

Epidemiologisch bulletin

JAARGANG 61
NR 2
2026

VOLKSGEZONDHEID • ONDERZOEK • HAAGLANDEN



Grote
gezondheids-
verschillen
in hart- en
vaatziekten
in Haaglanden:
does one size
fit all?

Centrum Seksuele Gezondheid op pad
voor preventie:

1. Waarom outreach en hoe tevreden
zijn medewerkers?
2. Wat levert outreach op?

Gezondheid in cijfers: online gokken
voor geld door jongvolwassenen

Meldingen infectieziekten
1e kwartaal 2026

IN DIT NUMMER

Redactioneel	3
<i>Irene van der Meer</i>	
Grote gezondheidsverschillen in hart- en vaatziekten in Haaglanden: does one size fit all?	4
<i>Janet Kist, Mattijs Numans, Rolf Groenwold, Ronne Mairuhu</i>	
Centrum Seksuele Gezondheid op pad voor preventie: waarom outreach en hoe tevreden zijn medewerkers?	11
<i>Mary Berns, Jean-Marie Brand</i>	
Centrum Seksuele Gezondheid op pad voor preventie: wat levert outreach op?	16
<i>Mary Berns, Jean-Marie Brand</i>	
Gezondheid in cijfers: online gokken voor geld door jongvolwassenen	25
Korte berichten	27
Meldingen infectieziekten 1e kwartaal 2026	31

Wilt u reageren op deze uitgave van het Epidemiologisch Bulletin?

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

Redactioneel



Het eerste artikel in dit nummer gaat over het promotieonderzoek van Janet Kist. Zij deed onderzoek naar verschillen in risico op hart- en vaatziekten en stelde de vraag: “Does one size fit all?” Dat deed mij denken aan een eerdere promotie met deze titel waar het bulletin ook over publiceerde. [1] Destijds (2013) betrof het aangepaste afkapwaarden die nodig zijn voor kinderen van Hindoestaanse afkomst. Zij blijken bij een lager gewicht ten opzichte van hun lengte al overgewicht te hebben vergeleken met andere kinderen. De auteur was destijds werkzaam als jeugdarts, en kwam vanuit de praktijk met het idee voor dit onderzoek. Ook Janet Kist merkte als huisarts dat er iets speelde, wat de aanleiding was voor haar promotieonderzoek. Zij toonde aan dat voor verschillende subgroepen in de populatie andere afkappunten gebruikt moeten worden vanwege verschillen in risico op hart- en vaatziekten. Voor beide onderzoeken geldt dan ook: “One size does not fit all.”

Dat “one size” vaker niet voor iedereen passend is, blijkt voor mij ook uit de artikelen over het outreachende werk van het Centrum Seksuele Gezondheid (CSG) van GGD Haaglanden. Door op verschillende locaties aanwezig te zijn, bereiken zij deels andere groepen. En is dat niet iets waar we standaard voor moeten kiezen?

Qua efficiëntie is het volgens mij heel wenselijk om een grote groep mensen op een eenduidige manier te bereiken. Toch zijn er altijd (sub-)groepen die dan niet bereikt worden. En over het algemeen zijn dit mensen in kwetsbare situaties. Is maatwerk dan niet altijd nodig als we de bevolking echt vooruit, en mensen met de meeste gezondheidsachterstand willen helpen?

De vaste rubriek Gezondheid in cijfers laat zien welk deel van de jongvolwassenen in Haaglanden online gokt voor geld. Jongvolwassenen moeten volgens de Wet op Kansspelen extra beschermd worden tegen (online) gokaanbod. Hoe die bescherming vorm krijgt weet ik niet. De cijfers suggereren dat hier wel wat extra op ingezet mag worden.

Veel leesplezier!

Irene van der Meer
Hoofdredacteur



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

REFERENTIE:

1. De Wilde J, van Dommelen P, Middelkoop B. **Aangepaste body mass index (BMI) afkappunten om ondergewicht, overgewicht en obesitas te bepalen bij Hindostaanse kinderen** [Online]. Epidemiologisch Bulletin 2013, 48 (3): 2-13. Beschikbaar via url: <https://www.ggdhaaglanden.nl/wp-content/uploads/2021/11/Epidemiologisch-Bulletin-2013-nummer-3.pdf>



Grote gezondheidsverschillen in hart- en vaatziekten in Haaglanden

In Den Haag en de omliggende regio signaleren huisartsen en medisch specialisten al langer duidelijke gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen in het vóórkomen van hart- en vaatziekten. Opvallend is dat een deel van de patiënten deze aandoeningen al ontwikkelt voor het 40e tot 50e levensjaar. Dat is eerder dan het moment waarop volgens de huidige Nederlandse richtlijn doorgaans wordt gestart met screening en behandeling van risicofactoren zoals hoge bloeddruk en verhoogd cholesterol. Dat riep de vraag op of de uniforme Nederlandse richtlijn voor preventie en vroege opsporing van hart- en vaatziekten, volstaat voor de diverse groepen in de regio Haaglanden.

Janet Kist, Mattijs Numans, Rolf Groenwold, Ronne Mairuhu

3 recente regionale onderzoeken bevestigen deze gezondheidsverschillen. Zij laten zien dat mensen met een Surinaams-Hindostaanse, Antilliaanse en Duitse herkomst, evenals mensen met een lagere sociaaleconomische positie, een verhoogd risico hebben op hart- en vaatziekten vergeleken met andere groepen. Een lager risico hebben inwoners met een Marokkaanse herkomst en/of een hoog inkomen. [1], [2], [3] Deze bevindingen ondersteunen dat een uniforme benadering van preventie en vroege opsporing niet voor alle groepen toereikend is.

Mede op basis van deze onderzoeken is de regionale richtlijn voor huisartsen en medisch specialisten aangepast voor patiënten met een Surinaams-Hindostaanse herkomst en voor patiënten met een lagere sociaaleconomische positie. Het doel is om preventie en screening beter af te stemmen op het risicoprofiel van deze bevolkingsgroepen. Voor eventuele beleidsaanpassingen in groepen met andere herkomstlanden is aanvullend onderzoek met grotere datasets nodig, om te bepalen of verdere differentiatie van de zorg nodig is. Daarnaast is voor het bereiken van (extra kwetsbare) groepen meer

specifieke aandacht nodig voor een betere aansluiting van behandeling en nazorg op de behoeften van die bevolkingsgroepen.

Grote gezondheidsverschillen

In Nederland zijn de gezondheidsverschillen tussen verschillende groepen inwoners groot. Zo leven inwoners met de 20% hoogste inkomens gemiddeld 8 tot 9 jaar langer dan inwoners met de 20% laagste inkomens. Het verschil in gezonde levensjaren is zelfs 25 jaar. [4] Een belangrijk deel van deze kloof wordt verklaard door verschillen in het vóórkomen van hart- en vaatziekten. Ook is al jaren bekend dat er verschillen zijn in hart- en vaatziekten tussen personen met verschillende migratieachtergronden. [1]

Richtlijn en risicomodel voor hart- en vaatziekten houden geen rekening met gezondheidsverschillen

De Nederlandse richtlijn voor de preventie van hart- en vaatziekten waar artsen mee werken, geeft aan de hand van een risicomodel een risicoschatting voor hart- en vaatziekten. Hierbij wordt gekeken naar leeftijd, geslacht, roken, bloeddruk en cholesterol.





Is het risico laag, dan krijgen mensen een leefstijladvies. Is het risico hoog, dan worden naast een leefstijladvies bloeddrukbehandeling en behandeling voor een hoog cholesterol overwogen. De richtlijn en het risicomodel houden bij de keuze voor de behandeling echter maar beperkt of niet rekening met verschillen in hart- en vaatziekten naar land van herkomst en sociaaleconomische verschillen. Het was onduidelijk of verdere differentiatie van de Nederlandse richtlijn nodig was in deze groepen. [5]

ELAN: verschillende databronnen samen geven inzicht in patronen

Om te onderzoeken of differentiatie naar groepen nodig is binnen de regio Haaglanden, is met data uit de regio onderzoek gedaan naar de gezondheidsverschillen in hart- en vaatziekten tussen diverse bevolkingsgroepen. Hiervoor is gebruik gemaakt van *ELAN (Extramuraal LUMC Academisch Netwerk)*, een datanetwerk met (gepseudonimiseerde) gezondheidsgegevens van 1,2 miljoen inwoners van Zuid-Holland (inmiddels circa 46% van alle inwoners van de regio Haaglanden en Leiden). Deze routine zorgdata (data die al standaard worden vastgelegd in zorgsystemen) van huisartsenpraktijken, ziekenhuizen, GGD'en en GGZ-instellingen en landelijke registraties van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), worden samengevoegd om onderzoek te doen en patronen in de data te herkennen. [6]

Via deze aan elkaar gekoppelde datasets konden sociaaleconomische positie (op basis van inkomensgegevens), migratieachtergrond, zorggebruik, medicatievoorschriften en sterftegegevens worden gecombineerd met zorgdata om patronen rond gezondheidsverschillen in de data te herkennen.

Op basis van deze dataset zijn 3 onderzoeken gedaan naar de gezondheidsverschillen ten aanzien van hart- en vaatziekten in diverse groepen in de regio. In het eerste onderzoek is gekeken naar de sterfte aan hart- en vaatziekten in Den Haag. In het tweede onderzoek zijn de Nederlandse en Europese risicomodellen voor hart- en vaatziekten getest en in het derde onderzoek is gekeken naar sterfte na een diagnose voor hart- en vaatziekte. [1], [2], [3]

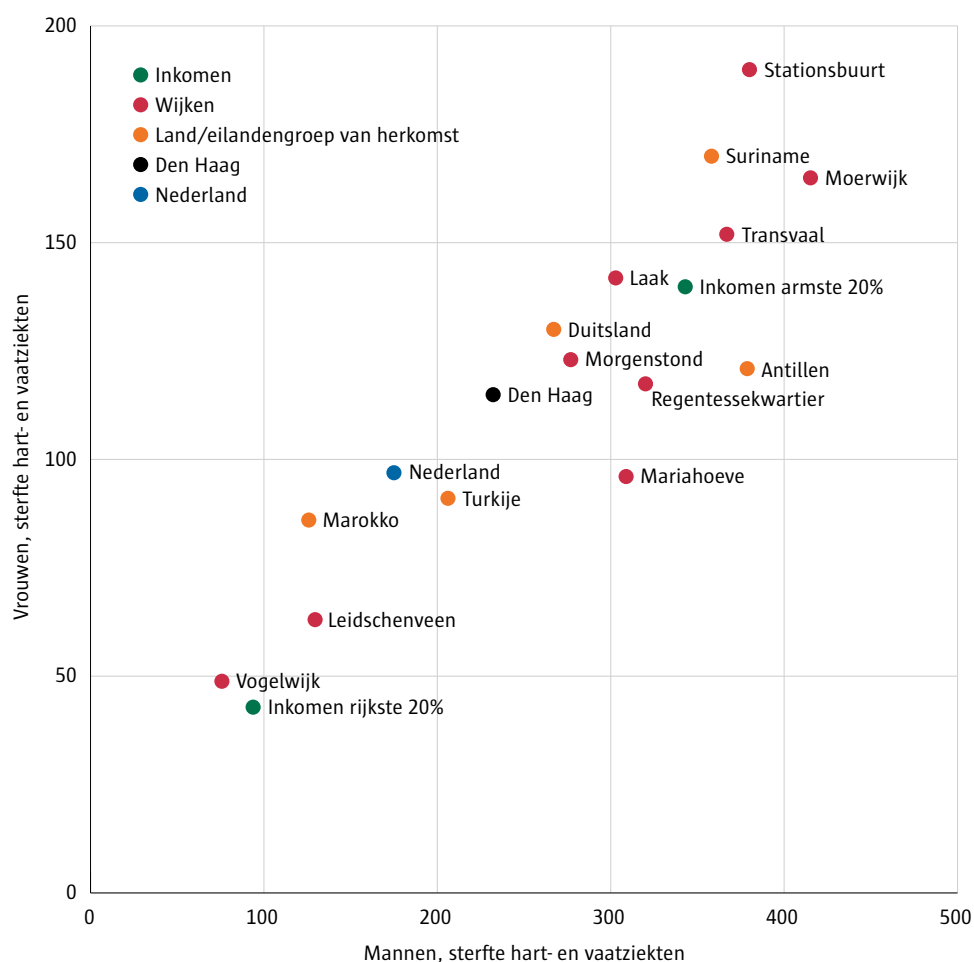
Onderzoek 1: verschillen in sterfte hart- en vaatziekten Den Haag

Op basis van data is gekeken naar sterfte aan hart- en vaatziekten bij mensen van 45-75 jaar in Den Haag. De resultaten lieten grote verschillen zien tussen groepen met verschillende landen van herkomst en sociaaleconomische posities (inkomen) (figuur 1). De sterfte aan hart- en vaatziekten was hoger bij mensen met een Antilliaanse, Surinaamse (in deze regio grotendeels van Hindostaanse afkomst) en Duitse herkomst, net als bij mensen met een lage sociaaleconomische positie (20% laagste inkomens).

