

Epidemiologisch Bulletin

JAARGANG 54

TIJDSCHRIFT VOOR VOLKSGEZONDHEID EN ONDERZOEK IN REGIO HAAGLANDEN

3

2019

VOLKSGEZONDHEID

Het innovatieve vermogen
van de GGD blijvend benutten > p. 4

Alertheid op mazelen > p. 15

Meningokokkenprik > p. 17

Gezondheid in cijfers > p. 19

EPIDEMIOLOGIE

Verwachtingen en behoeften van
Surinaams-Hindostaanse vrouwen
bij kinderwensperiode en
zwangerschap > p. 9

IN DIT NUMMER

Interview Ton van Dijk: Het innovatieve vermogen van de GGD: waard om blijvend te benutten	4
<i>Liesbeth van Dalen</i>	
Verwachtingen en behoeften van Surinaams-Hindostaanse vrouwen bij kinderwens en zwangerschap	9
<i>Maria van Oost en Irene van der Meer</i>	
Alertheid op mazelen in regio Haaglanden blijft nodig	15
<i>Johan Versteegen</i>	
Meningokokkenprik	17
Vaccinatie van jongeren leidt tot terugdringen van verspreiding	
<i>Astrid van Lieshout</i>	
Gezondheid in Cijfers: Kwetsbare ouderen	19
Korte berichten	20
Meldingen infectieziekten	26

Wilt u reageren op deze uitgave van het Epidemiologisch Bulletin?

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



Redactioneel

Voordat we u de inhoud van het voorliggende nummer schetsen, komen we nog even terug op het dubbelnummer van het Epidemiologisch Bulletin over het thema Leefomgeving. Deze uitgave verscheen medio april 2019 en illustreert met een diversiteit aan onderwerpen het belang van de leefomgeving voor de gezondheid van mensen. Zo blijkt onder andere hoe de inrichting ervan de (ervaren) gezondheid kan verbeteren en uitnodigt tot gezond gedrag. Met thema's van historie tot verstedelijking en van veiligheid tot innovatie is het eerder een naslagwerk dan een reguliere editie. Nogmaals van harte aanbevolen.

In deze uitgave van het Epidemiologisch Bulletin veel aandacht voor andere relevante Public Health thema's. Maar we starten deze uitgave met een afscheidsinterview met Ton van Dijk. Na 20 jaar als directeur van GGD Haaglanden (voorheen GGD Den Haag) en van GHOR Haaglanden heeft Ton op 1 mei jongstleden een punt achter zijn loopbaan gezet. De redactie van het Epidemiologisch Bulletin bedankt Ton via deze weg voor de betekenis die hij heeft gehad voor de publieke gezondheid in regio Haaglanden, en in het bijzonder voor zijn inhoudelijke betrokkenheid en waardering voor ons tijdschrift.

Het tweede artikel in dit nummer doet verslag van een kwalitatief onderzoek naar verwachtingen en behoeften van Surinaams-Hindostaanse vrouwen tijdens de periode rondom de zwangerschap. Belangrijke aanbeveling is passende voorlichting die aansluit op de specifieke behoefte van deze groep vrouwen en de betrokkenheid van hun familie. Het lijken aanknopingspunten ter verbetering van de deelname aan preventieve programma's gericht op het voorkomen van ongunstige perinatale uitkomsten.

Zowel mazelen als meningokokken kregen – landelijk en regionaal – veel aandacht in de media de afgelopen periode. Daarom in dit nummer twee artikelen over beide infectieziekten.

In het artikel over mazelen gaat een arts infectieziektebestrijding van GGD Haaglanden in op de rol van de GGD bij een uitbraak van mazelen. Mazelen is één van de meest besmettelijke infectieziekten, de diagnose is in het begin moeilijk te stellen en vaak heeft verspreiding al plaatsgevonden voordat duidelijk is dat het om mazelen gaat. Daarom blijft alertheid op het optreden van mazelen van belang. Meningokokken is een andere ernstige infectieziekte waarvan het aantal ziektegevallen in de afgelopen jaren toeneemt. Om dit een halt toe te roepen is landelijk besloten de groep jongeren, geboren in 2001 tot en met 2005, extra te vaccineren. Maar hoe pak je zoiets aan? En hoe krijg je jongeren in beweging om een prik te halen? In Den Haag zijn ruim 25.000 jongeren opgeroepen. U leest over werkwijze en opkomst bij de vaccinatiecampagne in Den Haag van dit voorjaar.

Veel ouderen worden gezond oud en behouden hun zelfstandigheid tot op hoge leeftijd. Bij een deel lukt dat niet door een combinatie van lichamelijke, psychische en/of sociale problemen. In de rubriek Gezondheid in cijfers aandacht voor deze groep kwetsbare ouderen.



Het innovatieve vermogen van de GGD: waard om blijvend te benutten

“Als GGD moet je op alle terreinen een intermediaire functie vervullen tussen het lokale openbare bestuur en de zorgsector.” Aldus Ton van Dijk bij zijn ‘intrede-interview’ in 1999 als eerste directeur Volksgezondheid in Den Haag en directeur van GGD Den Haag in het Epidemiologisch Bulletin. Nu, bij zijn afscheid twintig jaar later, is het weer de kern van zijn betoog. Nieuw is zijn aandacht voor publieke gezondheid en veiligheid. “Want de wereld is intussen fors veranderd.”

Liesbeth van Dalen

Het is medio 1999 als Van Dijk de overstap maakt van GGD Midden Holland (in Gouda) naar GGD Den Haag. Hij wordt directeur Volksgezondheid van de gemeente Den Haag en tevens directeur van GGD Den Haag. In deze functies verenigt hij de gemeentelijke beleidsvoorbereiding op het gebied van volksgezondheid, het verstrekken van subsidies aan organisaties en heeft hij de verantwoordelijkheid voor GGD Den Haag.

Zijn entree in het Haagse is mede interessant omdat het plaatsvindt vlak voor de millenniumwisseling 2000. Tot zijn verbazing is de voorbereiding vanuit de publieke zorg op eventuele calamiteiten nog zeer beperkt. Wie Van Dijk kent, weet dat hij dan niet lang hoeft na te denken. In nauwe samenwerking met onder andere de gemeente, brandweer, politie en de ‘witte kolom’ (de verschillende organisaties die zich met geneeskundige hulpverlening bezighouden) worden zogenaamde OOVZ-punten ingericht.

“Openbare Orde en Veiligheid (OOV) was wel bekend, maar wij hebben er de Z van zorg aan toegevoegd”, aldus Van Dijk. “Resultaat was dat er overal in Den Haag punten waren waar burgers terecht konden als ze tijdens de millenniumwisseling hulpdiensten

nodig hadden en de verbindingen het lieten afweeten.” Dat was gelukkig uiteindelijk niet nodig, maar impliciet is met deze OOVZ-punten de basis gelegd voor de goede samenwerking en de intermediaire rol van de GGD en de GHOR (Geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio) in de daaropvolgende twintig jaar.

Wellicht dat daarom de toenmalig voorzitter van de Hulpverleningsregio Haaglanden, burgemeester Deetman, hem in 2003 aanstelt als Regionaal Geneeskundig Commandant. Van Dijk: “De burgemeester zocht, net als bij de politie en de brandweer het geval was, iemand met bevoegdheid en doorzettingsvermogen om de samenwerking binnen de witte kolom te organiseren. Die kolom bestaat namelijk uit autonome zorginstellingen met eigen besturen, eigen verantwoordelijkheden en financiering via zorgverzekeraars. Je moest maar hopen dat deze instellingen voldoende waren voorbereid op calamiteiten en zouden samenwerken. Want met de marktwerking, waarbij ziekenhuizen elkaars concurrenten zijn en waar zorgverzekeraars de organisaties





Ton van Dijk: “Het werk van de GGD, de GHOR en de Geneeskundige meldkamer is breed en loopt van signalering tot brede zorgcoördinatie.”

zo efficiënt mogelijk willen laten werken, is samenwerken niet vanzelfsprekend en is ruimte in de organisatie om op te schalen budgettair een verliespost.”

Van Dijk is trots op de breedte van het werk van de GGD, de GHOR en de Geneeskundige meldkamer. “Het loopt van signalering tot brede zorgcoördinatie”, stelt hij vast. “Naast samenwerken hebben we voortdurend oog voor wat er speelt. Toen ik net in Den Haag was, kregen we bij het Centraal Coördinatiepunt voor dak- en thuislozen van de GGD de zogenoemde MOE-landers (Midden- en Oost-Europeanen) in beeld. Deze later toch vrij grote nieuwe groep arbeidsmigranten concentreerde zich aanvankelijk in en rond Den Haag en hun problematiek vereiste specifiek beleid. De groep had namelijk geen onderdak, zocht huisvesting en meldde zich daarom bij het daklozenloket van de GGD. Dat was daarvoor echter niet bedoeld. Samen met een terugkeerprogramma is toen mede vanuit de GGD samen met de beleidsafdelingen van de gemeente Den Haag (landelijk) beleid ontwikkeld, waar diverse wethouders in hun gesprek met het ministerie op konden terugvallen.”

“Ik heb altijd met veel plezier gewerkt in regio Haaglanden en de stad Den Haag met het regeringscentrum, het koninklijk huis en veel internationale organisaties. Als er op het gebied van publieke gezondheid iets aan de hand is, doen Den Haag en de regio eigenlijk altijd mee.”

Naar GGD Haaglanden

Op 1 januari 2014 ontstaat GGD Haaglanden uit een samengaan van GGD Den Haag en GGD Zuid-Holland West. Het is een verplicht gevolg van de regionalisering vanuit de Wet publieke gezondheid (Wpg).

Ton van Dijk wordt er directeur publieke gezondheid (DPG) met zoals de wet het zegt ‘een aantal autonome bevoegdheden’. Bovendien meldt de Wpg dat gemeenten verplicht zijn om, voordat ze belangrijke besluiten nemen met impact op de publieke gezondheid, de GGD om advies te vragen. “Die verplichting bleek niet altijd bekend en was dus ook niet vanzelfsprekend. Dit leidde meer dan eens tot een ongevraagd advies vanuit de GGD als dat aan de orde was.” Van Dijk noemt als voorbeeld de GGD-rapportage over ‘gevoelige voorzieningen’ (plaatsen waar kwetsbare groepen als kinderen en ouderen verblijven) en slechte luchtkwaliteit als gevolg van zeer intensief verkeer. “Dit vraagt maatregelen ter beperking van het gezondheidsrisico, die soms haaks staan op andere ambities vanuit een gemeente of organisatie.”

Met de vorming van GGD Haaglanden en zijn benoeming als DPG wordt Van Dijk in 2014 verantwoordelijk

voor negen gemeenten in Haaglanden. Het zijn gemeenten met grote verschillen: vier gemeenten met 100.000 of meer inwoners waarvan één G4-stad, enkele landelijke gemeenten zoals Midden Delfland met veel veeteelt en daarnaast ook weer Westland als 100.000 gemeente met veel tuinbouw. Elke gemeente heeft eigen kenmerken. “Daarom zijn wij bij elke gemeente de afgelopen jaren langs gegaan om door te spreken wat er op het gebied van publieke gezondheid allemaal speelde. Dit is vervolgens op basis van de epidemiologische analyses van de GGD onder andere vastgelegd in de periodieke Gezondheidsmonitor. Het uiteindelijke resultaat daarvan is ook terug te vinden in het Directiejaarverslag 2018, namelijk dat GGD Haaglanden in 2018 voor de zesde keer de Gezondheidsmonitor uitbracht met per gemeente recente kennis over de volksgezondheid en trends in de samenleving. Op basis van de cijfers uit deze monitor, de gemeentelijke nota’s en het collegeprogramma hebben we per gemeente een brochure samengesteld met belangrijke aandachtspunten voor het beleid met betrekking tot publieke gezondheid. Deze kernboodschappen voor gemeentelijk beleid worden door de verschillende gemeenten benut om hun lokaal gezondheidsbeleid gestalte te geven.”

Publieke gezondheid en veiligheid

Intussen is de wereld veranderd en steeds vaker krijgt het begrip publieke gezondheid de toevoeging ‘en veiligheid’. De titel van het afscheidssymposium van Van Dijk op 21 juni jl. was dan ook: ‘Gezondheid en veiligheid in het publieke domein: meer dan oppassen alleen’.

