

Epidemiologisch bulletin

JAARGANG 60
NR 1
2025

VOLKSGEZONDHEID • ONDERZOEK • HAAGLANDEN



Dak- en thuisloze vrouwen in Den Haag: waar verblijven zij?

Pandemische paraatheid
binnen GGD Haaglanden

Femicide is het topje
van de ijsberg

Kosten gezondheidszorg:
hoe wordt de taart verdeeld?

Jaaroverzicht meldingen
infectieziekten 2024

IN DIT NUMMER

Redactioneel	3
<i>Irene van der Meer</i>	
Dak- en thuisloze vrouwen in Den Haag: een exploratief onderzoek om een beeld van deze vrouwen te schetsen	4
<i>Angela van der Windt, Sylvia Pen, Linda Pluymen, Tayma van Pomeran</i>	
Pandemische paraatheid binnen GGD Haaglanden	11
<i>Edwin Heeregrave, Ingrid Ligthart</i>	
Hoe kan bekostiging helpen in de transitie naar passende zorg?	15
<i>Marlin Leemhuis, Anne-Lou Simonis, Eline de Vries</i>	
Femicide is het topje van de ijsberg: verslag GGD-symposium 'Is dit liefde?'	22
<i>Marlies Wopereis</i>	
Gezondheid in cijfers (risico op) problematisch gebruik social media en gamen: verschillen tussen jongens en meisjes	28
Korte berichten	29
Meldingen infectieziekten 4e kwartaal 2024	32
Jaaroverzicht 2024 meldingen afdeling Infectieziektebestrijding GGD Haaglanden	34

Wilt u reageren op deze uitgave van het Epidemiologisch Bulletin?

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

Redactioneel



Dit is de eerste editie van de 60ste jaargang. Bij een huwelijk is na 60 jaar een diamanten jubileum bereikt. Zo'n jubileum is zeldzaam. Niet alleen moeten beide partners zo lang bij elkaar willen blijven, het moet hen ook gegeven zijn samen zo oud te worden. Voor het Epidemiologisch Bulletin ligt dat natuurlijk anders. Het is geen verbinding tussen 2, maar tussen veel mensen. En die samenstelling, bijvoorbeeld die van de redactie, wisselt als iemand van functie of rol verandert. Naast verbinding binnen de redactie is er ook verbinding daarbuiten. Met auteurs die bijdragen leveren, abonnees die bijdragen lezen, en ieder ander die geïnteresseerd is in onze artikelen. Sinds het bulletin ook als e-zine beschikbaar is, kan een artikel makkelijk via e-mail en sociale media gedeeld worden. Ook op die wijze kunnen we met velen verbonden zijn. Dit om van elkaar te leren, elkaar te inspireren, en gezamenlijk bij te dragen aan de volksgezondheid van inwoners in Haaglanden.

Zo biedt deze eerste editie met 2 artikelen inzicht in verschillende groepen kwetsbare vrouwen. Vrouwen die geen eigen dak boven hun hoofd hebben: waar verblijven zij? Het artikel over dak- en thuisloze vrouwen in Den Haag geeft daar antwoord op. En dan zijn er vrouwen die slachtoffer zijn van femicide, waar steeds meer aandacht voor is. Het artikel 'Femicide is het topje van de ijsberg' doet verslag over het congres 'Is dit liefde?', waar dit onderwerp centraal stond. Aandacht voor femicide is essentieel om op tijd te kunnen signaleren en ingrijpen. Zonder deze aandacht kan wellicht het idee blijven bestaan dat het wel meevalt, ook als cijfers anders uitwijzen.

Een heel ander onderwerp is de financiering en bekostiging van zorg. Termen die vaak gebruikt worden, zeker wanneer het over het Integraal Zorgakkoord (IZA) gaat. Maar wie weet wat deze begrippen precies inhouden? De redactie is blij dat onderzoekers van het LUMC hierover een verhelderend artikel schreven.

Het VIP-artikel gaat over het versterken van de pandemische paraatheid. Het coronavirus heeft goed duidelijk gemaakt hoe ingrijpend een pandemie kan zijn. De vraag is niet of er nog een pandemie gaat komen, maar wanneer. Hoe die pandemie dan verloopt is natuurlijk afhankelijk van hoe het virus zich gedraagt. Maar uiteraard ook van hoe mensen daarop reageren en welke maatregelen er worden getroffen om de uitbraak te beheersen. Om goed voorbereid te zijn is er het VIP-programma. In het artikel leest u wat dit inhoudt.

Tot slot belicht de rubriek *Gezondheid in cijfers* het (risico op) problematisch gamen en socialmediagebruik onder jongeren. Ook een actueel thema, waar GGD Haaglanden gegevens over beschikbaar heeft ([Gezondheidsgegevens.ggdhaaglanden.nl](https://www.gezondheidsgegevens.ggdhaaglanden.nl)).

Irene van der Meer
hoofdredacteur



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

Dak- en thuisloze vrouwen in Den Haag

Op 1 januari 2024 waren er naar schatting 33.000 dak- en thuisloze mensen in Nederland, een stijging ten opzichte van de 26.600 een jaar eerder. [1], [2] In Den Haag verbleven ongeveer 2 op de 1.000 inwoners in 2023 in een opvang, waarmee de stad in de top 5 staat van centrumregio's met de hoogste dakloosheid. [3] Volgens het Trimbos-instituut is een dakloos persoon iemand zonder vaste woon- of verblijfplaats die niet in de Basisregistratie Personen (BRP) staat geregistreerd. Een thuisloos persoon heeft een (wisselend) adres voor overnachting en staat via dat adres ingeschreven in de BRP. [4] Uit verschillende onderzoeken blijkt dat vrouwen een substantieel deel van de groep dak- en thuisloze mensen vormen. Zij zijn echter ook een verborgen en kwetsbare groep. [5] Landelijke cijfers van de tweede ETHOS-telling (zie kader) wijzen uit dat 30% van de dak- en thuislozen vrouw is, waarvan de meesten in een (on)veilig netwerk verblijven. [6] Vrouwen kiezen vaak een verblijf in een (on)veilig netwerk om de maatschappelijke opvang en de straat te vermijden.

Angela van der Windt, Sylvia Pen, Linda Pluymen, Tayma van Pomeran

ETHOS-telling

De ETHOS (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion) classificatie van dak- en thuisloosheid is ontwikkeld door de Europese Federatie van daklozenorganisaties en wordt steeds vaker gehanteerd om dak- en thuisloosheid te bepalen. De ETHOS onderscheidt 4 hoofdcategorieën met daaronder 13 sub-classificaties. [7] Er is ook een ETHOS-lightversie [8], waarin 6 typen thuisloosheid worden onderscheiden, te weten mensen:

1. die leven in de openbare ruimte;
2. in de noodopvang;
3. in een tijdelijke opvang voor dakloze mensen;
4. die uitstromen uit een instelling;
5. in niet-conventionele woonplekken (zoals auto, kraakpand, vakantiewoning);
6. die tijdelijk verblijven bij familie, vrienden of kennissen.

De ETHOS-telling is een 'point in time' telling. Hiervoor worden zoveel mogelijk organisaties en diensten betrokken die met dak- en thuisloze personen in contact staan. Bijvoorbeeld gemeentelijke diensten, maatschappelijke opvangorganisaties, inloophuizen, ervaringsdeskundigen en ziekenhuizen. Op een specifieke dag vullen medewerkers van deze organisaties een korte vragenlijst in voor iedere dak- of thuisloze persoon waar zij contact mee hebben. Hierin wordt gevraagd naar de verblijfssituatie op de teldag en de 2 weken voorafgaand aan de teldag, en naar een aantal profielkenmerken.

In 2025 wordt de ETHOS-telling voor het eerst in de regio Den Haag (Den Haag, Leidschendam-Voorburg, Rijswijk, Zoetermeer en Wassenaar) uitgevoerd, samen met 8 andere regio's in Nederland. [9]





De gemeente Den Haag verzocht GGD Haaglanden om inzicht te geven in een doelgroep in Den Haag waar tot op heden nog weinig bekend over is. Het doel van dit onderzoek was om in kaart te brengen waar dak- en thuisloze vrouwen in Den Haag verblijven, welke keuzes zij maken ten aanzien van

hun huisvesting, welke afwegingen daarin een rol spelen en welke behoeften dak- en thuisloze vrouwen hebben.

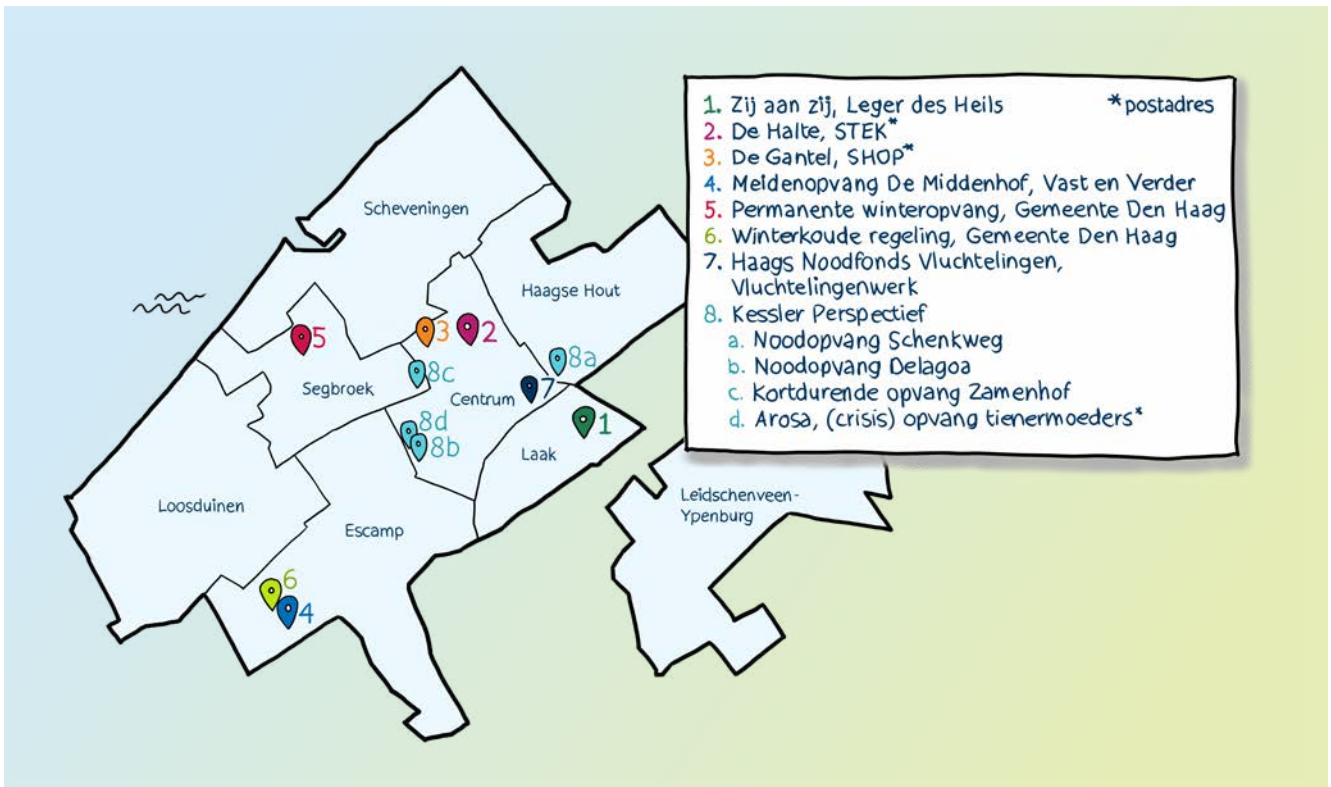
Het volledige onderzoeksrapport is hier te lezen: <https://gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl/handlers/ballroom.ashx?function=download&id=217>.

In gesprek met Haagse dak- en thuislozenorganisaties en de doelgroep

De afdeling Epidemiologie & Beleidsadvies van GGD Haaglanden voerde eind 2023 en begin 2024 een kwalitatief explorerend onderzoek uit. Voor het onderzoek zijn 17 professionals van 12 verschillende organisaties geïnterviewd die met dak- en thuisloze vrouwen te maken hebben. Daarnaast zijn er 4 ervaringsdeskundigen ((ex-)dak- of thuisloze vrouwen) geïnterviewd.