Mensen met een Marokkaanse herkomst en inwoners met de 20% hoogste inkomens hebben juist een 50% lager risico op sterfte aan hart- en vaatziekten (figuur 1). Hogere sterfte bij bijvoorbeeld inwoners van Duitse komaf komt door verschillen in bloeddruk, cholesterol, blootstelling aan fijnstof, stress, en leefstijlfactoren, zoals roken, overgewicht, onvoldoende bewegen en alcoholgebruik. [7] Ook zijn er aanwijzingen dat bij mensen met een Zuid-Aziatische oorsprong (zoals Hindostaanse Surinamers), erfelijke aspecten meespelen, zoals een andere vetverdeling en een ander herstel van bloedvaten. [8] Daarnaast is te zien dat de sterfte aan hart- en vaatziekten bij mannen in de leeftijd van 45-75 jaar hoger is dan bij vrouwen in die leeftijdscategorie. Dat komt doordat

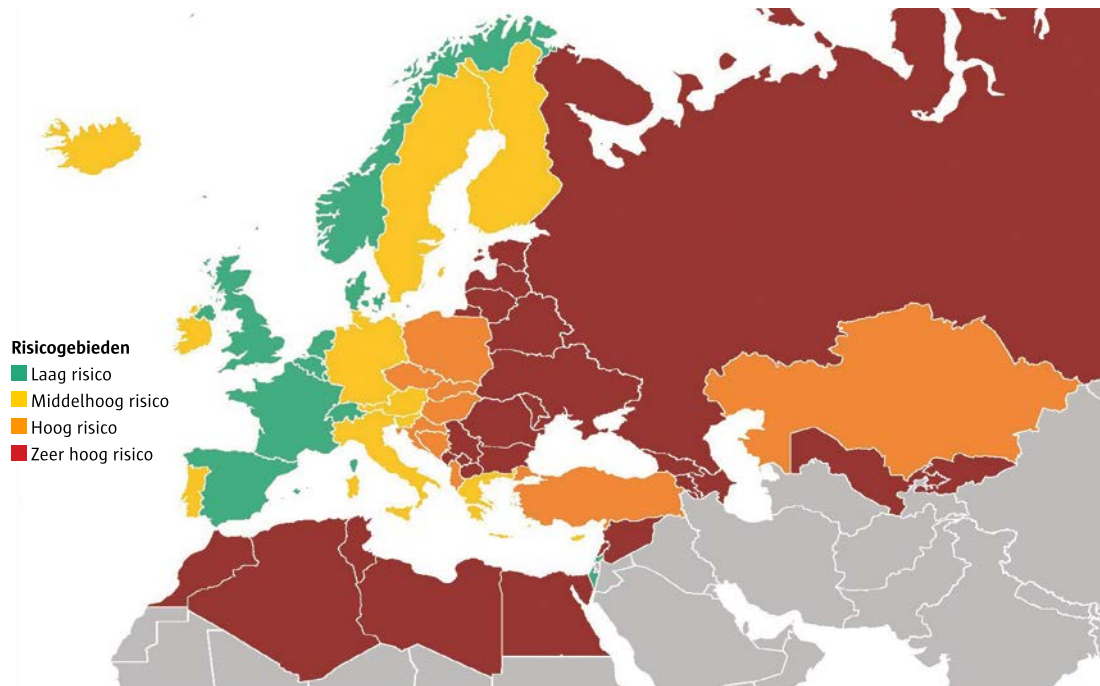
hart- en vaatziekten bij mannen gemiddeld 7-10 jaar eerder voorkomen. Kijken we in andere studies naar de sterfte aan hart- en vaatziekten bij alle leeftijdsgroepen, dan is dit bij mannen en vrouwen vergelijkbaar. [5]

Wat opvalt in dit onderzoek is dat de sterfte aan hart- en vaatziekten bij deze Haagse groep 45-75-jarigen hoger is dan die bij dezelfde leeftijdsgroep in de Nederlandse bevolking. Ook is de spreiding in sterfte aan hart- en vaatziekten in groepen of wijken van Den Haag groot. Zo is de sterfte hoger in wijken als Moerwijk en de Stationsbuurt, en lager in bijvoorbeeld Leidschenveen en de Vogelwijk (figuur 1). [1]



Figuur 1 Sterfte aan hart- en vaatziekten bij 45-75-jarigen in Den Haag in 2007–2018, uitgesplitst naar mannen en vrouwen en weergegeven voor enkele Haagse wijken, inkomensgroepen en herkomstgroepen. Ter vergelijking zijn de sterftecijfers voor Den Haag als geheel en Nederland toegevoegd. Hoe verder naar boven (y-as) hoe hoger de sterfte aan hart- en vaatziekten bij vrouwen, en hoe verder naar rechts (x-as) hoe hoger de sterfte aan hart- en vaatziekten bij mannen. Sterfte is weergegeven in ICD-10-codes I00–I99 (CBS-doodsoorzakenregistratie) en is gestandaardiseerd naar de WHO-wereldstandaardpopulatie, uitgedrukt per 100.000 persoonsjaren. [9], [10]





Figuur 2 Kaart met risico-inschatting (laag, middelhoog, hoog, zeer hoog) per land (bron: Oxford Academic)

Onderzoek 2: toetsing Nederlandse aanpak voor preventie van hart- en vaatziekten

In onderzoek 1 werden duidelijke verschillen gevonden in sterfte aan hart- en vaatziekten tussen bevolkingsgroepen in Den Haag. In onderzoek 2 is gekeken of deze verschillen samenhangen met bekende risicofactoren, zoals hoge bloeddruk, diabetes en cholesterol. Hiervoor is de werkwijze voor risicobeoordeling volgens de Nederlandse richtlijn vergeleken met Europese modellen die rekening houden met verschillen tussen landen. Binnen Europa varieert het risico op hart- en vaatziekten namelijk sterk. Dit komt onder meer door verschillen in leefstijl, gezondheid en toegang tot zorg. Daarom gebruikt de Europese richtlijn 4 risicomodellen (laag, middelhoog, hoog en zeer hoog) om het 10-jaarsrisico op cardiovasculaire ziekte en sterfte te schatten en om te bepalen of behandeling nodig is (zie kader). [11], [12]

Nederland geldt als een land met een relatief laag risico en gebruikt daarom standaard het laag-risicomodel voor de hele bevolking. Andere landen vallen in hogere risicocategorieën, zoals Duitsland (middelhoog) of Polen (hoog). [12]

In onderzoek 2 is onderzocht of dit uniforme Nederlandse laag-risicomodel ook goed aansluit bij de diverse bevolkingsgroepen in de regio Haaglanden. Daarvoor zijn alle 4 de Europese risicomodellen toegepast op regionale data en met elkaar vergeleken.

Een beter passend risicomodel zou bij specifieke bevolkingsgroepen in Den Haag tot een wel 10 jaar eerdere start van behandeling kunnen leiden

De uitkomst van dit onderzoek was dat het laag-risicomodel voor Nederland het 10-jaarsrisico op hart- en vaatziekten in de regio Haaglanden ernstig onderschat bij:

- Personen uit Suriname (1,9 - 2,5 keer onderschatting);
- Personen met een lage sociaaleconomische positie (ongeacht land van herkomst; circa 1,5 keer onderschatting).

Andere groepen in regio Haaglanden waren te klein om deze evaluatie uit te kunnen voeren. Mogelijk kan deze evaluatie, nu er meer data beschikbaar komen, alsnog gedaan worden naar andere landen van herkomst, zoals de Antillen, Duitsland, Indonesië, Marokko, Turkije en Midden- en Oost-Europese landen. [2]

Het model dat bedoeld is voor hoog-risicolanden (In Europa bijvoorbeeld gebruikt in Polen) bleek het risico voor deze groepen in Den Haag beter te voorspellen.

Als dit model ook wordt toegepast op hoog-risicogroepen in Nederland, kan dat betekenen dat patiënten tot wel 10 jaar eerder in aanmerking komen voor bloeddruk- en cholesterolmedicatie, naast leefstijladviezen. Zou theoretisch iedere hoog-risicopatiënt 10 jaar eerder met medicatie starten, dan zullen niet alle hart- en vaatziekten voorkomen kunnen worden, maar kan het risico voor die patiënt wel tot 30% worden verlaagd. [12]

Onderzoek 3: verschillen in sterfte door hart- en vaatziekte na diagnose

Om te onderzoeken of gezondheidsverschillen tussen groepen bleven bestaan nadat de diagnose hart- en vaatziekte was vastgesteld, is de sterfte aan hart- en vaatziekten vergeleken tussen groepen uitgesplitst naar land van herkomst en inkomen. Nederlandse en regionale data over de periode 2017 - 2022 werden gebruikt. In de Nederlandse bevolking (ca. 17 miljoen) ontwikkelden ruim 240.000 mensen hartfalen, kregen 159.000 mensen een hartinfarct, 347.000 boezemfibrilleren en 186.000 een beroerte (tabel 1). Bij deze groepen patiënten is op basis van de CBS-overlijdensregistratie tot en met 2023 nagegaan wat de uiteindelijke overlijdensoorzaak was. [3], [10]

Het risico om te overlijden aan hart- en vaatziekten na een diagnose hart- en vaatziekte bleef verschillen tussen bevolkingsgroepen. Ook na correctie voor leeftijd, geslacht, diabetes en inkomen blijken er verschillen tussen groepen naar land van herkomst. Zo is het sterfterisico lager bij mensen van Marokkaanse herkomst en hoger bij mensen van Surinaamse herkomst, vergeleken met mensen van Nederlandse herkomst. Daarnaast speelt sociaal-economische positie een belangrijke rol. Bij de onderzochte hart- en vaatziekten is het sterfterisico het laagst in de hoogste inkomensgroepen en het hoogst in de laagste inkomensgroepen. De Nederlandse en regionale data waren vergelijkbaar. [3]

Tabel 1 Nieuwe gevallen van hartfalen, hartinfarct, boezemfibrilleren en beroerte in Nederland en de ELAN-regio (regio Den Haag, Leiden en Zoetermeer) van 2017 tot en met 2022.

	NL	ELAN regio
Hartfalen	240.529	23.060
Hartinfarct	158.845	14.312
Boezemfibrilleren	346.965	32.652
Beroerte	186.288	17.494

SCORE2-risicomodellen en betekenis voor beleid

De SCORE2-modellen zijn ontwikkeld door de European Society of Cardiology. Ze geven een inschatting van het 10-jaarsrisico op een eerste hart- of vaatziekte, zoals een hartinfarct of beroerte, bij mensen zonder suikerziekte. Het risico berekend door de SCORE2-modellen is de kans (in procenten) dat iemand binnen een bepaalde periode ziek wordt. De rekenmethode doet op basis van grote populatieonderzoeken, individuele voorspellingen met factoren als leeftijd, geslacht, rookstatus, bloeddruk en cholesterol. Op basis van de individuele voorspelling worden leefstijladviezen en/of behandeling van een verhoogde bloeddruk of verhoogd cholesterol geadviseerd.

4 Europese risicoregio's

SCORE2 is afgestemd op 4 Europese risicoregio's (laag tot zeer hoog) en gebaseerd op door de World Health Organization (WHO) gestandaardiseerde sterftecijfers aan hart- en vaatziekten per land. Via leeftijdsstandaardisatie worden landen vergeleken alsof zij dezelfde bevolkingsopbouw hebben, zodat verschillen in sterfte niet simpelweg door vergrijzing worden verklaard. Hoe hoger deze gestandaardiseerde sterfte, hoe hoger het uitgangrisico in het model. Nederland wordt gezien als een land met een relatief laag

risico op hart- en vaatziekten. Duitsland en Portugal zijn voorbeelden van middelhoge-risicolanden. Polen is een hoog-risicoland en Roemenië en Rusland zijn zeer-hoog-risicolanden. Op basis van deze classificatie wordt in een land het laag-, middelhoog-, hoog- of zeer-hoog-risicomodel toegepast.

Zelfde risicofactoren, verschillende risicoschatting

Hierdoor kan iemand met dezelfde risicofactoren in een hoog-risicoland een hogere risicoschatting krijgen dan in een laag-risicoland. In hoog-risicolanden komen meer mensen boven behandelgrenzen uit. Dat leidt tot eerdere en intensievere preventie (leefstijl, screening) en het tot 10 jaar eerder starten met medicatie.

Voor beleidsmakers en zorgverleners bieden SCORE2-modellen daarmee een onderbouwde basis om middelen gericht in te zetten voor hoog-risicogroepen in een land. De SCORE2-modellen worden als uniform model in landen toegepast, maar lokale duiding blijft essentieel: regionale data kunnen laten zien dat specifieke groepen een hoger risico hebben, wat aanleiding kan geven tot aanvullend, gericht beleid om gezondheidsverschillen te helpen verkleinen. [5], [11], [12]



80% minder hart- en vaatziekten

De daling van sterfte aan hart- en vaatziekten in Nederland in de afgelopen decennia, is toe te schrijven aan een combinatie van preventief beleid, zoals rookwetgeving en preventieprogramma's, en verbeteringen in de klinische behandeling. [12], [13]

Daarom is het bij het verlagen van het risico op hart- en vaatziekten nodig om niet alleen naar een optimalisatie van behandeling te kijken. Het bevorderen van een gezonde leefstijl – zoals gezonde voeding, voldoende beweging, niet roken of vaperen, matig alcoholgebruik en het beperken van stress – in combinatie met tijdige behandeling van risicofactoren, kan het risico op hart- en vaatziekten aanzienlijk verlagen. [12], [14], [15]

Tegelijkertijd is het voor individuen niet altijd haalbaar om deze leefstijl vol te houden, bijvoorbeeld onder invloed van financiële stress of een ongezonde leefomgeving. Dit benadrukt het belang van beleidsmaatregelen die gezonde keuzes makkelijker maken, zoals regelgeving over voedselaanbod en het bevorderen van een gezonde leefomgeving. Als we de leefstijl voor iedereen kunnen omkeren naar optimale naleving van gezonde leefgewoonten, en risicofactoren adequaat behandelen, dan kan dit leiden tot een geschatte afname van circa 80% in het vóórkomen van hart- en vaatziekten en helpen om gezondheidsverschillen te verkleinen. [16]

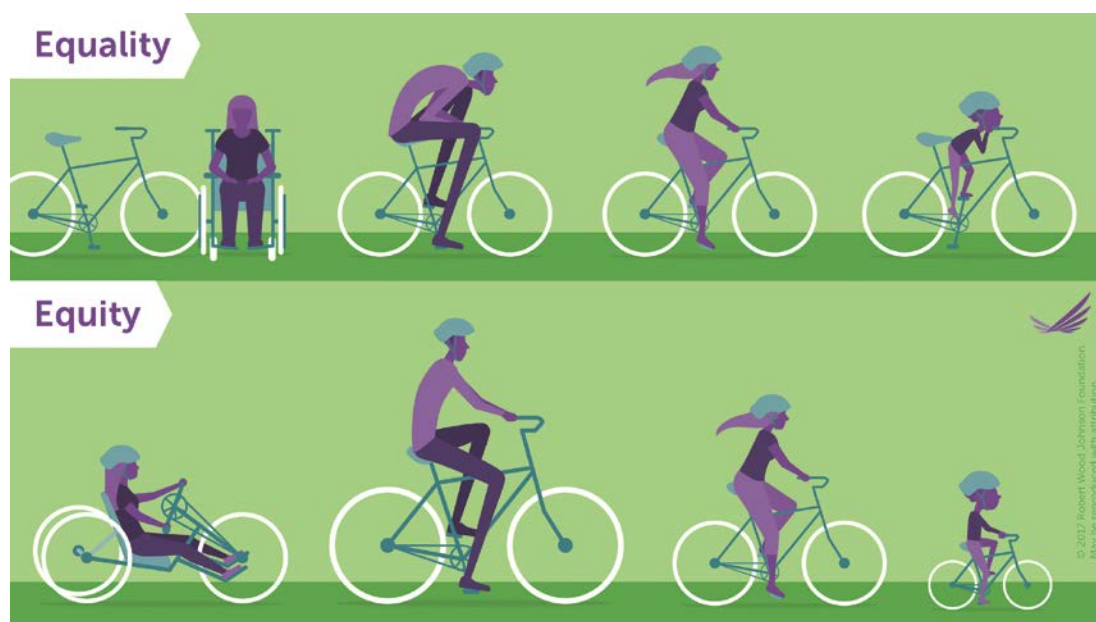
Als iedereen gezonde leefgewoonten optimaal naleeft en risicofactoren adequaat behandeld zouden worden, kan dit leiden tot zo'n 80% minder hart- en vaatziekten en kleinere gezondheidsverschillen

Van gelijke zorg naar rechtvaardige zorg met behulp van regionale data

In Nederland zijn zorg en voorzieningen over het algemeen goed toegankelijk. Toch leiden gelijke toegang en behandeling, in de praktijk niet altijd tot gelijke gezondheidsuitkomsten.