“Naast het organiseren van samenwerking tussen de zorgorganisaties in de witte kolom was het ook mijn taak om afstemming te zoeken met alle veiligheidspartners en gemeenten, teneinde goed voorbereid, afgestemd en eenduidig op te kunnen trekken. Dat hebben we onder andere intensief gedaan in het kader van terrorismegevolgbestrijding. Want de witte kolom krijgt dan, in plaats van de gebruikelijke traumazorg, te maken met andersoortig letsel (oorlogsletsel) en met allerlei andere risico’s rond de eigen veiligheid. Dit heeft gevolgen voor zowel de organisatie als de inzet vanuit de ziekenhuizen en de ambulancezorg. Specifieke veiligheidsmaatregelen kunnen aan de orde zijn, bijvoorbeeld gezien de kans

dat er tussen de slachtoffers mogelijke daders zitten en het risico op vervolgaanslagen. Goed samenwerken met veiligheidsdiensten is essentieel en dat vraagt dus een nauw samen optrekken in de voorbereiding.”

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Nog altijd zijn er sociaaleconomische gezondheidsverschillen, constateert Van Dijk. Dat zal volgens hem zo blijven. “Er komen mensen van buiten naar Nederland die een mindere gezondheid hebben en er leven hier mensen in achterstandssituaties. Dit is vaak ook het gevolg van beperkte inkomsten, opleiding, huisvesting, beschikbare zorgmogelijkheden en dergelijke. De wijken waarin deze problematiek zich concentreert zijn dynamisch wat betreft hun bewoners. Een aantal mensen slaagt erin dit te verbeteren en verlaat deze wijken. In hun plaats komen er opnieuw mensen met een achterstandssituatie. Ik zie wel een groeiend besef dat deze gezondheidsverschillen bestaan. En dat je door iets te doen aan inkomen of schulden de potentiële gezondheidssituatie van mensen kunt verbeteren. De onderliggende problematiek is echter niet gebaat bij steeds weer kortdurende projecten. Het vraagt om een masterplan over vele beleidsvelden en zal voor een grote stad als Den Haag een continue target moeten zijn en blijven”, aldus Van Dijk.

Zorgcoördinatiecentrum voor acute zorg

Het overheidsbeleid is erop gericht dat mensen langer zelfstandig thuis wonen. Dat vraagt om passende antwoorden op acute situaties, aldus Van Dijk. Daarom werkt GGD Haaglanden samen met de Geneeskundige meldkamer van de Veiligheidsregio aan een zorgcoördinatiecentrum. “Het zou mooi zijn als dat een centrum wordt als entree naar een scala van zorgmogelijkheden: van ambulancezorg tot huisarts en van ziekenhuis tot GGZ, waar burgers naar toe kunnen bellen. Doel is de meest geëigende zorg te leveren. Als nu een 85-jarige man met hartklachten 112 belt en de meldkamer stuurt een ambulance, heeft deze vanwege onzekerheden over de historische medische situatie van deze man, vaak als enige optie de patiënt naar een ziekenhuis te brengen. De kans bestaat dat er medisch uiteindelijk niet zoveel nieuwe feiten aan de orde zijn en dat de man, vanwege de drukte in de zorg, op een onmogelijk tijdstip weer thuis wordt gebracht. Uiteindelijk is zijn situatie gedestabiliseerd. Vanuit een zorgcoördinatiecentrum kun je als entree van het brede

**Goed samenwerken met
veiligheidsdiensten is essentieel**



scala van zorgverlening afwegen welke zorg vanuit de medische voorgeschiedenis het meest aan de orde is, zelfs als dit betekent dat er medisch specialistische zorg in de thuissituatie geleverd moet worden. Dan bereik je zorg op maat en voorkom je een mogelijke verslechtering van de situatie.”

Van Dijk is blij met de positieve reacties op een dergelijk centrum van onder andere ziekenhuizen, huisartsen en de regionale ambulance voorziening. Vanuit de Geneeskundige meldkamer zullen hiertoe verdere initiatieven worden ontwikkeld.

Na twee decennia staat voor Van Dijk vast: je moet als DPG en als GGD professionals en instellingen blijven verleiden en motiveren tot samenwerking. “Laat zien hoe effectief het kan zijn. We zien het bij eerdergenoemde samenwerking rond terrorismegevolgbestrijding en ik hoop het ook te zien bij het zorgcoördinatiecentrum. Ik geef het grote kans van slagen omdat het zorgnetwerk in Haaglanden redelijk overzichtelijk is.”

“Als je wilt dat interventies succesvol zijn, bijvoorbeeld ten aanzien van overgewicht en bewegen, dan moet je de ene doelgroep anders benaderen dan de andere.”

Cultuursensitieve zorg

Afhankelijk van de context richt de GGD zich op het individu, maar ook op groepen met algemene maatregelen en op specifieke aandachts- of risicogroepen met gerichte interventies. “De diversiteit in de Haagse en Haaglandse samenleving is zeer groot. Als je wilt dat interventies succesvol zijn, bijvoorbeeld ten aanzien van overgewicht en bewegen, dan moet je de ene doelgroep anders benaderen dan de andere. Het begrip ‘cultuursensitieve zorg’ neem ik graag over omdat het erkent dat per doelgroep de gezondheidsbeleving verschilt juist vanuit die culturele achtergrond. Het is essentieel om dit cultuuraspect mee te wegen om een effectieve aanpak of ondersteuning te organiseren.”

Van Dijk noemt als voorbeeld het Platform Perinatale Gezondheid in Den Haag. Vanaf 2009 is onder leiding van de GGD zeer gestructureerd gewerkt aan de aanpak van de in 2008 voor Den Haag geconstateerde hoge perinatale sterfte. Uit een eigen analyse en uitgebreid dossieronderzoek naar casuïstiek bleek dat de hogere perinatale sterftecijfers voor Den Haag dan



GGD Haaglanden beweegt!

In zijn voorwoord bij het directiejaarverslag GGD Haaglanden over 2018 concludeert Van Dijk: ‘GGD Haaglanden beweegt’. Bewegen betekent inspelen op ontwikkelingen en actief zijn. Dat blijkt onder andere uit het toenemende vertrouwen van gemeenten in het Wmo-toezicht, uit de groei van het aantal Gezonde Scholen in vier jaar tijd van 36 naar 79 in het schooljaar 2017-2018, uit de stijging van het aantal calls bij het Informatiecentrum tot meer dan 30 duizend, uit de bijna 33 duizend vaccinaties aan reizigers en beroepsgroepen en uit de 444 MMK-meldingen (medische milieukunde) van individuele burgers over onder andere vocht en schimmel, koolmonoxide, ongedierte, asbest, stank of geluids-overlast. Met meer dan 125.000 directe cliëntencontacten in 2018 weten de burgers in Haaglanden de GGD goed te vinden.

Bewegen doet GGD Haaglanden ook door te vernieuwen. Zo bedacht Ambulancezorg GGD Haaglanden in RAV-verband (Regionale Ambulance Voorziening) het zogenoemd ‘mediumcare vervoer’ en ontwikkelde GGD Haaglanden samen met betrokken partijen de begeleidings- en vervoersmogelijkheid MIPU (medische interventie en preventie unit) voor personen met verward gedrag.

Ook met het toezicht op kinderopvang, reizigersadvisering, het Meldpunt Bezorgd en met het Centrum Seksuele Gezondheid stond GGD Haaglanden niet stil.

in de rest van Nederland, ook als basis de sociaal-economische gezondheidsachterstanden hadden. Vervolgens is een ‘Model voor Haagse aanpak perinatale sterfte’ ontworpen met een overzicht van actoren en interventies voor, tijdens en na de zwangerschap. De coördinatie- en trekkersrol bij deze aanpak ligt bij de GGD, gezien haar relatief neutrale positie en dankzij de geaccepteerde mogelijkheid de partners steeds aan te kunnen spreken op hun inbreng en handelen.



Resultaat was een significante daling van de perinatale sterfte in Den Haag in de periode 2009-2014 ten opzichte van 2000-2008 (van 11,1 naar 8,7 per 1000 geboorten), die sterker is dan de landelijke daling. Deze was voor de achterstandswijken sterker dan voor de niet achterstandswijken. “Nu is het zaak om de aandacht en inspanningen vast te houden. Het is een kwestie van lange adem”, aldus Van Dijk.

De lat ligt hoog

Om resultaten te boeken is optimale ‘kennis en kunde’ vereist. Wat dat betreft ligt de lat van GGD Haaglanden hoog. “We kunnen onze taak alleen uitvoeren en steeds verder ontwikkelen dankzij goed opgeleide en deskundige medewerkers. We dagen onze mensen uit om met lef zaken aan te pakken. Ook willen we graag zakendoen met kennisorganisaties en verlenen we uitgebreid stages aan artsen, verpleegkundigen in opleiding en studenten van de Haagse Hogeschool, waar we ook mee samenwerken op het gebied van gezondheidsbevordering. We nemen deel aan landelijke commissies waarin we brengen en halen. Ook heeft GGD Haaglanden haar eigen ‘Haagse Praat’ met verplichte accreditatie, maakt ze deel uit van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland en van de LUMC-campus Den Haag.”

Een mooie erkenning van het belang van publieke gezondheid binnen de academische wereld zag Van Dijk bij het afscheid van Barend Middelkoop als bijzonder hoogleraar ‘Public health, in het bijzonder de gezondheid van groepen in achterstandssituaties bij het LUMC’. Daarbij is zijn bijzondere leerstoel omgezet in een gewone leerstoel. “Deskundig zijn en blijven is belangrijk voor datgene wat we binnen GGD Haaglanden met elkaar organiseren. Dat moet ook wel want de kennis en kunde zitten in onze mensen en zij zijn het kapitaal van onze organisatie.”

Zicht op gezondheid met nieuwe media

GGD Haaglanden staat voor de uitdaging om met digitale mogelijkheden inzicht te krijgen in de bevolking. De respons op de huidige gezondheidsenquêtes neemt sterk af, want het is niet de wijze waarop mensen op dit moment het makkelijkste

communiceren. “Bovendien weten we dat mensen informatie over hun gezondheid via allerlei media delen. Waarom zouden ze het dan niet met ons als GGD willen delen zodat wij dat inzicht op een andere wijze kunnen verkrijgen? We zijn met het RIVM aan het kijken hoe we op andere wijze de info over de gezondheid beschikbaar krijgen. Er zijn ook andere databronnen, databanken en systemen met informatie. Het verzamelen van gezondheidsinformatie blijft belangrijk voor inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking, echter de wijze van verzamelen zal anders moeten.”

Blijf proactief!

Van Dijk ziet dat door de forse problemen voor de gemeenten bij de uitvoering van de Jeugdwet en Wmo de bestuurlijke aandacht voor publieke gezondheid wat afneemt. “In de gesprekken met de individuele wethouders van de afzonderlijke gemeenten merk ik echter dat ze zeer geïnteresseerd zijn en zeker een groot aantal ambities hebben als het gaat om publieke gezondheid. Om elke gemeente een goed beeld te blijven geven met een aanbod dat aansluit bij de problematiek en behoeften, heeft de GGD accountmanagement ingevoerd. Dat betekent dat de afdelingsmanagers elk voor een of twee gemeenten verantwoordelijk zijn en daarmee gesprekken voeren over de regionale en lokale taken van de GGD en de financiering en organisatie ervan.”

Van harte hoopt Van Dijk dat het proactieve karakter van GGD Haaglanden blijft. “We hebben ook op langere termijn te maken met maatschappelijke veranderingen. Daarom mijn advies: kijk niet te gespannen naar het pakket van taken dat is afgesproken, want dan belemmer je het perspectief op veranderingen. Het innovatieve vermogen van de GGD is groot, maar dan moet daartoe wel de ruimte geboden én benut worden.”

Wilt u reageren op dit artikel?

Dan kunt u mailen naar de auteur of de redactie:

epibul@ggdhaaglanden.nl

OVER DE AUTEUR

Mw. E.M. van Dalen is onder andere eindredacteur en redactiesecretaris van het Epidemiologisch Bulletin. E-mail: epibul@ggdhaaglanden.nl



SAMENVATTING**INLEIDING**

Vrouwen van Surinaams-Hindostaanse afkomst hebben ongunstige zwangerschapsgeschiedenissen, waarvan de belangrijkste zijn vroeggeboorten en SGA (small for gestational age). Deze groep neemt ook minder deel aan preventieve programma's rond zwangerschap en geboorte. Dit onderzoek had tot doel inzicht te krijgen in de verwachtingen van en behoeften tijdens de preconceptie- en zwangerschapsperiode van Surinaams-Hindostaanse vrouwen om daarmee een bijdrage te leveren aan educatieve preventieprogramma's die beter aansluiten bij deze doelgroep.

METHODE

Er werden 13 vrouwen van Surinaams-Hindostaanse afkomst met minimaal één kind onder de vier jaar geïnterviewd. Werving werd door de onderzoeker mondeling gedaan in twee Centra voor Jeugd en Gezin, twee kinderdagverblijven en een verloskundigenpraktijk in Den Haag.