De onderzoekers hebben professionals van de volgende organisaties gesproken:

1. Zij aan Zij, Leger des Heils
2. Stichting Limor (2 personen)
3. KesslerPerspektief: noodopvang Delagoa en Schenkweg
4. Haagse Wijk- en Woonzorg (HWW)
5. Haags Straatteam, Daklozenloket (2 personen)
6. Stichting voor stad en kerk (STEK)/Wereldhuis
7. Stichting Barka (2 personen)
8. SHOP Den Haag
9. Straat Consulaat (2 personen)
10. Praktijkonderzoeker (persoon doet onderzoek in het werkveld, maar wilde graag dat de organisatie anoniem blijft)
11. Het Rode Kruis
12. VluchtelingenWerk (2 personen)



Overzicht maatschappelijke opvangvoorzieningen in Den Haag (illustratie: Willemieke Ligtenberg)

Overzicht van maatschappelijke opvanglocaties voor vrouwen in Den Haag

Mensen die geen dak boven hun hoofd hebben kunnen terecht in de maatschappelijke opvang. Er wordt onderscheid gemaakt tussen dagopvang en nacht-opvang. In een dagopvang kunnen mensen onder andere terecht voor een praatje, eten en drinken, een douche en dagbesteding. Ook is medische en/of sociale hulp beschikbaar. In een nachtopvang kunnen mensen terecht voor een warme maaltijd en een slaapplek. Ook daar kan medische en/of sociale hulp beschikbaar zijn. Het overzicht toont de opvangvoorzieningen voor dak- en thuisloze vrouwen in Den Haag, gebaseerd op interviews met professionals en informatie verkregen via e-mail van organisaties. Aangezien niet alle organisaties op de hoogte waren van bepaalde locaties en hun aanbod, is het overzicht mogelijk niet volledig.

Dak- en thuisloze vrouwen vermijden de straat én de maatschappelijke opvang

Uit gesprekken met de professionals en de ervaringsdeskundigen kwam naar voren dat de oorzaken van dak- en thuisloosheid bij vrouwen grotendeels hetzelfde zijn als bij mannen. Problemen zoals schulden, werkloosheid, psychische klachten, midde-

lengebruik en criminaliteit spelen vaak een rol. Wel zijn er verschillen in hoe mannen en vrouwen met dak- en thuisloosheid omgaan. Terwijl dak- en thuisloze mannen soms kiezen voor een verblijf in een auto, garagebox of in de open lucht, vermijden vrouwen zoveel mogelijk de straat, omdat zij de risico's voor hun veiligheid op straat veel groter achten. Ze hebben kans om slachtoffer te worden van mensenhandel of seksueel geweld. Vrouwen verblijven daardoor langer dan mannen in marginale huisvesting* en lijken dus vaker thuisloos dan dakloos te zijn.

'Ik ben bang. 's Avonds zie je me niet op straat lopen. Als het donker wordt, ben ik binnen. Ik houd er niet van. Ik ben heel bang. [...] Je komt er veel anderen, veel mensen tegen. Mensen waarvan hun hoofd niet goed is.' – Ervaringsdeskundige, 56 jaar

Professionals van het Straat Consulaat en het Daklozenloket geven aan dat chronisch dakloze vrouwen die met complexe psychiatrische problematiek kampen, soms wel op straat verblijven.

* Mensen die marginaal gehuisvest zijn, verblijven ten minste 4 weken achtereen op een locatie die geen garantie biedt op langdurige huisvesting. Voorbeelden hiervan zijn kraakpanden, caravans of het eigen netwerk, zoals bij familie of vrienden. [10]

Daar gaan ze vaak (seksuele) relaties aan met een man, in ruil voor veiligheid, geld, eten en/ of drugs.

'En ze (vrouwen) zitten ook niet alleen buiten, hè? Als ze buiten zitten, is het altijd met meerdere mannen die hen dan beschermen.' – Casemanager Daklozenloket (Haags Straatteam)

Drempels maatschappelijke opvang

Volgens meerdere professionals en ervaringsdeskundigen zijn er voor zowel vrouwen als mannen drempels om aan te kloppen bij de maatschappelijke opvang. Schaamte, angst om gescheiden te worden van een partner, negatieve ervaringen met eerdere hulpverlening en angst voor autoriteiten zijn gemeenschappelijke drempels. Voor vrouwen komen daar extra drempels bij:

1. Vrouwen worden op sommige opvanglocaties apart van mannen opgevangen. Toch voelen vrouwen zich vaak onveilig door de aanwezigheid van mannen elders in de opvanglocatie.
2. Professionals geven aan dat thuisloze vrouwen met kinderen bang zijn dat Jeugdzorg hen zal scheiden van hun kinderen wanneer zij aankloppen bij een maatschappelijke opvang.
3. Professionals van de Noodopvang en het Daklozenloket benoemen groepsongeschiktheid van met name chronisch dak- en thuisloze vrouwen. Deze vrouwen kunnen door hun psychische en/of verslavingsproblemen niet in een groep wonen of verblijven. Op de meeste opvanglocaties is individueel verblijf niet mogelijk, omdat een verblijf vaak met meerdere personen gedeeld wordt.

'Ze kunnen niet met anderen op een kamer liggen door de complexiteit in psychiatrie wat er speelt of in het gebruik, veel te prikkelgevoelig. Er ontstaan conflicten tussen de dames, die gaan er hard aan toe. Ze proberen het soms wel in een opvang maar het matcht helemaal niet met hun behoeftes.'
– Casemanager Daklozenloket (Haags Straatteam)

Thuisloze vrouwen verblijven zo lang mogelijk in een netwerk

Veilig netwerk

Volgens een ervaringsdeskundige verblijven thuisloze vrouwen vaker dan mannen bij familie of vrienden, omdat vrouwen als rustiger en schoner worden beschouwd. Ook is er meer empathie voor hen, vooral voor vrouwen met kinderen.

Jonge vrouwen met een beperkt sociaal vangnet
Volgens een praktijkonderzoeker is er een kwetsbare subgroep van jonge vrouwen op het mbo, die door gezinsconflicten hun netwerk verliezen en daardoor vaak bij vriendinnen op de bank slapen. De stress van het zoeken naar een slaapplek kan ervoor zorgen dat zij hun studie vroegtijdig afbreken. Deze vrouwen vermijden ook de maatschappelijke opvang. Zij zien zichzelf niet als de 'juiste' doelgroep om een beroep te doen op de maatschappelijke opvang en zoeken zo lang mogelijk onderdak in hun eigen netwerk.

'Daar (om naar de maatschappelijke opvang te gaan, red.) zat dan een heel grote drempel. Terwijl dat wel soms juist de plek was waar je de juiste hulp kon krijgen als je in zo'n situatie terecht kwam, maar dan was de nachtopvang van SHOP toch wel weer 3 stappen te ver.' – Praktijkonderzoeker.

Onveilig netwerk

Het Haags Straatteam geeft aan dat hun doelgroep vaak verblijft in risicovolle netwerken zoals een drugs-netwerk, bij gebrek aan alternatieven. Ondanks geweld of seksuele uitbuiting verkiezen sommige vrouwen dergelijke situaties boven het leven op straat, omdat het een dak boven het hoofd biedt. Sommige vrouwen keren terug naar een (ex-)partner, zelfs als die hen mishandelt.

'Je kan denken: hij gaat me in elkaar slaan en hij scheldt me uit en dit en dat. Maar dan ga je ook denken: maar ik zit tenminste wel binnen warm, en noem maar op. Weet je, dan ga je naar dat soort dingetjes kijken en dan neem je toch dat ene slechte weer voor lief. Dan denk je, dan maar een pak slaag en dan ga ik me beter gedragen of zo.'
– Ervaringsdeskundige, 28 jaar

Als thuisloze vrouwen niet meer in hun eigen netwerk terecht kunnen, zoeken ze soms onderdak bij mensen die ze vaag of helemaal niet kennen. Volgens meerdere professionals en volgens een ervaringsdeskundige is dit vaak onderdak bij mannen en in ruil voor huishoudelijke taken en/ of seksuele handelingen. Sommige jonge vrouwen kiezen er bewust voor om een (seksuele) relatie met een man aan te gaan, zodat zij voor langere tijd een dak boven het hoofd hebben.



Wanneer kloppen dak- en thuisloze vrouwen wél aan bij de maatschappelijke opvang?

Vrouwen met kinderen

Hoewel sommige vrouwen met kinderen de opvang juist mijden, geven enkele professionals aan dat andere vrouwen met kinderen wel (deels) naar een opvang gaan. Bijvoorbeeld als er thuis een onveilige situatie voor de kinderen ontstaat, of wanneer volledig wonen in hun netwerk te belastend wordt voor dat netwerk. Locaties zoals noodopvang Schenkweg en Zij aan Zij bieden in deze gevallen uitkomst. Een professional van het Rode Kruis merkt op dat vrouwen met kinderen zelden op straat slapen, omdat hulporganisaties in deze gevallen meestal snel handelen.

Vrouwen met meervoudige psychische en/of medische problemen

Meerdere professionals zien bij vrouwen in de maatschappelijke opvang vaak complexe psychische problemen en verslavingen (zie kader). Deze problematiek maakt dat deze vrouwen zich moeilijk kunnen handhaven in hun netwerk, moeilijk hun situatie kunnen verbeteren en daardoor moeten aankloppen bij de maatschappelijke opvang. Daarnaast zijn sommige vrouwen zodanig getraumatiseerd door mishandeling en misbruik, dat ze niet meer in hun netwerk terecht kunnen, vooral wanneer dat netwerk verantwoordelijk is voor het trauma. Deze vrouwen zijn door hun verleden kwetsbaar voor mishandeling of (seksueel) misbruik in het heden. Ongewenste zwangerschappen komen regelmatig voor.

‘Dus die gaan veel langer door in een ellendige situatie thuis, bij familie of wat dan ook voordat ze uiteindelijk echt gaan komen. En dan zijn ze ook veel verder heen dan de mannelijke populatie.’

– Casemanager Daklozenloket (Haags Straatteam)

De professionals zien ook veel dak- of thuisloze vrouwen die er medisch erger aan toe zijn dan de dak- of thuisloze mannen, doordat zij vaak langer wachten met hulp zoeken. Na een ziekenhuisopname en/of een verblijf in een opvangvoorziening met hulpverlening knappen ze op en verdwijnen ze vaak weer uit beeld. Totdat het weer misgaat en het proces zich, soms jarenlang, herhaalt.

Verslavingsproblematiek en/of ontwikkelingsstoornissen

Veel dak- en thuisloze vrouwen kampen met trauma's door geweld, seksueel misbruik en/ of verwaarlozing, wat geleid heeft tot wantrouwen, hechtingsproblemen en verslavingsproblematiek. Langdurige verslaving, vaak al vanaf de kindertijd, heeft hun fysieke gezondheid sterk aangetast.

Bij dak- en thuisloze vrouwen worden vaker kenmerken van ontwikkelingsstoornissen gesignaleerd, zoals licht verstandelijke beperkingen en autisme, in vergelijking met mannen. Als dit samengaat met verslaving, zijn de problemen vaak ernstiger.

‘Multiproblematiek bij vrouwen is een factor 5 tot 10 zwaarder dan bij de mannelijke populatie. Verslaving is gelijk een hele erge verslaving. Psychoses ook. Vrouwen hebben opvallend veel borderline.’

– Casemanager Daklozenloket (Haags Straatteam)

Behoeften ten aanzien van maatschappelijke opvang

Dak- en thuisloze vrouwen hechten sterk aan huishoudelijkheid in opvangvoorzieningen, bijvoorbeeld met een plek om bezoek te kunnen ontvangen. Voor vrouwen met minder complexe problematiek is koken een belangrijk onderdeel van de dag. Het fungeert als een sociaal moment en biedt de mogelijkheid om met hun eigen cultuur te verbinden.

Volgens professionals is anticonceptie ook een belangrijke behoefte, vooral bij vrouwen met verslavingsproblemen of psychische aandoeningen. Daarnaast zijn er behoeften benoemd waarvan niet is uitgesloten dat ze alleen voor vrouwen gelden. Zo is er vraag naar laagdrempelige trainingen over praktische zaken om de zelfredzaamheid te vergroten, zoals administratie en digitale vaardigheden. Daarnaast vormen culturele en taalkundige verschillen vaak een barrière in de hulpverlening, wat cultuursensitieve zorg en het gebruik van tolken noodzakelijk maakt.



Tot slot is er vanuit de professionals behoefte aan een laagdrempelige opvang die het hele jaar is geopend. Er zijn zowel mannen als vrouwen die geen actieve hulp willen of kunnen accepteren. Lang was er voor deze doelgroep geen laagdrempelige opvangvoorziening. Die is er sinds 2021 wel in de vorm van de permanente winteropvang, al is die alleen in de winter geopend. [11]

SAMENGEVAT

Vrouwen zijn vaker thuisloos dan dakloos, omdat zij de risico's van het straatleven groter inschatten dan mannelijke dak- en thuislozen. Om dit te vermijden, verblijven zij langer in een (on)veilig netwerk.

Vrouwen ervaren drempels om aan te kloppen bij de maatschappelijke opvang, zoals de aanwezigheid van mannen, angst voor scheiding van hun kinderen en het gebrek aan eenpersoonskamers. Sommige vrouwen blijven in onveilige netwerken en gebruiken (seksuele) relaties als overlevingsmechanisme, vaak door trauma's uit hun verleden. Andere vrouwen vinden onderdak in hun veilige netwerk. Jonge mbo-studenten die in hun vriendennetwerk verblijven vormen een opvallende, kwetsbare groep vrouwen. Deze vrouwen zien zichzelf niet als de 'juiste' doelgroep om een beroep te doen op de maatschappelijke opvang en zoeken zo lang mogelijk onderdak in hun eigen netwerk. Dit beperkt het bereik en de effectiviteit van de hulpverlening. De vrouwen die in de maatschappelijke opvang belanden, kampen meestal met complexe psychische problemen en verslavingen en zijn er vaak erger aan toe dan mannelijke dak- en thuislozen.

