

# Epidemiologisch bulletin

TIJDSCHRIFT VOOR  
VOLKSGEZONDHEID EN ONDERZOEK  
IN REGIO HAAGLANDEN

JAARGANG 58

NR 2

2023

## Gezondheidsverschillen verkleinen? Zet in op bestaanszekerheid



Jeugdverpleegkundigen en suïcidaal gedrag  
bij jongeren: hun rol en aanbevelingen

Tolken in de zorg: geen overbodige luxe  
maar keiharde noodzaak

Gezondheid in cijfers:  
Eenzaamheid bij jongvolwassenen

Meldingen infectieziekten  
1e kwartaal 2023

# IN DIT NUMMER

<b>Redactioneel</b>	<b>3</b>
<i>Irene van der Meer</i>	
<b>Bestaanszekerheid</b>	
• Gezondheidsverschillen verkleinen via bestaanszekerheid	<b>4</b>
<i>Joanne Cnossen, Fiona de Jonge, Irene van der Meer</i>	
• Bestaanszekerheid en gezondheid	<b>8</b>
<i>Irene van der Meer</i>	
• Bestaanszekerheid en onderwijs: we delen dezelfde wereld maar niet dezelfde mogelijkheden	<b>13</b>
<i>Anna Vreugdenhil</i>	
<b>Jeugdverpleegkundigen hebben bij het signaleren van suïcidaal gedrag bij jongeren behoefte aan laagdrempelige hulpverlening</b>	<b>17</b>
<i>Sylvia Pen, Marjolein Donker, Mirian Rutgrink, Regina van der Meer</i>	
<b>Tolken in de zorg: geen overbodige luxe maar keiharde noodzaak</b>	<b>23</b>
<i>Marlies Wopereis</i>	
<b>Gezondheid in cijfers: Eenzaamheid onder jongvolwassenen</b>	<b>28</b>
<b>Korte berichten</b>	<b>29</b>
<b>Meldingen infectieziekten 1e kwartaal 2023</b>	<b>32</b>

Wilt u reageren op deze uitgave van het Epidemiologisch Bulletin?

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



# Redactioneel



Uit de Gezondheidsmonitor Jeugd, uitgevoerd in 2021, blijkt dat 3 op de 10 jongeren in Haaglanden (tweede/vierde klas middelbaar onderwijs) lichte tot ernstige psychische klachten hebben. [1] Tussen het ervaren van psychische klachten en stress bestaat een relatie: de meeste jongeren met psychische klachten (82%) voelen zich (zeer) vaak gestrest. Bij jongeren zonder psychische klachten is dat 30%. [2] Ook zijn jongeren met psychische klachten vaker ongelukkig en/of eenzaam dan jongeren zonder deze klachten.

Voor een deel van de jongeren zal dit tijdelijk zijn, en hoort dit bij de fase van hun leven. De klachten kunnen echter ook zodanig zijn, dat hulp nodig is, bijvoorbeeld wanneer sprake is van suïcidaal gedrag. De jeugdverpleegkundigen van de Centra voor Jeugd en Gezin spelen hierin een belangrijke rol. Wat die rol is, en wat zij nog nodig hebben om deze goed te vervullen, leest u in deze editie. Dit illustreert voor mij mooi de relevantie van de rol die de Jeugdgezondheidszorg speelt in het volgen van de ontwikkeling van kinderen en jongeren. Wanneer de media spreken over de zorg, gaat het vaak om huisartsenzorg en/of medisch-specialistische zorg. Die zorg staat onder druk. Op tijd problemen signaleren kan veel zorgkosten in de toekomst schelen en brengt daarnaast winst op de kwaliteit van leven met zich mee. Laten we daarom alstublieft ook het belang van preventieve zorg,

zoals uitgevoerd door de Jeugdgezondheidszorg, blijven benadrukken.

Het ‘alstublieft’ in de vorige alinea brengt mij bij de campagne ‘Tolken terug in de zorg, alstublieft’, waarover ook een artikel gaat in deze editie. Goede communicatie is essentieel voor het leveren van goede zorg. De cijfers zijn schrikbarend: ongeveer 70% – ruim twee derde – van de zorgverleners zet ondanks de ervaren noodzaak geen professionele tolk in. Zouden zij zich bewust zijn van de gevolgen van de inzet van kinderen als tolk? Waar de inzet van een professionele tolk soms meer lijkt te kosten dan het oplevert, ga ik er inmiddels van uit dat dit alleen voor de heel korte termijn geldt. Lees het artikel over de campagne, waarin ook tips worden gedeeld voor de inzet van een tolk.

Naast bovenstaande artikelen nog een serie van 3 bijdragen over bestaanszekerheid en gezondheid, recente cijfers over eenzaamheid bij jongvolwassenen, korte berichten en meldingen infectiezieken. Ik wens u veel leesplezier.

*Irene van der Meer,*  
hoofdredacteur



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

## REFERENTIES

1. GGD Haaglanden. **Psychische klachten** [Online]. (Bezocht op 01 mei 2023); Beschikbaar op URL: <https://gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl/mosaic/dashboard/psychische-klachten/>
2. GGD Haaglanden. **Factsheet Psychische klachten Haaglanden** [Online]. (Bezocht op 01 mei 2023); Beschikbaar op URL: <https://gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl/handlers/ballroom.ashx?function=download&id=153>





# Gezondheidsverschillen duurzaam terugdringen? Zet in op bestaanszekerheid

In deze editie een serie van 3 artikelen over bestaanszekerheid en gezondheid. Dit eerste artikel beschrijft het waarom van deze serie, gekoppeld aan landelijke ontwikkelingen. Onder bestaanszekerheid verstaan we de basis die een mens nodig heeft om zich te ontwikkelen. Er gaat steeds meer aandacht uit naar hoe sterk bestaanszekerheid en gezondheid met elkaar verbonden zijn. Bestaansonzekerheid is van grote invloed op zowel de fysieke als mentale gezondheid. Andersom wordt gezondheid bijvoorbeeld genoemd als de voornaamste reden om niet te kunnen of willen werken. Wil je gezondheidsachterstanden terugdringen, dan is daarbij een aanpak op bestaanszekerheid noodzakelijk. Als je de bestaanszekerheid wilt verbeteren dan heeft gezondheid daarin dus een rol. [1] De bestaanszekerheid herstellen betekent de basisvoorwaarden op orde brengen. [2] Het tweede artikel gaat hier dieper op in.

Joanne Cnossen, Fiona de Jonge, Irene van der Meer

Waarom juist nu deze aandacht voor bestaanszekerheid? We zijn ons al decennialang bewust van de wisselwerking tussen gezondheid en bestaanszekerheid, en toch heeft dit nog niet geleid tot het duurzaam terugdringen van gezondheidsverschillen. Sterker nog, Nederland behoort tot de rijkste landen ter wereld, maar het aantal mensen dat in armoede leeft neemt toe. [3] Met alle gevolgen van dien voor de publieke gezondheid. Doordat het einde in zicht komt van wat het zorgstelsel aankan, is er momentum voor het inslaan van een andere koers. Het gezondheidsbeleid beweegt van zorg naar preventie en van repareren naar voorkomen en versterken. Door onder andere nieuwe landelijke akkoorden, wordt deze transitie in gang gezet.

## Landelijke akkoorden IZA en GALA

Nieuwe landelijke akkoorden bieden concrete kansen voor een gezondheidsaanpak waarin verschillende domeinen samenwerken. In 2022 is het Integraal Zorg Akkoord (IZA) afgesloten tussen zorgverzeke-

raars, zorgpartijen en gemeenten, met als doel goede zorg betaalbaar en toegankelijk te houden voor iedereen. Begin 2023 hebben gemeenten, de landelijke overheid en zorgverzekeraars ook het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) afgesloten. Het GALA zet in op een gezonde generatie in 2040, waarbij het tegengaan van gezondheidsachterstanden één van de belangrijkste speerpunten is. Beide akkoorden hangen nauw met elkaar samen en zetten in op het verkleinen van gezondheidsachterstanden en het verbeteren van bestaanszekerheid. Zowel vanuit de zorg, als domeinoverstijgend vanuit de gemeenten (sociaal en fysiek domein). Voor de inzet op preventie en gezond leven zijn vanuit beide akkoorden extra middelen beschikbaar.

Tegelijk vragen de akkoorden om snelle inzet (starten in 2023). Met het oog op het versterken van bestaanszekerheid wordt het een uitdaging voor gemeenten (en GGD'en) om in korte tijd de groepen te bereiken waar extra inzet nodig is. Terwijl juist bij deze groepen een intensieve, duurzame aanpak nodig is.





Voedselbank

*‘Ongezondheid is niet alleen de uitkomst van ongezond gedrag, maar vooral ook van een complexe ongelijkheid in de samenleving. Niet iedereen beschikt over de kennis, vaardigheden en mogelijkheden om gezonde keuzes te maken. De overheid heeft een grote rol bij het bevorderen van gezond gedrag in een gezonde leefomgeving, waarbij de inzet gedifferentieerd wordt en een aparte en toegespitste aanpak vergt voor kwetsbare groepen waarin de grootste stijging van gezondheidswinst te behalen is. Dat vraagt gericht investeren: ongelijk investeren voor meer gelijke kansen (‘Equity in All Policies’): – [Gezond en Actief Leven Akkoord]*

### **GGD als voorvechter voor gelijke kansen op een goede gezondheid**

In de visie 2030 van GGD Haaglanden, die mede door gemeenten en stakeholders is opgesteld, is als eerste ambitie vastgesteld dat de GGD voorvechter is voor gelijke kansen op een goede gezondheid. Deze ambitie voert de GGD samen met de gemeenten in Haaglanden uit. Voor alle gemeenten is het versterken van bestaanszekerheid namelijk een belangrijk doel en in een aantal coalitieakkoorden is dit opgenomen als expliciet speerpunt.

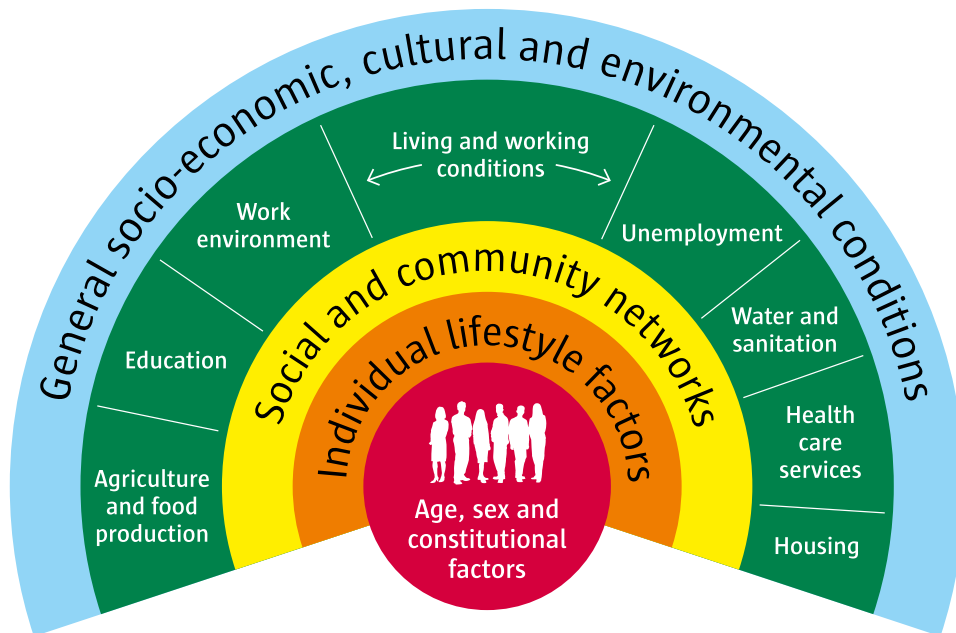
Gezondheidsverschillen verkleinen door in te zetten op bestaanszekerheid, vergt een innovatieve aanpak die soms buiten de eigen scope ligt. Het gaat om een transitie van symptoombestrijding en interventies op individueel gedragsniveau (zoals interventies gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl), naar het ingrijpen op complexe, structurele en systemische oorzaken van gezondheidsachterstanden. [4] Dit vraagt voor alle betrokken partijen en domeinen om een blik buiten de eigen kaders en organisatiedoelen om, met de maatschappelijke opgave als vertrekpunt.

### **Handvatten om in te zetten op verkleinen van gezondheidsverschillen**

Onderstaande elementen zijn handvatten bij het ontwikkelen van een integrale aanpak rondom bestaanszekerheid en gezondheid:

#### **Domeinoverstijgend werken**

Werk vanuit meerdere beleidsdomeinen samen om gezondheidsachterstanden terug te dringen. De sleutel tot het positief beïnvloeden van publieke gezondheid ligt maar ten dele in het volksgezondheidsdomein. Aan gezondheidsproblemen of een ongezonde leefstijl liggen vaak dieperliggende



Figuur 1 Regenboogmodel voor gezondheidsongelijkheid [6]

factoren ten grondslag die relateren aan bestaanszekerheid, zoals schulden, werkloosheid, en ongunstige woonomstandigheden. Individuele leefstijl-interventies zijn te enkelvoudig en missen daardoor hun doel. Het regenboogmodel van Dahlgren en Whitehead, maakt inzichtelijk hoe individuele leefstijlfactoren worden beïnvloed door leef-, woon- en werkomstandigheden, zoals het sociale netwerk, een veilige buurt en de school (zie figuur 1). Deze omstandigheden hangen op hun beurt samen met bredere socio-economische, culturele en omgevingsfactoren. Het toont het belang van een integraal gezondheidsbeleid, waarin de samenwerking tussen bestuur, beleid én uitvoering en met alle gerelateerde domeinen actief moet worden opgezocht. [5], [6]

#### Aansluiten bij de leefwereld van kwetsbare inwoners

Richt de aanpak op de groep en de context waar sprake is van gezondheidsachterstanden, en sluit aan bij wat gezondheid voor deze mensen betekent. Verken samen met de inwoners welke problemen er spelen, welke gezamenlijke doelen centraal staan en hoe hier samen aan gewerkt kan worden. Ga hierin verder dan het ophalen van behoeftes via bewonerspanels, inspraakavonden en enquêtes. Alleen door co-creatie, ofwel langdurige samenwerking vanuit wederzijds vertrouwen, kom je tot resultaten die daadwerkelijk aansluiten bij de wensen en ervaringen van de doelgroep. [7] Een voorbeeld dat deze benade-

ring toepast, is de Haagse Aanpak Gezond Gewicht (HAGG). [8]

#### Ongelijk investeren

Ook wel passend investeren genoemd. Grote ongelijkheid bestrijd je door mensen ongelijk te behandelen [9], en door vooral te investeren in gebieden en bevolkingsgroepen met de grootste gezondheidsachterstanden. [10] Bepaalde groepen mensen, met name laagopgeleiden of mensen met een laag inkomen, ervaren een stapeling van problemen die de gezondheid beïnvloeden. Alleen door extra investering in deze groepen kun je gezondheidswinst boeken.

#### De volgende twee artikelen in de serie bestaanszekerheid en gezondheid

Het volgende artikel *Bestaanszekerheid en gezondheid* beschrijft de evidente relatie die tussen beide bestaat. Het derde artikel *Bestaanszekerheid en onderwijs* beschrijft hoe een basisschool in Zoetermeer op intensieve en duurzame manier handen en voeten geeft aan het inzetten op bestaanszekerheid, hierin werkend vanuit de leefwereld van de doelgroep.

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



## OVER DE AUTEURS

**G.J. Cnossen - Bruins**, beleidsadviseur GGD Haaglanden;

**J.J. de Jonge**, trainee gemeente Den Haag;

**Dr. Ir. I.M. van der Meer, MPH**, senior epidemiologisch onderzoeker en hoofdredacteur Epidemiologisch Bulletin, GGD Haaglanden.