De onderzoeken laten zien dat regionale (zorg)data waardevol zijn bij het inzichtelijk maken van gezondheidsverschillen en richting geven aan (regionaal) beleid. Ook maken zij duidelijk dat bestaande richtlijnen onvoldoende rekening houden met verschillen tussen bevolkingsgroepen. Daarmee kan gelijke behandeling onbedoeld bijdragen aan het in stand houden of zelfs vergroten van gezondheidsverschillen.

Het verkleinen van deze gezondheidsverschillen vraagt om een verschuiving van 'gelijke zorg voor iedereen' naar 'passende zorg'.



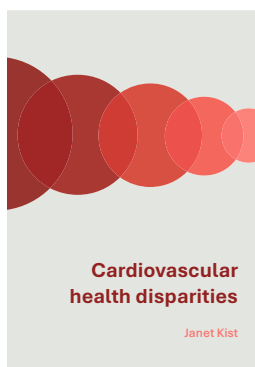
Figuur 3 Van gelijke zorg (equality) naar passende zorg op maat (equity) voor iedereen. **Health equity** betekent dat zorg en beleid rekening houden met verschillen tussen mensen, zodat iedereen een gelijke kans op gezondheid heeft (bron: RWJF (Robert Wood Johnson Foundation) [17])

Dit betekent dat groepen met een hoger risico een passende risico-inschatting krijgen met intensievere preventie en begeleiding, zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit van zorg voor anderen.

Een dergelijke benadering, gericht op het bevorderen van gelijke gezondheidskansen (health equity) en populatiegerichte zorg, vraagt om aanpassingen in beleid, richtlijnen en organisatie van zorg. In de regio Haaglanden is met de aanpassing van de transmurale afspraak, waarbij overwogen kan worden de hoog-risicokaart te gebruiken bij hoog-risicogroepen, een kleine stap gezet. [18] En er gebeurt meer. In de regio zijn meerdere organisaties en initiatieven die zich inzetten voor het verkleinen van gezondheidsverschillen, zoals de Bas van de Goor Foundation, de LUMC Health Campus Den Haag, Universiteit Leiden en regionale partners, zorgorganisaties als Hadoks, HagaZiekenhuis en Haaglanden Medisch Centrum (HMC), wijkinitiatieven, gemeenten, Haaglanden Gezonder, Gezond en Gelukkig Den Haag en GGD Haaglanden. Ook is het mogelijk om gratis een leefstijlcheck, bloeddruk-, cholesterol-, en suikermeting te doen bij Hartcheckpunten van de Hartstichting in samenwerking met buurtsportcoaches. [19]

Conclusie en implicaties voor beleid en zorg

De beschreven onderzoeken laten zien dat er, ook in een land met een (internationaal gezien) laag risico op sterfte door hart- en vaatziekten, duidelijke gezondheidsverschillen in hart- en vaatziekten bestaan. Zo ook in de regio Haaglanden. Deze verschillen zijn zichtbaar bij mensen zonder én met een gediagnosticeerde hart- en vaatziekte. Voor de regio vraagt dit om verbeterde preventie, vroegtijdige opsporing van risicofactoren, extra aandacht voor groepen met een hoger risico en betere aansluiting van behandeling en nazorg op de behoeften van verschillende bevolkingsgroepen.



Lees meer over de onderzoeken die beschreven staan in dit artikel in het proefschrift Cardiovascular Health Disparities. [3]

Wilt u reageren? Mail de auteur of de redactie: epibul@ggdhaaglanden.nl

OVER DE AUTEURS:

Dr. J.M. Kist, assistant professor, huisarts, Health Campus Den Haag en Public Health en eerstelijns-geneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum;

Prof. Dr. M.E. Numans, huisarts, Health Campus Den Haag en Public Health en eerstelijns-geneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum;

Prof. Dr. R.H.H. Groenwold, huisarts, afdeling Klinische epidemiologie en afdeling Biomedische Data Science, Leids Universitair Medisch Centrum;

Dr. A.T.A. Mairuhu, internist-vasculaire geneeskunde, afdeling interne geneeskunde HagaZiekenhuis.

E-mail: j.m.kist@lumc.nl

REFERENTIES:

De literatuurlijst staat bij dit artikel op https://epibul.ggdhaaglanden.nl/2026-nr-2/grote_gezondheidsverschillen.



Waarom outreach en hoe tevreden zijn medewerkers?



Het Centrum Seksuele Gezondheid van GGD Haaglanden (CSG Haaglanden) voert naast de consulten op de hoofdvestiging in Den Haag ook consulten uit op meerdere andere locaties in regio Haaglanden. Deze outreachlocaties richten zich op doelgroepen die meer risico lopen op het gebied van seksuele gezondheid. Maar hoe effectief en efficiënt zijn die outreach-activiteiten? Worden die groepen bereikt die het CSG wil bereiken en gebeurt dat qua tijd, middelen en kosten op een efficiënte wijze? De uitkomsten van het evaluatieonderzoek hiernaar worden beschreven in 2 artikelen. Dit 1e artikel geeft informatie over het evaluatieonderzoek en beschrijft de outreachlocaties en outreach-activiteiten. Daarnaast brengt het de ervaringen van de medewerkers met, hun oordeel over en aanbevelingen voor de outreach-activiteiten in beeld. Het 2e artikel, dat ook in deze editie staat, geeft een cijfermatig inzicht in de doelgroepen die op de verschillende locaties komen.

Mary Berns, Jean-Marie Brand

Welke outreachlocaties en- activiteiten zijn er en waar richt de evaluatie zich op?

CSG Haaglanden voert niet alleen consulten uit op de hoofdvestiging aan het Westeinde in Den Haag, maar ook op andere locaties in Den Haag, Delft en Zoetermeer. Deze outreachlocaties zijn gericht op doelgroepen die meer risico lopen op het gebied van seksuele gezondheid. Het CSG wilde, onder andere in het kader van toekomstig beleid, een evaluatie van de outreach-activiteiten. Zijn deze activiteiten (hierna verder 'outreach' genoemd) effectief en efficiënt?

Effectiviteit is in deze evaluatie als volgt omschreven:

- De outreach bereikt nieuwe cliënten die kwetsbaar zijn op het gebied van seksuele gezondheid en/of minder toegang hebben tot de reguliere zorg: mannen die seks hebben met mannen (MSM), sekswerkers (SW) achter de ramen, in bordelen, massage-salons en privéhuisen en jongeren onder de 25 jaar.
- Via de outreach worden actief cliënten binnengehaald voor zorg en preventie (bijvoorbeeld hiv-preventie en periodieke soa-controle) die passief niet via het CSG worden bereikt.



Bij *efficiëntie* draait het er in deze evaluatie om of het doel van de outreach (het bereiken van de juiste cliënten) met zo weinig mogelijk tijd en middelen wordt gehaald. In het uitgevoerde evaluatieonderzoek lag de focus op de *effectiviteit* van de outreach.

Waarom zijn outreach-activiteiten nodig?

Door de jaren heen is uit de monitoring van data gebleken dat bepaalde subgroepen van doelgroepen gemist worden op de hoofdlocatie van het CSG. Wie zijn dat, waar zijn ze te vinden en waarom zijn ze ondervertegenwoordigd?

Het vermoeden is dat het kleine deel van de risicodoelgroepen dat wel gezien wordt, het topje van de ijsberg is. Weten de anderen de weg naar het CSG niet te vinden? Zijn ze niet op de hoogte van het bestaan van het CSG? Durven ze niet te komen? Zijn ze niet bewust van het risico op soa, hiv of zwangerschap? Gaan ze naar de huisarts of is er gewoon geen probleem?

Veel vragen voor/ over de cliënten die het CSG niet ziet. Om de vragen beantwoord te krijgen, moet men achter het bureau vandaan komen en outreachend werken. Het CSG moet naar de plekken waar deze doelgroepen samenkomen.

Voor jongeren is dat bijvoorbeeld het neutrale Jongeren Informatie Punt (JIP), voor sekswerkers zijn dat sociale dienstverleningsorganisatie Spot46 of de werkplekken, en voor mannen die seks hebben met mannen zijn dat MSM-uitgaansgelegenheden of -verenigingen. Deze evaluatie beoogt te kijken of dat de juiste plekken zijn. Kan het CSG daar nieuwe mensen bereiken met preventieve zorg die daar baat bij hebben en die nooit uit zichzelf naar de hoofdlocatie zouden zijn gekomen?

Hoe is het onderzoek naar effectiviteit uitgevoerd?

Het onderzoek bestreek de periode 2018-2024 en bestond uit 2 delen:

1. *Analyse consultgegevens*

Dit onderdeel van het onderzoek wordt beschreven in het 2e artikel.

2. *Interview CSG-medewerkers die op de outreach werken*

Ervaringen van outreachmedewerkers kunnen inzicht geven in de praktijk van de outreach. Bij een aantal outreachmedewerkers zijn 2 interviews afgenomen. Met 3 medewerkers is in het 1e interview de werkwijze op outreachlocaties in kaart gebracht. In het 2e interview is aan dezelfde 3 medewerkers, aangevuld met nog 2 andere medewerkers, gevraagd naar hun ervaringen met, oordeel over en aanbevelingen

voor de outreach, zoals het bereiken van de juiste doelgroep, de voor- en nadelen van de huidige werkwijze en hun oordeel over nut en noodzaak van outreach.

Outreach in Haaglanden 2018-2024: locaties en doelgroepen

Hieronder volgt per doelgroep een beschrijving van de outreachlocaties. Het 2e artikel geeft inzicht in het aantal outreachsessies dat op de locaties is uitgevoerd in de periode 2018-2024. In het algemeen varieert dit aantal van wekelijks op bijvoorbeeld JIP-locaties en bij Spot46, maandelijks bij MSM-uitgaansgelegenheden, tot incidenteel bij evenementen. In de periode 2020-2022 zijn er op de diverse locaties veel minder of geen outreachsessies geweest in verband met de COVID-pandemie.

MSM-outreach

De MSM-outreach vindt (of vond) plaats in de volgende uitgaansgelegenheden in Den Haag en Delft, die vooral op MSM zijn gericht.

- **The Boss:** uitgaansgelegenheid in Den Haag, gericht op MSM. Het is een ontmoetings- en cruise-gerichte club;
- **MAZE:** uitgaansgelegenheid in Den Haag, gericht op MSM en, afhankelijk van het evenement, andere lhbtqi+-doelgroepen. Het heeft een seksbioscoop en -shop en is ingericht op (intieme) ontmoetingen tussen bezoekers;
- **Sauna FIDES:** sauna in Den Haag, gericht op MSM. Sinds 2020 (COVID-pandemie) permanent gesloten;
- **DWH:** ontmoetingsplek van de lhbtqi+-vereniging in Delft;
- Kleinschalig bij een festiviteit of evenement gericht op MSM.

De setting is laagdrempelig: bezoekers hebben een consult bij een CSG-medewerker en kunnen zich ter plekke laten testen.

Outreach voor sekswerkers (SW)

Sekswerkers en hun klanten worden door het CSG bereikt op plekken waar zij werken, of op locaties waar zij zelf ondersteuning zoeken. De meeste locaties zijn in Den Haag:

- Raamlocaties (inclusief klanten) in Den Haag (Doubletstraat en Geleenstraat);
- Bordelen, massagesalons en privéhuizen;
- Spot46 in Den Haag: informatie- en adviescentrum voor sekswerkers. Spot46 is onderdeel van SHOP Den Haag, het kennis- en expertisecentrum sekswerk en mensenhandel;



- SHG Gezondheidscentrum De Koning in Den Haag: huisartsenpraktijk met speciale spreekuren voor sekswerkers.

De outreach-activiteiten omvatten spreekuren op locatie (Spot46, SHG De Koning), bezoeken aan bordelen, massagesalons en privéhuizen en straat-acties bij de raamlocaties.

Jongeren via Sense-sprekuren bij het Jongeren Informatie Punt (JIP)

Op JIP-locaties worden de zogenoemde Sense-sprekuren gehouden, gericht op jongeren van 12–24 jaar. De Sense-sprekuren zijn voor vragen over relaties, seks en seksuele gezondheid. Ook kan er een soatest worden afgenomen. Afspraken kunnen telefonisch of online worden gemaakt op de volgende locaties:

- JIP-locatie Den Haag;
- JIP-locatie Delft;
- JIP-locatie Zoetermeer.