Hoe kunnen dak- en thuisloze vrouwen beter bereikt en geholpen worden?

De geïnterviewde professionals vonden het lastig om uitspraken te doen over de omvang van de groep dak- en thuisloze vrouwen in Den Haag, omdat met name de thuisloze vrouwen buiten het zicht van de professionals blijven. In 2025 vindt er een ETHOS-telling plaats in regio Haaglanden en zal het aantal thuisloze vrouwen dat op niet-conventionele plekken verblijft (bijvoorbeeld in een huisje op een vakantiepark), of bij familie, vrienden of kennissen, concreter worden.

In dit exploratieve onderzoek is niet gesproken met thuisloze vrouwen die in hun netwerk of op niet-conventionele plekken verblijven. Het beeld van deze groep blijft hierdoor beperkt. Vervolgonderzoek zou zich op deze groep vrouwen kunnen richten. Een eerste stap daarbij is een uitgebreide inventarisatie van alle stakeholders die mogelijk zicht hebben op deze groep vrouwen. Naar verwachting bieden de resultaten van de derde ETHOS-telling aanknopingspunten.

Het moet benadrukt worden dat de ervaren drempels om gebruik te maken van maatschappelijke opvang alleen gelden voor de opvanglocaties en niet in het algemeen voor maatschappelijke hulp. In dit onderzoek is niet nagegaan in hoeverre dak- en thuisloze vrouwen bekend zijn met het totale maatschappelijke hulpaanbod. Een (online) sociale kaart van de beschikbare hulp kan uitkomst bieden voor die vrouwen die zo lang mogelijk in een eigen netwerk verblijven. Daarnaast is het belangrijk om thuisloze jonge vrouwen vroegtijdig te signaleren en om hen toegankelijk en betaalbaar onderdak te bieden. Bijvoorbeeld door specifieke onderdakvormen te realiseren. Verdiepend onderzoek naar de oorzaken van thuisloosheid onder deze jonge vrouwen en naar hun behoeften aangaande hulpverlening, kan tevens helpen voorkomen dat deze vrouwen verder afglijden en daadwerkelijk dakloos raken.

Vrouwen lijken zich langer dan mannen in netwerken te kunnen handhaven. Dat biedt handvatten voor signalering en (secundaire) preventie. Bij ondersteuning en opvang van dakloze vrouwen moet er aandacht zijn voor de gemiddeld complexere zorgbehoefte dan bij mannen. Voldoende eenpersoonskamers voor vrouwen die niet kunnen functioneren in groepsomgevingen kunnen hierbij helpen, evenals aanbod van laagdrempelige (nacht)opvangvoorzieningen voor vrouwen die op het moment van instroom (nog) geen actieve hulp willen of kunnen accepteren.

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



DANKWOORD:

Met dank aan allen die dit onderzoek mogelijk hebben gemaakt: de gesproken ervaringsdeskundigen, Leger des Heils, Stichting Limor, KesslerPerspektief, Haagse Wijk- en Woonzorg, Daklozenloket, Stichting voor stad en kerk (STEK)/Wereldhuis, Stichting Barka, SHOP Den Haag, Straat Consulaat, Praktijkonderzoeker, Het Rode Kruis, VluchtelingenWerk en de gemeente Den Haag.

OVER DE AUTEURS:

S.I. Pen, MSc en A. van der Windt, MSc, junior epidemiologisch onderzoekers; **L.P.M. Pluymen, MSc, PhD en T. van Pomeran, MSc**, epidemiologisch onderzoekers; allen afdeling Epidemiologie & Beleidsadvies, GGD Haaglanden.

E-mail: angela.vanderwindt@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES:

1. Centraal Bureau voor de Statistiek. **33 duizend mensen dakloos begin 2024** [Online]. 2025 (bezocht op 28 jan 2025); Beschikbaar op url: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2025/05/33-duizend-mensen-dakloos-begin-2024>.
2. Centraal Bureau voor de Statistiek. **30,6 duizend dakloze mensen in Nederland** [Online]. 2024 (Bezocht op 13 jan 2025); Beschikbaar op URL: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2024/13/30-6-duizend-dakloze-mensen-in-nederland>.
3. Centraal Bureau voor de Statistiek. **Geregistreerde dakloze personen in noodopvang en tijdelijke opvang per regio** [Online]. 2024 (Bezocht op 13 jan 2025); Beschikbaar op URL: <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/aanvullende-statistische-diensten/2024/geregistreerde-dakloze-personen-in-noodopvang-en-tijdelijke-opvang-per-regio>.
4. Trimbos-Instituut. **Mensen zonder dak of thuis** [Online]. (Bezocht op 13 jan 2025); Beschikbaar op URL: <https://www.trimbos.nl/mensen-zonder-dak-of-thuis/#:~:text=Iemand%20die%20dakloos%20is%20heeft,wel%20ingeschreven%20in%20de%20BRP>.
5. Akkermans C. **Dakloosheid van vrouwen blijft onderbelicht** [Online]. 2020 (Bezocht op 20 jan 2025); Beschikbaar op URL: <https://www.socialevraagstukken.nl/rubrieken/analyse-xl/dakloosheid-van-vrouwen-blijft-onderbelicht/>.
6. Kansfonds. **Resultaten tweede ETHOS telling: veel verborgen dakloosheid onder vrouwen en kinderen** [Online]. (Bezocht op 24 jan 2025); Beschikbaar op URL: <https://www.kansfonds.nl/programmas/telling/resultatenethostelling/>.
7. FEANTSA. **ETHOS – Europese Typologie van dakloosheid en sociale uitsluiting** [Online]. (Bezocht op 20 jan 2025); Beschikbaar op URL: https://www.feantsa.org/download/nl___1313787036796784442.pdf.
8. FEANTSA. **ETHOS Light – European typology of homelessness and housing exclusion**. [Online]. (Bezocht op 20 jan 2025); Beschikbaar op URL: <https://www.feantsa.org/download/fea-002-18-update-ethos-light-0032417441788687419154.pdf>.
9. Kansfonds. **Negen regio's nemen deel aan derde ronde van ETHOS telling** [Online]. 2024 (Bezocht op 20 jan 2025); Beschikbaar op URL: <https://www.kansfonds.nl/artikelen/negen-regios-nemen-deel-aan-derde-ronde-van-ethos-telling/>.
10. Schmeets H, Reep C, Sniijkers G. **Afbakenen van moeilijk waarneembare bevolkingsgroepen** [Online]. 2003 (Bezocht op 30 jan 2025); Beschikbaar op URL: <https://www.cbs.nl/-/media/imported/documents/2003/38/2003-k3-b-15-p062-art.pdf>.
11. Vos C, van Pomeran T, van der Windt A, Veeke M, Ligtenberg W. **Permanente winteropvang van dak- en thuisloze mensen in Den Haag: hoe ging het in de derde winter?** [Online]. 2024 (Bezocht op 28 jan 2025); Beschikbaar op URL: <https://gezondheidsqids.ggdhaaglanden.nl/handlers/ashx?function=download&id=211>.



Pandemische paraatheid binnen GGD Haaglanden

De coronapandemie heeft ons geleerd hoe ontwrichtend een pandemie is voor mensen, voor de economie en voor de samenleving als geheel. Dit is de reden waarom het kabinet Rutte-IV in 2022 pandemische paraatheid tot een speerpunt heeft gemaakt. [1] Het programma Versterking Infectieziektebestrijding en Pandemische paraatheid GGD'en (VIP) komt hieruit voort. [2]

VIP moet ervoor zorgen dat infecties in een vroeg stadium in de kiem gesmoord kunnen worden. Dit artikel legt uit wat het doel is van VIP, hoe het binnen GGD Haaglanden is ingezet binnen de afdeling Infectieziektebestrijding (IZB) en welke resultaten GGD Haaglanden in 2025 en 2026 wil behalen.

Edwin Heeregrave, Ingrid Ligthart

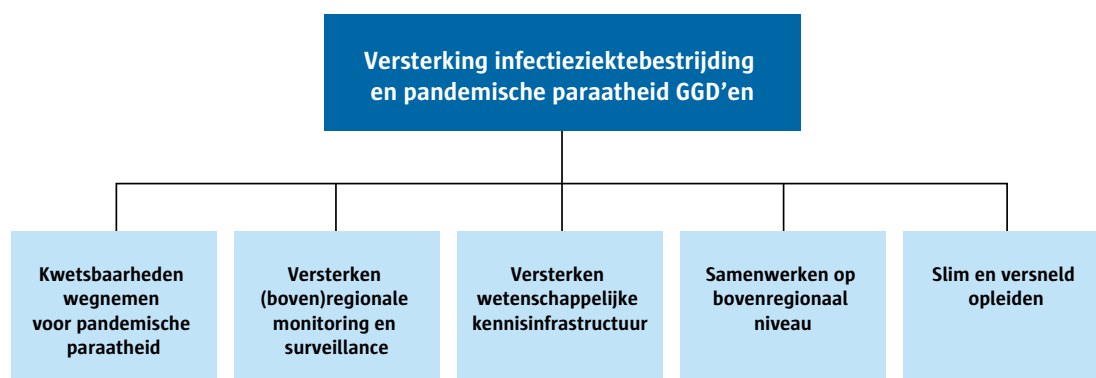
Wat is VIP?

Het VIP-programma heeft als doel GGD'en pandemisch paraat te maken, zodat GGD'en infectieziekten in de toekomst beter kunnen voorkomen en signaleren, om verspreiding te voorkomen. Het programma kent 5 pijlers (zie figuur), loopt vanaf januari 2023 en wordt gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Voor 2023 en 2024 was er jaarlijks 38 miljoen euro beschikbaar, wat voor GGD Haaglanden neerkwam op jaarlijks 1,5 miljoen euro. [3], [4] Vanuit VIP is geld beschikbaar voor investeringen in personeel, bovenregionale/

provinciale samenwerking, wetenschappelijke kennisinfrastructuur en opleiding.

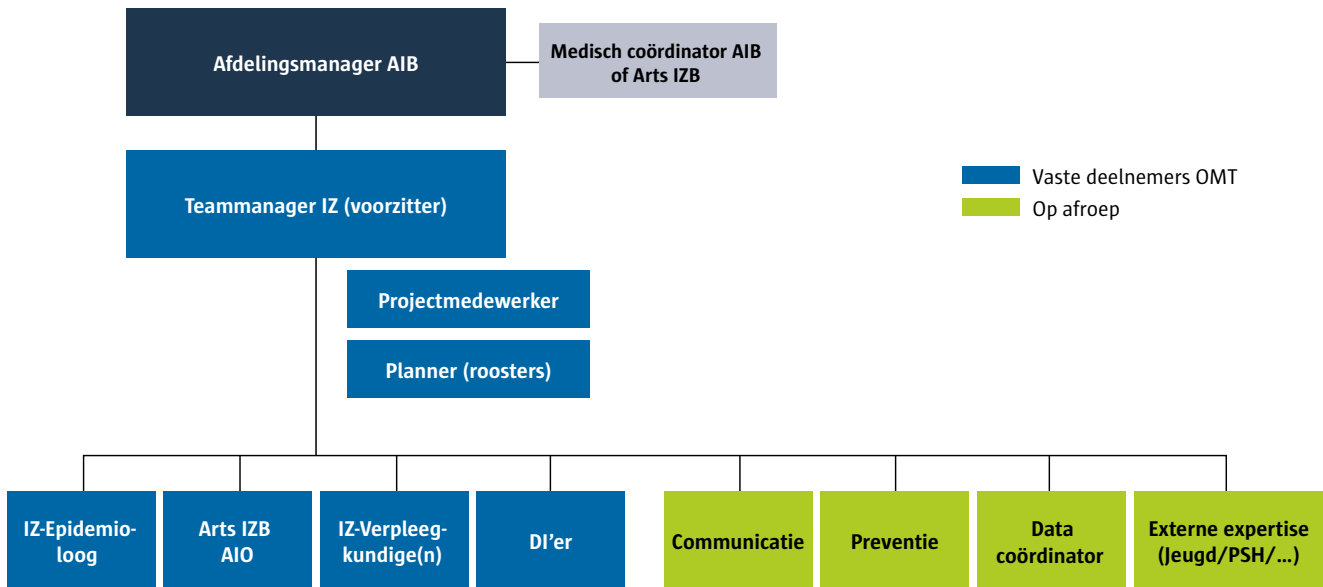
Wat heeft GGD Haaglanden in 2023 en 2024 bereikt met VIP?

Een van de taken van de afdeling IZB is het achterhalen van de bron van besmettingen bij een melding van een infectieziekte, waarbij een multidisciplinair team onderzoekt met wie de patiënt in contact is geweest. Daarnaast adviseert de afdeling bij uitbraken instellingen zoals scholen en zorginstellingen.