E-mail: [joanne.cnossen@ggdhaaglanden.nl](mailto:joanne.cnossen@ggdhaaglanden.nl)

## REFERENTIES

1. Franken M, Kuiper C, van der Sanden P. **Bestaanszekerheid onder druk: de stand van zaken** [Online]. 2022 (Bezocht op 25 apr 2023); Beschikbaar op URL: <https://www.movisie.nl/publicatie/bestaanszekerheid-onder-druk>
2. VNG, Divosa. **De winst van het sociaal domein: Een slimme investering in bestaanszekerheid, kansengelijkheid en gezondheid** [Online]. 2021 (Bezocht op 25 apr 2023); Beschikbaar op URL: [https://vng.nl/sites/default/files/2021-04/de-winst-van-het-sociaal-domein\\_def.pdf](https://vng.nl/sites/default/files/2021-04/de-winst-van-het-sociaal-domein_def.pdf)
3. Wildeboer Schut JM, Hoff S. **Kennisnotitie Armoede ramingen september 2022** [Online]. 2022 (Bezocht op 25 apr 2023); Beschikbaar op URL: <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2022/09/20/kennisnotitie-armoede-ramingen-september-2022>
4. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. **Gezondheidsverschillen voorbij** [Online]. 2020 (Bezocht op 25 apr 2023); Beschikbaar op URL: <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2020/10/03/gezondheidsverschillen-voorbij>
5. Pharos. **Gezondheidsverschillen duurzaam aanpakken: De negen principes voor een succesvolle strategie** [Online]. 2019 (Bezocht op 25 apr 2023); Beschikbaar op URL: [https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2019/05/Gezondheidsverschillen-duurzaam-aanpakken\\_Pharos\\_mei-2019.pdf](https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2019/05/Gezondheidsverschillen-duurzaam-aanpakken_Pharos_mei-2019.pdf)
6. Dahlgren G, Whitehead M. **The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows**. Public Health 2021; 199: 20-24.
7. Van Marle FCM, Breed M, van der Meer IM, Vervoordeldonk JECM. **Samen gezond? In co-creatie zoeken naar gezondheidswinst in de regio Haaglanden** [Online]. 2022 (Bezocht op 25 apr 2023); Beschikbaar op URL: [https://www.ggdhaaglanden.nl/wp-content/uploads/2022/05/GGDH-Epibul-nr2-2022\\_web.pdf](https://www.ggdhaaglanden.nl/wp-content/uploads/2022/05/GGDH-Epibul-nr2-2022_web.pdf)
8. Keetman M, Schneider W. **Haagse Aanpak Gezond Gewicht. Samen maken we gezond gewoon!** [Online]. 2023 (Bezocht op 25 apr 2023); Beschikbaar op URL: [https://epibul.ggdhaaglanden.nl/2023-nr-1/samen\\_maken\\_we\\_gezond\\_gewoon](https://epibul.ggdhaaglanden.nl/2023-nr-1/samen_maken_we_gezond_gewoon)
9. Pharos. **Gelijke kansen op een goede gezondheid vragen om ongelijke aanpak – 6 actiepunten om de kloof te dichten** [Online]. 2022 (Bezocht op 25 apr 2023); Beschikbaar op URL: <https://www.pharos.nl/nieuws/grote-ongelijkheid-bestrijd-je-door-mensen-ongelijk-te-behandelen-6-actiepunten-om-de-kloof-te-dichten/>
10. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. **Een eerlijke kans op gezond leven** [Online]. 2021 (Bezocht op 25 apr 2023); Beschikbaar op URL: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/04/29/een-eerlijke-kans-op-gezond-leven>





# Bestaanszekerheid en gezondheid

Bestaanszekerheid gaat over een voldoende zeker inkomen om van te leven. Hoe hoog moet dit inkomen dan zijn? Wanneer is het voldoende zeker? En over wat voor leven gaat het dan? Hierover zijn verschillende interpretaties mogelijk. Dit artikel gaat eerst terug naar de wettelijke grondslag, om van daaruit inzichtelijker te maken wat bestaanszekerheid dan (minimaal) is. Vervolgens illustreren cijfers wat de relatie tussen bestaanszekerheid en gezondheid is. Tot slot wordt gepresenteerd wie risico lopen op bestaansonzekerheid en wat aangrijpingspunten zijn om de situatie voor deze mensen te verbeteren.

Irene van der Meer

## Bestaanszekerheid heeft een wettelijke basis

In artikel 20 van de Nederlandse Grondwet staat: [1]

1. De bestaanszekerheid der bevolking en spreiding van welvaart zijn voorwerp van zorg der overheid.
2. De wet stelt regels omtrent de aanspraken op sociale zekerheid.
3. Nederlanders hier te lande, die niet in het bestaan kunnen voorzien, hebben een bij de wet te regelen recht op bijstand van overheidswege.

Zowel de bestaanszekerheid als de spreiding (verdeling) van welvaart hebben hierdoor in Nederland een wettelijke basis. Dit betekent dat de overheid moet proberen de verschillen tussen arm en rijk niet te groot te laten worden. Dit is, zoals ook gesteld in de Grondwet, geregeld via wetten. Zo staat in de Participatiewet, Algemene Ouderdomswet (AOW), de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) en de Werkloosheidswet (WW) beschreven wie wanneer in aanmerking komt voor een financiële uitkering, hoe hoog die uitkering is en hoe lang iemand deze kan ontvangen. [1], [2]

De formulering in de grondwet bestaat sinds 1983. Sinds 1798 is er echter al een vergelijkbare formulering in de Nederlandse Grondwet. In plaats van de term bestaanszekerheid sprak men destijds van armoede en 'armenkinderen'.



Sociale woningen

Bestaanszekerheid is ook een universeel mensenrecht. [3] Dit jaar is het 75 jaar geleden dat bestaanszekerheid is opgenomen als artikel 25:

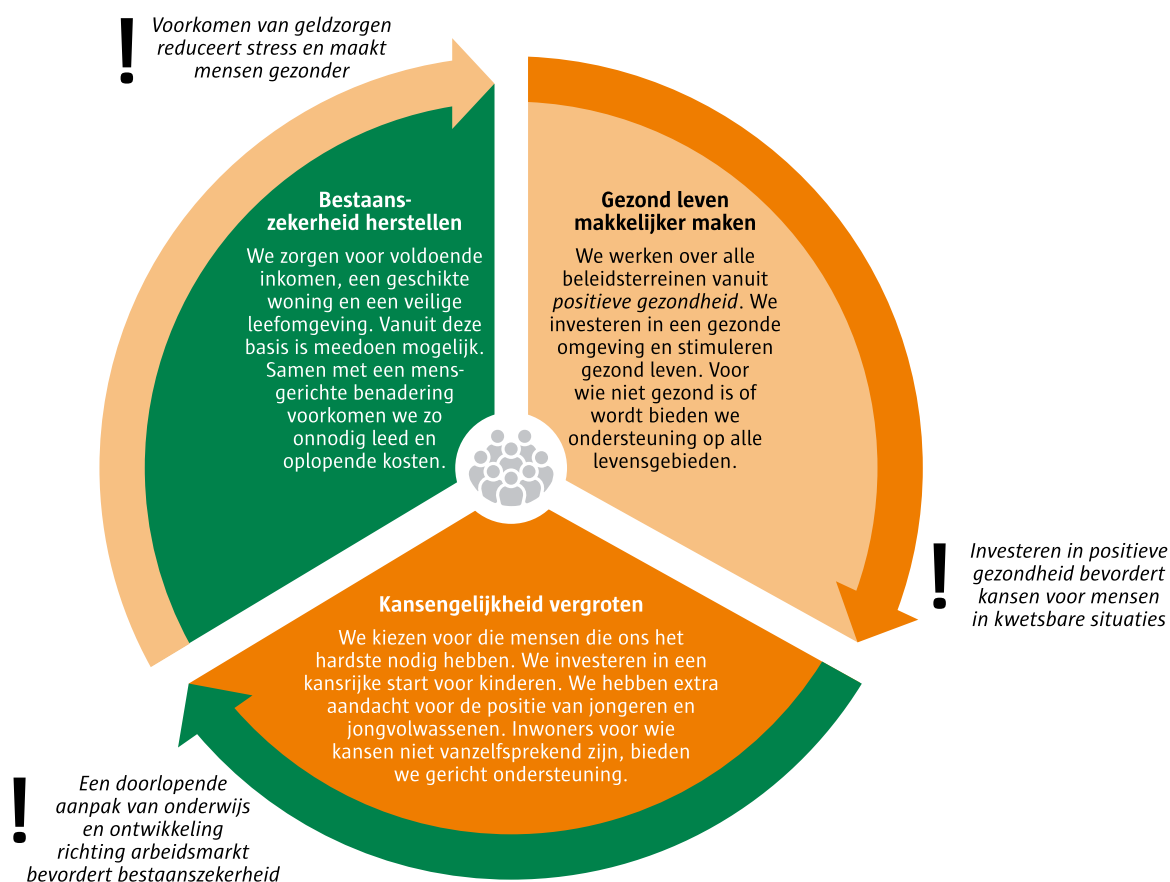
- Een ieder heeft recht op een levensstandaard die hoog genoeg is voor de gezondheid en welzijn van zichzelf en zijn gezin, waaronder inbegrepen voeding, kleding, huisvesting en geneeskundige verzorging en de noodzakelijke sociale diensten, alsmede het recht op voorziening in geval van werkloosheid, ziekte, invaliditeit, overlijden van de echtgenoot, ouderdom of een ander gemis aan bestaansmiddelen.
- Moeder en kind hebben recht op bijzondere zorg en bijstand. Alle kinderen, al dan niet wettig, zullen dezelfde sociale bescherming genieten.





**Figuur 1** Samenhang tussen bestaanszekerheid, gezondheid en kansengelijkheid

Bron: Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en Divosa [4].



Wat hierin opvalt is dat gezondheid en welzijn letterlijk zijn opgenomen. Op zich niet vreemd, aangezien bestaanszekerheid en gezondheid sterk met elkaar verbonden zijn. In de propositie *De winst van het sociaal domein* van gemeenten aan het kabinet, is een figuur opgenomen over de samenhang tussen bestaanszekerheid, gezondheid en kansengelijkheid (figuur 1). [4] Hierin is bestaanszekerheid opgenomen als: ‘de zekerheid van voldoende en voorspelbaar inkomen, de zekerheid van werk en van mee kunnen doen in de samenleving. Maar ook de zekerheid van een dak boven je hoofd in een geschikte en betaalbare woning. En in een veilige en prettige omgeving, met snelle en toegankelijke dienstverlening in situaties die de veiligheid bedreigen.’

### Samenhang bestaanszekerheid en gezondheid in Haaglanden

De voor ons beschikbare data bieden geen specifieke of complete indicator voor bestaanszekerheid. Aanverwante indicatoren, zoals de hoogte van het huishoudinkomen, geven een indicatie. Als uitgangs-

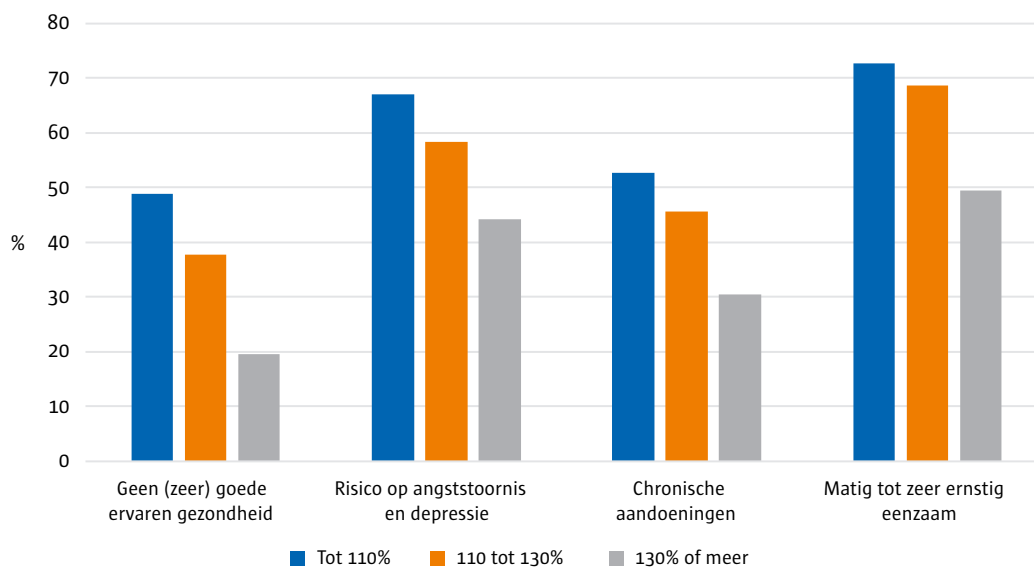
punt voor de hoogte van het huishoudinkomen wordt het sociaal minimum gebruikt. Ofwel het minimale bedrag dat iemand nodig heeft om in het levensonderhoud te kunnen voorzien. De overheid stelt hiervoor ieder half jaar een normbedrag vast. [5] Vanaf 1 januari 2023 is het sociaal minimum €1.378,95 per maand voor een alleenstaande van 21 jaar en ouder (met of zonder kinderen onder de 27) en €1.934,45 voor gehuwden/samenwonenden (met of zonder kinderen onder de 21 jaar). In figuur 2 is de hoogte van het huishoudinkomen, uitgedrukt in percentage van het sociaal minimum, afgezet tegen diverse gezondheidsindicatoren. In deze figuur is goed te zien dat de inwoners met de laagste inkomens (tot 110% van het beleidsmatig minimum) de grootste percentages ‘ongezondheid’ hebben. De situatie is het meest gunstig voor de inwoners met hogere inkomens (130% van het sociaal minimum of meer). Kortom: hoe lager het huishoudinkomen, hoe meer ‘ongezondheid’. [6]

Ook de levensverwachting en de gezonde levensverwachting zijn hoger voor mensen met een hogere



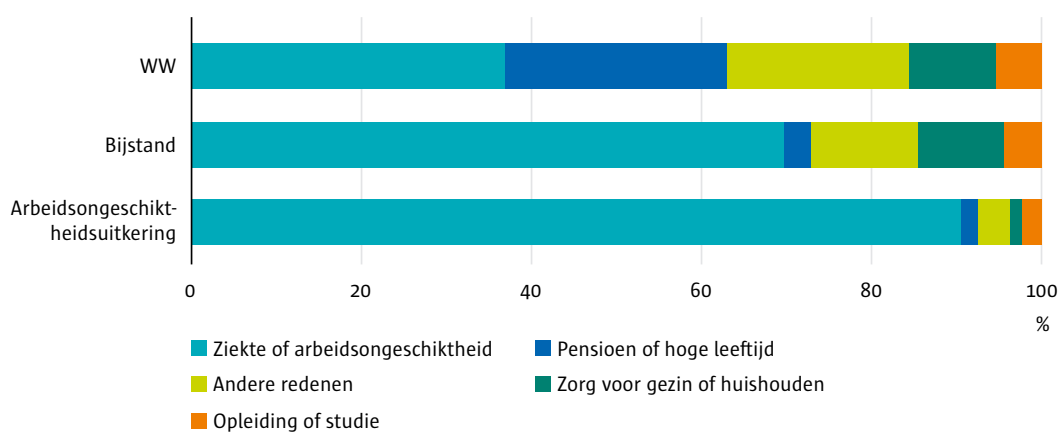
Figuur 2 Gezondheid naar huishoudinkomen (% sociaal minimum). Haaglanden, 2020.

