

# Epidemiologisch bulletin

TIJDSCHRIFT VOOR  
VOLKSGEZONDHEID EN ONDERZOEK  
IN REGIO HAAGLANDEN

JAARGANG 59

NR 2

2024



Groot deel kinderen  
in Haaglanden  
kijkt te veel naar  
beeldschermen

Huisarts ruimt op wat  
maatschappij laat vallen

Valpreventie en vitaal  
ouder worden

Gezondheid in cijfers: Vrijwilligerswerk  
door volwassenen en ouderen

Meldingen infectieziekten  
1e kwartaal 2024

# IN DIT NUMMER

<b>Redactioneel</b>	<b>3</b>
<i>Irene van der Meer</i>	
<b>Beeldschermgebruik bij (jonge) kinderen in regio Haaglanden</b>	<b>4</b>
<i>Linda Pluymen, Michiel van den Dries, Vasanthi Iyer, Marijke Peters-Koning, Jeroen Dikken</i>	
<b>‘De huisarts ruimt op wat de maatschappij laat vallen’ – Interview met huisarts en epidemioloog Paul Uitewaal</b>	<b>13</b>
<i>Marlies Wopereis</i>	
<b>Vitaal ouder worden: valpreventie</b>	<b>18</b>
<i>Maartje Keetman, Ilse Volkstedt, Bernadette Bos</i>	
<b>Hoe werken we in GGD-regio Haaglanden aan het Integraal Zorgakkoord (IZA)</b>	<b>26</b>
<i>Irene van der Meer, Jessica Michgelsen</i>	
<b>Gezondheid in cijfers: Vrijwilligerswerk door volwassenen en ouderen</b>	<b>32</b>
<b>Korte berichten</b>	<b>33</b>
<b>Meldingen infectieziekten 1e kwartaal 2024</b>	<b>39</b>

Wilt u reageren op deze uitgave van het Epidemiologisch Bulletin?

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

# Redactioneel



De in ontwikkeling zijnde technologieën maken het ons zo makkelijk om steeds meer en steeds efficiënter gebruik te maken van beeldschermen. U leest dit Bulletin waarschijnlijk ook online. Dat terwijl het eerste artikel gaat over de negatieve effecten van te veel beeldschermgebruik, specifiek bij kinderen.

GGD Haaglanden, Jeugdgezondheidszorg (JGZ) Den Haag, Jeugdgezondheidszorg Zuid-Holland West, en de Haagse Hogeschool brachten in kaart welk deel van de jeugd in de regio Haaglanden voldoet aan de norm voor beeldschermgebruik. Kent u die norm? Zegt de getallenreeks 20-20-2 u iets? Veel ouders weten niet wat te veel beeldschermgebruik is voor kinderen. En vast ook niet wat de richtlijnen voor zichzelf zijn. Vaak heb ik de neiging om de stelling ‘mensen moeten meer kennis hebben’ te nuanceren. Omdat er vaak al veel kennis is, en meer kennis dus niet de ingang is voor het verbeteren van gezondheid en welzijn. Dat gaat niet op voor het onderwerp beeldschermgebruik. Een resultaat uit dit onderzoek is dat kennis hierover ontoereikend is. Vanuit verschillende kanten heb ik dit ook bevestigd gekregen. Kunt u zelf makkelijk achterhalen wat de norm voor beeldschermgebruik is? Ik ga ervan uit dat het artikel u hierover in ieder geval helderheid verschaft.

In dit Bulletin staat ook een mooi interview met Paul Uitewaal, die met pensioen gaat. Paul was jarenlang werkzaam als huisarts, gecombineerd met een baan als onderzoeker bij de GGD. Als persoon verbond hij op die wijze de praktijk aan het onderzoek. Maar ook, en dat illustreert het interview heel goed, de wereld van de eerste lijnszorg (huisarts) en de nuldelijnszorg (GGD). Hij paste al jaren toe wat nu vernieuwend lijkt, onder andere ten aanzien van de ontwikkelingen

binnen het Integraal Zorgakkoord (IZA). De poster van Loesje waarop staat ‘dat het veel lekkerder dweilen is als je weet dat er ondertussen tenminste iemand probeert de kraan te repareren’, was voor hem dan ook heel herkenbaar ([www.loesje.nl](http://www.loesje.nl)).

En hoe zit het dan met dat Integraal Zorgakkoord (IZA)? Daarop proberen mijn collega Jessica Michgelsen en ik antwoord te geven. Er speelt veel en veel hangt met elkaar samen. ‘Ik snap daar helemaal niets van’ horen wij dan ook regelmatig. Het artikel over hoe we in GGD-regio Haaglanden werken aan het IZA is een poging om dit inzichtelijk te maken. Heeft u aanvullingen of interessante andere zienswijzen? Laat het de redactie weten!

Gerelateerd aan het IZA, maar ook aan het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), is de Ketenaanpak Valpreventie. Vallen is te voorkomen en dat is zinvol, want het kost ouderen en hun naasten veel kwaliteit van leven en de maatschappij geld. Ik hoop dat we vaker zicht kunnen geven op dit soort ontwikkelingen. Niet alleen om te erkennen wat daar allemaal bij komt kijken, maar ook om duidelijk te maken hoe ingewikkeld de opgave is om al die verschillende aspecten en partijen in de keten aan elkaar te verbinden.

Veel leesplezier!

*Irene van der Meer*  
hoofdredacteur



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

# Beeldschermgebruik bij (jonge) kinderen in regio Haaglanden

Een groot deel van de kinderen in regio Haaglanden overschrijdt de huidige richtlijnen van beeldschermgebruik. Dat blijkt uit onderzoek dat GGD Haaglanden en de Haagse Hogeschool uitvoerden. Ouders en kinderen hebben onvoldoende kennis over de richtlijnen voor en de gevolgen van te veel beeldschermgebruik en ontvangen hierover graag meer informatie. De jeugdgezondheidszorg (JGZ) kan meer inzetten op individuele preventie door het onderwerp beeldschermgebruik met de ouder(s) van jonge kinderen te bespreken. Daarnaast blijven collectieve preventie in de vorm van landelijke campagnes en gemeentelijke initiatieven belangrijk om overmatig beeldschermgebruik te verminderen en buitenspelen te stimuleren, en daarmee gezondheidsgevolgen te voorkomen.

Linda Pluymen, Michiel van den Dries, Vasanthi Iyer, Marijke Peters-Koning, Jeroen Dikken

## Beeldschermgebruik door kinderen toegenomen

We leven in een digitaal tijdperk. Zowel het digitale media-aanbod, als de keuze aan schermen waarmee digitale media bekeken kunnen worden, zijn de laatste jaren flink uitgebreid. Van alle digitale media-activiteiten kijken 0- tot 6-jarige kinderen het meest naar programma's en filmpjes op televisie, via kanalen als Netflix, YouTube of Disney+, gevolgd door filmpjes kijken en spelletjes spelen op de telefoon, tablet of spelcomputer. [1] Kinderen van 7 t/m 12 jaar besteden de meeste tijd aan gamen, YouTube, tv-programma's, series en films (on demand) en social media. De (smart)televisie en smartphone zijn de meest gebruikte apparaten. YouTube is het favoriete medium van kinderen, gevolgd door TikTok. [2]

Zowel in Nederland als internationaal is het beeldschermgebruik door jonge kinderen flink toegenomen, mede door de COVID-19-pandemie. [3] In een landelijke steekproef die in 2023 onder ruim 1.000 ouders is uitgevoerd, gaf 25% van de ouders van 0- tot 1-jarigen aan dat hun kind minstens 2 uur per dag naar een beeldscherm kijkt. Gemiddeld besteden Nederlandse kinderen van 0 tot 6 jaar 100 minuten

per dag aan digitale media. [1] Kinderen van 7 t/m 12 jaar maken volgens hun ouders gemiddeld iets meer dan 3 uur per dag gebruik van beeldschermen. Dat is veel meer schermtijd dan wat nationale (Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg - NCJ) en internationale (World Health Organization - WHO) richtlijnen aanbevelen (zie kader). [3], [4]

### Adviezen WHO en NCJ voor beeldschermtijd bij jonge kinderen

#### Schermtijd

- **0 tot 2 jaar:** zo min mogelijk;
- **2 tot 5 jaar:** maximaal 1 uur per dag;
- **Vanaf 5 jaar:** maximaal 2 uur per dag.

#### 20-20-2-regel

Voor kinderen van 4 tot 18 jaar adviseert het NCJ ook de 20-20-2-regel:

Kijk na 20 minuten schermtijd minimaal 20 seconden in de verte en ga minstens 2 uur per dag naar buiten om te spelen of te sporten.





Foto: Shutterstock

## Negatieve gevolgen

Te veel schermtijd bij jonge kinderen is in verband gebracht met negatieve gezondheidsuitkomsten, zoals een hoger risico op obesitas [5], verminderd psychologisch welbevinden [6], [7] en cognitieve ontwikkelingsachterstanden. [8] Amerikaans onderzoek onder ruim 40.000 kinderen van 2-17 jaar, toont aan dat kinderen die minstens 4 uur per dag naar een beeldscherm kijken, minder nieuwsgierig en sneller afgeleid zijn. Ook hebben zij meer moeite met vrienden maken en het voltooien van taken, dan kinderen die minder lang naar een beeldscherm kijken. [7] In een studie waarbij kinderen over langere tijd gevolgd werden, scoorden kinderen die op 2- en 3-jarige leeftijd langdurig naar een beeldscherm keken, slechter op cognitieve uitkomstmaten toen ze 3 en 5 jaar waren, dan kinderen die korter naar een beeldscherm keken. [8]

Daarnaast is overmatige schermtijd in verband gebracht met verminderde taalontwikkeling [9] en een kortere slaapduur. [10] Een slaapttekort bij jonge kinderen kan vervolgens leiden tot emotionele en gedragsproblemen en ongevallen. [11], [12], [13] Te veel schermtijd kan tevens leiden tot minder interactie tussen ouder en kind, wat gevolgen kan hebben voor de hechting. [14]

Jeugdartsen maken zich met name zorgen over de blootstelling van jonge kinderen aan ‘dichtbij-schermen’ zoals smartphones en tablets. Steeds vaker moeten zij kinderen doorverwijzen naar de oogspecialist, omdat er twijfels zijn over het zicht. Myopie (bijziendheid) is de snelst toenemende oogafwijking wereldwijd. Het ontstaat in de jeugd, vooral bij kinderen tussen de 13 en 15 jaar. De oorzaak van myopie is complex. Bezigheden waarbij het kind naar een punt dicht bij de ogen kijkt, zoals naar een smartphone of tablet, is een belangrijke risicofactor. [15]

Ouders spelen een grote rol in het blootstellen van hun (jonge) kinderen aan beeldschermen. Zij geven vaker een beeldscherm aan hun kind wanneer ze geen vertrouwen hebben in hun eigen opvoedvaardigheden, of als ze er in de opvoeding alleen voor staan. [16] De voornaamste redenen waarom ouders hun kind gebruik laten maken van een beeldscherm, zijn volgens de eerdergenoemde steekproef: voor plezier en rust voor het kind, om als ouder zelf even iets te kunnen doen of te kunnen rusten, en zodat het kind iets kan leren. Ongeveer de helft van de ouders vindt het moeilijk om het goede voorbeeld te geven met hun eigen digitale mediagebruik. [1]



## Hoe is de situatie in Haaglanden?

Tot nu toe zijn er alleen kleine steekproeven onder jonge Nederlandse kinderen uitgevoerd om het hedendaagse beeldschermgebruik, inclusief media als smartphones en tablets, in kaart te brengen. Of die cijfers representatief zijn voor de regio Haaglanden, is onduidelijk.

In Haaglanden worden alle kinderen regelmatig uitgenodigd door de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Tot 4 jaar zijn kinderen en hun ouders welkom op het consultatiebureau. Daarna zijn er nog 2 contactmomenten, namelijk wanneer een kind 6 en 10 jaar oud is. JGZ-professionals hebben de belangrijke taak om ouders te adviseren over een gezonde leefstijl voor hun jonge kind. Beeldschermgebruik wordt echter niet standaard uitgevraagd. In het kader van de Kindmonitor, die jaarlijks wordt uitgevoerd door de afdeling Epidemiologie en Beleidsadvies van GGD Haaglanden, hebben de 2 JGZ-organisaties in Haaglanden, JGZ Zuid-Holland West (ZHW) en het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) Den Haag, 1 jaar lang (van oktober 2022 tot en met september 2023) het beeldschermgebruik van kinderen geregistreerd. In dezelfde periode deden studenten van de opleiding Verpleegkunde van de Haagse Hogeschool (HHS) op een aantal JGZ-locaties in Haaglanden, ook onderzoek naar het beeldschermgebruik van kinderen. Ouders van 0- tot 4-jarige kinderen én 11- en 12-jarigen kregen een anonieme vragenlijst met vragen over 1) de hoeveelheid beeldschermgebruik, 2) redenen om een beeldscherm te gebruiken, 3) kennis over de richtlijnen voor beeldschermgebruik en 4) de behoefte aan informatie over beeldschermgebruik.

## Kindmonitor onderzoek: resultaten beeldschermgebruik

Tussen 1 oktober 2022 en 1 oktober 2023 zijn er in Den Haag op contactmomenten 14 maanden en 10 jaar, en in Haaglanden op contactmomenten 2, 3, 3,9 en 6 jaar, 45.964 kinderen verschenen. Tijdens deze contactmomenten zijn gegevens over beeldschermgebruik niet altijd geregistreerd, vanwege tijdsdruk en/ of andere prioriteiten (zoals overgewicht, vaccinatie of taalachterstand). Beeldschermdata van kinderen die buiten de regio Haaglanden wonen en/ of ouder zijn dan 12 jaar, zijn uitgesloten. Dit resulteerde in data over beeldschermgebruik van totaal 16.547 kinderen (36%).

Data waren beschikbaar voor kinderen van 0-2 jaar in Den Haag (n= 543; gem.= 1,2 jaar), voor kinderen van

2-5 jaar in alle gemeenten (n= 10.039; gem.= 3,0 jaar), voor kinderen van 6 jaar voor alle gemeenten behalve Wassenaar (n= 4.166; gem.= 5,9 jaar) en voor kinderen van 10 jaar in Den Haag (n= 1.798; gem.=10,1 jaar). Ongeveer evenveel meisjes als jongens deden mee aan het onderzoek. Zie kader voor een toelichting over de onderzoeksmethoden.

## Toelichting onderzoeksmethoden

### Kindmonitor-onderzoek

**Design:** Dwarsdoorsnede onderzoek

**Instrument:** Registratie en vragenlijst, niet-anoniem verzameld en gepseudonimiseerd aangeleverd (dat wil zeggen: niet te herleiden tot personen)

### Studiepopulatie:

- Ouders van alle kinderen van 14 maanden (alleen Den Haag), 2 jaar, 3 jaar en 3,9 jaar in Haaglanden, die een afspraak hadden bij 1 van de 13 locaties van JGZ ZHW of 1 van de 9 locaties van CJG Den Haag tussen 1 oktober 2022 en 1 oktober 2023.
- Ouders van alle kinderen van 6 jaar in Haaglanden en 10 jaar in Den Haag, die in dezelfde periode een vragenlijst van de JGZ ontvingen.

### Haagse Hogeschool onderzoek

**Design:** Dwarsdoorsnede onderzoek

**Instrument:** Anonieme vragenlijst in het Nederlands of Engels. Een vereenvoudigde versie voor kinderen

### Studiepopulatie:

- Ouders van kinderen van 0 tot 4 jaar, die een afspraak hadden bij 1 van de 3 locaties van JGZ ZHW (in Delft, Midden-Delfland en Leidschendam-Voorburg) of 1 van de 2 locaties van CJG Den Haag (Loosduinen en Leidschenveen-Ypenburg) tussen 31 oktober en 21 november 2022.
- Kinderen van 11 en 12 jaar op 1 school in Zoetermeer, die een afspraak hadden met een JGZ-verpleegkundige in het kader van het 10-jaarscontactmoment in dezelfde periode.

### Statistische analyse

Om de resultaten van beide onderzoeken te kunnen toetsen aan de richtlijnen voor beeldschermgebruik, zijn de data van 0- tot 4-jarige kinderen opgesplitst in 2 groepen: 0 tot 2 jaar en 2 tot 5 jaar. De data zijn in R Statistical Software door middel van beschrijvende statistiek geanalyseerd. [17]



### 0- tot 2-jarigen

Van de 0- tot 2-jarigen in Den Haag kijkt ongeveer de helft minder dan een half uur per dag naar een beeldscherm. Op deze leeftijd wordt zo min mogelijk beeldschermgebruik aanbevolen (zie kader Adviezen WHO en NCJ).

### 2- tot 5-jarigen

Van de 2- tot 5-jarigen in Haaglanden voldoet twee derde (68%) aan de richtlijn van maximaal 1 uur beeldschermgebruik per dag. In Midden-Delfland voldoen kinderen het vaakst aan deze richtlijn en in Den Haag het minst vaak.

### 6-jarigen

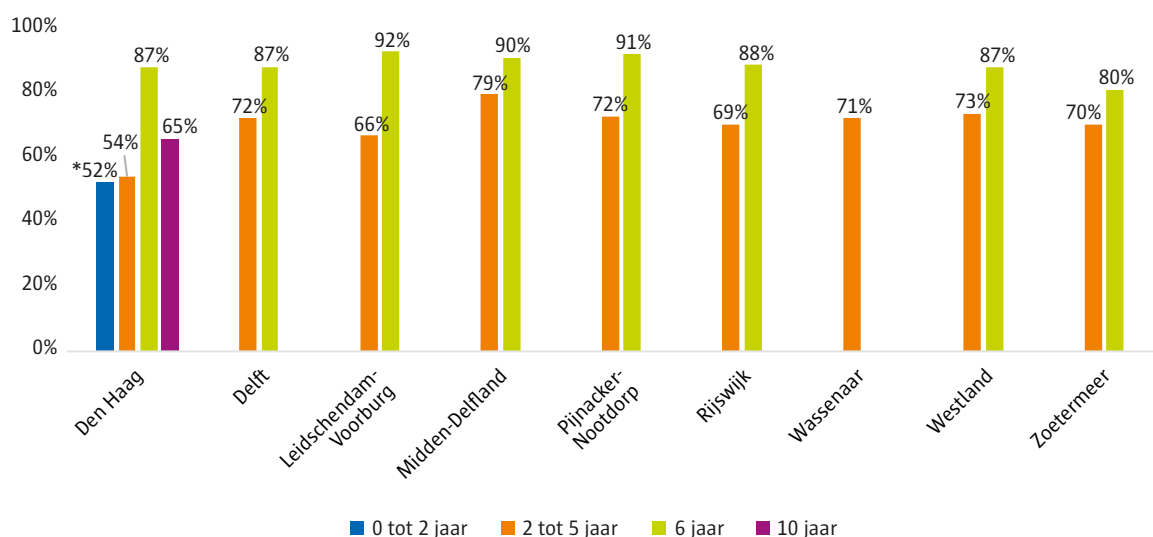
Van de 6-jarigen in Haaglanden voldoet 86% aan de richtlijn van maximaal 2 uur beeldschermgebruik per dag. In Leidschendam-Voorburg voldoen kinderen het vaakst aan deze richtlijn en in Zoetermeer het minst vaak.

