervuiling van wachtlijsten bij instanties die diagnostiek en behandeling verrichten bij kinderen met spraaktaalachterstanden.

“Zou het niet beter zijn een centrale wachtlijst te hebben? De jeugdarts verwijst bijvoorbeeld naar Integrale Vroeghulp, en die gaan kijken in welke richting verder wordt verwezen.” – begeleider Integrale Vroeghulp.

“Je moet heel de ketenzorg goed neerzetten met goede afspraken, en duidelijke doelgroepafbakening. Zodat verwijzers weten welke doelgroep waar hoort. En ouders hierin meegaan.” – spraaktaalpatholoog/logopedist Kentalis.

“Samenwerken zien we als een van de grootste oplossingen. We hebben een netwerk van partners die heel graag meedenken, maar het komt iedere keer op dat financiële plaatje uit. Daarnaast zijn meer geschikte plekken nodig, vooral voor de groep peuters die iets anders nodig heeft dan alleen voorschoolse educatie.” – projectleider passende peuteropvang in een kinderopvangorganisatie.

Bij jonge kinderen met een spraaktaalachterstand en bijkomende problemen is het niet altijd meteen duidelijk wat de juiste plek voor een kind is. Ouders willen het kind meer tijd gunnen en hopen dat het kind zich op de peuterleerplek snel ontwikkelt. Voor sommige ouders staan de taalproblemen op de voorgrond, waardoor ze niet open staan voor verwijzing naar IVH of de GGZ. Ze komen dan op de wachtlijst voor de logopedist of Kentalis, terwijl de verwijzer denkt dat een andere instantie beter passend is. Wanneer de logopedist of Kentalis dit uiteindelijk ook vaststelt, is kostbare tijd verloren gegaan en wordt een kind op een wachtlijst voor de volgende instantie geplaatst.

Hoe nu verder?

Dit verkennende onderzoek via registratiegegevens van de Jeugdgezondheidszorg en interviews met professionals bevestigt de ernst van de problematiek en de noodzaak om hier verder mee aan de slag te gaan. Tevens blijkt uit het onderzoek dat het niet heel eenvoudig zal zijn om de problemen op te lossen. Een tekort aan zorgverleners is niet snel en eenvoudig opgelost. Om spraaktaalachterstanden te voorkomen hebben de gesproken ketenpartners en JGZ-professionals een aantal ideeën aangedragen.





Een volgende stap kan zijn om gesprekken met professionals te voeren over concrete preventieve maatregelen en samenwerkingen.

Ook op het gebied van de behandelmogelijkheden hebben ze mogelijke oplossingen aangedragen. Voor de ontwikkeling van het kind is het van groot belang om het kind tijdig op de juiste plek te krijgen. Vroegsignalering heeft hierin een belangrijke rol. Soms is meer tijd of een behandeling nodig om te kunnen ontrafelen wat het probleem precies is. Hiervoor zijn samenwerkingen tussen (jeugd)gezondheidszorg, kinderopvang, onderwijs en jeugdhulp belangrijk. Verwijzing voor verdere diagnostiek of behandeling dient doelmatig te gebeuren. Door vervuiling van wachtlijsten gaat kostbare tijd verloren en krijgt een kind niet tijdig de juiste hulp. Voor verwijzers dient duidelijk te zijn welke problematiek waar hoort, of welke specialisaties bepaalde hulpverleners hebben. Duidelijke verwijsafspraken zijn nodig, die ook gecommuniceerd worden naar ouders. Een centraal multidisciplinair team kan uitkomst bieden wanneer niet duidelijk is waar het kind naartoe verwezen dient te worden.

Ondertussen is de spraaktaalontwikkeling opgenomen in de Kindmonitor: vanaf oktober 2022 registreren de JGZ-professionals in Den Haag een jaar de spraaktaalontwikkeling van de peuters. Ook schermtijd wordt hierin meegenomen. Onderwerpen uit de Kindmonitor worden elke paar jaar herhaald, waardoor op termijn een eventuele trend zichtbaar zal zijn.

De problematiek die uit het onderzoek naar voren komt, speelt zich niet alleen af in Den Haag. Op een

nationaal congres over ontwikkelingsachterstanden bleek dat veel deelnemers (jeugd- en kinderartsen en -verpleegkundigen) zich zorgen maken over spraaktaal- en algehele ontwikkelingsachterstanden en over de vele wachtlijsten. Zelfs op een Europees congres naar schoolgezondheid werd dit probleem genoemd. Hier liggen kansen voor samenwerkingen om dit probleem verder te onderzoeken en aan te pakken.

Dankwoord

Aan dit onderzoek is bijgedragen door: Robine Maat, ten tijde van het onderzoek epidemiologisch onderzoeker, GGD Haaglanden; Yara Smit, Jeugdarts KNMG CJG Den Haag en Epidemioloog GGD Haaglanden; Yvonne Turfboer Krom, arts Maatschappij & Gezondheid, CJG Den Haag; Marjan Hijma, Manager JGZ, Gemeente Den Haag; Romeo Egbeama, BI Analist, Gemeente Den Haag; Niels Gerrits, epidemiologisch onderzoeker, GGD Haaglanden.

Speciale dank gaat uit naar de gesprekspartners, die naast de gesprekken ook de tijd hebben genomen het artikel ter goedkeuring te lezen. Ook de input van de vele jeugdgezondheidszorgprofessionals van CJG Den Haag is zeer waardevol geweest.

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

OVER DE AUTEURS

Mw. Dr. L. Toemen, AIOS Jeugdgezondheidszorg en MSc Health Sciences, CJG Den Haag.

Mw. Dr. Ir. I.M. van der Meer, senior epidemiologisch onderzoeker, GGD Haaglanden.

E-mail: liza.toemen@denhaag.nl

REFERENTIES

1. Blom E. **Wat iedereen moet weten over de taalontwikkeling van kinderen in een diverse samenleving** [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 21]. Available from: <https://www.uu.nl/sites/default/files/uu-fsw-elmablom-artikel.pdf>
2. Carmiggelt E, Uilenburg N, Romeijn J, Stam-van den Doel H, Pijpers F. **Uniforme signalering van taalachterstanden bij jonge kinderen** [Internet]. 2013 [cited 2022 Mar 21]. Available from: https://assets.ncj.nl/docs/handreiking_taalsignalering_web.pdf
3. **Virtual Autism: A New Threat to Toddlers - The Durable Human** [Internet]. [cited 2022 Aug 5]. Available from: <https://durablehuman.com/virtual-autism-new-threat-toddlers-too-much-screen-time/>
4. **Den Haag in Cijfers - Gemiddelde achterstandsscore - Stadsdelen** [Internet]. [cited 2022 Sep 7]. Available from: <https://denhaag.incijfers.nl/jive>
5. **Den Haag in Cijfers - % bereikte kinderen van 2-5 jaar door de Jeugdgezondheidszorg - Gemeenten** [Internet]. [cited 2022 Sep 16]. Available from: <https://denhaag.incijfers.nl/jive>
6. **Den Haag in Cijfers - Aantal 0- tot 23-jarigen in Haagse bevolking: - Stadsdelen** [Internet]. [cited 2022 Aug 30]. Available from: <https://denhaag.incijfers.nl/jive>
7. Madigan S, McArthur BA, Anhorn C, Eirich R, Christakis DA. **Associations Between Screen Use and Child Language Skills: A Systematic Review and Meta-analysis.** JAMA Pediatr [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2022 Aug 5];174(7):665–75. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2762864>
8. Alroqi H, Serratrice L, Cameron-Faulkner T. **The association between screen media quantity, content, and context and language development.** J Child Lang [Internet]. 2022 Jun 27 [cited 2022 Aug 5];1–29. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35758141/>



Zorg goed geregeld bij opvang Oekraïners in Haaglanden

Toen de coronapandemie in februari begon af te nemen, leek het even wat rustiger te worden voor GGD, GHOR en gemeenten. Maar dat was van korte duur. Want op 24 februari viel Rusland Oekraïne binnen en al gauw kwam de eerste vluchtelingenstroom op gang. De veiligheidsregio's kregen de opdracht om de opvang van de Oekraïners te organiseren. Hoe is dat proces verlopen? En waar liep men in Haaglanden tegenaan? Zes betrokkenen vanuit de GHOR, GGD Haaglanden en de gemeente Den Haag kijken in een interview terug op de eerste opvangperiode van februari tot september.

Marlies Wopereis

Antoinette Gelton kan het zich nog levendig herinneren. Zij werkt bij de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) Haaglanden, de organisatie die bij crises in de regio de geneeskundige hulpverlening coördineert. “In de week van 3 maart had ik piketdienst. Dat betekent dat je bij een crisis het aanspreekpunt bent voor bijvoorbeeld gemeenten en zorgorganisaties. De oorlog was toen net een week bezig en de eerste vluchtelingen kwamen in de regio aan. Sommigen hadden direct zorg nodig en de vraag aan ons was om dat te organiseren. De eerste weken deden we dat houtje-touwtje, door contact te leggen met zorgverleners uit ons netwerk en de Oekraïners daar met taxi's heen te brengen. Tegelijkertijd maakten we ons sterk om zo snel mogelijk een centraal zorgcoördinatiecentrum op te zetten voor de hele veiligheidsregio. Nog geen twee weken later was dat gerealiseerd.”

Broodfabriek

De eerste stap was de oprichting van een centraal aanmeldcentrum voor Oekraïense ontheemden in Haaglanden. Dit aanmeldcentrum, dat vanuit de Veiligheidsregio wordt aangestuurd, ging op 14 maart



van start in de Broodfabriek in Rijswijk. Sandra Giesen werd de locatiemanager: “Ik had mijn opdracht als vaccinatiemanager nauwelijks afgerond, toen de GGD me voor deze functie vroeg. We zijn onmiddellijk aan de slag gegaan. Bij het aanmeldcentrum melden Oekraïners zich als ze op zoek zijn naar een opvangplek. Wij voeren dan een intakegesprek om te bepalen op wat voor soort locatie ze het beste passen. Daarbij kijken we bijvoorbeeld naar de gezinssamenstelling, huisdieren, leeftijd en fysieke beperkingen. Vervolgens kijken we waar er plaats is. Dat kan een opvanglocatie in de regio zijn, maar ook in een ander deel van het land. Wij regelen het vervoer daarnaartoe en vervolgens pakt die regio het verder op.”

Zorgcoördinatiecentrum

Tijdens de intake komt ook de zorgbehoefte aan de orde. Blijkt die behoefte aanwezig te zijn, dan wordt de persoon doorverwezen naar het zorgcoördinatiecentrum (ZCC), dat ook in de Broodfabriek zit. Mariska Keijzer van GGD Haaglanden is daar de coördinator: “Toen ik in maart bij het ZCC startte, waren er al huisartsen van Hadoks aanwezig. In het begin gingen alle aanmelders met een zorgvraag daarnaartoe. Sommigen konden direct geholpen worden met bijvoorbeeld een recept. Anderen werden doorverwezen naar een specialist of andere zorgverlener. Daarvoor maakten onze zorgcoördinatoren dan de afspraken. Zeker in de eerste maanden merkten we dat iedereen klaarstond om mee te werken. Misschien omdat de oorlog zo dichtbij was en de media er dagelijks over berichtten. Later werden de artsen en zorgverleners wat terughoudender. Maar mede dankzij de bemiddeling van de GHOR konden we blijven rekenen op een goed netwerk.” In juni zijn de huisartsen uit het zorgcoördinatiecentrum vertrokken, omdat zij hun reguliere werk weer moesten oppakken. De coördinatoren van het centrum zijn nu het eerste aanspreekpunt voor Oekraïners die zich bij hen melden. Zij zorgen ervoor dat de betreffende personen bij een huisarts of andere zorgverlener terecht kunnen. Daarnaast spelen de opvanglocaties een belangrijke rol. Mariska: “Als een Oekraïner al in een opvanglocatie woont, meldt hij zijn zorgvraag bij de hulpverlener aldaar. Die kijkt dan of er een afspraak gemaakt kan worden bij een huisarts in de buurt. Wij springen vooral in bij de complexe casussen, zoals bij mensen met een verslaving, psychiatrische problemen of een ernstige ziekte. Wij zoeken voor zo iemand de juiste zorg en kijken bijvoorbeeld ook op welke locatie hij het beste past. Want waar de één baat heeft bij rust

en privacy, is de ander meer op zijn plek in een huis met veel begeleiding en onderling contact.”

Opvanglocaties

Daarbij helpt het dat Haaglanden diverse soorten opvanglocaties heeft. Petra Witteman van de gemeente Den Haag is samen met twee collega's verantwoordelijk voor de langdurende opvanglocaties in de stad: “Toen we eind februari de opdracht kregen om opvangplekken te organiseren, hebben we meteen contact gezocht met het Leger des Heils. Zij hadden al een locatie in de Schilderswijk, die bestemd was voor de winterkouderegeling voor daklozen. Daar hebben we de eerste Oekraïners opgevangen. Vervolgens is er ongeveer elke twee weken een nieuwe locatie open gegaan. In september hadden we in Den Haag tien operationele locaties en vier à vijf nieuwe in de pijplijn. Daarin konden we meer dan 1000 Oekraïners opvangen. Ook de andere gemeenten in de veiligheidsregio vangen Oekraïners op. Samen werken we er hard aan om het streefgetal van 3000 opvangplekken te halen.”

Het was volgens Petra Witteman niet altijd makkelijk om geschikte locaties te vinden: “Natuurlijk wil je het liefst locaties die gebouwd zijn om bewoond te worden. Daarvan hebben we er ook een aantal, zoals een voormalig verzorgingshuis en het vroegere Shell-hotel. Maar daarmee redden we het niet. Daarom hebben we met de GGD, GHOR en brandweer gekeken aan welke eisen een gebouw minimaal moet voldoen om geschikt gemaakt te kunnen worden voor bewoning. Met die eisen in ons achterhoofd hebben we nieuwe gebouwen gevonden, zoals het voormalige conservatorium en een oud klooster. Deze hebben we in sneltreinvaart klaargemaakt voor bewoning en na een grondige inspectie van de GGD zijn ze in gebruik genomen.”



Slaapruimtes in De Schildershoek





Kledingmarkt bij de opvang in De Broodfabriek

Inspecties

Voor de GGD is de inspectie van opvanglocaties een reguliere taak, die ze nu moesten opschroeven. Projectsecretaris Daan Wind: “We kijken dan of het gebouw voldoet aan de normen die een goede hygiëne waarborgen. Dit kan bijvoorbeeld verspreiding van infectieziekten voorkomen. Belangrijke aandachtspunten zijn onder meer ventilatie, legionella, voedselbereiding en voldoende sanitaire voorzieningen. Het grootste deel van de gebouwen hebben we goedgekeurd, met daarbij de nodige adviezen. Gezien de bijzondere gebouwen die erbij zaten, viel dat reuze mee.” Ook Petra Witteman is tevreden: “We hebben eigenlijk maar één hygiënekwestie gehad. Dat waren bedwantsen in een hotel waar Oekraïners in de eerste weken werden opgevangen. Gelukkig konden we de mensen snel verplaatsen naar een andere locatie. Dat was dus vrij eenvoudig opgelost.”