Bron: Gezondheidsgids Haaglanden [6]



Figuur 3 Redenen waarom niet-werkenden met uitkering niet kunnen of willen werken.

Bron: CBS [10]



sociaaleconomische positie. [7] Inwoners van wijken met achterstand in Den Haag leven ongeveer 10 jaar minder in goed ervaren gezondheid, dan inwoners van de andere wijken. [8]

Uitsplitsing naar inkomensbron laat zien dat een groter deel van de inwoners die werkzaam zijn, zowel als werknemer of zelfstandige, een (zeer) goede gezondheid ervaart dan inwoners die een uitkering ontvangen. Slechts een klein gedeelte van inwoners met een bijstandsuitkering (26%) en een ziekte of AOW-uitkering (21%) hebben een (zeer) goede ervaren gezondheid (Den Haag gemiddeld: 69%). [9]

Onderzoek van het CBS laat zien dat de helft van de niet-werkenden met uitkering aangeeft niet te kunnen of willen werken. [10] In figuur 3 staan de redenen hiervoor weergegeven. Ziekte of arbeidsongeschiktheid is het vaakst genoemd als reden om niet te kunnen of willen werken.

De relatie tussen gezondheid enerzijds, en inkomen, werk of bestaanszekerheid anderzijds, kan 2 kanten op werken. Een slechtere gezondheid kan de reden zijn dat mensen niet of minder kunnen werken, waardoor het inkomen daalt en bestaanszekerheid afneemt. Ook kan het zijn dat de gezondheid verslechtert door



het gebrek aan werk en de zekerheid van voldoende inkomen. De pijlen in figuur 1 kunnen dus beide kanten op wijzen.

### Vooraf het precariaat en de onzekere werkenden lopen risico op bestaans-onzekerheid

Movisie heeft onderzocht welke groepen in de Nederlandse bevolking risico lopen om niet bestaanszeker (meer) te zijn. [11] Deze groepen zijn gebaseerd op de indeling van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).

- **Precariaat** (9% van de bevolking). Deze groep kenmerkt zich door: zeer weinig kapitaal, veel laagopgeleid, weinig inkomen en weinig vermogen, maar heeft ook weinig sociale contacten en een weinig bruikbaar netwerk. Relatief veel alleenstaande ouderen, migranten en vrouwen en relatief weinig jongeren. Leven in voortdurende onzekerheid omtrent werk, wonen, gezondheid enz.
- **Onzekere werkenden** (12% van de bevolking). Deze groep kenmerkt zich door: gemiddeld iets hoger opgeleid, iets gezonder en iets groter netwerk dan het precariaat. Vindt niet vanzelfsprekend toegang tot de arbeidsmarkt en relatief grote groep van de werkenden heeft een tijdelijke baan. Vanwege de combinatie van een onzekere arbeidsmarkt en weinig zelfvertrouwen, noemt het SCP deze groep de onzekere werkenden. Deze groep bevat relatief veel migranten en eenoudergezinnen en telt van de 6 groepen de meeste vrouwen.

### Een eerlijke kans op gezond leven

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving heeft in zijn publicatie *Een eerlijke kans op gezond leven* onderstaande 7 aanbevelingen gedaan om gezondheidsachterstanden terug te dringen. Bestaanszekerheid is hier onderdeel van. [12]

1. Stel de aanpak van de maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden centraler in landelijk, regionaal én lokaal beleid. Zet gelijktijdig leefstijlgerichte interventies in als aanvulling.
2. Maak van het terugdringen van gezondheidsachterstanden een opdracht voor meerdere departementen. Geef het ministerie van VWS de regierol.
3. Zet in op beleid met een lange looptijd (minimaal 15 jaar) om maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden aan te pakken en patronen te doorbreken voor volgende generaties.

---

### De relatie tussen enerzijds gezondheid en anderzijds inkomen, werk of bestaanszekerheid kan 2 kanten op werken

4. Zet in op gebiedsgerichte programma's, durf verschil te maken en verleen urgentie aan de gebieden en bevolkingsgroepen met de grootste gezondheidsachterstanden.
5. Maak vanuit het rijk meer financiële middelen vrij voor de aanpak van gezondheidsachterstanden. Bundel binnen gemeenten meer middelen en zoek regionaal en lokaal de samenwerking met zorgverzekeraars, ondernemers en werkgevers in vormen van cofinanciering, met als gedeeld belang vermindering van gezondheidsachterstanden en daarmee ook een gezonde beroepsbevolking.
6. Stel een wettelijke plicht in om gezondheidsachterstanden terug te dringen. Koppel dit aan een verplichte periodieke rapportage over de vordering in het bereiken van dit doel, met nadrukkelijke ruimte voor kwalitatieve metingen in aanvulling op kwantitatieve metingen.
7. Doorbreek de markt van verleidingen tot ongezond eetgedrag. Creëer op landelijk niveau ruimere wettelijke mogelijkheden om via de Wet publieke gezondheidszorg, Warenwet en de Omgevingswet de leefomgeving zodanig in te richten dat iedereen gestimuleerd wordt om gezond te eten.

In het eerste artikel werden 3 handvatten gegeven: domeinoverstijgend werken (ook inzetten op bestaanszekerheid), aansluiten bij de leefwereld van kwetsbare bewoners, en ongelijk investeren. Bovenstaande aanbevelingen zijn breder dan dat, maar geven dezelfde richting aan. Het volgende artikel illustreert op basis van een praktijkvoorbeeld van een basisschool in een achterstandswijk, hoe hier een stap in gezet kan worden, en wat ervoor nodig was om tot het besluit te komen dat het anders moest.

---

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

---



## OVER DE AUTEUR

**Dr. Ir. I.M. van der Meer, MPH**, senior epidemiologisch onderzoeker en hoofdredacteur Epidemiologisch Bulletin, GGD Haaglanden.

E-mail: [irene.vandermeer@ggdhaaglanden.nl](mailto:irene.vandermeer@ggdhaaglanden.nl)

## REFERENTIES

1. De Nederlandse Grondwet. **Artikel 20: Bestaanszekerheid; welvaart; sociale zekerheid** [Online]. 2008 (Bezocht op 25 apr 2023); Beschikbaar op URL: [https://www.denederlandsegrondwet.nl/id/vgrnbso4uwn/artikel\\_20\\_bestaanszekerheid\\_welvaart?pc=1](https://www.denederlandsegrondwet.nl/id/vgrnbso4uwn/artikel_20_bestaanszekerheid_welvaart?pc=1)
2. Overheid.nl. **Participatiewet** [Online]. (Bezocht op 25 apr 2023); Beschikbaar op URL: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0015703/2023-01-01#Hoofdstuk1>
3. United Nations. **Universele Verklaring van de rechten van de mens** [Online]. (Bezocht op 21 apr 2023); Beschikbaar op URL: <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/dutch-nederlands>
4. VNG, Divosa. **De winst van het sociaal domein: Een slimme investering in bestaanszekerheid, kansengelijkheid en gezondheid** [Online]. 2021 (Bezocht op 25 apr 2023); Beschikbaar op URL: [https://vng.nl/sites/default/files/2021-04/de-winst-van-het-sociaal-domein\\_def.pdf](https://vng.nl/sites/default/files/2021-04/de-winst-van-het-sociaal-domein_def.pdf)
5. Rijksoverheid. **Wat is het sociaal minimum en wat als mijn uitkering lager is?** [Online]. (Bezocht op 25 apr 2023); Beschikbaar op URL: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ww-uitkering/vraag-en-antwoord/wat-is-het-sociaal-minimum-en-wat-als-mijn-uitkering-lager-is-dan-dat-minimum#:~:text=Het%20sociaal%20minimum%20is%20het,ze%20ieder%20half%20jaar%20aanpast.>
6. GGD Haaglanden. **Gezondheidsgids Haaglanden** [Online]. (Bezocht op 25 apr 2023); Beschikbaar op URL: <https://gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl/>
7. VZinfo.nl. **Gezonde levensverwachting bij geboorte naar opleiding 2017-2020** [Online]. (Bezocht op 25 apr 2023); Beschikbaar op URL: <https://www.vzinfo.nl/gezonde-levensverwachting/opleiding>
8. GGD Haaglanden. **Gezondheidsverschillen in Den Haag** [Online]. 2022 (Bezocht op 25 apr 2023); Beschikbaar op URL: <https://gezondheidsgids.ggd-haaglanden.nl/handlers/ballroom.aspx?function=download&id=137>
9. De Ridder Hagenaars V, van der Meer IM. **Armoede en een goed ervaren gezondheid. Wat zijn voorspellende factoren?** [Online]. 2021 (Bezocht op 25 apr 2023); Beschikbaar op URL: <https://gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl/handlers/ballroom.aspx?function=download&id=39>
10. CBS. **Helpt niet-werkenden met uitkering kan/wil niet werken** [Online]. 2017 (Bezocht op 25 apr 2023); Beschikbaar op URL: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/40/helpt-niet-werkenden-met-uitkering-kan-wil-niet-werken>
11. Franken M, Kuiper C, van der Sanden P. **Bestaanszekerheid onder druk: de stand van zaken** [Online]. 2022 (Bezocht op 25 apr 2023); Beschikbaar op URL: <https://www.movisie.nl/publicatie/bestaanszekerheid-onder-druk>
12. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. **Een eerlijke kans op gezond leven** [Online]. 2021 (Bezocht op 25 apr 2023); Beschikbaar op URL: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/04/29/een-eerlijke-kans-op-gezond-leven>





# Bestaanszekerheid en onderwijs: we delen dezelfde wereld, maar niet dezelfde mogelijkheden

Aan het woord is Anna Vreugdenhil. Zij werkt nu 13 jaar in de wijk Meerzicht in Zoetermeer. Een zogenoemde achterstandswijk. Sinds 3 jaar is Anna directeur op basisschool De Regenboog. 89% van de leerlingen op haar school groeit op in een gezin met een laag of zeer laag inkomen. 66% leeft met schulden. Op De Regenboog is aandacht voor meer dan alleen goed onderwijs. Lees hoe deze basisschool een steentje bijdraagt aan het vergroten van bestaanszekerheid.

## Anna Vreugdenhil

Toen ik 3 jaar geleden startte als directeur, deed ik dat vanuit de overtuiging dat wat de kinderen van De Regenboog nodig hebben uitstekend onderwijs is. Beter onderwijs nog dan in andere wijken in Zoetermeer. Op die manier zouden we hun kansen vergroten om tot hun volle potentieel te kunnen komen. Al gauw kwam ik tot de conclusie dat veel van de tijd die eigenlijk besteed zou moeten worden aan dat uitstekende onderwijs, op ging aan de 'problemen van de wijk die elke ochtend op 2 beentjes het lokaal binnen komen'. Een leerling troosten die net de politie over de vloer had thuis. Andere leerlingen opbeuren die niet goed hadden geslapen, maar toch echt hun leesboek moesten gaan lezen. Of even een ontbijtkoek halen voor een leerling die niet had gegeten. In mijn kantoor had ik dan ook een kast die standaard was gevuld met eten en drinken voor leerlingen die niks hadden. Elke week liep ik naar de supermarkt om deze weer bij te vullen.

## Dit moest anders kunnen

Het probleem van armoede en stress thuis kon ik niet oplossen en zeker niet in één keer. Maar elke dag die



Kinderen van De Regenboog in de dierentuin

ik langer zou wachten, zou er weer één zijn waarop kinderen met honger en dus minder kansen in de klas zaten. Een lang proces van praten, lobbyen en overtuigen begon. Want: 'is dit niet de verantwoordelijkheid van ouders?' En: 'dit is niet de taak van een school!' Hoewel ik het met beide meningen eens ben, vond ik vooral dat we niet moesten wachten op een structurele oplossing, maar nu moesten ingrijpen.



Anna Vreugdenhil

Als school kun je prima een vindplaats zijn voor die oplossing, zonder direct de regie te hoeven voeren met een team dat onderwijs hoort te geven. Ruim een jaar geleden gebeurde er iets dat alles rondom het ontbijt in een stroomversnelling heeft gebracht. Een meisje van 12 jaar misdroeg zich al meerdere dagen ernstig in de klas. In een gesprek met mij en haar moeder vertelde haar moeder dat ze al een paar dagen niet gegeten had. Meteen daar achteraan volgde: 'Maar mijn kinderen wel! Een beetje.' Het gesprek met de leerling verliep daarna heel anders dan ik had gedacht. Ik begreep volledig waar haar dwarse gedrag vandaan kwam. Je zou maar puber zijn en honger hebben. Ze gingen naar huis met een tas vol eten en een afspraak met schoolmaatschappelijk werk. En ik ging naar huis met een hart vol boosheid over deze grote onrechtvaardigheid. Deze boosheid gaf het laatste zetje en op 1 december 2021 schoven eindelijk de eerste kinderen aan bij ons schoolontbijt.

De eerste keren waren er kinderen die het brood letterlijk naar binnen propten om in een kwartier zoveel mogelijk te eten. Ook waren er kinderen die stiekem fruit en groenten in hun tas stopten om er thuis nog van te kunnen eten. Elke keer gingen we weer in gesprek en beloofden we dat er iedere dag eten zou zijn dat ze ook mee mochten nemen naar huis. Zo kwam er rust. Elke dag een kwartier voor schooltijd mogen de kinderen vast binnenkomen om te eten. Zo gaat er niets aan lestijd verloren. Vrijwilligers smeren het ontbijt, houden de kinderen

gezelschap en ruimen alles weer op. Op deze manier wordt er geen beroep gedaan op het onderwijzend personeel.

Veel problemen die ouders en kinderen thuis onderkennen, durven zij niet te delen met bestaande hulporganisaties. Bang voor de gevolgen hiervan. Daarom kloppen ze vaak aan bij de school, een veilige plaats. Hoe mooi zou het zijn als de school een brugfunctie kan vervullen naar de hulporganisaties. In plaats van zelf deze problemen zo goed mogelijk op te lossen en daarmee veel tijd kwijt te zijn ten koste van het geven van onderwijs.

### **Naast honger, onveiligheid en stress ontbreekt het onze leerlingen aan meer**

Het grootste verschil tussen hen en leerlingen uit een andere wijk, is dat zij veel minder van de wereld hebben gezien, met minder kennis op school komen en daardoor veel van wat er van hen verwacht wordt niet in context kunnen plaatsen.

Naast dat uitstekende onderwijs is een hoge ouderbetrokkenheid heel belangrijk voor het vergroten van de kansen bij kinderen. We doen het samen: het team van onderwijzers, de ouders en de maatschappij om ons heen. We zijn er nog lang niet, maar ik ben er wel van overtuigd dat dit de weg is die uiteindelijk leidt naar echte kansen.

Die weg mag niet vrijblijvend zijn, of afhankelijk van een schoolleider, gemeente of actief schoolteam. Dat moet een verplichting zijn, een systeem dat vanzelfsprekend wordt toegepast.



Een school in een achterstandswijk heeft een achterstandsscore. Die wordt gebaseerd op het aantal achterstandskennmerken van de wijk. Met die achterstandsscore wordt ook de norm voor de eindtoetsen berekend die scholen moeten halen. Oftewel: voor deze scholen gaat de lat naar beneden. Zo kunnen alle scholen de norm halen. Probleem opgelost. Ik vind dat deze lat niet naar beneden mag. We moeten ernaar streven dat ieder kind dezelfde kans krijgt om over de lat heen te komen. Het plaatje dat speciaal voor mij gemaakt is, laat zien wat ik bedoel (figuur 1). Veel kinderen groeien gelukkig op in prima thuisomstandigheden en komen met een stapeltje 'krukjes' een school binnen. Ze voelen veiligheid, hebben te eten, hebben al kennis gemaakt met cultuur en de wereld om zich heen. Zij komen, uiteraard door kwalitatief goed onderwijs, over de lat heen. Voor andere kinderen met minder 'krukjes' is dat al moeilijker. Tegen hen zeggen we: 'Werk maar hard, dan kan alles'.