### 10-jarigen

Van de 10-jarigen in Den Haag voldoet twee derde aan de richtlijn van maximaal 2 uur beeldschermgebruik per dag.

Deze én andere cijfers over beeldschermgebruik van kinderen zijn ook te vinden op de Gezondheidsgids Haaglanden: <https://gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl/mosaic/dashboard/beeldschermgebruik>.

**Figuur 1** Percentage kinderen dat voldoet aan de beeldschermrichtlijnen WHO en NCJ (op basis van JGZ-data)



\* Voor de leeftijd van 0-2 jaar is alleen bekend of kinderen minder dan 30 minuten naar een beeldscherm hebben gekeken. Informatie of deze kinderen voldoen aan de richtlijn ontbreekt.

## Onderzoeksstage Verpleegkunde aan de Haagse Hogeschool

De data in dit onderzoek zijn verzameld door studenten van de opleiding Verpleegkunde aan de HHS. Sinds 2020 staat de opleiding met afstudeeronderzoeken in dienst van een praktijkvraagstuk, waarbij uitkomsten een meerwaarde voor de praktijk hebben. [18] Het doen van individueel onderzoek is hierbij vervangen door het doen van onderzoek in groepsverband en binnen vooraf opgezette onderzoeklijnen. [19] Door het werken in een groep kunnen studenten meer onderzoeksdata verzamelen en ontstaat er ruimte voor kwaliteitsborging.

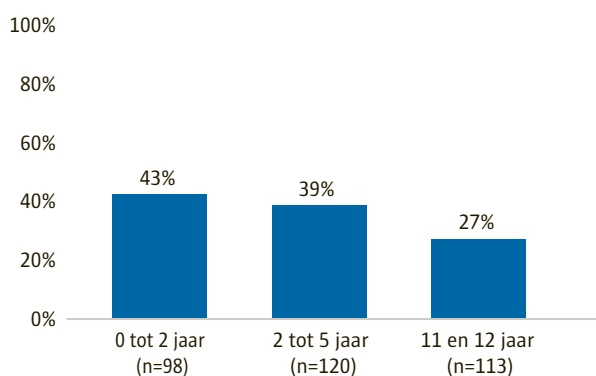
Daarnaast kunnen studenten in een groep van elkaar leren en via discussie tot beargumenteerde keuzes komen. Het helpt studenten wanneer de vraagarticulatie deels al is voorbereid door afgevaardigden uit de opleiding en de praktijk. Een goede vraagarticulatie is op zichzelf al ingewikkeld en tijdrovend en op deze manier hebben studenten meer tijd om het vraagstuk gedegen te onderzoeken. De praktijk al aan de voorkant betrekken, vergroot de kans op bruikbare data. [20]

## Onderzoek Haagse Hogeschool: resultaten beeldschermgebruik

De vragenlijst is ingevuld door 98 ouders van kinderen van 0 tot 2 jaar (gem.= 0,4 jaar) en door 120 ouders van kinderen van 2 tot 5 jaar (gem.= 3,0 jaar). Op 11- en 12-jarige leeftijd (gem.= 11,9 jaar) vulden 113 kinderen de vragenlijst zelf in. Zie voor meer informatie de kaders *Toelichting over de onderzoeksmethoden* en *Onderzoeksstage Verpleegkunde aan de Haagse Hogeschool*.

Het zich houden aan de richtlijn voor beeldschermgebruik, neemt af met de leeftijd (figuur 2). Kinderen van 0 tot 2 jaar voldoen het vaakst aan de richtlijn: iets minder dan de helft van de ouders gaf aan dat hun kind geen beeldscherm gebruikt. Kinderen van 11 en 12 jaar voldoen het minst vaak aan de richtlijn.

**Figuur 2** Percentage kinderen dat voldoet aan de beeldscherm-richtlijnen WHO en NCJ (op basis van HHS-data)



## Vermaak, afleiding en kalmering belangrijkste redenen voor beeldschermgebruik

Ouders laten hun jonge kinderen voornamelijk gebruikmaken van beeldschermen voor vermaak, afleiding en kalmering (0-2-jarigen: 49% en 2-5-jarigen: 57%). Dit wordt ook door 11- en 12-jarigen zelf als belangrijkste reden genoemd (74%). Een kwart van de jonge kinderen heeft een eigen toestel (0-2-jarigen: 4% en 2-5-jarigen: 31%). Van de 11- en 12-jarigen heeft 99% een eigen toestel.

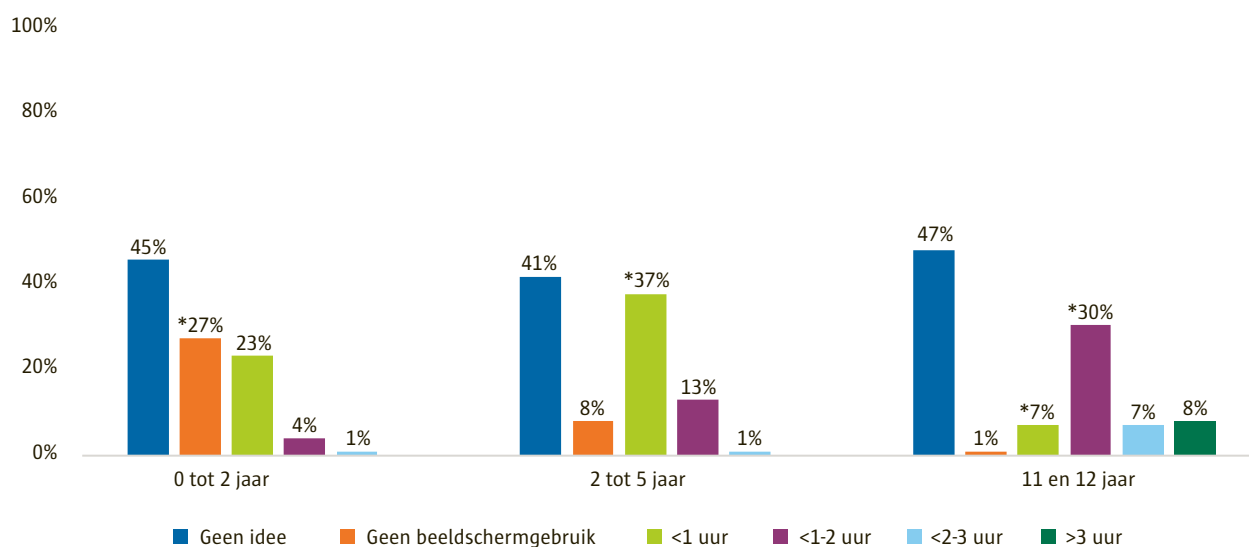
## Minder dan de helft van ouders en kinderen weet wat geadviseerde tijd beeldschermgebruik is

Veel ouders antwoordden geen idee te hebben over hoeveel beeldschermgebruik wordt geadviseerd voor hun kind (figuur 3). Ruim een kwart van de ouders van 0- tot 2-jarigen en ruim een derde van de ouders van 2- tot 5-jarigen gaf correct antwoord op de vraag hoeveel beeldscherm voor hun kind wordt geadviseerd. Van de 11- en 12-jarigen gaf bijna een derde het correcte antwoord.

## Meerderheid weet niet wat negatieve gevolgen van beeldschermgebruik zijn

De meerderheid van de ouders van jonge kinderen gaf aan niet goed bekend te zijn met de negatieve gevolgen van beeldschermgebruik (0-2-jarigen: 80% en 2-5-jarigen: 82%). Van de 11-12-jarige kinderen was 50% niet goed bekend met de negatieve gevolgen. Een groot deel van de ouders (0-2-jarigen: 76% en 2-5-jarigen: 42%) en de 11-12-jarigen (63%)

**Figuur 3** Kennis over geadviseerde beeldschermgebruik onder ouders (0- tot 5-jarigen) en 11- en 12-jarige kinderen (op basis van HHS-data)



\* Het correcte antwoord voor de betreffende leeftijdsgroep





had naar eigen zeggen nog niet eerder informatie ontvangen over beeldschermgebruik en de mogelijke gevolgen daarvan. Veel van hen hebben behoefte aan meer informatie over beeldschermgebruik (respectievelijk 72%, 72% en 71%).

### Voorkeur voor informatie door zorgverleners, internet en mensen in omgeving

Respondenten werd gevraagd naar de wijze waarop ze bij voorkeur informatie ontvangen over beeldschermgebruik. Ze beoordeelden 5 informatiebronnen op een schaal van 0 tot en met 10, waarbij 0 stond voor niet gewaardeerd en 10 voor zeer gewaardeerd. Zorgverleners, het internet en mensen in de omgeving werden het hoogst gewaardeerd (tabel 1). Respondenten hadden nauwelijks voorkeur voor een specifieke zorgverlener (jeugdverpleegkundige, jeugdarts en huisarts).

**Tabel 1** Voorkeur informatiebronnen over beeldschermgebruik volgens ouders van 0-5-jarige kinderen en 11- en 12-jarigen

Voorkeur bron:	Gemiddelde cijfer:
Internet	7,8
Boeken/tijdschriften	6,7
Mensen in mijn omgeving	7,6
Zorgverleners	8,2
Anders	7,1
Voorkeur zorgverlener:	Gemiddelde cijfer:
Jeugdverpleegkundige	7,4
Jeugdarts	7,5
Huisarts	7,3

## Conclusie

De 2 onderzoeken in regio Haaglanden laten zien dat een groot deel van de kinderen de richtlijn voor beeldschermgebruik overschrijdt. Het HHS-onderzoek laat daarnaast zien dat ouders van jonge kinderen én 11- en 12-jarige kinderen onvoldoende kennis hebben over de richtlijnen voor beeldschermgebruik en over de gevolgen van overmatig beeldschermgebruik.

Beide groepen hebben behoefte aan meer informatie over beeldschermgebruik, die ze bij voorkeur van een zorgverlener ontvangen (jeugdverpleegkundige, jeugdarts of huisarts).

Uit het Kindmonitor-onderzoek blijkt dat ongeveer de helft van de 0- tot 2-jarigen in Den Haag langer dan een half uur per dag naar een beeldscherm kijkt. Het HHS-onderzoek laat zien dat iets meer dan de helft van de 0-2-jarigen wordt blootgesteld aan beeld-

schermen. Dit komt redelijk overeen met de landelijke steekproef uitgevoerd door Netwerk Mediawijsheid, waaruit naar voren kwam dat 2 op de 3 kinderen van 0 en 1 jaar langer dan een kwartier per dag naar een beeldscherm keken. [1] Op deze leeftijd wordt zo min mogelijk beeldschermgebruik aanbevolen. [3], [4]

Uit het Kindmonitor-onderzoek blijkt dat 67% van de 2- tot 5-jarigen in Haaglanden voldoet aan de richtlijn van maximaal 1 uur beeldscherm per dag. 87% van de 6-jarigen voldoet aan de richtlijn van maximaal 2 uur beeldscherm per dag. Het HSS-onderzoek laat met 39% een lager percentage zien voor 2- tot 5-jarigen. Het is lastig om deze resultaten te vergelijken met die uit de landelijke steekproef uitgevoerd door Netwerk Mediawijsheid, omdat daarin een andere leeftijdscategorie wordt gehanteerd. Uit genoemde steekproef blijkt dat 4- tot 6-jarige kinderen gemiddeld 2 uur per dag naar een beeldscherm kijken. [1] Tot slot laat de Kindmonitor zien dat ruim 1 op de 3 (35%) 10-jarigen in Den Haag niet aan de richtlijn voldoen en meer dan 2 uur per dag naar een beeldscherm kijken. Uit de HHS-resultaten blijkt dat dit voor 73% van de 11- en 12-jarigen geldt. Ook uit de landelijke Monitor Mediagebruik blijkt dat de gemiddelde schermtijd bij 7- tot 12-jarigen langer is dan de richtlijn van maximaal 2 uur. Zo spenderen 9- en 10-jarigen gemiddeld 184 minuten en 11- en 12-jarigen 228 minuten aan gamen, het kijken van YouTube, tv-programma's, series of films, en social media en apps. [2]

Het is belangrijk om te realiseren dat niet alle kinderen van 0 tot 12 jaar worden gezien door de JGZ. Met name in kwetsbare wijken, waar relatief veel mensen met een migratieachtergrond wonen, is de opkomst lager. De resultaten uit dit onderzoek zijn daarom mogelijk niet representatief voor alle kinderen in Haaglanden. Om het beeldschermgebruik van deze moeilijk bereikbare groep kinderen in kaart te brengen en gericht preventieve maatregelen te ontwikkelen, is meer onderzoek nodig.

## Discussie

Een verklaring voor de verschillen in resultaten tussen de onderzoeken is dat het beeldschermgebruik zoals geregistreerd in het Kindmonitor-onderzoek, waarschijnlijk is onderschat. Hiervoor zijn 2 mogelijke redenen. Ten eerste was de registratie niet anoniem. Ouders werden namelijk face-to-face door JGZ-professionals bevraagd over het beeldschermgebruik van hun kind. Het vermoeden bestaat dat ouders sociaal



wenselijke antwoorden gaven. Een tweede reden is dat de totale respons slechts ongeveer een derde was. Beeldschermgebruik wordt niet standaard uitgevraagd door de JGZ, maar is in het kader van de Kindmonitor extra toegevoegd aan de consulten. Mogelijk was er bij kinderen waarbij meer problematiek speelde (bijvoorbeeld overgewicht of spraaktaalachterstand), minder tijd voor de registratie van het beeldschermgebruik.

Een gezonde digitale balans is noodzakelijk in deze tijden van digitalisering, en een maatschappelijke beweging is nodig om overmatig beeldschermgebruik te minderen en gezond gedrag via de *20-20-2-regel* te stimuleren. Dit wordt ook benadrukt door het netwerk 'Zicht op Buiten', een samenwerking van verschillende professionals en organisaties, inclusief het NCJ. Sinds 2018 houdt dit netwerk zich bezig met het in kaart brengen van het beeldschermgebruik onder kinderen, onderzoek naar de gevolgen van overmatig beeldschermgebruik en het benadrukken van positieve gezondheid vanuit de meerwaarde van 2 uur per dag buitenspelen en bewegen. Bijziendheid als nieuwe epidemie, maar ook andere gevolgen van het digitale tijdperk voor de fysieke gezondheid, zijn cijfermatig onderbouwd en in een artikel gebundeld. [21]

Om het beeldschermgebruik onder kinderen te verlagen en de *20-20-2-regel* te stimuleren, zijn er veel landelijke en regionale acties gaande. De overheid heeft sterk aanbevolen om per 1 januari 2024 in het voortgezet onderwijs mobieltjes uit de klassen te weren en per september zal ook het basisonderwijs volgen. Professionals in onderzoek, beleid, praktijk en onderwijs, maar ook organisaties zoals Jantje Beton, Oogfonds en Alles is Gezondheid, werken samen aan diverse activiteiten om kennis te verspreiden: van webinars en podcasts, tot het organiseren van een lustrumcongres in 2023. Gemeenten spelen een belangrijke rol in het stimuleren van de *20-20-2-regel*, door het creëren van voldoende veilige speelomgevingen en het bevorderen van buiten spelen en bewegen. Initiatieven vanuit Gezond en Gelukkig Den Haag, zoals het aantrekkelijker maken van speeltuinen en het verbeteren van de toegang tot sportfaciliteiten om beweging te bevorderen, dragen hieraan bij. Het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en Integraal Zorg Akkoord (IZA) bieden kansen voor gemeenten om dit soort initiatieven door te zetten.

Vanuit de praktijk is er ook actie nodig. De context waarbinnen de jeugd opgroeit is sterk aan het veran-

deren en bewustwording hiervan door professionals en ouders, is nodig om gedrag te beïnvloeden. Gezamenlijk moet het mogelijk zijn om, net als met de thema's roken en alcohol, overmatig beeldschermgebruik bespreekbaar te maken en grenzen te stellen. Momenteel is het thema beeldschermgebruik bij de JGZ enkel opgenomen in de richtlijn Houding en Bewegen en wordt het zodoende niet standaard met ouders of verzorgers in de spreekkamer besproken. [4] Op dit moment worden de richtlijnen in de JGZ geüpdatet, wat bij uitstek een kans is om de huidige visusrichtlijn te updaten en de beeldschermadviezen en *20-20-2-regel* te benadrukken, maar ook om extra aandacht voor screening op bijziendheid op te nemen.

Bij het CJG Den Haag en JGZ ZHW leeft dit bewustzijn reeds. Zo wordt bij het CJG Den Haag vanwege een toename van spraaktaalachterstanden, advisering over beeldschermgebruik voor jonge kinderen meegenomen in een projectgroep over langzame spraaktaalontwikkeling. [22] Ook maken jeugdartsen en -verpleegkundigen mediaopvoeding (zie kader) bespreekbaar door middel van de MediaDiamant. Daarnaast is er aandacht in de speciale Week van de Mediaopvoeding. JGZ ZHW kaart standaard beeldschermgebruik aan tijdens het 11-maanden contactmoment. Hierbij gebruikt men een folder die vanuit de pilot 'Samen Gezond Groot' is ontwikkeld. Ook worden de geadviseerde richtlijnen en de *20-20-2-regel* uitgelegd. Op de wachtkamerschermen is deze regel voor ouders ook te zien.