RESULTATEN

Sterke Hindostaanse waarden die gedeeld werden met de familie waren: de kinderwens en het stichten van een gezin, de gezondheid van het ongeboren kind en voeding tijdens de zwangerschap. De geïnterviewden waren zich minder bewust van het belang van gezond gedrag tijdens de preconceptieperiode dan tijdens de zwangerschapsperiode. De individuele verwachtingen ten aanzien van de eigen gezondheid en die van hun ongeboren kind, bleken vooral gebaseerd op overdracht van ervaringen en culturele tradities via de vrouwelijke familielijn. Deze overdracht van vrouw-tot-vrouw kwam ook naar voren in de waardering van online platforms en groepseducatie.

CONCLUSIE

De positieve Hindostaanse waarden en de voorkeur voor mondelinge kennisoverdracht van vrouw tot vrouw zijn aanknopingspunten voor de toekomstige ontwikkeling van perinatale educatie bij deze doelgroep.

Verwachtingen en behoeften van Surinaams-Hindostaanse vrouwen bij kinderwens en zwangerschap

Vrouwen van Surinaams-Hindostaanse afkomst hebben ongunstige perinatale uitkomsten, zoals vroeggeboorten of pasgeborenen te klein voor de zwangerschapstermijn. Ook neemt deze groep minder deel aan preventieve programma's rondom zwangerschap en geboorte. Om dat te verbeteren, is het raadzaam om aansluiting te zoeken bij specifieke behoeften van deze vrouwen. Met name een benadering vanuit de vrouw en haar familie en het betrekken van meerdere generaties bij het ontwikkelen van passende gezondheidsvoorlichting, worden aanbevolen. Dit blijkt uit onderstaand artikel over een studie naar de verwachtingen en behoeften van de preconceptie- en zwangerschapsperiode van Surinaams-Hindostaanse vrouwen.

[Maria van Oost, Irene van der Meer](#)

Inleiding

Den Haag streeft naar verbetering van de perinatale gezondheid. Perinatale sterfte is de sterfte van de foetus vanaf ten minste 22 weken zwangerschap tot en met de sterfte van de pasgeborene in de eerste week na de geboorte. Perinatale morbiditeit betreft vooral vroeggeboorte en SGA (small for gestational age, pasgeborene te klein voor de zwangerschapstermijn). In verschillende publicaties in het Epidemiologisch Bulletin zijn de cijfers en achtergronden van de perinatale sterfte en morbiditeit in Den Haag nader beschreven.^{1,2} Europese cijfers waren hiervoor de aanleiding, waarbij de perinatale sterftecijfers voor Nederland en de grote steden slechter waren.³ Binnen Nederland leek vooral Den Haag slecht te scoren. Vervolgens is in 2012 de Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid (HAPG) van start gegaan. De Haagse Aanpak heeft als streven het verschil in perinatale sterfte tussen Den Haag en Nederland kleiner te maken en heeft tegelijkertijd bijzondere aandacht voor verschillen in perinatale gezondheidsgeschiedenissen tussen wijken met een lage SES en wijken met een hoge SES.⁴ Haagse cijfers laten zien dat er dankzij de aanpak een sterke daling is van de perinatale sterfte.



Deze sterfte is in Den Haag afgenomen van 11,1 per duizend geboorten in de periode 2000-2008 naar 8,6 per duizend geboorten in de periode 2009-2014. Perinatale uitkomsten uitgesplitst naar wijken met een hoge en lage SES, alsook naar westerse – niet-westerse afkomst, laten nog wel duidelijke verschillen zien.

De kwetsbare groepen (lage SES en/of niet-westerse afkomst) hebben daarom de aandacht in de geboortezorg. Voor deze groepen zijn de laatste jaren al meerdere specifieke perinatale programma's ontwikkeld, zoals het online 'Gezond Zwanger' voor vrouwen met een taalachterstand en 'Beweeg in de zwangerschap' voor vrouwen woonachtig in wijken met achterstand. Echter, deze programma's worden niet altijd even goed bezocht, met name niet door vrouwen uit de kwetsbare groepen, wat ook in andere steden wordt gezien.⁵

Voor de groep Surinaams-Hindostaanse vrouwen bleven de perinatale uitkomsten nog ongunstig hoog.

Onderdeel van de kwetsbare groepen in Den Haag zijn de vrouwen van Surinaams-Hindostaanse afkomst. Voor deze groep bleven de perinatale uitkomsten nog ongunstig hoog in de onderzochte perioden.² Dit gold voor zowel de perinatale sterfte als voor vroeggeboorte en SGA-kinderen (rekening houdend met Surinaams-Hindostaanse groeicurven). Welke gezondheidsdeterminanten een rol spelen bij deze slechtere zwangerschapsuitkomsten is nog onvoldoende bekend. Uit eerder onderzoek naar diabeteszorg en de Surinaams-Hindostaanse gemeenschap is wel bekend dat naast genetische factoren, sterke culturele en familietradities een rol spelen zoals familielevens, gastvrijheid en de rol van voeding en voedselbereiding.^{6,7}

De Surinaams-Hindostaanse vrouwen blijken bovendien minder deel te nemen aan beschikbare programma's rondom kindwens en zwangerschap.⁴ De slechtere perinatale uitkomsten en het gegeven dat de Surinaams-Hindostaanse populatie een relatief grote groep in Den Haag is, maken het relevant om deze groep vrouwen nader te onderzoeken.⁸ Vragen zijn: Zijn er sociaal-culturele factoren of andere gezondheidsdeterminanten, die bevorderend of belemmerend zijn voor de gezondheid van moeder en kind in de zwangerschap? Hoe kunnen wij toekomstige interventies in de geboortezorg meer op maat ontwikkelen? De doelstelling van dit kwalitatieve onderzoek was de individuele verwachtingen, gezondheidsgedrag en educatieve behoeften van vrouwen van Surinaams-Hindostaanse afkomst rondom zwangerschap en preconceptie te exploreren, in de context van hun culturele normen en waarden.

Methode

Vrouwen van Surinaams-Hindostaanse afkomst werden gevraagd deel te nemen aan een interview. Zij moesten tenminste 18 jaar zijn, Nederlands spreken, minimaal één jong kind hebben en in Den Haag wonen.

De vrouwen werden persoonlijk door de onderzoeker geworven in twee Centra voor Jeugd en Gezin, twee Hindostaanse kinderdagverblijven en één verloskundigenpraktijk. Resultaat was een gevarieerde populatie. De vrouwen ontvingen zowel een flyer over doel en opzet van het onderzoek als een mondelinge toelichting. Ongeveer een op de drie benaderde vrouwen stemde toe in deelname. Genoemde redenen voor weigering waren tijdgebrek vanwege werk of familie en privacyoverwegingen. De interviews vonden plaats op basis van een onderwerpenlijst met bijpassende open vragen, gebaseerd op het onderzoeksdoel en relevante literatuur. Er werd één proef-interview gehouden met een voor de doelgroep representatieve vrouw. De onderwerpenlijst is eenmalig bijgesteld na de eerste vier interviews op het thema verwachtingen en behoeften ten aanzien van de preconceptieperiode. De duur van de interviews varieerde van 60 tot 90 minuten. De interviews werden opgenomen, letterlijk naar de gesproken tekst getranscribeerd en in een beveiligde omgeving opgeslagen voor de duur van het onderzoek.

Twee onderzoekers codeerden onafhankelijk van elkaar de eerste drie transcripten van de interviews, een van hen codeerde de andere interviews. Vervolgens zijn van alle interviews de codes geordend naar onderwerpen en thema's in relatie tot de onderzoeksvraag. De data-analyse en interviews vonden simultaan plaats gedurende de looptijd van het onderzoek. Tijdens de laatste interviews bleek er geen nieuwe informatie meer te komen (waarvoor nieuwe codes nodig waren), daarom is na 13 interviews gestopt met het werven van nieuwe participanten. Het aantal interviews komt overeen met bevindingen uit de literatuur over kwalitatief onderzoek, dat een onderzoekspopulatie van 12 tot 15 personen meestal toereikend is voor betrouwbare data.⁹ Er werd gereflecteerd op de data uit de interviews met de senior-onderzoeker en tevens drie keer met twee externe senior-onderzoekers met expertise in kwalitatief onderzoek binnen Public Health en eerstelijns geneeskunde.

Resultaten

De 13 geïnterviewde Surinaams-Hindostaanse vrouwen woonden voornamelijk in wijken met achterstand, waaronder de Schildersbuurt en Moerwijk. Hun jongste kind was tussen de zes weken en vier jaar oud, het kindertal varieerde van één tot vier. Geen enkele participant was zwanger ten tijde van het interview. De leeftijd varieerde van 26 tot 38 jaar en de meeste vrouwen hadden een huishouden met een partner. Hun opleidingsniveau varieerde van middelbare school tot hbo- onderwijs, de meeste vrouwen hadden een (vrijwel) fulltimebaan.



De analyse van de interviews leidde tot vier overstijgende thema's relevant voor de preconceptionele periode en zwangerschap. Deze hoofdthema's zijn: 1) vruchtbaarheid en kinderwens; 2) gezondheid van het ongeboren kind; 3) voeding in de perinatale periode; 4) voorkeuren voor perinatale educatie.

Vruchtbaarheid en kinderwens

De vrouwen zagen het krijgen van kinderen als een vanzelfsprekendheid binnen hun relatie en deelden sterke waarden over familie van de Hindostaanse gemeenschap. Zij vertelden minder over eigen aanpassing van leefstijl of andere preventieve maatregelen in deze kinderwensperiode, zoals foliumzuurinname. De vrouwen betitelden onderwerpen als vruchtbaarheid en seksualiteit als taboe, die niet openlijk besproken werden in hun families.

“Je ziet het ook in mijn familie, mijn moeder heeft een zus, die praat nergens over. Je kan wel naar haar toe gaan, maar zij kapt het snel af. Ja, volgens mij is het in de Hindostaanse gemeenschap snel zo, op een of andere manier schamen zij zich daarvoor om erover te praten. Het is meer dat je je er ongemakkelijk over gaat voelen, zwangerschap zelf niet, maar anticonceptie en alles wat er aan vooraf gaat wel, denk ik.”

De eigen gezondheid in de preconceptieperiode werd bewust ervaren door de vrouwen die ziekten in de familie hadden die vaak bij mensen van Hindostaanse afkomst voorkomen, zoals obesitas, diabetes mellitus en cardiovasculaire aandoeningen. Zij consulteerden hun huisarts en/of startten met foliumzuur en leefstijlaanpassingen. Eén vrouw was erg gefocust op haar gezondheid en ziekten, alhoewel niet aanwezig in haar familie. Zij arrangeerde een preconceptieconsult vanwege haar overgewicht en angst voor diabetes.

“Geen hoge bloeddruk, geen zwangerschapssuiker, daar was ik allemaal heel blij mee, omdat ik- ja- ik was wel 100 kilo toen ik zwanger werd. Dus dat was eigenlijk.. daar was ik wel bang voor dat ik die typische Hindostaanse kwaaltjes zou krijgen tijdens de zwangerschap.”

Naast de Hindostaanse waarden en de overgedragen kennis van moeder op dochter werd de zorgverlener als informatiebron genoemd. Alhoewel de informatie over de kinderwensperiode dan niet altijd tijdig kwam, zoals bij deze vrouw.

“De eerste keer dat de verloskundige mij vroeg of ik foliumzuur nam, zei ik wat is dat? Ik wist het niet. Zo uiteindelijk begon ik er twee maanden te laat mee. Toen ik mijn tweede kind kreeg, begon ik direct toen ik mijn spiraal liet weghalen. Ik weet niet of mijn moeder foliumzuur nam in Suriname. Dus ja, ik wist het gewoon niet.”

Gezondheid van het ongeboren kind

Vroeg in hun zwangerschap waren de vrouwen gemotiveerd om hun leefstijl aan te passen ten gunste van de gezondheid van hun ongeboren kind. Over lichamelijke activiteit, voeding en Hindostaanse gebruiken werden zowel geboden als verboden overgedragen door voornamelijk (schoon-)moeder, oma en andere vrouwelijke familieleden. Deze adviezen en tradities bleken met hun eigen denkwijze, maar ook met beschikbare voorlichting zowel via internet als via zorgverleners te kunnen conflicteren.

Alle vrouwen benoemden, ieder op verschillende wijze, ervaren dilemma's over het wel of niet volgen van opvattingen en adviezen over gezond gedrag en zwangerschap. Met name de Hindostaanse normen over bewegen in de zwangerschap weken af van hun eigen opvattingen. Sport en beweging zoals fietsen werden door de oudere generatie veelal afgeraden voor de zwangere, ook vroeg in de zwangerschap.