Aanvullende initiatieven

- **ELLA:** verloskundigenpraktijk in Den Haag. Voert Sense-consulten uit bij jonge vrouwen tot 25 jaar. Er wordt echter niet getest op soa.
- **Testlab:** is een soatestmogelijkheid voor MSM en transgenders. Men maakt online een testafpraak bij een laboratorium of priklocatie in de buurt. Als een soa wordt gevonden, volgt voor behandeling een doorverwijzing naar het CSG.
- Kleinschalige activiteiten voor migranten (bijvoorbeeld via Dokters van de Wereld en Rainbow Festival).

Bevindingen uit interviews medewerkers outreachlocaties

De interviews zijn gehouden met 5 CSG-verpleegkundigen betrokken bij de MSM-outreach, bij de outreach voor SW of bij JIP. Hieronder de bevindingen per hoofdthema.

Wordt de doelgroep bereikt die je wilt bereiken?

De MSM-outreach bereikt MSM die niet als 1e stap naar het CSG (willen) gaan, MSM met hoogrisicogedrag en MSM met een migratieachtergrond. Op de MSM-outreach komen echter soms ook niet-MSM-cliënten die weten dat er getest wordt of omdat ze sneller getest kunnen worden dan op het CSG. Ook komen er MSM die wel naar het CSG kunnen, maar daar vanwege wachttijd of sfeer niet naartoe willen.

Over SW geven de medewerkers aan dat het antwoord op de vraag of de doelgroep wordt bereikt mede afhankelijk is van de definitie van het doel (meer testen, hoger vindpercentage soa, meer zichtbaarheid CSG?). Zichtbaarheid is bij SW van belang en wordt met de outreach bereikt. Bij activiteiten waarbij klanten van SW worden benaderd is vooral voorlichting van belang. Hierop komen soms niet-klanten of SW af die zich snel, gratis en/of gemakkelijk willen laten testen.

Ook bij jongeren wijst men op de vraag hoe de doelgroep te definiëren: wat is seksueel kwetsbaar? Seksueel geweld of risicogedrag komen ook voor bij andere groepen dan alleen de CSG-doelgroepen. Bij de JIP-locatie Zoetermeer zien de medewerkers wat meer kwetsbare jongeren (lager geschoold, multi-problematiek). Wanneer studenten van bijvoorbeeld de TU Delft op consult komen, rijst soms de vraag of het niet beter zou zijn om alleen te focussen op andere jongeren die seksueel meer kwetsbaar zijn.

Kunnen de dingen worden gedaan die je moet doen binnen een consult?

Bij MSM-outreach lukt het testen binnen de geplande tijd voor een consult. Voorlichting is meestal niet nodig. Als dat wel het geval is, dan lukt dat meestal wel of wordt voor dat doel een visitekaartje meegegeven en kan de cliënt op een later moment contact opnemen met de CSG-medewerker.

Bij SW lukt het niet altijd om te testen én voorlichting te geven. Bij straatwerk/ramen is er minder tijd voor het geven van extra informatie: de cliënt werkt immers. Bij Spot46 is er in het algemeen meer mogelijk. Een deel van de SW beheerst het Nederlands niet voldoende. Het moeten vertalen of de inzet van een tolk kosten soms veel tijd.

Bij JIP past wat men tijdens een consult doet in het algemeen binnen de doelstelling en tijdsperiode van het consult.

Voor- en nadelen huidige werkwijze outreach

Bij de MSM-outreach is men afhankelijk van de MSM-clubs en de goodwill van clubeigenaren om outreach toe te staan.

Voor het bereiken van SW zit men voor de raamlocaties, bordelen, clubs, massagesalons en privéhuizen grotendeels vast aan de bestaande locaties waar de sekswerkers werken.



Bij de raamlocaties kunnen later op de avond meer medewerkers en klanten worden bereikt, maar komt de veiligheid van de CSG-medewerkers in het gedrang. Ook hier moet het doel van de outreach goed overwogen worden: is dat kwantiteit of kwaliteit. Snelheid c.q. meer cliënten per outreachsessie kan ten koste gaan van voorlichting aan de SW. De CSG-medewerkers willen SW voor een eventueel vervolgcontact het liefst verwijzen naar Spot46 met vaste spreekuren en meer mogelijkheden voor een consult.

Medewerkers zouden graag zien dat outreach voor jongeren via de JIP-locaties op nog meer locaties verspreid over de regio zou kunnen worden gegeven. Het spreekuur willen ze graag wekelijks blijven houden ten behoeve van de betrouwbaarheid, duidelijkheid en regelmaat richting jongeren.

Voor alle doelgroepen vinden medewerkers dat de huidige locaties onvoldoende verspreid zijn over de regio, wat nadelig is voor het bereiken van meer cliënten. Bij de outreach voor MSM en SW zijn de werkomstandigheden niet altijd ideaal: er ontbreekt nogal eens een goede werkplek voor het afnemen van een consult.

Juiste inzet van mensen en middelen?

Medewerkers vinden de inzet van een arts bij de outreach niet (altijd) nodig. Een aanvullend geschoolde medisch teamassistent zou in principe een deel van de werkzaamheden van een sociaal verpleegkundige kunnen overnemen. Laatstgenoemde moet wel aanwezig zijn.

Voor zowel MSM als SW worden vraagtekens gezet bij het huidige testbeleid. In de ogen van medewerkers is dat te strikt en soms te uitgebreid. Niet de doelgroep zou bepalend moeten zijn voor het testbeleid, maar het daadwerkelijke risicogedrag van de cliënt uit die doelgroep die voor een consult komt. Meer vrijheid voor de zorgprofessional tijdens het consult in het afstemmen van de testen op de cliënt zelf zou wenselijk zijn. Minder hoeven testen scheelt ook tijd en geld.

Niet de doelgroep zou bepalend moeten zijn voor het testbeleid, maar het daadwerkelijke risicogedrag van een cliënt

Bij SW-outreach is een medewerker van mening dat de inzet van een bus voor de ramen en de klantenacties veel tijd en geld vergen. Voor die medewerker is het de vraag welk doel je daarmee wilt bereiken en wat de kosten en baten daarvan zijn.

Overtuigd van nut en noodzaak outreachwerk, maar ook wensen

Alle geïnterviewde medewerkers zijn overtuigd van de nut en noodzaak van de outreach. Het is belangrijk voor het bereiken van degenen uit CSG-doelgroepen die niet zelf naar het CSG (willen) gaan.

Daarbij is de wens wel om doelgroepen goed af te bakenen en te definiëren: zijn alle MSM of alle jongeren kwetsbaar? Kan bepaalde zorg niet beter buiten het CSG of de outreach worden verricht (bijvoorbeeld transgenderzorg)? Voor zowel MSM, SW als jongeren wil men de outreach meer zichtbaar, bereikbaar en beschikbaar maken door deze ook op andere locaties of tijdstippen uit te voeren. Dit kan de drempel verlagen om te komen. Bijvoorbeeld door meer spreekuren of inlooppmomenten aan te bieden in andere gemeenten, in kwetsbare wijken, bij inwoners in kwetsbare omstandigheden, buiten kantooruren of gecombineerd voor meerdere doelgroepen.

Medewerkers pleiten voor meer inzet op preventie en in begeleiding en adviseren om te investeren in netwerken en sleutelfiguren. Bij JIP wil men meer ruimte om de wijk in te gaan en meer samen te werken met scholen, maatschappelijk werk, jongerenwerk, psychologen, buurtcentra, etc. Ook willen ze meer mogelijkheden om verzoeken van scholen te honoreren en om een breder pakket dan alleen voorlichting aan te bieden. Ze willen graag dat er structureel tijd vrijgemaakt wordt voor outreach, ook om te overleggen met partners en om netwerken op te bouwen.

Conclusies en aanbevelingen voor een meer effectieve outreach

Het CSG is er in de afgelopen jaren in geslaagd op meerdere locaties outreachend consulten uit te voeren.

Outreach wordt door de medewerkers op de outreachlocaties als nuttig en waardevol gezien. Het is bij uitstek bedoeld om de drempel te verlagen voor mensen die deze normaliter als te hoog ervaren. Daarmee bereikt het CSG cliënten die (hoogstwaarschijnlijk) niet naar het CSG waren gegaan.



Of daarmee voldoende beoogde personen van een doelgroep worden bereikt om de outreach rendabel te laten zijn, hangt af van de precieze definitie hiervan: wat is seksueel kwetsbaar, is iedereen uit zo'n doelgroep seksueel kwetsbaar en wanneer ben je tevreden?

Met meer en beter over de regio verspreide outreachlocaties zouden er meer mensen bereikt kunnen worden. Bijvoorbeeld ook in andere gemeenten binnen Haaglanden, meer in kwetsbare wijken in Den Haag en op andere locaties waar veel seksueel risicogedrag plaatsvindt. Aanpassingen binnen de bestaande outreachlocaties kunnen ook al bijdragen aan een betere bereikbaarheid en zichtbaarheid. Zoals meer outreachsessies op een voor de doelgroep 'populaire' locatie of het instellen van avondsessies voor werkenden uit de doelgroepen. Bij outreach op de werklocaties van doelgroepen (zoals de raamstraten voor SW en op de MSM-locaties) zijn er beperkingen in de werkomstandigheden van sociaal verpleegkundigen voor het verrichten van de consulten.

In het huidige testbeleid ervaren medewerkers dat niet alle testen in elke situatie nodig zijn. Het verdient aanbeveling om te onderzoeken in welke mate maatwerk binnen een doelgroep als mogelijkheid kan worden opgenomen in het huidige testbeleid.

DANKWOORD

Met dank aan de CSG-medewerkers die geïnterviewd zijn en de CSG-medewerkers die het evaluatieonderzoek hebben begeleid.

Outreach vergt in een aantal gevallen meer tijd en vraagt meer inzet voor planning en onderhoud van contacten met netwerkpartners. De medewerkers zien graag meer aandacht en tijd voor preventieve activiteiten en samenwerking met bijvoorbeeld scholen, buurtcentra, etc.

Tot slot zou, om kosten te besparen voor bepaalde werkzaamheden, een daartoe geschoolde medisch teamassistent ingezet kunnen worden ter vervanging van 1 van de 2 sociaal verpleegkundigen die aanwezig zijn bij outreach.

Hoeveel cliënten bereikt outreach?

Hoeveel consulten vinden er op de verschillende locaties plaats? (Hoe) verschilt de groep die outreachlocaties bezoekt van de groep die naar de hoofdlocatie van het CSG komt? In het tweede artikel worden gegevens over de outreachconsulten onder de loep genomen.

Wilt u reageren? Mail de auteur of de redactie: epibul@ggahaaglanden.nl

OVER DE AUTEURS:

M.P.H. Berns, Drs, epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie en Beleidsadvies, GGD Haaglanden;

J.M. Brand, Drs, medisch coördinator, arts infectieziektebestrijding M+G, Centrum voor Seksuele Gezondheid, GGD Haaglanden.

E-mail:

centrumseksuelegezondheid@ggahaaglanden.nl



Wat levert outreach op?



Het Centrum Seksuele Gezondheid van GGD Haaglanden (CSG Haaglanden) voert naast de consulten op de hoofdvestiging in Den Haag, ook consulten uit op meerdere andere locaties in regio Haaglanden. Deze zogenoemde outreach richt zich op doelgroepen die in het algemeen meer risico lopen op het gebied van seksuele gezondheid. Maar zijn die outreach-activiteiten effectief en efficiënt? Worden die groepen bereikt die het CSG wil bereiken en gebeurt dat qua tijd, middelen en kosten op een efficiënte wijze? De uitkomsten van het evaluatieonderzoek hiernaar worden beschreven in 2 artikelen. Dit 2e artikel geeft een cijfermatig inzicht in de doelgroepen die op de verschillende locaties komen. Het andere artikel ‘waarom outreach en hoe tevreden zijn medewerkers’ staat ook in deze editie.

Mary Berns, Jean-Marie Brand

Wat laten de registratiegegevens zien?

CSG Haaglanden voert naast consulten op de hoofdvestiging aan het Westeinde in Den Haag, ook consulten uit op zogenoemde outreachlocaties in Den Haag, Delft en Zoetermeer. De outreach-activiteiten (hierna outreach genoemd) zijn gericht op doelgroepen die in het algemeen meer risico lopen op het gebied van seksuele gezondheid. De effectiviteit en efficiëntie van deze outreach zijn geëvalueerd.

Het 1e artikel beschrijft dit evaluatieonderzoek en de outreachlocaties. Ook komen de resultaten van de interviews met CSG-medewerkers aan bod. Dit 2e artikel brengt aan de hand van analyse van consultgegevens, de verschillende doelgroepen op de outreach in kaart. Ook worden de verschillen beschreven tussen degenen die naar de outreach of naar het CSG gaan voor een consult.

Outreach in Haaglanden 2018-2024: locaties en doelgroepen

MSM-outreach

Outreach voor mannen die seks hebben met mannen (MSM) vindt plaats in enkele uitgaansgelegenheden in Den Haag en Delft (The Boss, MAZE, FiDES – sinds 2020 gesloten, DWH), die vooral op deze doelgroep zijn gericht.

Outreach voor sekswerkers

Sekswerkers (SW) worden bereikt op plekken waar zij werken, of op locaties waar zij zelf ondersteuning zoeken. Het gaat om raamlocaties (inclusief klanten), bordelen, massagesalons, privéhuizen en voorzieningen zoals Spot46 (informatie- en adviescentrum, onderdeel van SHOP Den Haag, kennis- en expertisecentrum sekswerk en mensenhandel) of SHG Gezondheidscentrum De Koning. De meeste locaties zijn in Den Haag.

Jongeren via Sense-sprekuren bij het Jongeren Informatie Punt (JIP)

Op 3 JIP-locaties – in Den Haag, Delft en Zoetermeer – worden Sense-sprekuren gehouden, gericht op jongeren van 12–24 jaar.

Aanvullende initiatieven

Verloskundigenpraktijk ELLA in Den Haag voert Sense-consulten uit voor jonge vrouwen. Het Testlab is een online-testmogelijkheid voor MSM en transgenders. Verder zijn er kleinschalige activiteiten voor migranten (bijvoorbeeld via Dokters van de Wereld en op Rainbow Festival).

In het 1e artikel staan de verschillende locaties uitgebreider beschreven.