Infectieziektebestrijding

De GGD moest zijn werkzaamheden ook uitbreiden als het ging om de infectieziektebestrijding. Projectleider Lianne Wijnen: “Met zoveel mensen bij elkaar is een uitbraak van corona of een andere infectieziekte een risico. Zeker omdat de vaccinatiegraad in Oekraïne relatief laag is, zowel als het gaat om corona als om andere infectieziekten. We hebben de locatiebeheerders daarom gevraagd om alert te zijn op signalen van een uitbraak en ons dan direct te waarschuwen. Om ze te helpen hebben we een draaiboek gemaakt, een webinar gegeven en locaties bezocht. Ook hebben de gemeenten voor zelftests gezorgd en was er een speciaal coronahuis, waar mensen in isolatie konden gaan als dat op hun eigen locatie niet moge-

lijk was. Maar uiteindelijk is daar geen gebruik van gemaakt en is er nergens een grote uitbraak geweest.” “We zijn nu nog aan het kijken hoe we de vaccinatiebereidheid van de Oekraïners kunnen vergroten”, voegt Daan Wind toe. “Daarover spreken we onder andere met Oekraïners zelf, omdat zij het beste weten hoe we hun landgenoten het effectiefst kunnen voorlichten.” Petra Witteman: “We merken dat laagdrempelige voorlichting door de locatiebeheerders vaak het beste werkt. Dat geldt voor corona, maar ook voor andere zaken. Dat komt mede doordat de beheerders veelal maatschappelijke organisaties zijn, zoals het Leger des Heils, Middin en Stichting Jess. Zij zijn gewend om goed contact te maken met bewoners en te zien wat zij nodig hebben. Mede daarom hebben we ook nauwelijks incidenten gehad, zoals conflicten of geweld. De hulpverleners op de locaties weten die goed in de kiem te smoren door op tijd het gesprek aan te gaan.”

Psychosociale hulp

Een ander aandachtspunt van de GGD was psychosociale hulp. Lianne Wijnen: “In het begin dachten we dat daar veel behoefte aan zou zijn. De mensen kwamen immers uit een oorlogsgebied. Daarom is er met regionale GGZ-instellingen en maatschappelijk werk een pool gevormd van hulpverleners die ingezet konden worden als daar behoefte aan was. Maar daar is maar een heel beperkt beroep op gedaan. De vluchtelingen vingen elkaar op en waren in eerste instantie vooral bezig met hun eerste levensbehoeften. Waarschijnlijk komt er pas later ruimte om eventuele trauma's naar boven te laten komen. De psychosociale hulp is nu overgenomen door de reguliere hulpverlening.”

Cultuurverschillen

Terugkijkend vinden alle betrokkenen dat de eerste opvangperiode verrassend goed is verlopen. Maar natuurlijk waren er ook wel knelpunten. Zo bleek dat de Oekraïners soms een ander idee hadden van zorg dan in Nederland gebruikelijk is. Mariska Keijzer: “In Nederland gaat iemand met een zorgvraag eerst naar de huisarts. Die fungeert als een poortwachter en verwijst alleen door naar een specialist als dat echt nodig en zinvol is. Maar in Oekraïne zijn de mensen gewend om direct naar een specialist te gaan, hoe groot of klein hun zorgvraag ook is. Bovendien krijgen ze dan vaak een hoop medicijnen, waaronder antibiotica. In Nederland zijn de artsen daar juist terughoudend mee.”

“Het gevolg was dat de Oekraïense vluchtelingen regelmatig ontevreden waren over de Nederlandse zorg. Ze konden niet bevatten dat ze niet zomaar naar een specialist konden en ook geen antibiotica kregen. We hebben daar veel uitleg over moeten geven, zowel aan de vluchtelingen zelf als aan de hulpverleners op de locaties. Die vonden het lastig dat ze de bewoners soms niet konden bieden waar ze om vroegen. Maar het Nederlandse systeem is nu eenmaal anders dan het Oekraïense. En de druk op de zorg is al erg hoog. Daarom maken we ook niet zomaar een afspraak met een huisarts, maar vragen we eerst door of het echt nodig is. Soms is een luisterend oor nog veel belangrijker en dat kunnen we zelf prima bieden.”

Financiering

Een ander lastig punt was de financiering van de zorg van de huisartsen en andere zorgverleners. Antoinette Gelton: “Zij konden hun kosten in eerste instantie declareren bij de CAK-regeling voor onverzekerden. Maar dat was administratief enorm ingewikkeld. Daardoor waren sommige praktijken minder snel bereid om mee te werken, terwijl andere ervoor kozen om dan maar niet te declareren en gratis zorg te verlenen. Gelukkig is er sinds 1 juli een nieuwe regeling: de Regeling Medische zorg Ontheemden uit Oekraïne (RMO). Daarvan is het declaratieproces een stuk eenvoudiger, waardoor de weerstand onder de artsen is verminderd.” Mariska Keijzer: “Alleen de mondzorg is soms nog een probleem. Want lang niet alle tandartskosten worden vergoed, terwijl de verwachtingen onder de Oekraïners hoog zijn. Maar Nederlanders krijgen ook niet gratis een nieuwe brug of kroon, als ze daar niet voor verzekerd zijn. Ook dit moeten we blijven uitleggen.”

Nieuwe opvanglocaties

Qua opvangplekken blijft het een uitdaging om voldoende locaties te hebben. Petra Witteman: “De meeste opvanglocaties zijn tijdelijk. Daar moeten we dus andere voor in de plaats krijgen. We blijven daarom zoeken naar geschikte gebouwen, net als de andere gemeenten in de veiligheidsregio.” Daarnaast is het de vraag hoeveel Oekraïense vluchtelingen er nog komen. Sandra Giesen: “In september meldden zich bij het aanmeldcentrum ongeveer 100 vluchtelingen per week. Dat waren er in de eerste maanden veel meer. Maar het aantal kan weer oplopen door ontwikkelingen in de oorlog. Bovendien melden zich nu ook Oekraïners bij ons, die eerst door particulieren zijn opgevangen. Ook daar willen we graag een goede plek voor vinden.”

Trots

Voor alle betrokkenen geldt dat ze trots zijn op hoe het proces is verlopen. Dat kwam vooral door de gemotiveerde en flexibele medewerkers. Diverse teams hebben er gezamenlijk de schouders onder gezet. Sandra Giesen: “Niemand was op deze crisis voorbereid, dus we moesten veel improviseren en al doende leren. Maar door de coronapandemie waren we al gewend om snel een test- of vaccinatiecentrum op te zetten. Van die ervaring konden we nu profiteren. Bovendien waren er door de afname van de pandemie veel test- en vaccinatiemedewerkers voor ons beschikbaar. Daardoor hadden we in de Broodfabriek en het zorgcoördinatiecentrum een fantastisch team.”

Ook Antoinette Gelton van de GHOR is tevreden: “Het zorgcoördinatiecentrum heeft haar werk perfect gedaan. Ze hebben goede afspraken gemaakt met de zorgverleners, waardoor er rust is gebleven in de reguliere zorg. En als er wat was, trokken ze direct aan de bel, waardoor we problemen snel konden oplossen. Daarbij hebben we natuurlijk ook veel medewerking gehad van de gemeenten en de GGD.”

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

OVER DE AUTEUR

Mw. M. Wopereis, tekstbureau Lopende teksten



Ongedocumenteerde oudere migranten: ‘Vechten met het leven’

Het aantal ongedocumenteerde oudere migranten neemt toe. Ook in regio Haaglanden. Decennia lang leefden en werkten ze zonder een legale verblijfsstatus, terwijl nu na al die jaren, hun zorgbehoefte behoorlijk toeneemt. Hun toegang tot zorg en bijstand, als men al durft en de energie heeft om daar een beroep op te doen, is echter zeer beperkt. Het onderzoek ‘Vechten met het leven’ bracht medio 2022 het schrijnende gemarginaliseerde leven van deze mensen in beeld. Het was voor het Wereldhuis (STEK) Den Haag aanleiding om, samen met de Regenboog Groep Amsterdam en Stichting OKIA, hier een symposium aan te wijden.

Dit artikel schetst de Haagse situatie, geeft de uitkomsten van het onderzoek en meldt de conclusies van de symposiumdeelnemers. Daarna volgt aangrijpende casuïstiek van ongedocumenteerde ouderen die ten einde raad of zeer verzwakt een beroep doen op de ondersteuningsorganisaties in Den Haag.

Aan de lezer de uitnodiging om mee te denken hoe de ongedocumenteerde ouderen in de regio op het juiste moment de juiste zorg kunnen krijgen, ondanks de belemmerende wetgeving.

Ineke van Beijnum, Alette Broekens en Richard Starmans

Inleiding

Er is een groep ouderen die tussen de twintig en dertig (met een uitschieter van vijftig) jaar ongedocumenteerd in Nederland leeft, en in veel gevallen ook gewerkt heeft. Zij zijn ooit naar Nederland gekomen voor hun veiligheid, werk of anderszins, en hebben nooit een legale verblijfsstatus kunnen verkrijgen of zijn die verloren. Ze hebben tijdens hun langdurige verblijf hier gewerkt en hun sociale netwerk opgebouwd. Ze zijn hier ‘iemand’ geworden. Velen hebben geen banden meer mét en kunnen vaak niet meer terug naar hun land van herkomst. Deze ouderen voelen zich meer verbonden met de Nederlandse samenleving dan met hun land van herkomst. Ze hebben - net als alle ouderen - een toenemende zorgbehoefte. Helaas is de toegang tot sociale voor-

zieningen, verstrekkingen en bijstand voor ongedocumenteerden door de introductie van de Koppelingswet in 1998 in principe afgesloten. Ondersteuningsorganisaties als het Wereldhuis, Vluchtelingenwerk en de straatdokters zien de hulpvragen toenemen.

Haagse situatie ongedocumenteerde ouderen

Een van de ondersteuningsorganisaties waar ongedocumenteerde migranten terecht kunnen in Den Haag is het Wereldhuis. Dit is een ontmoetingsplek voor mensen met elk een eigen verhaal en achtergrond, uiteenlopend van ervaring met mensenhandel tot arbeidsmigratie of vluchten voor oorlog of geweld. Het Wereldhuis helpt deze mensen om hun primaire rechten te kennen en waar mogelijk te benutten om

onmenselijke leefomstandigheden te voorkomen. Sinds de oprichting in 2011 ziet het Wereldhuis een gestage groei van het aantal individuele bezoekers tot zo'n 1000 per jaar (ruim 50 hulpvragen per week), waarvan er velen vaker terugkomen.

Bijna iedere bezoeker van het Inlooppreekuur ondervindt problemen met haar of zijn gezondheid. De klachten en vragen betreffen uiteenlopende problemen op het vlak van vele gezondheidsdeterminanten, zoals het ontbreken van woonruimte; geen legale werk- en scholingsmogelijkheden; zich niet kunnen verzekeren of zelfs inschrijven in de gemeentelijke basisadministratie; geen eigen drinkwatervoorziening, toilet, keuken; of een andere vorm van uitsluiting. Dergelijke omstandigheden en ontberingen maken mensen kwetsbaar voor uitbuiting, vooral als slachtoffer, maar mogelijk ook als dader. Omdat mensen onder de radar willen blijven, durven ze zich niet altijd in te schrijven in een huisartsenpraktijk. Mensen gaan schulden aan om een tandarts, een apotheek of aan de balie van een ziekenhuis te betalen. Velen lopen te lang door met hun gezondheidsklachten, waardoor deze (onnodig) ernstig zijn op het moment dat zij deze wel presenteren. Veel gezondheidsproblemen zijn leefstijlgerelateerd en

een aanzienlijk aantal bezoekers mist de noodzakelijke gezondheidsvaardigheden om dagelijks te overleven. Voor dergelijke zeer uitdagende levensomstandigheden zijn ook meer dan normale vaardigheden nodig om de zware stress te reduceren. Vaak ontbreekt aandacht voor de oorzaken van kwalen en is er onvoldoende kennis van het menselijk lichaam. Soms is iemand onvoldoende geletterd. Verwacht wordt dat de problematiek – in de lijn van het onderzoeksrapport en de casuïstiek (zie pagina 22) – verder zal toenemen met de leeftijd van deze mensen.

Vangnetten voor ongedocumenteerden

De zorg is tot op zekere hoogte nog redelijk geregeld. Het is immers een van de grondrechten in Nederland dat ieder mens recht heeft op medisch noodzakelijke zorg.[1] Wat onder 'medisch noodzakelijke zorg' verstaan wordt is goed omschreven in het rapport van de commissie Klazinga. [4]

Dit impliceert (theoretisch) dat mensen 'zonder papieren' terecht kunnen bij onder andere huisartsen, en andere eerstelijns zorgverleners, ziekenhuizen, GGD en apotheek. Hiervoor bestaat ook een declaratiesysteem (80% van de gebruikelijke tarieven) bij



Een ongedocumenteerde 68-jarige migrant uit Suriname maakt zich zorgen over een slaapplek als er geen winteropvang van kracht is.

het CAK, CAK - Regeling onverzekerbare vreemdelingen (hetcak.nl) en de regeling Asielzoekers en ongedocumenteerde vreemdelingen van het KNMG. Aanvullende informatie is eveneens te vinden op de website van het landelijk informatie- en adviespunt over zorg aan illegalen (Lampion), Dokters van de Wereld of via de geaccrediteerde e-cursus van de Johannes Wier Stichting.

Andere organisaties die zich inzetten voor mensen zonder 'papieren' zijn met name migranten-organisaties, moskeeën, kerken, Vluchtelingenwerk, straatconsulaat en het Straatpastoraat.

Veel voorkomende hulpvragen in de praktijk

Veel mensen lijden aan armoedegerelateerde ziekten en kwalen, zoals diabetes, hart- en vaatziekten, HIV

en hebben hiervoor medicatie nodig. Verder is er een grote vraag naar tandzorg door achterstallig gebitsonderhoud en veel mensen hebben vroeg of laat een bril of gehoorapparaat nodig. Er gebeuren ongelukken en mensen raken gewond op het werk, in huis of in het verkeer. Mensen krijgen op relatief jonge leeftijd kanker of een CVA en regelmatig is er palliatieve zorg nodig. Corona zorgde voor veel onzekerheid en soms paniek. Er zijn lichamelijke (slijtage, schade door onbeschermd werk) en geestelijke gevolgen (depressie, persoonlijkheidsstoornis) van uitsluiting, misbruik en uitbuiting, afhankelijke positie (onbedoelde zwangerschappen en abortus), angst. Vaak wordt de stress nog verhoogd door de ontvangst van onbetaalbare zorgfacturen en meerdere incassobureaus.

Juridische basis van recht op gezondheid, belang van inclusie in zorgsysteem

- **Gezondheid is een mensenrecht.** Dit is in 1948 vastgelegd toen de Verenigde Naties als reactie op de Holocaust de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens aannamen. In 1976 trad het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten in werking, inclusief het recht op gezondheidszorg en in 2002 werd dit in een resolutie door de mensenrechtencommissie van de Verenigde Naties verder uitgewerkt: iedereen heeft recht op de hoogst haalbare gezondheid op basis van een gezondheidszorg die beschikbaar, toegankelijk, aanvaardbaar en van goede kwaliteit is. Elk grondrecht, dus ook het recht op gezondheid, impliceert een overheidsverplichting: respecteren, beschermen en verwezenlijken.
- In Nederland lijkt dit goed geregeld, maar het **recht op preventie**, dat voortvloeit uit deze rechten, en het recht op toegankelijkheid van zorg worden onvoldoende nageleefd, stelt internist Fransje Sniijders van de Johannes Wier Stichting.[3]
- In 1998 sloot de **Koppelingswet ongedocumenteerde mensen af** van alle overheidsvoorzieningen in Nederland. Op basis van internationaal recht moest een uitzondering gemaakt worden voor onderwijs voor leerplichtige kinderen, gezondheidszorg en rechtsbijstand. Tijdens de parlementaire behandeling van deze wet leidde de betrokkenheid van zorgverleners, gemeenten en anderen tot de definitie 'medisch noodzakelijke zorg'.
- **Wat is medisch noodzakelijke zorg?** In 2007 heeft de Commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde

asielzoekers en illegale vreemdelingen (commissie Klazinga) het rapport Arts en Vreemdeling uitgebracht. Dit rapport bevat richtlijnen voor zorg- en behandelsituaties. 'Medisch noodzakelijke zorg' dient naar het oordeel van de commissie als 'verantwoorde en passende medische zorg' te worden gedefinieerd. Zij schrijven 'Deze zorg is doeltreffend en doelmatig, wordt patiëntgericht verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Als de duur van het verblijf in Nederland onduidelijk of langdurig is, is de continuïteit van adequate medische zorg leidend en dient de medische zorg gelijk te zijn aan de reguliere basiszorg voor verzekerden.'