“Mijn moeder zegt altijd doe [tijdens zwangerschap] alles wat je normaal ook doet, doe het alleen iets voorzichtiger. Dat heeft ze altijd gezegd. En mijn schoonmoeder is natuurlijk van een oudere generatie zeg maar, mijn moeder is wat jonger. Zij zei dan: ‘ Je mag niet hard lopen en je mag niet fietsen, want dat is niet goed ’.Terwijl dat soort dingen juist goed zijn weet je, dus zij is eigenlijk in die tijd blijven hangen- van ik weet niet hoeveel jaren geleden.”

Andere leefstijlfactoren, zoals rookgedrag en alcoholconsumptie waren veel minder onderdeel van ontvangen familieadviezen. De vrouwen vertelden over hun opvattingen over leefstijlveranderingen vooral in relatie tot opgedane kennis uit eigen opleiding en/of informatieve mediakanalen. Opvallend was dat de vrouwen bijna allemaal rookten in het begin van de zwangerschap, maar wel gemotiveerd waren om in de zwangerschap hun rookgewoonten te veranderen. De daarbij ervaren steun kwam zowel van de verloskundige zorgverlener als van partner of familie. Volgens de vrouwen waren eigen ervaren stress en

gebrek aan sociale steun redenen waarom stoppen met roken niet lukte. Deze vrouw vertelt over de ervaren steun van een verloskundige bij het stoppen met roken.

“Nee, nee ik rookte toen ik zwanger wilde worden, ik stopte niet met roken, ik ging gewoon door. Zij [verloskundige] zei ‘Laten we een datum prikken waarop je stopt, vanaf die datum stop je ook met die laatste! Dat motiveerde mij, alleen lukte mij dat echt niet! Zo hielp ze mij en maakte het leuker. Het was toen bijna Valentijnsdag, ze zei ‘Dat is nu een mooi moment om te stoppen met roken’. En toen ben ik echt gestopt, yes!”

Voeding in de perinatale periode

Hindostaanse voedingspatronen en tradities waren belangrijke thema's voor de vrouwen in hun zwangerschaps- en kraamperiode. Familietradities werden overgedragen van moeder op dochter. Bovendien ontvingen zij veel sociale steun van (schoon-)moeder in de vorm van bereiding van speciale voeding in deze periode en het geven van adviezen.

“Wij hebben soeti of masala, dat verkopen ze bij de Hindostaanse winkel, kruiden dat moet je roeren met melk, een beetje zwarte peper, gember, als je dat neemt dan bevordert dat heel erg je moedermelk. Dan krijg je echt ontzettend veel moedermelk. Het wordt dik als je het mengt met melk dan kan je het gebruiken met roti of je kan het zo oplepelen, je eet het warm. Ik heb het veel gegeten en het hielp heel goed... Mijn schoonzusje heeft het ook geprobeerd, eigenlijk zou iedereen het moeten weten. Ik ben de enige in het gezin die heel lang borstvoeding heeft gegeven.”

Naast traditionele Hindostaanse voedingsgewoonten, dichtten de vrouwen soms mythische krachten toe aan Surinaamse groenten en kruiden, zoals deze vrouw die getuigde over haar geloof in schadelijke effecten van sommige kruiden en hete pepers op haar zwangerschap en haar ongeboren kind.

“Veel vrouwen willen toch peper eten, de sterke chutneys, dat moet je nu net niet hebben in de zwangerschap. Dan ben je fout bezig, peper is een vergif dat werkt op de nieren. Het kan echt slecht zijn, schadelijk voor het vruchtje. Het brandt, dus nee!”

De vrouwen noemden de sterke culturele tradities en waarden rondom voeding als belangrijke reden voor het meer op de achtergrond zijn van voorlichting via hun zorgverlener of andere kanalen, zoals internet. Zij ervoeren veel verschil in cultuur en gebrek aan kennis over de Hindostaanse voedingspatronen bij hun verloskundige of andere zorgverlener. Alhoewel er ook vrouwen waren die wel in staat waren het Nederlandse voedingsadvies te interpreteren naar haar Hindostaanse eetgewoonten.

“Ik weet ook dat er, als ik kijk in mijn omgeving, dat er zat mensen zijn die dat nog steeds niet doen [gezond eten], ook de Hindostaanse vrouwen, ze houden ook van lekker eten. En dan is het twee [porties] koolhydraten als je kijkt naar de Schijf van Vijf, dan is het roti en aardappelen, kousenband en alles erop en eraan. Nou ja, dat heb ik van huis uit anders geleerd dat we dat niet allemaal tegelijk aten. We zijn altijd heel bewust geweest met eten.”

Voorkeuren voor vormen van perinatale educatie

Vrijwillige en gratis voorlichtingsbijeenkomsten werden niet vaak bezocht door de vrouwen. Genoemde redenen waren het niet op de hoogte zijn van de mogelijkheden en tijdgebrek door werk en familiebezigheden. Voorlichtingsbijeenkomsten verzorgd door de eigen zorgverlener werden echter wel bezocht.

Ontvangen informatie van vrouwelijke familieleden was enerzijds complementair aan professionele educatie en anderzijds noemden vrouwen het als reden om geen professionele educatie te volgen.

In onderstaand citaat kijkt een vrouw terug op verschillende informatiebronnen, waaronder die van haar moeder en diverse professionals. Haar moeder was altijd beschikbaar voor hulp en advies tijdens haar zwangerschappen en toch ervoer zij tijdens haar tweede zwangerschap de groepsconsulten die zij kreeg via Centering Pregnancy (CP) als heel positief en aanvullend.



“Als er iets was dan had ik de CP-app die we deelden met elkaar. Je vraagt wat, hoort hoe anderen dat voelen, je geeft elkaar wat tips. Op de CP-bijeenkomsten spraken we over álles met de groep en de verloskundige, zij gaf verdere uitleg en zo. Niet bij mijn eerste [kind]. Toen belde ik via Skype met mijn moeder in Suriname. Alles wat ik moest weten, vroeg ik haar. Met deze [baby], het was meer CP en dán mijn moeder.”

De geïnterviewden hadden allen ruim ervaring met het actief delen van elkaars zwangerschapservaringen, zowel met het ontvangen als met het doorgeven aan een ander zwanger familielid. Sommigen zagen hierin een rol voor Hindostaanse moeders als expert voor zwangere vrouwen, zoals deze vrouw verwoordde.

“Ik denk dat het wel handig zou zijn als er een bijeenkomst zou komen met Hindostaanse vrouwen die pas zwanger zijn. Dus in een kring en dan ervaringen delen met Hindostaanse moeders, die pas bevallen zijn. Dat is wel een goede voorlichting. Dat is wel een goed initiatief. Ja ik denk dat je het makkelijker gaat onthouden als je ervaringen deelt in plaats van een flyer meenemen. Een flyer lezen, dat gaat er hier in en daar uit.”

Discussie

Deze studie onderzocht de individuele verwachtingen en behoeften van vrouwen van Surinaams-Hindostaanse afkomst in de preconceptie- en zwangerschapsperiode. Daarbij werden mogelijke invloed van en samenhang met culturele normen en waarden binnen familie en sociale omgeving meegenomen. De interviews laten zien dat de vrouwen en hun familie de gezondheid van hun ongeboren kind hoog in het vaandel hebben. Dat zij desondanks niet vaak deelnamen aan perinatale educatie lag volgens hun aan praktische belemmeringen en de ontvangen adviezen en steun vanuit de vrouwelijke familieleden tijdens de zwangerschap.

De tradities en Hindostaanse waarden werden via de vrouwelijke familielijn overgedragen en de sociale steun van familie was alom aanwezig voor de vrouwen. Het ‘tussen twee vuren zitten’ voor de zwangere, namelijk haar familie en cultuur enerzijds en eigen opvatting en professionele bronnen anderzijds, is ook in ander onderzoek beschreven.^{10,11} Daarentegen waardeerden de vrouwen wel het mondelinge en persoonlijke aspect in de adviezen van familie. Dit kan een reden zijn voor het positief

bestempelen van groepseducatie, waarbij zij sociale steun van andere vrouwen benoemden als waardevol in de zwangerschap. Dit gold voor zowel groepsbijeenkomsten als online platforms. Dit is ook gezien in onderzoek naar diabetespreventie in de Hindostaanse gemeenschap, waar familiecommunicatie als interventie werd toegepast.¹²

Tot slot is het zaak de bevindingen over de verwachtingen en educatieve behoefte tijdens zwangerschap en preconceptieperiode van deze vrouwen van Surinaams-Hindostaanse afkomst ook in het licht van de sociaaleconomische omgeving te zien. Zij leefden vrijwel allemaal in achterstandswijken, waarvan bekend is dat de bewoners vaker over lagere gezondheidsvaardigheden beschikken.¹³ Mogelijk verklaart dit het geringere gezondheidsbewustzijn in de preconceptionele periode en de mindere bekendheid met preventieve professionele informatie. Echter het opleidingsniveau en inkomen uit werk van de geïnterviewde vrouwen was hoger dan verwacht op basis het woonadres. Het is dan ook moeilijk om een eenduidig beeld te geven voor deze groep vrouwen.

Conclusie en aanbevelingen

Bij de ontwikkeling van perinatale programma's voor de Surinaams-Hindostaanse populatie zou de focus meer kunnen liggen op een benadering vanuit de vrouw en haar familie. De gewenste perinatale educatie zou volgens de geïnterviewde vrouwen de volgende kenmerken hebben: 1) aandacht voor de Hindostaanse tradities rondom zwangerschap, 2) meer voorlichtende informatie op de online platforms en websites, 3) groepsbijeenkomsten met vrouwen en professionals. De sterk aanwezige familiewaarden rondom het welzijn van het ongeboren kind en tradities bij zwangerschap kunnen zo dienen als een schakel met de perinatale educatie.

Kennis bij professionals over aanwezige normen en tradities – inclusief voedingsgewoonten – en daarover in gesprek gaan zou kunnen bijdragen aan een hogere deelname aan perinatale programma's. Dit aangezien alle geïnterviewde vrouwen dilemma's ervoeren over welke opvattingen en adviezen over gezond gedrag en zwangerschap te volgen. De aanbeveling vanuit het onderzoek is om Hindostaanse vrouwen van meerdere generaties te betrekken bij het ontwikkelen van passende gezondheidsvoorlichting.¹⁴ Doel hierbij is het bewustzijn en het gezondheidsgedrag in de preconceptie- en zwangerschapsperiode van de vrouw te bevorderen en uiteindelijk bij te dragen aan betere perinatale uitkomsten voor Hindostaanse vrouwen.

Aanbevolen wordt Hindostaanse vrouwen van meerdere generaties te betrekken bij het ontwikkelen van passende gezondheidsvoorlichting.



Dankwoord

Wij danken de geïnterviewde vrouwen voor hun gastvrijheid en persoonlijke verhalen. Dank ook aan de medewerkers van de wervingslocaties. Ik dank Marleen Sterker, die als senior project-leider HAPG mij een kans gaf dit onderzoek te doen. Speciale dank gaat uit naar Matty Crone en Krista van Mourik, Public Health en Eerstelijns geneeskunde LUMC, voor hun reflecties tijdens het onderzoek.

Wilt u reageren op dit artikel?

Dan kunt u mailen naar de auteur(s)

of de redactie:

epibul@ggdhaaglanden.nl

OVER DE AUTEURS

Mw. M.A. van Oost MSc., verloskundige, docent verloskunde aan de AVAG, Academie Verloskunde te Amsterdam. In het kader van mijn Master Health Sciences, spec. Prevention and Public Health heb ik dit kwalitatief interview-onderzoek verricht in samenwerking met de GGD Haaglanden en de Vrij Universiteit te Amsterdam. E-mail: maria.vanoost@inholland.nl

Mw. dr. ir. I.M. van der Meer, senior epidemiologisch onderzoeker GGD Haaglanden.