Gezien de jonge leeftijd waarop kinderen de aanbevolen hoeveelheid schermtijd al overschrijden, is het advies aan jeugdzorg om vanaf het eerste contact met ouders te inventariseren of men behoefte heeft aan informatie over beeldschermgebruik. Indien ouders dit willen, kan advies gegeven worden tijdens het consult of een (online) informatiebijeenkomst. Daarbij is het vooral van belang dat de onderliggende redenen voor het beeldschermgebruik besproken worden en dat JGZ-professionals samen met ouders op zoek gaan naar haalbare alternatieve bezigheden. Zo is uit landelijk onderzoek bekend dat mediagebruik van 7- tot 12-jarigen piekt in de middag (direct na opvang of school), aan het eind van de middag (voor het avondeten), en aan het begin van de avond (vlak na het avondeten). Praktische adviezen zouden zich dan ook met name op deze momenten van de dag moeten richten. Tot slot bieden landelijke campagne- weken zoals de Media Ukkie Dagen, handvaten aan



kinderopvang- en BSO-locaties om aandacht te besteden aan opvoedondersteuning. Scholen kunnen middels de Gezonde Schoolaanpak werken aan

thema's als mediawijsheid en gezonde leefstijl, en op die manier ouders informeren.

## Wat is mediaopvoeding?

Met mediaopvoeding leren kinderen om bewust, veilig en gezond om te gaan met media, inclusief beeldschermgebruik. Mediaopvoeding is erop gericht om kinderen bewust en selectief met het media-aanbod om te leren gaan en ervoor te zorgen dat kinderen leren de inhoud van dat aanbod kritisch te beschouwen en op waarde te schatten. Steeds vaker gaat het ook om het maken van gezonde keuzes: niet alleen de inhoud van media doet ertoe, maar ook de tijd die je eraan besteedt en dat moet niet ten koste gaan van andere belangrijke activiteiten, zoals sport en contact met vrienden.

Sinds 2015 heeft het Nederlands Jeugdinstituut (Nji) een toolbox Mediaopvoeding gelanceerd om

professionals die werken met ouders, te ondersteunen. Een richtlijn voor mediaopvoeding zou helpen om alle JGZ-professionals in staat te stellen een actieve mediaopvoeding bij ouders aan te moedigen.

De MediaDiamant is een wegwijzer met handige tips voor ouders om kinderen mediawijs op te laten groeien. Naast de MediaDiamant bestaan er andere ondersteunende materialen en activiteiten, zoals de Media Ukkie Dagen ([www.Mediaukkiedagen.nl](http://www.Mediaukkiedagen.nl)), Mediasmarties voor kinderen van 0-6 jaar met tips over media-producten ([www.Mediasmarties.nl](http://www.Mediasmarties.nl)), en de publiekswaardige website van het Netwerk Mediawijsheid ([www.Mediawijsheid.nl](http://www.Mediawijsheid.nl)).

---

Wilt u reageren? Mail de auteur of de redactie: [epibul@ggdhaaglanden.nl](mailto:epibul@ggdhaaglanden.nl)

---

### DANKWOORD

Dank aan:

- Alle ouders en kinderen die de enquête van de Haagse Hogeschool hebben ingevuld;
- Alle JGZ-artsen en -verpleegkundigen voor het registreren van het beeldschermgebruik in het kader van de Kindmonitor;
- D. Bediako, I. de Haas, J.F. Balthazar, K. Maduro, N. Mezroui en S. Bellach, studenten van de opleiding Verpleegkunde aan de HHS, die hebben bijgedragen aan het design, de vragenlijst-ontwikkeling en de dataverzameling van het HHS-onderzoek;
- Jeugdverpleegkundigen Fatiha Koukouh en Karin Verheijen van JGZ Zuid-Holland West voor hun bijdrage aan het artikel;
- Bureau Jeugd en Media voor hun bijdrage aan het artikel;
- Muriel Weltens van de afdeling Gezondheidsbevordering van GGD Haaglanden voor het leggen van de contacten tussen de betrokken organisaties en voor haar bijdrage aan het artikel.

### OVER DE AUTEURS

**L. Pluymen PhD, M. van den Dries PhD**, epidemiologisch onderzoekers, afdeling Epidemiologie en Beleidsadvies, GGD Haaglanden;

**V. Iyer, arts M&G**, AJN-ambassadeur Visus Inzicht, instituutsopleider TNO;

**M. Peters-Koning**, jeugdarts KNMG, Arts M&G i.o., CJG Den Haag;

**J. Dikken PhD, RN**, Hogeschoolhoofddocent Verpleegkunde, Haagse Hogeschool; Associate lector Urban Ageing en Senior onderzoeker, lectoraat Revalidatie en technologie.

E-mail: [linda.pluymen@ggdhaaglanden.nl](mailto:linda.pluymen@ggdhaaglanden.nl)



## REFERENTIES

1. Tuijnman A, Nikken P. Netwerk Mediawijsheid. **Verdiepend onderzoek Iene Miene Media** [Online]. 2023 (bezoekt op 03 mei 2024); Beschikbaar op url: [https://netwerkmediawijsheid.nl/wp-content/uploads/2023/03/Iene-Miene-Media\\_Netwerk-Media-wijsheid.pdf](https://netwerkmediawijsheid.nl/wp-content/uploads/2023/03/Iene-Miene-Media_Netwerk-Media-wijsheid.pdf).
2. Siebelhoff M, Fastenau J, Nikken P. CHOICE Insights & Strategy & Netwerk Mediawijsheid. **Monitor Media-gebruik 7 - 12 jaar. Een onderzoek naar omgang met en gebruik van media(devices) van kinderen tussen 7 en 12 jaar, en de rol die ouders hierin spelen.** (2021).
3. World Health Organization. **Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age** [Online]. (Bezoekt op 29 Jan 2024); Beschikbaar op url: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311664>.
4. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. **Startpagina richtlijn: Houding en bewegen** [Online]. 2020 (bezoekt op 03 mei 2024); Beschikbaar op url: <https://www.jgzrichtlijnen.nl/>.
5. Marttinen R, Vernikoff L, Phillips S, Fletcher N. **Physical Activity, Screen Time, and Obesity.** Californian Journal of Health Promotion 2017, 15 (1): 27–35. <https://doi.org/10.32398/cjhp.v15i1.1886>.
6. Lissak G. **Adverse physiological and psychological effects of screen time on children and adolescents: Literature review and case study.** Environmental research 2018, 164: 149-157.
7. Twenge JM, Campbell WK. **Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: Evidence from a population-based study.** Preventive medicine reports 2018, 12: 271-283.
8. Madigan S, Browne D, Racine N, Mori C, Tough S. **Association Between Screen Time and Children's Performance on a Developmental Screening Test.** JAMA Pediatrics 2019, 173 (3): 244. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.5056>.
9. Brushe ME, Haag DG, Melhuish EC, Reilly S, Gregory T. **Screen Time and Parent-Child Talk When Children Are Aged 12 to 36 Months.** JAMA Pediatr. 2024. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.6790>.
10. Hale L, Guan S. **Screen time and sleep among school-aged children and adolescents: A systematic literature review.** Sleep Medicine Reviews 2015, 21: 50–58. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2014.07.007>.
11. Berger RH, Miller AL, Seifer R, Cares SR, Lebourgeois MK. **Acute sleep restriction effects on emotion responses in 30- to 36-month-old children.** J Sleep Res. 2012, 21 (3): 235-246.
12. Dewald JF, Meijer AM, Oort FJ, Kerkhof GA, Bögels SM. **The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review.** Sleep Medicine Reviews. 2010, 14 (3): 179-189.
13. Koulouglioti C, Cole R, Kitzman H. **Inadequate sleep and unintentional injuries in young children.** Public Health Nurs. 2008, 25 (2): 106-114.
14. Kildare CA, Middlemiss M. **Impact of parents mobile device use on parent-child interaction: A literature review.** Computers in Human Behavior 2017, 75: 579-593.
15. Iyer V, Quaak M et al. **Factsheet beeldschermgebruik van dichtbij, gevolgen voor de gezondheid in het digitale tijdperk.** [Online]. 2019 (bezoekt op 29 mei 2024); Beschikbaar op url: <https://ajnjeugdartsen.nl/wp-content/uploads/2020/01/Factsheet-beeldschermgebruik-van-dichtbij-2019.pdf>.
16. Nikken P. **Jonge kinderen en beeldschermen.** Kind & Adolescent Praktijk 2021, maart, 20 (1): 22–29. <https://doi.org/10.1007/s12454-021-0635-y>.
17. R Core Team. **R: A language and environment for statistical computing.** R Foundation for Statistical Computing [Online]. 2021 (bezoekt op 03 mei 2024); Beschikbaar op url: <https://www.R-project.org/>.
18. Kuijt-Evers L, Kraaijevanger B, Renden PG, Schrevel SJ, Dikken J. **Afstuderen met authentieke beroepsproducten.** Onderwijs en gezondheidszorg 2020, 44 (6): 26-29.
19. Renden P, Heemskerk W, Warning T, Kuijt-Evers L, Dikken J. **Afstuderen met authentieke beroepsproducten: De volgende stap.** Onderwijs en gezondheidszorg 2021, 45 (4): 21-24.
20. Berg N, Teurlings C. **Van praktijkvraag naar onderzoeksvraag** [Online]. 2019 (bezoekt op 09 nov 2023); Beschikbaar op url: <https://www.nro.nl/sites/nro/files/migrate/Kennisrotonde-publicatie-Vraagarticulatie.pdf>.
21. Iyer V, Enthoven C, Klaver C, Mulder E, Soeterbroek A. **Natuurlijk naar buiten!** TSG - Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 2021, 99 (3): 125. <https://doi.org/10.1007/s12508-021-00310-1>.
22. Toemen L, van der Meer IM. **Spraaktaalachterstanden, én moeilijkheden met gedrag en het contact maken met anderen.** Epidemiologisch Bulletin 2022, 57 (4): 4-12. Beschikbaar op url: <https://www.ggdhaaglanden.nl/wp-content/uploads/2022/11/Epidemiologisch-Bulletin-4-december-2022.pdf>.



# ‘De huisarts ruimt op wat de maatschappij laat vallen’

Tijdens zijn studie wist Paul Uitewaal al snel dat hij als arts midden in de samenleving wilde staan. En dat je, als je mensen gezonder wilt maken, verder moet kijken dan puur het medische aspect. Daarom koos hij voor een baan als huisarts in Rotterdam-Zuid en later in de Haagse Schilderswijk. Daarnaast werkt hij sinds 2005 als epidemiologisch onderzoeker bij GGD Haaglanden. In juni 2024 gaat Paul Uitewaal met pensioen. In dit interview kijkt hij terug op zijn werkzame leven op het snijvlak van onderzoek, medische praktijk en maatschappij.

Marlies Wopereis

*‘Ik begeleidde een tijdlang een patiënt met schizofrenie. Elke 3 maanden kwam hij bij mij op het spreekuur voor een gesprek en een controle van de medicatie. Uit die gesprekken bleek dat hij veel stress kreeg van de drukte thuis. Voor zijn gezondheid zou het beter zijn als hij op zichzelf zou wonen. De gemeente wilde hem echter geen urgentie verlenen. Eigenlijk kun je dan als huisarts niets meer doen. Maar ik besloot voor hem een brief te schrijven en niet lang daarna kreeg mijn patiënt een zelfstandige woning. Tijdens de volgende gesprekken vertelde hij dat het rustiger was geworden in zijn hoofd en hij zich veel beter voelde. Ook kon hij nu ontspanener met zijn kinderen omgaan, omdat hij zich kon terugtrekken als het te veel voor hem werd. Daardoor knapten zijn kinderen zienderogen op. Voor mij was dit een treffend voorbeeld van hoe de gezondheid van een gezin kan verbeteren als er aandacht is voor de onderliggende problematiek.’*

Wie benieuwd is naar de professionele drijfveren van Paul Uitewaal, vindt veel terug in bovenstaande anekdote. Al toen hij in de jaren 70 en 80 geneeskunde studeerde in Utrecht, koos hij voor een wetenschappelijke stage met als thema ‘arts en maatschappij’. Uitewaal: ‘We zagen dat artsen vaak geconfronteerd werden met ziekten die het gevolg waren van sociaal-



Paul Uitewaal (Foto: wearesuperstudio.com)

maatschappelijke problemen. Neem bijvoorbeeld de mijnsluiting in Limburg, waardoor veel oud-mijnwerkers werkloos raakten en zich afgedankt voelden. Dat leidde tot gezondheidsklachten, waarmee ze bij de huisarts terecht kwamen. Maar de oorzaak lag niet in het medische domein. In feite moesten de huisartsen opruimen wat de maatschappij had laten vallen. Als studenten vroegen we ons af of ze daar goed aan deden. Konden zij niet beter gaan actievoeren tegen die sociale problematiek, in plaats van in de spreekkamer de klachten te verzachten? Dekten ze die klachten als arts niet te veel af? Dat soort



vragen lijken nu niet zo vaak meer gesteld te worden. Maar toen waren ze vrij gangbaar en ze spraken mij erg aan.'

### Aandacht voor diabeteszorg

Tijdens deze stage interviewde Uitewaal diverse huisartsen die zich inzetten voor acties in hun wijk. Dat deed hij onder andere in Rotterdam-Zuid, waar hij – na wat omzwervingen – in 1991 terugkeerde als huisarts in gezondheidscentrum Bloemhof-Hillesluis. Dat was wel wat anders dan de praktijk in Leusden, waar hij zijn huisartsenopleiding had genoten. Uitewaal: 'De patiëntenpopulatie bestond voor meer dan de helft uit (oud-)arbeidersgezinnen en voor 40% uit (voornamelijk Turkse) migranten. Veel patiënten hadden ernstige, vaak chronische ziekten en flink wat maatschappelijke problemen. Opvallend was dat bij de relatief jonge Turkse patiëntenpopulatie veel ouderdomsdiabetes voorkwam. Om die ziekte onder controle te houden en complicaties te voorkomen, is het belangrijk om de patiënt regelmatig te monitoren. Tegenwoordig is dat in de meeste huisartsenpraktijken prima geregeld met praktijkondersteuners. Maar destijds was die systematische zorg er nog niet. Daar heb ik in Rotterdam een begin mee gemaakt.'

Het was daarom niet geheel toevallig dat Uitewaal een aantal jaren later in contact kwam met de GGD Rotterdam. Deze wilde onderzoeken of diabetespatiënten met een Turkse migratieachtergrond beter af zouden zijn met cultuurspecifieke voorlichting in de eigen moedertaal. Uitewaal werd gevraagd om dat onderzoek uit te voeren, eerst in opdracht van de GGD en daarna bij de Erasmus Universiteit Rotterdam. Daarbij vergeleek hij een groep Turkse patiënten die – naast de reguliere behandeling – cultuurspecifieke voorlichting kreeg in de eigen taal, met eenzelfde groep patiënten die alleen regulier werd behandeld.

'De verwachting was dat de bloedsuikerwaarden van de eerste groep zouden verbeteren ten opzichte van die van de tweede groep', aldus Uitewaal. 'Bij diabetes zijn voorlichting over een gezonde leefstijl en therapie- en controletrouw immers cruciaal. Maar uiteindelijk bleek het verschil tussen de 2 groepen minimaal te zijn. Waarschijnlijk kwam dat doordat de bloedsuikerwaarden van de deelnemers bij het begin van het onderzoek al behoorlijk goed waren en er dus niet zo veel te verbeteren viel. Wel merkten we dat de gesprekken met de voorlichter voorzagen in een

behoefte van diverse patiënten met stressgerelateerde klachten: zij bloeiden op door alle aandacht die ze kregen. Maar het effect op hun welzijn was geen onderzoeksvraag. [1], [2]

### Gezondheidsdialog in de wijk

Het onderzoek leverde Uitewaal wel een doctorstitel op en die nam hij mee naar Den Haag. Daar bleef hij eenzelfde dubbelfunctie vervullen als in Rotterdam: hij werd onderzoeker bij GGD Haaglanden en huisarts bij gezondheidscentrum De Rubenshoek in de Schilderswijk. Die praktijk paste goed bij Uitewaal: 'De Rubenshoek stond bekend als een gezondheidscentrum met actieve huisartsen, die oog hadden voor hun omgeving. Ze werkten veel samen met andere disciplines en omarmden graag nieuwe ideeën en initiatieven. Toen ze mij vroegen om bij hen te komen werken, hoefde ik dus niet lang na te denken. Ook de patiëntenpopulatie – 96% heeft een migratieachtergrond en velen hebben een taalachterstand en zijn sociaal en economisch kwetsbaar – paste inmiddels goed bij mijn ervaring. Natuurlijk vond ik het soms confronterend en ingewikkeld om met deze doelgroep te werken, maar ook altijd verrassend, bijzonder en uitdagend. Bovendien kon ik de ervaringen uit mijn praktijk direct meenemen naar mijn onderzoekswerk bij de GGD.'

Een van die onderzoeken was de 'Gezondheidsdialog in de wijk'. [3] Dit project kwam voort uit de frustratie die Uitewaal en andere huisartsen voelden over het geringe effect dat leefstijlprogramma's hadden op patiënten met een migratieachtergrond en een lage sociaaleconomische status. 'Veel van deze patiënten



Gezondheidscentrum De Rubenshoek in de Schilderswijk  
(Foto: Henk Snaterse)





lijden aan chronische aandoeningen', vertelt Uitewaal, 'zoals diabetes en hart- en vaatziekten. Die aandoeningen kun je deels behandelen met medicatie en regelmatige controles, maar daarnaast moeten de patiënten ook hun leefstijl aanpassen. We waren gewend om daarvoor terug te grijpen op leefstijlprogramma's die "bewezen effectief" waren. Maar we merkten dat die programma's bij onze doelgroep niet of nauwelijks aansloegen. Daarom concludeerden we dat we beter aan de doelgroep zelf konden vragen wat voor hen het beste zou werken.'

### Stress als grootste gezondheidsprobleem

Dus gingen Uitewaal en zijn collega's met wijkbewoners in gesprek over wat voor hen de grootste gezondheidsproblemen waren en hoe zij die zelf zouden kunnen aanpakken. Dat deden ze in de vorm van focusgroepgesprekken en korte interviews. Het project werd uitgevoerd in de Haagse Schilderswijk en de Rivierenbuurt en zowel de GGD als De Rubenshoek deden eraan mee. Uitewaal: 'Het was een groot project waar ik veel van heb geleerd. Een leerpunt dat er voor mij uitsprong was dat de wijkbewoners stress als belangrijkste gezondheidsprobleem ervaren. Daarbij ging het zowel om financiële stress door armoede en schulden, als om psychosociale stress vanwege bijvoorbeeld werkloosheid, opvoedings- en relatieproblemen. Ze gaven aan dat ze niet alleen leden aan de stress zelf, maar hierdoor ook belemmerd werden om een gezonde leefstijl te hanteren. Voor mij maakte dat duidelijk dat een leefstijlprogramma weinig zin heeft, als je niet eerst aandacht besteedt aan de stressverhogende factoren en hoe hiermee om te gaan.'