De 5 pijlers van VIP [2]





Organogram Outbreak Management Team (OMT) GGD Haaglanden [bron: GGD Haaglanden]

AIB: Algemene Infectieziektebestrijding; **AIO:** Arts in Opleiding; **DI:** Deskundige Infectiepreventie; **IZB:** Infectieziektebestrijding; **IZ:** Infectieziekten; **PSH:** Psychosociale Hulpverlening

Bij uitbraken treedt een Outbreak Management Team (OMT) in werking en door de VIP-gelden is dit team verrijkt met meerdere disciplines, zoals een epidemioloog en communicatieadviseur. Dit draagt bij aan het verder vormgeven van de 7 kerntaken van infectieziektebestrijding (zie kader).

De 7 kerntaken van infectieziektebestrijding

1. Bestrijden van infectieziekten en voorkomen van verdere verspreiding
2. Surveillance (systematische gegevensverzameling)
3. Beleidsadvisering
4. Preventieactiviteiten
5. Netwerk en regie
6. Voorbereiding op grootschalige infectieziekte-uitbraken
7. Kennis en onderzoek [5]

Binnen de afdeling IZB van GGD Haaglanden heeft VIP bijgedragen aan het bouwen van een stevige basis voor toekomstbestendige infectieziektebestrijding. Voor de 5 pijlers is dat concreet:

1. **Kwetsbaarheden wegnemen voor pandemische paraatheid.** Het IZB-team is uitgebreid met onder andere medisch medewerkers, infectieziekten-epidemiologen en een datamanager. Ook is een 'first response-team' opgetuigd. Bij de mazelen-uitbraak in 2024 heeft dit team intern voor extra mensen gezorgd om deze grootschalige uitbraak te bestrijden. Dit ging via het opschalen van bron- en contactonderzoek.
2. **Versterken (boven)regionale monitoring en surveillance.** Door gegevens van de 4 GGD'en in de provincie Zuid-Holland (Haaglanden, Hollands Midden, Rotterdam-Rijnmond en Zuid-Holland-Zuid) te combineren in een bovenregionaal dashboard met actuele gegevens over infecties, kunnen epidemiologen sneller reageren op infectieziekte-uitbraken. Zij spelen ook een rol in het onderzoek naar de bron en de verspreiding van de infectie in uitbraakonderzoek.





3. **Versterken van de wetenschappelijke kennis-infrastructuur** via samenwerking met andere GGD'en en onderzoeksinstituten binnen de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid (<https://awpplumens.nl/>). Een onderzoek dat nu loopt binnen GGD Haaglanden is het nader karakteriseren van jongvolwassenen onder wie een toename van gonorrhoe wordt gezien, met als doel het gericht opzetten van (preventie) campagnes.
4. **Samenwerken op bovenregionaal niveau.** De 4 GGD'en van Zuid-Holland hebben een gezamenlijke dagstart opgezet om waar nodig werkzaamheden aan het bron- en contactonderzoek over te dragen.
5. **Slim en versneld opleiden** van artsen en verpleegkundigen. Het aannemen van een opleidingscoördinator heeft geleid tot een eenduidigere opleiding van artsen in opleiding tot specialist (AIOS) en meer samenwerking tussen AIOS in de regio.

Wat wil GGD Haaglanden nog bereiken?

De nadruk ligt in 2025 en 2026 op het verder ontwikkelen van de kerntaken van de infectieziektebestrijding. Een van de aspecten is het vergroten van de zichtbaarheid van GGD Haaglanden. Hiervoor worden onder andere netwerkgesprekken gevoerd met bijvoorbeeld verpleeghuizen, om hen voor te lichten over infectiepreventie. GGD Haaglanden wil graag een beeld hebben van hun infectiepreventiebeleid en via netwerkgesprekken een band opbouwen, zodat instellingen GGD Haaglanden laagdrempelig kunnen vinden bij vragen over infectiepreventie.

Voor preventie wordt samengewerkt met de afdeling Gezondheidsbevordering van GGD Haaglanden, zodat de afdeling IZB beter inzicht krijgt in de samenstelling van wijken en de wensen van inwoners. Ook wordt input geleverd aan de Haagse preventieaanpak, om te kunnen inspelen op de wensen van inwoners ten aanzien van hun gezondheid. Het doel is om inwoners meer (positieve) gezondheid te laten ervaren.



Missie van afdeling Infectieziektebestrijding van GGD Haaglanden (bron: GGD Haaglanden)

Ook wordt de bovenregionale samenwerking met andere GGD'en versterkt, om kennis en middelen te bundelen. Tot slot geeft GGD Haaglanden via werkgroepen input op landelijke ontwikkelingen, zoals de Pandemisch Parate Informatievoorziening (PP-IV) en de Landelijke Functie Opschaling Infectieziekten (LFI). [7], [8]

Hoe verder (in het licht van de aangekondigde bezuinigingen)?

De VIP-gelden worden in 2025 en 2026 omgezet in structurele versterkingen voor GGD'en voor personeel, monitoring & surveillance, opleiden, academiëring en bovenregionale samenwerking. [3] Dit biedt GGD'en continuïteit in het verder versterken van infectieziektebestrijding. Het is echter onduidelijk hoe de financiering er na 2026 uit ziet. [6] Met de onzekere financiering in het vooruitzicht, blijft GGD Haaglanden zoeken naar efficiënte

manieren om infectieziektebestrijding te blijven versterken, zoals via procesoptimalisatie. Het is essentieel om de focus te behouden op alle 7 kerntaken, zodat de GGD'en ook in de toekomst effectief infectieziekten kunnen voorkomen en uitbraken kunnen bestrijden.

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

OVER DE AUTEURS:

E.J. Heeregrave, PhD, beleidsmedewerker, afdeling Infectieziektebestrijding, GGD Haaglanden;
I. Ligthart, MSc, Programmamanager VIP, afdeling Infectieziektebestrijding, GGD Haaglanden.

E-mailadres: Edwin.Heeregrave@GGDHaaglanden.nl

REFERENTIES:

1. Rijksoverheid. **Kabinet start plan pandemische paraatheid** [Online]. 2022 (Bezocht op 17 dec 2024); Beschikbaar op URL: <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2022/04/14/kabinet-start-plan-pandemische-paraatheid>.
2. GGD GHOR Nederland. **Versterking Infectieziektebestrijding en pandemische paraatheid GGD'en** [Online]. 2022 (Bezocht op 17 dec 2024); Beschikbaar op URL: <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-85e3ff1a45bee4d9ffaba9129388a002d1a01b02/pdf>.
3. Ministerie van VWS. **Kamerbrief structurele versterkingen van de pandemische paraatheid van publieke gezondheid en infectieziektebestrijding** [Online]. 2023 (Bezocht op 19 dec 2024); Beschikbaar op URL: <https://open.overheid.nl/documenten/6f96a012-eb2b-4226-bb3a-740db6ea87bb/file>.
4. GGD Haaglanden. **Tweede bestuursrapportage 2024 van de Gemeenschappelijke Regeling GGD en Veilig Thuis Haaglanden** [Online]. 2024 (Bezocht op 16 jan 2025); Beschikbaar op URL: <https://www.ggdhaaglanden.nl/wp-content/uploads/2024/12/Tweede-bestuursrapportage-2024-GR-GGD-en-VT-Haaglanden.pdf>.
5. GGD GHOR Nederland. **De kerntaken van de infectieziektebestrijding** [Online]. 2022 (Bezocht op 19 december 2024); Beschikbaar op URL: https://ggdghor.nl/wp-content/uploads/2023/02/Adviesrapport-De-Kerntaken-van-de-IZB_sept-22.pdf.
6. Tweede Kamer der Staten Generaal. **Bezuinigingen publieke gezondheid en infectieziektebestrijding** [Online]. 2024 (Bezocht op 16 jan 2025); Beschikbaar op URL: https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2024Z16169&did=2024D39152.
7. Paulina EJ (DPG GGDHN), Soorsma H (MINVWS). **Pandemisch Parate Informatievoorziening voor de infectieziektebestrijding** [Online]. 2024 (Bezocht op 27 jan 2025); Beschikbaar op URL: <https://www.ggdhaaglanden.nl/wp-content/uploads/2024/06/Bijlage-047f.-Presentatie-Pandemische-Paraatheid-IZB-IV-GGD-GHOR-NL-en-VWS.pdf>.
8. RIVM. **Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding (LFI)** [Online]. (Bezocht op 27 jan 2025); Beschikbaar op URL: <https://www.rivm.nl/over-het-rivm/organisatie/lfi>.



Hoe kan bekostiging helpen in de transitie naar passende zorg?

De druk op de Nederlandse gezondheidszorg is groot en zal de komende jaren toenemen door vergrijzing, complexere zorgvragen en een toenemende krapte op de arbeidsmarkt. [1], [2] Dit vergroot de zorgkloof: de vraag naar zorg neemt toe, terwijl het aanbod afneemt, resulterend in een tekort aan zorg. Dit kan leiden tot onevenredige toegang tot zorg, waarbij met name kwetsbare groepen in het nadeel zijn. Om deze uitdagingen het hoofd te bieden zijn akkoorden zoals het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) opgesteld. [3] Dergelijke programma's, waarbij in samenhang georganiseerde zorg, gezondheid en preventie centraal staan, geven richting aan de transitie naar passende zorg. Politici, beleidsmakers, wetenschappers en de praktijk zijn het erover eens dat de huidige manier waarop de bekostiging van zorg is geregeld, de transitie naar passende zorg kan belemmeren. [4], [5], [6] Maar wat is bekostiging nu eigenlijk, en wat is het verschil met financiering? In dit artikel worden deze begrippen uitgelegd. Vervolgens wordt besproken waarom de huidige manier van bekostigen vaak niet meer past en hoe alternatieve bekostiging kan helpen in de transitie naar passende zorg.

Marlin Leemhuis, Anne-Lou Simonis, Eline de Vries

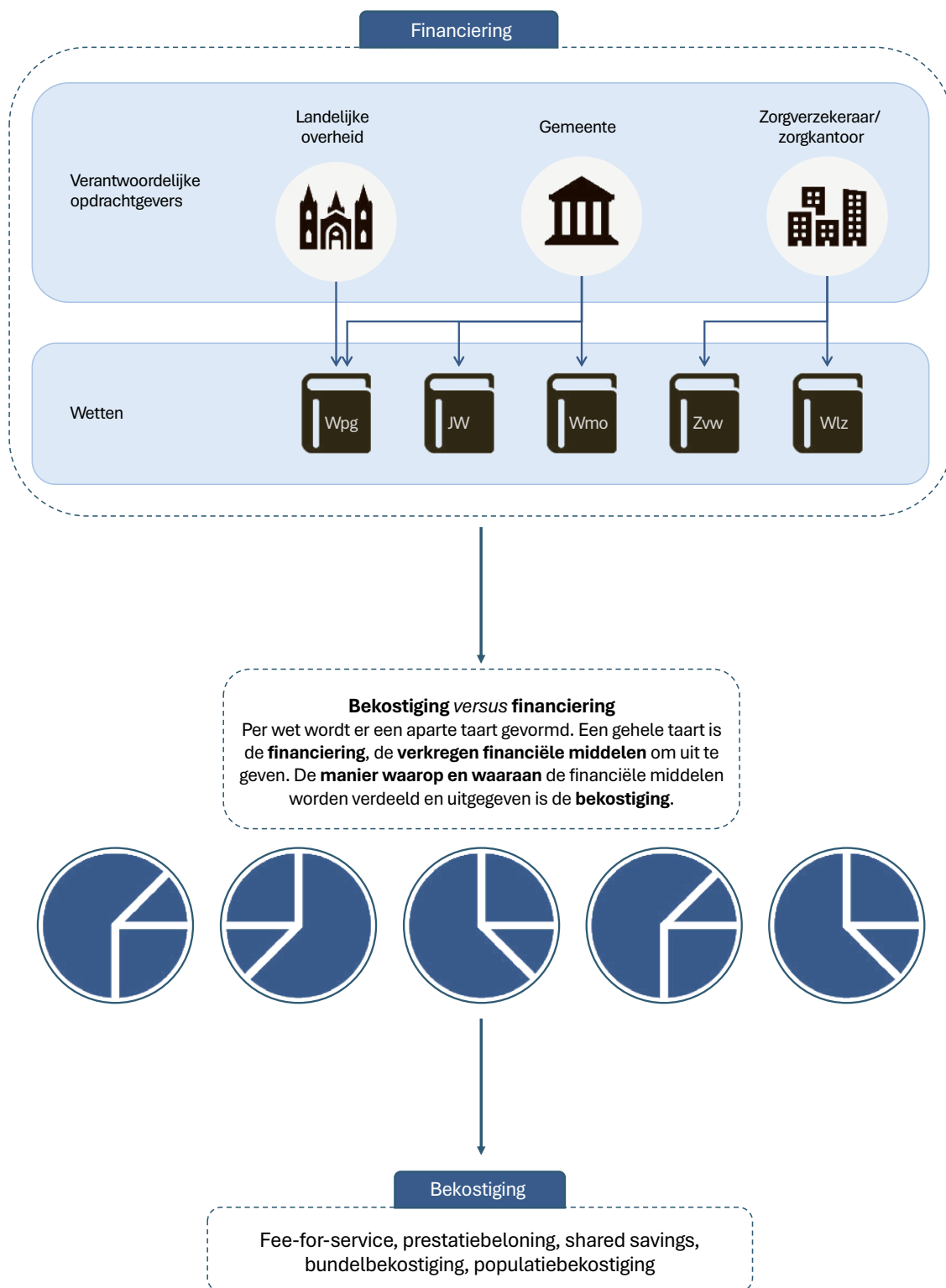


Bron: Shutterstock

De begrippen financiering en bekostiging uitgelegd

In de praktijk worden de begrippen financiering en bekostiging vaak door elkaar gebruikt, maar er is een essentieel verschil. Dit wordt inzichtelijk door het

gebruik van een metafoor, namelijk door een vergelijking te maken met taarten (zie *figuur schematische weergave financiering en bekostiging*). Financiering is hoe de taarten zijn opgebouwd, terwijl de verdeling ervan de bekostiging betreft.