Hoe is het onderzoek naar effectiviteit uitgevoerd?

Het onderzoek bestreek de periode 2018-2024 en bestond uit 2 delen:

1. Analyse consultgegevens

Voor de analyse van consultgegevens is gebruikgemaakt van 2 registratiebestanden:

- Registratiegegevens van alle consulten van het CSG Haaglanden over de periode 2018-2023;
- Een aanvullende registratie van MSM-outreach-consulten in 2023-2024.

De analyses richtten zich op het in kaart brengen van kenmerken van consulten en van cliënten op zowel de hoofdlocatie van het CSG als op outreachlocaties*. De kenmerken van cliënten op de outreachlocaties

zijn vergeleken met een vergelijkbare doelgroep die het consult op het CSG had. Ook is in kaart gebracht of cliënten die op de outreachlocaties zijn gezien, naar het CSG werden toegeleid of op de (al dan niet zelfde) outreach bleven.

2. Interview CSG-medewerkers die op de outreach werken

Dit onderdeel van het onderzoek is beschreven in het 1e artikel.

* Vanwege het andere karakter van het Testlab en consulten bij ELLA, worden de betreffende resultaten alleen in het algemeen besproken en niet gedetailleerd op doelgroep- en locatieniveau

Driekwart consulten op CSG en ongeveer kwart via Testlab en outreach

In de periode 2018 tot en met 2023 werden ruim 72.000 consulten uitgevoerd op het CSG, de outreachlocaties (inclusief ELLA) en het Testlab. In de coronajaren 2020 en 2021 daalde het aantal consulten, maar in de overige jaren steeg jaarlijks het aantal consulten (figuur 1). Dit patroon is zichtbaar bij zowel het CSG als bij de outreach.

Driekwart van deze consulten werd uitgevoerd op het CSG (74%) en ongeveer een kwart via het Testlab (14%) en outreach (12%). Binnen de outreach waren dit vooral SW- en JIP-consulten (figuur 2).

Omvang en samenstelling doelgroepen

In de periode 2018-2023 werden ruim 8.500 consulten uitgevoerd via outreachlocaties (inclusief ELLA).

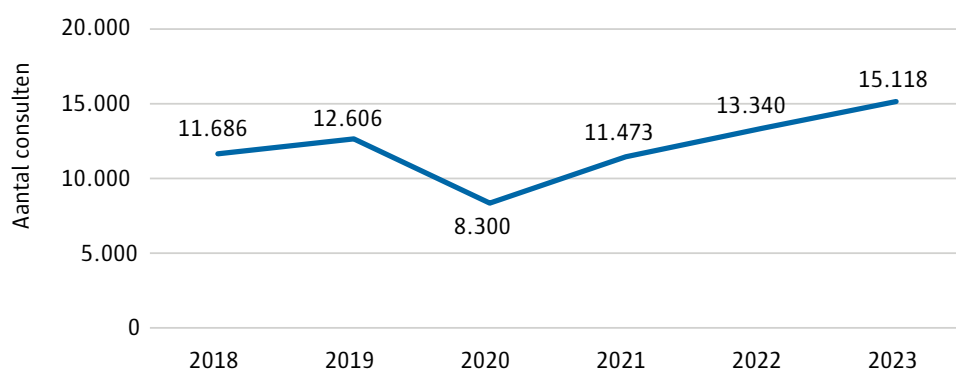
MSM

Voor MSM zijn 50 outreachsessies uitgevoerd. Tijdens deze sessies vonden 555 consulten plaats bij 310 unieke cliënten (tabel 1). Per outreachlocatie varieerde het aantal sessies (5 tot 29) en het aantal consulten per sessie (1 tot 31). Bij The Boss zijn de meeste outreachsessies geweest, maar was het aantal consulten per sessie bij de helft daarvan minder dan 10. Bij MAZE werden meer cliënten per sessie bereikt: tijdens bijna twee derde van de sessies vonden 10 of meer consulten plaats.

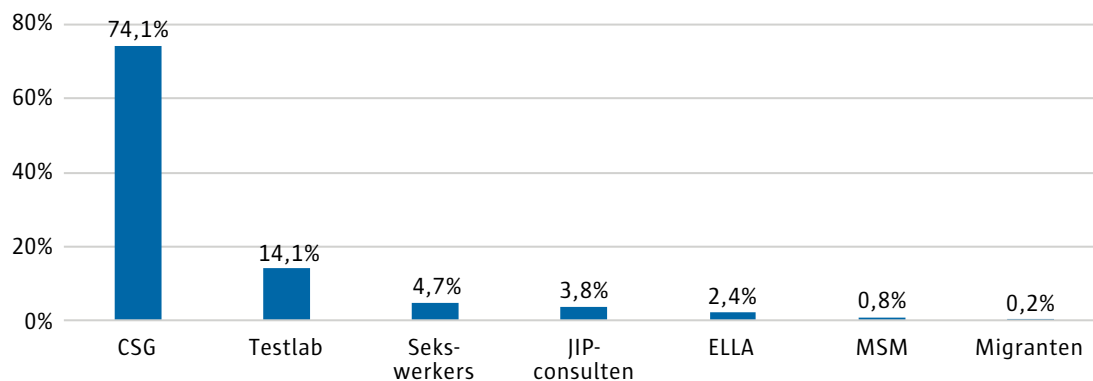
SW

Er zijn in totaal 3.171 consulten voor SW uitgevoerd bij 1.699 unieke cliënten (tabel 1). Het aantal dagen waarop door CSG-medewerkers bezoeken zijn gebracht aan de verschillende locaties (ramen, bordelen/massagesalons/privéhuizen, Spot46, SHG De Koning) varieerde in de hele periode 2018-2023 tussen de 22 en 497 dagen.

Figuur 1 Totaal aantal consulten bij het CSG, JIP, ELLA en outreachlocaties voor MSM en sekswerkers, naar jaar, 2018-2023. Bron: CSG Haaglanden.



Figuur 2 Percentage van totaal aantal consulten, naar locatie, 2018-2023. Bron: CSG Haaglanden.



Bij Spot46, SHG De Koning en bij bordelen, massagesalons en privéhuizen was het maximaal aantal geregistreerde cliëntcontacten 12 tot 14 per dag, met vaak niet meer dan 5 cliënten per dag. Bij straatacties (ramen) waren er meer cliëntcontacten: bij twee derde van het aantal bezoeken was er met 5 cliënten of meer contact en het maximaal aantal cliëntcontacten op een dag bedroeg 36.

Jongeren

Op JIP-locaties zijn 2.759 consulten uitgevoerd bij 2.310 unieke cliënten (tabel 1). In totaal zijn er in de hele periode 688 spreekuren geweest. Per spreekuur varieerde het aantal consulten tussen de 1 en 7. Op alle 3 locaties zijn tijdens de meeste spreekuren 4 of 5 consulten uitgevoerd.

Verschillen tussen cliënten die outreach en hoofdlocatie bezoeken

Cliënten die via outreach worden bereikt, verschillen in demografische kenmerken duidelijk van cliënten uit dezelfde doelgroep die voor een consult naar het CSG komen. Met name MSM en SW die de outreach bezoeken zijn gemiddeld ouder, wonen vaker buiten Haaglanden en zijn vaker van Nederlandse herkomst. Jongeren die via JIP-locaties een Sense-consult krijgen verschillen veel minder van jongeren die bij het CSG komen.

Ook tussen outreachlocaties gericht op dezelfde doelgroep bestaan demografische verschillen tussen cliënten. Dit betreft vooral leeftijd, woonplaats en herkomst (tabel 2).

MSM

MSM die op consult komen bij outreach zijn gemiddeld veel ouder dan zij die het CSG bezoeken. Relatief minder outreachcliënten wonen in Haaglanden en relatief meer zijn in Nederland geboren of hebben een Nederlandse herkomst (tabel 2). Tussen de 2 grootste MSM-locaties zijn verschillen te zien. Bij The Boss ligt, vergeleken met MAZE, de gemiddelde leeftijd hoger. Bij MAZE zijn cliënten iets lager opgeleid en meer van niet-Nederlandse herkomst.

SW

Bij cliënten die gezien worden bij SHG De Koning en bordelen, massagesalons en privéhuizen, ligt de gemiddelde leeftijd hoger dan bij cliënten op de andere locaties en die op het CSG komen. Sekswerkers die op het CSG, SHG De Koning en bij de ramen consult hadden, zijn veel vaker woonachtig in Haaglanden dan SW die zijn gezien in bordelen, massagesalons en privéhuizen en bij Spot46. Het merendeel van de SW-consulten op de outreachlocaties betreft cliënten die niet in Nederland zijn geboren. Bij driekwart of meer van de consulten betreft het cliënten van niet-Nederlandse herkomst.

Tabel 1 Aantal (en percentage) consulten en unieke cliënten, naar locatie (outreach en CSG), 2018-2023. Bron: CSG Haaglanden

Doelgroep	Outreachlocatie	Aantal consulten op locatie	Aantal unieke cliënten op locatie	Aantal CSG-consulten (hoofdlocatie)
MSM	The Boss	286 (52%)	133	
	MAZE	226 (41%)	148	
	FiDES, DWH Delft	43 (8%)	39	
	Totaal	555	310*	19.086
SW	Ramen	867 (27%)	620	
	Bordelen, massagesalons, privéhuizen	359 (11%)	258	
	Spot46	1.852 (58%)	845	
	SHG De Koning	93 (3%)	93	
	Totaal	3.171	1.699*	1.443
JIP-consulten	JIP Delft	650 (24%)	599	
	JIP Den Haag	1.065 (39%)	950	
	JIP Zoetermeer	1.044 (38%)	907	
	Totaal	2.759	2.310*	30.353**

* Het aantal unieke cliënten van de locaties per doelgroep is opgeteld hoger dan het aantal unieke cliënten van die doelgroep omdat resp. 10 (MSM), 97 (SW) en 143 (JIP) cliënten meerdere outreachlocaties hebben bezocht

** Consulten bij cliënten onder de 25 jaar

Ter vergelijking: bij de CSG-cliëntcontacten met SW liggen deze percentages veel lager.

Jongeren

De gemiddelde leeftijd en het opleidingsniveau bij cliënten op JIP-locaties verschillen niet met die van de cliënten onder de 25 jaar die bij het CSG op consult komen. Twee derde tot driekwart van de jongeren uit Delft, Den Haag en Zoetermeer gaan naar de JIP-locatie in de eigen woonplaats. Op het CSG zijn cliënten onder de 25 jaar vaker woonachtig in de overige gemeenten in Haaglanden of buiten de regio. Cliënten die bij JIP worden gezien zijn meestal in Nederland geboren. Bij de CSG-consulten zijn dat er iets minder (tabel 2).

Tussen de JIP-locaties zijn er wat verschillen: bij JIP Zoetermeer zijn de cliënten gemiddeld minder hoog opgeleid en meer van de 2e generatie niet-Nederlandse herkomst. JIP Den Haag wordt ook meer

bezoekt door jongeren van niet-Nederlandse herkomst. Bij JIP Delft zijn de cliënten juist vaker hoger opgeleid en meer van Nederlandse herkomst.

Soa-testen en vindpercentages

Bij MSM, SW en jongeren wordt in de consulten vrijwel altijd getest op chlamydia en gonorrhoe. Bij MSM en SW geldt dit ook voor syfilis en het merendeel wordt ook op hiv getest. Bij JIP wordt in 20% van de consulten getest op syfilis en hiv. In de 3 doelgroepen wordt veel minder of nauwelijks getest op hepatitis B en C.

Het vindpercentage van een soa is het percentage consulten waarbij die soa wordt gevonden. Over het algemeen zijn er bij outreachconsulten lagere soa-vindpercentages dan bij dezelfde doelgroepen die op het CSG gezien worden. Dit geldt met name voor MSM en SW. Bij JIP-consulten zijn de verschillen in vindpercentages tussen hoofd- en outreachlocaties kleiner (tabel 3).

Tabel 2 Demografische kenmerken per doelgroep, naar locatie (outreach en CSG), 2018-2023. Bron: CSG Haaglanden

Achtergrond-kenmerk	Locatie								
	MSM: outreach	MSM: CSG	SW: bordelen, massage-salons, privé-huizen	SW: ramen	SW: Spot46	SW: SHG De Koning	SW: CSG	Jongeren: JIP	Jongeren onder 25 jaar: CSG
Leeftijd									
Gemiddelde leeftijd (jaren)	53	37	42	36	33	45	35	21	21
Aandeel jonger dan 25 jaar (%)	4	18	5	20	18	3	19	–	–
Woonplaats/regio (%)									
Den Haag	36	66	15	13	26	73	51	33	46
Buiten Haaglanden	51	8	80	27	57	12	26	9	12
Opleiding (%) *									
Hoog	77	72	25	34	48	–	38	58	58
Midden	13	18	34	41	30	–	36	35	34
Laag	10	10	42	25	22	100	26	6	7
Anders	15	6	40	35	42	44	23	1	2
Niet bekend	42	1	42	46	2	19	2	2	1
Geboorteland (%)									
Nederland	72	61	26	23	49	1	56	89	80
Herkomst (%) **									
Nederlands	66	47	20	17	27	1	37	58	58

* % hoog, laag, midden is berekend over het aantal consulten waarbij opleiding bekend was en niet onder de categorie 'anders' viel

** Nederlandse herkomst: cliënt en beide ouders zijn in Nederland geboren. Niet-Nederlandse herkomst: cliënt of tenminste een ouder is/zijn niet in Nederland geboren.

MSM

MSM die op outreachconsulten komen, hebben relatief veel minder positieve testuitslagen vergeleken met MSM die op de hoofdlocatie getest worden. Voor gonorrhoe is dit opvallend veel minder. Hiv lijkt iets vaker bij outreachcliënten voor te komen, maar de aantallen zijn klein. Ook hepatitis B en C worden erg weinig gevonden.