Een illusie die we onszelf graag voorhouden om maar niet te hoeven zien wat er werkelijk het geval is. Degenen namelijk die met lege handen het schoolstelsel binnen komen, zullen zelden of nooit over die gigantische lat heen komen die wij stellen. Hoe goed het onderwijs ook is, ze zijn niet of nauwelijks in staat dat onderwijs te ontvangen. Denk hierbij aan

## 'Werk maar hard, dan kan alles' is een illusie

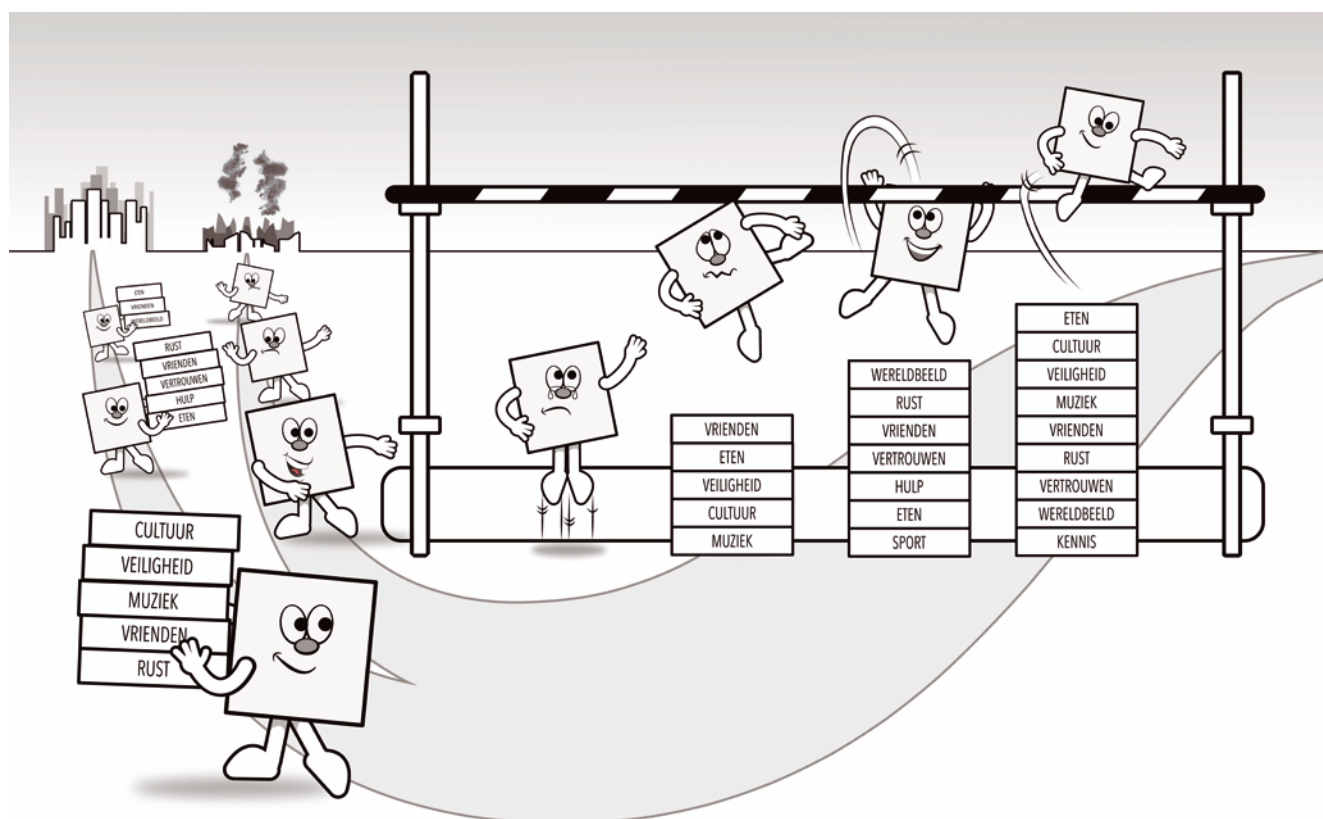
de eerdergenoemde leerlingen met honger, maar zeker ook aan kinderen met trauma's veroorzaakt door thuissituaties of oorlogsverleden. Of aan kinderen die door armoede maar een beperkt beeld hebben van de wereld.

### De investering betaalt zich terug

Hen helpen gaat niet ten koste van het onderwijs, maar komt hier juist ten goede aan.

De oplossing zit niet in één krukje, het zit in de juiste combinatie die op elke school anders kan zijn, maar die wel in een systeem te vatten is.

Voor wie die sociale beweging minder heeft, is het economische perspectief minstens zo aantrekkelijk. Uit recent onderzoek [1] van de ABN AMRO Foundation en het Jeugdeducatiefonds, blijkt namelijk dat wanneer deze leerlingen daadwerkelijk de benodigde kansen krijgen, zij de maatschappij rond hun 28<sup>e</sup> door hun betrokkenheid hebben terugbetaald wat het gekost heeft. Kinderen die echt de kans hebben tot hun volle potentie te komen: het lijkt zo vanzelfsprekend. En, dat is het ook!



Figuur 1 Niet ieder kind komt met dezelfde bagage naar school



## Hoe bereiken we dan die echte kansengelijkheid?

Het antwoord? Echte kansengelijkheid in het onderwijs bereiken we alleen samen. Iedereen op zijn of haar eigen plaats in deze maatschappij, met zijn of haar eigen verantwoordelijkheden. Dat maakt het antwoord op ons vraagstuk kansengelijkheid simpel en tegelijk zo complex. Het vraagt namelijk van iedereen actie. Niet wegkijken, niet denken dat het allemaal wel prima geregeld is, geen opmerkingen als 'Wat ik kan doen is slechts een pleister, waar antibiotica nodig is'. De waarheid is: samen zijn wij die antibiotica. Samen doorbreken we de cirkel van generatielange kansengelijkheid.

Als we geboren worden op deze aarde, delen we dezelfde wereld. We zijn mensen vol potentie en de wil iets van het leven te maken. Te kunnen maken. En dat is eerlijk.

---

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

---

### OVER DE AUTEUR

**A. Vreugdenhil**, directeur basisschool De Regenboog,  
Zoetermeer

E-mail: [anna.vreugdenhil@regenboog.unicoz.nl](mailto:anna.vreugdenhil@regenboog.unicoz.nl)

### REFERENTIES

1. SEO. **Gevolgen van kansengelijkheid in Nederland** [Online]. 2022 (Bezocht op 25 apr 2023); Beschikbaar op URL: <https://www.seo.nl/publicaties/gevolgen-van-kansengelijkheid-in-nederland/>





# Jeugdverpleegkundigen hebben bij het signaleren van suïcidaal gedrag bij jongeren behoefte aan laagdrempelige hulpverlening

Om suïcide te voorkomen is het belangrijk om suïcidaal gedrag vroegtijdig te signaleren en zo nodig door te verwijzen naar specialistische hulp. Een belangrijke professional die in aanraking komt met suïcidaal gedrag bij jongeren, is de jeugdverpleegkundige werkzaam in het voortgezet onderwijs (vo) (zie kader). De GGD Haaglanden heeft kwalitatief onderzoek uitgevoerd om de rol van de jeugdverpleegkundige bij suïcidaal gedrag te verkennen en waar mogelijk aanbevelingen te doen. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat de jeugdverpleegkundigen vinden dat de vervolgstappen na het signaleren van suïcidaal gedrag verbeterd moeten worden: er is behoefte aan laagdrempelige hulpverlening en een betere afstemming in het (gehele) hulpverleningsnetwerk. Ook is het belangrijk om de aandacht voor het onderwerp suïcidaal gedrag binnen de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) te blijven behouden.

Sylvia Pen, Marjolein Donker, Mirian Rutgrink, Regina van der Meer

## Suïcide en suïcidaal gedrag bij jongeren

Suïcide is de belangrijkste doodsoorzaak onder jongeren. [2] In 2022 maakten in heel Nederland 67 jongeren tot 20 jaar daadwerkelijk een einde aan hun leven. Het jaar ervoor waren dat er 56. [3]

### Suïcidaal gedrag bij jongeren in Den Haag

- Op het grondgebied van de gemeente Den Haag zijn in 2022 69 suïcides gepleegd, waarvan 10 door jongeren t/m 27 jaar. [4]
- In 2021 zijn 292 jongeren t/m 27 jaar na een suïcidepoging gezien op de spoedeisende hulp (SEH) van het Haaglanden Medisch Centrum (HMC) en het Haga ziekenhuis. [5]
- In het schooljaar 2021/2022 gaf 12,1% van de ongeveer 2800 leerlingen die de vragenlijst van het Jongerenconsult hadden ingevuld, aan suïcidale gedachten te hebben.
- Bij meisjes is het percentage dat aangeeft suïcidale gedachten te hebben hoger dan bij jongens.
- Van de leerlingen met suïcidale gedachten heeft minder dan 1% een suïcidepoging ondernomen. [6]

## Wat is suïcidaal gedrag?

Onder suïcidaal gedrag wordt verstaan: het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden.

Concreter gezegd spreken we van suïcidaal gedrag als iemand:

- gedachten heeft over zelfdoding en/of;
- de intentie heeft zichzelf te doden en/of;
- bezig is met het voorbereiden van zelfdoding en/of;
- een poging doet om zichzelf te doden.

Suïcidaal gedrag bestaat dus niet alleen uit handelingen, maar ook uit gedachten en gevoelens. Dat kunnen ook opdringende, verontrustende beelden zijn van manieren om zichzelf te doden. [14]



## De jeugdverpleegkundige volgt de ontwikkeling van kinderen tot aan de adolescentie

De jeugdverpleegkundige valt onder de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). In Den Haag wordt dit het Centrum Jeugd en Gezin (CJG) genoemd. De jeugdverpleegkundige ziet kinderen regelmatig en monitort de groei en ontwikkeling, doet gezond-

heidsonderzoek en screent. De JGZ beoordeelt kinderen breed en integraal in de context van gezin en omgeving en kijkt zowel naar het individuele kind als de gezondheidstoestand van alle kinderen. [1]

## De jeugdverpleegkundige signaleert gezondheidsproblemen, waaronder suïcidaal gedrag, bij jongeren op het voortgezet onderwijs en verwijst indien nodig door

Jeugdverpleegkundigen die werken met de doelgroep jongeren van 12-18 jaar, zijn veel werkzaam op vo-scholen in Den Haag. Daarmee zijn zij een belangrijke professional in het vroegtijdig signaleren van suïcidaal gedrag. Om gezondheidsproblemen bij jongeren te signaleren, wordt op Haagse middelbare scholen het Jongerenconsult afgenomen. Derdejaars vmbo-leerlingen en vierdejaars havo- en vwo-leerlingen vullen een vragenlijst in over diverse onderwerpen, waaronder ook suïcidaal gedrag (gedachten, poging

en hulpvraag). Aan de hand van de antwoorden hierop wordt een risicotaxatie gemaakt. Op basis daarvan volgt de keuze om een jongere wel of niet uit te nodigen voor een gesprek met de jeugdverpleegkundige. Hierdoor kunnen jongeren met suïcidaal gedrag bij de jeugdverpleegkundige in het vizier komen. Na de signalering schat de jeugdverpleegkundige de ernst van het suïcidale gedrag in en verwijst indien nodig door naar de best passende hulp.

Voorafgaand aan een suïcidepoging is er vaak een periode waarin suïcidaal gedrag (zie kader) aanwezig is. Suïcidaal gedrag is vaak het topje van de ijsberg, waaronder verschillende (mentale) problemen schuilgaan. De afgelopen jaren is te zien dat de mentale gezondheid van jongeren onder druk staat. Men waarschuwt voor de toegenomen maatschappelijke verwachtingen en mentale druk onder jongeren en jongvolwassenen. [7], [8], [9], [10] Jongeren kunnen tijdens de puberteit te maken krijgen met onzekerheid, faalangst en/of gepest worden. Al deze factoren kunnen meespelen in het ontstaan van suïcidaal gedrag. [11] Recent onderzoek laat zien dat de coronacrisis geen positieve bijdrage heeft geleverd aan de mentale gezondheid van jongeren. [12] Daarnaast is tijdens de coronapandemie onder de groep jongeren (15-24 jaar) het aantal huisartscontacten vanwege suïcide (suïcidale gedachten of zelfdodingspogingen met of zonder fatale afloop), gestegen. [13]

### Jeugdverpleegkundigen vinden dat ze signalen van suïcidaal gedrag goed kunnen beoordelen, al is niet elke jongere in het vizier

Jeugdverpleegkundigen zien een duidelijke signalerende rol voor zichzelf en vinden dat zij die goed kunnen uitvoeren. Ze zijn positief over het gebruik

van de vragenlijst van het Jongerenconsult als eerste screeningsmethode op suïcidaal gedrag. Daarnaast komen signalen binnen op andere manieren, bijvoorbeeld tijdens een zorgoverleg op scholen. Verzuim, pesten, opvallende schoolresultaten of opvallend gedrag en veel stress op school of thuis, kunnen ook allemaal signalen zijn dat het niet goed gaat met een jongere. Tijdens het consult met de jongere wordt de ernst van het suïcidale gedrag ingeschat. Door het gesprek laagdrempelig aan te gaan en goed door te vragen, kan de jeugdverpleegkundige veel achterhalen. Daarbij overleggen jeugdverpleegkundigen veel met collega's, vertrouwen zij op hun ervaring en onderbuikgevoel en letten ze op de non-verbale communicatie van de jongere.

*'Ik heb ook wel eens een meisje gehad dat een uurtje later bij me terugkwam en zei: "Ik heb net gezegd dat het allemaal goed ging, maar het ging niet goed. Het gáát niet goed". Dus dan heb je toch blijkbaar een snaar geraakt. Ik was heel blij dat ze terugkwam. Dat je dan toch blijkbaar in dat korte moment dat vertrouwen hebt opgebouwd dat ze denkt: Nou, daar moet ik toch wat mee. Dus in die zin is het wel een belangrijke taak die je hebt.' – Jeugdverpleegkundige*



Jeugdverpleegkundigen maken echter zelf enkele kanttekeningen bij hun signalerende functie. Niet elke leerling is goed in het vizier, doordat het gesprek met de jongere een momentopname is, jongeren hun eigen problemen kunnen bagatelliseren en door taal- en cultuurproblemen. Andere beperkingen hebben te maken met de vragenlijst. Leerlingen kunnen deze sociaal wenselijk invullen, niet eerlijk beantwoorden of verkeerd interpreteren, waardoor suïcidaal gedrag niet altijd goed wordt herkend. Daarnaast kan beantwoording afhankelijk zijn van de stemming van de jongere, of kunnen jongeren nadenken over de dood zonder direct suïcidale gedachtes te hebben.

### Belemmeringen bij het doorverwijzen

De jeugdverpleegkundige kan in haar rol soms worden tegengewerkt door verschillende factoren, zoals het beroepsgeheim en weigering van toestemming door jongeren om informatie te delen. Het vragen om toestemming voor doorverwijzing naar zorg kost erg veel tijd. Jongeren willen bijvoorbeeld niet altijd toestemming geven om zorg te krijgen of hun situatie te delen met hun ouders. Daarnaast kent het toeleiden van jongeren naar de juiste zorg vaak (lange) wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Bovendien is voor hulpverlening aan jongeren met subacuut suïcidaal gedrag een verwijzing nodig. Wanneer de jongere niet in Den Haag woont, is dat ook een belemmering. Deze jongeren moeten namelijk zorg ontvangen in hun eigen

gemeente. Het toeleiden en doorverwijzen naar zorg stagneert hierdoor vaak, omdat de jeugdverpleegkundige daar geen netwerk heeft en te maken heeft met andere partijen. Daarnaast is het in sommige culturen taboe om te praten over mentale gezondheid, therapie krijgen of naar een psycholoog gaan. Voor hen is het beter om de zorg laagdrempelig en onder een andere noemer aan te bieden.