- **Belang van inclusie in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem.** Dat in Nederland de toegang tot zorg in principe geregeld is, is vrij uniek in Europa. Het gaat om het voorkómen van uitsluiting, van een status aparte dat een ongedocumenteerd bestaan toch al met zich meebrengt. Als zorgverlener is het van belang je te realiseren dat je met je zorg ook zo min mogelijk aanleiding tot uitsluiting geeft. Sociale uitsluiting heeft gevolgen voor de gezondheid van mensen, denk aan stress, depressie, ongezonde leefstijl, risicovolle werkomstandigheden, kortere levensverwachting.
- **Drempels in de toegang tot zorg zijn:** onbekendheid met het Nederlandse zorgsysteem, onzekerheid, geldgebrek, schaamte en angst, overlevingsmodus, moeite met communicatie en onbekendheid met het recht op zorg zowel bij zorgverleners als patiënten.

Het verschil tussen vluchtelingen en mensen zonder geldige verblijfspapieren

Voor zorgverleners is dit verschil vooral administratief van aard. Het gaat in alle gevallen over de zorg aan mensen, met of zonder geldige verblijfspapieren. Onder mensen zonder geldige verblijfspapieren bevinden zich ook vele vluchtelingen en onder vluchtelingen bevinden zich mensen zonder geldige verblijfspapieren.

Vluchtelingen melden zich na aankomst in Nederland in Ter Apel voor asiel en vallen gedurende hun asielprocedure onder verantwoordelijkheid van de Nederlandse overheid. Daarbij hoort voedsel en onderdak, veiligheid, gezondheid en onderwijs. Voor gezondheidszorg voor deze mensen is er de Regeling Medische Zorg Asielzoekers, dat is een zorgverzekering vergelijkbaar met het basispakket voor alle Nederlanders. 'Ongedocumenteerden' kunnen zich melden voor asiel maar kunnen worden afgewezen. Dit heeft uiteenlopende redenen: iemand komt uit een 'veilig' land; iemand is op zijn vlucht eerst in een ander EU-land geweest; iemand heeft een asielprocedure achter de rug en is afgewezen; iemand is te zeer getraumatiseerd om zich te kunnen voegen in een bestaan in een AZC.

Mensen komen naar Nederland voor veiligheid, werk, de liefde of om een bestaan op te bouwen; niet altijd zijn hun verblijfspapieren daarbij in orde. Dit is een overtreding. Ook is het zo dat je als persoon zonder geldige verblijfsdocumenten geen aanspraak kunt maken op de voorzieningen, die voor mensen met papieren wel gelden.

Als bijvoorbeeld het visum niet tijdig is verlengd, kan iemand ongedocumenteerd raken. Deze persoon heeft dan geen BSN, kan zich niet inschrijven in een Nederlandse gemeente, kan in Nederland geen zorgverzekering afsluiten en mag geen legaal werk doen. Deze persoon kan zelfs geen contract aangaan voor vrijwilligerswerk en kan geen belasting betalen. Zij of hij heeft geen toegang tot sociale voorzieningen en kan geen opleiding meer beginnen na haar/zijn 18de verjaardag. De strekking van het beleid is: deze persoon hoort hier niet te zijn en wordt door de overheid ook wel 'niet-rechthebbend' genoemd. Om toch te overleven worden mensen onevenredig afhankelijk van anderen voor hun basisbehoeften als voedsel en onderdak. Dit brengt een zeer groot risico op misbruik of uitbuiting met zich mee. Volgens officiële schattingen zouden er in Nederland tussen de 23 duizend en 58 duizend mensen zonder geldige verblijfspapieren verblijven.[2]



Wetenschappelijk onderzoek 'Vechten voor leven'

In juni 2022 verscheen het sociaalwetenschappelijke onderzoek 'Vechten voor het leven' naar de levensituatie van oudere ongedocumenteerden. Dit maakt deel uit van een tweeluik samen met de 'Juridische Verkenning van het Recht op Voorzieningen en Verblijf van Ongedocumenteerde Ouderen in Nederland'. [5][6]

'Vechten voor het leven' is een kwalitatief onderzoek onder ongedocumenteerde oudere migranten in Nederland en beschrijft de dagelijkse problematiek op het gebied van huisvesting, inkomen, gezondheid en sociale inbedding van de oudere langdurig verblijvende ongedocumenteerden in Nederland. Het rapport laat op soms onthutsende wijze zien hoe de ouderen, die vaak wel bij de overheid bekend zijn, een gemarginaliseerd bestaan leiden in de Nederlandse samenleving. Ze kunnen vaak niet of nauwelijks aanspraak maken op basale medische zorg en sociale voorzieningen.

De 'Juridische Verkenning' schetst de veranderde beleids- en wetswijzigingen sinds de jaren '90. Dit gaat met name over de steeds engere interpretatie van onder andere het recht op verblijf op basis van persoonlijke schrijnende omstandigheden en op grond van gezinshereniging.

De Regenbooggroep, initiator van beide onderzoeken, vindt het vanuit mensenrechten-perspectief onhoudbaar hoe het steeds strengere vreemdelingenbeleid ongedocumenteerde ouderen reduceert tot ongewenste vreemdelingen. Door het uitbrengen van de twee rapporten wil de Regenbooggroep een nationale discussie stimuleren om te komen tot duurzame oplossingen voor tenminste de ouderen die vijftien jaar of langer in Nederland verblijven.



Het is nodig de uitwassen van de Koppelingswet terug te draaien en de regeling verruimde gezinshereniging te herintroduceren.

Typologie van ongedocumenteerde ouderen

De onderzoekers hebben op basis van de interviews een indeling in drie verschillende groepen gemaakt:

- Asielzoekers: het herkomstland verlaten uit angst voor vervolging of vrees voor eigen veiligheid en pas laat (uit angst voor autoriteiten) asiel aanvraagd. Hierbij hebben ze te maken met afgewezen of ingetrokken asielvergunningen.
- Investeerders: migratie uit land van herkomst om hun gezin of familie financieel te ondersteunen door arbeid in het buitenland te verrichten.
- Avonturiers: migratie om het avontuur aan te gaan - met een veelheid aan motieven (ontvluchten dienstplicht, elders studeren, gezinshereniging, huiselijke ruzies ontlopen, andere werelden/mensen leren kennen).

Uitsluiting is het belangrijkste probleem, bij alle drie de groepen. Veel is niet of moeilijk toegankelijk.

Mensen zonder papieren kunnen bijvoorbeeld geen bankrekening openen. Dat laatste betekent uitsluiting van een aantal plekken en voorzieningen waarvoor elektronisch betalen een vereiste is geworden.

Mensen raken door allerlei oorzaken ongedocumenteerd. Vaak kost overleven dan zoveel energie, dat een goed beroep op rechten niet meer van de grond komt. Zie ook onder het kopje 'Het verschil tussen vluchtelingen en mensen zonder geldige verblijfspapieren' op pagina 20.

De onderzoekers geven in hun rapport aan dat problemen niet alleen opgelost kunnen worden door voor ouderen die langdurig in Nederland verblijven een legaal verblijf te realiseren. Het is ook nodig de onbedoelde en ongewenste uitwassen van de Koppelingswet terug te draaien en de regeling verruimde gezinshereniging te herintroduceren.

Conclusies en aanbevelingen door Haagse hulpverleners

Op 5 juli 2022 organiseerde het Haagse Wereldhuis een symposium waar de wetenschappelijk onderzoeken gepresenteerd werden. De vijftig deelnemers waren afkomstig van GGD Haaglanden, Vluchtelingen-

werk, Advocaten vreemdelingenrecht, Rode Kruis, Gemeente Den Haag, Haagse gemeenschap van Kerken, Straatpastoraat, IOM, Straatconsulaat, Stichting ROS, House Martin, Stichting LOS, straatarts, Sociale Fondsen Den Haag. Deze Haagse hulpverleners hebben de conclusies gedeeld en aanbevelingen geformuleerd:

1. Omdat de problematiek van ongedocumenteerde ouderen over zoveel domeinen gaat, is het lastig om meteen conclusies te trekken over hoe we er in Den Haag verder mee kunnen. Het is een goede eerste aanzet om met elkaar stil te staan bij de onderzoeksrapporten. Het vergt verdiepende discussies om focuspunten te kunnen benoemen.
2. Dankzij de netwerken in Den Haag rondom ongedocumenteerden, zoals het breedstedelijk overleg voor ongedocumenteerden, de contacten tussen ondersteuningsorganisaties op casusniveau en het medisch overleg voor ongedocumenteerden, zijn er korte lijnen en zijn een aantal van de meest schrijnende situaties in beeld. De kracht van deze netwerken is het samen zoeken naar oplossingen, in het besef dat voor de uiteindelijke oplossingen landelijke afspraken nodig zijn.
3. We moeten komen tot gezamenlijke systeem-aanbevelingen én helder krijgen welke (mogelijk nog niet verkende) mogelijkheden de oudere ongedocumenteerde migranten zelf hebben – ook al lijkt het vaak uitzichtloos.
4. Op individueel niveau zouden bij verblijfsbeslissingen de oudere ongedocumenteerden alsnog het voordeel van eventuele twijfel moeten krijgen.
5. De politiek zou bemoeilijkende wetgeving moeten terugdraaien, zodat er weer beleidsruimte ontstaat voor 'schrijnende gevallen'.
6. Voor alle andere betrokkenen wordt inzet gevraagd voor legalisering en het tegengaan van marginalisering, maar ook aandacht voor fysieke en mentale problematiek. De casuïstiek op pagina 22 e.v. laat zien hoe de inzet van ervaren (wijk- en straat-)verpleegkundigen kan bijdragen aan het in beeld krijgen van oudere ongedocumenteerden in de stad. Zo kunnen ze tijdig de medisch noodzakelijke zorg geven. Hiermee kan zowel onnodig menselijk leed als maatschappelijke en zorgkosten worden verminderd. Daarbij is het noodzaak om te erkennen dat deze mensen er zijn, dat zij onze samenleving mede hebben vorm gegeven. We moeten hen zien en naar hen luisteren, om zo op enige wijze te beginnen met recht te doen aan groot ervaren onrecht.

Casuïstiek

Mw N.A., Noord-Afrika, bejaard, maar geen eigen bed.

Vrouw (1952) met grijs haar onder een hoofddoekje. Kort en stevig van bouw, vriendelijk en verdrietig. Ze heeft meerdere lagen kleding aan en dikke voeten. Ze lijkt wat koortsig, trilt een beetje en loopt moeizaam. Ze heeft een plastic tasje met doktersbrieven in haar hand. Ik spreek met haar met hulp van een andere dakloze bezoeker als tolk. Mw begrijpt wel wat Nederlands, maar in deze taal een verhaal vertellen of instructies begrijpen lukt niet meer. Ze gebruikt medicijnen waaronder pijnstillers, maagbeschermer, diureticum en psychofarmacum. Na ons gesprek help ik haar de trap af en haar jas dichtknopen en gaat zij opnieuw de straat op. Ik voel me rot en machteloos.

Mw is al sinds 1997 in Nederland, heeft hier altijd in verschillende huishoudingen gewerkt. Tot ze dit nauwelijks meer kon. De huisarts heeft haar naar de GGZ gestuurd vanwege depressieve klachten, maar daar komt ze niet aan. Ze vloeit voortdurend, daarvoor is ze onder behandeling van de gynaecoloog. Ook heeft ze pijnlijke gewrichten en ernstige rugklachten. Ze vindt onderdak bij verschillende kennissen. Daar vertrekt ze steeds weer uit eigen beweging omdat ze wil voorkomen dat mensen haar wegsturen. Het is begin februari, overdag verblijft ze op straat of gaat ze naar de moskee om te bidden, dan kan ze even binnen blijven.

Mw leeft onder voortdurende stress en maakt zich grote zorgen over de toekomst, nu ze ouder wordt en zich steeds kwetsbaarder voelt. Ze heeft geen familie in Nederland en is ook al bijna een generatie lang weg uit haar thuisland, waar ze in nog grotere armoede leefde. Natuurlijk kan ze op de wachtlijst voor GGZ, maar de klachten die haar depressieve gevoelens veroorzaken worden daarmee niet opgelost. Mw mist een basisvoorwaarde voor het dagelijks leven, namelijk een veilige verblijfplaats.

Interventies

- We geven mw wekelijks een boodschappenkaartje van 15 euro. Hier schiet ze natuurlijk niet echt veel mee op, maar dit kan functioneren als haar bijdrage aan een huishouden waar ze enkele nachten onderdak vindt.
- We melden haar bij Transvaalapotheek als ongedocumenteerd, zo krijgt ze haar medicijnen gratis

mee en wordt er voor de betaling hiervan een beroep op regelingen en fondsen gedaan.

- Na wat rondvragen komen we in contact met een dagactiviteitencentrum voor oudere vrouwen, waar meer vrouwen die niet in Nederland geboren zijn elkaar ontmoeten. Zo heeft ze, twee dagen per week, overdag wat afleiding en breidt ze haar netwerk nog wat uit. De coördinator van deze dagactiviteit spreekt haar taal en schakelt haar in als vrijwilliger.
- We vragen bij de diaconie steun aan voor haar reiskosten per ov. Het dagactiviteitencentrum zit aan de rand van de stad, 5 km verder op.
- Ik overleg met de huisarts over haar situatie. De coördinator van het dagactiviteitencentrum vermoedt mentale achteruitgang. Kan een consult van de Specialist Ouderengeneeskunde (geriater) wat licht op de zaak werpen? Als we een realistisch beeld hebben wat ze nog wel kan en wat misschien niet meer, kunnen we eventuele hulp beter afstemmen op haar situatie. De huisarts nodigt haar uit voor een afspraak bij de poh-ggz.
- Ik meld haar aan bij het Daklozenloket, daar wordt haar zaak niet verder opgepakt omdat ze onderdak vindt in haar netwerk en dus niet echt op straat slaapt.

Dhr T. I., West-Afrika, Herseninfarct niet opgemerkt.

Man, 61 jaar, Engelssprekend, ruim tien jaar in Nederland om te werken en geld naar zijn thuisland te sturen. Hij meldt zich met elleboogklachten in het Wereldhuis, zegt te zijn gevallen. Een collega-vrijwilliger ontvangt hem en stuurt hem naar een bekende huisarts in de Schilderswijk. Ze legt uit dat deze een geheimhoudingsplicht heeft omdat dhr bang is om zich ergens te registreren en de dokter niet kan betalen.