REFERENTIES

- 1 Middelkoop B, Jacobi CE, Dijk AAHM van. **Perinatale sterfte en morbiditeit in Den Haag, 2000-2008**. Epidemiologisch Bulletin. 2011(4):2-12.
- 2 Karamali N, Meer I van der, Bertens L. **Perinatale sterfte en morbiditeit in Den Haag, 2000-2014**. Epidemiologisch Bulletin. 2017(2):4-14.
- 3 Peristat E. **European perinatal health report. Better statistics for better health for pregnant women and their babies in 2004 2008** (www.europeristat.com). 2010.
- 4 Graaf AA de, Meer I van der, Metaal DMB. **Haagse Aanpak Perinatale Gezondheid - Samen stappen zetten vanuit een gezamenlijke ambitie**. GGD Haaglanden; 2016. p. 16-25.
- 5 Baron R, Manniën J, Velde SJ te, Klomp T, Hutton EK, Brug J. **Socio-demographic inequalities across a range of health status indicators and health behaviours among pregnant women in prenatal primary care: a cross-sectional study**. BMC pregnancy and childbirth. 2015;15(1):261.
- 6 Hendriks A-M, Gubbels J, Jansen M, Kremers S. **Health beliefs regarding dietary behavior and physical activity of Surinamese immigrants of Indian descent in The Netherlands: A qualitative study**. ISRN obesity. 2012.
- 7 Kohinor MJE, Stronks K, Nicolaou M, Haafkens JA. **Considerations affecting dietary behaviour of immigrants with type 2 diabetes: a qualitative study among Surinamese in the Netherlands**. Ethnicity & Health. 2011;16(3):245-58.
- 8 Choenni C, Medendorp C. **Hindostaanse Surinamers in Nederland 1973-2013**. Arnhem : LM Publishers; 2014.
- 9 Korstjens I, Moser A. **Series: Practical guidance to qualitative research. Part 2: Context, research questions and designs**. European Journal of General Practice. 2017;23(1):274-9.
- 10 Poels M, Koster MPH, info:eu rdn, Boeije HR, Franx A, Stel HF van, et al. **Why Do Women Not Use Preconception Care? : A Systematic Review On Barriers And Facilitators**. Obstetrical & Gynecological Survey. 2016;71(10).
- 11 Schölmerich VLNAPP, Ghorashi HPP, Denктаş SAPP, Groenewegen PPP. **Caught in the middle? How women deal with conflicting pregnancy-advice from health professionals and their social networks**. Midwifery. 2016;35:62-9.
- 12 Esch SCM van, Cornel MC, Geelhoed-Duijvestijn PHLM, Snoek FJ. **Family communication as strategy in diabetes prevention: An observational study in families with Dutch and Surinamese South-Asian ancestry**. Patient Education and Counseling. 2012;87(1):23-9.
- 13 Poeran J, Maas AFG, Birnie E, Denктаş S, Steegers EAP, Bonsel GJ. **Social deprivation and adverse perinatal outcomes among Western and non-Western pregnant women in a Dutch urban population**. Social Science & Medicine. 2013;83:42-9.
- 14 Peters IA, Schölmerich VLN, Veen DW van, Steegers EAP, Denктаş S. **Reproductive health peer education for multicultural target groups**. Journal for Multicultural Education. 2014;8(3):162-78.



Alertheid op mazelen in regio Haaglanden blijft nodig

Eind maart 2019 worden twee kinderen met vermoedelijk mazelen gemeld bij de afdeling Infectieziektebestrijding van GGD Haaglanden. Bij bron- en contactonderzoek komen er nog twee kinderen met mazelen naar voren. De vier kinderen, bij wie de diagnose mazelen bevestigd wordt, bezoeken allemaal hetzelfde kinderdagverblijf. De voortdurende dreiging van nieuwe gevallen van mazelen vereist continue alertheid.

[Johan Versteegen](#)

Deze kleine uitbraak van mazelen leidde tot veel media-aandacht. Begin april stonden NOS, RTL en Omroep West op de stoep van GGD Haaglanden voor een tv-interview. Ook Radio 1, Radio West, Den Haag FM, RTV Discus en vele landelijke en regionale dagbladen hebben hier aandacht aan besteed.

Mazelen is één van de meest besmettelijke infectieziekten. Deze ziekte begint vaak met koorts en hoesten en vertoont in eerste instantie een 'griepachtig ziektebeeld'. Pas als iemand al vier dagen besmettelijk is, ontstaan de vlekjes. Hierdoor is de diagnose mazelen in het begin moeilijk te stellen en heeft verspreiding vaak al plaatsgevonden, voordat duidelijk wordt dat het om mazelen gaat.

Een uitbraak van mazelen op een kinderdagverblijf is lastig te bestrijden, omdat hier bijna altijd kinderen jonger dan 14 maanden aanwezig zijn. Volgens het Rijksvaccinatieprogramma worden kinderen gevaccineerd op de leeftijd van 14 maanden en nogmaals met 9 jaar. Nog niet-gevaccineerde kinderen onder de 14 maanden zijn vatbaar voor mazelen en bij hen kan

deze ziekte zich gemakkelijk verspreiden. Bovendien kan het bij jonge kinderen ernstig, soms zelfs dodelijk, verlopen.

Om groepsimmunitet tegen mazelen in de bevolking te bereiken, is een vaccinatiepercentage van 95% of hoger noodzakelijk. Doordat in een babygroep van een kinderdagverblijf een groot deel van de kinderen vanwege leeftijd nog niet beschermd is tegen mazelen, is een kinderdagverblijf altijd een kwetsbare plek voor wat betreft een uitbraak van deze infectieziekte.

GGD Haaglanden heeft op het eerdergenoemde kinderdagverblijf middels bron- en contactonderzoek voor mazelen vatbare kinderen opgespoord en zoveel mogelijk van hen gevaccineerd of beschermende antistoffen toegediend. In bijzondere situaties, zoals bij een uitbraak, kunnen kinderen vanaf de leeftijd van 6 maanden worden gevaccineerd tegen mazelen. Echter dit helpt alleen om mazelen te voorkomen als dit binnen drie dagen na besmetting plaatsvindt. Kinderen jonger dan 6 maanden kunnen middels toediening van antistoffen tegen mazelen worden



beschermd. Deze antistoffen dienen binnen een week na besmetting te worden toegediend en bieden kortdurende bescherming tegen mazelen.

Bij het bron- en contactonderzoek bleek dat er ook besmettelijke kinderen naar het spreekuur van de huisarts en huisartsenpost waren geweest. Tijdens het verblijf in de wachtkamer hadden zij mogelijk voor mazelen vatbare mensen besmet. Bij de mogelijk besmette personen moest nagegaan worden in hoeverre zij na het eerder doormaken van de ziekte of door vaccinatie beschermd waren tegen mazelen. Vervolgens werden de vatbare personen gevaccineerd of kregen ze antistoffen toegediend indien het tijdstip van besmetting niet te lang geleden was.

In veel Europese landen, maar ook in Afrika en Azië, komt mazelen nog veel voor. In Noord-, Midden- en Zuid-Amerika was mazelen een aantal jaren uitgeroeid. Echter door met mazelen besmette reizigers komen er nu in onder andere de Verenigde Staten weer uitbraken voor. In de laatste jaren stijgt het aantal gevallen van mazelen in de Europese regio. In 2018 waren er meer dan drie keer zoveel gevallen van mazelen als in 2017. Ook in diverse Europese vakantie landen, zoals Frankrijk, Italië en Griekenland, komt regelmatig mazelen voor.

Via reizigers kan er gemakkelijk import van mazelen optreden. In januari van dit jaar was er een melding bij GGD Haaglanden van een persoon met mazelen na een verblijf in Afrika, waarbij een secundair geval van mazelen optrad bij een huisgenoot. In 2018 waren er zes gevallen van mazelen in de regio Haaglanden. Ook na een vakantie naar Europese vakantie landen kan introductie van mazelen in deze regio optreden. Dit geldt met name indien een persoon niet gevaccineerd is, er veel contact is geweest met lokale bevolking en die persoon 'griepachtige' klachten heeft met vlekjes op de huid. Kortom: extra alertheid op het optreden van mazelen in de vakantieperiodes is en blijft dus van belang.



Wat is mazelen?

Mazelen is een infectie met het mazelenvirus.

De verschijnselen zijn:

- koorts, oplopend tot meer dan 39 °C;
- niet lekker voelen;
- verkoudheid en hoesten;
- ontstoken ogen;
- kleine witte vlekjes op het mondslimvlies (Koplikse vlekjes);
- na drie tot zes dagen ontstaan vlekjes op de huid. Deze vlekjes komen eerst achter de oren en verspreiden zich daarna over het hele lichaam. De vlekjes voelen ruw aan, als schuurpapier.

De incubatietijd (tijd tussen besmet raken en ziek worden) is zeven tot 14 dagen.

De besmettelijke periode is van vier dagen voor het ontstaan van de vlekjes tot vier dagen na het ontstaan van de vlekjes.

Complicaties:

- middenoor ontsteking;
- longontsteking;
- hersenontsteking;
- deze ziekte kan dodelijk verlopen.

Bron: RIVM

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

OVER DE AUTEUR

Dhr. J.T. Versteegen is arts infectieziektebestrijding, afdeling Infectieziektebestrijding en Hygiëne GGD Haaglanden.

E-mail: johan.versteegen@ggdhaaglanden.nl



Meningokokkenprik

25.000 Haagse jongeren verleiden om een prik te halen. Ga d'r maar aan staan! Maar liefst 650.000 jongeren in Nederland worden in 2019 opgeroepen voor een vaccinatie tegen de meningokokkenziekte. Geen geringe operatie. Hoe pak je dat aan? En, niet onbelangrijk, hoe krijg je zoveel jongeren in beweging? In Den Haag ging een projectteam aan de slag bestaande uit professionals, ondersteund door een facilitair team, het socialteam voor uitingen op social media en communicatieadviseurs.

Astrid van Lieshout

De meningokokkenziekte is een ernstige infectieziekte. Het aantal ziektegevallen is de laatste jaren toegenomen. Om dit een halt toe te roepen en omdat juist jongeren kwetsbaar zijn voor deze ziekte werd besloten de groep, geboren in 2001 tot en met 2005, voor de zomervakantie extra te vaccineren. Er is gekozen voor deze groep omdat oudere tieners iets meer risico lopen, vaker drager zijn van de bacterie en door hun sociale gedrag het meeste bijdragen aan verspreiding. Door vaccinatie van deze groep wordt het snelste resultaat geboekt in het terugdringen van de verspreiding.

In Den Haag zijn 25.276 jongeren opgeroepen.

Draaiboek op de plank

De professionals van Centrum Jeugd en Gezin (CJG) en de GGD hebben eerder met dit bijltje gehakt. Bij een grote uitbraak van de Mexicaanse griep (Nieuwe Influenza A H1N1) in 2009 verzorgden zij de extra vaccinatie van kinderen in de leeftijd van zes maanden tot vier jaar. De draaiboeken lagen nog op de plank en kwamen nu goed van pas.

“Om hoeveel jongeren gaat het, hoeveel vaccins hebben we nodig, hoeveel prikkers, hoeveel dagen, hoeveel locaties? Dat zijn dan de eerste vragen”, aldus projectleider Aukje Elzenga. “Uiteindelijk kwamen we uit op de meest efficiënte oplossing: een grootschalige vaccinatiecampagne van acht dagen op twee locaties verdeeld over de stad: sportcampus Zuiderpark en sporthal Overbosch.” Paula Verkade is coördinator vaccinaties bij CJG Den Haag. Zij draagt onder andere zorg voor de groepsvaccinaties en stelde het rooster samen. Zij vertelt: “Dit is veel groter opgezet dan een normale

groepsvaccinatie. Om 3.000 jongeren per dag te kunnen vaccineren, hebben we 14 prikplekken per sporthal nodig en zo'n 60 mensen per dag. Dat zijn de collega's van CJG en GGD die vaccineren, maar bijvoorbeeld ook baliemedewerkers en vrijwilligers. Daarnaast zijn er veel meubels, koelkasten en ICT-voorzieningen nodig.”

Om 3.000 jongeren per dag te kunnen vaccineren, zijn 14 prikplekken per sporthal nodig en zo'n 60 mensen per dag.

Speciale doelgroep, speciale aanpak!

De discussies over de vaccinaties zijn iedereen bekend. Hoe zorgen we dan toch voor een goede opkomst? Hoe bereiken we de doelgroep? Wat werkt wel en wat werkt niet bij de groep jongeren en hoe bereiken we de ouders? Een ding was snel duidelijk: social media is een belangrijk middel om beide groepen te bereiken en informatie uit te wisselen, soms zelfs het gesprek te voeren.

Den Haag ontwikkelde beeldmateriaal om de campagne extra onder de aandacht te brengen. Er is op vier dagen in maart en april gevaccineerd en op vier dagen in mei en juni. De opkomst tijdens de eerste vier dagen was iets minder dan gehoopt. Elzenga: “Het kan zijn dat jongeren de prik eerder al bij de huisarts of GGD hadden gehaald, maar dit niet hebben doorgegeven of dat ze het uitstellen tot de laatste vaccinatiedag. Het projectteam heeft alles op alles gezet om zoveel mogelijk jongeren aan te sporen te komen. Zo is er heel gericht campagne gevoerd op





social media en op de middelbare scholen en werd in de tweede periode de media actief uitgenodigd om mee te kijken bij de vaccinaties. Op de allerlaatste dag werden er maar liefst 2.783 jongeren gevaccineerd.” Jongeren die niet hebben gerepsondeerd krijgen een herinneringsoproep. De eerstvolgende ronde hiervoor vindt plaats in september op de CJG’s.