*‘En daarmee de combinatie dat er nu heel veel wachtlijsten zijn voor de ggz, maakt het niet makkelijk voor kinderen om gelijk hulp te krijgen. En dat merk ik wel; dat je overal tegen wachtlijsten aanloopt. Je signaleert een probleem, maar daar kan je niet gelijk wat mee, want er zit eigenlijk geen direct vangnet. Ja, of je moet gelijk naar het CIT (Crisis Interventie Team – red.). Maar dat is dan wel weer gelijk heel heftig. Dan moet je bedenken: Is het zo heftig dat het CIT erbij moet komen?’ – Jeugdverpleegkundige*

### Aanbevelingen: creëren van laagdrempelige hulpverlening, optimaliseren van het hulpverleningsnetwerk en aandacht behouden voor het onderwerp

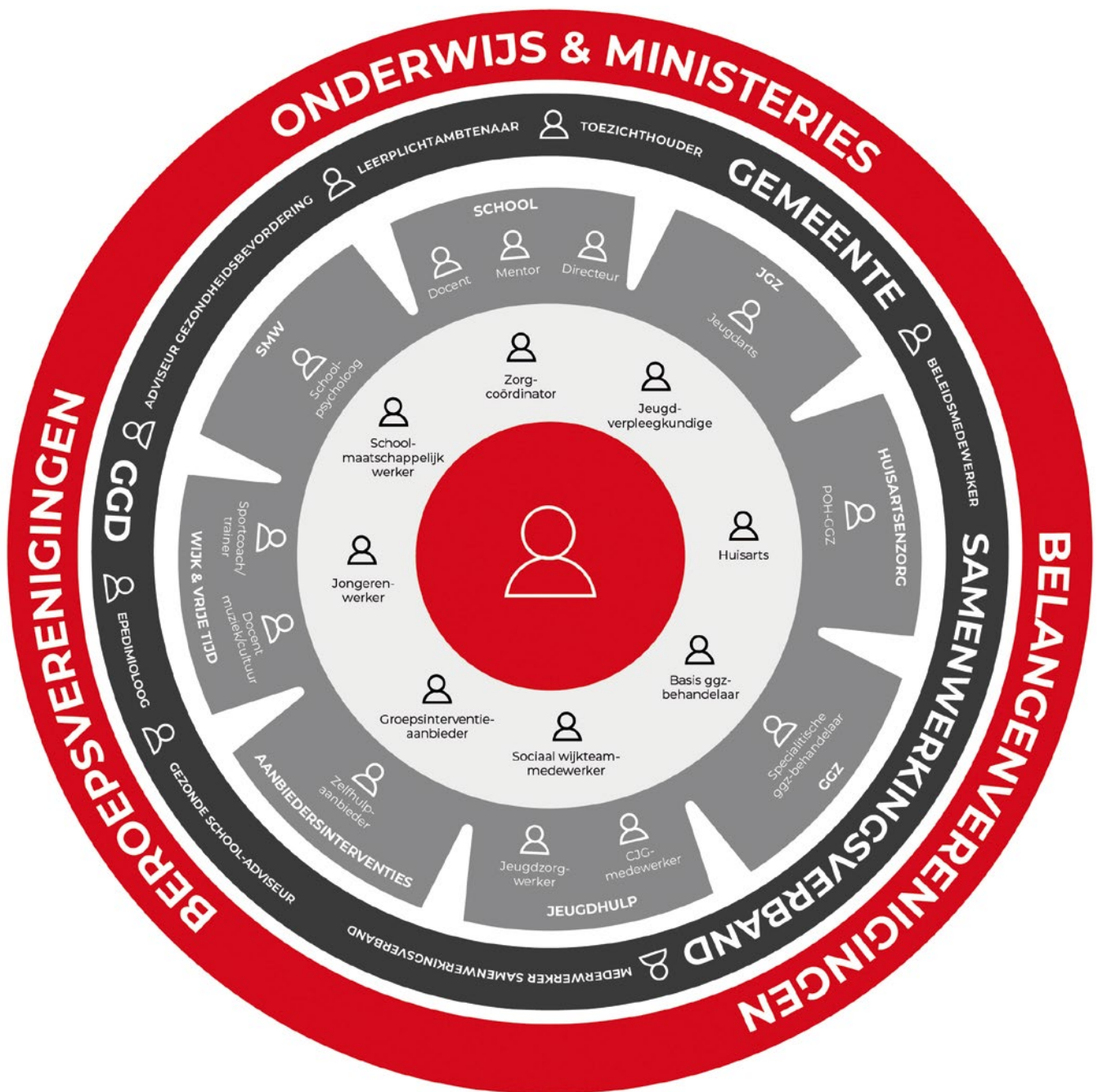
#### Creëer laagdrempelige hulpverlening

De problemen die jeugdverpleegkundigen ervaren bij het doorverwijzen, kunnen deels ondervangen worden door het creëren van laagdrempelige hulpverlening. Hulpverlening die snel kan worden opgestart, waar geen of een korte wachtlijst voor is en waar jongeren met subacuut suïcidaal gedrag zonder verwijzing terecht kunnen. Deze laagdrempelige hulp moet ook beschikbaar zijn voor niet-Haagse jongeren uit randgemeenten. Voorbeelden van laagdrempelige hulpverlening zijn: een gesprek met een maatschappelijk werker of praktijkondersteuner bij de huisarts, lotgenotencontact in de vorm van groepstraining, of een maatje vanuit het Jongeren Info Punt (JIP).

#### Verbeter de afstemming binnen het hulpverleningsnetwerk

Ook andere professionals die werken met jongeren signaleren suïcidaal gedrag. Figuur 1 geeft de verschillende professionals weer die onderdeel uitmaken van het gehele hulpverleningsnetwerk. Omdat jeugdverpleegkundigen veel afstemmen met collega's om hun taak goed te kunnen uitvoeren, is voldoende capaciteit en goede afstemming binnen het CJG belangrijk voor een goede bereikbaarheid van jeugdverpleegkundigen én jeugdartsen. Omdat op





Figuur 1 Het professionele hulpverleningsnetwerk.

Bron: Leidraad suïcidepreventie bij Jongeren, Samen Minder Suïcide [15]

school suïcidaal gedrag vaak als eerste wordt gesignaleerd, is ook de school een belangrijk onderdeel van het gehele hulpverleningsnetwerk. Samenwerking, betere afstemming en kortere lijntjes binnen het gehele hulpverleningsnetwerk zijn essentieel voor de signalering en doorverwijzing rondom suïcidepreventie.

**Investeer in preventie: behoud de aandacht voor het onderwerp suïcidaal gedrag**

Behoud de aandacht voor het onderwerp suïcidaal gedrag. Bijvoorbeeld door het geven van nascholing en training en het houden van intervisiebijeenkomsten

voor de jeugdverpleegkundigen. Dit houdt hen scherp en zorgt dat ze alert blijven op signalen van suïcidaal gedrag. Maar ook door het op een laagdrempelige manier aangaan van het gesprek met de leerling. Dit voorkomt dat problemen verergeren. Daarmee dragen jeugdverpleegkundigen bij aan de preventie van suïcidaal gedrag. Zij zien preventie echter meer weggelegd voor andere organisaties en professionals in het hulpverleningsnetwerk (zie figuur 1). De school is daarbij een belangrijk onderdeel en zou meer aandacht moeten geven aan mentale gezondheid. Hierdoor komen leerlingen al eerder in aanraking met dit onderwerp.

## Meer weten over suïcidepreventie?

- Suïcidepreventie, monitoring en nazorg (Sumona). Indigo Preventie Haaglanden. <https://www.sumona.nl>
- Suïcide Nazorg (SuNa). <https://www.indigowest.nl/vraag-hulp/suicide-nazorg>
- Leidraad suïcidepreventie bij jongeren, een netwerkbrede werkwijze (Samen Minder Suïcide, Trimbos-Instituut en 113) <https://samenmindersuicide.nl/leidraad-suicide-preventie-bij-jongeren>
- Actieplannen voor het voortgezet onderwijs, mbo en hoger onderwijs: *Wat doen na een poging tot zelfdoding in het voortgezet onderwijs* <https://samenmindersuicide.nl/nu-gratis-voor-onderwijsinstellingen-actieplan-wat-te-doen-na-een-poging-tot-suicide>
- Samen minder suïcide/landelijke agenda suïcidepreventie: vijfjarig plan om suïcide en suïcidepogingen in Nederland terug te dringen. <https://samenmindersuicide.nl/wat-is-de-landelijke-agenda-suicidepreventie>
- Vraag maar! Online training suïcidepreventie om te ontdekken en oefenen wat je kunt doen als je vermoedt dat iemand in je omgeving aan zelfdoding denkt. <https://vraagmaar.113.nl>

**Denk je aan zelfdoding of maak je je zorgen om iemand? Praten over zelfdoding helpt en kan anoniem: chat via [www.113.nl](http://www.113.nl), bel 113 of bel gratis 0800-0113.**

### Interviews met bijna alle jeugdverpleegkundigen van het CJG leverden informatie voor dit onderzoek

De bevindingen die zijn beschreven in dit artikel komen voort uit de onderzoeksrapportage *De jeugdverpleegkundige en suïcidaal gedrag binnen de Jeugdgezondheidszorg*. [6] Voor dit onderzoek zijn 13 jeugdverpleegkundigen geïnterviewd (op het moment van het onderzoek 80% van alle jeugdverpleegkundigen) die vanuit het CJG werkzaam zijn op Haagse scholen in het voortgezet onderwijs.

### Achtergrond van het onderzoek: verkenning van de rol van verschillende zorgprofessionals betrokken bij suïcidepreventie in opdracht van Gemeente Den Haag

De gemeente Den Haag zet in op preventief ggz-beleid. Zo zijn er verschillende aanpakken van suïcidepreventie in Den Haag, zoals Suïcidepoging Nazorg (SuNa) en Suïcidepreventie, monitoring en nazorg (Sumona) van Indigo Preventie Haaglanden (zie kader). Om suïcidepreventie waar nodig te verbeteren, heeft GGD Haaglanden eerder al een onderzoek uitgevoerd bij huisartsen over de rol die zij hierin kunnen spelen. [16], [17] Bij jongeren is de JGZ een belangrijke partij in het vroegtijdig signaleren van suïcidaal gedrag.

Om meer grip te krijgen op het voorkómen van suïcidaal gedrag bij deze doelgroep, is het belangrijk om te weten hoe JGZ-professionals omgaan met signalen van suïcidaal gedrag. De gemeente Den Haag ziet dit belang en heeft daarom GGD Haaglanden gevraagd om het huidige onderzoek uit te voeren. Hierin staan de volgende vragen centraal: Kunnen jeugdverpleegkundigen suïcidaal gedrag herkennen en weten ze waar ze jongeren naar kunnen doorverwijzen voor vervolgstappen? En welke belemmeringen en verbeterpunten zien zij hierbij? Deze informatie geeft aangrijpingspunten hoe specifiek binnen het vo, suïcidepreventie kan worden verbeterd.

---

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

---

#### OVER DE AUTEURS

**S. Pen MSc, M. Donker MSc, Drs. R. van der Meer**, epidemiologisch onderzoekers, afdeling Epidemiologie, GGD Haaglanden

**M. Rutgrink**, Verpleegkundig Specialist VO-team, Centrum Jeugd & Gezin Den Haag

E-mail: [sylvia.pen@ggdhaaglanden.nl](mailto:sylvia.pen@ggdhaaglanden.nl)



## REFERENTIES

1. Rijksoverheid. **Besluit publieke gezondheid**. [Online] 2022 (Bezocht op 18 apr 2023); Beschikbaar op url: [https://www.wetten.nl - Regeling - Besluit publieke gezondheid - BWBR0024708 \(overheid.nl\)](https://www.wetten.nl - Regeling - Besluit publieke gezondheid - BWBR0024708 (overheid.nl))
2. CBS. **Zelfdoding in Nederland, een overzicht vanaf 1950**. [Online] 2021 (Bezocht op 18 apr 2023); Beschikbaar op url: <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2021/zelfdoding-in-nederland-een-overzicht-vanaf-1950>
3. CBS. **1 916 zelfdodingen in 2022, 54 meer dan in 2021**. [online] 2023 (bezocht op 21 mei 2023); beschikbaar op url: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2023/19/1-916-zelfdodingen-in-2022-54-meer-dan-in-2021>
4. GGD Haaglanden, afdeling Forensische Geneeskunde (20 apr 2023). Persoonlijke communicatie | **Cijfers aantal gepleegde suicides Haaglanden 2022**.
5. Gemeente Den Haag. **Antwoord van het college op de vragen van de raadsleden de dames Klokkenburg-Reedeker en Mostert en de heer Fekkes, luidend 'Grote zorgen over stijging zelfdoding onder jongeren'** [Online] 2022 (Bezocht op 20 apr 2023); Beschikbaar op url: <https://denhaag.raadsinformatie.nl/document/11241156/1/RIS311275+Beantwoording+SV+Grote+zorgen+over+stijging+zelfdoding+onder+jongeren>
6. Donker M, Pen S, de Ridder-Hagenaars V, van der Meer R. **De jeugdverpleegkundige en suïcidaal gedrag binnen de Jeugdgezondheidszorg. Hoe gaan jeugdverpleegkundigen om met suïcidaal gedrag van jongeren in het voortgezet onderwijs in Den Haag? Wat zijn aandachtspunten hierbij?** [Online] 2022 (Bezocht op 20 apr 2023); Beschikbaar op url: <https://gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl/documents/Psychische-gezondheid>
7. RVS. **Over bezorgd. Maatschappelijke verwachtingen en mentale druk bij jongvolwassenen**. [Online]. 2018 (Bezocht op 18 apr 2023); Beschikbaar op url: <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2018/07/12/maatschappelijke-verwachtingen-en-mentale-druk-bij-jongvolwassenen>
8. Kleinjan M, Pieper I, Stevens G, van de Klundert N, Rombouts M, Boer M, *et al.* **Geluk onder druk? Resultaten van onderzoek naar mentaal welbevinden van jongeren in Nederland**. [Online] 2020 (Bezocht op 18 apr 2023); Beschikbaar op url: <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1785-geluk-onder-druk/>
9. Schoemaker C, Kleinjan M, van der Borg W, Busch M, Muntinga M, Nuijen J, *et al.* **Mentale gezondheid van jongeren: enkele cijfers en ervaringen** [Online]. 2019 (Bezocht op 18 apr 2023); Beschikbaar op url: <https://www.rivm.nl/nieuws/mentale-gezondheid-jongeren-enkele-cijfers-en-ervaringen>
10. SER. **Hoge verwachtingen - Kansen en belemmeringen voor jongeren in 2019. Publieksversie verkenning SER Jongerenplatform**. [Online] 2019 (Bezocht op 18 apr 2023); Beschikbaar op url: <https://www.ser.nl/nl/Publicaties/kansen-belemmeringen-jongeren>
11. Mérelle S, Van Bergen D, Popma A, *et al.* **Suicide onder 10- tot 20-jarigen in 2017 Een verdiepend onderzoek (samenvatting)**. 113 Zelfmoordpreventie, december 2019. [Online] (Bezocht op 18 apr 2023); Beschikbaar op url: [https://www.113.nl/sites/default/files/113/113%20in%20media/113\\_Suicide%20onder%2010-%20tot%2020-jarigen%20in%202017%20-%20Een%20verdiepend%20onderzoek.pdf](https://www.113.nl/sites/default/files/113/113%20in%20media/113_Suicide%20onder%2010-%20tot%2020-jarigen%20in%202017%20-%20Een%20verdiepend%20onderzoek.pdf)
12. CBS. **Ervaren impact corona op mentale gezondheid en leefstijl** [Online]. 2021 (Bezocht op 18 apr 2023); Beschikbaar op url: <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2021/ervaren-impact-corona-op-mentale-gezondheid-en-leefstijl?onepage=true#c-3-Mentale-gezondheid-en-corona>
13. RIVM. **Huisartsenbezoek door jongeren** [Online]. 2022 (Bezocht op 18 apr 2023); beschikbaar op url: <https://www.rivm.nl/gezondheidsonderzoek-covid-19/kwartalonderzoek-jongeren/huisartsenbezoek>
14. Van Hemert AM, Kerkhof AJFM, de Keijser J, Verwey B, van Boven C, Hummelen JW, *et al.* **Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag**. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. Ggz-standaard Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Akwa GGZ. [Online]; Beschikbaar op url: <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diagnostiek-en-behandeling-van-suicidaal-gedrag/inleiding/over-suicidaal-gedrag/wat-is-suicidaal-gedrag>
15. 113. **Leidraad suicidepreventie bij jongeren – een netwerkbrede werkwijze** [Online]. 2023 (Bezocht op 18 apr 2023); Beschikbaar op url: <https://samenmindersuicide.nl/leidraad-suicidepreventie-bij-jongeren>
16. Grim D, Maat R, van der Meer R. **De rol van huisartsen bij suicidepreventie. Een kwalitatief onderzoek onder huisartsen in Den Haag** [Online]. 2021 (Bezocht op 18 apr 2023); Beschikbaar op url: <https://www.ggdhaaglanden.nl/publicatie/huisartsen-en-suicidepreventie>
17. Van der Meer R, Schop-Etman A, Grim D, Uitewaal PJM. **Huisartsen en suicidepreventie. Kwalitatief onderzoek naar, rol, belemmeringen, bevorderende factoren en behoeften onder Haagse huisartsen bij suicide preventie** [Online]. 2021 (Bezocht op 18 apr 2023); Beschikbaar op url: [https://www.ggdhaaglanden.nl/wp-content/uploads/2022/01/2021\\_nr4.pdf](https://www.ggdhaaglanden.nl/wp-content/uploads/2022/01/2021_nr4.pdf)