SW

Ook bij SW worden de hoogste vindpercentages gevonden na testen bij het CSG. Binnen de SW-outreach wordt chlamydia relatief veel gevonden bij

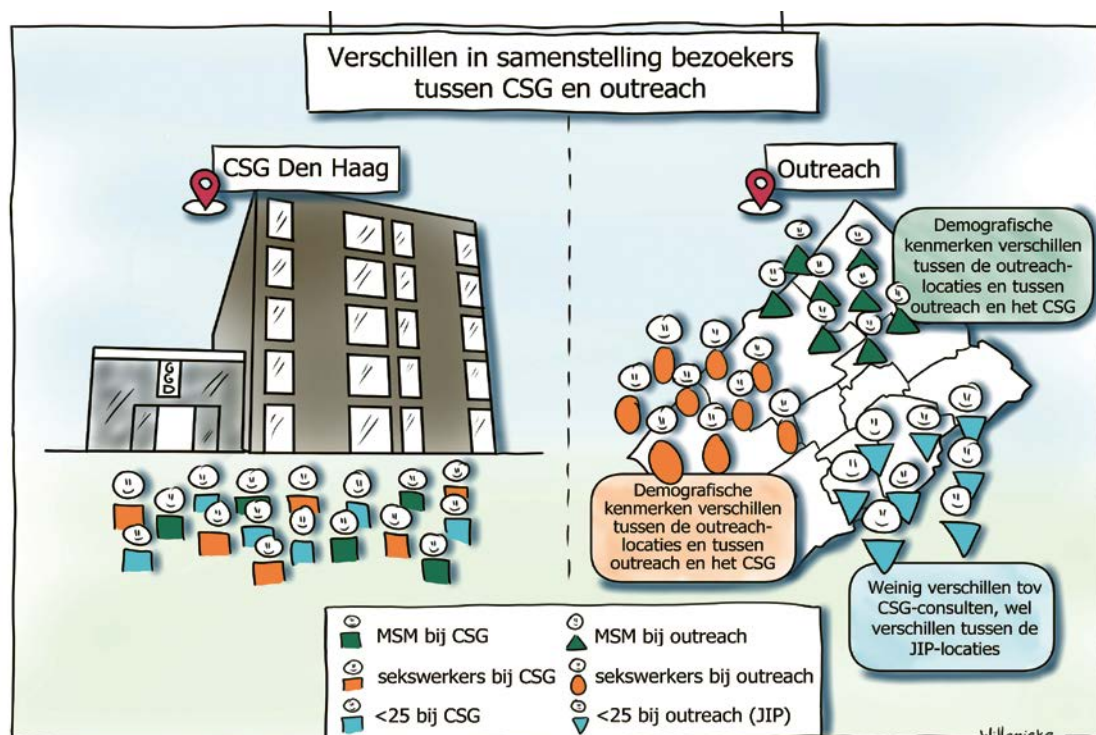
Spot46 en in bordelen, massagesalons en privéhuizen. Gonorrhoe wordt relatief veel gevonden bij SHG De Koning en Spot46. Syfilis, hiv en hepatitis C worden nauwelijks tot niet gevonden op de outreachlocaties voor SW. Het vindpercentage van hepatitis B is 2% in bordelen, massagesalons en privéhuizen. Op andere locaties wordt dat niet of nauwelijks gevonden.

Jongeren

Bij JIP-consulten ligt het vindpercentage iets lager voor chlamydia en veel lager voor gonorrhoe in vergelijking met CSG-consulten bij jongeren onder 25 jaar.

Tabel 3 Vindpercentages chlamydia, gonorrhoe, syfilis en hiv bij consulten, naar locatie (outreach en CSG), in %, 2018-2023. Bron: CSG Haaglanden

Locatie	Vindpercentage (%)			
	Chlamydia	Gonorrhoe	Syfilis	Hiv
MSM-outreach	10,3	7,4	2,4	0,9
MSM: CSG	12,5	13,4	3,2	0,3
SW: bordelen, massagesalons, privéhuizen	6,4	1,4	-	-
SW: ramen	3,9	2,9	-	-
SW: Spot46	7,6	4,7	0,7	0,4
SW: SHG De Koning	3,2	5,4	-	-
SW: CSG	10,2	8,8	1,3	0,1
Jongeren: JIP	16,7	2,3	-	-
CSG: jongeren onder 25 jaar	17,6	3,9	0,7	0,1



Verschillen in bezoekers tussen CSG en outreach (illustratie: Willemieke Ligtenberg)

Tijdens zowel JIP- als CSG-consulten bij jongeren onder de 25 jaar zijn nauwelijks tot geen positieve testresultaten voor syfilis, hiv en hepatitis B. Op hepatitis C wordt tijdens JIP-consulten niet getest.

Middelengebruik bij seks

Over het geheel genomen worden alcohol- en drugsgebruik bij seks, en chemseks (het gebruik van synthetische drugs tijdens of voorafgaand aan seks), meer gerapporteerd door de 3 doelgroepen die het CSG bezoeken dan door cliënten die via outreach worden bereikt. Alcohol- of druggebruik bij seks worden het meest gerapporteerd door jongeren (zowel bij JIP als bij CSG).

MSM

Bij de MSM-outreachconsulten geeft men aan, vergeleken met de MSM-CSG-consulten, minder alcohol of drugs te hebben gebruikt bij de seks en veel minder aan chemseks te hebben gedaan.

SW

Bij ramen, bij bordelen, massagesalons en privéhuizen en bij SHG De Koning wordt weinig tot geen alcohol of drugs gebruikt en is vrijwel nooit sprake van chemseks. Bij Spot46 wordt dat wel gerapporteerd, maar in mindere mate dan door SW op het CSG.

Jongeren

Bij een derde van de JIP-consulten geeft men aan alcohol of drugs te hebben gebruikt bij de seks. Bij jongeren onder de 25 jaar die op consult bij het CSG komen is dit vaker het geval. Bij JIP Delft ligt dit

percentage hoger dan bij JIP Den Haag en JIP Zoetermeer (42% versus 29% en 29%). Chemseks wordt tijdens JIP-consulten minder vaak gerapporteerd dan door jongeren onder de 25 jaar die het CSG bezoeken.

Gebruik van zorg en toeleiding naar CSG

Een aanzienlijk deel van de cliënten die via outreachlocaties worden bereikt, blijft gebruikmaken van de outreach en stroomt niet door naar het CSG. Dit geldt met name voor MSM en SW. Een minderheid stroomt vanuit outreach wel door naar het CSG.

Tegelijkertijd wordt ook de omgekeerde beweging gezien: cliënten die starten op het CSG en daarna (periodiek) gebruikmaken van outreachlocaties. Bij jongeren die bij JIP op consult komen is er vaker sprake van uitwisseling tussen JIP-locatie en CSG (tabel 5).

MSM

Van de unieke cliënten die zijn gezien op de MSM-outreach, heeft 62% in de periode 2018-2023 2 of meer consulten gehad. Dat kan ook een consult zijn geweest op een niet-MSM-outreachlocatie. Ruim een kwart van de MSM-outreachcliënten blijft dezelfde MSM-outreachlocatie bezoeken. 1 op de 10 gaat van de outreach naar het CSG. Daartegenover staat dat een grotere groep cliënten vanuit het CSG gebruik gaat maken van MSM-outreach: 34% van de cliënten bezoekt eerst het CSG en later een MSM-outreachlocatie. Bij een kwart van de MSM verloopt de route tussen CSG en outreach en vice versa via het Testlab.

Tabel 4 Middelengebruik bij seks gemeld tijdens consulten, naar locatie (outreach en CSG), in %, 2018-2023.

Bron: CSG Haaglanden

Locatie	Middelengebruik (%)			
	Alcohol- of druggebruik bij seks, géén chemseks	Chemseks	Géén gebruik van middelen	Gebruik niet bekend
MSM-outreach	11	4	85	-
MSM: CSG	23	22	55	-
Bordelen, massagesalons, privéhuizen	1	-	94	5
Ramen	3	0,3	96	1
Spot46	13	13	72	2
SHG De Koning	-	-	75	25
SW: CSG	21	23	55	1
Jongeren: JIP	32	5	60	3
CSG: jongeren onder 25 jaar	44	8	45	3



Tabel 5 Wisseling van locatie ja/nee, naar unieke cliënten die minimaal 2 consulten hebben gehad, naar locatie (outreach en CSG), in %, 2018-2023. Bron: CSG Haaglanden

Locatiewissel* (%)	Doelgroep outreach		
	MSM-outreach	SW-outreach	Jongeren: JIP
Nee	28	38	14
Ja, alleen tussen outreachlocaties voor dezelfde doelgroep	2	12	10
Ja, van outreach naar CSG	10	21	41
Ja, van CSG naar outreach	34	26	34
Overige wissels**	25	3	2

* Dit betreft de unieke cliënten met 2 of meer consulten en die op minimaal 1 outreachlocatie een consult hebben gehad. Het betreft de 1e wisseling en evt. 2e wisseling. De 3e en eventueel meer wisselingen zijn niet meegenomen om het overzicht te houden.

** De categorie 'Overige wissels' betreft 1e of 2e wisselingen van/naar outreach voor andere doelgroepen of Testlab.

SW

Bijna de helft (47%) van de unieke cliënten die zijn gezien op de SW-outreach, heeft minimaal 2 consulten gehad in de periode 2018-2023. Dat kan ook een consult op een niet-SW-outreachlocatie zijn geweest. De helft van de cliënten blijft voor consulten op dezelfde SW-locatie of wisselt tussen de SW-locaties. 1 op de 5 gaat van een SW-locatie naar het CSG en een kwart van het CSG naar een SW-locatie. Bij Spot46 zijn, vergeleken met de andere SW-locaties, relatief veel cliënten (20%) die 5 of meer consulten op dezelfde locatie (Spot46) hebben gehad.

Jongeren

Een derde van de cliënten die een JIP-locatie hebben bezocht (38%), heeft minimaal 2 consulten gehad. Van hen blijft een kwart op dezelfde JIP-locatie of wisselt tussen de 3 JIP-locaties. 4 op de 10 wisselen van een JIP-locatie naar het CSG en een derde precies andersom.

Aanvullende registratie MSM-outreachconsulten 2023-2024

Uit de registratie blijkt dat het aantal consulten in The Boss en MAZE in 2023 en 2024 met 33% flink steeg. Ook nam het aantal consulten per outreachsessie toe (van 14 naar 17 in The Boss en van 21 naar 32 in MAZE). Het aandeel cliënten dat niet in Haaglanden woont steeg naar ongeveer 50%.

In 2024 was de helft van de cliënten bekend met het CSG. De meeste cliënten die bekend zijn met het CSG, zijn daar ook geweest voor een consult.

Een deel van de consulten op de MSM-outreach blijkt in de reguliere registratie niet als MSM-outreach te worden aangemerkt.

Conclusies

Verschillen tussen cliënten die naar outreach of naar CSG komen

Groepen die op outreachlocaties komen, verschillen van vergelijkbare groepen die op het CSG komen. Die verschillen betreffen demografische kenmerken als leeftijd, opleiding, woonplaats en herkomst. Ook verschillen de vindpercentages voor chlamydia, gonorrhoe en syfilis, middelengebruik bij seks en chemseks tussen outreach- en CSG-clieënten. Ook tussen outreachlocaties voor dezelfde doelgroep verschillen de cliënten, met name qua leeftijd, woonplaats en herkomst. Een flink deel van de cliënten op MSM- en SW-outreachlocaties woont niet in Haaglanden. Binnen alle 3 doelgroepen (MSM, SW, jongeren) blijft een behoorlijk deel van de cliënten met 2 of meer consulten op de outreach en is er geen toeleiding naar het CSG.

Beperkingen evaluatie

De evaluatie betrof consulten en outreach-activiteiten die in een periode van 7 jaar (2018 tot en met 2024) zijn uitgevoerd. Een langere periode geeft een beter beeld van het globale verloop van consulten en op cliëntniveau.

Echter: door de veelheid aan consulten in combinatie met soms meerdere locaties bij een deel van de cliënten, zijn bijvoorbeeld locatiewissels moeilijker in kaart te brengen.

Verder kunnen er tijdens een langere periode veranderingen in tijd zijn die een juiste interpretatie van de resultaten bemoeilijken. In deze periode waren er vanwege de COVID-19-pandemie minder consulten



mogelijk en waren er ook wijzigingen in bijvoorbeeld testbeleid of werkwijze. Blijven bijvoorbeeld MSM-cliënten op outreachlocaties omdat dat hun voorkeur heeft of omdat de toegang naar het CSG moeilijker is geworden? Gaan jongeren naar een JIP-locatie in een andere plaats omdat ze dat anoniemer vinden, of omdat ze in de eigen woonplaats veel beperkter terecht kunnen?

De registratie is niet altijd volledig en/of correct met betrekking tot outreach-activiteiten. Verder wordt opleiding niet altijd geregistreerd of als 'anders' gecategoriseerd. Een lagere opleiding kan een indicator zijn van (seksuele) kwetsbaarheid. Als de registratie hiervan niet nauwkeurig is, heeft deze indicator minder zeggingskracht.

Deze evaluatie geeft geen inzicht in beweegredenen van de cliënten zelf om een consult op een outreachlocatie te willen en/ of niet voor een consult op het CSG te kiezen.

Aanbevelingen

In de registratie zou eenduidiger aangegeven kunnen worden dat een consult op een outreachlocatie is en op welke locatie. Een instructie, scholing en/of betere richtlijnen op het gebied van de registratie van opleidingsniveau is aan te bevelen, aangezien

opleiding een indicator kan zijn voor een kwetsbare (seksuele) gezondheid.

De extra registratie op de MSM-outreachlocaties laat een meerwaarde zien. Dit zou vaker ingezet kunnen worden als men snel en relatief eenvoudig aanvullende informatie over een bepaalde groep op een locatie wil hebben.

Dit evaluatieonderzoek naar de outreach-activiteiten van CSG Haaglanden laat zien dat er de nodige verschillen zijn tussen cliënten uit een bepaalde doelgroep die hun consult op outreachlocaties hebben, vergeleken met hen die het consult op het CSG hebben. De gewenste toeleiding vanuit outreach naar het CSG vindt niet altijd plaats. De redenen waarom cliënten voor een specifieke locatie kiezen, zijn niet bekend. Kwalitatief onderzoek (interviews of groeps gesprekken) onder de outreachcliënten zelf kan hier meer en beter inzicht in geven. Het biedt ook mogelijkheden om te onderzoeken wat cliënten op het gebied van consulten, locaties, testen en voorlichting graag zouden willen zien.