Als ik hem enkele weken later zie heeft hij een factuur van het ziekenhuis die hij niet kan betalen. De communicatie verloopt vriendelijk, maar moeizaam. Ik stuur bericht naar de financiële administratie van het ziekenhuis over zijn ongedocumenteerde status en verzoek hen gebruik te maken van de regeling Onverzekerbare Vreemdelingen van het CAK. Bij het weggaan valt het me op hoe wankel hij loopt en ik vrees dat hij opnieuw zal vallen. Ik bied hem aan om te kijken of ik fysiotherapie kan regelen. Ik zoek contact met een kennis van dhr, uit het verhaal begrijp ik dat inmiddels is bevestigd dat dhr een herseninfarct heeft doorgemaakt, volgens de



neuroloog wellicht zo'n vijf maanden daarvoor. Dit is door dhr zelf en zijn kleine netwerk niet herkend, wel heeft hij last van de gevolgen waaronder een beginnende contractuur van zijn linkerarm en -hand, evenwichtsproblemen en afasie. Dit heeft tot gevolg dat hij niet meer kan fietsen, niet meer kan werken, en zijn kamerhuur niet meer kan opbrengen.

Ik zoek contact met de huisarts en uiteindelijk kan dhr een revalidatietraject starten bij Basalt, tien maanden na het doorgemaakte CVA. Na bijna een jaar poliklinische revalidatie word ik gebeld door Basalt. Zij melden dat het traject wordt afgerond, maar dat ze zich zorgen maken over de toekomst van dhr. Ik overleg met de straatverpleegkundige over een huisbezoek. Inmiddels zijn de coronamaatregelen van kracht en dhr en zijn hospita zeggen het huisbezoek af uit vrees voor een coronabesmetting.

Ruim twee jaar later zoekt een vriend van dhr contact en meldt dat het niet goed gaat met dhr. Hij is bedlegerig geworden, kan niet meer zelfstandig naar het toilet, is zeer vermagerd. Hij is lange dagen alleen thuis omdat zijn hospita werkt, met alle gevolgen van dien.

Ik ga eindelijk op huisbezoek en ontmoet dhr weer. Voor de hospita die ook al op leeftijd is, vol toewijding voor dhr zorgt en nog 40 uur per week zelf laagbetaald werk doet, is de situatie bijna niet meer houdbaar. In overleg met dhr en zijn hospita vragen we verpleeghuiszorg aan, via de huisarts. Ondertussen wordt thuiszorg ingeschakeld en schrijft de huisarts een recept voor incontinentiemateriaal. Na drie maanden steggelen over de financiering kan dhr terecht in het verpleeghuis. Ondertussen is er een vrijwillige collega die dhr én een oudere vriend die hem begeleidt, naar het ziekenhuis en het verpleeghuis rijdt.

Dhr J.B., West-Azië, Thuisloos met MS, Colitis ulcerosa en GGZ-problematiek.

Dhr (1972) woont ruim twintig jaar in Nederland, lijdt sinds bijna twintig jaar aan MS. Dhr. is thuisloos en mijdt zorg. Ik bezoek hem op straat omdat hij niet meer in staat is zelfstandig naar het Wereldhuis te komen en ook geen netwerk heeft, waaruit iemand hem zou kunnen begeleiden. Hij slaapt bij iemand in huis, die hem eigenlijk niet kan hebben en wil dat hij vertrekt. Dit doet dhr niet omdat hij dan op straat moet slapen. Dhr meldde zich met ernstige gebitsproblemen. Hij loopt zeer moeilijk, lijdt aan een angststoornis en is gefrustreerd en boos.

Ik leerde hem enkele jaren geleden kennen omdat zijn huisarts vroeg hem te helpen met een scooter. Dit lijkt in eerste instantie geen haalbaar

verzoek. We kunnen nog wel eens een fonds vinden voor een tweedehands scooter, maar dan moet er een adres zijn en een plek zijn waar deze kan worden opgeladen. Dhr kan onmogelijk een adres geven. Hij blijft zeer boos omdat de gemeente hem niet aan onderdak helpt. Hij heeft niets verkeerd gedaan zegt hij, hij is hulpbehoevend en vreest op straat dood te gaan. Zijn land van herkomst was ten tijde van zijn vertrek niet veilig voor hem. Inmiddels heeft hij daar niemand meer die voor een hulpbehoevende onbekende zal zorgen.

Natuurlijk vertrouwt hij ons ook niet. Toch lukt het om een tandarts te vinden die hem van zijn ontstoken elementen afhelpt en een kunstgebit maakt. De abcessen in zijn kaak genezen langzaam maar zeker. We vinden fondsen die dit financieren. We vinden vrijwilligers die hem rijden. We krijgen hem opnieuw in een controletraject bij de neuroloog in het ziekenhuis. Ondertussen zijn er ernstige darmproblemen ontstaan en blijkt hij ook aan colitis ulcerosa te lijden. Wat we nog niet voor elkaar krijgen is GGZ en fysiotherapie. Wel hebben we hem aangemeld voor verpleeghuiszorg. Toen dat begin dit jaar uiteindelijk geregeld was, is hij daar binnen een uur weer vertrokken. Hij kon het niet uithouden op een vierpersoonszaal.

Na overleg over zijn situatie met de Sociale Fondsen is er maatwerk mogelijk en kunnen we toch een tweedehands scooter voor dhr aanschaffen. De verzekering loopt via het adres van het Wereldhuis en dhr heeft zelf een oplaadplaats en stalling voor zijn scooter geregeld.

In overleg met de advocaat die dhr al jaren kent, verzamelen we documentatie voor een aanvraag voor uitstel van vertrek op medische gronden. Mogelijk kan dit een opstap blijken voor een verdere procedure. Deze aanvraag is door de IND afgewezen, zijn advocaat maakt bezwaar.

Dhr N.C., 66 jaar, Noord-Afrika, Geknakt vertrouwen, multitalent.

Ik ontmoet dhr voor het eerst bijna vijf jaar geleden. Hij glimlacht me vriendelijk toe met een nagenoeg tandeloze mond. Hij is zeer mager, maar verder gezond en actief. Hij verblijft in een ander deel van de stad, zo'n 7 km van onze locatie af. Hij komt lopend want, hoe anders? Deze man is inmiddels 40 jaar in Nederland, hiervan heeft hij zo'n 35 jaar meer dan fulltime gewerkt, met name in de horeca, bouw en als hovenier. Hij blijkt in eigen land goed opgeleid, maar zijn diploma's werden hier niet erkend. Verder spreekt hij minstens vijf talen vloeiend. Dhr heeft

nooit een dokter nodig gehad, heeft ook nooit verblijfsrecht aangevraagd, hij is in al die jaren ook nog nooit met de politie in aanraking geweest. Onzichtbaar zijn is zijn tweede natuur geworden. Hij is uitermate bescheiden, wacht eindeloos op zijn beurt en zoekt alleen contact als de nood zeer hoog is. In eerste instantie kon ik hem helpen met contact met een huisarts voor controles en een tandarts voor een kunstgebit. Zijn dagelijks leven kost hem meer energie dan hij kan opnemen. Met een kunstgebit zal hij zijn voedsel beter kunnen kauwen. Met steun van de Voedselbank krijgt hij hopelijk wat meer voedingsstoffen binnen. Met een fiets verbruikt hij wat minder energie dan lopend. Ik zie hem enige jaren niet meer. Totdat de coronamaatregelen hem in het nauw brengen. Het lukt het hem nauwelijks meer om werk te vinden. Dit heeft tot gevolg dat hij zijn kamerhuur niet meer kan opbrengen en op straat zal belanden.

Twee jaar lang loopt de stress op en zakt zijn vertrouwen in de maatschappij tot onder nul. Hij slaapt slecht en zijn gezondheid neemt zienderogen af. De diaconie is bereid om tijdelijk te steunen om hem de gelegenheid te geven naar de toekomst te kijken. Hiervoor is vertrouwen en moed nodig. Samen zoeken we juridisch advies en moedig ik hem aan om zijn netwerk uit te breiden met vrijwilligerswerk. Hij is geestelijk en lichamelijk volledig uitgeput, we staan nog aan het begin van dit traject en de uitkomst is onzeker.

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

DANKWOORD

De auteurs danken Marijke Bijl (coördinator Haags breedstedelijk overleg ongedocumenteerden en projectcoördinator Stichting OKIA) en Lizebeth Melse (coördinator van het Wereldhuis Den Haag / Stichting STEK) voor het organiseren van de discussiebijeenkomst en voor hun bijdragen aan dit artikel.

OVER DE AUTEURS

Mw. I. van Beijnum, MSc, verpleegkundige en verpleegwetenschapper, vrijwilliger Wereldhuis Den Haag.

Mw. A.G. Broekens, MPH, adviseur Sociaal Medische Basiszorg GGD Haaglanden.

Dhr. Dr. R. Starmans, MD PhD, kaderhuisarts GGZ, ouderengeneeskunde en palliatieve zorg, Haagse straatdokter tot 2022.

E-mail: betermetbui@gmail.com

REFERENTIES

1. Derckx VL. **Medische zorg aan irreguliere migranten. Een status quo.** TvGR 2017. No 2.
2. Heijden, PGM van der, Cruyff MJLF, Engbersen GBM, Gils GHC van. (2020) **Samenvatting Schattingen onrechtmatig in Nederland verblijvende vreemdelingen 2017 – 2018.** Utrecht: WODC <https://repository.wodc.nl/handle/20.500.12832/3010>
3. Snijders F. (2018) **Toegang tot zorg is een mensenrecht. Voor kwetsbare groepen schiet de gezondheidszorg tekort.** Medisch Contact. <https://www.medisch-contact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/toegang-tot-zorg-is-een-mensenrecht.htm> benaderd dd 30-8-'22
4. Commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen. (2007) *Arts en Vreemdeling* Utrecht: KNMG, LHV, NVvP, Orde van Medisch Specialisten, Pharos. https://www.johannes-wier.nl/wp/wp-content/uploads/2013/12/Rapport-Arts_en_Vreemdeling.pdf
5. Van Berckel Smit J. **Juridische verkenning van het recht op voorzieningen en verblijf voor oudere ongedocumenteerden.** Amsterdam, Boom, 2022.
6. Staring R, Boesveldt N, Kox M. **Vechten met het leven. Een kwalitatief onderzoek onder ongedocumenteerde oudere migranten in Nederland.** Amsterdam, Boom 2022.



Ander gedrag en middelengebruik van uitgaande jongeren in Den Haag tijdens corona

De coronapandemie heeft het gedrag van uitgaande jongeren die minstens eens in de maand uitgaan veranderd. Zo waren er tijdens de coronapandemie meer thuisfeesten en minder festivals. Daarmee veranderde ook het gebruik van genotmiddelen en werd er door uitgaanders ook minder XTC en speed gebruikt. Het gebruik van cannabis bleef gelijk of werd juist meer. Dit artikel beschrijft de kernbevindingen van het Haags Uitgaans Onderzoek (HUO) uit 2021.[1] Daaruit blijkt hoe en waarom jongeren op een andere manier hun behoefte aan uitgaan hebben vormgegeven tijdens de pandemie, en hoe genotmiddelengebruik en de risico's ervan zijn veranderd. Het HUO beslaat meer dan dit artikel beschrijft, alle resultaten zijn te vinden in de rapportage van het onderzoek.[1]

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

Inleiding

Tijdens het uitgaan gebruiken jongeren genotmiddelen. Deels zijn dit de 'oude' middelen, zoals alcohol, cannabis en partydrugs. Soms vinden ook nieuwe middelen hun weg doordat jongeren experimenteren met 'nieuwe' drugs tijdens het uitgaan. Mogelijk gaan trendvolgers dit gedrag volgen, waarna grote groepen jongeren deze middelen ook gaan gebruiken. Naast het introduceren van nieuwe genotmiddelen vindt tijdens het uitgaan ook riskant gebruik van middelen plaats.

De gemeente Den Haag heeft behoefte aan kennis omtrent de genotmiddelen die worden gebruikt tijdens het uitgaan, de frequentie en de risico's die uitgaanders daarbij lopen. Dit met als doel signalering, ondersteuning van beleid, preventie en voorlichting aan jongeren.

Sinds 2013 doen GGD Haaglanden en Indigo Preventie Haaglanden daarom onderzoek naar het uitgaansgedrag van jongeren en jongvolwassenen tot 35 jaar in Den Haag, het Haags Uitgaansonderzoek (HUO). [2][3][4]

Doel van het HUO is inzicht te krijgen in aard, omvang en wijze van het alcohol- en genotmiddelengebruik tijdens het uitgaan van Haagse jongeren en jongvolwassenen en de risico's die daarbij optreden. Daarnaast signaleert het HUO ook nieuwe trends en genotmiddelen.

Methode

Het Haags Uitgaansonderzoek bestaat uit zowel een vragenlijstonderzoek (survey) als een panelonderzoek. De survey omvat een korte vragenlijst waarin uitgaanders wordt gevraagd naar hun leeftijd, geslacht, woonplaats en het gebruik van alcohol,



cannabis, XTC, cocaïne, ketamine, lachgas en speed (amfetamine) in de afgelopen maand, het afgelopen jaar of ooit. Door de coronapandemie verschilde de methode met vorige jaren. Waar in eerdere edities de vragenlijst onder uitgaanders werd afgenomen op horecalocaties, was dat in 2021 niet mogelijk. De vragenlijst is daarom online uitgezet via Instagram (in de maanden juli, augustus en september 2021). Ook zijn studenten in Den Haag op onderwijslocaties benaderd om de vragenlijst in te vullen (in de maanden september, oktober en november 2021). Via Instagram is de vragenlijst door 248 uitgaanders ingevuld, bij de onderwijslocaties door 141 uitgaanders. Dit leverde een totaal aantal respondenten van 389 op. In de vragenlijst is ook uitgevraagd of jongeren die uitgaan verschil zagen in hun middelengebruik voor en tijdens de coronapandemie. Het panel bestaat uit uitgaanders en professionals uit Den Haag, zij worden los van elkaar geïnterviewd aan de hand van een topiclijst. De panelleden zijn insiders van netwerken uit de uitgaanswereld, waaronder netwerken van uitgaande jongeren en netwerken van jongeren in woonwijken. Het werven van panelleden gebeurt door preventiemedewerkers van Indigo Preventie Haaglanden; vanuit hun werkzaamheden zijn zij bekend met de netwerken uit de uitgaanswereld. De insiders schetsen ontwikkelingen op het gebied van middelengebruik, uitgaanslocaties en rituelen. Deze ontwikkelingen zijn specifiek voor jongeren en jong volwassenen die regelmatig uitgaan (minstens een keer in de maand) en niet te generaliseren naar de algemene jongerenpopulatie. De interviews gaan niet over hun eigen gebruik, maar over

wat de panelleden waarnemen in het netwerk.

Panelleden zijn dus geen respondenten, maar (participerende) waarnemers van netwerken waar zij deel van uitmaken. Eigen gebruik komt alleen ter sprake om het gebruik in het netwerk beeldend te maken.

Resultaten

Vier kernbevindingen

Onderstaande bevindingen zijn de vier belangrijkste bevindingen uit het HUO 2021. De bevindingen komen zowel uit het panel als het vragenlijstonderzoek.