# Tolken in de zorg: geen overbodige luxe maar keiharde noodzaak

Ieder mens heeft recht op goede zorg. Elke zorgverlener zal dat beamen. Maar kun je goede zorg leveren als je alleen met handen, voeten en enkele woorden met je patiënt kunt communiceren? Of kun je van de patiënt verwachten dat deze een naaste meebrengt om het vertaalwerk te doen? Nee, zeggen Simone Goosen en Alette Broekens, goede zorg kan niet zonder goede communicatie. Daarom zetten zij zich al jaren in voor de campagne 'Tolken terug in de zorg, alstublieft'.

## Marlies Wopereis

*Aram is een vwo-scholier van 16 jaar. Hij kwam 8 jaar geleden met zijn ouders en gehandicapte zusje naar Nederland. Inmiddels spreekt hij perfect Nederlands, maar voor zijn ouders blijft de taal moeilijk. Daarom doen ze vaak een beroep op hem als er weer een bezoek aan een arts nodig is of als er een zorgverlener voor zijn zusje komt. Hij moet dan voor zijn ouders de vragen van die persoon beantwoorden. En vertalen wat deze aan zijn ouders adviseert. Bijvoorbeeld dat zijn zusje andere luiers moet. Of dat ze beter in een beschermde woonvoorziening kan gaan wonen. Soms snapt hij niet goed wat de arts bedoelt. Dan maakt hij er maar wat van. En soms moet hij zoiets ergs aan zijn ouders vertellen, dat hij dat maar liever achterwege laat. Hij mist regelmatig een les op school, omdat de contacten met de zorgverleners altijd overdag zijn. Maar het ergste is de angst om fouten te maken. Want stel dat er iets mis gaat met zijn zusje, doordat hij iets verkeerd begrepen heeft ...*

## Dit is een kind en geen tolk

Kinderen die als tolk fungeren in gesprekken met zorgverleners. In Nederland komt dat dagelijks voor. 'Elke keer als ik zo'n verhaal hoor, gaat me dat aan het hart', zegt epidemioloog Simone Goosen. 'Want het veroorzaakt enorm veel stress bij die kinderen,



Simone Goosen en Alette Broekens

wat nog jaren kan doorwerken. Terwijl dat helemaal niet nodig is, als de zorgverlener een professionele tolk zou inzetten. Daarom besloot ik een paar jaar geleden om alles op alles te zetten voor de terugkeer van de tolk in de zorg.' Op 10 december 2019 startte Goosen daarvoor de campagne *Tolken terug in de zorg, alstublieft*. Dat deed ze samen met jeugdarts Petra de Jong vanuit de Johannes Wier Stichting voor gezondheidszorg en mensenrechten. Onderdeel van de campagne is de posteractie *Dit is een kind en geen tolk*.



Posteractie Tolken terug in de zorg, alstublieft

Ook Alette Broekens is betrokken bij deze campagne. Dat doet zij vanuit haar rol als bestuurslid van de Johannes Wier Stichting. Daarnaast is zij adviseur sociaal-medische basiszorg bij GGD Haaglanden. Alette: 'De Johannes Wier stichting zet zich in voor het "recht op gezondheid", dat in verschillende mensenrechtenverdragen is vastgelegd. Om dat recht te kunnen waarborgen, is het essentieel dat zorgverlener en patiënt elkaar goed begrijpen. Maar als het gaat om anderstaligen, is dat vaak niet het geval. Daarom voeren wij deze campagne.'

### Kwaliteit van de zorg in het geding

Dat deze campagne noodzakelijk is, blijkt onder meer uit een onderzoeksrapport van het Nivel uit 2016. [1] Dit onderzoek laat zien dat zorgverleners in 41% van de contacten met anderstaligen een taalbarrière ervaren. Als die taalbarrière er is, vinden ze het 4 van de 10 keer noodzakelijk om een professionele tolk in te zetten. Toch zetten ze in 69% van die gevallen – ondanks de ervaren noodzaak – geen professionele tolk in. Dit beeld wordt bevestigd door een onderzoek van Berenschot uit 2022. [2] Daarin zegt 72% van de

zorgverleners zelden of nooit een tolk in te zetten in situaties waarin ze daar wel behoefte aan hebben. Uit beide onderzoeken blijkt ook, dat het niet inzetten van een tolk negatieve gevolgen heeft voor de kwaliteit, de toegankelijkheid en de efficiëntie van de zorg. Zo geven zorgverleners aan dat ze in de genoemde situaties de zorgvraag niet goed kunnen vaststellen, dat het consult langer duurt, dat er extra consulten nodig zijn en dat patiënten gezondheidsrisico's lopen. 'Het komt regelmatig voor dat patiënten de instructies van de arts niet goed begrijpen', zegt Goosen. 'Daardoor nemen ze bijvoorbeeld hun medicijnen niet goed in of trekken ze te laat aan de bel bij problemen. Dat is niet alleen riskant voor de patiënt, maar werkt ook extra zorgkosten in de hand. Bovendien kunnen patiënten hierdoor het vertrouwen in de zorg verliezen en zorg gaan mijden.'

### Een tolk inzetten vraagt een stapje extra

Uit diverse onderzoeken blijkt dat het gebruik van een tolk leidt tot betere en mogelijk goedkopere zorg [3], beter begrip bij patiënten en meer patiënttevredenheid. [4] Het lijkt dan ook een gemiste kans dat zorgverleners niet vaker een professionele tolk inzetten. De redenen daarvoor zijn divers, zegt Broekens: 'Zorgverleners onderschatten soms hoe groot de taalbarrière is. Ze denken dat ze het wel redden met een mix van Nederlands, Engels en technische hulpmiddelen, zoals de SayHi-app. Of ze schatten de zorgvraag eenvoudiger in dan hij is. Daarnaast laten patiënten het niet altijd blijken als ze de zorgverlener niet goed begrijpen. Ze kennen hun recht op goede informatie vaak niet en komen daar dan ook niet voor op. Op hun beurt zien veel zorgverleners op tegen de tijd en extra administratie die het kost om een tolk in te schakelen. Of ze weten niet waar ze een goede tolk kunnen vinden, worden daarin niet ondersteund door hun organisatie, of denken niet automatisch aan de mogelijkheid om een tolk in te schakelen.'

*'Een gesprek met een tolk duurt langer, en kost extra concentratie en inspanning. Maar de keren dat ik inschatte dat ik het wel alleen afkon, kreeg ik de rekening gepresenteerd. Tijdens het volgende consult kon ik weer opnieuw beginnen. De waarde van een tolk is zo evident. Want een tolk vertaalt niet alleen, die brengt ook ervaring mee. Die begrijpt culturele nuances die mij makkelijk ontgaan. En ook die nuances zijn soms cruciaal.'*

– Petra de Jong, jeugdarts, arts Maatschappij + Gezondheid





## Tips voor de inzet van een tolk

- Zet altijd een professionele tolk in bij slechtnieuws-gesprekken en bij complexe en (privacy)gevoelige onderwerpen. Twijfelt u? Kies dan sowieso voor een tolk.
- Check van te voren welke taal de zorgvrager precies spreekt en of er een uitgesproken voorkeur is voor een mannelijke of vrouwelijke tolk.
- Stel uzelf en de zorgvrager aan de tolk voor. Noem de naam van de zorgvrager niet, maar wel de leeftijd, het geslacht en de zorgvraag.
- Laat de tolk zich voorstellen aan de zorgvrager.
- Laat de zorgvrager weten dat de tolk een geheimhoudingsplicht heeft.
- Praat 'gewoon' met de zorgvrager zoals u altijd doet. Spreek dus niet de tolk aan, maar de zorgvrager.
- Geef de tolk steeds rustig de tijd om te vertalen, zodat u greep houdt op het gesprek.
- Kijk voor meer tips op [www.zoschakeltueentolkin.nl](http://www.zoschakeltueentolkin.nl).

## Terugkeer van de tolktelefoon

Maar één van de grootste obstakels is wel de financiering, zo blijkt uit de onderzoeken van Nivel en Berenschot. 'Op zich is de financiering voor een aantal doelgroepen en vormen van zorg wel geregeld', aldus Goosen, 'maar het zijn allemaal verschillende potjes, procedures en telefoonnummers. Dat maakt het onnodig ingewikkeld. Daarom pleiten wij voor één landelijk telefoonnummer, waar je direct een tolk aan de lijn krijgt. Gratis beschikbaar voor iedereen die in de zorg of het sociaal domein werkt. Zo was het vóór 2012 ook, toen de tolktelefoon er nog was. Het is doodzonde dat minister Schippers die toen heeft afgeschaft.'

De minister nam die beslissing destijds vanwege bezuinigingen. Daarbij betoogde ze dat iedereen Nederlands moet leren en dat het regelen van een tolk de eigen verantwoordelijkheid is van de patiënt. Maar dat is volgens Broekens niet in lijn met het gezondheidsrecht en de mensenrechten: 'In de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO, red.) staat dat zorgverleners verplicht zijn om hun patiënten goed te informeren, samen te beslissen en instemming te vragen voor de behandeling. Dat betekent dat zij regelmatig moeten checken of de patiënt hen goed verstaat. En dat zij maatregelen moeten nemen als dat niet zo is.' Goosen vult aan:

'Dat staat ook in veel beroepsnormen. En bovendien zijn er verschillende wetten en verdragen die de Nederlandse overheid verplichten om gelijke toegang tot de zorg te garanderen.' [5]

## Inzet van een naaste als informele tolk

De vraag blijft of je de taalbarrière niet ook op andere manieren kunt overbruggen. Bijvoorbeeld met een vertaalprogramma of een informele tolk. Sinds de afschaffing van de tolktelefoon kiezen veel zorgverleners voor dat laatste. Ze vragen dan aan de patiënt om een naaste mee te nemen die het vertaalwerk kan doen. 'Bij een eenvoudige zorgvraag kan dat goed werken', zegt Goosen. 'De voordelen zijn dat het snel is, weinig moeite kost en de patiënt de naaste goed kent. Maar heel vaak werkt het niet goed. Zo is de taalbeheersing van die naaste vaak niet perfect, waardoor de woorden van de arts soms verkeerd of helemaal niet worden vertaald. [4] Daarnaast zijn sommige onderwerpen niet makkelijk te bespreken met bijvoorbeeld een echtgenoot of buurvrouw erbij. Denk aan huiselijk geweld, seksualiteit of psychische problemen. Ook komt de patiënt in een afhankelijkheidspositie terecht en wordt er veel druk op de naaste gelegd.'

**128 Kamerleden vinden dat ik nooit meer mag tolken**

**1 telefoonnummer, dat is de oplossing**

Hè hè, het is ons gelukt. In een kraakheldere motie vroeg de Tweede Kamer op 2 november 2021 aan de regering om de inzet van tolken in de zorg en het sociaal domein nou eindelijk eens goed te regelen. Dus beste regering, maak het onze professionals zo makkelijk mogelijk om een tolk in te schakelen. Maak een eind aan al het zoeken en gedoe! Eén landelijk 0800-nummer, dat is de oplossing. Dames en heren, nu doorpakken alstublieft. Want ... dit is een kind en geen tolk.

**Tolken terug in de zorg, alstublieft**

Johannes Wier Stichting - [tolkentrugindezorgalstublieft.nl](http://tolkentrugindezorgalstublieft.nl)

Campagne Tolken terug in de zorg, alstublieft



Goosen en Broekens adviseren zorgverleners dan ook om goed af te wegen of ze accepteren dat een naaste vertaalt of niet. En is die naaste een minderjarige? Dan moet je die sowieso niet laten vertalen, stellen zij: 'Als kinderen regelmatig als tolk worden ingezet, kan dat ernstige psychische gevolgen voor hen hebben' [6], zegt Goosen. 'Zo krijgt het kind een enorme verantwoordelijkheid op de schouders, die gepaard gaat met de angst om het niet goed genoeg te doen. Het kind neemt in feite de rol van de ouder over, waardoor de persoonlijkheidsontwikkeling in gevaar komt. Bovendien gaan de gesprekken vaak over persoonlijke en soms heftige zaken, waarmee je een kind niet wilt belasten. Als gevolg daarvan vertelt de volwassene soms iets niet wat wel heel belangrijk is. En tot slot mist het kind door de vertalersrol regelmatig schooluren, of uren om te ontspannen en kind te zijn.' [7]

### Goede afloop lijkt in zicht

Het wordt dus hoog tijd dat de tolktelefoon er weer komt. De resultaten van de campagne stemmen wat dat betreft hoopvol. Zo heeft minister Van Ark in februari 2021 ondubbelzinnig aan de Kamer geschreven dat zorgverleners professionele tolken moeten inzetten en dat de financiering daarvoor moet worden geregeld. In november 2021 heeft de Tweede Kamer een motie aangenomen waarin de regering wordt gevraagd om de voor- en nadelen en uitvoerbaarheid van de verschillende bekostigingsvormen in kaart te brengen. In reactie daarop heeft de minister een verkennend onderzoek laten uitvoeren door Berenschot. [2] De volgende stap is dat hij aangeeft hoe en wanneer de financiering

daadwerkelijk gaat worden geregeld. 'Natuurlijk hadden we graag gezien dat het wat sneller ging', zeggen Broekens en Goosen. 'Daarom hebben we de minister in februari dit jaar nogmaals opgeroepen om haast te maken. Maar we zijn ervan overtuigd dat de tolktelefoon er komt. Want alle betrokken partijen willen een oplossing.'