Wilt u reageren? Mail de auteur of de redactie: epibul@ggdhaaglanden.nl

DANKWOORD

Met dank aan Roelien Beuker, epidemiologisch onderzoeker bij GGD Haaglanden, voor het opzetten van de aanvullende MSM-registratie en aan de CSG-medewerkers die het evaluatieonderzoek hebben begeleid.

OVER DE AUTEURS:

M.P.H. Berns, Drs, epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie en Beleidsadvies, GGD Haaglanden.

J.M. Brand, Drs, medisch coördinator, arts infectieziektebestrijding M+G, Centrum voor Seksuele Gezondheid, GGD Haaglanden.

E-mailadres:

centrumseksuelegezondheid@ggdhaaglanden.nl



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.

Online gokken voor geld door jongvolwassenen

De Wet op Kansspelen geeft aan dat onder andere jongvolwassenen extra beschermd moeten worden tegen (online) gokaanbod, omdat zij kwetsbaar zijn voor de risico's van gokken. Jongeren tot 18 jaar mogen niet deelnemen aan kansspelen. 18-20-jarigen proberen vaak hun verliezen terug te winnen en zijn snel geneigd om meer geld in te zetten dan ze zich kunnen veroorloven. Ook blijkt dat het percentage gokkers met hoog-riskant gokgedrag het hoogst is onder 18- tot en met 24-jarigen. Het verliezen van geld en maken van schulden op jonge leeftijd kan langdurig nadelige gevolgen hebben, zoals een grotere kans op financiële onzekerheid en middelengebruik op latere leeftijd. Jongvolwassenen doen relatief vaak aan online sportweddenschappen. [1]

In de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024 zijn aan 16-25-jarigen vragen gesteld over het spelen van online gokspellen (bijvoorbeeld fruitautomaat/slots, sportweddenschappen zoals Toto, of casinogames zoals roulette, kaartspellen of rad van fortuin). Er is gevraagd of en hoe vaak ze in de laatste 12 maanden online hebben gegokt voor geld en of ze geldproblemen hebben gekregen door het online gokken.

Bijna 1 op de 5 (19%) jongvolwassenen in Haaglanden heeft in de afgelopen 12 maanden online gegokt voor geld. Dit varieert van 16% in Den Haag tot 25% in Pijnacker-Nootdorp en Wassenaar. Van alle jongvolwassenen geeft 2% aan minimaal 1 keer per week online te gokken voor geld. 0,3% geeft aan dit dagelijks te doen. Daarnaast kwam 2,4% in geldproblemen door het online gokken voor geld. Landelijk heeft eveneens 19% van de jongvolwassenen in de afgelopen 12 maanden online gegokt voor geld. 2,5% heeft geldproblemen gehad door het online gokken voor geld.

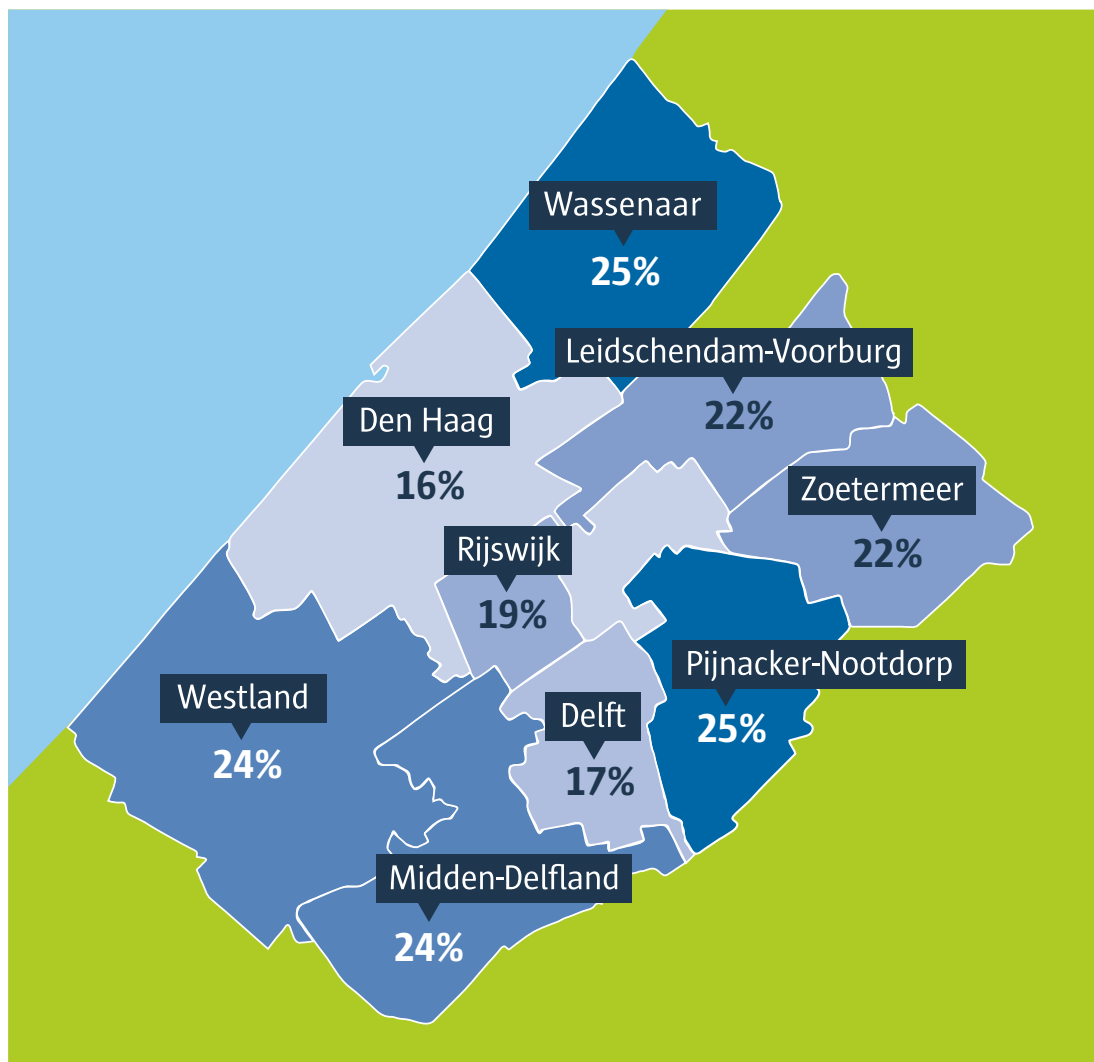
Veel meer mannen (32%) dan vrouwen (6%) gokken online voor geld. Er zijn weinig verschillen in online gokken voor geld tussen opleidingsniveaus. Van de jongvolwassenen met een hbo- of wo-opleidings-

niveau heeft 17% online gegokt voor geld. Bij jongvolwassenen met een havo-, vwo- of mbo-2-4-opleidingsniveau is dit 22% en bij jongvolwassenen met voortgezet speciaal onderwijs, praktijkonderwijs, vmbo- of mbo-1-opleidingsniveau of zonder opleiding 20%. Het percentage jongvolwassenen dat online gokt voor geld varieert met de leeftijd. Van de 16-17-jarigen heeft 12% online gegokt voor geld (ondanks dat het verboden is), van de 18-20-jarigen 26% en van de 21-25-jarigen 18%.

Uit een aanvullend, verdiepend onderzoek op data uit de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024 in de 4 grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht), blijkt dat bij jongvolwassenen in Den Haag online gokken voor geld samengaat met een hoger middelengebruik (alcohol-, nicotine- en cannabisgebruik). Mentale problemen komen niet vaker voor bij jongvolwassenen die online gokken voor geld. [2]

Bijna 1 op de 5 jongvolwassenen in Haaglanden heeft in het laatste jaar online gegokt voor geld





Figuur 1 Percentage jongvolwassenen in Haaglanden (16-25 jaar) dat in de afgelopen 12 maanden online gegokt heeft voor geld.

De Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024 is in de periode april tot en met juli 2024 uitgevoerd door alle GGD'en in Nederland, om inzicht te krijgen in de gezondheid, het welzijn en de leefstijl van jongvolwassenen (16-25 jaar). Jongvolwassenen zijn via een online socialmediacampagne gevraagd om een digitale vragenlijst in te vullen. In Haaglanden hebben ruim 5.000 jongvolwassenen meegedaan. Meer resultaten van deze Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen zijn te vinden op gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl.

REFERENTIES

1. Trimbos-instituut. **Feiten en cijfers over gokken onder jongvolwassenen** [Online]. (Bezocht op 10 mrt 2026); beschikbaar via URL: <https://www.trimbos.nl/kennis/digitale-media-gokken/expertisecentrum-gokken/cijfers-gokken/jongvolwassenen/>
2. GGD Haaglanden, afdeling Epidemiologie & Beleidsadvies. **Factsheet Online Gokken onder jongeren en jongvolwassenen in Den Haag 2023-2024** [Online]. (Bezocht op 23 mrt 2026); beschikbaar via URL: <https://gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl/handlers/ballroom.ashx?function=download&id=247>

Gevraagd: kopij

Wilt u een artikel schrijven ter publicatie in het Epidemiologisch Bulletin? Of heeft u kopij voor de rubriek Korte Berichten (bijvoorbeeld cursussen of trainingen, publicaties of vernieuwingen binnen uw organisatie die interessant zijn voor de lezers van ons Bulletin)?

Mail de redactie: epibul@ggdhaaglanden.nl

Eerstvolgende edities:

Editie	Verschijnt	Deadline aanleveren artikelen	Deadline aanleveren korte berichten
September 2026	10 september 2026	22 mei 2026	9 juli 2026
December 2026	10 december 2026	11 september 2026	3 november 2026

Nationaal Congres Palliatieve Zorg 2026 (1-2 oktober 2026)

In de even jaren organiseert Palliactief het *Nationaal Congres Palliatieve Zorg*. In 2026 vindt dit congres voor de elfde keer plaats. Dit congres is hét moment waarop zorgprofessionals uit verschillende disciplines, bestuurders, beleidsmedewerkers, patiëntenorganisaties, onderzoekers en netwerkcoördinatoren elkaar op landelijk niveau ontmoeten om van gedachten te wisselen, inspiratie op te doen en resultaten uit praktijk en onderzoek te delen. Het congressthema is 'De kunst van palliatieve zorg'.

Wanneer: 1-2 oktober 2026, 09:00 - 17:00 uur

Waar: Congrescentrum Papendal, Arnhem

Meer informatie en aanmelden: <https://www.palliactief.nl/congressen-symposia/congres/details/nationaal-congres-palliatieve-zorg-2026>



Online kennismagazine: Samen aan de slag met leefstijl

De *Coalitie Leefstijl in de Zorg* wil dat leefstijl, net als medicatie, medische ingrepen en technologie, integraal onderdeel wordt van curatieve zorg. Ze ontwikkelden het online magazine 'Samen aan de slag met leefstijl'. Met dit magazine blikt de coalitie terug op 3 jaar samenwerking, versnelling en groei van leefstijl in en vanuit de zorg. Tegelijkertijd kijkt men vooruit: hoe zorgen we dat de beweging van zorg naar gezondheid blijft groeien?

Lees het kennismagazine: <https://leefstijl-coalitie.nl/nieuws/drie-jaar-coalitie-leefstijl-in-de-zorg-online-magazine-vol-inspiratie/>



Podcastserie GGD Talks

GGD Haaglanden heeft een eigen podcastserie: *GGD Talks*. Die gaat over onze gezondheid, ons welzijn en onze leefomgeving. Kortom: over de zaken waar we dagelijks mee te maken hebben. Luister bijvoorbeeld naar de aflevering over onbegrepen gedrag, ambulancezorg of vitaal ouder worden.

Meer over GGD Talks: <https://www.ggdhaaglanden.nl/over-ggd-haaglanden/ggd-in-beeld/podcasts/>

Jaarverslag GGD Haaglanden 2025

GGD Haaglanden heeft tot 2030 de volgende 5 ambities gesteld: 1) Voorvechter gelijke kansen op een goede gezondheid, 2) Adviseur voor een gezonde leefomgeving, 3) Regionale partner acute problemen publieke gezondheid, 4) Veilig vangnet waar dat (nog) ontbreekt en 5) Deskundige, proactieve organisatie. Samenwerking met gemeenten en andere partners is hierbij erg belangrijk. Ook worden inwoners steeds meer betrokken.

In het jaarverslag 2025 leest u wat GGD Haaglanden in 2025 heeft opgezet en bereikt en vindt u kennis en inzichten op het gebied van preventie en een gezonde leefstijl.

Lees het jaarverslag: <https://jaarverslag.ggdhaaglanden.nl/jaarverslag2025/cover>



GGD Haaglanden publiceert rapport over forensische lijkschouw

Het rapport Forensische lijkschouw in de regio Haaglanden 2022 - 2024 bevat cijfers en patronen rond overlijdens, waarbij een forensisch arts werd ingeschakeld.

In de periode 2022 - 2024 verrichtten de forensisch artsen van GGD Haaglanden 4.399 lijkschouwen, wat neerkomt op een betrokkenheid bij 15% van alle sterfgevallen in de regio.



Bij het overgrote deel (82%) ging het hierbij om niet-natuurlijke overlijdens, dat wil zeggen om overlijdens, die niet het directe of indirecte gevolg waren van ziekte. Het rapport onderscheidt daarbij 4 categorieën: euthanasie, valincidenten bij ouderen, suïcide en ongevallen en misdrijven.

De cijfers geven inzicht in de aard en omvang van het forensisch werk, maar laten ook zien welke patronen en ontwikkelingen zich in de afgelopen jaren hebben voorgedaan. Die trends geven aan, waar we in de nabije toekomst rekening mee moeten houden of zelfs voor moeten waarschuwen. Om deze ontwikkelingen beter zichtbaar te maken, zijn voor deze 4 hoofdgroepen ook gegevens uit de periode 2019 - 2021 meegenomen.

Lees het rapport: <https://gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl/handlers/ballroom.ashx?function=download&id=240>

Hoe gezond is de leefstijl van Nederlandse volwassenen?