- ***Horecalocaties deels dicht, daardoor minder kansen om anderen te ontmoeten***

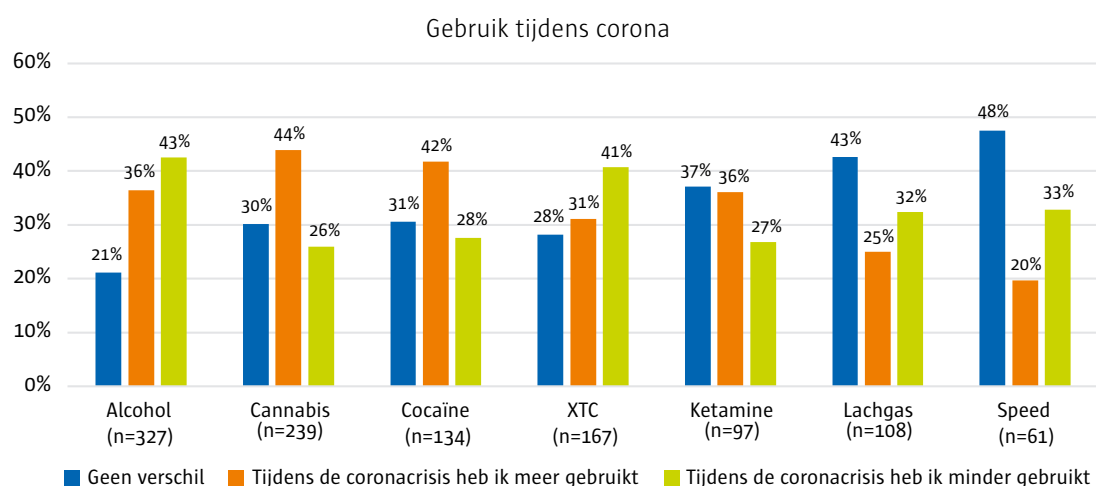
De motieven om uit te gaan zijn niet veranderd in coronatijd: uitgaan is een uitlaatklep en het is een mogelijkheid om anderen te ontmoeten. Door de coronamaatregelen, zoals het (deels) sluiten van de horeca en de avondklok veranderde het contact met anderen. De focus kwam meer te liggen op een kleine vriendenkring en minder op de uitgaansscene. In de uitgaansscene ontmoet je vaak 'kennissen', waardoor je kennis maakt met 'andere' mensen.

- ***Geen feesten of festivals, daardoor minder XTC en speed, maar meer cannabis***

Het soort uitgaanslocatie bepaalt mede het soort genotmiddel dat wordt gebruikt: XTC gebruik je op een feest of festival, want dan kan je langer doorgaan, cannabis vaker op een meer relaxte locatie zoals een kroeg. Tijdens de coronapandemie waren er minder feesten en festivals, en minder locaties om



Figuur 1 Percentage **uitgaanders** dat van onderstaande genotmiddelen tijdens de coronacrisis meer, minder of evenveel is gaan gebruiken.



ad n= het aantal uitgaanders dat het betreffende middel in de afgelopen maand/jaar heeft gebruikt

partydrugs als XTC en speed te gebruiken. Uitgaanders in het panel en in de survey geven bij XTC en speed vaker aan dat ze deze middelen minder hebben gebruikt dan bij andere genotmiddelen. Een aantal panelleden geeft aan dat het gebruik van XTC en speed minder vaak voorkomt, en dat de dosering kleiner is geworden. Cannabis, wat meestal niet op feesten en festivals wordt gebruikt, maar wel op terrassen, is volgens panelleden vaker gebruikt tijdens de pandemie (zie ook figuur 1).

“Vorige zomer werd er denk ik wel meer XTC gebruikt, maar ik denk dat het dit jaar nog wel gaat komen. Is afhankelijk of er nog feesten georganiseerd gaan worden en of de strandtenten weer normaal open gaan.” [jongere 2]

“Dat is wel een groot nadeel in de groep, in tijden van lockdown, want je zit al binnen en je hebt niet echt een uitlaatklep. Je uitlaatklep wordt blowen en meer dan dat wordt het dus niet.” [jongere 4]

• Door sluiten van de horeca was er een ander gebruikspatroon en -plek van genotmiddelen

Doordat uitgaanslocaties minder geopend waren en door de avondklok, moest het middelengebruik vaak gepland worden. Ook voor een thuisfeest moest er worden bedacht: ga ik voor tien uur (al dan niet onder invloed) naar huis of blijf ik doorfeesten tot de ochtend. Daarnaast kostten thuisfeesten minder moeite: je hoeft niet naar verschillende locaties,

waardoor je meer energie hebt om langer door te gaan. Doordat het gebruik zich vaker afspeelde in de huiselijke sfeer, kan middelengebruik er ook op andere momenten dan tijdens het uitgaan insluipen. Als er bijvoorbeeld nog een pil over is van het weekend, kan deze doordeweeks ook thuis worden gebruikt. Waar voorheen middelen meer buiten de deur werden gebruikt, is het normaler geworden om het ook thuis te gebruiken.

“De setting vooral, maar in principe wordt het (XTC) nog wel gedaan. Maar heb wel juist het idee dat als er dan een huisfeestje is dat het dan vaker wordt gedaan, maar de hoeveelheid is dan minder. Minder grote dosering.” [jongere 1]

• Na de pandemie is er een kloof tussen jonge en oude uitgaanders

Nu het uitgaan na corona weer mogelijk is, is er een kloof zichtbaar tussen jongere en oudere uitgaanders. Oudere uitgaanders geven aan dat ze verantwoordelijker zijn geworden, minder uitgaan en andere prioriteiten hebben zoals werk en gezin. Jongere uitgaanders (18-20 jaar) mogen na twee jaar uitgaan, vaak voor het eerst. Horecaondernemers zien dat er meer excessief gebruik is van middelen en dat er bijvoorbeeld meer gerookt wordt in horecalocaties. Door andere uitgaanders worden ze minder aangesproken op dit gedrag. Na coronatijd is het voor uitgaanders nodig om weer te ‘socialiseren’.

Percentage middelengebruik voor en tijdens corona

389 uitgaanders hebben via social media of bij een onderwijslocatie de survey van het HUO ingevuld. Allereerst volgen de resultaten op de vraag of de uitgaanders de middelen alcohol, cannabis, cocaïne, XTC, ketamine, lachgas of speed hebben gebruikt in de afgelopen maand (ten tijde van afname). Vervolgens is gevraagd of de respondent voor het aangegeven middel een verschil ziet in gebruik voor en tijdens de coronacrisis. Hierbij zijn ook de uitgaanders meegenomen die hebben aangegeven een middel in het afgelopen jaar of ooit hebben gebruikt.

Tabel 1 laat zien hoeveel procent van de uitgaande jongeren verschillende genotmiddelen in de afgelopen maand hebben gebruikt. Alcohol is het meest gebruikte middel, door zowel mannen als vrouwen. Dit wordt gevolgd door cannabis en cocaïne.

Tabel 1 Percentages middelengebruik afgelopen maand **onder uitgaanders** naar geslacht en alle respondenten (N=389)

	Man	Vrouw	Alle respondenten
Alcohol	89%	94%	92%
Cannabis	49%	28%	41%
Cocaïne	29%	10%	21%
XTC	22%	15%	20%
Ketamine	15%	10%	13%
Lachgas	11%	8%	10%
Speed	10%	4%	8%

Als een uitgaander aangaf een bovenstaand middel (in afgelopen maand of jaar) te hebben gebruikt, was de vervolgvraag of ze in coronatijd meer, minder of evenveel hebben gebruikt in vergelijking met de periode voor corona (zie figuur 1 op pagina 27). Per middel en per uitgaander is dit verschillend. Wel blijkt dat middelen als speed, XTC en lachgas vooral minder en/of evenveel ('geen verschil') zijn gebruikt. Cannabis is juist meer of evenveel gebruikt. Voor cocaïne geldt dat de groep 'meer' groter is dan de andere groepen en voor ketamine geldt dat de groepen 'meer' of 'minder' ongeveer gelijk zijn. Voor alcohol geldt dat het zowel meer als minder werd gebruikt.

Conclusie en discussie

In coronatijd is het uitgaan, maar ook het gebruik van middelen veranderd. Door het (gedeeltelijk) sluiten van de horeca, werden er meer thuisfeesten gegeven. Er waren minder festivals en feesten en



daarmee werd er ook minder XTC en speed gebruikt. Deze bevindingen komen ook naar voren in de Nationale Drugsmonitor en Het Grote Uitgaansonderzoek.[5][6] Daarnaast wordt in de Nationale Drugsmonitor beschreven dat voor mensen die al cannabis gebruiken, de coronacrisis een reden is om meer te gebruiken. Onder andere uit verveling, maar ook door mentale problemen en eenzaamheid.[5] Het HUO 2021 is door de coronapandemie iets anders dan voorgaande edities. Een voordeel van de opzet van het onderzoek is dat tijdens de interviews met panelleden ruimte was om dieper in te gaan op de coronasituatie en de invloed hiervan op uitgaan en middelengebruik. In combinatie met de resultaten uit de vragenlijst was het mogelijk om een goed beeld te krijgen van de effecten van corona.

Door de coronapandemie kon de survey niet op de gebruikelijke manier op horecalocaties worden afgenomen. Daardoor is de populatie mogelijk anders dan in andere jaren. Het gaat nog steeds om jongeren en jongvolwassenen die regelmatig uitgaan, maar de locatie waar jongeren zijn benaderd verschilt met voorgaande jaren. Het is daarom niet mogelijk om de huidige kwantitatieve resultaten met eerdere jaren te vergelijken. Een andere beperking van het HUO is dat er in het huidige panel weinig uitgaanders zitten die lachgas gebruiken. Daarom is het niet mogelijk om een duidelijk beeld te geven van hoe en door wie lachgas wordt gebruikt. Voor een komend HUO zullen daarom panelleden worden benaderd die zicht hebben op uitgaanders die lachgas gebruiken, om zo ook over dit middel inzicht te kunnen geven in het gebruik tijdens het uitgaan.

Het HUO geeft Indigo Preventie Haaglanden elk jaar weer informatie over wat trends zijn in het middelengebruik onder uitgaande jongeren in Den Haag. Indigo Preventie Haaglanden houdt zich onder andere bezig



met het voorlichten van (uitgaande) jongeren in Den Haag. Dit vindt in het onderwijs plaats maar ook op andere plekken in Den Haag. Het HUO is hierin een belangrijke bron van informatie wat betreft de inhoud van de voorlichtingen.

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

Beleid gemeente Den Haag

In het Actieprogramma Preventie 2020-2023 staat preventie centraal. We willen gezond leven in alle levensfasen stimuleren. De preventieve aanpak krijgt vorm aan de hand van de volgende zes ambities die in samenwerking met de uitvoeringspartijen geconcretiseerd zijn: Kansrijke start en een gezonde ontwikkeling, Gezonde scholen, Gezond gewicht in een gezonde omgeving, Genotmiddelengebruik en gezondheid, Mentale veerkracht en psychisch gezond en Seksueel gezond en weerbaar.

Het preventieve beleid is integraal: van preventie en vroeg signalering via opvang en herstel naar nazorg. Eén van de prioriteiten in ons beleid is 'geen of verantwoord gebruik van genotmiddelen'. We stimuleren geen gebruik en als mensen toch gebruiken dan zo veilig en verantwoord mogelijk. We willen risicogroepen voortijdig opsporen en leiden naar preventieve ondersteuning.

Wat doen we om het bovenstaande te realiseren?

- **Inzet schoolpreventieprogramma 'Helder op school':** dit preventieprogramma begeleidt scholen bij het ontwikkelen van een samenhangend beleid voor alcohol, roken en drugs. In dit beleid staan vier activiteiten centraal: het geven van voorlichtingslessen over genotmiddelen, het betrekken van ouders, het opstellen van een genotmiddelenreglement en het signaleren en begeleiden van leerlingen met problematisch gebruik. Deze gezamenlijke aanpak op school maakt jongeren meer weerbaar op het gebied van alcohol, roken en drugs.
- **Activiteiten om risicovol gebruik vroegtijdig te signaleren en aan te pakken zijn:** consultatie met intermediairs, deskundigheidsbevordering, opvoedondersteuning, workshops, voorlichtingen en oudercursussen. Ook worden er individuele gesprekken gehouden met risicojongeren, die in de problemen dreigen te raken door middelengebruik, gokken of gamen.
- **Drugskompas:** deze middelenwebsite van Indigo Preventie is bereikbaar via email, telefoon, WhatsApp en social media. Indien gewenst kan een afspraak gemaakt worden voor een face-to-face gesprek. Jaarlijks weten tienduizenden bezoekers deze website te vinden voor informatie over drugs (onder andere over de effecten/risico's van middelen, een hulp/adviesvraag en over het omgaan met het gebruik van een ander).
- **Inzet peers van Unity:** op festivals, dance-events en in het uitgaanscircuit zetten we de peers van Unity in: jongeren krijgen van leeftijdsgenoten informatie over de risico's en effecten van genotmiddelen.
- **Samenwerking preventie- en handhavingsprofessionals:** regulier onderzoek in de verschillende sectoren naar de stand van zaken bij de naleving van de 18 jaar grens bij de verstrekking van alcohol. Op basis van de opbrengst van dit onderzoek, kunnen preventieve activiteiten en handhaving gericht ingezet worden.
- **Haags Uitgaansonderzoek (HUO):** levert veel nuttige informatie over het gebruik van genotmiddelen onder uitgaanders; op basis van de opbrengsten van het HUO kan preventie gericht ingezet worden.

Auteur: Hugo Verpoorten, senior beleidsadviseur Stad en Bestuur, gemeente Den Haag.

OVER DE AUTEURS

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

Mw. P. Hastan, projectleider, preventie deskundige/psychologe, Indigo-Preventie, Den Haag.

E-mail: willemieke.ligtenberg@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

1. Dijk A van, Ligtenberg W, Hastan P, Meer R van der, Kronenburg L, Kuijt L, Bloema F, Mohabir A. **HUO 2021. Een onderzoek naar uitgaansgedrag en middelengebruik van jongeren uit Den Haag.** Den Haag: GGD Haaglanden & Indigo Preventie Haaglanden, 2022. www.ggdhaaglanden.nl/huo-2021
2. Dijk A van, Reinerie P. **HUO 2014. Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren in Den Haag en Omstreken.** Den Haag: GGD Haaglanden & Indigo Preventie Haaglanden, 2015.
3. Dijk A van, Keetman M, Hastan P, Bloema F, Kronenburg L, Mohamir A. **HUO 2018. Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren in Den Haag en Omstreken.** Den Haag: GGD Haaglanden & Indigo Preventie Haaglanden, 2019.
4. Hastan, P, Bloema, F, Kronenburg, L, Dijk van A, Meer R van der, Gerrits N. **HUO 2019-2020. Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren in Den Haag en Omstreken.**
5. Trimbos Instituut (2022). **Nationale Drugs Monitor, Kerncijfers en ontwikkelingen 2021.** <https://www.nationaledrugmonitor.nl/kerncijfertabel-drugs/>
6. Trimbos Instituut (2022). **Het Grote Uitgaansonderzoek & corona: resultaten gepubliceerd.** <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/het-grote-uitgaansonderzoek-corona-resultaten-gepubliceerd/>



Photovoice: Beeldverhalen over de leefwereld van kinderen in Molenwijk (Laak)

Om een beter beeld te krijgen van het welzijn en de leefwereld van kinderen uit het stadsdeel Laak is in 2021 gestart met Photovoice, een vorm van participatief actieonderzoek. Kinderen maken foto's van dingen die zij opvallend, belangrijk of interessant vinden (*photo*) en gaan hier vervolgens in groepsverband over in gesprek (*voice*). In nummer 2-2022 van het Epidemiologisch Bulletin is hier in het artikel over co-creatie al kort aandacht aan besteed [1]. In dit artikel staan de inhoudelijke resultaten centraal: hoe ziet de dagelijkse leefwereld van kinderen in Molenwijk eruit?

La Toya Bel, José Bruins en Irene van der Meer

Vanuit de Haagse Aanpak Gezond Gewicht (HAGG) werd in 2021 het 'Photovoice project' gestart met een tweeledig doel. In eerste instantie om aangrijpingspunten te vinden voor het verbeteren van de gezondheid en het welzijn van kinderen uit het stadsdeel Laak. Het tweede doel was om uit te proberen of deze methode daar geschikt voor is. In het kader 'Wat is Photovoice?' op pagina 36 wordt de methode verder toegelicht.