Wat daarbij helpt, is dat patiënten- en beroepsorganisaties werken aan een nieuwe, professionele richtlijn voor het omgaan met taalbarrières in de zorg en het sociaal domein. Goosen leidt dat project voor Patiëntenfederatie Nederland. De richtlijn, die in 2024 uitkomt, vervangt de huidige *Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg*. Goosen: 'De richtlijn gaat over de vraag wanneer je het best kunt kiezen voor een tolk en wanneer voor andere middelen, zoals vertaalprogramma's en beeldmateriaal. En ook over hoe je die tolk of andere middelen dan optimaal benut. We willen zorg- en hulpverleners hiermee ondersteunen om, samen met de patiënt of cliënt, bewuster te bepalen wanneer ze welke middelen inzetten. Want dat is waar het uiteindelijk om gaat: samen zorgen dat je elkaar begrijpt.'

### Meer weten?

Op [www.tolkenterugindezorgalstublieft.nl](http://www.tolkenterugindezorgalstublieft.nl) leest u alles over de campagne. Scan de QR-code en bekijk ook het campagnefilmpje:



Meer over de nieuwe richtlijn vindt u op [www.patiëntenfederatie.nl/omgaan-met-taalbarrieres-in-de-zorg-en-het-sociaal-domein](http://www.patiëntenfederatie.nl/omgaan-met-taalbarrieres-in-de-zorg-en-het-sociaal-domein).



Campagnefilmpje Dit is een kind en geen tolk



## Waar kunt u op dit moment financiering voor een tolk vinden?

Eén gratis landelijk telefoonnummer om een tolk in te schakelen: dat zou ideaal zijn. Maar zolang dat nummer er nog niet is, kunnen zorgverleners een beroep doen op andere 'potjes' om een tolk te financieren. Welke potje u als zorgverlener kunt gebruiken, hangt af van uw sector en van de achtergrond van de patiënt of cliënt:

### Uw patiënt of cliënt is een asielzoeker of ontheemde

Dan kunt u vaak gratis een tolk inschakelen via bureau Acolad: 020 380 81 84. Dit kan als uw patiënt of cliënt een asielzoeker is met een COA-zorgpas. Of als hij of zij een ontheemde is uit Oekraïne. Het maakt hiervoor niet uit in welke sector u werkt.

### U bent huisarts in de regio Haaglanden

Dan kunt u gratis gebruikmaken van de tolktelefoon van het Fonds Huisartsen in Achterstandswijken (FHA). U hoeft hiervoor niet in een achterstandswijk werkzaam te zijn. Zie: [www.stichtingfha.nl/aanbod/gratis/tolktelefoon/](http://www.stichtingfha.nl/aanbod/gratis/tolktelefoon/)

### U werkt in de ggz of in de eerstelijns geboortezorg

Dan kunt u of uw organisatie de kosten voor het inschakelen van een tolk bij de zorgverzekeraar declareren. U bent vrij in de keuze van de tolk, mits deze geregistreerd is. Voor de ggz geldt dat de zorgvrager ouder moet zijn dan 18 jaar.

### U werkt in een ziekenhuis

Vraag dan in uw organisatie hoe u een tolk kunt inschakelen. De tolkenvergoeding is onderdeel van de gereguleerde tarieven voor medisch-specialistische zorg.

### Kijk hoe het zit in uw sector

Op [www.zoschakeltueentolkin.nl](http://www.zoschakeltueentolkin.nl) staat per sector beschreven hoe u een tolk kunt regelen, waar u de financiering kunt vinden en hoe u de tolk het beste benut.

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

## OVER DE AUTEUR

M. Wopereis, tekstbureau Lopende teksten

## REFERENTIES

1. Triemstra M, Veenfliet C, Zuizewind C, Kessel P, van Bos N. **Noodzaak en omvang van de inzet van professionele tolken in de zorg** [Online]. 2016 (Bezocht op 11 apr 2023); Beschikbaar op URL: <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/noodzaak-en-omvang-van-de-inzet-van-professionele-tolken-een-inventarisatie-onder>
2. De Groot E, Fransen L, van Dam F, Pinckaers E, Berkhout B. **Tolken in de zorg: een overzicht van huidige inzet, financiering en knelpunten** [Online]. 2022 (Bezocht op 11 apr 2023); Beschikbaar op URL: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/06/22/tolken-in-de-zorg-een-overzicht-van-huidige-inzet-financiering-en-knelpunten>
3. Brandl EJ, Schreiter S, Schouler-Ocak M. **Are trained medical interpreters worth the cost? A review of the current literature on cost and cost effectiveness.** Journal of Immigrant and Minority Health 2020, 22(1): 175-181.
4. Fransen MP, Harris VC, Essink-Bot M. **Beperkte gezondheidsvaardigheden bij patiënten van allochtone herkomst. Alleen een tolk inzetten is meestal niet genoeg.** Ned Tijdschr Geneesk 2013, 157: A5581.
5. Public International Law & Policy Group. **Legal Implications of the Discontinuation of Compensation for Translation and Interpretation Services in the Dutch Health Care System** [Online]. 2016 (Bezocht op 11 apr 2023); Beschikbaar op URL: <https://pilpnjcm.nl/wp-content/uploads/2016/11/PILPG-Legal-Implications-Discontinuation-Compensation-of-Interpretation-in-Dutch-Health-Care-12.08.2016.pdf>
6. Rainey VR, Flores V, Morrison RG, David EJR, Silton RL. **Mental health risk factors associated with childhood language brokering.** Journal of Multilingual and Multicultural Development 2014, 35 (5): 463-478.
7. Zendedel R. **'Dat wil je gewoon niet weten van je moeder!'; ervaringen van jongvolwassenen met informeel tolken tijdens het medisch consult** [Onderzoeksverslag Masterthesis]. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2010.



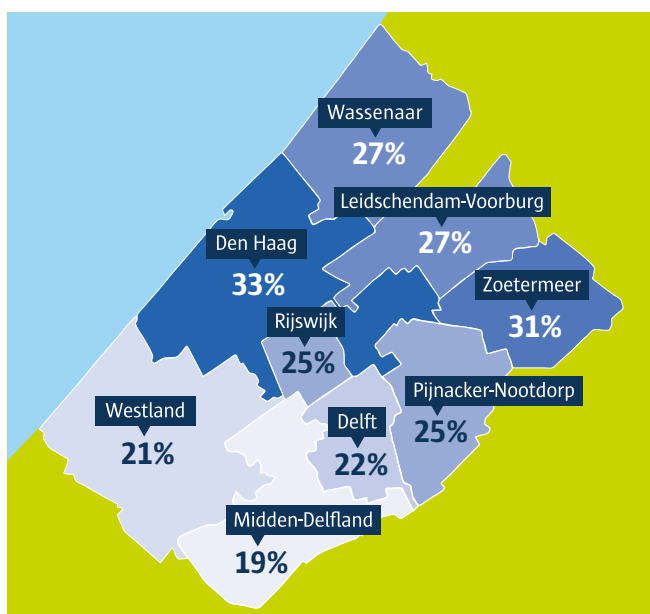
De rubriek Gezondheid in cijfers belicht kort een thema met betrekking tot de gezondheid van de inwoners van de regio Haaglanden. De cijfers zijn afkomstig uit recent onderzoek.

## Eenzaamheid onder jongvolwassenen

Bij eenzaamheid ervaart iemand een gemis aan betekenisvolle sociale relaties, voelt iemand zich er niet bij horen of ertoe doen. [1] Het is een negatieve situatie, gekenmerkt door gemis en teleurstelling. Eenzaamheid is een persoonlijke, subjectieve ervaring waarin bestaande relaties worden afgewogen tegen de eigen wensen of verwachtingen ten aanzien van relaties. Het gevoel van gemis in kwaliteit van bestaande relaties of in het aantal bestaande contacten, kan leiden tot eenzaamheid. Het ervaren van eenzaamheid kan gevolgen hebben voor de gezondheid, zoals een mogelijk verhoogd risico op dementie, hartaandoeningen, beroerte en diabetes. Ook kan eenzaamheid leiden tot depressie, suïcide en een hogere kans op overlijden. [2]

Aan de hand van de corona Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2022 (cGM JV) is eenzaamheid in kaart gebracht met behulp van zes vragen, over onder andere: het hebben van voldoende mensen om op terug te vallen of zich nauw verbonden te voelen, het zich vaak in de steek gelaten voelen of het missen van mensen om zich heen.

**Figuur 1.** Percentage jongvolwassenen in Haaglanden (16-25 jaar) dat zich sterk eenzaam voelt.



Uit de cGM JV blijkt dat in Haaglanden bijna twee derde (64%) van de jongvolwassenen (16-25 jaar) zich de laatste tijd **enigszins tot sterk** eenzaam voelt; 37% enigszins en 27% sterk eenzaam. Het percentage Haaglandse jongvolwassenen dat zich **sterk** eenzaam voelt, varieert van 19% in Midden-Delfland tot 33% in Den Haag (figuur 1). Het percentage jongvolwassenen in Haaglanden dat zich enigszins tot sterk eenzaam voelt, is vergelijkbaar met landelijk (63% enigszins tot sterk; 36% enigszins en 27% sterk eenzaam).

In Haaglanden voelen meer jongvolwassen vrouwen dan mannen zich sterk eenzaam (32% versus 22%). Onder jongvolwassenen met een mbo-opleiding komen gevoelens van sterke eenzaamheid meer voor (35%) dan bij jongvolwassenen met een hbo-opleiding (23%) of wo-opleiding (21%).

Tussen de verschillende leeftijdsgroepen (16-17 jaar; 18-20 jaar; 21-25 jaar) is er geen verschil in het zich sterk eenzaam voelen.

De corona Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen is een extra Gezondheidsmonitor die in het voorjaar en de zomer van 2022 is uitgevoerd door alle GGD'en in Nederland, om de gevolgen van de coronapandemie op de gezondheid en het welzijn van jongvolwassenen (16-25 jaar) in kaart te brengen. Meer resultaten van deze Gezondheidsmonitor zijn te vinden op [gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl](https://gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl)

### REFERENTIES

1. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. **Eén tegen eenzaamheid. Actieprogramma 2022-2025.** [Online]. (Bezoekt op 14 mrt 2023); Beschikbaar op URL: <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-056852de24cfc57b55dd6528f76937b99d3704e7/pdf>
2. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). **Eenzaamheid; oorzaken en gevolgen** [Online]. (Bezoekt op 1 mrt 2023); Beschikbaar op URL: <https://www.vzinfo.nl/eenzaamheid/oorzaken-gevolg>



## Gezondheid en welzijn van jongvolwassenen tijdens en na de coronapandemie

De GGD'en en het RIVM onderzochten de impact van corona op de gezondheid en het welzijn van jongvolwassenen (16- tot 26-jarigen) met de corona Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2022 (cGM Jongvolwassenen 2022). Het gaat om een eerste meting van de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen, die in regio Haaglanden is uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de afdeling Epidemiologie van GGD Haaglanden.

Omdat alle GGD'en deelnemen, is het mogelijk de resultaten van dit onderzoek op landelijk, regionaal en lokaal niveau te vergelijken. De resultaten zijn voor 19 onderwerpen beschikbaar op de Gezondheidsgids van GGD Haaglanden: <https://gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl/content/jongvolwassenen>.



Daarnaast zijn hier factsheets te vinden met cijfers op gemeentelijk niveau: <https://gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl/documents/Overige>. De cGM Jongvolwassenen is onderdeel van de integrale GOR-COVID-19 Gezondheidsmonitor, die door het netwerk GHOR is opgesteld in het kader van de wettelijke taak om Gezondheidsonderzoek na Rampen (GOR) uit te voeren. Ook het Nivel en het ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum maken deel uit van dit netwerk. ZonMw is namens het ministerie van VWS opdrachtgever van dit initiatief. Zie voor meer informatie de website van het RIVM: <https://www.rivm.nl/gor-covid-19>

## Geweld in Afhankelijkheidsrelaties (GIA) Haaglanden: Regioplatform 1SociaalDomein

Werkt u op het gebied van huiselijk geweld en kindermishandeling, bijvoorbeeld als uitvoerend hulpverlener, ambtenaar, onderzoeker of vrijwilliger? Wilt u weten wanneer er een training is en nooit meer een uitnodiging missen? Webinars kunnen terugkijken én in contact komen met collega's in de regio? Meld u dan aan op het regioplatform **1SociaalDomein Geweld in Afhankelijkheidsrelaties Haaglanden**: <https://giahaaglanden.1sociaaldomein.nl/>. Binnen dit platform helpen en vinden professionals elkaar met vragen, casuïstiek en dilemma's. Om te versterken, te verbinden en te leren van elkaars ervaringen. Blijf op de hoogte van de laatste ontwikkelingen, vragen uit het netwerk en deskundigheidsbevordering.



## Nieuwe koers én nieuw bestuur GGD GHOR Nederland



GGD GHOR Nederland presenteerde in maart jl. de nieuwe visie én een nieuw bestuur, met de ambitie: iedereen in Nederland voelt zich gezond. De afgelopen coronajaren waren voor iedereen bijzondere jaren, ook voor GGD GHOR Nederland. De nieuwe ervaringen en nieuwe rollen die de vereniging in die periode heeft ingenomen, leidden tot een herijking van de missie, visie en ambities van de vereniging.

Het nieuwe bestuur bestaat uit Directeur Publieke Gezondheid (DPG) Annette de Boer (Haaglanden), Thérèse Claassen (DPG Hart voor Brabant), Cees Vermeer (DPG Dienst Gezondheid en Jeugd ZHZ), Moniek Pieters (DPG Gelderland Zuid), Fons Bovens (DPG Zuid Limburg) en André Rouvoet als externe voorzitter.

Lees meer op: <https://ggdghor.nl/actueel-bericht/nieuwe-koers-nieuw-bestuur/>

## Bredere aanpak voor suïcidepreventie: SuNa wordt Sumona

Vanaf 8 mei jl. is het aanbod van suïcidepreventie in Haaglanden uitgebreid. De SuNa-methodiek (Suïcidepoging Nazorg), die alleen gericht was op nazorg na een suïcidepoging, is vervangen door de nieuwe Sumona-methodiek (Suïcidepreventie, monitoring en nazorg), waarbij ook primaire ondersteuning wordt geboden.

De afgelopen jaren is er door SuNa Den Haag, SuNa Rijnmond, GGZ Breburg, Supremocol en het Suïcidepreventie Centrum, hard gewerkt aan de ontwikkeling van de nieuwe methodiek. Sumona biedt brede ondersteuning aan mensen die kampen met suïcidale gedachten én aan mensen die een suïcidepoging hebben ondernomen. De ondersteuning kan bestaan uit suïcidepreventie gesprekken, monitoringscontacten en/of een intensiever case-managementtraject. Door het betrekken van nieuwe aanmeldende partijen zoals huisartsen, Praktijkondersteuners Huisarts (POH's) en jeugdartsen, komen jongeren en volwassenen eerder in beeld, waardoor suïcides kunnen worden voorkomen of recidieven van suïcidepogingen kunnen worden teruggedrongen.