Schematische weergave van financiering en bekostiging (bron: bewerking door de auteurs op basis van [21])



Financiering: hoe is de taart opgebouwd?

Financiering is het verkrijgen van financiële middelen om de uitgaven te dekken voor de te leveren zorg, ondersteuning of preventie. [6] In de Nederlandse gezondheidszorg is dit georganiseerd in 5 stelselwetten, oftewel de 5 'taarten':

1. Zorgverzekeringswet (Zvw)
2. Wet langdurige zorg (Wlz)
3. Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)
4. Jeugdwet (JW)
5. Wet publieke gezondheid (Wpg).

Elke afzonderlijke taart is opgebouwd uit verschillende ingrediënten. De ingrediënten voor bijvoorbeeld de Zvw-taart zijn het eigen risico, de nominale premie minus de zorgtoeslag, en de inkomensafhankelijke bijdrage die wordt geheven via de inkomstenbelasting. [7] Gezamenlijk vormen deze ingrediënten de financiering van de zorg in de Zvw. Politieke keuzes bepalen de verhoudingen van de ingrediënten. Zo staat in het regeerakkoord van kabinet-Schoof dat het eigen risico verlaagd wordt. [8] Dit 'gat' zal dan echter moeten worden gedicht met een groter aandeel van 1 (of meer) van de andere ingrediënten van de taart.

Elke taart, dus elke wet, is bedoeld voor een specifiek type zorg. Zo is de taart van de Zvw-financiering specifiek bedoeld voor verzekerde zorg uit het basispakket. Punten van de Zvw-taart zijn bijvoorbeeld bedoeld voor verloskundige zorg, huisartsenzorg of voor een ander type zorg. Dit heeft als nadeel dat

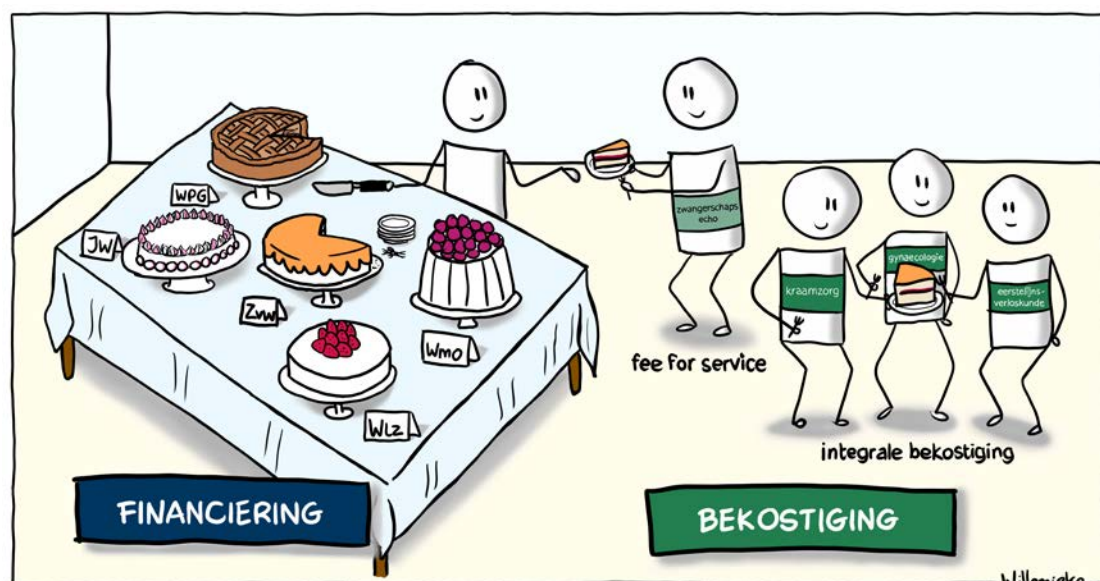
besparingen in de Zvw die bijvoorbeeld door inspanningen in het sociaal domein worden bereikt, vaak ten goede komen aan zorgverzekeraars. Bij de transitie naar passende zorg is er behoefte aan taartpunten die uit meerdere stelselwetten zijn opgebouwd. Een combinatie van punten uit verschillende taarten in 1 betaling kan domeinoverstijgende samenwerking tussen het medisch en sociaal domein verder stimuleren. Een mogelijke oplossing hiervoor kan buiten de financiering liggen, namelijk in de bekostiging.

Bekostiging: hoe wordt de taart verdeeld?

Bekostiging verwijst naar de manier waarop een taart verdeeld wordt, dus de *manier* waarop zorgaanbieders worden betaald voor de zorg die zij leveren. Doorgaans worden zorgaanbieders betaald door een zorgverzekeraar of gemeente. Het bekostigen per verrichting, ook wel het *traditionele bekostigingsmodel of fee-for-service* genoemd, komt het meest voor. Voorbeelden hiervan zijn een tarief voor een consult fysiotherapie of een verrichting zoals het uitvoeren van een echo bij zwangerschap. Bekostiging gaat dus nadrukkelijk niet over het beschikbaar zijn van meer of minder financiële middelen, maar over de manier van verdelen van het geld. [1], [6]

De huidige bekostiging werkt belemmerend

De manier van bekostigen kan het gedrag van zorgaanbieders beïnvloeden. Zo wordt de zorgaanbieder in het traditionele model beloond voor het leveren van méér zorg – ongeacht of dit bijdraagt aan betere



Hoe wordt de taart verdeeld (illustratie: Willemieke Ligtenberg)

patiëntuitkomsten. [1], [6] Dit kan leiden tot onnodige zorguitgaven en fragmentatie in de zorg, doordat de zorgaanbieders worden bekostigd, en niet de zorg behorend bij een aandoening of rondom een persoon. [9] Hierdoor sluit de traditionele bekostiging vaak niet aan bij de doelen van het IZA en GALA, die juist de samenwerking tussen zorgaanbieders en het afstemmen van zorg op de behoefte van de patiënt of burger centraal stellen.

Uit onderzoek blijkt dat zorgaanbieders die werken aan passende zorg, de manier waarop de huidige bekostiging is ingericht als belemmerend ervaren. [1] Dit komt bijvoorbeeld omdat samenwerking met andere zorgaanbieders vaak in eerste instantie extra tijd en geld kost en uiteindelijk minder oplevert. Immers: het efficiënter inrichten van zorg kan leiden tot het leveren van minder zorg en dus het ontvangen van minder inkomsten. Hierdoor is het vaak niet lonend om samenwerking tussen zorgaanbieders vorm te geven en passende zorg te organiseren.

Alternatieve bekostiging kan ondersteunen bij het realiseren van passende zorg

Wanneer de huidige manier van bekostigen niet aansluit bij passende zorg en de systeendoelen (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg), kunnen alternatieve bekostigingsmodellen uitkomst bieden. [10], [11], [12] Alternatieve bekostiging biedt meer verantwoordelijkheid voor de zorgaanbieder, en daarmee meer vrijheid, om de zorg te organiseren op een manier die beter aansluit bij de zorginhoud en de intrinsieke motivatie om kwalitatief goede zorg te leveren.

4 vormen van alternatieve bekostiging

Alternatieve bekostiging wordt in de literatuur gedefinieerd als bekostigingsmodellen anders dan het traditionele bekostigingsmodel van fee-for-service of betalen per verrichting. [13] Op basis van de mate waarin de verantwoordelijkheid wordt verschoven van betaler(s) (zorgverzekeraar of gemeente) naar zorgaanbieder(s), kunnen er 4 vormen van alternatieve bekostiging onderscheiden worden:

1. **Prestatiebeloning**, ook wel *pay-for-performance* of *P4P* genoemd, houdt in dat een expliciete bonus of juist een boete wordt gegeven voor het al dan niet behalen van vooraf vastgestelde doelen. Voorbeelden hiervan zijn het gebruik van eHealth, een tariefopslag bij coördinatie van wijkverpleging of bij het behalen van een kwaliteitsnorm.

Prestatiebeloning wordt vaak toegepast naast de huidige, traditionele bekostiging. [14]

2. Bij **shared savings** delen betaler en aanbieder(s) achteraf in gerealiseerde besparingen en/of verliezen ten opzichte van een vooraf bepaalde uitgavendoelstelling. Deze doelstelling kan betrekking hebben op een bepaald type zorg, een bepaalde aandoening of een bepaalde populatie binnen een regio. Doorgaans wordt een deel van de savings (of losses) gekoppeld aan gemaakte kwaliteitsafspraken. [15] Omdat bij shared savings besparingen gedeeld kunnen worden tussen aanbieder(s) – bijvoorbeeld tussen huisartsen en gemeenten – kan dit model een oplossing bieden bij domeinoverstijgende samenwerking.
3. **Bundelbekostiging**, ofwel *integrale bekostiging*, houdt in dat er een vast tarief per episode en periode van zorg rondom een bepaalde aandoening wordt bepaald. Een voorbeeld hiervan is de bekostiging van de geboortezorg (*zie voorbeeld 1*). Het belangrijkste verschil met shared savings is dat aanbieder(s) en betaler niet delen in de gerealiseerde besparingen of verliezen. Deze vallen geheel ten deel aan de zorgaanbieder(s).
4. **Populatiebekostiging** is een vast bedrag per persoon of verzekerde voor het leveren van een samenhangend, ziekte-overstijgend pakket van zorg voor een afgebakende populatie. Een voorbeeld hiervan is hoe in Den Haag uitvoering wordt gegeven aan de Jeugdwet (*zie voorbeeld 2*). Het belangrijkste verschil met bundelbekostiging is dat populatiebekostiging gaat over de zorgvraag van een gehele populatie, ongeacht hoeveel zorg de populatie daadwerkelijk nodig heeft. Hierbij is het mogelijk om zorg vanuit verschillende stelselwetten te combineren en domeinoverstijgende samenwerking te faciliteren.

Van alternatieve bekostiging naar een contract voor passende zorg

De bekostiging is onderdeel van het contract dat een zorgaanbieder en de betaler (zorgverzekeraar, zorgkantoor of gemeente) sluiten. [6] Om tot een contract te komen is het ontwikkelen van een (alternatief) bekostigingsmodel niet voldoende. In een contract staan namelijk ook afspraken over bijvoorbeeld het tarief, of dit vooraf of achteraf betaald wordt, welke zorg voor welke patiëntenpopulatie wordt geïncludeerd en/of uitgesloten, en welke aanvullende voorwaarden gelden. Zo kunnen bijvoorbeeld clausules worden opgenomen waarin bepaald wordt in welke situaties er wordt heronderhandeld.