Aanpak

Jongeren werden opgeroepen door het RIVM. De organisatie van de vaccinaties lag in handen van CJG Den Haag. Bij de uitvoering waren professionals van zowel CJG Den Haag als GGD Haaglanden betrokken. Het RIVM lanceerde een website om ouders en jongeren te informeren over de prik: www.deelditnietmetjevrienden.nl. De website biedt informatie over de ziekte en de prik, maar vertelt ook de verhalen van jongeren die deze ziekte zelf of van nabij meemaakten. In samenwerking met Bionieuis werd een lespakket ontwikkeld voor de scholen.

Wat de toekomst betreft is inmiddels bekend dat vóór de zomer van 2020 cohort 2006 geprikt wordt. Vanaf 2020 is de vaccinatie van de 14-jarigen structureel onderdeel van het Rijksvaccinatieprogramma.

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

Campagne in cijfers

- 25.276 jongeren opgeroepen
- 17.838 jongeren gevaccineerd
- Bereik Facebook & Instagram: 18.455
- Opkomst 71% (periode 1: 64% en periode 2: 78%)

Wat is meningokokkenziekte?

Meningokokkenziekte is een verzamelnaam voor ziekten veroorzaakt door de meningokok. Deze bacterie kan bloedvergiftiging en hersenvliesontsteking veroorzaken. Er zijn verschillende typen meningokokken. Sinds 2015 zien we een toename van mensen die ziek worden van meningokokken type W. Daarom krijgen peuters en tieners een vaccinatie die beschermt tegen de typen A, C, W en Y. Het vaccin tegen meningokokken ACWY is sinds 1 mei 2018 in het Rijksvaccinatieprogramma opgenomen voor kinderen van 14 maanden. Eerder werd met de prik alleen beschermd tegen de C-variant. In 2019 krijgen jongeren geboren in 2001 tot en met 2005 een uitnodiging voor een vaccinatie tegen meningokokken ACWY. In 2018 kreeg een deel van de 14-jarige tieners al een uitnodiging.

Bron: RIVM

OVER DE AUTEUR

Mw. A. van Lieshout is communicatieadviseur Jeugd en Maatschappelijke Ondersteuning (JMO) bij de gemeente Den Haag. E-mail: astrid.vanlieshout@denhaag.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.

Kwetsbare ouderen

Veel ouderen worden succesvol oud met weinig tot geen achteruitgang in functioneren op lichamelijk, psychisch en sociaal vlak en behouden hun zelfstandigheid tot op hoge leeftijd. Bij een deel lukt dat niet door een combinatie van lichamelijke, psychische en/of sociale problemen: de kwetsbare oudere. Kwetsbaarheid van ouderen is een proces van het opstapelen van lichamelijke en/of sociale tekorten in het functioneren, waardoor de kans op ernstige gezondheidsproblemen (functiebeperkingen, opname, overlijden) toeneemt. Kwetsbaarheid kan worden gemeten met de Tilburg Frailty Indicator (TFI). Deze vragenlijst gaat in op lichamelijke factoren zoals gehoor- en gezichtsbeperkingen, psychische factoren zoals gevoelens van somberheid en nervositeit en sociale factoren zoals (on)voldoende steun ontvangen van anderen. De totaalscore van de antwoorden geeft een indicatie van de mate van kwetsbaarheid.

Uit de Gezondheidsenquête 2016 blijkt dat een vijfde (19%) van de inwoners van 65 jaar en ouder als kwetsbaar kan worden beschouwd. Binnen Haaglanden varieert het percentage kwetsbare ouderen van 13% in Wassenaar, Midden-Delfland en Westland tot 24% in Den Haag.

Het percentage kwetsbare ouderen neemt toe met de leeftijd; bij de 65- tot en met 74-jarigen is een op de acht ouderen (13%) kwetsbaar, bij de 85-plussers is dat gestegen naar bijna de helft (45%).

Bij vrouwen is het percentage kwetsbare ouderen hoger dan bij mannen. Hetzelfde geldt voor ouderen van niet-westerse afkomst in vergelijking met ouderen van autochtone of overig westerse afkomst en voor ouderen die ongehuwd, gescheiden of weduwe/weduwenaar zijn in vergelijking met ouderen die gehuwd zijn of samenwonen met een partner.

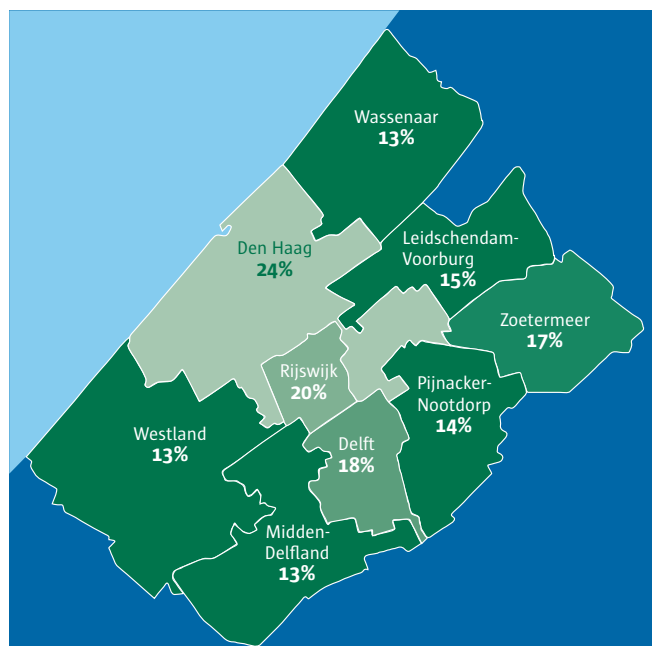
Er is ook samenhang te zien tussen kwetsbaarheid en sociaal-economische status; bij ouderen met een hogere sociaal-economische status (hoger opleidingsniveau, hoger inkomen) en bij ouderen die geen moeite hebben met rondkomen is een lager percentage kwetsbaar dan bij ouderen met een lagere sociaaleconomische status en/of wel moeite met rondkomen. In Den Haag ligt het percentage kwetsbare ouderen veel hoger in wijken met achterstand dan in wijken zonder achterstand.

Meer informatie over de gezondheid en leefstijl van volwassenen en ouderen in Haaglanden is te vinden op <https://gezondheidsmonitor.ggdhaaglanden.nl>

De Gezondheidsmonitor Haaglanden geeft inzicht in de gezondheidssituatie van de inwoners van Haaglanden. De gegevens in de Gezondheidsmonitor komen uit diverse bronnen. Een belangrijke bron is de Gezondheidsenquête 2016 over gezondheid en leefstijl die GGD Haaglanden in het najaar van 2016 heeft uitgevoerd onder ruim 19.000 volwassenen van 19 jaar en ouder in de regio Haaglanden. Verder wordt gebruikgemaakt van diverse landelijke en lokale registraties en van onderzoeken uitgevoerd in de regio Haaglanden.

Bron: Gezondheidsenquête 2016

Figuur 1. Percentage kwetsbare ouderen (65 jaar en ouder)



Risicoprofiel Antibioticaresistentie Holland-West

In juli 2019 is het Risicoprofiel Antibioticaresistentie (ABR) Holland-West verschenen. Dit risicoprofiel is opgesteld door het Regionaal Zorgnetwerk Holland-West. Dit is een van de tien zorgnetwerken die in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zijn opgericht om de toename van ABR tegen te gaan. Het Regionaal Zorgnetwerk Holland-West beslaat de regio van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen regio West (ROAZ) met in totaal 28 gemeenten met bijna 1,9 miljoen inwoners. Doel van het zorgnetwerk is om de samenwerking tussen zorgpartijen in de regio te stimuleren, transparantie en communicatie tussen instellingen te bevorderen, regionale risico's op het gebied van ABR in beeld te brengen, infectiepreventie op een hoger peil te brengen en gepast voorschrijven van antibiotica te stimuleren.*

Het risicoprofiel geeft een overzicht van de belangrijkste risico's op het ontstaan en de verspreiding van ABR in de

humane sector. Het geeft een breed beeld: de samenstelling van de populatie, kwetsbare groepen, zorginstellingen, antibioticagebruik, antibioticaresistentie en de risico's die door professionals zelf worden benoemd. Al deze factoren zijn van belang om de risico's op het gebied van ABR te kunnen duiden en een passende aanpak te kunnen formuleren.

De resultaten uit het risicoprofiel worden gebruikt voor het prioriteren en opzetten van activiteiten vanuit het zorgnetwerk. Daarnaast worden de resultaten ingezet als aanjager voor het gesprek met zorgprofessionals.

Het risicoprofiel is te vinden: <https://www.abrhollandwest.nl>

* Brugmans R, Zouwe N van der. **'Zorgnetwerk Antibioticaresistentie Holland West' van start.** Epidemiologische Bulletin, 2017; 52 (3): 21-25.

De Gezonde school en genotmiddelen bestaat 30 jaar!

Op donderdagmiddag 21 november 2019 wordt deze mijlpaal met alle samenwerkingspartners gevierd. Tijdens deze middag kunt u in workshops kennismaken met de allernieuwste (les)programma's, hoort u meer over de toekomstige ontwikkeling én krijgt u een terugblik op het pionierswerk van de eerste jaren. Al 30 jaar krijgt iedere nieuwe generatie leerlingen, studenten en ouders een eigentijds preventieaanbod van alcohol, tabak, drugs en gamen binnen het onderwijs. Een eigentijds aanbod, dan is het ook tijd voor een nieuwe naam en website. De lancering hiervan is op deze middag.

Datum: 21 november 2019

Locatie: Utrecht

(Bron: www.trimbos.nl)



Training: Preventie van depressie bij kinderen en jongeren

Eén op de vijf jongeren is wel eens somber of depressief, maar de signalen zijn soms lastig te herkennen en verschillen ook per leeftijd. In deze training van drie uur leert u hoe u de signalen tijdig op kunt pikken en wat u kunt doen om de ontwikkeling van een echte depressie te voorkomen.

Voor mensen die werken in het onderwijs, jeugdprofessionals in buurt- en wijkteams, maatschappelijk werkers en CJG-medewerkers en huisartsen, praktijkondersteuners en doktersassistenten.

Datum: 1 oktober 2019

Locatie: Trimbos-instituut Utrecht

Kosten: € 349,-

(Bron: www.trimbos.nl)

Congres: GGZ in de huisartsenpraktijk

Angst, oplossingsgericht werken en het KOP-model – dat is een greep uit het programma van het congres ‘GGZ in de huisartsenpraktijk’. Dit congres wordt georganiseerd door KOH (Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg) en heeft onder andere GZ-psychologen en ervaringsdeskundigen als spreker. Accreditatie: 6 punten NVvPO, V&VN, LV POH GGZ, KNMG.

Datum: 10 oktober 2019

Locatie: Eindhoven

Kosten: € 195,-

(Bron: www.trimbos.nl)

Visitatie crisisorganisatie GGD Haaglanden: een resultaat om trots op te zijn!

De crisisorganisatie van GGD Haaglanden is op 11 april 2019 gevisiteerd om te toetsen of de organisatie is voorbereid op rampen en crises. De GGD heeft ervoor gekozen om tijdens deze visitatie een crisisoefening uit te voeren: een landelijke primeur!

Doel van de oefening was dat de commissie een realistischer beeld zou krijgen van het functioneren van de crisisorganisatie en gerichter en waardevoller feedback zou kunnen geven. Bij de oefening waren medewerkers van de processen Infectieziektebestrijding, Medische Milieukunde, Gezondheidsonderzoek & Nazorg, Psychosociale Hulpverlening en Communicatie betrokken. Daarnaast heeft de commissie documenten met betrekking tot de crisisorganisatie bekeken en interviews afgenomen. Volgens de commissie voldoet GGD Haaglanden aan alle kwaliteitscriteria. Er waren complimenten voor het lef om een

oefening uit te voeren en het enthousiasme van het crisisteam. Daarnaast was men positief over de heldere visie op crisismanagement, het beleid op Opleiden, Trainen en Oefenen (OTO) en de deskundigheid en bekwaamheid van de functionarissen.

Als aanbevelingen noemt de commissie het verder uitwerken van de crisiscommunicatie, het uitwerken van een zorgrisicoprofiel, het invoeren van een OTO-portfolio en het verder investeren in samenwerking met de GHOR en Bevolkingszorg. De meeste aanbevelingen waren al bekend en acties ter verbetering reeds ingezet.