Zie ook <https://www.sumona.nl/>



## Jaarverslag GGD Haaglanden 2022

GGD Haaglanden blikt in het meest recente jaarverslag terug op wat in 2022 is bereikt, naast het dagelijkse werk op het gebied van onder andere gezonde leefomgeving, epidemiologie, gezondheidsbevordering, seksuele gezondheid, toezicht kinderopvang, algemene infectieziektebestrijding, tbc, reizigersvaccinatie, publieksinformatie, beleidsadvisering, forensische geneeskunde en ambulancezorg. Het was een bewogen jaar, waarin onder andere de aanhoudende coronapandemie, de uitbraak van Monkeypox en de Oekraïense vluchtingenstroom speelden. Lees het jaarverslag hier:

[www.jaarverslag2022-ggdhaaglanden.nl](http://www.jaarverslag2022-ggdhaaglanden.nl)

## Haagsche Praat op locatie: (Publieke) Gezondheid en Ongedocumenteerden

GGD Haaglanden organiseert in samenwerking met Johannes Wier Stichting (JWS) en OKIA een 'Haagsche Praat' op locatie, midden in de Schilderswijk, over zorg aan ongedocumenteerden. Deze bijeenkomst heeft als aanleiding het afscheid van Alette Broekens bij GGD Haaglanden en het 25-jarig bestaan van de Koppelingswet.

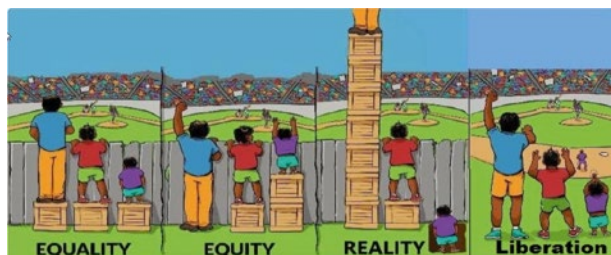
- **Plaats:** buurthuis De Mussen, Hoefkade 602, 2526 CM Den Haag
- **Datum:** dinsdag 13 juni
  - » Inloop vanaf 15.30 en programma 16.00 – 18.00 uur en aansluitend borrel tot 19.00 uur
- **Doelgroep:** zorg- en hulpverleners, netwerkpartners, geïnteresseerden

Accreditatie is aangevraagd. Aanmelden kan via: [https://formulier.ggdhaaglanden.nl/Aanmelden-HP-extern-13\\_6\\_2023](https://formulier.ggdhaaglanden.nl/Aanmelden-HP-extern-13_6_2023). De bijeenkomst is ook online te volgen.

Zoals in alle grote steden maken ook in Den Haag ongedocumenteerden deel uit van de samenleving. Het is één van de doelgroepen waar de GGD zich vanuit haar vangnetfunctie op

richt en waar JWS voor opkomt: zorg aan mensen voor wie de toegang tot goede zorg niet vanzelfsprekend is. Op 1 juli 1998 werd de Koppelingswet van kracht: deze wet sloot alle overheidsvoorzieningen af voor ongedocumenteerden, op een paar uitzonderingen na, waaronder medisch noodzakelijke zorg.

Tijdens deze Haagsche Praat blikken we terug en vooruit: wat betekent dit voor de taken binnen de (publieke) gezondheidszorg? Hoe garanderen en borgen we die medisch noodzakelijke zorg? En hoe gaan we om met de meest kwetsbaren: chronisch zieken, ouderen, daklozen, als het sociale domein verder is afgesloten?



## Cursussen NSPOH

De Netherlands School of Public & Occupational Health (NSPOH) 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.

### 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 wie: beleidsmedewerkers, adviseurs en onderzoekers bij een GGD of Veiligheidsregio

Datum: 4 en 25 september en 9 oktober 2023  
(9:00-12:30 uur)

Kosten: € 680

Locatie: Online

[www.nspoh.nl/de-vertrouwde-adviseur-4](http://www.nspoh.nl/de-vertrouwde-adviseur-4)

### Volksgezondheidsproblemen beter begrijpen

Als professional in de volksgezondheid wil je weten welke prioriteiten de aandacht verdienen. Wat de ontwikkelingen zijn, welke problemen zich voordoen en wat hun impact is op de volksgezondheid. Wil je je kennis over de actuele stand van de wetenschap bijspijkeren? En leren hoe die zich verhoudt tot je eigen praktijk? Je leert het in deze module.

Voor wie: professionals die werkzaam zijn op het gebied van volksgezondheid

Datum: 4 en 21 september, 5 en 12 oktober en 2 november 2023

Kosten: € 2.755

Locatie: Utrecht

[www.nspoh.nl/volksgezondheidsproblemen-beter-begrijpen-groep-2-2](http://www.nspoh.nl/volksgezondheidsproblemen-beter-begrijpen-groep-2-2)

### Jobcrafting: zelfsturing in je werk

Een leukere baan zonder weg te gaan. Vergroot je werkplezier door te jobcraften. Medewerkers die jobcraften zijn gelukkiger en meer bevlogen, doordat ze de regie pakken in het werk. Klinkt je dat als muziek in de oren? Doe dan mee met deze nieuwe training.

Voor wie: professionals in public en occupational health.

Datum: 19 september 2023

Kosten: € 450

Locatie: Utrecht

[www.nspoh.nl/jobcrafting-zelfsturing-in-je-werk-4](http://www.nspoh.nl/jobcrafting-zelfsturing-in-je-werk-4)

### Omgaan met weerstand

Als adviseur kun je te maken krijgen met mensen die het oneens zijn met je voorstel om een verandering in een organisatie door te voeren. Wil jij leren hoe je het probleem kunt benoemen, erkennen en bevragen? Zodat je niet verzandt in discussie? Wil je leren hoe je blokkades en impasses kunt ombuigen in de goede richting? Doe dan deze tweedaagse, praktijkgerichte module.

Voor wie: artsen werkzaam in de public health die adviseren of veranderingen begeleiden. Ook andere professionals die betrokken zijn bij advisering en het begeleiden van vernieuwingen en veranderingen in organisaties kunnen deelnemen.

Datum: 6 en 20 september 2023

Kosten: € 900

Locatie: Utrecht

[www.nspoh.nl/omgaan-met-weerstand-9](http://www.nspoh.nl/omgaan-met-weerstand-9)

### Strategie en beleid in de publieke gezondheid

Werk je in de publieke gezondheid en wil je leren hoe je in dat complexe veld strategisch opereert? Leer hoe je het krachtenveld analyseert en tot een sterk strategisch beleid komt.

Voor wie: professionals in de public health, zoals beleidsmakers, projectleiders, afdelingsmanagers, artsen en onderzoekers met een academisch denk- en werk-niveau en werkzaam in de volksgezondheidssector.

Data: 11, 12 en 26 september, 10 en 31 oktober, 14 en 28 november 2023

Kosten: € 4.470

Locatie: Utrecht

[www.nspoh.nl/strategie-en-beleid-in-de-publieke-gezondheid-groep-4](http://www.nspoh.nl/strategie-en-beleid-in-de-publieke-gezondheid-groep-4)

### Lobbyen en netwerken

Hoe krijg je jouw onderwerp op de (politieke) agenda? In deze tijd werken ook beleidsambtenaren veel thuis. Wie niet voor het coronadossier actief is, heeft juist nu wellicht tijd om zich in jouw dossiers te verdiepen. Daarom kan jouw lobby-aanpak juist nu extra succesvol zijn.

Ontdek hoe je je netwerk optimaal inzet en hoe je met lobbyen invloed uitoefent op de agenda's van relevante partijen. Aan de hand van een persoonlijk lobby-doel ontwerp je een plan.

Voor wie: professionals in de public en occupational health.

Data: 21 september en 2 oktober 2023

Kosten: € 900

Locatie: Utrecht

[www.nspoh.nl/lobbyen-en-netwerken-7](http://www.nspoh.nl/lobbyen-en-netwerken-7)

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



## Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 1e kwartaal 2023

Ziekte	1e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren		
	1e kwartaal 2023	1e kwartaal 2022	1e kwartaal 2021
<b>A-ZIEKTEN</b>			
MERS-CoV			
Pokken			
Poliomyelitis anterior acuta			
SARS			
Virale hemorrhagische koorts			
COVID-19	2.340	278.978	25.327
<b>B-ZIEKTEN</b>			
(humane infectie) avaire influenza			
Difterie			
Pest			
Mpox			
Rabiës (hondsdolheid)			
Tuberculose	18	17	21
Buiktyfus			
Cholera			
Hepatitis A	4		
Hepatitis B acuut		3	1
Hepatitis B chronisch	29	17	33
Hepatitis C acuut	1		
Hepatitis C chronisch	11	11	8
Kinkhoest		2	1
Mazelen			
Paratyfus A,B,C			
Rubella			
STEC (E. coli)	5	5	2
Shigellose	6	4	5
Invasieve GAS	33	5	3
Voedselinfectie			1
<b>C-ZIEKTEN</b>			
Antrax (miltvuur)			
Bof			
Botulisme			
Brucellose			
CPE	16	2	4
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob klassiek		1	
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob variant			
Gele koorts			
Invasieve Hib		1	
Hantavirusinfectie			





## Vervolg overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 1e kwartaal 2023

Ziekte	1e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren		
	1e kwartaal 2023	1e kwartaal 2022	1e kwartaal 2021
Legionellose	17	12	3
Leptospirose	1	1	
Listeriose	1		3
Malaria	3	4	3
Meningokokkose	5		
MRSA-infectie (cluster buiten ziekenhuis)			
Invasieve pneumokokken	24	16	
Psittacose	2	1	1
Q-koorts			
Tetanus			
Tularemie		1	
Trichinose			
West-Nilevirus			
Zikavirus			
<b>Totaal</b>	<b>2.516</b>	<b>279.081</b>	<b>25.416</b>

## Infectieziekten gemeld door instellingen in het 1e kwartaal 2023

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het 1<sup>e</sup> kwartaal van 2023. 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-achtige ziektebeelden gemeld door zorginstellingen (langdurige zorg en maatschappelijke opvang), blijven meldingen van COVID-19.

Scenario	Kinderopvang	Onderwijsinstelling	Vluchtelingenopvang	Zorginstelling	Ziekenhuis	Eindtotaal
Huiduitslag/exanthemen	14	3		2		19
Impetigo (krentenbaard)	2	1				3
Gastro-enteritis	11	1		10	2	24
Schimmelinfectie						0
Luchtweginfectie/influenza-achtig ziektebeeld	4	5		30		39
Anders*		1				1
<b>Eindtotaal</b>	<b>31</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>42</b>	<b>2</b>	<b>86</b>

\* Conjunctivitis



# Toelichting meldingen infectieziekten

## 1<sup>e</sup> kwartaal 2023

Dianne van der Zande

### Invasieve groep A streptokokken (iGAS)

Infecties met Groep A-streptokokken (GAS) worden veroorzaakt door een bacterie: de streptokok. Deze bacterie kan veel verschillende ziekten veroorzaken, zoals roodvonk, keelontsteking, wondroos, krentenbaard (impetigo), acuut reuma, kraamvrouwenkoorts, longontsteking en bloedvergiftiging. GAS-infecties komen regelmatig voor, vooral bij kinderen. Meestal verlopen ze onschuldig. Infecties met invasieve Groep A-streptokokken (iGAS) zijn vaak ernstiger en resulteren meestal in een ziekenhuisopname.

Sinds 2022 is er landelijk, maar ook bij de GGD Haaglanden, sprake van een stijging van het aantal iGAS-infecties. Het Responsteam iGAS van het RIVM heeft daarom besloten de meldingsplicht en het bijbehorende (profylaxe)beleid voor contacten van patiënten met iGAS-ziekte uit te breiden naar alle ziektebeelden. Alleen infecties die leiden tot een septische shock, een fasciitis necroticans of puerperale koorts waren tot dan toe meldingsplichtig. Vanaf 19 januari vallen ook andere ziektebeelden veroorzaakt door deze bacterie onder de meldplicht, zoals sepsis, pneumonie, (pleura)empyem, meningitis en artritis.

Deze uitbreiding is tijdelijk; later dit jaar volgt een evaluatie of dit verlengd wordt.

De uitbreiding van de meldplicht heeft bij de GGD Haaglanden geleid tot 33 iGAS meldingen in het 1e kwartaal van 2023; evenveel als in het hele jaar 2022.

Bij een melding schrijft de GGD chemoprofylaxe voor aan alle huishoudcontacten van de patiënt. Deze huishoudcontacten en andere nauwe contacten worden verder geïnformeerd en geadviseerd om bij klachten die kunnen passen bij een GAS-infectie, snel medische hulp te zoeken.

Naar aanleiding van de huidige toename van iGAS-infecties is het belangrijk dat klinici en huisartsen alert zijn en blijven op mogelijke iGAS-infecties.

### CPE (Carbapenemase-producerende Enterobacterales)

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

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

Als men wel ziek wordt, dan verschilt de ernst niet met die van een infectie door een niet-resistente bacterie. Een ontsteking (infectie) door een resistente bacterie, is wel moeilijker te behandelen, omdat sommige antibiotica niet meer werkzaam zijn. Het aantonen van CPE valt sinds juli 2019 onder de meldingsplichtige ziekten, groep C.

Vanaf het derde kwartaal van 2022 is er een stijging te zien van het aantal meldingen CPE bij de GGD en deze stijging zet door in het eerste kwartaal 2023 (16).

Ook landelijk is er sprake van een toename. De toename van CPE zien we bij kweken die voor screening afgenomen worden in verband met mogelijk dragerschap (bv. na opname in een buitenlands ziekenhuis). En ook bij kweken vanwege een diagnostische indicatie bij een infectie.

### Meningokokkose

Meningokokkose is een verzamelnaam voor ziekten die worden veroorzaakt door de bacterie meningokok. De bacterie is van mens op mens overdraagbaar en bevindt zich gewoonlijk in de neus-keelholte van gezonde mensen, zonder ziekteverschijnselen te veroorzaken. Als deze bacterie in de bloedbaan of in het centraal zenuwstelsel komt, kan het ernstige ziektebeelden geven, zoals sepsis (bloedvergiftiging) of meningitis (hersenvliesontsteking). Er zijn verschillende typen meningokokken. In de jaren 2016-2018 was er in Nederland een verheffing van meningokokkose, veroorzaakt door het type W.

Vaccinatie tegen de ACWY-typen zit sinds 2018 in het rijksvaccinatieprogramma (RVP). Na invoering hiervan is het aantal meldingen van meningokokkose bij de GGD Haaglanden de afgelopen jaren gedaald naar 1-3 per jaar.

Het eerste kwartaal van 2023 heeft de GGD 5 meldingen ontvangen. Eén melding betrof een type C bij een oudere patiënt. De andere 4 waren type B bij adolescenten/jongvolwassenen. Er is sinds eind 2022 sprake van een landelijke verheffing van infecties door meningokokken type B. Dit lijkt voorsnog een algemene verheffing te zijn onder diverse leeftijden en veroorzaakt door verschillende varianten van de serogroep B meningokok. Het RVP bevat geen vaccin tegen meningokokken B.



## COLOFON

---

Juni 2023, 58<sup>ste</sup> jaargang nr. 2

## REDACTIE

---

**drs. Mary P.H. Berns**, GGD Haaglanden (kernredacteur)  
**dr. Prataap K. Chandie Shaw**, internist, Haaglanden Medisch Centrum  
**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)  
**Nelly van der Meer MSc**, GGD Haaglanden (redactiesecretaris/eindredacteur)  
**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

## REDACTIEADRES

---

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

## Epidemiologisch Bulletin op internet

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

## Vormgeving

Haagsblauw

## Fotografie

Claudia Kamergorodski  
GettyImages  
Shutterstock

## Uitgave

GGD Haaglanden

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

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

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

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

ISSN 0921-6219



BEZOEKADRES

Westeinde 128  
2512 HE Den Haag

POSTADRES

Postbus 16130  
2500 BC Den Haag

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

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