Het ontwikkelen van een alternatief bekostigingsmodel en het uiteindelijk sluiten van een contract is een complex proces dat zorgaanbieder(s) samen met betaler(s) doorlopen. De Nederlandse Zorgautoriteit speelt hierbij een belangrijke rol door experimenten met alternatieve bekostiging te faciliteren en beleidsregels te maken. Hierbij is een goed beeld van het verbeterpotentieel – zowel zorginhoudelijk als betrekking hebbend op de bekostiging – in de specifieke context essentieel. Dit kan alleen met wederzijds vertrouwen, actieve betrokkenheid en voldoende kennis en eenheid van taal (eenduidig begrip van de terminologie) over financiering, bekostiging en contractering onder alle betrokkenen. [6]

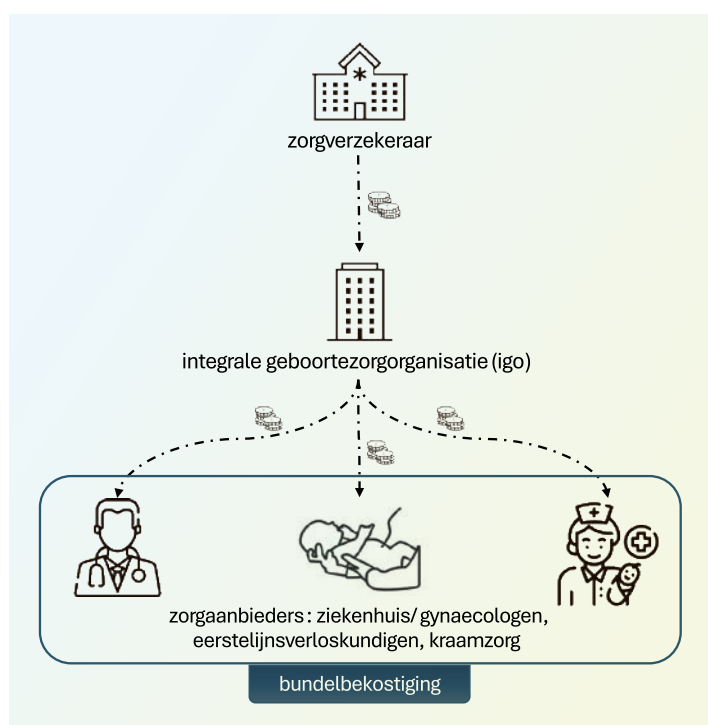
Voorbeeld 1: integrale bekostiging van geboortezorg

Vanaf begin 2017 is het, in eerste instantie als experiment, mogelijk om contracten te sluiten waarin afspraken zijn opgenomen over integrale bekostiging van de geboortezorg. Het doel is om de kwaliteit van geboortezorg te verbeteren door samenwerking te bevorderen tussen zorgaanbieders zoals ziekenhuis/gynaecologen, eerstelijnsverloskundigen en kraamzorg. [16] Bij de traditionele bekostiging wordt elke betrokken zorgaanbieder apart betaald. Bij integrale bekostiging wordt juist 1 tarief afgesproken voor alle zorg rondom zwangerschap, bevalling en kraamzorg. Om een contract voor integrale bekostiging af te

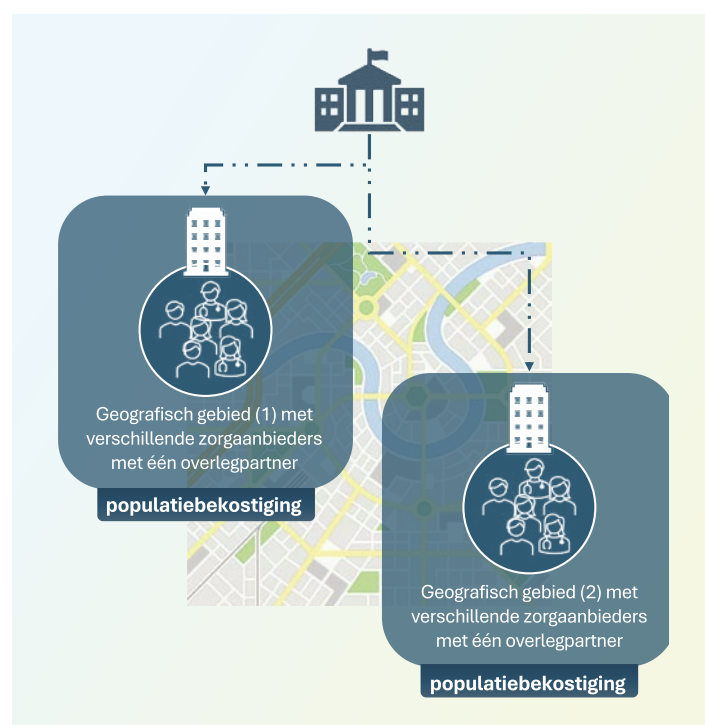
sluiten met zorgverzekeraars, werd een juridisch nieuwe entiteit opgesteld: een integrale geboortezorgorganisatie (igo) (zie figuur integrale bekostiging van de geboortezorg). In een igo zijn alle zorgaanbieders voor de geboortezorg verenigd. Onderling wordt afgestemd hoe de taken worden verdeeld en ingekocht bij de zorgaanbieders zelf. Uit onderzoek blijkt dat zorgprofessionals, bestuurders en zorgverzekeraars tevreden zijn over de samenwerking die als meer gestructureerd en minder vrijblijvend wordt ervaren. [17] Daarnaast worden veranderingen in zorggebruik en een minder grote stijging van zorguitgaven als gevolg van de integrale bekostiging van de geboortezorg gevonden. Er werden geen veranderingen gevonden in gezondheidsuitkomsten voor moeder en kind. [4]

Voorbeeld 2: Jeugdwet in Den Haag

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor kwalitatief goede en toegankelijke jeugdzorg. Toch blijken er in de praktijk in Den Haag lange wachtlijsten, versnippering van jeugdzorgaanbieders, hoge administratieve lasten en stijgende kosten te zijn. Om deze redenen heeft de gemeente Den Haag met ingang van 2024 populatiebekostiging ingevoerd. [18] Dit houdt in dat 2 zorgaanbieders, *rondomJou* en *Kracht voor jeugd en gezin*, een vast bedrag ontvangen voor alle jeugd in Den Haag (zie figuur voorbeeld van populatiebekostiging). [19]



Integrale bekostiging van de geboortezorg (bron: bewerking door auteurs op basis van [17])



Voorbeeld van populatiebekostiging: organisatie van jeugdzorg in Den Haag (bron: eigen illustratie auteurs)

Deze 2 organisaties zijn ieder verantwoordelijk voor een specifiek deel van de stad en regelen samen met andere zorgaanbieders en instellingen de zorg. Op deze manier communiceert en werkt de gemeente samen met 2 in plaats van 180 zorgaanbieders. Met het nieuwe bekostigingsmodel en de hiermee samenhangende reorganisatie streeft de gemeente naar jeugdzorg die zichtbaarder is voor wijkbewoners en waarin preventie centraal staat en de voortgang wordt gemonitord.

Populatiebekostiging zorgt er in Den Haag voor dat de gemeente communiceert en samenwerkt met 2 in plaats van 180 zorgaanbieders op het gebied van jeugdzorg

Tot slot

Ondanks consensus over de noodzaak tot hervorming van het traditionele bekostigingsmodel en de sterke theoretische basis van alternatieve bekostigingsmodellen, komt de gewenste transitie in Nederland moeizaam op gang. Veelbelovende initiatieven zijn

gaande, zoals de 2 besproken voorbeelden, maar dergelijke initiatieven blijven veelal lokaal of regionaal. Daarnaast stranden veel initiatieven in de ontwikkelfase door bijvoorbeeld complexe regelgeving of een gebrek aan vertrouwen. Een voorbeeld hiervan is een shared savingsmodel in de farmaceutische zorg, waarbij partijen het niet eens konden worden over de manier waarop de besparingen en de mogelijke financiële risico's onderling verdeeld zouden moeten worden. [20]

Op het moment van schrijven is er onvoldoende kennis over welk type bekostigingsmodel en welke specifieke vormgeving ervan in welke context het beste werkt. Daarnaast worden kernbegrippen vaak door verschillende partijen verschillend gebruikt en geïnterpreteerd. Eenheid van taal is van belang om gezamenlijk een stap verder te komen in de transitie naar passende zorg. Financiering en bekostiging zijn hierin belangrijke, maar zeker niet de enige knoppen waaraan gedraaid kan worden om kwalitatieve zorg betaalbaar en toegankelijk te houden voor iedereen.

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

DANKWOORD:

De auteurs danken Jeroen Struijs en Sander Steenhuis voor commentaar op een eerdere versie van dit manuscript.

OVER DE AUTEURS:

M.D.D. Leemhuis, MSc, onderzoeker; **A.C.J. Simonis, MSc**, student-assistent; **E.F. de Vries, PhD**, assistant professor; allen werkzaam bij BUNDLE, Health Campus Den Haag, LUMC. BUNDLE is een interuniversitair samenwerkingsverband tussen Erasmus School of Health Policy & Management en de Health Campus Den Haag. BUNDLE verzamelt, genereert en zet kennis in om alternatieve bekostigingsmodellen te ontwikkelen, implementeren en evalueren binnen het medisch en sociaal domein.

E-mailadres: m.d.d.leemhuis@lumc.nl



REFERENTIES:

1. Eijkenaar F, Struijs J, Vereniging voor Gezondheidseconomie. **Het Waaron van Alternatieve Bekostigingsmodellen in de Zorg** [Online]. 2022 (Bezocht op 2 feb 2025); Beschikbaar op URL: https://gezondheidseconomie.org/media/filer_public/fd/5f/fd5f186e-d463-47d8-abc6-96bccf1f68c/vgebulletin_2022_najaar.pdf.
2. NZa. **Stand van de Zorg 2024** [Online]. 2024 (Bezocht op 2 feb 2025); Beschikbaar op URL: <https://www.nza.nl/onderwerpen/stand-van-de-zorg-2024>.
3. Loketgezondleven.nl. **Wat en waarom? Achtergronden bij het GALA en IZA** [Online]. 2024 (Bezocht op 2 feb 2025); Beschikbaar op URL: <https://www.loketgezondleven.nl/beleid/gala-spuk/wat-en-waarom-gala-en-iza>.
4. Scheefhals ZTM, Struijs JN, Wong A, Numans ME, Song Z, de Vries EF. **Integrating Maternity Care Through Bundled Payments In The Netherlands: Early Results And Policy Lessons**. Health Aff (Millwood) 2024, 43 (9):1263-73. Beschikbaar op URL: https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2023.01637?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3A-crossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed.
5. Scheefhals ZTM, de Vries EF, Struijs JN, Numans ME, van Exel J. **Stakeholder perspectives on payment reform in maternity care in the Netherlands: A Q-methodology study**. Soc Sci Med. 2024, 340: 116413. Beschikbaar op URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953623007700?via%3Dihub>.
6. Cattel D, Hendriks C et al. **Ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging in de zorg: doen, leren en evalueren** [Online]. 2023 (Bezocht op 2 feb 2025); Beschikbaar op URL: https://projecten.zonmw.nl/sites/zonmw/files/2024-09/516008005-EINDRAPPORT_BUNDLE_FINAL-3-.pdf.
7. CPB. **Inkomens- en risicosolidariteit in de Zorgverzekeringswet** [Online]. 2024 (Bezocht op 2 feb 2025); Beschikbaar op URL: https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB_publicatie_inkomens_en_risicosolidariteit_in_de_zorgverzekeringswet.pdf.
8. Rijksoverheid. **Regeerprogramma Hoofdstuk 6a. Zorg** [Online]. 2024 (Bezocht op 2 feb 2025); Beschikbaar op URL: <https://www.rijksoverheid.nl/regering/regeerprogramma/6a-zorg>.
9. Van der Hijden E, Steenhuis S et al. **Ontwikkelingen in zorginkoop: van inkoop van verrichtingen naar inkoop van zorgbundels**. Maandblad Voor Accountancy en Bedrijfseconomie 2019, 93 (7/8): 16. Beschikbaar op URL: <https://mab-online.nl/article/33441/>.
10. Struijs J, de Vries EF, Baan C, van Gils PF, Rosenthal MB. **Bundled-Payment Models Around the World: How They Work and What Their Impact Has Been**. The Commonwealth Fund 2020. Beschikbaar op URL: <https://www.commonwealthfund.org/publications/2020/apr/bundled-payment-models-around-world-how-they-work-their-impact>.
11. De Vries EF, Scheefhals ZTM, de Bruin-Kooistra M, Baan CA, Struijs JN. **A Scoping Review of Alternative Payment Models in Maternity Care: Insights in Key Design Elements and Effects on Health and Spending**. Int J Integr Care 2021, 21 (2):6. Beschikbaar op URL: <https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.5535>.
12. RIVM. **Organisatie van de Zorg** [Online]. (Bezocht op 2 feb 2025); Beschikbaar op URL: <https://www.rivm.nl/zorg/organisatie-van-zorg>.
13. HCPLAN. **APM Framework** [Online]. 2017 (Bezocht op 2 feb 2025); Beschikbaar op URL: <https://hcp-lan.org/apm-framework/>.
14. Cattel D, Eijkenaar F, Schut FT. **Value-based provider payment: towards a theoretically preferred design**. Health Econ Policy Law 2020, 15 (1):94-112. Beschikbaar op URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/valuebased-provider-payment-towards-a-theoretically-preferred-design/0FBDF420E91AC2B93C8D080220CC9658>.
15. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. **Basisset Medisch Specialistische Zorg Kwaliteitsindicatoren** [Online]. 2021 (Bezocht op 2 feb 2025); Beschikbaar op URL: <https://www.igj.nl/binaries/igj/documenten/indicatorensets/2020/09/22/basisset-medisch-specialistische-zorg-2021/Basisset+MSZ+2021.pdf>.
16. RIVM. **Passende bekostiging van de geboortezorg** [Online]. (Bezocht op 2 feb 2025); Beschikbaar op URL: <https://www.rivm.nl/monitoren-zwangerschap-en-geboorte/passende-bekostiging-geboortezorg>.
17. RIVM. **Integrale bekostiging van de geboortezorg: ervaringen na drie jaar en de eerste zichtbare effecten** [Online]. 2020. (Bezocht op 2 feb 2025); Beschikbaar op URL: <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2020-0124.pdf>.
18. Reijner T, Pont. **Den Haag 'trots' op flinke koerswijziging jeugdzorg: wat verandert er?** [Online]. 2024. (Bezocht op 2 feb 2025); Beschikbaar op URL: <https://pont.media/nieuws/923619/den-haag-trots-op-flinke-koerswijziging-jeugdzorg-wat-verandert-er/>.
19. Gemeente Den Haag. **Haags toekomstperspectief jeugd- en gezinshulp** [Online]. 2023 (Bezocht op 2 feb 2025); Beschikbaar op URL: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewjm0cC-bv9SJAxVQ1wiHHT5fL8UQFnoECBoQAQ&url=https%3A%2F%2Fjeugdhulphaaglanden.nl%2Fbibliotheek%2FBopenbaar%2Fhandlerdownloadfiles.ashx%3Fidnv%3D2575058%26forcedownload%3Dtrue&usg=AOvVawOU7EUJOBuWYCY9InGte2L-l&opi=89978449>.
20. De Vries EF, Drewes HW, Struijs JN, Heijink R, Baan CA. **Barriers to payment reform: Experiences from nine Dutch population health management sites**. Health Policy 2019, 123 (11):1100-1107. Beschikbaar op URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016885101930226X?via%3Dihub>.
21. RIVM. **Preventie in het zorgstelsel: wat kunnen we leren van het buitenland?: Een eerste inventarisatie op basis van interviews met buitenlandse experts en literatuur** [Online]. 2016 (Bezocht op 2 feb 2025); Beschikbaar op URL: <https://www.rivm.nl/publicaties/preventie-in-zorgstelsel-wat-kunnen-we-leren-van-buitenland-eerste-inventarisatie-op>.