Als zorginstelling is de GGD wettelijk verplicht om voorbereid te zijn op crises, rampen en calamiteiten en over een crisisorganisatie te beschikken die 24/7 inzetbaar is. Het Regionale Overleg Acute Zorg (ROAZ) voert elke vier jaar een visitatie uit aan de hand van landelijke kwaliteitscriteria, het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO versie 2.0.

GGD kernboodschappen voor beleid 2018

In het najaar van 2018 heeft GGD Haaglanden voor alle negen gemeenten kernboodschappen voor beleid opgesteld. Een kernboodschap is een beleidsadvies met een gezondheids-thema als vertrekpunt en heeft vervolgens vaak een bredere scope. Gezondheidsbeleid is namelijk het meest effectief als het gekoppeld is aan andere beleidsterreinen zoals jeugd en ruimtelijke ordening, waarbij de gezondheid in beeld blijft. De thema's van de kernboodschappen zijn bepaald op basis van de Gezondheidsmonitor 2018, landelijke en lokale ontwikkelingen en op basis van lokale (gemeentelijke) keuzes. Gemeenten gebruiken de kernboodschappen voor verdere uitwerking en/of evaluatie van (bestaand) beleid, opstellen van nieuw beleid en actieplannen.

De kernboodschappen zijn geplaatst in het perspectief van de gehele levenslijn van -9 maanden tot 99+ jaar, want 'iedere inwoner zijn leven lang gezond mee laten doen', dat is het streven. Bij het schrijven van de kernboodschappen is het gedachtengoed van Positieve Gezondheid (iph.nl) meegenomen. Daarbij ligt de focus op de mogelijkheden die mensen hebben om met ziekten, beperkingen en tegenslagen om te gaan en niet slechts op het ontbreken van ziektelast.

Op basis van de in maart 2018 online verschenen Gezondheidsmonitor GGD Haaglanden zijn - na overleg tussen de GGD en de negen gemeenten - de gezondheidsthema's per gemeente bepaald. Het thema Genotmiddelen werd het

vaakst gekozen (acht gemeenten). Gezond gewicht, Eenzaamheid en Leefomgeving werden ieder door zes gemeenten gekozen.

In de kernboodschappen zijn ook landelijke ontwikkelingen en speerpunten meegenomen zoals het nationaal Preventieakkoord (NPA) en de Omgevingswet.

Na toetsing van de opgestelde concepten door gemeente-ambtenaren op feitelijke gemeentelijke informatie, waren de definitieve kernboodschappen een feit.

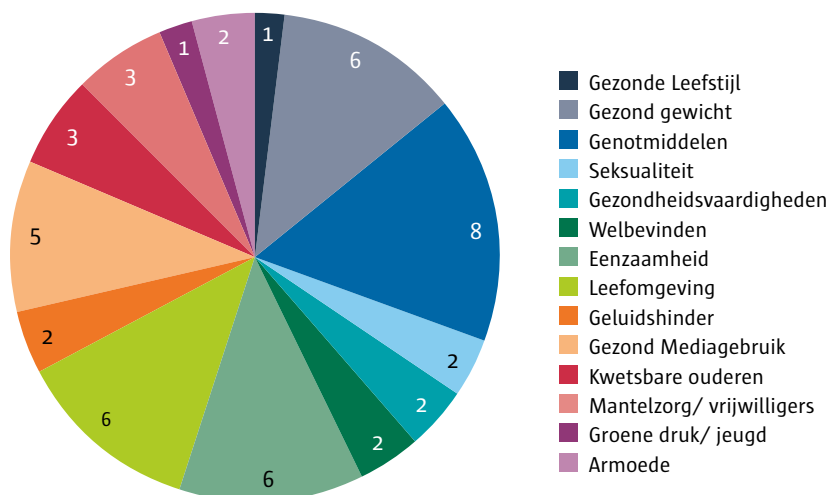
Tijdens een werkbezoek per gemeente heeft de Directeur Publieke Gezondheid de kernboodschappen overhandigd aan de betrokken wethouder. Dit ging gepaard met een korte presentatie over de gezondheid van de inwoners in de betreffende gemeente.

De negen werkbezoeken zijn zeer positief ontvangen en waren aanleiding voor verdere afspraken en GGD-presentaties over de kernboodschappen en positieve gezondheid. Zo werd in Midden-Delfland een presentatie gehouden voor het preventienetwerk en in Wassenaar en Zoetermeer voor de gemeenteraadscommissie.

Na de werkbezoeken zijn de kernboodschappen geplaatst op de website van de Gezondheidsmonitor en zo voor iedereen toegankelijk.

<https://gezondheidsmonitor.ggdhaaglanden.nl/kernboodschappen/>

Thema's Kernboodschappen en het aantal gemeenten dat deze koos.



Middagsymposium Hoarding en Woningvervuiling

Overvolle woningen en tuinen die zo vies zijn, dat het een gevaar is voor de bewoner en zijn omgeving. Zowel de fysieke als psychische gezondheid kunnen bedreigd worden, maar ook brand vormt een groot risico. Iedere gemeente is verplicht om zorg te bieden in deze situaties, ook als daar niet om gevraagd wordt.

Er is de laatste jaren steeds meer aandacht voor hoarding en woningvervuiling, maar hoe ga je als professional om met deze problematiek? Hoe zorg je voor een goede benadering van hoarders en woningvervuilers en welke fasen worden doorlopen in het proces van behandeling? Het Leids Congresbureau organiseert een middagsymposium waarbij

wordt ingegaan op bovenstaande vragen en waarin deelnemers ervaringen en kennis kunnen delen.

Voor professionals, beleidsmakers, managers en andere betrokkenen werkzaam in de (O)GGz, bij politie, welzijnsorganisaties, GGD's, gemeenten en woningcorporaties.

Datum 26 september 2019

Locatie: Utrecht

Kosten: € 235,-

(Bron: ggdghorkennisnet.nl)

Cursussen NSPOH

De Netherlands School of Public & Occupational Health is gespecialiseerd in onderwijs op (post)academisch niveau en biedt opleidingen en trajecten aan professionele organisaties op het brede terrein van maatschappij en gezondheid, arbeid en gezondheid en sociale zekerheid.

De komende maanden organiseert NSPOH onder andere de volgende cursussen/bijeenkomsten.

De onderzoeker in het complexe veld van de publieke gezondheid

Elke onderzoeker in de publieke gezondheid wil niet alleen goed zijn in onderzoek doen, maar ook dat het onderzoek impact heeft en aansluit bij de vraag van gemeenten. Dat vraagt om heldere doelen, zowel van de onderzoeker als van anderen. In deze tweedaagse module leert u hoe u een krachtenveldanalyse maakt en doorvertaalt naar een sterke strategie.

Voor epidemiologen en onderzoekers in de publieke gezondheid.

Data: 5 en 12 november 2019

Locatie: Utrecht

Kosten: € 790,-

Privacybewustzijn voor professionals

Wie privacyrisico's voor de patiënt/cliënt wil vermijden en de collega's daarin mee wil krijgen, leert in deze module een privacybewustwordingsproces op te zetten in de eigen organisatie.

Voor professionals in public en occupational health.

Datum: 13 november 2019

Locatie: Utrecht

Kosten: € 395,-

Ethiek in de publieke gezondheidszorg

Deze module leert hoe beleid en ethiek in de publieke gezondheidszorg te combineren is. U leert over zorgethiek en methoden om morele afwegingen te kunnen maken.

Voor professionals in de public health, beleidsmedewerkers en leidinggevenden die meer willen weten over ethiek in de publieke gezondheidszorg.

Datum: 20 november 2019

Locatie: Utrecht

Kosten: € 395,-

Inlichtingen over alle cursussen en opleidingen bij NSPOH: www.nspoh.nl, tel: 030 - 8100 500, e-mail info@nspoh.nl.



Beyond the NHS – Addressing the root causes of poor health

Begin juni presenteerde het Britse Center for Progressive Policy (CPP) het rapport **'Beyond the NHS (National Health Services) – Addressing the root causes of poor health'**.

Het rapport is de uitkomst van jarenlang onderzoek naar de toekomst van gezondheidszorg en sociale zorg in het Verenigd Koninkrijk. De onderzoekers stellen dat een radicale koerswijziging nodig is om te komen tot een sociaal gezondheidsmodel. De grootste sociaaleconomische uitdagingen zijn ook de grootste gezondheidsuitdagingen: van slechte huisvesting tot steekincidenten, van het ontberen van vaardigheden tot armoede onder werkenden en dakloosheid.

Het rapport toont een berekening dat zo'n 80 miljoen levensjaren verloren zijn gegaan als gevolg van ongelijkheid in onderwijs, inkomen, werkgelegenheid, criminaliteit en huisvesting in Engeland. Ook laat de CPP-analyse zien hoe sociaaleconomische ongelijkheid op lokaal niveau leidt tot afname van levensverwachting en de tijd die in een goede gezondheid wordt doorgebracht. Zo zullen mensen die in Hull wonen gemiddeld 4,2 jaar korter leven door factoren als werkloosheid (1,1 jaar), inkomen (0,6 jaar), onderwijs (1,7 jaar), criminaliteit (0,4 jaar) en huisvesting (0,2 jaar). Op dit kritieke moment is het belangrijk om af te wijken van de enge definitie van gezondheid die alleen betrekking heeft op het werk van de NHS. Het is het dringend nodig om het gezondheidsbeleid te heroriënteren op het aanpakken van de diepgewortelde sociaaleconomische oorzaken die leiden tot een slechte gezondheid.

Het rapport geeft praktische suggesties voor een betere integratie van de sociaaleconomische aspecten in het gezondheidsbeleid en omgekeerd en zet uiteen hoe een sociaal gezondheidsmodel eruit zou kunnen zien. Het is gebaseerd op vijf overkoepelende thema's:

- Meer overheidsuitgaven voor niet-gezondheidsgerelateerde functies en een deel van het budget voor gezondheidspreventie besteden aan het aanpakken van de sociale determinanten van slechte gezondheid.
- Overheidsafdelingen op nationaal en lokaal niveau stellen gezondheid op de eerste plaats bij het ontwikkelen van het overheidsbeleid en het evalueren van de impact.
- Voorvechters benoemen voor de inbedding van sociale determinanten van gezondheid op nationaal (CMO) en lokaal niveau (volksgezondheidsdirecteuren).
- Een serieuze rol voor de NHS als 'anker-instituut', vooral op armere plaatsen.
- Grotere bevoegdheden en middelen voor lokale gebieden om diepgewortelde deprivatie in moeilijk bereikbare gemeenschappen aan te pakken.

Het rapport is te vinden op <https://www.progressive-policy.net/publications/beyond-the-nhs-addressing-the-root-causes-of-poor-health>

NKOP symposium 2019 over Ouderenpsychiatrie

Dit jaar organiseert het Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie (NKOP) wederom hét symposium waarbij de laatste ontwikkelingen en inzichten op het gebied van de ouderenpsychiatrie worden gepresenteerd en bediscussieerd.

Datum: 14 november 2019

Locatie: Tilburg

De kosten € 275,-.

Voor medewerkers van de NKOP-leden geldt dat één medewerker gratis deel kan nemen en vervolgens per deelnemer € 190,-.

(Bron: www.trimbos.nl)



Symposium Suïcidepreventie Den Haag

Op dinsdag 29 oktober 2019 organiseert Suïcideprogramma Nazorgprogramma Haaglanden (SuNa) het middagsymposium 'Suïcidepreventie Den Haag'.

Suïcidepogingen komen regelmatig voor. Na een suïcidepoging is het risico op herhaling groter. Goede nazorg is essentieel, het kan herhaling voorkomen. Mensen die bij de crisisdienst of op de eerste hulp van Den Haag zijn geweest in verband met een suïcidepoging, worden aangemeld bij casemanagers van SuNa. Het doel van SuNa is te voorkomen dat patiënten na een suïcidepoging tussen wal en schip terechtkomen en opnieuw een suïcidepoging doen of suïcide plegen. SuNa biedt nazorg en een vangnet voordat hulpverlening is ingezet, leidt de patiënt toe naar passende zorg en/of draagt eraan bij dat de patiënt in zorg blijft. SuNa Haaglanden is onderdeel van Indigo Haaglanden.

Het symposium op 29 oktober duurt van 13.00 uur tot 18.00 uur en vindt plaats in Den Haag.

Meer informatie omtrent het programma en de locatie volgt binnenkort op www.indigowest.nl.