Het project had ook tot doel om samen met de wijkbewoners activiteiten te ontwikkelen om de gezondheidsproblemen in de wijk aan te pakken. Het idee was dat de wijkbewoners die activiteiten zelf zouden bedenken en uitvoeren, en er de (mede)verantwoordelijkheid voor zouden nemen. Helaas is dat niet gelukt, aldus Uitewaal: 'We merkten dat de bewoners zich erg betrokken voelden bij het onderwerp en de bijeenkomsten hierover goed bezochten. Maar om vervolgens zelf de ideeën uit te werken in concrete acties, dat was een brug te ver. Daarvoor keek men toch weer naar de professionals, zoals de GGD en het maatschappelijk werk. Natuurlijk vond ik dat teleurstellend, vooral gezien het grote potentieel in de

wijk. Maar ik blijf ervoor pleiten om patiënten zo veel mogelijk te betrekken bij de ontwikkeling van nieuwe gezondheidsprogramma's. Dit zal organisch moeten gaan en in kleine stapjes, maar uiteindelijk bereik je zo meer dan wanneer artsen en hulpverleners van hogerhand alles zelf bedenken en optuigen.'

### Effecten van tijdelijk huisverbod

Naast de Gezondheidsdialoog deed Uitewaal bij de GGD diverse andere onderzoeken, vooral op het gebied van huiselijk geweld. Een daarvan was een evaluatie van de effecten van de Wet tijdelijk huisverbod (Wth), die in 2009 in werking is getreden. Deze wet regelt dat (vermoedelijke) plegers van huiselijk geweld na een geweldsincident 10 dagen uit huis kunnen worden geplaatst. In die periode krijgen zowel de uithuisgeplaatste als de partner en kinderen hulp aangeboden. Aan Uitewaal en zijn collega's werd gevraagd om te onderzoeken hoe mensen die zo'n tijdelijk huisverbod hebben meegemaakt, die periode en de gevolgen ervan hebben ervaren.

Uitewaal: 'We hebben voor dit onderzoek zo'n 80 interviews gehouden met zowel uithuisgeplaatsten als achterblijvers. Vanuit hun perspectief hebben we alle aspecten van het tijdelijk huisverbod belicht. Ik vond dat heel interessant, omdat je ziet dat dingen niet zo zwart-wit zijn als ze van een afstand lijken. Zo werd – ook wanneer beide partners bij het geweld betrokken waren – vrijwel altijd de man gezien als pleger en als zodanig uit huis geplaatst. Daardoor voelden sommige mannen zich benadeeld en niet gehoord. Tegelijkertijd zagen we dat zowel achterblijvers als uithuisgeplaatsten baat hadden bij het huisverbod, met name vanwege de afkoelingsperiode en de geboden hulp. Uiteindelijk concludeerden we dat het huisverbod goed werd uitgevoerd, maar dat er nog wel ruimte was voor verbetering. Ik hoop dat we daaraan hebben bijgedragen.' [4]



Gebouw GGD Haaglanden (Foto: GGD Haaglanden)

### Rol van de huisarts

Terugkijkend op zijn onderzoeksprojecten ziet Uitewaal een belangrijke rol voor de huisarts weggelegd:

‘Veel aandoeningen worden mede veroorzaakt door sociaal-maatschappelijke problemen, bijvoorbeeld op het gebied van financiën of huisvesting. En andersom hebben veel medische problemen als depressie en chronische ziekten impact op het gezin en de sociale omgeving. Die problemen kun je als huisarts meestal niet, of niet alleen, oplossen. Maar als je er geen aandacht aan besteedt, wordt de patiënt niet beter. Daarom denk ik dat de huisarts er goed aan doet om vaker te informeren naar deze sociaal-maatschappelijke problemen. En naar de impact daarvan op de rest van het gezin. Ik weet dat dit voor een huisarts lastig is, want het kost tijd en die is er vaak niet. Maar als je doorvraagt en het vertrouwen wint, kun je de patiënt gericht doorverwijzen en overtuigen om naar de juiste hulpverlener te gaan. Op de langere duur levert dat gezondheidswinst op, en meer voldoening voor de huisarts.’

Deze insteek vraagt wel om goede samenwerking tussen huisartsen, maatschappelijk werk, jeugdzorg, welzijn en andere hulpverleners. Bij De Rubenshoek hebben ze daartoe verschillende initiatieven genomen. Zo is binnen het ‘Zorgpad Financiële Problemen’ afgesproken dat huisartsen bij patiënten

met stressgerelateerde klachten, actiever vragen of er financiële moeilijkheden zijn. [5] Blijkt dat het geval, dan verwijzen ze de patiënt direct door naar de maatschappelijk werker in De Rubenshoek. Die kijkt naar de achterliggende problematiek en leidt de patiënt naar passende hulp. Dat blijkt uitstekend te werken.

Hetzelfde geldt voor patiënten bij wie de arts vermoedt dat de kinderen gevolgen ondervinden van de stressvolle situatie van hun ouders. Ook daarvoor is afgesproken dat de huisarts de patiënt hier actiever naar vraagt en zo nodig doorverwijst naar de jeugdzorgmedewerker in De Rubenshoek, die speciaal hiervoor is aangetrokken. Doordat deze medewerker de juiste contacten heeft, komen kinderen en hun ouders snel bij een geschikte hulpverlener terecht en worden onnodige verwijzingen naar gespecialiseerde jeugdzorg voorkomen. ‘Beide initiatieven zijn succesvol’, aldus Uitewaal, ‘omdat de maatschappelijk werker en de jeugdzorgmedewerker in hetzelfde pand zitten als de huisarts. Dat maakt de stap om binnen te lopen minder groot, wat voor de populatie van De Rubenshoek erg belangrijk blijkt te zijn. Zouden de hulpverleners een straat verder zitten, dan is de kans aanwezig dat de patiënt onderweg alsnog afhaakt. Helaas heb ik dat regelmatig meegemaakt.’

## De gemeente aan zet

Voorwaarde voor dit soort initiatieven is wel dat de gemeente ze (mede)financiert, benadrukt Uitewaal: 'Ik zou dit interview dan ook willen afsluiten met een oproep aan de gemeente om de samenwerking tussen de verschillende zorgdomeinen te blijven stimuleren en faciliteren. Want gebeurt dat niet, dan staat de huisarts met lege handen. En is de samenleving uiteindelijk duurder uit.'

---

Wilt u reageren? Mail de redactie:  
[epibul@ggdhaaglanden.nl](mailto:epibul@ggdhaaglanden.nl)

---

## OVER DE AUTEUR

**M. Wopereis**, tekstbureau Lopende teksten

## REFERENTIES

1. Uitewaal P. **Type 2 Diabetes Mellitus and Turkish Immigrants: an educational experiment in general practice** [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit; 2003.
2. Uitewaal PJM, Voorham AJJ, et al. **No clear effect of diabetes education on glycaemic control for Turkish type 2 diabetes patients: a controlled experiment in general practice**. *Neth J Med*. 2005, 63 (11): 428-34. PMID: 16397311.
3. Uitewaal P, Atema V, Middelkoop B. **Gezondheidsdialoog in de wijk**. *Epidemiologisch Bulletin* 2017, 52 (4): 18-24. Beschikbaar op url: <https://www.ggdhaaglanden.nl/wp-content/uploads/2021/11/Epidemiologisch-Bulletin-2017-nummer-4.pdf>.
4. Uitewaal P, van der Meer I, Wammes B, Keetman M. **Ervaringen met het Tijdelijk Huisverbod. Ervaringen van achterblijvers en uithuisgeplaatsten met het Tijdelijk Huisverbod uit de regio Den Haag en de regio Delft, Westland, Oostland**. GGD Den Haag; 2013.
5. Van Wijck F. **Met schulden naar het juiste loket**. *De Eerstelijns* 2021, (2): 38-39.



# Vitaal ouder worden: valpreventie

Het behouden van sociaal, fysiek en mentaal welbevinden, zingeving en kwaliteit van leven, dat is vitaal ouder worden. Gemeenten zijn volgens de Wet publieke gezondheid (Wpg) verantwoordelijk voor het stimuleren en faciliteren van vitaal ouder worden. Sinds 2023 wordt er vanuit het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) door gemeenten ook ingezet op valpreventie. Wat is valpreventie, hoe implementeer je het en hoe verhoudt het zich tot vitaal ouder worden?

Maartje Keetman, Ilse Volkstedt, Bernadette Bos

## Iedereen wil oud worden, niemand wil het zijn

Onze levensverwachting stijgt: steeds meer mensen bereiken een hoge leeftijd. [1] En toch hangen er nog altijd stigma's rondom ouder worden. Iedereen wil oud worden, maar niemand wil het zijn. Het wordt tijd voor een positievere blik op ouder worden. Onder vitaal ouder worden verstaan we dat mensen zoveel mogelijk eigen regie kunnen blijven voeren en hierbij het vermogen hebben om met alle uitdagingen in het leven om te gaan. Ouder worden gaat nu eenmaal gepaard met uitdagingen, maar hoe blijf je de dingen doen die je belangrijk vindt?

Vanuit preventie mag er meer aandacht komen voor de voorbereiding op de derde levensfase (de fase van pensionering). Aandacht voor sociaal, fysiek en mentaal welbevinden, zingeving en kwaliteit van leven en zo vitaal ouder worden. En daar kun je niet vroeg genoeg mee beginnen. De basis van vitaal ouder worden ligt al voor de conceptie. Ook de sociale en fysieke omgevingen moeten hierop ingericht zijn. Voor alle levensfasen, maar voor de derde levensfase specifiek, moeten deze gericht zijn op toegankelijkheid en uitnodigen tot participatie. [2] Gemeenten zijn volgens de Wet publieke gezondheid (Wpg) verantwoordelijk voor het stimuleren en faciliteren van vitaal ouder worden.



Bewegen als valpreventie (Foto: wearesuperstudio.com)



**Tabel 1** Aantal thuiswonende 65-plussers en percentage 65-plussers dat is gevallen; gemeenten in Haaglanden (Bron: CBS en Gezondheidsgids GGD Haaglanden).

	Aantal thuiswonende 65-plussers op 1 januari (2023)	Percentage 65-plussers dat in het afgelopen jaar is gevallen (2020)
Delft	16.807	27,2%
Den Haag	80.673	29,6%
Leidschendam-Voorburg	17.427	25%
Midden-Delfland	3.970	25%
Pijnacker-Nootdorp	8.747	21,2%
Rijswijk (ZH.)	11.600	28,6%
Wassenaar	6.544	25,2%
Westland	22.159	23,1%
Zoetermeer	25.716	25,1%
<b>Haaglanden</b>	<b>193.643</b>	<b>27%</b>

Valpreventie is onderdeel van vitaal ouder worden. Door het stimuleren van vitaal ouder worden, kunnen ouderdomsproblemen (zoals vallen) worden uitgesteld of voorkomen. Het bevorderen van de mobiliteit door middel van valpreventie, geeft senioren (weer) meer regie over het leven en kwaliteit van leven.

Vallen is een veel voorkomend ouderdomsprobleem. In 2022 bezochten 117.000 65-plussers in Nederland de spoedeisende hulp (SEH) na een val. Dat betekent elke 4 minuten een zorgvraag aan de SEH. [3] Daarom wordt er vanuit het Integraal Zorgakkoord (IZA: gericht op zorg) [4] en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA: gericht op preventie) ingezet op het opzetten van een Ketenaanpak Valpreventie voor thuiswonende 65-plussers. [5] Voor regio Haaglanden gaat dat om ruim 190.000 inwoners. [6] Gemiddeld gaf ruim een kwart van de 65-plussers aan in het afgelopen jaar te zijn gevallen (rapportagejaar 2020). [7] Zie tabel 1.

## Valpreventie

Vallen kan veel verschillende oorzaken hebben, waarbij 13 valrisicofactoren worden onderscheiden (zie kader). [8] Om alle valrisicofactoren aan te pakken, zijn veel verschillende professionals uit zowel het zorgdomein als het sociale domein nodig. Voorbeelden zijn de apotheek die het medicatiegebruik nader bekijkt, de audicien die het gehoor test, de diëtist die de eiwit- en vitamine D-inname bekijkt, de podotherapeut die de voetproblemen behandelt en de welzijnsmedewerker die sociale en beweegactiviteiten biedt. Het netwerk moet elkaar en het aanbod kennen. Voor een effectieve aanpak van valpreventie is samenwerking, uitwisseling en doorverwijzing noodzakelijk: een ketenaanpak.

## Valrisicofactoren

- 1. Valgeschiedenis:** eerdere vallen;
- 2. Mobiliteit:** problemen met balans, lopen en spierkracht;
- 3. Medicijngebruik:** bij het ouder worden, wordt het lichaam gevoeliger voor bijwerkingen. Dit verhoogt de kans op negatieve effecten, waaronder valrisico;
- 4. Valangst:** kan leiden tot vermijden van fysieke activiteiten en daarmee tot verlies van spierkracht, coördinatie en flexibiliteit;
- 5. Cognitie en stemming:** stoornissen zoals dementie of depressie kunnen leiden tot bijvoorbeeld het verkeerd inschatten van de eigen mogelijkheden en afname van lichamelijke activiteiten;
- 6. Gezichtsvermogen:** verminderde diepteperceptie, gezichtsscherpte en contrastgevoeligheid;
- 7. Duizeligheid:** veelvoorkomend probleem bij ouderen;
- 8. Incontinentie:** haasten naar het toilet;
- 9. Gehoorproblemen:** verminderd evenwicht en omgevingsbewustzijn en schrikreacties;
- 10. Meer moeite met Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL, zoals eten, wassen en aankleden):** onafhankelijke risicofactor;
- 11. Omgevingsfactoren:** bijvoorbeeld losse stoeptegels, slechte verlichting of gladde vloeren;
- 12. Voetproblemen en schoeisel:** kan leiden tot moeite met lopen en balans;
- 13. Voedingstoestand en vitamine D:** belangrijk voor spiermassa, spierkracht en balans.

Figuur 1 geeft een impressie van de samenhang tussen de valrisicofactoren en de verschillende betrokken domeinen en voorbeelden van de diverse professionals en het aanbod in de ketenaanpak.

### Ketenaanpak Valpreventie

Vanuit IZA en GALA is de taak van het opzetten van de ketenaanpak belegd bij gemeenten. Hiervoor zijn financiële middelen beschikbaar vanuit de Specifieke Uitkering (SPUK). [5] Een deel van de keten valt onder de zorgverzekeringswet. [9] Wat onder verzekerde zorg valt, wordt later in dit artikel toegelicht.

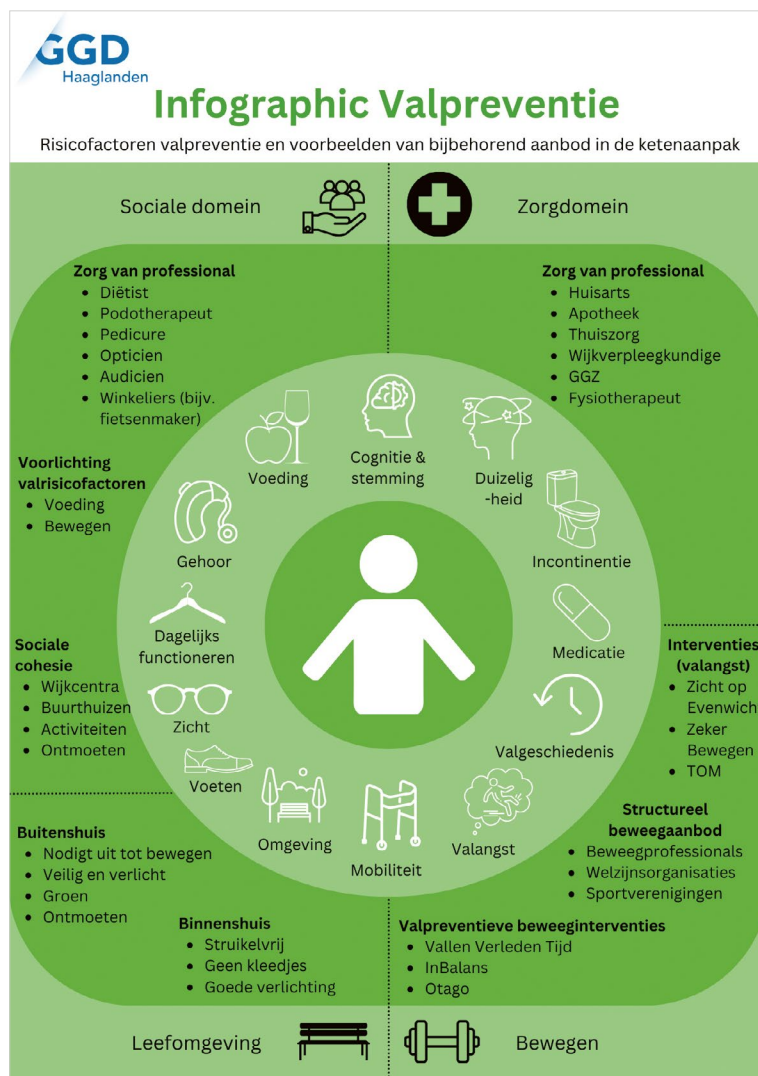
VeiligheidNL heeft een Ketenaanpak Valpreventie opgesteld. [10]

Deze bestaat uit 4 stappen:

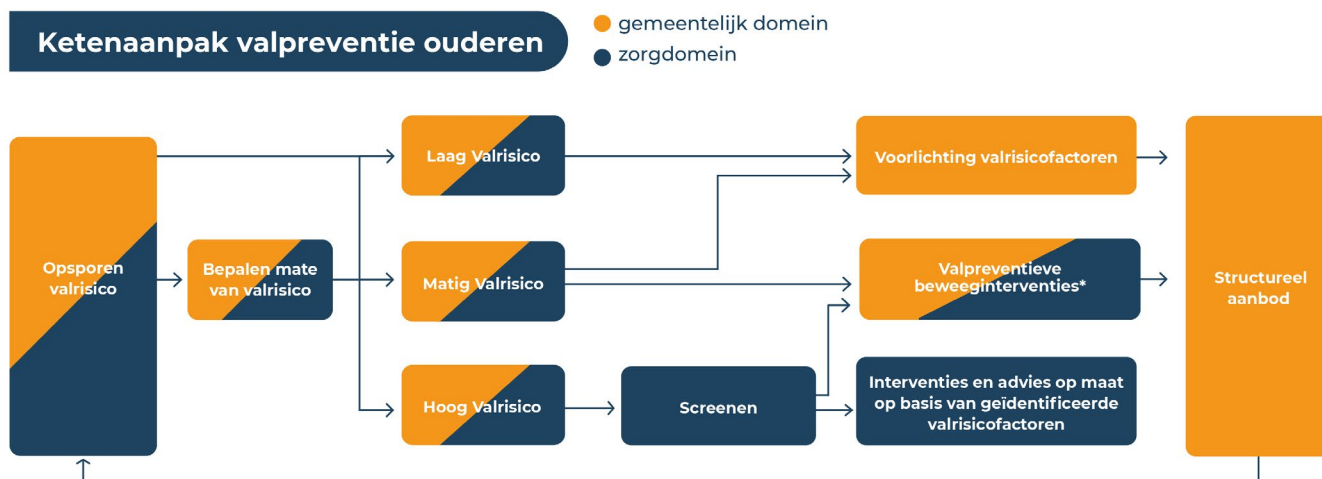
1. Opsporen en bepalen van de mate van valrisico;
2. Screenen;
3. Aanbieden interventies;
4. Structureel aanbod.