Say cheese! Het Photovoice project in een notendop

Het Photovoice project vond plaats in de periode november 2021 – januari 2022, in samenwerking met Jeffrey Grouwstra van het KijkLab, professional op het gebied van visueel onderzoek in het sociale domein. Er deden twaalf kinderen van 7 tot 12 jaar mee, meestal iets meer jongens dan meisjes, die opgroeien in Molenwijk, een buurt met een hoge achterstandscore in het stadsdeel Laak (zie kader 'Molenwijk' op pagina 36). Dit is een bestaande groep kinderen die wekelijks bijeenkomen in het buurthuis (Wijkz) aan



het Cromvlietplein en samen met jeugdwerkers activiteiten in de buurt ondernemen.

Er zijn in totaal vijf bijeenkomsten georganiseerd, waarvan vier fotowandelingen door Molenwijk. De kinderen mochten gebruik maken van professionele spiegelreflex en digitale camera's. Voorafgaand aan elke fotowandeling was er een fotografieworkshop om de kinderen om te leren gaan met een professionele camera. Na de wandeling werden de foto's bekeken (via beamer) en besproken. De laatste bijeenkomst

stond helemaal in het teken van het bespreken van ruim 500 foto's. Die lagen afgedrukt op de tafels. Elk kind werd gevraagd om een paar foto's uit te zoeken om iets over te vertellen in de groep. De onderzoekers en jeugdwerkers stelden ondersteunende vragen om het gesprek op gang te krijgen: Wat valt je op aan de foto's? Welke foto's hebben een prettige gedachte, en waarom? Welke foto's zijn niet leuk, waarom niet? Deze gesprekken zijn vervolgens uitgeschreven in beeldverhalen.

Een beeld zegt meer dan 1.000 woorden

Voor de kinderen zijn de foto's een weerspiegeling van de dagelijkse werkelijkheid. Ze hebben een relatief kleine leefwereld die zich vooral afspeelt in hun eigen directe woonomgeving. Verschillende kinderen gaven aan zelden tot nooit de buurt te verlaten. Ze brengen na een schooldag veel tijd op straat of in het buurthuis door, onder andere omdat ze thuis niet genoeg (speel)ruimte hebben. *"Ik deel een kamer met mijn drie broertjes en zusjes"*, vertelt een meisje.

De kinderen nemen ons mee op ontdekkingstocht door Molenwijk

"Dit vind ik mooi in Molenwijk..."

Op de vraag aan de kinderen om foto's uit te zoeken die laten zien wat ze 'mooi, leuk of goed' vonden aan Molenwijk, moeten ze even nadenken. Een groepje jongens zoekt foto's van auto's en scooters bij elkaar. Ze weten precies wat deze auto's kosten en welk type het is en willen er graag bij poseren tijdens het fotograferen.

Andere kinderen zijn enthousiast over graffiti en urban-art. Zij verzamelen foto's van kleurrijke muurschilderingen en een kiekje waarop twee kunstwerken te zien zijn: een koffiepote en een gebroken tafel. De Koffiepote en gebroken tafel kent iedereen, want de kinderen, en met name de meisjes, spelen daar graag: *"Hier kun je gewoon glijbanen (meisje wijst naar gebroken tafel bij de koffiepote)"*. De kinderen zijn zich goed bewust van hun omgeving en kunnen zelfstandig navigeren door de buurt. *"Het buurthuis heet ook de Koffiepote..."* vertelt een van de kinderen, *"...dat zit daar verderop."*

Benieuwd naar een impressie van het photovoice project?

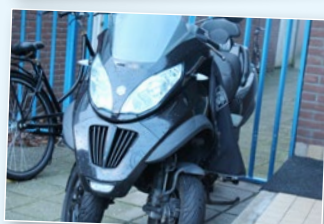
Bekijk de video van het KijkLab over het proces van foto tot beeldverhaal.
Scan de QR-code om de video te bekijken.



"Er zijn zoveel mooie auto's, deze vind ik echt mooi. Hij kost 50.000 euro!" – Jongen



"Ik zie veel scooters, later wil ik ook heel graag een scooter." – Jongen

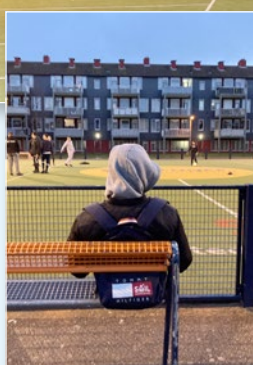


"Hier kun je gewoon glijbanen (wijst naar gebroken tafel bij de koffiepote)." – Meisje



"Mooie kleuren en mooi scherp. Ik hou van de muurschildering (...). Dit is goed voor de buurt." – Meisje





“Bij het Zandje daar komen alleen jongens en mannen. Daar ga ik niet heen.” – Meisje



“Bij het Ketelveld zitten veel jongens. Ik ben bang voor mannen. Ik heb gewoon angst. Als ik met mijn broer ben is het gewoon veiliger. Een keer liep ik van mijn vriendin en toen kwam er een man met een muts op die kwam de hele tijd achter mij aanlopen. Ik speel ook nooit meer buiten. Ik weet niet, ik heb opeens zo’n gevoel dat ik niet meer durf.” – Meisje

“Het maakt de buurt onveilig. Soms zie je mensen die heel dronken doen. Bij de Jumbo is altijd een groep mannen met drugs. Die mannen doen altijd raar bij de kassa.” – Meisje

“Dit vind ik niet mooi in Molenwijk...”

Minder enthousiast zijn de kinderen over de voor hen gevaarlijk-ogende plekken, zoals een donkere steeg, dichtgetimmerde winkel of een sloot zonder hek eromheen. Tijdens de fotowandeling(en) vertellen verschillende kinderen dat er onlangs een kind is verdronken. Zij begrijpen dan ook niet dat er een speelplek naast een kanaal ligt. *“Echt gek toch dat er geen hekken zijn hier!”* roept een van de kinderen. De dichtgetimmerde winkel wordt tijdens de wandeling als *“eng”* bestempeld, terwijl ze er voorheen graag kwamen. *“Deze Turkse supermarkt is ontploft en al meer dan een jaar dicht”*. De kinderen weten niet precies wat er was gebeurd, wel vinden ze het

jammer dat de winkel weg is. *“Het was een hele aardige man en je kon er veel verschillende soorten chips kopen.”*

Ook drugs(afval) weten de kinderen op jonge leeftijd al te herkennen. Drugs op straat geeft de kinderen een ‘slecht gevoel’. Een jongen wijst naar een lege verpakking nicotinezakjes (snus). *“Kijk, drugs! Verslavend! Heel gevaarlijk. Je kan er dood van gaan.”* Vervolgens komen ze op diverse plekken afval, gebroken glas en gedumpte meubels tegen. De kinderen valt het niet eens op en maken zich er ook totaal niet druk om. *“Ik gooi ook wel eens iets op straat”*, zegt een meisje terwijl ze haar schouders

ophaalt. Het valt de onderzoekers verder op dat het gevoel van veiligheid in de buurt sterk verschilt tussen de jongens en meisjes. Een aantal meisjes benoemt dat ze het eng vinden om alleen naar het Ketelveld (Krajicek) sportveld te gaan, omdat daar in het verleden een meisje is verkracht en ze zelf wel eens worden nageroepen door jongens uit de buurt. De jongens herkennen deze verhalen niet. Voor de meisjes is het Ketelveld geen belangrijke plek, ze spelen daar bijna nooit. Ze voegen daaraan toe niet bang te zijn voor de voetballende jongens, maar wel voor de rondhangende jongens rondom het veld. Ook hangen er rond de lokale supermarkttjes soms onzure types rond die *“heel dronken doen”*:

De ervaren veiligheid van de inwoners uit het Laakkwartier (waar Molenwijk toe behoort) is zeer laag in vergelijking met andere wijken uit Den Haag.[2] De kinderen, en met name de meisjes, ervaren dat en voelen zich dus niet altijd veilig op straat. Gedurende het project valt het de onderzoekers op dat de kinderen ook niet altijd vriendelijk met elkaar of met buurtbewoners omgaan. Zo komen (kleine) pesterijen, kwetsende opmerkingen en rivaliteit tussen de jongens vaak voor in de buurt.

De hype ‘Takis chips’

Er zijn veel foto’s gemaakt van (lege) chipsverpakkingen op straat. Een meisje vertelt dat ze na het avondeten regelmatig chips eet. Ze krijgt dan een zak van haar ouders en neemt die mee naar buiten.

De chips ‘Takis Fuego’, bijvoorbeeld, zijn een hype op TikTok en favoriet bij de kinderen, ondanks dat ze vrij prijzig zijn (ongeveer 5 euro per zak). De kinderen delen een zak van deze chips met elkaar tijdens een van de bijeenkomsten. Ze bespreken vervolgens met de onderzoekers wat ze van deze chips vinden: *“Het is ongezond, maar eigenlijk ook niet. Eigenlijk is het gewoon peper. Als die peper er niet op is, is het helemaal geen smaak, niks. Daarom is het niet ongezond”*.

Deze gedachtestroom illustreert dat de voedselkeuzes van deze kinderen, en met name de voorkeur voor ongezonde producten, sterk kunnen worden beïnvloed door hypes en trends op sociale media. Steeds meer onderzoek laat zien dat het aanprijzen van ongezonde voedingsproducten aan kinderen op sociale media het risico vergroot op het ontstaan of verergeren van gezondheidsproblemen, zoals overgewicht.[3][4] Dat is zorgwekkend, want kinderen uit Molenwijk kampen, in vergelijking met andere wijken uit Den Haag, vaker met overgewicht. In 2019 had bijna één derde van de kinderen (28,6%) tussen de 2 en 15 jaar uit het Laakkwartier overgewicht.[5] Naast de invloed vanuit sociale media, blijkt dat de interactie tussen de kinderen op straat ook een rol speelt in het maken van ongezonde voedselkeuzes. De onderzoekers zien dat het (gezamenlijk) eten van snacks tijdens het buitenspelen onderdeel is van de dagelijkse gewoontes van de kinderen. Dit wordt bevestigd door het zwerfvuil op straat, wat voor een groot deel bestaat uit snoepverpakkingen, vertrapte drinkpakjes en blikjes.



“Hete chips die in verschillende kleuren te krijgen is. Ze zijn overal in de buurt te koop. Een klein zakje kost 3 euro een grote zak 5 euro. We eten het best vaak. Na het avondeten mogen we het van onze ouders eten.” – Meisje



Winkelwagen is geld verdienen

Tijdens een van de fotowandelingen treft een van de jongens een achtergelaten winkelwagen aan. Het valt hem direct op dat er nog een muntje in zit. Samen met de andere jongens brengen ze de winkelwagen terug naar de supermarkt om de hoek. De buit: 50 cent. Een van de jongens vertelt vervolgens trots dat hij dit vaker doet: *“Je kan er geld mee verdienen!”*. Op de vraag wat ze van plan zijn om te doen met het muntje, antwoorden ze: *“vuurwerk kopen”, “een lolly kopen”, “broodjes halen” en “bewaren”*. Aan het einde van de wandeling worden er lolly's mee gekocht bij een buurtwinkel. *“Hier koop je lekker en goedkoop eten, lolly's zijn 5 cent.”*, aldus de jongen met het muntje.

Photovoice als participatievorm

Dit project laat zien hoe waardevol het kan zijn om het perspectief van specifieke doelgroepen te bestuderen door ze een centrale rol te geven in het onderzoeksproces. De kinderen waren enthousiast over het fotograferen en gaven aan nog wel meer te willen vertellen aan volwassenen over wat er gebeurt in de buurt. *“Ik ga het aan mijn ouders laten zien [de foto's] om te laten zien dat ik ook talent heb, niet alleen op school zeg maar, dat ik andere dingen kan.”*, vertelde een meisje ons. Ook de burgemeester zouden de kinderen wel willen spreken.

De onderzoekers hebben ervaren dat het Photovoice-project een intensief en vermoeiend proces was, maar wel bruikbaar inzicht heeft opgeleverd in de leefwereld van de kinderen. Het was lastig om de groep bij de les te houden. Ze waren erg met elkaar bezig en dit vroeg extra alertheid en laven tussen loslaten en strak houden. Dit speelde in deze groep meer dan bij andere Haagse kinderen waarmee in het verleden (onderzoeks)projecten zijn ondernomen in de wijk.

Op de beeldverhalen van de kinderen werd met belangstelling gereageerd door sleutelfiguren uit de wijk. Wouter van Veen, wijkbeheerder van Haagse woningbouwvereniging Staedion, vertelde zijn eerste reactie op de beeldverhalen. *“Het Photovoice project heeft mijn blik verbreed en ogen geopend voor bepaalde zaken. Dingen op de foto's en in het filmpje van Jeffrey [Kijklab], dat herken ik. Dat is de dagelijkse gang van zaken in de wijk. Mensen gooien zo maar afval op straat. Kinderen gaan vaak langs de bakker voor croissantjes. Ik zie ze namelijk nu ook met pallets energydrink door de wijk lopen. Daar schrok ik van. Hier moeten we wat mee.”*

Naar aanleiding van het Photovoice-project is er door Staedion, in samenwerking met Wijkz (welzijnsorganisatie) en de Haagse Aanpak Gezond Gewicht (HAGG) van de GGD, al een wijkfeest georganiseerd in de zomer van 2022. Het wijkfeest stond in het teken van beweegactiviteiten en gezonde smoothies om aandacht te vragen voor gezonde leefstijl. Wouter van Veen: *“Dat is een geslaagde middag geworden. We zijn in gesprek geraakt met ouders en kinderen.”* Jeffrey Grouwstra van het Kijklab onderstreept het belang van deze gesprekken met inwoners. *“Ik vind het mooi om te zien hoe de foto's van de kinderen het gesprek op gang hebben gebracht in de wijk. Photovoice is een goed middel om urgente zaken op de agenda te krijgen. Zelf zou ik graag zien dat er meer koppelkansen worden benut en dat de kinderen structureel in een actieve rol betrokken worden bij vraagstukken die spelen in de woon- en leefomgeving.”* De methode Photovoice blijkt bovendien uitermate geschikt als startpunt voor nieuwe initiatieven in de wijk. Zo is Staedion van plan om meer aandacht te besteden aan de gezondheid van haar huurders en in het bijzonder overgewicht onder kinderen in de wijk.



Wouter van Veen: “Wij willen graag iets doen aan overgewicht in Molenwijk. Positief benaderen, zonder dat het te belerend is. Mijn collega is onlangs met Staatssecretaris van Volksgezondheid Maarten van Ooijen door Molenwijk gelopen en heeft daar verhalen uit het Photovoice project kunnen delen. Zo gaat het balletje rollen. Er zijn plannen om dit verder te gaan oppakken. We willen bijvoorbeeld een dag organiseren met Wijkz, mensen van de gemeente en de directeur van de GGD. En wij willen ook graag werken aan positieve rolmodellen in de wijk, die zich inzetten voor gezonde voeding en veel bewegen.”

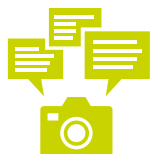
Conclusie

De Photovoice-methode blijkt een bruikbaar instrument om de leefwereld van de deelnemende kinderen uit Molenwijk in kaart te brengen. Het proces van foto tot beeldverhaal was intensief, maar leverde waardevolle inzichten op. Ervaring leert dat het van belang is om de kinderen voldoende (speel) ruimte te bieden en tijd te nemen voor het opbouwen van een vertrouwensband. Met name dat laatste is essentieel voor co-creatie.