Symposia Stichting Transmurale zorg

Stichting Transmurale zorg organiseert twee symposia, namelijk 'Patiënt en Innovatie' en 'Dementie en diversiteit'.

In 2019 bestaat Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. 20 jaar. In die tijd heeft de regio grote stappen gemaakt in de transmurale samenwerking.

Al 20 jaar speelt Stichting Transmurale Zorg een rol in het inspireren en verbinden van de regio. Dit willen zij graag samen met de partners uit de regio vieren tijdens het symposium 'Patiënt en Innovatie' op maandag 16 september 2019. Er zijn drie interessante sprekers bereid gevonden om iets te komen vertellen.

Voor informatie en aanmelding: <https://transmuralezorg.nl/agenda/symposium-patient-en-innovatie/>

Op 14 november organiseert Stichting Transmurale Zorg een symposium over dementie en culturele diversiteit. Met sprekers van het NIDI-KNAW, Pharos en het LUMC belooft het een mooi programma te worden. Uitgangspunt van het symposium is een handreiking te bieden aan zorg- en welzijnsprofessionals en vrijwilligers in de Haagse regio. Hierbij wordt voortgebouwd op de vorige symposia en wordt verdieping geboden van al eerder gepresenteerde thema's. Professionals en vrijwilligers worden geïnspireerd en gevoed met informatie om bij thuiswonende mensen met geheugenproblemen uit verschillende culturen dementie te signaleren en passende ondersteuning en begeleiding te organiseren en te bieden voor hen en hun mantelzorgers.

Voor informatie en aanmelding: <https://transmuralezorg.nl/agenda/symposium-dementie-culturele-diversiteit/>

Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 1e kwartaal 2019

Ziekte	1e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren		
	1e kwartaal 2019	1e kwartaal 2018	1e kwartaal 2017
A-ZIEKTEN			
MERS-CoV			
Pokken			
Poliomyelitis anterior acuta			
SARS			
Virale haemorrhagische koorts			
B-ZIEKTEN			
(humane infectie) avaire influenza			
Difterie			
Pest			
Rabiës (hondsdolheid)			
Tuberculose	17	19	21
Buiktyfus		2	
Cholera			
Hepatitis A		5	4
Hepatitis B acuut en chronisch	40	33	42
Hepatitis C acuut	1	1	3
Hepatitis C chronisch	10		
Kinkhoest	86	42	83
Mazelen	5		
Paratyfus A,B,C	2	1	
Rubella			
STEC (E.coli)	0	8	
Shigellose	12	10	8
Invasieve GAS	10	4	8
Voedselinfectie	1		
C-ZIEKTEN			
Antrax (miltvuur)			
Bof	1	1	2
Botulisme			
Brucellose	1		
Ziekte van Creutzfeld-Jakob klassiek		1	1
Ziekte van Creutzfeld-Jakob variant			
Gele koorts			1
Invasieve Hib	1	1	
Hantavirusinfectie			



Vervolg overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 1e kwartaal 2019

Ziekte	1e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren		
	1e kwartaal 2019	1e kwartaal 2018	1e kwartaal 2017
A-ZIEKTEN			
Legionellose	5	5	2
Leptospirose			
Listeriose		2	2
Malaria	3	3	9
Meningokokkose	3	8	13
MRSA-infectie (cluster buiten ziekenhuis)			
Invasieve pneumokokken (bij kinderen)	2	2	2
Psittacose	1		1
Q koorts			
Tetanus			
Trichinose			
West-Nilevirus			
Zikavirus			2
Totaal	201	148	204

Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 2e kwartaal 2019

Ziekte	2e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 2e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	2e kwartaal 2019	2e kwartaal 2018	2e kwartaal 2017	1e t/m 2e kwartaal 2019	1e t/m 2e kwartaal 2018	1e t/m 2e kwartaal 2017
A-ZIEKTEN						
MERS-CoV						
Pokken						
Poliomyelitis anterior acuta						
SARS						
Virale haemorrhagische koorts						
B-ZIEKTEN						
(humane infectie) avaire influenza						
Difterie						
Pest						
Rabiës (hondsdolheid)						
Tuberculose	13	25	11	30	44	32
Buiktyfus	1	1		1	3	
Cholera						
Hepatitis A		3	9		8	13
Hepatitis B acuut en chronisch	28	36	41	68	69	83
Hepatitis C acuut		2		1	3	3
Hepatitis C chronisch	15			25		
Kinkhoest	120	58	81	206	100	164
Mazelen	1	1	2	6		
Paratyfus A,B,C				2	2	2
Rubella						
STEC (E.coli)	7	4		7	12	
Shigellose	16	2	15	28	12	23
Invasieve GAS	11	2	6	21	6	14
Voedselinfectie	1		2	2		2
C-ZIEKTEN						
Antrax (miltvuur)						
Bof	2			3	1	2
Botulisme						
Brucellose				1		
Ziekte van Creutzfeld-Jakob klassiek	1	1		1	2	1
Ziekte van Creutzfeld-Jakob variant						
Gele koorts						1
Invasieve Hib	1		1	2	1	1
Hantavirusinfectie						



Vervolg overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 2e kwartaal 2019

Ziekte	2e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 2e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	2e kwartaal 2019	2e kwartaal 2018	2e kwartaal 2017	1e t/m 2e kwartaal 2019	1e t/m 2e kwartaal 2018	1e t/m 2e kwartaal 2017
A-ZIEKTEN						
Legionellose	3	7	2	8	12	4
Leptospirose			1			1
Listeriose		1	3		3	5
Malaria	8	3	5	11	6	14
Meningokokkose	4	2	1	7	10	14
MRSA-infectie (cluster buiten ziekenhuis)						
Invasieve pneumokokken (bij kinderen)			1	2	2	3
Psittacose	3		2	4		3
Q koorts						
Tetanus						
Trichinose						
West-Nilevirus						
Zikavirus						1
Totaal	235	148	183	436	296	386

Infectieziekten gemeld door instellingen 1e en 2e kwartaal in 2019

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de meldingen door instellingen in het eerste half jaar van 2019. 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.

Scenario	Kinder-opvang	Onderwijs-instelling	Vluchtelingen-opvang	AWBZ zorginstelling	Ziekenhuis	Eindtotaal
Huiduitslag/exanthenen	39	9	1	1		50
Impetigo (krentenbaard)	8	1				9
Gastro-enteritis	10			20	2	32
Schimmelinfectie		1				1
Luchtweginfectie	4	1		4		9
Anders*	1			1		2
Influenza(-achtig) ziektebeeld	2			10		12
Eindtotaal	64	12	1	36	2	115

* Anders = hoofdluis, meningitis.



Meldingen infectieziekten

Kinkhoest

Het eerste half jaar van 2019 toont een verdubbeling van het aantal meldingen van kinkhoest ten opzichte van het eerste half jaar van 2018. Vanaf 2016 ging het aantal meldingen van kinkhoest in de regio van GGD Haaglanden omlaag. Met de stijging van de eerste helft van dit jaar is het aantal terug op het niveau van het jaar 2016.

Kinkhoest wordt veroorzaakt door de kinkhoestbacterie. Nog niet of onvoldoende gevaccineerde zuigelingen vormen de belangrijkste risicogroep voor deze ziekte. Bij deze zuigelingen is er risico op een ernstige kinkhoestinfectie, die mogelijk een dodelijke afloop kan hebben. Pas als zuigelingen drie vaccinaties tegen kinkhoest hebben gehad en dus ongeveer een half jaar oud zijn, heeft de zuigeling een redelijke bescherming tegen kinkhoest opgebouwd.

Vanwege het grote risico voor nog niet of ongevaccineerde zuigelingen, heeft de Gezondheidsraad geadviseerd om zwangeren te vaccineren tegen kinkhoest. Dit wordt de maternale kinkhoestvaccinatie genoemd. Middels het vaccineren van zwangeren worden bij de aanstaande moeders hoge concentraties antistoffen tegen kinkhoest opgewekt. Via placenta en navelstreng bereiken deze antistoffen de ongeboren baby. Als de baby geboren wordt zijn er hoge concentraties antistoffen tegen kinkhoest in het bloed van de pasgeborene aanwezig. Hierdoor heeft de zuigeling in de eerste maanden na de geboorte een hoge mate van bescherming tegen kinkhoest. Een voorwaarde hierbij is wel dat de bevalling pas minimaal twee weken na de vaccinatie van de zwangere plaatsvindt: dan zijn de concentraties antistoffen zodanig hoog dat er voldoende antistoffen worden overgedragen aan de ongeboren baby. De optimale periode voor de maternale kinkhoestvaccinatie is een zwangerschapsduur tussen 28 en 32 weken.

Op basis van het advies van de Gezondheidsraad is de overheid bezig deze maternale kinkhoestvaccinatie te implementeren. Getracht wordt om dit voor het eind van 2019 te realiseren. Vooruitlopend op deze implementatie zijn er al veel zwangeren die zich,

weliswaar op eigen kosten, laten vaccineren met het kinkhoestvaccin via de GGD of de huisarts.

Meningokokkose

Ten opzichte van het eerste half jaar van 2018 is het aantal meldingen van meningokokkenziekte in het eerste half jaar van 2019 teruggelopen. In de eerste helft van 2018 waren het er 10 en in de eerste helft van 2019 betrof het 7 meldingen. Van deze 7 meldingen betrof het 4x serogroep B, 1x serogroep Y en 2x was de serogroep niet typeerbaar. In 2018 zag de serogroepverdeling er anders uit. Toen was bijna de helft serogroep B en bijna de andere helft serogroep W.

Landelijk is in 2018 vanwege de toename van het aantal gevallen van meningokokkose door serogroep W gestart met de meningokokken ACWY-vaccinatie. Op de leeftijd van 14 maanden en 14 jaar wordt deze vaccinatie gegeven om ook bescherming tegen meningokokken W op te wekken. In 2018 en 2019 worden tevens extra jaargroepen tieners gevaccineerd, zodat eind 2019 iedereen geboren tussen 2001 tot en met 2005 is opgeroepen voor de meningokokken-ACWY vaccinatie. Hiermee wordt beoogd de toename van infecties met meningokokken serogroep W tegen te gaan.

Meningokokkose wordt veroorzaakt door de meningokokkenbacterie. De meningokokkenbacteriën zijn onder te verdelen in diverse serogroepen, zoals A, B, C, W, X, Y en Z. De bacterie kan diverse ziektebeelden veroorzaken, waaronder meningitis (nekkrimp) en infectie van de bloedbaan (sepsis). Deze infecties kunnen ernstig, zelfs dodelijk, verlopen of blijvende schade aan het lichaam, zoals amputaties en hersenletsel, veroorzaken.

Vanaf de epidemische verheffing van infecties veroorzaakt door meningokokken C in 2001 en 2002 werd er in Nederland gevaccineerd met het meningokokken C-vaccin. Vanaf mei 2018 is het meningokokken C-vaccin in het Rijksvaccinatieprogramma vervangen door het meningokokken ACWY-vaccin. Dit laatste vaccin biedt bescherming tegen vier serogroepen. Er zijn ook twee vaccins tegen meningokokken serogroep B ontwikkeld. In het Rijksvaccinatieprogramma van Nederland is nog geen vaccin tegen meningokokken B opgenomen.



COLOFON

September 2019, 54^{ste} jaargang nr. 3

REDACTIE

mw. dr. G.A.M. Ariëns, GGD Haaglanden (hoofdredacteur)
mw. drs. M.P.H. Berns, GGD Haaglanden (kernredacteur)
dhr. dr. P.K. Chandie Shaw, internist, Haaglanden Medisch Centrum
mw. E.M. van Dalen (redactiesecretaris/eindredacteur)
Dhr. T. Eckhardt MSc, arts, GGD Haaglanden (kernredacteur)
dhr. drs. M. Lemmink, GGD Haaglanden
mw. dr. ir. I.M. van der Meer, GGD Haaglanden (kernredacteur)
Mw. prof.dr. C.W. Slotema, PsyQ /Erasmus Universiteit
dhr. dr. R. Starmans, huisarts
mw. drs. E. Vlagsma, GGD Haaglanden (kernredacteur)

REDACTIEADRES

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

Epidemiologisch Bulletin op internet

www.ggdhaaglanden.nl/epibul

Vormgeving

Haagsblauw

Fotografie

Martijn Beekman
Phil Nijhuis

Uitgave

GGD Haaglanden

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

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

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

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

ISSN 0921-6219



BEZOEKADRESSEN

Westeinde 128
2512 HE Den Haag

Reinier de Graafweg 5
2625 AD Delft

Croesinckplein 24-26
2722 EA Zoetermeer

POSTADRES

Postbus 16130
2500 BC Den Haag

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

www.ggdhaaglanden.nl