Figuur 2 laat deze 4 stappen en het aanbod behorend bij de verschillende gradaties van valrisico, schematisch zien.

**Figuur 1** Infographic Valpreventie. Risicofactoren valpreventie en voorbeelden van bijbehorende aanbod in de ketenaanpak. (Bron: GGD Haaglanden)



**Figuur 2** Schematische weergave Ketenaanpak Valpreventie van VeiligheidNL. [10]



\*Ouderen met een indicatie komen vanaf 2024 in aanmerking voor een vergoeding vanuit de Zvw

Bron: VeiligheidNL



### Opsporen en bepalen mate van valrisico

Het opsporen en bepalen van de mate van valrisico (laag, matig of hoog) kan met de Valrisicotest. [11]

Deze test bestaat uit 3 stappen:

- **Stap 1:** vragen over de valgeschiedenis, valangst en mobiliteitsstoornissen. Is het antwoord op alle 3 de vragen 'nee', dan is er sprake van *laag* valrisico. Bij 1 of meer keer 'ja', is stap 2 van toepassing;
- **Stap 2:** beoordelen van de ernst van het valrisico. Er wordt onder andere gevraagd naar opgelopen letsel en de frequentie van vallen. Bij 1 keer of meer 'ja', is er sprake van *hoog* valrisico. Bij 'nee' op alle vragen gaat men door naar stap 3;
- **Stap 3:** een looptest om de mobiliteit te beoordelen. Er wordt een afstand van 4 meter gelopen. Lukt dat binnen 4 seconden, dan is er sprake van een *laag* valrisico. Bij 4 seconden of langer is er sprake van een *matig* valrisico.

De Valrisicotest kan worden uitgevoerd door bijvoorbeeld een vrijwilliger, een welzijnsmedewerker of een fysiotherapeut.

### Screenen

Alleen bij personen met een hoog valrisico is verdere screening nodig aan de hand van de Valanalyse. [8]

Dit is een uitgebreide valrisicobeoordeling, waarmee wordt vastgesteld welke valrisicofactoren een rol spelen. De Valanalyse wordt gedaan door een zorg-

professional zoals de huisarts, en hieruit volgt een advies op maat. De afname van de Valanalyse valt onder verzekerde zorg. [9]




### Valpreventieve interventies

De valpreventieve interventies bestaan uit voorlichting, erkende valpreventieve beweeginterventies en advies op maat naar aanleiding van de Valanalyse. De mate van valrisico bepaalt het type interventie. Voor personen met een laag en matig valrisico is er voorlichting als preventief aanbod. De voorlichting is erop gericht om senioren bewuster te maken over het toegenomen risico op vallen, maar ook over het belang van eiwitrijk eten en de inname van voldoende vitamine D.

Personen met een matig en hoog valrisico krijgen een valpreventieve beweeginterventie aangeboden. Er zijn 3 erkende valpreventieve beweeginterventies, gericht op verschillende doelgroepen: 1) *Vallen Verleden Tijd*, 2) *InBalans* en 3) *Otago*. De invulling van deze interventies is gebaseerd op verschillende maten van mobiliteit. *Vallen Verleden Tijd* biedt een training met behulp van een hindernisbaan, spelvormen en het leren van valtechnieken. *InBalans* gebruikt voorlichting en beweegoefeningen gebaseerd op Tai Chi, en *Otago* is een oefenprogramma ter verbetering van spierkracht en balans (zie figuur 3). [12]

De valpreventieve beweeginterventies worden door

**Figuur 3** Opzet van de erkende valpreventieve beweeginterventies van VeiligheidNL. [12]

Vallen Verleden Tijd	In Balans	Otago
		
Training mbv een hindernisbaan, spelvormen en leren van valtechnieken	Voorlichting en beweegoefeningen gebaseerd op Tai Chi	Oefenprogramma ter verbetering van spierkracht en balans
<b>Opzet van de interventie</b>		
<b>Groepsinterventie</b> Max. 10 deelnemers  Training: 2x per week 1,5 uur <b>Totaal: 5 weken</b>  (Versie osteoporose: + 1 extra voorlichtingsbijeenkomst)	<b>Groepsinterventie</b> Max. 12 deelnemers  1x informatiebijeenkomst 3x voorlichtingsbijeenkomst Training: 10 weken 2x per week 1 uur <b>Totaal: 14 weken</b>	<b>Groep of individueel mogelijk</b> <b>Individueel</b> Training: 3x per week zelfstandig thuis 6x huisbezoek 11x telefonisch <b>Totaal: 12 maanden</b> <b>Groepsinterventie</b> Max. 8 deelnemers (bij PG extra begeleider) 12 weken, 2x per week 45 min (aangevuld met zelfstandig oefenen thuis)

gemeenten bekostigd vanuit SPUK. Alleen voor personen met een hoog valrisico als gevolg van onderliggende of bijkomende somatische of psychische problemen, valt dit onder verzekerde zorg. [9]

Naast de valpreventieve beweeginterventies, zijn er ook valpreventieve interventies gericht op valangst: *Zicht op Evenwicht* en *Zeker Bewegen*. De interventie *Thuis Onbezorgd Mobiel* (TOM) combineert een erkende valpreventieve beweeginterventie met voedingsvoorlichting en -advies en sociale contactmomenten. [12]

### Structureel aanbod

Structureel sport- en beweegaanbod is voor iedereen belangrijk om fit en vitaal te blijven. Naast valpreventieve interventies moet er dan ook voor iedereen (laag, matig of hoog valrisico) structureel aanbod zijn. Zeker na deelname aan een valpreventieve beweeginterventie, zijn beweegoefeningen belangrijk om de verbeteringen in balans, spierkracht en functies te behouden. Het is daarom belangrijk om een divers aanbod te hebben, zodat er voor iedereen iets beschikbaar is dat op het niveau en de interesse van diegene aansluit. De stap om structureel te gaan bewegen is niet vanzelfsprekend. Naast een divers aanbod is ook toeleiding heel belangrijk en deze moet goed geregeld zijn in de keten. Voorbeelden van beweegaanbod gericht op senioren zijn *GoldenSports*, *Sociaal Vitaal in Kleur* en *OldStars Sport*. Het Kenniscentrum Sport en Bewegen heeft een uitgebreid overzicht van alle interventies. [13]

## Implementatie vraagt om tijd en toewijding

Het kost veel tijd en energie om tot een goedlopende keten te komen, waarin alle professionals elkaar, het aanbod en de toeleiding kennen. Dit gaat niet vanzelf en iemand zal hierin de leiding moeten nemen.

De gemeente kan hiervoor een lokale coördinator aanstellen. Hieronder wordt geschetst hoe de implementatie kan worden uitgevoerd. Zowel het Loket Gezond Leven van het RIVM als VeiligheidNL bieden hiertoe een handreiking met meer informatie en tools. [10], [15]

### Netwerk en doelgroep

De eerste stap bij het opzetten van de keten is om de huidige situatie rondom valpreventie in kaart te brengen. Welk aanbod is er al en wie voert dat uit? Welke organisaties binnen de gemeente kunnen een rol spelen binnen de keten? En welk aanbod mist er eventueel nog? Denk hierbij aan fysiotherapeuten die valpreventieve beweeginterventies aanbieden, welzijnsorganisaties met voorlichtingen en sportverenigingen die aanbod hebben specifiek voor senioren, zoals bijvoorbeeld judo.

Ook de senioren zelf zijn bij deze stap een belangrijke partij in het gesprek. Dé senior bestaat niet en er zullen binnen deze groep verschillende wensen zijn. Om in contact te komen met de doelgroep is het raadzaam om aan te sluiten bij bestaande groepen van welzijnsorganisaties, koffie-uurtjes in buurthuizen, de bingo of initiatieven zoals Café Positief Gezond. Welk

## Rotterdam: In beweging blijven na valpreventieve beweeginterventie - praktijkvoorbeeld VeiligheidNL

### Aanpak

Rotterdam heeft verschillende manieren om deelnemers naar structureel aanbod toe te leiden:

- Begeleiders gaan in gesprek met deelnemers over hun beweegwensen;
- Deelnemers krijgen gastlessen van een aanbieder uit de wijk;
- Deelnemers gaan op excursie: met de begeleider bezoeken ze een locatie;
- Gezelligheid: bewegen is een sociale activiteit. Het is belangrijk dat beweegcursussen daar aandacht aan besteden.

### Inzicht: Begin op tijd

Beleidsadviseur: 'We weten dat het niet werkt als je pas in de laatste les van je valpreventieve beweeginterventie stilstaat bij het vervolgaanbod. Er zijn verschillende drempels die je moet overwinnen. Veel ouderen hebben in het verleden nooit gesport, dus een vereniging is voor hen echt even wennen. Daarnaast moet je soms reizen en zijn er kosten aan verbonden. Als je al weinig gemotiveerd bent, kunnen dat redenen zijn om ervan af te zien. Deelnemers hebben ook gewoon tijd nodig om de stap te zetten.' [14]



aanbod missen zij en wat vinden zij belangrijk binnen het aanbod? Is dat bijvoorbeeld sociaal contact tijdens een activiteit, of een korte reistijd?

Het is van belang om hierbij extra aandacht te hebben voor de kwetsbare, moeilijk bereikbare doelgroep. Senioren met een lage sociaaleconomische status en/of een migratieachtergrond, hebben gemiddeld een slechtere (ervaren) gezondheid, vallen vaker en leven korter. [16], [17] En juist bij deze groep sluiten bestaande interventies vaak niet goed aan op hun belevingswereld of mogelijkheden. Onderzoekers van Pharos en VeiligheidNL zijn voor deze doelgroep tot 7 werkzame elementen gekomen: [18]

1. Investeer langdurig in lokale netwerkpartners en sleutelpersonen;
2. Zorg voor goede deskundigheid van de professional;
3. Heb aandacht voor de persoon en kijk verder dan alleen valpreventie;
4. Betrek de doelgroep in alle fases van de interventieontwikkeling en/of doorvertaling;
5. Bouw een sociaal element in;
6. Zorg voor passende communicatie;
7. Haal praktische drempels weg.

### Afstemming

Als het netwerk en de doelgroep in kaart zijn gebracht, is de volgende stap afstemming over de invulling van de lokale valpreventieketen. Dit wordt samen met de professionals en lokale netwerkpartners gedaan. Wie gaat welke rol vervullen, is het aanbod voldoende duidelijk voor iedereen zodat doorverwijzingen soepel verlopen, welke informatie binnen de keten is nodig voor monitoring en evaluatie en wat moet

hiervoor worden geregistreerd? Hierbij zijn duidelijke afspraken over de samenwerking en een overzichtelijke doorverwijsstructuur, alsmede goede communicatie en afstemming hierover, belangrijk. Er kan een projectteam opgericht worden om dit te realiseren. Binnen dit team kan dan ook over de borging worden nagedacht. Zijn de afspraken duurzaam en hoe wordt de financiering op lange termijn gerealiseerd?

### Kennis professionals

De werkzaamheden van sommige professionals sluiten volledig aan op hun rol in de keten. Voor andere professionals zal hun rol in de keten een aanvulling zijn op andere werkzaamheden. Na inventarisatie hiervan kan bepaald worden hoe deze professionals hierop kunnen worden voorbereid. VeiligheidNL biedt een breed scala aan informatie voor professionals, zoals e-learnings over het opsporen van het valrisico of het motiveren van ouderen voor valpreventie, maar ook trainingen voor het uitvoeren van de Valanalyse of een valpreventieve beweeginterventie. [19]

### Bewustwording bij de doelgroep

Vanwege de stigma's op ouder worden, is vallen niet iets waar mensen graag mee geconfronteerd willen worden. Valpreventie is nodig voor de burens, maar niet voor henzelf. Daarom is bewustwording creëren bij de doelgroep ook van belang. De communicatie over valpreventie, de wijze waarop het wordt neergezet en het taalgebruik zijn hierin belangrijk. In plaats van spreken over valpreventie, kunnen bijvoorbeeld *in balans blijven*, *blijven staan* of *fit en vitaal blijven* gebruikt worden.

## Stevig Staan Noord-Limburg - praktijkvoorbeeld VeiligheidNL

### Invulling ketenaanpak

Een regionale coördinator en 7 lokale coördinatoren zorgen voor een sluitende keten. Tijdens vitaliteitsbijeenkomsten worden er voorlichting gegeven en valrisicotesten gedaan. Dit wordt ook gedaan door zorgprofessionals die 'achter de voordeur komen', om ook de minder mobiele doelgroep te bereiken. Na al dan niet een Valanalyse zijn er de valpreventieve beweeginterventies *InBalans* en *Vallen Verleden Tijd*. Na afloop hiervan is er een terugkombijeenkomst.

### Inzicht: Probeer de wachtlijst voor valpreventieve beweeginterventies kort te houden

Lokale coördinator: 'Ik heb onderschat dat ook ouderen vaak een volle agenda hebben. Het is best een puzzel om mensen te plaatsen. Daardoor kan het gebeuren dat 4 fysiotherapeuten ouderen op hun wachtlijst hebben staan, maar ieder niet genoeg om een cursus te starten. Daarom gaan we dat beter afstemmen en wachtlijsten eerder samenvoegen.' [20]

### Regionale samenwerking

Alle gemeenten gaan met dezelfde doelstellingen op het gebied van valpreventie aan de slag. Hier liggen mooie kansen om van elkaar te leren, elkaar te versterken en efficiënt om te gaan met tijd en middelen. Vanuit IZA en GALA wordt daarom ook ingezet op een regionale preventie-infrastructuur. Dit betekent ook dat alle inwoners in regio Haaglanden dezelfde kansen krijgen ten aanzien van valpreventie. Er valt te denken aan een regionale bewustwordingscampagne, kennisdeling door projectleiders en beleidsmedewerkers, regionale afspraken tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen en regionaal opleidingsaanbod voor de professionals in de keten. Gemeenten in Haaglanden hebben GGD Haaglanden de opdracht gegeven voor het aanstellen van een regionale ketenregisseur, om deze samenwerking voor valpreventie op te zetten.

### Verbinding vitaal ouder worden en valpreventie

De samenwerking tussen het zorgdomein en het sociale domein is essentieel in de Ketenaanpak Valpreventie en zal bijdragen aan vitaal ouder worden. Nu komen er mensen met klachten in het zorgdomein (bijvoorbeeld bij de huisarts) die bij vroege opsporing geholpen hadden kunnen worden in het sociale domein. Fysieke klachten kunnen hun oorsprong hebben in bijvoorbeeld sociale uitsluiting, eenzaamheid of het ontbreken van zingeving. Wanneer er wordt gedacht vanuit positieve gezond-

heid, er goede afstemming is en een doorverwijsstructuur over de domeinen heen, kunnen serieuzere klachten voorkomen worden en blijven senioren langer vitaal.

De Ketenaanpak Valpreventie biedt meer mooie aanknopingspunten voor het stimuleren van vitaal ouder worden, zoals:

- Bij het inrichten van de buitenruimte kan de sociale cohesie versterkt worden, door ontmoetingsplekken te creëren die ook senioren de mogelijkheid geven om uit te rusten op een bankje. Dit vergroot hun bewegingsruimte en zelfredzaamheid en gaat eenzaamheid tegen.
- Een voorlichting over eiwitrijke voeding kan bestaan uit een kookworkshop, waarbij ook samen wordt gegeten. Samen koken en eten is goed voor de sociale binding.
- De interventie *Thuis Onbezorgd Mobiel (TOM)* combineert onder andere een valpreventieve beweeginterventie met een sociale component, zoals het koppelen van iemand aan een maatje.
- Ontmoetingsplekken zoals Café Max (Zoetermeer) of Café Positief Gezond (Delft) faciliteren ontmoeting en voorlichting.