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

Molenwijk

Molenwijk uit het stadsdeel Laak is een van de armste buurten in Den Haag. Er wonen veel (jonge) kinderen en multiproblematiek, zoals gezondheidsproblemen, schulden, armoede, verslaving en criminaliteit, komt hier vaker voor. Zo behoort het gemiddelde inkomen tot een van de laagste in Den Haag: krap €17.000 bruto per jaar.[11] Het overgrote deel van de inwoners (78,0%) heeft een laag tot middelbaar opleidingsniveau.[12] Molenwijk heeft een multicultureel karakter, aangezien 85,2% van de inwoners een migratieachtergrond heeft. [13] Kinderen uit deze buurt kampen vaker met overgewicht. In 2019 had bijna één derde van de kinderen (28,6%) tussen de 2 en 15 jaar uit het Laakkwartier (waaronder Molenwijk valt) overgewicht.[5]



Wat is Photovoice?

Photovoice is een vorm van participatief actie-onderzoek. De methode geeft deelnemers, in dit geval kinderen, de mogelijkheid en regie om zelf een beeldverhaal te schetsen.[6] Kinderen maken zelfstandig foto's van dingen die zij opvallend, belangrijk of interessant vinden (*photo*) en gaan hier vervolgens in groepsverband over in gesprek met de onderzoeker (*voice*).

De methode wordt beschouwd als een kindvriendelijke manier om hen te betrekken bij onderzoek en sociale verandering (co-creatie).[6][7][8] Onderzoek laat zien dat photovoice een zeer geschikte methode is om de leef- en voedselomgeving vanuit het perspectief van kinderen in kaart te brengen.[6][7][8][9][10] Een belangrijke reden hiervoor is dat het toegankelijker en minder invasief is dan traditionele onderzoeksmethoden

(denk aan lange vragenlijsten of diepte-interviews). Dat maakt deze methode uitermate geschikt als instrument om het perspectief van (voor onderzoek) moeilijk bereikbare groepen, zoals laaggeletterden, anderstaligen of (jonge) kinderen, te bestuderen.[6] Daarnaast geeft het de deelnemer de regie over het onderwerp en de focus van het onderzoek. Kenmerkend aan deze methode is dat door de onderzoekers voorafgaand niet vastgesteld wordt wat de richting of het specifieke onderwerp van het project zal zijn. Dat maakt deze methode anders en vernieuwend ten opzichte van traditionele onderzoeksmethodes. In dit project hebben de kinderen daarom veel (speel)ruimte gekregen om zelf te bepalen wat, hoe en waar zij wilden fotograferen.



DANKWOORD

De auteurs danken al degenen die het project en/of het artikel mede mogelijk maakten: Jeffrey Grouwstra (Kijklab), Destiney Smit (Jeugdwerker, Wijkz), Wouter van Veen (Wijkbeheerder, Staedion) en in het bijzonder de kinderen uit Molenwijk.

OVER DE AUTEURS

Mw. L. G. Bel, Msc., junior epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie, GGD Haaglanden (tot 1-10-2022).

Mw. J. Bruins, adviseur Haagse Aanpak Gezond Gewicht, afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Haaglanden.

Mw. Dr. Ir. I. M. van der Meer, senior epidemiologisch onderzoeker en hoofdredacteur Epidemiologisch Bulletin, afdeling Epidemiologie, GGD Haaglanden.
E-mail: jose.bruins@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

1. 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.
2. CBS Urban Data Centre. **Prettig wonen in Den Haag, Noordpolderbuurt.** Bezocht op 7 september 2022. https://dashboards.cbs.nl/v2/prettig_wonen_in_den_haag/
3. Kelly B, Vandevijvere S, Freeman B, Jenkin G. **New media but same old tricks: food marketing to children in the digital age.** Current obesity reports. 2015; 4(1): 37-45.
4. Radesky J, Chassiakos YLR, Ameenuddin N, Navsaria D. **Digital advertising to children.** Pediatrics. 2020; 146(1): e20201681.
5. Meijerman A, Meer IM van der. **Percentage overgewicht Haagse jeugd 2012-2019 stabiel.** Epidemiologisch Bulletin. 2020; 55(4): 4-13.
6. Wang C, Burris MA. **Photovoice: concept, methodology, and use for participatory needs assessment.** Health Educ Behav. 1997; 24(3):369-387.
7. Abma TA, Schrijver J. **'Are we famous or something?' Participatory Health Research with children using photovoice.** Educational Action Research. 2020; 28(3):405-426.
8. Cook T, Hess E. **What the Camera Sees and from Whose Perspective: Fun methodologies for engaging children in enlightening adults.** Childhood. 2007; 14(1):29-45.
9. Buttschi C, Hedderich I. **How to involve young children in a photovoice project. Experiences and results.** Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research. 2021; 22(1).
10. Heidelberger L, Smith C. **The food environment through the camera lenses of 9-to 13-year-olds living in urban, low-income, midwestern households: a photovoice project.** Journal of nutrition education and behavior. 2015; 47(5): 437-445.
11. **Statistieken Noordpolderbuurt, Den Haag.** Bezocht op 7 september 2022. <https://allecijfers.nl/buurt/noordpolderbuurt-den-haag/>
12. Gemeente Den Haag. **Den Haag in Cijfers. Wijkprofiel Laakkwartier en Spoorwijk, thema onderwijs.** Bezocht op 7 september 2022. <https://denhaag.incijfers.nl/dashboard/wijkprofielen/onderwijs>
13. Gemeente Den Haag. **Den Haag in Cijfers. Wijkprofiel Noordpolderbuurt, thema Bevolking.** Bezocht op 7 september 2022. <https://denhaag.incijfers.nl/dashboard/wijkprofielen/bevolking>



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.

Psychische klachten bij jongeren

De aan- of afwezigheid van psychische klachten, zoals bijvoorbeeld depressieve klachten en angstklachten, geeft een indicatie van de psychische gezondheid. Dit kan worden gemeten met de 'Mental Health Inventory 5' (MHI-5), een internationale standaard die specifiek de psychische gezondheid meet. De vragenlijst bestaat uit vijf vragen die steeds betrekking hebben op de afgelopen vier weken. In de vragen komt aan bod of iemand zich erg zenuwachtig heeft gevoeld, in de put zat, kalm en rustig was, zich neerslachtig of somber voelde, en zich gelukkig voelde.

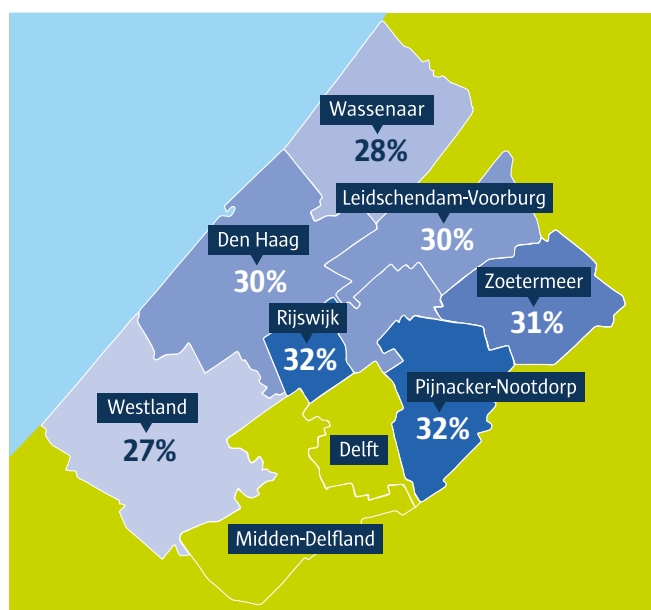
Uit de Corona Gezondheidsmonitor Jeugd 2021 blijkt dat in Haaglanden bijna een op de drie (30%) van de jongeren (leerlingen uit de 2e en 4e klas van het regulier voortgezet onderwijs) psychische klachten heeft ervaren in de laatste vier weken. Dit percentage varieert van 27% in Westland tot 32% in Rijswijk.* In Nederland is het percentage jongeren met psychische klachten 27%.

De psychische klachten variëren van licht tot ernstig; in Haaglanden heeft 19% van de jongeren lichte psychische klachten, 7% matige psychische klachten en 4% ernstige psychische klachten.

Veel meer meisjes (40%) dan jongens (18%) in Haaglanden ervaren psychische klachten. Van de jongeren op havo/vwo ervaart 33% psychische klachten, vergeleken met 27% van de jongeren op het vmbo. Tot slot ervaren iets meer jongeren in de 4e klas (33%) dan in de 2e klas (27%) psychische klachten.

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 in de laatste vier weken psychische klachten heeft ervaren.



Bijna 30% van de jongeren (leerlingen uit de 2e en 4e klas van het regulier voortgezet onderwijs) in Haaglanden heeft in de laatste vier weken psychische klachten ervaren.

* 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

SER over jeugdhulp en jeugdbescherming: 'De nood is hoger dan ooit'

De Sociaal Economisch Raad (SER) roept staatssecretaris Maarten van Ooijen op niet langer te wachten met de uitvoering van het eerder uitgebrachte jeugdzorgadvies 'Van systemen naar mensen'. De werkdruk en behoefte aan jeugdhulp en jeugdbescherming zijn niet verminderd, waardoor het water aan de lippen staat. In het briefadvies 'Tastbaar beleid voor de jeugdzorg' benadrukt de SER ook dat in deze aanpak de behoeften van hulpvragers en zorgverleners leidend moeten zijn. Daarnaast vindt de SER dat

de huidige focus op beschikbare financiële middelen tekortschiet.

Het advies 'Tastbaar beleid voor de jeugdzorg' dat de SER op 21 oktober vaststelde, werd voorbereid door de werkgroep jeugdzorg, waar de Nederlandse ggz aan deelneemt. Het briefadvies is een vervolg op 'Van systemen naar mensen' van anderhalf jaar geleden. De Nederlandse ggz onderschrijft de kritiek van de SER dat er ondanks veel duidelijke rapporten nog te weinig gebeurt en dat niet de inhoud maar de financiën leidend zijn.

Bron: denederlandseggz.nl / 24-10-2022N

Overlegtafel rond problematisch alcoholgebruik stopt

Op 12 oktober 2022 informeerde staatssecretaris Maarten van Ooijen (ministerie VWS), de Tweede Kamer over zijn besluit om de overlegtafel rond problematisch alcoholgebruik te stoppen. Volgens de staatssecretaris valt het tempo waarmee de preventieakkoorddoelen dichterbij komen tegen.

In de gepubliceerde Kamerbrief staat onder meer: 'Het overleg aan deze tafel heeft niet geleid tot noodzakelijke en aanvullende effectieve maatregelen om de volksgezondheid te beschermen. De urgentie om de schadelijke gevolgen van alcoholgebruik terug te dringen is groot en vraagt om een nieuwe fase die gericht is op zoveel mogelijk actie. De tafel past daar niet meer bij. In essentie komt dat omdat de verschillen tussen de standpunten en belangen van bijvoorbeeld alcoholproducenten en gezondheidsorganisaties onoverbrugbaar blijken te zijn.'

Reactie GGD GHOR Nederland

Ton Coenen, algemeen directeur van GGD GHOR Nederland: "Hoewel het bijzonder jammer is dat de alcoholtafel stopt, is het een goede beslissing. Want er werd te weinig resultaat geboekt. Het liefste wil je met alle partijen – overheid, maat-

schappelijke organisaties en industrie samen – dit grote probleem aanpakken. Maar de belangen lopen nu te ver uiteen."

"Preventie is wat ons betreft de sleutel om het tij te keren. Er moet daarom haast worden gemaakt om de afgesproken ambitie (een gezonde generatie in 2040) te realiseren."

"Gezien de zorgwekkende cijfers met betrekking tot alcoholgebruik onder jongeren, maar ook de schade onder oudere doelgroepen, is wetgeving onontkoombaar", zegt Coenen.

"Behalve dat de beschikbaarheid moet verminderen (geen blurring), pleiten we ook voor verhoging van de prijzen en het lanceren van campagnes. Geheel in lijn met de adviezen van de WHO. We zijn blij dat het ministerie van VWS de regie neemt om tot een aanpak en maatregelen te komen. Dit, om de doelstellingen van het NPA op het gebied van alcohol te behalen. We zien er naar uit om zo snel mogelijk met betrokken partijen en de staatssecretaris de volgende stappen te zetten. Geen tijd te verliezen."

Bron: GGDGHOR / 13-10-2022

Zie je mij?

In de Week tegen Kindermishandeling en als kick-off van de Week zonder Geweld organiseerden de Academie voor Herstel en Ervaringsdeskundigheid en GGD Haaglanden op 18 november 2022 een themamiddag met de titel van het boek 'Zie je mij?' Dit nieuwe indrukwekkende boek van Hameeda Lakho en Jeroen Wapenaar vertelt het verhaal van plegers en slachtoffers van huiselijk geweld en is tijdens de themamiddag gepresenteerd.

Trauma's die ontstaan door huiselijk geweld en kindermishandeling laten levenslang sporen na, bij alle vormen, van partnergeweld en kindermishandeling tot verwaarlozing, fysiek en emotioneel geweld. Ook jarenlange therapie laat het trauma niet verdwijnen. Wat wél mogelijk is: iemand die te maken heeft (gehad) met huiselijk geweld of kindermishandeling helpen zijn of haar littekens, zichtbaar of onzichtbaar, te omarmen.

Pas dan zal diegene zichzelf kunnen helen.

Veiligheid en vertrouwen bieden is daarvoor cruciaal en daar komt veel meer bij kijken dan vaak wordt gedacht.

De verhalen van de twaalf voormalige slachtoffers en plegers die in dit boek hun moed tonen, laten zien wat voor echte verbinding nodig is. Ook leren zij de lezer bijvoorbeeld:

- Hoe intergenerationele patronen doorwerken;
- Welke gespreksvaardigheden wanneer nodig zijn;
- Hoe moeilijk het is bij je gevoel te komen als je jarenlang vernederd bent.

Naast voormalige slachtoffers en plegers geven ook in trauma gespecialiseerde professionals hierover adviezen, bedoeld voor alle hulpverleners die met geweld te maken kunnen krijgen; sociaal werkers, psychiaters, psychologen, huisartsen, verpleegkundigen en verzorgenden. Bovenal is dit boek bedoeld als inspiratie om de hele mens te kunnen zien, met al zijn of haar angst, eenzaamheid, woede en verdriet, én alle talenten en veerkracht.

Hameeda Lakho is expert en inhoudsdeskundige, auteur en sociaal ondernemer. Ze is werkzaam als adviseur en projectleider in uiteenlopende projecten in zorg en veiligheidssector. Daarnaast biedt zij als herstelcoach ondersteuning, coaching en begeleiding aan slachtoffers.

Jeroen Wapenaar is wetenschapsjournalist en schreef diverse boeken over palliatieve zorg en dementie.



SKU 9789036828260 / uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum

SAVE THE DATE: congres Tabaksonderzoek

Op vrijdag 14 april 2023 vindt weer het jaarlijkse congres over tabaksonderzoek plaats, dit keer in Utrecht. Het Nederlands Netwerk voor Tabaksonderzoek (NNvT) is in 2013 opgericht om een platform te bieden aan het wetenschappelijk tabaksonderzoek in Nederland. Het is een netwerk van onderzoekers uit verschillende wetenschappelijke disciplines, van (pre-)klinisch onderzoek en farmacologie van nicotineverslaving tot epidemiologische studies en beleidsonderzoek.

Bron: nnvt.org / 24-10-2022



Eerste evaluatie Wet verplichte ggz (Wvggz) en Wet zorg en dwang (Wzd): implementatie en uitvoering verlopen moeizaam

Voor de implementatie en uitvoering van de Wet verplichte ggz (Wvggz) en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) is nog veel werk aan de winkel, voor zowel de overheid als het veld. Dat blijkt uit de evaluatie die onlangs is afgerond. Beide wetten traden op 1 januari 2020 in werking.