Femicide is het topje van de ijsberg

In Nederland sterft er elke 8 dagen een vrouw door geweld. Bij de helft hiervan is de dader een (ex-)partner. [1] 41% van alle Nederlandse vrouwen heeft ooit fysiek en/of seksueel geweld meegemaakt. Bij 1 op de 6 vrouwen ging het om geweld door een (ex-)partner. [2] Het zijn trieste cijfers die niet alleen vrouwen, maar ook mannen aangaan. Want willen we femicide en geweld tegen vrouwen voorkomen, dan moeten we beginnen bij de emancipatie van de man. Dat was een van de conclusies van het symposium *Verdieping van kennis: 'Is dit liefde?'*, dat GGD Haaglanden op 9 december 2024 organiseerde.

Marlies Wopereis

Toen het symposium op 9 december plaatsvond, was 'Orange the World' in volle gang. Dit is een jaarlijkse, wereldwijde campagne waarin actie wordt gevoerd tegen geweld tegen vrouwen. In Den Haag waren er in die dagen billboards te zien waarop het verhaal te lezen was over 12 vrouwen die door hun (ex-)partner waren vermoord. [3] Het waren 12 unieke verhalen, maar ze hadden één ding gemeen: aan de moord op de vrouw gingen jaren vooraf van vernedering, intimidatie, obsessieve controle, jaloezie, vrijheidsbeperking, bezitsdrang, stalking en/of geweld. Allemaal vormen van 'intieme terreur', waarvan de nabestaanden nu zeggen: hadden we de signalen maar beter gezien, waren we als samenleving maar alerter geweest, was er maar meer bekend geweest over femicide...

Daarom riep de campagne mensen op om medestander te worden: om niet weg te kijken bij signalen van intimidatie, terreur of geweld, maar om er samen voor te zorgen dat vrouwen overal en altijd veilig zijn. Het symposium 'Is dit liefde?' leverde daar een bijdrage aan door kennis en inzichten te delen met professionals uit het werkveld.



STOP
GEWELD
TEGEN
VROUWEN

Ik ben
#medestander
Jij ook?

1 op de 3 vrouwen
maakt geweld mee in haar leven

Iedereen kan iets doen om geweld
tegen vrouwen te stoppen.

Ga naar www.orangetheworld.nl of scan
de QR-code en kijk wat jij kunt doen.

QR-code

Campagneposter Orange the World (bron: orangetheworld.nl)

Over het symposium

Elk jaar organiseert het team GIA (Geweld in Afhankelijkheidsrelaties) van GGD Haaglanden een symposium onder de noemer 'verdieping van kennis'. Op 9 december 2024 ging dit symposium over femicide en intieme terreur. Het werd georganiseerd en gepresenteerd door Fatima Bouddokar, projectleider Huiselijk geweld en kindermishandeling bij GGD Haaglanden. De sprekers waren:

- Marion Suijker, plaatsvervangend directeur Publieke Gezondheid bij GGD Haaglanden;
- Niels Gerrits, senior onderzoeker epidemiologie bij GGD Haaglanden;
- Linde Berger, student aan de Universiteit Utrecht, die onderzoek deed naar risico-inventarisatie-instrumenten voor femicide en intieme terreur;
- Bas Zwiers, programmamanager van Emancipator, een organisatie die zich samen met jongens en mannen inzet voor gendergelijkheid (www.emancipator.nl);
- Sarah Kreuze, trainer van Centrum 16-22, een stichting die voor kinderen en jongeren trainingen, projecten en lesmateriaal verzorgt over maatschappelijke thema's (www.centrum1622.nl).

Het programma GIA van GGD Haaglanden richt zich op preventie en vroegsignalering van onder meer huiselijk geweld, kindermishandeling, gendergerelateerd geweld, ouderenmishandeling en eergerelateerd geweld. Het programma organiseert trainingen, symposia en andere bijeenkomsten en beheert een online platform waar professionals elkaar kunnen vinden: www.giahaaglanden.nl.



V.l.n.r.: Linde Berger, Bas Zwiers, Fatima Bouddokar, Niels Gerrits en Sarah Kreuze (bron: Objectiv)

Wat is femicide?

Er zijn verschillende definities van femicide. De meest gangbare is die van dr. Diana E.H. Russel, die de term in 1976 voor het eerst gebruikte. Zij definieerde femicide als *'the killing of females by males because they are female'*. [4] De World Health Organisation (WHO) stelt dat het gaat om *'the intentional murder of women because they are women'*. [5] Daarbij geeft de WHO aan dat de dader meestal een man is en dat die man vaak een (ex-)partner is. Femicide komt voor in alle lagen van de bevolking en is niet gekoppeld aan religie of afkomst.

Wat is 'Orange the World'?

'Orange the World' is een wereldwijde campagne tegen geweld tegen vrouwen. De campagne start ieder jaar op 25 november, de Internationale Dag tegen Geweld tegen Vrouwen, en duurt tot 10 december, de Internationale Mensenrechtendag. De kleur oranje staat voor de dageraad: het aanbreken van een nieuwe dag. Daarmee staat de kleur symbool voor een hoopvolle, geweldloze toekomst. Kijk voor meer informatie op www.orangetheworld.nl.

Huiselijk geweld en intieme terreur

In de symposia van het team GIA van GGD Haaglanden is het uitlichten van onderzoek altijd een belangrijk element. Dat onderzoek wordt dit keer ingeleid door GGD-epidemioloog Niels Gerrits. Hij omschrijft geweld in afhankelijkheidsrelaties (GIA) als een paraplu-term voor allerlei vormen van fysiek en psychisch geweld in de huiselijke kring en het netwerk van het slachtoffer. Uit cijfers van het CBS uit 2024 blijkt dat 9% van de Nederlanders van 16 jaar en ouder in het afgelopen jaar slachtoffer is geweest van GIA. Bij 7% was dit geweld structureel. [6]

‘Ik vind dit forse cijfers’, aldus Gerrits, ‘en ze zijn al jaren gelijk. Daarom vind ik het des te opvallender dat er pas sinds 2007 een wettelijk verbod is om geweld tegen kinderen te gebruiken. En dat er pas in 2009 een landelijke aanpak voor huiselijk geweld is geformuleerd en hiervoor een meldpunt is opgericht (Veilig Thuis).’ Bij de evaluatie van die aanpak in 2020 bleek dat er in 25% van de onderzochte gezinnen sprake was van intieme terreur en dwingende controle. [7] Ook bleek dat bij intieme terreur de dader bijna altijd een man was, vrouw en kinderen voortdurend in angst leefden, het geweld vaak ernstig en willekeurig was, maar hiervan weinig meldingen terechtkwamen bij Veilig Thuis en de politie.

Vroegtijdige signalering door (zorg) professionals

Niet alle intieme terreur leidt tot femicide. Maar femicide wordt wel vaak door intieme terreur voorafgegaan. Daarom is het vroegtijdig herkennen van signalen hiervan (de zogenoemde rode vlaggen) zo belangrijk. Studenten van de Universiteit Utrecht deden daar onderzoek naar in opdracht van GGD Haaglanden. [8] Linde Berger vertelt daar tijdens het symposium over: ‘We hebben voor dit onderzoek interviews gehouden met (zorg)professionals die vanuit verschillende organisaties (zoals Veilig Thuis, Arosa en Blijf Groep) betrokken zijn bij huiselijk geweld tegen vrouwen. Uit deze interviews blijkt dat de respondenten de voorstadia van femicide wel herkennen, maar dat de term ‘femicide’ binnen hun organisaties weinig wordt gebruikt. Soms is dat een bewuste keuze – omdat ze de term te polariserend vinden – en soms is de term te weinig bekend. Wij vinden dit opvallend en zorgelijk, want het bestrijden van femicide begint met het benoemen en herkennen ervan.’

Het onderzoek richtte zich ook op de risico-inventarisatie-instrumenten die (zorg)professionals gebruiken om voorstadia van femicide op te sporen. Er blijken een aantal instrumenten in omloop te zijn, maar deze worden niet door elke organisatie gebruikt. Ook richten ze zich slechts op een deel van de voorstadia, terwijl een allesomvattend instrument ontbreekt. Daarnaast laat het onderzoek zien dat de instrumenten (vragenlijsten) niet altijd worden gebruikt wanneer dat wel zou moeten. Of ze worden niet goed of te laat ingevuld. Bovendien worden situaties of vragen soms verschillend geïnterpreteerd, waardoor signalen toch niet aan het licht komen. ‘Helaas is dit een bekend verhaal’, reageert Niels Gerrits hierop. ‘We horen vaker dat vragenlijsten niet goed werkbaar zijn, omdat ze bijvoorbeeld te uitgebreid, te subjectief of te zwart-wit zijn, of lastig zijn om in te vullen. Het is lang zoeken om tot de beste vorm van risicotaxatie te komen. Maar het is wel belangrijk om de juiste informatie boven water te krijgen, dus we moeten hieraan blijven werken.’

Voorbeelden van risico-inventarisatie-instrumenten

In het onderzoek van de Utrechtse studenten komen onder meer de volgende instrumenten naar voren, die professionals in Haaglanden gebruiken om risico’s op femicide en huiselijk geweld te inventariseren:

- **Screening Assessment for Stalking and Harassment (SASH)**. Dit is een instrument dat door de politie wordt gebruikt om meldingen van stalking en bedreiging te evalueren.
- **Mediator’s Assessment of Safety Issues and Concerns (MASIC)**. Dit is een screeningsinstrument voor de beoordeling van partnergeweld, specifiek voor ouderparen die verwickeld zijn in een (conflict)scheiding.
- **Risicotaxatie-instrument Huiselijk Geweld (RiHG)**. Dit is een instrument waarmee de hulpofficier van justitie kan beoordelen of bij een situatie van (mogelijk) huiselijk geweld een huisverbod moet worden opgelegd.





De rol van mannen

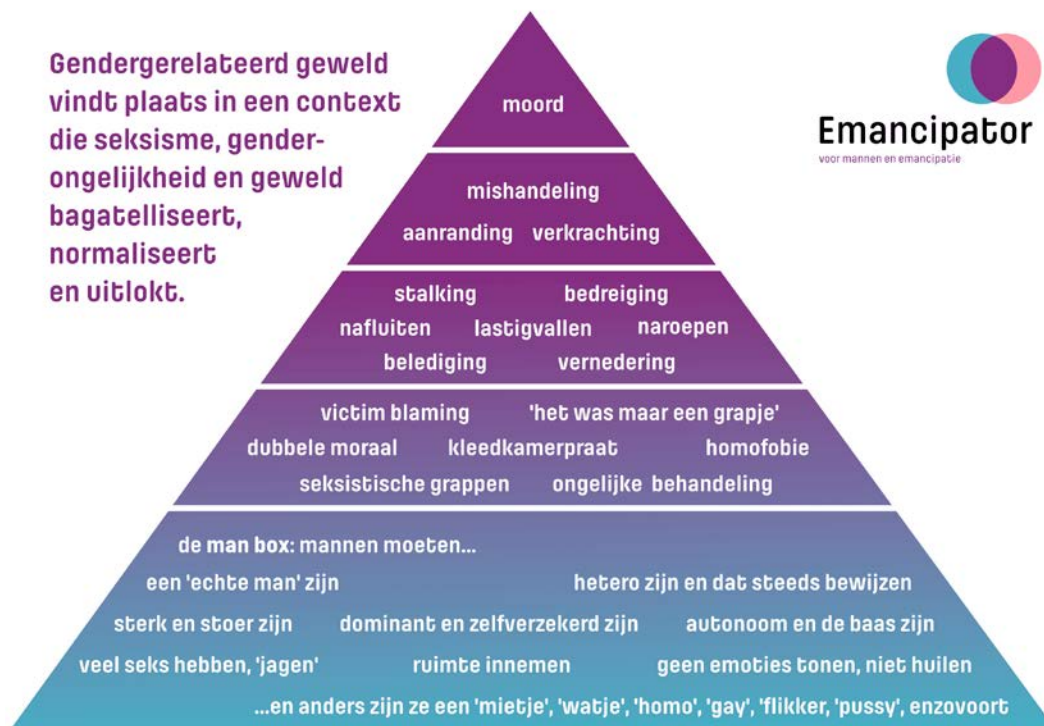
Werk is er ook aan de winkel als het gaat om de rol van mannen, aldus Bas Zwiers, de volgende spreker op het symposium. Hij is van Emancipator, een organisatie die met jongens en mannen werkt aan emancipatie en gendergelijkheid. 'Femicide wordt vaak gezien als een vrouwenprobleem ('zij had zich

beter moeten verdedigen', 'zij had hulp moeten zoeken', 'zij had bij hem weg moeten gaan'). Maar 95% van de daders is man. In de media wordt dat vaak niet expliciet vermeld. Dan gaat het over een 'drama in huiselijke kring' of een 'dode vrouw gevonden in een woning'. En ook onder professionals merk ik dat zij het soms moeilijk vinden om te

Piramide van geweld

Femicide wordt gezien als het topje van de piramide van geweld tegen vrouwen. Het komt voort uit een context die relatief onschuldig begint met bijvoorbeeld seksistische grappen en een dubbele moraal, en langzamerhand overgaat naar ernstigere vormen van intimidatie en geweld. De piramide had oorspronkelijk 4 lagen, maar Emancipator heeft er nog een onderste laag aan toegevoegd. Dat is de laag van de 'man box', waarin het draait om de maatschappelijke normen waaraan 'echte mannen' moeten voldoen.