---

Wilt u reageren? Mail de auteur of de redactie: [epibul@ggdhaaglanden.nl](mailto:epibul@ggdhaaglanden.nl)

---

### OVER DE AUTEURS

**M. Keetman, I.J. Volkstedt, B. Bos**, gezondheidsbevorderaars, afdeling Gezondheidsbevordering, GGD Haaglanden

E-mailadres: [maartje.keetman@ggdhaaglanden.nl](mailto:maartje.keetman@ggdhaaglanden.nl)



## REFERENTIES

1. VZinfo. **Levensverwachting. Leeftijd en geslacht** [Online]. 2023 (bezoekt op 29 apr 2024); Beschikbaar op url: <https://www.vzinfo.nl/levensverwachting/leeftijd-en-geslacht#Trend-levensverwachting>.
2. Raad Volksgezondheid en Samenleving. **De derde levensfase: het geschenk van de eeuw** [Online]. 2020 (bezoekt op 29 apr 2024); Beschikbaar op url: <https://www.raadvsv.nl/documenten/publicaties/2020/01/08/de-derde-levensfase-het-geschenk-van-de-eeuw>.
3. VeiligheidNL. **Infographic Valongevallen 65-plussers 2022** [Online]. (Bezoekt op 08 apr 2024); Beschikbaar op url: <https://www.veiligheid.nl/kennisaanbod/infographic/infographic-valongevallen-65-plussers-2022>.
4. ActiZ, De Nederlandse ggz, Federatie Medisch Specialisten, InEen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Zorgautoriteit, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorginstituut Nederland, Zorgthuisnl, Zorgverzekeraars Nederland en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. **Integraal Zorg Akkoord. Samen werken aan gezonde zorg** [Online]. 2022 (bezoekt op 30 apr 2024); Beschikbaar op url: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>.
5. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. **GALA – Gezond en Actief Leven Akkoord** [Online]. 2023 (bezoekt op 30 apr 2024); Beschikbaar op url: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/01/31/gala-gezond-en-actief-leven-akkoord>.
6. CBS. **Huishoudens; personen naar geslacht, leeftijd en regio, 1 januari** [Online]. 2023 (bezoekt op 29 apr 2024); Beschikbaar op url: <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/71488ned/table?dl=917A9>.
7. GGD Haaglanden. **Gezondheidsgids GGD Haaglanden. Vallen** [Online]. (Bezoekt op 29 apr 2024); Beschikbaar op url: <https://gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl/mosaic/dashboard/vallen>.
8. VeiligheidNL. **Valanalyse. Zo beoordeel je valrisico bij ouderen** [Online]. 4e herziene druk maart 2023 (bezoekt op 29 apr 2024). Beschikbaar op url: <https://www.veiligheid.nl/kennisaanbod/interventie/de-valanalyse>.
9. Nederlandse Zorgautoriteit. **Valpreventie** [Online]. (Bezoekt op 30 apr 2024); Beschikbaar op url: <https://www.nza.nl/onderwerpen/preventie/valpreventie>.
10. VeiligheidNL. **Ketenaanpak Valpreventie** [Online]. (Bezoekt op 08 apr 2024); Beschikbaar op url: <https://www.veiligheid.nl/ketenaanpak-valpreventie>.
11. VeiligheidNL. **Valrisicotest** [Online]. (Bezoekt op 08 apr 2024); Beschikbaar op url: <https://www.veiligheid.nl/kennisaanbod/protocol/valrisicotest>.
12. VeiligheidNL. **Overzicht valpreventieve beweeginterventies** [Online]. (Bezoekt op 08 apr 2024); Beschikbaar op url: <https://www.veiligheid.nl/kennisaanbod/infographic/overzicht-valpreventieve-beweeginterventies>.
13. Kenniscentrum Sport en Bewegen. **Erkende interventies** [Online]. (Bezoekt op 29 apr 2024); Beschikbaar op url: <https://www.kenniscentrumsport-enbewegen.nl/interventies/?interventie-leeftijden.keyword=%5B%22Ouderen+65%2B%22%5D>.
14. VeiligheidNL. **Rotterdam houdt ouderen in beweging na valpreventieve beweeginterventie** [Online]. (Bezoekt op 31 apr 2024); Beschikbaar op url: <https://www.veiligheid.nl/kennisaanbod/praktijkvoorbeeld/rotterdam-houdt-ouderen-beweging-na-valpreventieve-beweeginterventie>.
15. Loketgezondleven. **Ketenaanpak valpreventie uitvoeren gemeente** [Online]. (Bezoekt op 29 apr 2024); Beschikbaar op url: <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/gezond-en-vitaal-ouder-worden/valpreventie/ketenaanpak-valpreventie-uitvoeren>.
16. VZinfo. **Ervaren gezondheid. Werk en inkomen** [Online]. (Bezoekt op 29 apr 2024); Beschikbaar op url: <https://www.vzinfo.nl/ervaren-gezondheid/werk-en-inkomen>.
17. GGD Haaglanden. **Gezondheidsgids GGD Haaglanden. Ervaren gezondheid** [Online]. (Bezoekt op 29 apr 2024); Beschikbaar op url: <https://gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl/viewer>.
18. VeiligheidNL. **Valpreventie voor ouderen met een lage SES en/of migratieachtergrond** [Online]. 2023 (bezoekt op 29 apr 2024); Beschikbaar op url: <https://www.veiligheid.nl/kennisaanbod/onderzoek/valpreventie-bij-ouderen-met-een-lage-ses-enof-migratieachtergrond>.
19. VeiligheidNL. **Valpreventie bij ouderen** [Online]. (Bezoekt op 29 apr 2024); Beschikbaar op url: <https://www.veiligheid.nl/kennisaanbod/valpreventie-bij-ouderen>.
20. VeiligheidNL. **Stevig Staan Noord-Limburg: regionale aanpak, lokale invulling** [Online]. (Bezoekt op 31 apr 2024); Beschikbaar op url: <https://www.veiligheid.nl/kennisaanbod/praktijkvoorbeeld/stevig-staan-noord-limburg-regionale-aanpak-lokale-invulling>.

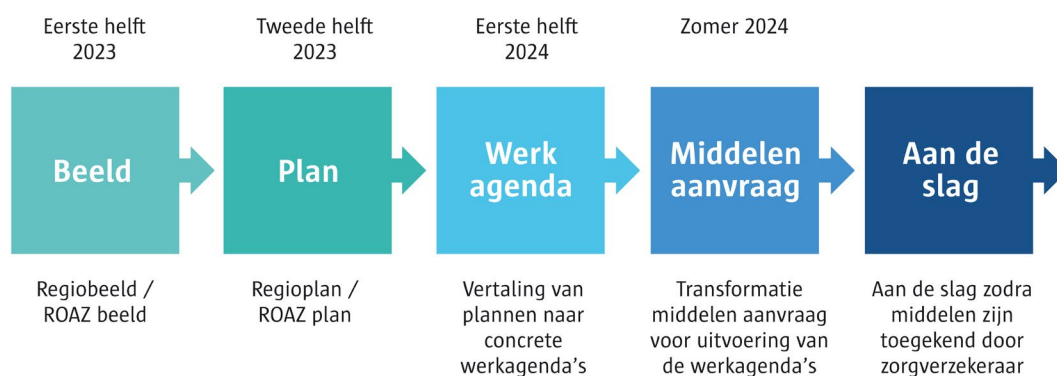


# Hoe werken we in GGD-regio Haaglanden aan het Integraal Zorgakkoord (IZA)

Toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg, dat is de doelstelling van het Integraal Zorgakkoord, oftewel IZA. [1] Dit zorgakkoord is in september 2022 ondertekend door diverse partijen vanuit de zorg, Zorgverzekeraars Nederland, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging Nederlandse Gemeenten en het ministerie van VWS. De inleiding (hoofdstuk 1) van dit zorgakkoord stelt dat *'het beter moet en kan, anders lopen we vast'*. De toegankelijkheid van de zorg staat onder druk, omdat de vraag naar zorg sneller stijgt dan het aanbod. Qua kosten verwijst het IZA naar de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, die in 2021 becijferde dat zonder aanpassingen de zorguitgaven tot 2060 verdrievoudigen. Het is volgens deze Raad niet realistisch en wenselijk om dat bedrag aan zorg uit te geven, uitgaande van andere uitdagingen zoals klimaat, veiligheid, onderwijs en wonen, waar ook (veel) mensen en veel geld voor nodig zijn. Tegelijkertijd is er ook onvoldoende menskracht om deze zorg te leveren. In het IZA is vastgesteld dat uiterlijk in het tweede kwartaal van 2023 regio- en ROAZ-beelden opgesteld moesten zijn, en uiterlijk eind 2023 regio- en ROAZ-plannen. In dit artikel wordt toegelicht wat deze beelden en plannen zijn en wat hier voor de gemeenten in GGD-regio Haaglanden in staat.

Irene van der Meer, Jessica Michgelsen

Schets van het IZA-proces (Bron: GGD Haaglanden)





## Regio- en ROAZ-beelden

In het IZA spraken zorgpartijen met elkaar af om de samenwerking in de regio te bevorderen, te beginnen met het in kaart brengen van de situatie in een regio. Dat deden zij middels een regio- en ROAZ-beeld. De criteria voor deze beelden stelden zij onderling op. [2] In de praktijk wordt een regiobeeld hier gezien als een overzicht van informatie over demografische ontwikkelingen, gezondheid en welzijn, en het gebruik van diverse vormen van zorg, zoals specialis- tische zorg, huisartsenzorg, geboortezorg en voorzie- ningen vanuit de Wmo (Wet maatschappelijke onder- steuning). Het regiobeeld geeft inzicht in factoren die invloed hebben op het ontstaan van ziekte of op het beloop daarvan, en in het gebruik van diverse vormen van zorg. Deze informatie is van belang om de belangrijkste regionale opgaven te helpen prioriteren en op die manier bij te dragen aan toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg.

**Figuur 1** De zorgkantoor- regio's in Nederland. De lijnen geven de gemeentegrenzen aan (Bron: De Juiste Zorg op de Juiste Plek).



Voor de acute zorg is een vergelijkbare afspraak gemaakt, waarbij er over ROAZ-beelden wordt gesproken. Hier gaat het specifiek over het toekomstbestendig maken van de acute zorg. Alle regio- en ROAZ-beelden zijn te vinden op de website [www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl](http://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl).

Vanuit het IZA zijn er dus op 2 niveaus beelden opgesteld:

### Regiobeelden op het niveau van de zorgkantoor- regio

Een *zorgkantoor* maakt met de zorgaanbieders afspraken over de kwaliteit van zorg en welke zorg zij kunnen leveren. [3] Zij regelen dat de mensen in hun regio die langdurige zorg nodig hebben (Wlz-indicatie), de zorg krijgen die zij nodig hebben. Elk zorgkantoor is verbonden aan een zorgverzekeraar. In Nederland zijn er 31 zorgkantoorregio's (figuur 1), waarvan 2 in GGD-regio Haaglanden: 1) zorgkantoorregio Haag- landen en 2) zorgkantoorregio Westland Schieland Delfland (WSD). Het initiatief voor het opstellen van de regiobeelden (en -plannen) is in het IZA belegd bij de zorgverzekeraar die marktleider is in de betreffende zorgkantoorregio, samen met de in de regio aange- wezen gemandateerde gemeente (tabel 1).

### ROAZ-beelden

Het *Regionaal Overleg Acute Zorgketen* (ROAZ) heeft als doel om de kwaliteit, beschikbaarheid en bereik- baarheid van de acute zorg in de keten zo goed moge- lijk te borgen. Daardoor kunnen patiënten zo snel mogelijk de juiste zorg op de juiste plek ontvangen, ook in opgeschaalde situaties zoals het geval is bij crises, rampen en calamiteiten. Het Netwerk Acute Zorg West (NAZW) omvat de GGD-regio's Haaglanden

**Tabel 1** Overzicht zorgkantoor- en ROAZ-regio's in GGD-regio Haaglanden

	Zorgkantoorregio Haaglanden	Zorgkantoorregio Westland Schieland Delfland	ROAZ-regio West
Coördinerende organisatie	Zorgverzekeraar CZ, samen met VGZ	Zorgverzekeraar DSW	NAZW
Coördinerende gemeente	Zoetermeer	Delft	Niet van toepassing
Regio/ gemeenten	Den Haag, Leidschendam- Voorburg, Rijswijk, Wassenaar, Zoetermeer	Delft, Pijnacker-Nootdorp, Midden-Delfland, Westland, en 4 gemeenten in de regio van GGD Rotterdam-Rijnmond (Maassluis, Vlaardingen, Schiedam, Lansingerland)	Alle 9 gemeenten van GGD Haaglanden en 18 gemeenten van GGD Hollands Midden (o.a. Leiden en Gouda)
Link naar regiobeeld	<a href="#">Regiobeeld zorgkantoorregio Haaglanden</a>	<a href="#">Regiobeeld Westland Schieland Delfland</a>	<a href="#">ROAZ-beeld Netwerk Acute Zorg West</a>

en Hollands Midden. Voor deze acute zorgregio is het ROAZ-regiobeeld opgesteld (tabel 1).

## Dit laten de regio- en ROAZ-beelden in Haaglanden zien

### (Dubbele) vergrijzing

Uit de 3 regiobeelden blijkt de (dubbele) vergrijzing in de regio's. Zo stijgt niet alleen het percentage inwoners van 65 jaar en ouder (vergrijzing), maar ook het percentage inwoners van 80 jaar en ouder (dubbele vergrijzing). Hierdoor wordt een toename in het aantal (acute) zorgvragen verwacht. Ook de demografische druk neemt toe, oftewel de verhouding tussen het potentieel aan werkenden (20-64-jarigen) en niet-werkenden (0-19 jaar en 65+). Dit betekent ook dat er meer (mantel)zorg verwacht wordt, terwijl relatief minder mensen deze formele en informele zorg kunnen leveren.

### Verschillen binnen regio's

In de regiobeelden vallen de verschillen binnen de zorgkantoorregio's op, zowel tussen als binnen gemeenten. Vooral in zorgkantoorregio Haaglanden zijn er veel verschillen in (determinanten van) gezondheid, al is dit ook in zorgkantoorregio WSD te zien. Dit komt naar voren in een groot aantal risicofactoren voor en aspecten van gezondheid, zoals inkomen, moeite met rondkomen, leefomgeving, eenzaamheid en mentale gezondheid. Deze verschillen raken aan een andere doelstelling van het IZA en van verschillende gemeenten: het verkleinen van gezondheidsverschillen.

### Verstedelijking

De regio van GGD Haaglanden is over het algemeen (zeer) sterk verstedelijkt. Naast de (dubbele) vergrijzing, wordt ook een bevolkingsgroei verwacht. Deze bevolkingsgroei zal naar verwachting het grootst zijn in de meest verstedelijkte gebieden. Dit brengt uitdagingen met zich mee: verstedelijking is in het algemeen negatief gerelateerd aan fysieke leefomgevingsindicatoren die effect hebben op gezondheid, zoals luchtkwaliteit, geluid, klimaat, groen, leefbaarheid, beweegvriendelijke ruimte en veiligheid.

### Tekort aan medische professionals

Zowel landelijk als in de regio van GGD Haaglanden komt uit de regiobeelden naar voren dat er een tekort is aan medische professionals. Dit tekort zal de komende jaren groeien.

### Regio- en ROAZ-plannen

Op basis van de regio- en ROAZ-beelden zijn in de tweede helft van 2023 regio- en ROAZ-plannen opgesteld, die op dezelfde website zijn te vinden als de beelden: [www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl](http://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl).

### Zorgkantoorregio Haaglanden

Voor zorgkantoorregio Haaglanden (gemeenten Den Haag, Leidschendam-Voorburg, Rijswijk, Wassenaar en Zoetermeer) werkten gemeenten, een brede vertegenwoordiging van zorg- en welzijnsaanbieders, zorgverzekeraars CZ en VGZ, en GGD Haaglanden aan het opstellen van 4 actielijnen (figuur 2). De eerste actielijn focust op het creëren van een (positief) gezond leven. Dit is een belangrijk

## Een voorbeeld van preventie in Haaglanden: inwoners creëren Gezonde Buurten in Leidschendam-Voorburg (onder begeleiding van Jantje Beton en IVN Natuureducatie)

Een initiatief dat nu al plaatsvindt in Leidschendam-Voorburg, illustreert de actielijn Preventie. Soortgelijke initiatieven kunnen in de toekomst wellicht ook op andere plekken in de regio een plaats krijgen.

In de wijk Bovenveen in Leidschendam-Voorburg, creëren buurtbewoners in samenwerking met allerlei organisaties, een gezonde buurt. Oftewel een plek waar alles samenkomt: natuur, ontmoeten, bewegen (spelen), een plek waar je rustig wordt en tegelijkertijd energie krijgt. Onder begeleiding van IVN Natuureducatie en Jantje Beton ontdekken jong

en oud welke wensen en behoeften er zijn ten aanzien van een gezondere buurt. Op basis hiervan maken professionals een ontwerp, waar de buurt feedback op kan geven. Vervolgens maken de buurtbewoners zelf een activiteitenkalender met spel-, ontmoet-, en natuuractiviteiten, zodat de nieuwe plek echt gaat leven. Dan is het tijd om te bouwen en wordt de omgeving ingericht. Natuurlijk volgt er daarna een feestelijke opening tijdens welke de gezonde buurt officieel wordt overgedragen aan de gemeente en de buurtbewoners. Zie voor meer informatie: <https://www.ivn.nl/aanbod/gezonde-buurten/voorborg-bovenveen/>.



Figuur 2 Actielijnen uit het regioplan van zorgkantoorregio Haaglanden (Bron: De Juiste Zorg op de Juiste Plek)



onderdeel van de transformatie die de organisaties met elkaar moeten gaan maken. Meer focus op gezondheid en welzijn van inwoners, verhoogt de kwaliteit van leven. Hierin wordt ‘de beweging naar de voorkant’ benoemd. Daarmee wordt bedoeld dat de huidige focus op zorg meer verlegd moet worden naar een focus op gezondheid en welzijn. Zo voorkom je dat mensen (ernstiger) ziek worden en zorg nodig hebben, waardoor minder zorgpersoneel nodig is en minder maatschappelijke kosten gemaakt worden.

Alle 4 de actielijnen raken aan elkaar: focus op preventie en versterken van mentale gezondheid, slimmer samenwerken en organiseren, personeel op innovatieve manieren behouden en aantrekken. Zie figuur 2 voor meer details.

**Zorgkantoorregio Westland Schieland Delfland (WSD)**

De gemeenten Delft, Midden-Delfland, Pijnacker-Nootdorp en Westland vallen onder zorgkantoorregio WSD. In deze regio werken zorg- en welzijnsaanbieders, zorgverzekeraar DSW, zorgkantoor DSW, gemeenten en woningcorporaties al enkele jaren met elkaar samen aan belangrijke maatschappelijke opgaven, zoals het creëren van toekomstbestendige ouderenzorg. Deze samenwerking breidde zich in 2023 verder uit door de komst van het IZA. De betrokken partijen

vinden dit akkoord echter niet toereikend genoeg om écht een transitie te kunnen maken. Daarom creëerden zij met elkaar een Regionaal Integraal Gezondheidsakkoord (RIGA). Op een tweetal vlakken beoogt het RIGA verder te gaan dan IZA: 1) het is een gezondheidsakkoord in plaats van een zorgakkoord, 2) het regionaal bundelen van middelen (geld en mensen) zorgt ervoor dat er op lange termijn ook echt verandering kan zijn en blijven. De overkoepelende RIGA-ambitie is als volgt:

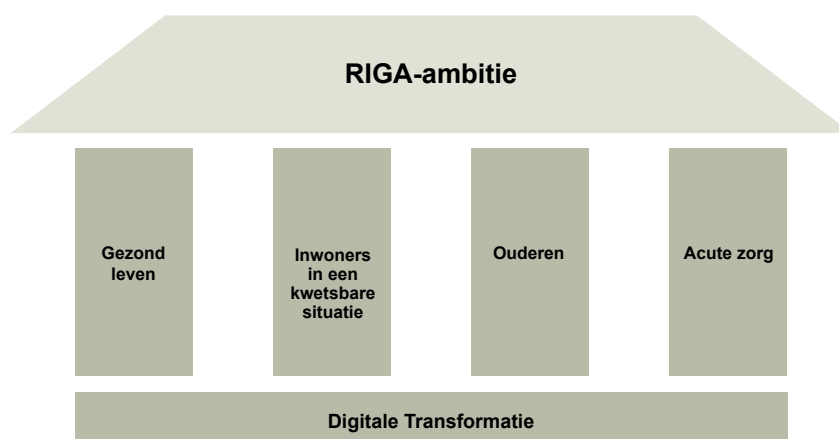
*In de WSD-regio realiseren we een omgeving waarin de inwoner prettig en gezond kan leven, waarin de verschillende domeinen elkaar versterken, en waarin zorg en ondersteuning toegankelijk en beschikbaar zijn wanneer nodig.*

Vanuit deze RIGA-ambitie gaan allerlei partijen de komende jaren aan de slag. Dit doen zij middels 4 pijlers (zie figuur 3). Al deze pijlers beogen ook een digitale transformatie te doorgaan. Dit is een middel en geen doel op zich. De bedoeling van deze digitale transformatie is enerzijds dat inwoners zelf meer de regie kunnen nemen, en anderzijds dat verschillende organisaties zonder al te veel moeite met elkaar kunnen samenwerken. Op die manier beogen partijen die aangesloten zijn bij het RIGA om mensen gezond, en de zorg toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief goed te houden.