De Wvggz regelt het verlenen van verplichte zorg aan mensen met een psychische aandoening. Verplichte zorg is nodig als er door de psychische aandoening gevaar (ernstig nadeel) is of dreigt voor de persoon zelf of anderen. De Wzd beschrijft de rechten van mensen met een verstandelijke beperking en mensen met psychogeriatrische aandoeningen zoals dementie, die onvrijwillige zorg krijgen. Daarnaast regelt deze wet de onvrijwillige opname van deze mensen. De wet is er om deze mensen te beschermen.

Belangrijkste conclusies

Op basis van de bevindingen uit beide onderzoeksfases trekken onderzoekers drie belangrijke conclusies:

- De implementatie van de Wvggz en Wzd is op gang gekomen. Toch verloopt dit op tal van punten nog moeizaam, zeker waar het gaat om de Wzd. Het zal nog een behoorlijke tijd duren voor het implementatieproces is voltooid.
- De relatie tussen de Wvggz en de Wzd is ingewikkeld, en roept in de uitvoeringspraktijk veel vragen op. Dit is een gevolg van de keuze om twee afzonderlijke wetten tot stand te brengen in een situatie van overlappende domeinen. Bovendien is de overlap tussen de

doelgroepen veel groter dan gedacht. Hierdoor is de omvang en complexiteit van allerlei 'grensgeschillen' aanzienlijk.

- De resultaten van de invoering van de Wvggz en Wzd bewegen zich langzaam in de richting van de met beide wetten beoogde doelstellingen. Het gaat vooralsnog om kleine stappen. Beide wetten dragen bij aan meer bewustwording onder zorgverleners. Voor enkele doelstellingen geldt dat nog geen vooruitgang is geboekt. Dat geldt met name voor de doelstelling van beide wetten om dwang terug te dringen. Ook van een wezenlijke verschuiving van intramurale naar ambulante zorg is nog geen sprake. Een andere belangrijke doelstelling van de nieuwe wetgeving, het bij de besluitvorming betrekken van de wensen en voorkeuren van patiënten, wordt nog maar in beperkte mate bereikt.

Aanbevelingen

In totaal zijn er 70 aanbevelingen voor verbetering gedaan. Deze richten zich niet alleen op de inhoud van beide wetten, maar ook op de randvoorwaarden (zoals deskundigheid, organisatie van de zorg, en richtlijnen uit het veld). Er zijn wezenlijke inspanningen van de wetgever, de overheid en het veld nodig om tot een situatie te komen die voor alle betrokkenen enigszins bevredigend is. Tegelijkertijd komen uit de praktijk ook voorbeelden van nuttige initiatieven en ontwikkelingen naar voren.

Bron: Trimbos.nl / 24-10-2022

NIX18 Studieochtend en Inspiratiemiddag

Tijdens een NIX18 studieochtend en Inspiratiemiddag gaan deelnemers in op de drie best buys van alcoholbeleid: beperken van de beschikbaarheid, de prijs van alcohol verhogen en de alcoholmarketing aanpakken. Het beperken van de beschikbaarheid van alcohol voor jongeren heeft duidelijk zijn vruchten afgeworpen maar de andere best buys komen moeizamer van de grond. In drie presentaties wordt verkend wat de best buys de afgelopen jaren hebben opgeleverd en waar kansen liggen voor toekomstig alcoholbeleid.

- Beperken beschikbaarheid. Lex Lemmers blikt terug op 25 jaar alcoholbeleid, waarbij vooral zal worden ingegaan op de effecten van het beperken van de sociale beschikbaarheid (via ouders) en de retail-beschikbaarheid (aanscherping DHW en leeftijdsgrens).
- Het prijsmechanisme. Carmen Voogt geeft een presentatie over Minimum Unit Pricing en deelt buitenlandse ervaringen.

- De alcoholmarketing aan banden leggen. Bij deze presentatie gaat Wim van Dalen in op de vraag waarom dit zo belangrijk is als onderdeel van alcoholbeleid om meer effect te krijgen.

Praktische informatie

De dag bestaat uit twee onderdelen. Ten eerste de NIX18 Studieochtend en vervolgens de NIX18 Inspiratiemiddag. U kunt zich opgeven voor de afzonderlijke onderdelen.

Telefoon: 030 2971100

E-mailadres: nix18voorprofs@trimbos.nl

Datum: 8 december 2022, 10:00 – 12.00 uur

Kosten: € 0,-

Locatie: online

Bron: Trimbos.nl / 7-11-2022

Basiscursus middelenpreventie

De Basistraining middelenpreventie is bedoeld als basis voor professionals die zich bezighouden met middelenpreventie. Aan het eind van de training bent u op de hoogte van de wetenschappelijke basis van drugspreventie. De tweedaagse training in januari is exclusief voor medewerkers van verslavingszorginstellingen die onderdeel zijn van Verslavingskunde Nederland (VKN).

Na de training kunt u vragen beantwoorden zoals: “Op welke doelgroep moeten we ons richten?”, “Welke aanpak werkt in welke setting?”, “Wat zijn de voor- en nadelen van een massa mediale campagne” en “Hoe beoordeel ik de kwaliteit van een interventie?”. Deze training helpt u om de aanpak van drugspreventie in uw werkgebied te professionaliseren en het effect te vergroten.

De Basistraining middelenpreventie is de Nederlandse variant van de internationale training van het European Prevention Curriculum (EUPC). De EUPC training is een gestandaardiseerd curriculum voor middelenpreventie in Europa. Deze training is ontwikkeld door het EMCDDA.

De basis van de training wordt gevormd door de European Drug Prevention Quality Standards en de International Standards on Drugs Use Prevention (UNODC).

Martha de Jonge is door het EMCDDA geaccrediteerd als Nationaal Trainer voor dit curriculum.

Data: 30 en 31 januari 2023

Locatie: Trimbos-instituut

Kosten € 189,-

Bron: Trimbos.nl / 24-10-2022



Cursussen NSPOH

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

Managers verkennen publieke gezondheidszorg: een stoomcursus

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

Data: 10, 17 en 31 januari, 14 februari,
7, 14 en 28 maart,
4 april 2023 (17-21 uur)

Kosten: € 2.090,-

Locatie: Utrecht (en/of online)

De vertrouwde adviseur

Wil je dat jouw organisatie een sterkere rol krijgt in advisering? Of ben je als (medisch) professional expert in het sociale of fysieke domein en wil je meer impact? In deze module verbind je jouw dagelijkse praktijk aan concrete acties om je te ontwikkelen tot een vertrouwde adviseur.

Voor beleidsmedewerkers, adviseurs en onderzoekers bij een GGD of Veiligheidsregio

Data: 23 januari, 13 februari en
13 maart 2023 (13.20-16.30 uur)

Kosten: € 830,-

Locatie: Utrecht

Training adviesvaardigheden

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

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

Data: 16 mei, 6 en 27 juni 2023

Kosten: € 1.470,-

Locatie: Utrecht

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



Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 3e kwartaal 2022

Ziekte	3e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 3e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	3e kwartaal 2022	3e kwartaal 2021	3e kwartaal 2020	1e t/m 3e kwartaal 2022	1e t/m 3e kwartaal 2021	1e t/m 3e kwartaal 2020
A-ZIEKTEN						
MERS-CoV						
Monkeypox	62			96		
Pokken						
Poliomyelitis anterior acuta						
SARS						
Virale hemorrhagische koorts						
COVID-19	15.078	22.633	9.159	317.304	7.6371	12.142
B-ZIEKTEN						
(humane infectie) avaire influenza						
Difterie	1			1		
Pest						
Rabiës (hondsdolheid)						
Tuberculose	18	19	15	59	62	61
Buiktyfus				3	1	1
Cholera						
Hepatitis A	7	2	1	8	2	1
Hepatitis B acuut	1			6	3	3
Hepatitis B chronisch	29	32	14	67	82	65
Hepatitis C acuut						
Hepatitis C chronisch	14	10	5	35	33	17
Kinkhoest	2		4	4	1	65
Mazelen						
Paratyfus A,B,C				1		
Rubella						
STEC (E. coli)	24	10	4	37	16	13
Shigellose	10	18	2	20	26	15
Invasieve GAS	9	3		22	10	6
Voedselinfectie	1		1	2	2	1
C-ZIEKTEN						
Antrax (miltvuur)						
Bof				1		5
Botulisme						
Brucellose						2
CPE	13	5	3	18	10	7
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob klassiek		1		1	1	2
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob variant						
Gele koorts						
Invasieve Hib				1		
Hantavirusinfectie						1



Vervolg overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 3e kwartaal 2022

Ziekte	3e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 3e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	3e kwartaal 2022	3e kwartaal 2021	3e kwartaal 2020	1e t/m 3e kwartaal 2022	1e t/m 3e kwartaal 2021	1e t/m 3e kwartaal 2020
Legionellose	14	18	11	37	27	18
Leptospirose		2		1	2	1
Listeriose	1	2		2	6	3
Malaria	5	9		18	14	7
Meningokokkose				1		3
MRSA-infectie (cluster buiten ziekenhuis)						
Invasieve pneumokokken (bij kinderen)	7	8		39	14	3
Psittacose	2	3		7	6	4
Q-koorts						
Tetanus	1			1		
Tularemie				1		
Trichinose						
West-Nilevirus						
Zikavirus						
Totaal	15.299	22.775	9.219	317.793	76.689	12.446

Infectieziekten gemeld door instellingen in 2022

Onderstaande tabel bevat een overzicht van de meldingen door instellingen in de eerste drie kwartalen van het jaar 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	Kinderopvang	Onderwijsinstelling	Vluchtelingenopvang	AWBZ zorginstelling	Ziekenhuis	Eindtotaal
Huiduitslag/exanthemen	49	19	5	13		86
Impetigo (krentenbaard)	8	5				13
Gastro-enteritis	20	4		17		41
Schimmelinfectie						
Luchtweginfectie/ influenza-achtig ziektebeeld	47	86		315	1	449
Anders*	2					2
Eindtotaal	126	114	5	345	1	591

* Hepatitis A en MRSA



Toelichting Meldingen Infectieziekten 3e kwartaal 2022

Monkeypox (apenpokken)

Sinds het voorjaar van 2022 verspreidt monkeypox zich buiten Afrika in andere delen van de wereld, waaronder ook 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. Dit betekent dat het vaststellen van monkeypox of het vermoeden daarvan vanaf heden direct gemeld moet worden bij de GGD.

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.

Na een snelle stijging in de maanden juni (34) en juli (45) is het aantal meldingen van monkeypox bij de GGD in de maanden augustus (13) en september (4) snel afgenomen. Dit is ook het landelijke beeld. Eén van de verklaringen voor de afname is dat de instructies/aanwijzingen die tijdens het bron- en contactonderzoek worden gegeven goed zijn opgevolgd. Ook lijken mensen uit de belangrijkste risicogroepen hun gedrag te hebben aangepast na de uitbraak. Verder is de verwachting dat een groot deel van de belangrijkste risicogroepen inmiddels immuun is voor het virus, omdat zij de ziekte hebben doorgemaakt of zijn gevaccineerd.

De laatste week van juli is de GGD gestart met het vaccineren van gespecificeerde doelgroepen. Deze campagne loopt nog steeds door. De doelgroepen zijn:

1. Personen die hiv-PrEP gebruiken via Centrum Seksuele Gezondheid (CSG), via de huisarts, of bij een CSG op de wachtlijst staan voor hiv-PrEP.
2. Personen met hiv en die gescreend worden op hepatitis C, als proxy voor hoogrisicogedrag.
3. Vanuit CSG's: afgelopen half jaar CSG-contact vanwege partnerwaarschuwing voor soa en/of hiv, of doorgemaakte syfilis/gonorrroe of chlamydia, of > 3 partners gehad.

GGD Haaglanden blijft de uitgenodigde doelgroepen aansporen zich te laten vaccineren als ze dat nog niet gedaan hebben. Het aantal nieuwe infecties in Nederland is weliswaar laag op dit moment, maar kan weer toenemen door contacten uit het buitenland waar die ziekte nog steeds veel voorkomt.

Hepatitis A

Hepatitis A (besmettelijke geelzucht) is een leverontsteking die wordt veroorzaakt door het hepatitis A-virus.

Mensen raken besmet met het hepatitis A-virus door contact met zieken en door het eten en drinken van voedsel of water dat verontreinigd is met ontlasting dat het virus bevat. De kans op besmetting neemt toe naarmate de hygiënische omstandigheden slechter zijn.

Hepatitis A kan zo licht verlopen dat iemand het niet eens merkt. Vooral kinderen < 6 jaar hebben nauwelijks klachten.

De verschijnselen treden na de incubatietijd van 2 - 7 weken op en zijn over het algemeen vermoeidheid, lichte koorts, soms pijn in de bovenbuik en misselijkheid. Bij volwassenen gaat hepatitis A meestal ook gepaard met geelzucht: het geelkleuren van huid en oogwit, het donker worden van urine (de kleur van cola) en het ontkleuren van ontlasting (de kleur van stopverf). Slechts bij hoge uitzondering ontstaan, met name bij ouderen, levensbedreigende complicaties.

In augustus kreeg de GGD een melding van hepatitis A bij een kind. Dit kind bezocht een kinderdagverblijf. Tijdens het bron- en contactonderzoek rondom deze index kwamen er nog 2 besmettingen van hepatitis A binnen dit kinderdagverblijf naar voren. Conform de LCI richtlijn heeft de GGD post-expositie vaccinaties aangeboden aan de overige kinderen van het kindercentrum, de pedagogische medewerkers en gezinscontacten. Daarna zijn er geen nieuwe besmettingen gemeld.



CPE (Carbapenemaseproducerende enterobacterales)

CPE is niet een naam van een bacterie maar staat voor Carbapenemaseproducerende Enterobacterales. CPE-bacteriën en andere resistente darmbacteriën zijn bacteriën die ongevoelig (resistent) zijn voor sommige antibiotica. Dit betekent dat één of meer soorten antibiotica niet werken die normaal wel werkzaam zouden zijn. Carbapenemase is een enzym dat bij bepaalde bacteriën voorkomt. CPE worden aangetroffen in ons milieu en ons voedsel. Bij de mens vinden we deze CPE-bacteriën vooral terug in de darmen.

Een persoon kan een CPE-bacterie bij zich dragen zonder ziek te worden (=dragerschap).

Als men wel ziek wordt, is men niet zieker van deze resistente bacterie dan van een bacterie die niet resistent is. Wanneer een resistente bacterie een ontsteking (infectie) veroorzaakt, is deze moeilijker te behandelen, omdat sommige antibiotica niet meer werkzaam zijn.

Het aantonen van Carbapenemaseproducerende Enterobacterales valt sinds juli 2019 onder de meldplichtige ziekten, groep C.

Het derde kwartaal van 2022 laat een opvallende stijging zien van het aantal meldingen CPE bij de GGD; 13 meldingen ten opzichte van 2 en 3 meldingen in de voorafgaande kwartalen. Ook landelijk is er sprake van een toename. De toename van de CPE wordt gezien bij kweken die voor screening afgenomen worden (bijvoorbeeld na opname in een buitenlands ziekenhuis) in verband met mogelijk dragerschap, en ook bij kweken vanwege een diagnostische indicatie bij een infectie.



COLOFON

December 2022, 57^{ste} jaargang nr. 4

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

Getty Images
Merlijn Michon
Gemeente Den Haag
Jeffrey Grouwstra
Kinderen van Photovoice
Beeldbank JMO
Indigo

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