In 2025 waren er meer mannen dan vrouwen die rookten, overmatig alcohol dronken of overgewicht hadden. Vrouwen hadden juist vaker obesitas (ernstig overgewicht) en bewogen minder. De cijfers over deze leefstijlfactoren vindt

u in de nieuwe infographic van *VZinfo.nl* over de leefstijl van Nederlandse volwassenen.

Bekijk de infographic:

<https://www.vzinfo.nl/leefstijl/infographic>



Onderzoek naar wijkaanpak voor gezondere jeugd in Zoetermeer

In Zoetermeer wordt gewerkt aan een gezondere leefstijl voor kinderen via de Zoetermeerse Aanpak Gewoon Gezond (ZAGG). Deze wijkaanpak richt zich niet alleen op zorg, maar ook op de leefomgeving en samenwerking tussen onderwijs, zorg en het sociaal domein. Juist door die brede aanpak willen we beter begrijpen wat werkt, voor wie en onder welke omstandigheden.

Binnen het ZonMw-project *Leren van ZAGG: Een realistische evaluatie van een integrale wijkaanpak voor jeugdgezondheid (2026-2030)* worden onderzoek, beleid en praktijk samengebracht. Met een realistische evaluatie wordt niet alleen gekeken naar effecten, maar ook naar hoe en waarom de aanpak werkt in verschillende situaties.

Het onderzoek vindt plaats in 3 wijken waar ZAGG wordt uitgevoerd en wordt vergeleken met wijken zonder deze aanpak. Door verschillende onderzoeksmethoden te combineren ontstaat inzicht in samenwerking, uitvoering en ervaren impact.

De opbrengsten helpen gemeenten en professionals om integrale wijkaanpakken verder te versterken en beter aan te laten sluiten op wat nodig is in de praktijk, met als doel gelijke kansen op gezondheid voor jeugd.

Lees meer over het project:

<https://awpglumens.nl/projecten/leren-van-zagg/>



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.

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

Managers verkennen publieke gezondheidszorg: een stoomcursus

Het beleid van elk ministerie en elke bedrijfssector heeft effect op de volksgezondheid. Directeuren en managers in de publieke gezondheid hebben te maken met een complexe context die met akkoorden zoals IZA en GALA nog dichterbij komt. Zij dienen over een breed werkveld een inhoudelijke koers te realiseren die congruent is met de beginselen van de publieke gezondheid. Wilt u de inhoud en breedte van de (samenwerkings-) partijen in korte tijd leren doorgronden? Doe dan deze module.

Voor wie: bestuurders, directeuren en managers met een nieuwe functie in de publieke gezondheid

Datum: 8 avonden: 8, 15 en 29 september, 6 en 27 oktober, 3, 17 en 24 november 2026

Locatie: NSPOH, Utrecht

Kosten: € 2.440,-

Link: <https://www.nspoh.nl/uitvoering/managers-verkennen-publieke-gezondheidszorg-een-stoom-cursus-3/>

AI in de sociale geneeskunde: kans en/of uitdaging?

In deze tweedaagse module verkent u de mogelijkheden van artificial intelligence (AI) in de sociale geneeskunde. U ontdekt welke tools er zijn en hoe u met kunstmatige intelligentie kunt werken. Leer over de voor- en nadelen, de ethische dilemma's en hoe de regelgeving rondom AI in elkaar zit. Na afloop bent u AI-geletterd en in staat deze technologie bewust en mensgericht toe te passen.

Voor wie: professionals in de sociale geneeskunde

Datum: 21 september en 5 oktober 2026

Locatie: NSPOH, Utrecht

Kosten: € 1.050,-

Link: <https://www.nspoh.nl/uitvoering/ai-in-de-sociale-geneeskunde-kans-en-of-uitdaging-4/>

Culturele diversiteit in de gezondheidszorg

Cultureel sensitief werken in de gezondheidszorg is essentieel voor goede communicatie en zorgverlening. Het is belangrijk om te weten hoe culturele factoren een rol kunnen spelen in beleving van ziekte en gezondheid. In deze tweedaagse module leert u hoe effectief om te gaan met diverse culturele achtergronden en waar u in het werk rekening mee kunt en moet houden.

Voor wie: professionals die te maken hebben met culturele diversiteit in de gezondheidszorg, zoals sociaal geneeskundigen, huisartsen, arbeidsdeskundigen, bedrijfspsychologen, verpleegkundigen en bedrijfsmaatschappelijk werkers

Datum: 9 en 30 september 2026

Locatie: NSPOH, Utrecht

Kosten: € 1.050,-

Link: <https://www.nspoh.nl/uitvoering/culturele-diversiteit-in-de-gezondheidszorg-2/>



Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 1e kwartaal 2026

Ziekte	1e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren		
	1e kwartaal 2026	1e kwartaal 2025	1e kwartaal 2024
A-ZIEKTEN			
MERS-CoV			
Pokken			
Poliomyelitis anterior acuta			
SARS			
Virale hemorrhagische koorts			
COVID-19			
B-ZIEKTEN			
(humane infectie) aviaire influenza			
Difterie	1		
Pest			
Mpox (MPXV)	1	2	
Rabiës (hondsdoelheid)			
Tuberculose	28	23	23
Buiktyfus			1
Cholera			
Hepatitis A	1	2	2
Hepatitis B acuut	2	1	3
Hepatitis B chronisch / onbekend	27	21	18
Hepatitis C acuut	3		
Hepatitis C chronisch	2	8	6
Kinkhoest	3	11	465
Mazelen		22	
Paratyfus A,B,C	1		1
Rubella			
STEC (E. coli)	5	6	11
Shigellose	13	15	12
Invasieve GAS	9	25	31
Voedselinfectie			
C-ZIEKTEN			
Antrax (miltvuur)			
Bof	2		2
Botulisme			
Brucellose			
TBE (tekenencefalitis)			
CPE	23	18	10
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob klassiek			1
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob variant			
Gele koorts			
Invasieve Hib	1		1
Hantavirusinfectie			

Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 1e kwartaal 2026 (vervolg)

Ziekte	1e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren		
	1e kwartaal 2026	1e kwartaal 2025	1e kwartaal 2024
Legionellose	6	5	5
Leptospirose	1		
Listeriose	3	1	1
Malaria	1	4	9
Meningokokkose	4	6	5
MRSA-infectie (cluster buiten ziekenhuis)			
Invasieve pneumokokken (IPD)	29	32	29
Psittacose			1
Q-koorts			
Tetanus			
Tularemie			
Trichinose			
West-Nilevirus			
Zikavirus			
Totaal	166	202	637

Infectieziekten gemeld door instellingen in het 1e kwartaal van 2026

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen per type situatie. Deze instellingen behoren tot instellingen waar 'kwetsbare' groepen verblijven, zoals kinderen, ouderen of zieken. Op grond van artikel 26 van de Wet publieke gezondheid (Wpg), moeten die instellingen sommige infectieziekten melden bij de GGD. In het 1e kwartaal van 2026 zijn 117 meldingen gedaan, waaronder 96 artikel 26 meldingen. Het grootste deel van de meldingen van huiduitslag/exanthemen binnen de kinderopvang zijn meldingen van enterovirus en varicellazosterivirus.

Scenario	Kinderopvang	Onderwijsinstelling	Vluchtelingenopvang	Zorginstelling	Ziekenhuis	Gezinsituatie	Vereniging ¹	Overig ²	Eindtotaal
Huiduitslag/exanthemen	29	2	2	1		1		7	42
Impetigo (krentenbaard)	6							1	7
Gastro-enteritis	14			23			1		38
Prik/Besmettingsincident									0
Luchtweginfectie/influenza-achtig ziektebeeld	4			10				3	17
Meningitis								1	1
ABR: MRSA/BRMO ³									0
Anders*	1	2			1	1		7	12
Eindtotaal	54	4	2	34	1	2	1	19	117

1) O.a sport- en studentenvereniging, padvinderij

2) C.q. stichting, medische KDV, werkplek

3) ABR: antibioticaresistentie; MRSA: Multiresistente Staphylococcus Aureus; BRMO: Bijzonder Resistente Micro-Organismen

* O.a. bof, worminfectie, schurft, groep A-streptokokken, schimmelinfectie, blootstelling aan aviaire influenza (vogelgriep)

Toelichting Meldingen Infectieziekten

1e kwartaal 2026

Auteurs: Kevin Wassing, Celine van de Ven, Mariska Petrignani

Hepatitis B

Hepatitis B is een virale leverontsteking, veroorzaakt door het hepatitis B-virus (HBV). Het virus wordt overgedragen via bloed-bloedcontact, seksueel contact en van moeder op kind tijdens de geboorte (verticale transmissie). In Nederland komt hepatitis B vooral voor bij risicogroepen, waaronder personen afkomstig uit landen waar de ziekte veel voorkomt (endemische landen, zoals landen in Azië en Afrika), mannen die seks hebben met mannen (MSM) en personen met wisselende seksuele contacten of injecterend drugsgebruik.

De infectie kan acuut of chronisch verlopen. Acute hepatitis B veroorzaakt vaak klachten zoals vermoeidheid, koorts, misselijkheid, buikpijn en geelzucht, maar het kan ook asymptomatisch verlopen. Bij een deel van de geïnfecteerden ontwikkelt zich een chronische infectie, wat op langere termijn kan leiden tot levercirrose of leverkanker. Er bestaat een vaccinatie, hetgeen een belangrijk middel is om infecties en verdere transmissie te voorkomen.

In het eerste kwartaal van 2026 zijn er 29 meldingen van hepatitis B gedaan, waarvan 2 acuut en 27 chronisch/onbekend. Ter vergelijking: in het eerste kwartaal van 2025 waren er 22 meldingen (1 acuut en 21 chronisch/onbekend) en in dezelfde periode in 2024 21 (3 acuut en 18 chronisch/onbekend).

Shigellose (*Shigella* spp. en *EIEC*-bacteriën)

In het eerste kwartaal van 2026 zijn er 13 shigellosemeldingen in regio Haaglanden gedaan. Landelijk wordt er een stijging van shigellose gezien, vooral onder MSM. Dit geldt niet voor regio Haaglanden.

Shigellose is een zeer besmettelijke darminfectie veroorzaakt door *Shigella*-bacteriën. De transmissie verloopt fecaal-oraal, via direct contact met feces aan de handen of indirect via besmet voedsel, water of oppervlakken (zoals toiletten). Verspreiding wordt bevorderd door crowding (een situatie waarin meer mensen aanwezig zijn dan gewenst vanuit een publiek gezondheidsperspectief) en slechte hygiëne. Daarnaast kan overdracht plaatsvinden via seksueel contact waarbij blootstelling aan feces plaatsvindt, met name bij MSM. De klachten bestaan meestal uit

(bloederige) diarree, buikkrampen, koorts en misselijkheid.

De incubatietijd is doorgaans 1 tot 3 dagen. Hoewel shigellose vaak mild verloopt, kan de infectie vooral bij jonge kinderen, ouderen en mensen met een verminderde weerstand ernstiger verlopen. Goede hygiëne en tijdige signalering zijn belangrijk om verdere verspreiding te voorkomen.

Pneumokokken (invasieve pneumokokken-ziekte; IPD)

In het afgelopen kwartaal zijn er 29 meldingen gedaan in onze regio, tegenover 32 in het eerste kwartaal van 2025 en 29 in die periode in 2024.

Pneumokokken (*Streptococcus pneumoniae*) zijn bacteriën die uiteenlopende infecties kunnen veroorzaken, waaronder longontsteking, hersenvliesontsteking en bloedvergiftiging. Overdracht gebeurt via druppeltjes in de lucht, zoals bij hoesten of niezen. Vooral jonge kinderen, ouderen en mensen met een verminderde afweer lopen risico op ernstige ziekte. Sinds 2006 is de pneumokokkenvaccinatie opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma voor jonge kinderen. Sinds 2020 wordt ook een gratis vaccinatie aangeboden aan 60-plussers. Vaccinatie blijft daarmee een belangrijk middel om ernstige ziekte en ziekenhuisopnames te voorkomen.

CPE (Carbapenemase-producerende Enterobacterales)

Hoewel de cijfers licht fluctueren, blijft het aantal meldingen van CPE in regio Haaglanden relatief hoog. In het eerste kwartaal van 2026 zijn er 23 meldingen gedaan, tegenover 18 in het eerste kwartaal van 2025 en 10 in dezelfde periode in 2024. Dit bevestigt het blijvende belang van waakzaamheid en infectiepreventie binnen zorginstellingen.

CPE zijn bacteriën die enzymen produceren (carbapenemases) die carbapenems (een groep antibiotica) afbreken, een belangrijke laatste behandeloptie bij ernstige infecties. Gezonde mensen worden meestal niet ziek, maar bij kwetsbare patiënten kan CPE tot ernstige complicaties leiden. Verspreiding vindt vooral plaats via direct contact of via besmette oppervlakken of materialen in ziekenhuizen en verpleeghuizen.





COLOFON

Juni 2026, 61^{ste} jaargang nr. 2

REDACTIE

drs. Mary P.H. Berns, GGD Haaglanden (kernredacteur)
dr. Sytske van Bruggen, Hadoks en senior onderzoeker Health Campus Den Haag
dr. Prataap K. Chandie Shaw, internist, Haaglanden Medisch Centrum
Thomas Eckhardt MPH, arts, GGD Haaglanden
drs. Joop de Jong, psychiater, PsyQ / Parnassia Groep
Maartje Keetman MSc, gezondheidsbevorderaar, GGD Haaglanden
Willemieke Ligtenberg MSc, GGD Haaglanden (kernredacteur)
drs. Merel Mattousch MPH, arts M&G, jeugdarts CJG Den Haag
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)
Niels van Veen MSc, GGD Haaglanden (kernredacteur)

REDACTIEADRES

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

Epidemiologisch Bulletin op internet

www.ggdhaaglanden.nl/epibul

Vormgeving

Haagsblauw

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 vindt u hier: <https://www.ggdhaaglanden.nl/publicatie/richtlijnen-voorauteurs-epibul/>.

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

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

ISSN 0921-6219



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



**Bewaakt, beschermt en
bevordert de gezondheid**