**Figuur 3** Pijlers uit het regioplan van zorgkantoorregio Westland Schieland Delfland

(Bron: De Juiste Zorg op de Juiste Plek)



### Een voorbeeld in Westland Schieland Delfland: woonoplossingen voor ouderen

Een inspirerend voorbeeld van regionale en domein-overstijgende samenwerking die al gaande is in deze regio, is het op korte termijn realiseren van heel wat woonzorgplekken. Er is namelijk een dreigend tekort aan geschikte woningen voor ouderen. Het doel is om 1.850 nieuwe woonoplossingen te realiseren, en de capaciteit in verpleeghuizen uit te breiden met 500 woonzorgplekken.

Voor de nieuwe woonoplossingen ontwikkelde een groep van gemeenten, VVT-aanbieders, woningcorporaties en zorgkantoor DSW het concept *Gezond en Wel Thuis*. Het doel is om woningen te creëren voor mensen die thuis willen blijven wonen, maar wel zorg nodig hebben. Een vast zorg- en ondersteuningsteam komt bij de ouderen thuis, draagt de verantwoordelijkheid voor welzijns-activiteiten en creëert een gemeenschap rondom de locatie. Het doel hiervan is meerledig. Enerzijds geeft het ouderen een betere kwaliteit van leven, doordat ze een groter sociaal netwerk hebben en activiteiten blijven doen voor hun mentale en fysieke fitheid. Anderzijds ervaart het vaste team meer werkplezier, doordat ze met vaste collega's en een vaste groep bewoners werken. Door op één locatie te werken heeft het team ook minder reistijd en kan het op die manier efficiënter werken. Kortom, een mooi voorbeeld waarin wonen, welzijn, preventie en zorg samenkomen. Zie voor meer informatie: <https://www.gezondenwel-wsd.nl/gezondenwelthuis>.

### ROAZ-regio West

In het ROAZ-plan zijn de transformatieopgaven beschreven waar de ketenpartners in de komende jaren met elkaar aan gaan werken. Het plan wordt in de eerste helft van 2024 geconcretiseerd. Op hoofdlijnen hebben de transformatieopgaven betrekking op:

- (Voorkomen van) instroom in de acute zorg;
- Zorgcoördinatie;
- Personeel in de acute zorg;
- Organisatie van zorg.

### Een voorbeeld uit het ROAZ-plan: preventie van fietsongevallen

Een van de punten in het IZA is het meer inzetten op preventie. Dit heeft dan ook een plek gekregen in het ROAZ-plan. Een van de eerste activiteiten in dit kader is een stageopdracht van het NAZW en GGD Haaglanden. In de ROAZ-regio West worden het aantal fietsongevallen bij (multi)traumapatiënten en onder andere het gebruik van een helm in kaart gebracht. Deze gegevens worden vergeleken met beschikbare data uit andere onderzoeken die in Nederland zijn gedaan naar: fietsongevallen, de aard van deze ongevallen, opgelopen letsel en de ernst daarvan, verkeersomstandigheden en het gebruik van een helm. Dit zal worden gecombineerd met interviews, die inzicht geven in de impact op de doelgroep (traumapatiënten na een fietsongeval) en de beweegredenen voor bepaald gedrag. Als resultaat zullen er een advies en plan van aanpak komen voor het opzetten van een pilot. Deze zullen gebaseerd zijn op goede interventies en de uitrol daarvan, toegespitst op de ROAZ-regio West.

## En hoe verder?

De regiobeelden zijn halverwege 2023 vastgesteld en de plannen eind 2023. Nu is het tijd voor de transformatie. Zoals bovenstaande voorbeelden illustreren, borduurt een deel van de plannen voort op initiatieven die al voor de totstandkoming van de regiobeelden- en plannen waren gestart. De zorgen over de betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg bestaan ook al langer, dus het is begrijpelijk dat er al initiatieven waren. Het opstellen van deze beelden dwong de partijen echter wel om gezamenlijk op zoek te gaan naar alle beschikbare en relevante informatie, om vervolgens gezamenlijk vast te stellen welke doelen er nagestreefd worden en hoe verder te gaan. De concrete uitvoering wordt momenteel vormgegeven, altijd volgens het principe: werk in uitvoering – we moeten doen en tegelijkertijd leren van wat we doen.

In het IZA is afgesproken dat de zorgverzekeraars en gemeenten aan de hand van de regiobeelden en regioplannen, uiterlijk 1 januari 2025 niet-vrijblijvende regionale samenwerkingsafspraken maken over gezondheidsbevordering van de populatie als geheel,

en specifiek voor risicogroepen (bijvoorbeeld mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, psychisch kwetsbare personen, ouderen met valrisico, mensen met een gok-, drugs- of alcoholverslaving, kinderen en volwassenen met overgewicht) en patiënten. [1] Hoe meer ziekte op deze manier voorkomen kan worden, hoe dichterbij het doel van het IZA komt: op naar een toegankelijke betaalbare zorg van goede kwaliteit.

---

Wilt u reageren? Mail de auteur of de redactie: [epibul@ggdhaaglanden.nl](mailto:epibul@ggdhaaglanden.nl)

---

## OVER DE AUTEURS

**Dr. Ir. I.M. van der Meer MPH**, senior epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie en Beleidsadvies, GGD Haaglanden; **J. Michgelsen MSc**, beleidsadviseur, afdeling Epidemiologie en Beleidsadvies, GGD Haaglanden.

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



## REFERENTIES

1. ActiZ, De Nederlandse ggz, Federatie Medisch Specialisten, InEen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Zorgautoriteit, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorginstituut Nederland, Zorgthuisnl, Zorgverzekeraars Nederland en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. **Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'** [Online]. 2022 (bezoekt op 01 feb 2024); Beschikbaar op url: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>.
2. De Juiste Zorg op de Juiste Plek. **Criteria regiobeelden en regioplannen vastgesteld** [Online]. 19 januari 2023 (bezoekt op 13 mei 2024); Beschikbaar op url: <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/actueel/nieuws/criteria-regiobeelden-en-regioplannen-vastgesteld/>.
3. Zorgverzekeraars Nederland. **Over zorgkantoren** [Online]. (Bezoekt op 25 mar 2024); Beschikbaar op url: <https://www.zn.nl/zorgkantoren/informatie/>.

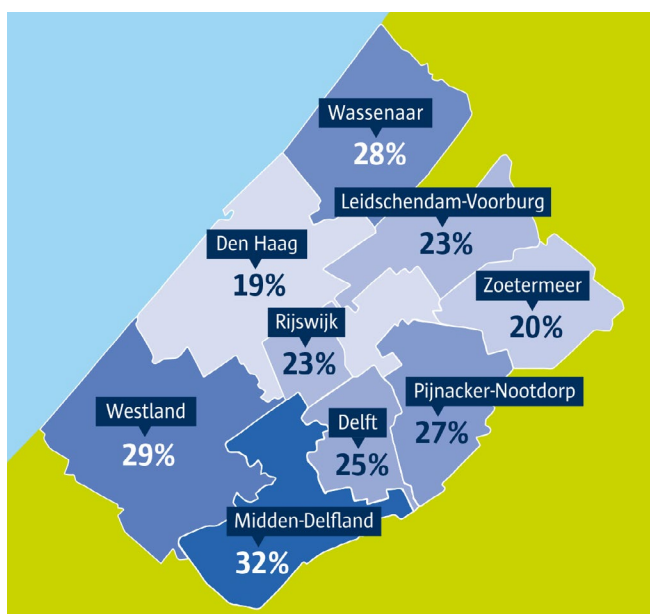
De rubriek Gezondheid in cijfers belicht kort een thema met betrekking tot de gezondheid van de inwoners van de regio Haaglanden. De cijfers zijn afkomstig uit recent onderzoek.

# Vrijwilligerswerk door volwassenen en ouderen

Vrijwilligerswerk kent geen eenduidige definitie. Voor dit overzicht wordt onder vrijwilligerswerk verstaan: werk dat in georganiseerd verband (bijvoorbeeld sport- of buurtvereniging, kerkbestuur, school), onbetaald wordt uitgevoerd. Het doen van vrijwilligerswerk kan positieve effecten hebben op de gezondheid, doordat het je persoonlijke groei bevordert, de regie over het eigen leven versterkt, je sociale netwerk vergroot en een gevoel van voldoening geeft. Daarentegen kunnen gezondheidsproblemen het doen van vrijwilligerswerk belemmeren. [1] De maatschappelijke meerwaarde van vrijwilligerswerk is groot.

In de Corona Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2022 is aan deelnemers de vraag gesteld: 'Doet u vrijwilligerswerk? Hieronder wordt verstaan: werk dat in georganiseerd verband (bijvoorbeeld sportvereniging, kerkbestuur, school) onbetaald wordt uitgevoerd'. In Haaglanden doet ruim 1 op de 5 (22%) inwoners van 18 jaar en ouder vrijwilligerswerk. Het percentage inwoners dat vrijwilligerswerk verricht varieert van 19% in Den Haag tot 32% in Midden-Delfland.

**Figuur 1** Percentage volwassenen en ouderen (18 jaar en ouder) dat vrijwilligerswerk doet.



Het percentage inwoners in Haaglanden dat vrijwilligerswerk verricht is iets lager dan landelijk (25%). Ook is het percentage vrijwilligers in Haaglanden ten opzichte van 2016 afgenomen (25% in 2016 versus 22% in 2022).

## Ruim 1 op de 5 inwoners in Haaglanden van 18 jaar en ouder doet vrijwilligerswerk

Er is geen verschil tussen de percentages mannen en vrouwen die vrijwilligerswerk doen.

Onder de oudere inwoners is het percentage vrijwilligers hoger: 26% bij de 65-plussers, vergeleken met 22% bij de 35- tot en met 64-jarigen en 18% bij de 18- tot en met 34-jarigen.

Hoe hoger opgeleid, hoe hoger het percentage vrijwilligers. Onder inwoners zonder opleiding, alleen basisonderwijs, lbo of mavo doet 16% vrijwilligerswerk. Bij inwoners met een mbo-, havo- of vwo-diploma is dat 21% en bij inwoners met een hbo- of wo-opleiding 26%.

Van inwoners die moeite hebben met rondkomen doet 17% vrijwilligerswerk, versus 23% van inwoners die geen moeite hebben met rondkomen.

Relatief meer gehuwden/ samenwonenden dan alleenstaanden doen vrijwilligerswerk (25% versus 20%).

De Corona Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen is een extra Gezondheidsmonitor die in het najaar van 2022 is uitgevoerd door alle GGD'en in Nederland, in samenwerking met het RIVM en het CBS. Het is bedoeld om extra inzicht te krijgen in de gezondheid, leefstijl en het welzijn van volwassenen en ouderen tijdens en na de coronapandemie. Meer resultaten van deze Corona Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen zijn te vinden op [gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl](https://gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl)

## REFERENTIES

1. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). **Participatie; vrijwilligerswerk** [Online]. (Bezocht op 13 mrt 2024); Beschikbaar op url: <https://www.vzinfo.nl/participatie>.





## Kennisuitwisseling Jeugd in onderzoek – 26 september 2024

Donderdag 26 september 2024 vindt de nieuwe editie van *Jeugd in Onderzoek* plaats in het 1931 Congrescentrum 's-Hertogenbosch. Het doel van *Jeugd in Onderzoek* is kennisuitwisseling, prikkelen van duurzame kennisontwikkeling en het stimuleren van het gebruik van kennis door professionals, gemeenten, onderwijs en opleidingen. Zodat ouders en jeugd daarvan profiteren. Het thema van dit jaar is: *Bestaanszekerheid voor elk gezin: een collectieve opgave*. Meer informatie en inschrijven: <https://jeugdinonderzoek.nl/>



## Jaarverslag GGD Haaglanden 2023

GGD Haaglanden is dé organisatie voor publieke gezondheid in regio Haaglanden. Wij helpen de meer dan 1,1 miljoen inwoners van de negen gemeenten om gezond op te groeien, gezonder te leven en langer gezond te blijven. Daarbij besteden we in het bijzonder aandacht aan inwoners die kwetsbaar zijn en die vanuit een publieke verantwoordelijkheid extra zorg nodig hebben. Gemeenten, zorgverleners en zorgverzekeraars zijn steeds meer op elkaar aangewezen om preventie, zorg en ondersteuning met elkaar te verbinden. In deze ontwikkeling staat GGD Haaglanden voor publieke gezondheid, samen met ketenpartners.

Lees het jaarverslag 2023: <https://www.jaarverslag2023-ggdhaaglanden.nl/nl>

## Masterclass 'Do's en don'ts van jongerenparticipatie in onderzoek' - 15 november 2024

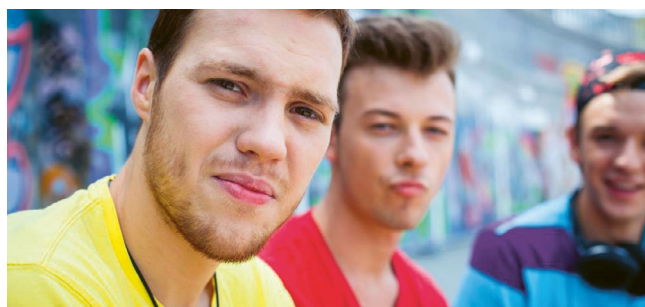
Om onderzoek te laten aansluiten bij de leefwereld van jongeren, is het van groot belang om hen hierbij actief te betrekken. Maar hoe werk je samen op een manier die ook écht van betekenis is voor zowel onderzoekers als jongeren? Dat leert u in de masterclass die ZonMw in samenwerking met YoungXperts aanbiedt.

**Voor wie:** Onderzoekers die (enigszins) ervaring hebben met jongerenparticipatie of hier op korte termijn concrete onderzoeksplannen voor hebben, zijn welkom om deel te nemen. Onderdeel van de masterclass is het inbrengen van een casus of vraagstuk om hiermee aan de slag te gaan.

**Wanneer:** 15 november 2024; 10.00 - 17.00 uur.

**Waar:** Social Impact Factory in Utrecht

**Meer informatie:** <https://www.zonmw.nl/nl/agenda/masterclass-dos-en-donts-van-jongerenparticipatie-onderzoek>.  
Inschrijven kan vanaf begin september.



## Resultaten Gezondheidsmonitor Jeugd 2023

In het najaar van 2023 is door alle GGD'en, in samenwerking met het RIVM, in 2e en 4e klassen van het regulier voortgezet onderwijs de Gezondheidsmonitor Jeugd 2023 (GM Jeugd 2023) uitgevoerd. Deze landelijke monitor vindt elke 4 jaar plaats en heeft als doel inzicht te geven in de gezondheid en het welzijn van jongeren. De afdeling Epidemiologie en Beleidsadvies van GGD Haaglanden heeft de GM Jeugd 2023 uitgevoerd in de regio Haaglanden.

In 2021 vond een extra GM Jeugd plaats, om de impact van corona op de gezondheid en het welzijn van de doelgroep te onderzoeken. Resultaten van de GM Jeugd 2023 geven dan ook een beeld van hoe het met de gezondheid en leefstijl van jongeren is gesteld ná de coronapandemie.

In de editie van 2023 zijn voor het eerst vragen gesteld over

actuele onderwerpen als online gokken, wapenbezit en zorgen over het klimaat en/ of oorlogen.

Omdat alle GGD'en deelnemen, is het mogelijk de resultaten van dit onderzoek op landelijk, regionaal en lokaal niveau te vergelijken. De resultaten van de GM Jeugd 2023 en factsheets per Haaglanden-gemeente, zijn te vinden op de Gezondheidsgids van GGD Haaglanden. Zie dit nieuwsbericht: <https://gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl/news/Gezondheid-en-welzijn-jongeren--bekijk-de-GM-Jeugd-2023-resultaten/64>.

Alle deelnemende scholen hebben een schoolprofiel ontvangen met daarin resultaten van het onderzoek voor hun eigen school. Landelijke cijfers staan op de website van het RIVM en VZinfo.

## Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024

Dit jaar doen de GGD'en en het RIVM weer een meting onder jongvolwassenen om in beeld te krijgen hoe het ervoor staat met hun gezondheid.

In de regio Haaglanden wordt deze Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de afdeling Epidemiologie & Beleidsadvies van GGD Haaglanden.

De monitor is live gegaan op 8 april jl. en zal in ieder geval openstaan tot en met 7 juli 2024. Kent u jongvolwassenen in de leeftijdsgroep van 16 tot en met 25 jaar? Motiveer hen om mee te doen! Door hier te klikken opent de vragenlijst: <https://www.monitorgezondheid.nl/gezondheidsmonitor-jongvolwassenen/2024>.

De resultaten zullen naar verwachting begin 2025 openbaar gemaakt worden.

De Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024 is onderdeel van het Gezondheidsonderzoek COVID-19. In dit onderzoek wordt samengewerkt met GGD'en, GHOR Nederland, het RIVM,

het Nivel en ARQ Nationaal Psycho-trauma Centrum, samen met het netwerk GOR. ZonMw is namens het ministerie van VWS opdrachtgever van dit initiatief. Zie voor meer informatie de website van het RIVM: <https://www.rivm.nl/gor-covid-19>



## Geboortezorg Zoetermeer

GGD Haaglanden deed in opdracht van de gemeente Zoetermeer onderzoek naar mogelijke gevolgen van veranderingen in de geboortezorg in Zoetermeer, op de gezondheid en het welzijn van zwangeren en baby's. Aanleiding was de aankondiging van het HagaZiekenhuis dat het zorgaanbod in Zoetermeer zal veranderen, met een mogelijke sluiting van de acute geboortezorg in het ziekenhuis.

Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden, zijn individuele interviews gehouden met zwangere en net bevallen vrouwen, verloskundigen, een klinisch verloskundige en gynaecologen. Aanvullend is literatuuronderzoek gedaan naar de invloed van een langere reistijd naar het ziekenhuis, op zwangerschapsuitkomsten.

Zowel de professionals als zwangere en net bevallen vrouwen, verwachten dat een sluiting van de verloskamers in Zoetermeer een negatieve impact zal hebben. Door sluiting wordt de reistijd langer en komen de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg mogelijk onder druk te staan. Dit kan directe gezondheidsrisico's opleveren, maar ook indirect effect hebben op de gezondheid en het welzijn van zwangeren en baby's. Het volledige rapport is hier te lezen: <https://gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl/documents/Gezondheidszorg>.

Het HagaZiekenhuis maakte met een voorgenomen besluit op 18 april 2024 bekend ervoor te kiezen om de afdeling acute geboortezorg in Zoetermeer te behouden (<https://www.hagaziekenhuis.nl/nieuws-agenda/hagaziekenhuis-kiest-voor-behoud-geboortezorg-in-zoetermeer/>).

Een definitief besluit volgt in juli 2024.



## Nieuwsbrief Onderzoek Bloesem

Gezondheids- en sociale problemen gaan vaak samen. Met het onderzoek *Bloesem: het terugdringen van syndemische kwetsbaarheid* [\*] (gefinancierd door NWO en ZonMw), gaan onderzoekers van het LUMC, de Haagse Hogeschool en Hogeschool Leiden samen met bewoners, beleidsmakers en andere betrokkenen aan de slag om een structurele aanpak te ontwikkelen om gezondheidsongelijkheden te verminderen. Het onderzoek is inmiddels gestart en loopt tot september 2026.

Bekijk de meest recente nieuwsbrief en ontdek het laatste nieuws, boeiende blogs, aankomende evenementen en recente publicaties: [https://us22.campaign-archive.com/?e=\\_\\_test\\_email\\_\\_&u=591518dee30e20d3996b-3fe84&id=31ed9fe36f](https://us22.campaign-archive.com/?e=__test_email__&u=591518dee30e20d3996b-3fe84&id=31ed9fe36f)



\* Mensen met een lagere sociaaleconomische positie hebben een minder goede gezondheid, doordat ze in sociaal minder goede omstandigheden leven. Dat leidt vervolgens vaak tot meer stress en weer andere gezondheidsproblemen. Dit patroon van sociaaleconomische clustering van gezondheidsproblemen wordt ook wel syndemisch genoemd.

## Handreiking klimaatadaptatie en Gezondheid

Klimaatverandering heeft een grote impact op onze gezondheid. Denk bijvoorbeeld aan de effecten van de toenemende hitte, een langer allergieseizoen en infectieziekten. Reden te meer om ons snel weerbaar te maken tegen klimaatverandering en om gezondheidsaspecten in beleidsplannen te verankeren. Meerdere GGD'en, waaronder GGD Haaglanden, en het RIVM schreven daarom de *Handreiking Klimaatadaptatie en Gezondheid*. De handreiking richt zich op de thema's hitte, Uv-straling en infectieziekten, die steeds belangrijker worden door klimaatverandering en waarop de GGD een rol heeft.

Lees hier meer over de handreiking: <https://awgl.nl/projecten/klimaatadaptatie-en-gezondheid>.

**Let op:** U kunt de Handreiking alleen inzien als u toegang heeft tot Kennisnet van GGD GHOR. Heeft u dat niet, vraag de handreiking dan op bij [diana.vandongen@ggdhaaglanden.nl](mailto:diana.vandongen@ggdhaaglanden.nl).



## Awpg Lumens heeft een nieuwe website

In de vorige editie brachten we het nieuws dat de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid (AWPG) Noordelijk Zuid-Holland voortaan onder de naam *awpg Lumens* verdergaat. De naam *Lumens* staat symbool voor het verlichten van paden, het bieden van inzichten en het verhelderen van kwesties. Als medische term voor ruimte, benadrukt Lumens onze rol in het faciliteren van mogelijkheden voor een gezondere samenleving. Het symboliseert de verlichting van het woord 'mens' door een lichtbron.

Intussen is er een nieuwe website, met onder andere onze thema's en projecten en onze agenda. Hier kunt u zich ook aanmelden voor de nieuwsbrief: <https://awpglumens.nl/over-ons/>.





## Grote zorgen om dalende vaccinatiegraad in Den Haag

De vaccinatiegraad onder kinderen is in alle wijken van Den Haag flink gedaald. De dalende trend is al langer ingezet, ook landelijk en in de G4 (4 grote steden).

De afdeling Epidemiologie en Beleidsadvies van GGD Haaglanden analyseerde de vaccinatiegraad in Den Haag per stadsdeel en wijk voor verslagjaar 2023. De resultaten staan beschreven in het rapport *Vaccinatiegraad Rijksvaccinatieprogramma (RVP) in Den Haag* (<https://gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl/handlers/ballroom.ashx?function=download&id=192>) en zijn vindbaar via de online Gezondheidsgids, op het dashboard Vaccinatiegraad (<https://gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl/mosaic/dashboard/vaccinatiegraad-rvp>).

Om kinderen goed te beschermen tegen infectieziekten, is een vaccinatiegraad van 90% nodig. Voor mazelen is dit zelfs 95%. Door de dalende vaccinatiegraad dreigen uitbraken van besmettelijke en potentieel dodelijke infectieziekten zoals mazelen en kinkhoest. Zo is in Den Haag bijvoorbeeld de gemiddelde BMR-vaccinatiegraad (tegen onder andere mazelen) onder 2-jarigen nog slechts 85,7%. In de stadsdelen Escamp, Laak en Centrum is dit zelfs maar 75%.

Om de gezondheid van inwoners te beschermen, neemt de gemeente Den Haag extra maatregelen om de vaccinatiegraad te verhogen.





## 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](http://www.nspoh.nl), tel: 030-8100500, e-mail [info@nspoh.nl](mailto:info@nspoh.nl).

### Van mentaal werkvermogen naar werk

De maatschappij vraagt veel van werknemers. Veel functies doen een sterk beroep op mentale vermogens. Bij duurzame inzetbaarheid en re-integratie worden hierover dan ook veel vragen gesteld. Wilt u meer zicht krijgen op het complexe verband tussen mentaal werkvermogen en concrete arbeidsmogelijkheden? Zodat u mensen optimaal kunt adviseren? Volg dan deze tweedaagse module.

Voor wie: Voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen en andere professionals in occupational health, die te maken hebben met moeizame re-integratieprocessen, van wege (mogelijk) verminderd mentaal werkvermogen

Data: 13 en 27 september 2024

Locatie: Utrecht

Kosten: € 960

Link: <https://www.nspoh.nl/van-mentaal-werkvermogen-naar-werk-7/>

### Impact in de eerste tien seconden

Heeft u een verhaal dat iedereen in de public of occupational health moet horen? Omdat u klanten goed wilt adviseren, collega's wilt informeren of samenwerkingspartners wilt overtuigen? Leer hoe u uw publiek in de eerste 10 seconden meetrekt in uw verhaal.

Voor wie: Artsen, verpleegkundigen en niet-artsen die werkzaam zijn in de public of occupational health

Datum: 26 september 2024

Locatie: Utrecht

Kosten: € 477

Link: <https://www.nspoh.nl/impact-in-de-eerste-tien-seconden-9/>

### Persoonlijk leiderschap: zo neem je de leiding!

Persoonlijk leiderschap krijgt een steeds centralere rol in de medische wereld. Het betekent dat u weet wie u bent, wat u wilt en hoe u dat gaat realiseren. U hoeft dus geen geboren leider te zijn om persoonlijk leiderschap te tonen. Wilt u uw eigen meerwaarde leren inzien? Volg deze module en krijg meer gedaan in het werk.

Voor wie: Sociaal geneeskundigen, huisartsen, verpleegkundigen en gezondheidsprofessionals

Datum: 23 september 2024

Locatie: Utrecht

Kosten: € 477

Link: <https://www.nspoh.nl/persoonlijk-leiderschap-zo-neem-je-de-leiding-11/>

### Jobcrafting: zelfsturing in je werk

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

Voor wie: Professionals in occupational en public health.

Datum: 30 september 2024

Locatie: Utrecht

Kosten: € 477

Link: <https://www.nspoh.nl/jobcrafting-zelfsturing-in-je-werk-5/>

## Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 1e kwartaal 2024

Ziekte	1e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren		
	1e kwartaal 2024	1e kwartaal 2023	1e kwartaal 2022
<b>A-ZIEKTEN</b>			
MERS-CoV			
Pokken			
Poliomyelitis anterior acuta			
SARS			
Virale hemorrhagische koorts			
COVID-19		2.340	278.978
<b>B-ZIEKTEN</b>			
(humane infectie) aviaire influenza			
Difterie			
Pest			
Mpox			
Rabiës (hondsdolheid)			
Tuberculose	23	18	17
Buiktyfus	1		
Cholera			
Hepatitis A	2	4	
Hepatitis B acuut	3		3
Hepatitis B chronisch	18	29	17
Hepatitis C acuut		1	
Hepatitis C chronisch	6	11	11
Kinkhoest	465		2
Mazelen			
Paratyfus A,B,C	1		
Rubella			
STEC (E. coli)	11	5	5
Shigellose	12	6	4
Invasieve GAS	31	33	5
Voedselinfectie			
<b>C-ZIEKTEN</b>			
Antrax (miltvuur)			
Bof	2		
Botulisme			
Brucellose			
CPE	10	16	2
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob klassiek	1		1
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob variant			
Gele koorts			
Invasieve Hib	1		1

## Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 1e kwartaal 2024

Ziekte	1e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren		
	1e kwartaal 2024	1e kwartaal 2023	1e kwartaal 2022
Hantavirusinfectie			
Legionellose	5	17	12
Leptospirose		1	1
Listeriose	1	1	
Malaria	9	3	4
Meningokokkose	5	5	
MRSA-infectie (cluster buiten ziekenhuis)			
Invasieve pneumokokkenziekte (IPD)	29	24	16
Psittacose	1	2	1
Q-koorts			
Tetanus			
Tularemie			1
Trichinose			
West-Nilevirus			
Zikavirus			
<b>Totaal</b>	<b>637</b>	<b>2.516</b>	<b>279.081</b>

## Infectieziekten gemeld door instellingen 1e kwartaal 2024

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het 1e kwartaal van 2024. Deze instellingen behoren tot instellingen waar 'kwetsbare' groepen zoals kinderen, ouderen of zieken verblijven. Op grond van artikel 26 van de Wet publieke gezondheid (Wpg), moeten die instellingen sommige infectieziekten melden bij de GGD. Het grootste gedeelte van de meldingen van huiduitslag/ exanthemen binnen de kinderopvang zijn meldingen van scabiës (schurft).

Scenario	Kinderopvang	Onderwijsinstelling	Vluchtelingenopvang	Zorginstelling	Ziekenhuis	Gezinsituatie	Eindtotaal
Huiduitslag/exanthemen	24	16	2	3		1	46
Impetigo (krentenbaard)		1					1
Gastro-enteritis	8			16	1		25
Schimmelinfectie	1	1					2
Luchtweginfectie/influenza-achtig ziektebeeld	3	7		4		1	15
Anders							0
<b>Eindtotaal</b>	<b>36</b>	<b>25</b>	<b>2</b>	<b>23</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>89</b>

# Toelichting Meldingen Infectieziekten

## 1ste kwartaal 2024

Kevin Wassing, Karlijn te Paske, Mariska Petrignani

### Kinkhoest (pertussis)

Kinkhoest is een infectieziekte die wordt veroorzaakt door een bacterie (*Bordetella pertussis*). Deze bacterie verspreidt zich door niezen, hoesten of praten. In Nederland krijgen kinderen volgens het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) de DKTP-vaccinaties tegen difterie, kinkhoest, tetanus en polio. Door deze bescherming komt kinkhoest veel minder vaak voor. Tijdens de coronapandemie van 2020 – 2023 was het aantal kinkhoestmeldingen laag. Vanaf 2023 zien we een stijging van het aantal maandelijks meldingen. In vergelijking met de 1ste kwartalen van de afgelopen jaren (2022: 2; 2023: 0; 2024: 465) is te zien dat er sprake is van een kinkhoestepidemie. De afgelopen maanden in 2024 steeg het aantal meldingen fors (januari: 60; februari: 138; maart: 267). Niet of onvolledig gevaccineerde kinderen tot een leeftijd van 12 maanden, hebben een verhoogde kans op een ernstig beloop van deze ziekte. Van de 465 meldingen waren er 30 van kinderen van 0 of 1 jaar. Al deze kinderen bleken bij het bron- en contactonderzoek niet of onvolledig gevaccineerd te zijn. Binnen de doelgroep 0 tot 1 jaar was 73% van de moeders niet gevaccineerd tijdens de zwangerschap en van 27% was de vaccinatiestatus onbekend. In het licht van de dalende vaccinatiegraad bij kinderen, is dit een zorgelijke ontwikkeling. Het is daarom extra belangrijk om zwangere vrouwen te wijzen op de 22-weekenprik (maternale kinkhoestvaccinatie), zodat baby's al vanaf de geboorte tegen de ziekte zijn beschermd, totdat ze oud genoeg zijn om zelf gevaccineerd te worden volgens het RVP.

### Invasieve groep A streptokokken (iGAS)

Infecties met Groep A-streptokokken (GAS) worden veroorzaakt door een bacterie: de streptokok (*Streptococcus pyogenes*). Deze bacterie kan veel verschillende ziekten veroorzaken, zoals roodvonk, keelontsteking, wondroos, krentenbaard (impetigo), acuut reuma, kraamvrouwenkoorts, longontsteking en bloedvergiftiging. GAS-infecties komen regelmatig voor, vooral bij kinderen. Meestal verlopen ze onschuldig. Infecties met invasieve Groep A-streptokokken (iGAS) zijn vaak ernstiger en resulteren meestal in een ziekenhuisopname. Sinds 2022 is er landelijk, maar ook bij de GGD Haaglanden, sprake van een stijging van het aantal iGAS-infecties. Het RIVM heeft daarom besloten de meldingsplicht en het bijbehorende (profylaxe)beleid voor contacten van patiënten met iGAS-ziekte uit te breiden naar alle invasieve ziektebeelden. Tot dan toe waren alleen infecties die leidden tot een septische shock, een fasciitis necroticans of puerperale koorts meldings-

plichtig. Vanaf 19 januari 2023 vallen ook andere ziektebeelden veroorzaakt door deze bacterie onder de meldplicht, zoals sepsis, pneumonie, (pleura)empyeem, meningitis en artritis.

De uitbreiding van de meldplicht heeft bij de GGD Haaglanden geleid tot 31 iGAS-meldingen in het 1e kwartaal van 2024, wat ongeveer gelijk is aan dat van het eerste kwartaal in 2023 (33). Bij een melding schrijft de GGD antibioticaprofylaxe voor aan alle huishoudcontacten van de patiënt. Deze huishoudcontacten en andere nauwe contacten worden verder geïnformeerd en geadviseerd om bij klachten die kunnen passen bij een GAS-infectie, snel medische hulp te zoeken.

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

### Invasieve pneumokokkenziekte (IPD)

Invasieve pneumokokkenziekte (IPD) wordt veroorzaakt door de bacterie *Streptococcus pneumoniae*, ook wel de pneumokok genoemd. Net als bij meningokokken kan de pneumokok in de neus-keelholte van gezonde mensen worden aangetroffen zonder ziekte te veroorzaken. Echter, wanneer deze bacterie de bloedbaan binnendringt, kan het ernstige infecties veroorzaken waaronder longontsteking, bloedvergiftiging (sepsis), en meningitis. Pneumokokkeninfecties zijn een belangrijke oorzaak van ziekte en sterfte wereldwijd, vooral bij jonge kinderen, ouderen en mensen met een verzwakt immuunsysteem. Net als bij meningokokken zijn er verschillende typen pneumokokkenbacteriën, die worden gekenmerkt door verschillende antigenen op hun oppervlak. In sommige landen worden pneumokokkenvaccins opgenomen in het nationale vaccinatieprogramma, wat heeft bijgedragen aan een afname van het aantal gevallen van IPD. Deze vaccins, zoals het 13-valent pneumokokkenconjugaatvaccin (PCV13) en het 23-valent pneumokokkenpolysaccharidevaccin (PPSV23), beschermen tegen de meest voorkomende typen pneumokokken die ziekte veroorzaken. Hoewel vaccinatie een effectieve manier is om pneumokokkeninfecties te voorkomen, biedt het geen bescherming tegen alle typen pneumokokken. Daarom blijft het belangrijk om bewust te zijn van de symptomen van pneumokokkenziekte en tijdig medische hulp in te roepen bij vermoedelijke infectie. Ook is het belangrijk om de vaccineffectiviteit van pneumokokkenvaccinaties te evalueren. De GGD heeft in het eerste kwartaal van 2024 29 meldingen ontvangen, wat iets meer is dan de voorgaande jaren in dezelfde periode (2023: 24; 2022: 16).







## COLOFON

---

Juni 2024, 59<sup>ste</sup> jaargang nr. 2

## REDACTIE

---

**drs. Mary P.H. Berns**, GGD Haaglanden (kernredacteur)  
**dr. Prataap K. Chandie Shaw**, internist, Haaglanden Medisch Centrum  
**Thomas Eckhardt MPH**, arts, GGD Haaglanden (kernredacteur)  
**drs. Joop de Jong**, psychiater, PsyQ/Parnassia Groep  
**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)  
**Jessica Michgelsen MSc**, GGD Haaglanden (kernredacteur)  
**drs. Regina M. van der Meer**, GGD Haaglanden (kernredacteur)  
**dr. Richard Starmans**, huisarts  
**drs. Janine E.C.M. Vervoordeldonk**, GGD Haaglanden

## REDACTIEADRES

---

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

## Epidemiologisch Bulletin op internet

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

## Vormgeving

Haagsblauw

## Uitgave

GGD Haaglanden

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

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

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

[epibul@ggdhaaglanden.nl](mailto:epibul@ggdhaaglanden.nl).

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

ISSN 0921-6219

BEZOEKADRES

Westeinde 128  
2512 HE Den Haag

POSTADRES

Postbus 16130  
2500 BC Den Haag

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

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