Gendergerelateerd geweld vindt plaats in een context die seksisme, genderongelijkheid en geweld bagatelliseert, normaliseert en uitlokt.



Piramide van geweld (bron: Emancipator.nl)



Tekening van het symposium (bron: Cindy Olaria, Huis van Verbeelding)

benoemen dat de daders meestal mannen zijn. Misschien omdat het dan heel dichtbij komt: die dader kan dus ook jouw buurman zijn. Maar als we dit niet benoemen, kunnen we het probleem niet aanpakken. Want het is de man die zal moeten veranderen.'

Begin bij de wortels

'Als je femicide wilt voorkomen, moet je beginnen bij de onderste lagen van de piramide van geweld', betoogt Zwiers. 'Want dat is de fase waarin je nog echt iets kunt veranderen. Daarom gaan we hierover met jongens en mannen in gesprek. Daarbij maken we het zo persoonlijk mogelijk, bijvoorbeeld door te vragen wat ze hun zus zouden aanraden als die lid wil worden van hun studentenvereniging. Dan merk je dat ze zo 10 adviezen hebben om hun zus tegen ongewenst gedrag te beschermen. Hieruit blijkt dat ze heel goed weten welk gedrag er speelt. De volgende vraag is wat ze hier vandaag nog aan zouden kunnen veranderen. Dan zie je dat ze zich ineens realiseren dat ze zelf wat aan dat gedrag kunnen doen. En dat ze daarmee niet alleen hun zusje beschermen, maar ook alle andere vrouwen.'

Zwiers pleit ervoor dat mannen elkaar vaker aanspreken op seksueel getinte opmerkingen en grappen: 'Dat is eng en kwetsbaar, want de kans bestaat dat je uitgelachen of uitgesloten wordt. Maar als we dit blijven tolereren, wordt het van kwaad tot erger. Dat laat de geweldspiramide goed zien. In mijn ervaring willen veel mannen hun gedrag best veranderen, maar weten ze soms simpelweg niet hoe. En dat is niet zo gek, want ze hebben nooit anders geleerd dan dat ze stoer, dominant en competitief moeten zijn. Daarom is het belangrijk om zo vroeg mogelijk de mannelijkheidsnormen te doorbreken. Dat kan al op de basisschool door een rijmpje als 'meisjes plagen, kusjes vragen' niet normaal te vinden, maar kinderen alternatieven te bieden.'

In gesprek met scholieren

Scholieren zijn ook de doelgroep waar Sarah Kreuze, de vierde spreker, zich op richt. Zij gaat vanuit Centrum 16-22 scholen langs om met jongens en meisjes te praten over seks, relaties en grensoverschrijdend gedrag. Daarbij loopt ze vaak tegen muren op: 'Jongeren willen het woord 'seks' niet horen, komen niet opdagen bij de lessen en gaan het gesprek niet aan.'

En zelfs als ik het woord ‘seks’ niet noem, maar alleen praat over relaties, doen ze de deur vaak dicht. Dat is zorgelijk, want als je het hier al niet over kunt hebben, kun je het ook niet hebben over grenzen. Daar komt bij dat ze de meeste informatie van het internet halen, waar heel veel onzin wordt verteld en ‘ongezond’ seksueel gedrag zelfs wordt gepropageerd. Daarom zou objectieve seksuele voorlichting op scholen wat mij betreft verplicht moeten zijn.’

Kreuze merkt ook dat er soms een kloof gaapt tussen professionals en jongeren: ‘Sommige professionals denken dat jongeren precies weten wat wel en niet normaal is in relaties en seks. Maar dat is nou juist het probleem. Ik hoor bijvoorbeeld regelmatig dat meisjes toxische relaties wel sexy vinden. Dat ze het leuk vinden als hun vriendje elk moment wil weten waar ze zijn. Natuurlijk kan dat soms best leuk en handig zijn, zeker als je verliefd bent. Maar wat als dit gedrag overgaat in dwangmatige controle? Weten de meisjes dan dat dit niet normaal is en trekken ze op tijd aan de bel? Ik ben bang van niet.’

Tips voor professionals

Daarom benadrukt ook Kreuze het belang van veel praten met jongeren. ‘Maak die gesprekken zo persoonlijk mogelijk’, zegt ze, ‘en neem desnoods de jongens en meisjes apart.’ Ze snapt ook dat dat gesprek niet altijd makkelijk is. Daarom sluit ze samen met Zwiers haar verhaal af met enkele tips

voor professionals die met jongeren werken:

- Verwijs jongeren die om hulp vragen naar het Jongeren Informatie Punt (JIP). Dat is heel laagdrempelig en de website sluit goed aan bij de leefwereld van jongeren (<https://jiphaaglanden.nl>).
- Wees je ervan bewust dat je zelf een rolmodel bent. Accepteer daarom geen grensoverschrijdend gedrag en normaliseer dit niet.
- Vertel dat je zelf ook wel eens onzeker bent over bijvoorbeeld je lichaam of relatie. Of dat je het vroeger als scholier ook allemaal niet zo goed wist. Dat verlaagt de drempel voor scholieren om naar je toe te komen met hun eigen onzekerheden.
- Zorg dat er op school een docent of jongerenwerker is, waar scholieren altijd terecht kunnen met vragen op dit gebied.
- Bekijk de TED-talk ‘A call to men’ van Tony Porter, waarin hij beeldend duidelijk maakt wat het verband is tussen de ‘man box’ en seksueel geweld. En waarom het belangrijk is om de mannelijkheidsnormen te doorbreken (https://www.ted.com/talks/tony_porter_a_call_to_men).

Wilt u reageren? Mail de de redactie: epibul@ggghaaglanden.nl

OVER DE AUTEUR:

M. Wopereis, tekstbureau Lopende teksten

REFERENTIES:

1. CBS. **Slachtoffers moord en doodslag 2023** [Online]. 2024 (Bezoekt op 28 jan 2025); Beschikbaar op URL: <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2024/35/slachtoffers-moord-en-doodslag-2023>.
2. Atria. **Nieuwe Europese cijfers: gendergerelateerd geweld tegen vrouwen** [Online]. 2024 (Bezoekt op 28 jan 2025); Beschikbaar op URL: <https://atria.nl/nieuws-publicaties/geweld-tegen-vrouwen/nieuwe-europese-cijfers-gendergerelateerd-geweld-tegen-vrouwen/>.
3. Stichting Open mind. **Femicide – portretten** [Online]. (Bezoekt op 28 jan 2025); Beschikbaar op URL: <https://www.stichtingopenmind.nl/femicide-portretten/>.
4. Russell DEH. **Defining Femicide: Introductory speech presented to the United Nations Symposium on Femicide on 11/26/2012** [Online]. 2012 (Bezoekt op 28 jan 2025); Beschikbaar op URL: https://www.dianarussell.com/f/Defining_Femicide_-_United_Nations_Speech_by_Diana_E._H._Russell_Ph.D.pdf.
5. WHO. **Understanding and addressing violence against women: femicide** [Online]. 2012 (Bezoekt op 28 jan 2025); Beschikbaar op URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77421/WHO_RHR_12.38_eng.pdf?sequence=1.
6. CBS. **Prevalentiemonitor Huiselijk Geweld en Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag 2024** [Online]. 2024 (Bezoekt op 28 jan 2025); Beschikbaar op URL: <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/rapportages/2024/prevalentiemonitor-huiselijk-geweld-en-seksueel-grensoverschrijdend-gedrag-2024>.
7. Verwey Jonker Instituut. **Kwestie van lange adem. Kan huiselijk geweld en kindermishandeling echt stoppen?** [Online]. 2020 (Bezoekt op 28 jan 2025); Beschikbaar op URL: https://www.verwey-jonker.nl/wp-content/uploads/2021/02/216037_Kwestie_van_lange_adem-WEB.pdf.
8. Bunt L, van den Berger L, Ritmeijer A, van Arkel Th, Broere G. **Van rode vlaggen tot samenwerking: ervaringen van (zorg-) professionals bij het werken met risico-inventarisatie instrumenten** [Scriptie]. Utrecht: Universiteit van Utrecht; 2024.



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.

(Risico op) problematisch gebruik social media en gamen: verschillen tussen jongens en meisjes

Jongeren groeien op in een digitale wereld en staan voortdurend met elkaar in contact via sociale media. Als de jongere het gebruik hiervan niet meer onder controle heeft, kunnen er problemen ontstaan in het dagelijks functioneren, bijvoorbeeld slaapttekort, afraffelen van huiswerk, of zich onrustig voelen wanneer zij geen gebruik kunnen maken van sociale media. Er is dan sprake van problematisch gebruik. Ook langdurig gamen en hier niet mee kunnen stoppen, kan problematisch worden. Een rapport van het Trimbos-instituut laat zien dat problematisch gamen vaak samenhangt met sociaal isolement, eenzaamheid, verlaagde schoolprestaties, lager psychosociaal welzijn en een verminderde tevredenheid over het eigen leven. [1]

In de Gezondheidsmonitor Jeugd 2023 is aan jongeren in Haaglanden (leerlingen uit de 2e en 4e klas van het reguliere voortgezet onderwijs) een aantal vragen gesteld over socialmediagebruik en gamen om (het risico op) problematisch gebruik in kaart te brengen. Er is onder andere gevraagd naar het moeilijk

kunnen stoppen met social media of gamen en slaapttekort en te weinig tijd aan huiswerk besteden door social media of gamen.

Social media

Bij 14% van de jongeren is sprake van (risico op) problematisch gebruik van social media. Dit varieert van 11% in Pijnacker-Nootdorp tot 17% in Midden-Delfland. Vergeleken met 2021 is het percentage jongeren met (risico op) problematisch gebruik van social media gestegen (toen 11%). Landelijk is het percentage vergelijkbaar met dat in Haaglanden (13% versus 14%) en is ook daar sprake van een stijging vergeleken met 2021 (landelijk toen 9%).

Het percentage met (risico op) problematisch gebruik van social media is bij meisjes hoger (17%) dan bij jongens (10%). Dat geldt ook voor vmbo-leerlingen (15%), vergeleken met havo/vwo-leerlingen (12%). Er is hierin geen verschil tussen leerlingen uit klas 2 en 4.

Gamen

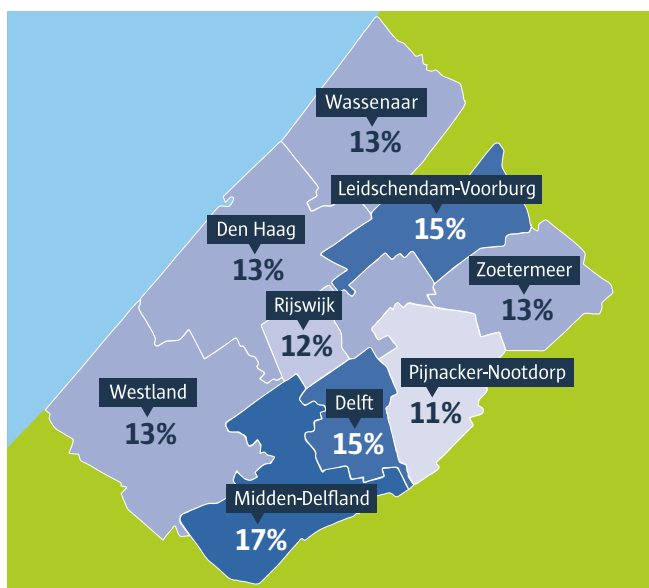
Het percentage met (risico op) problematisch gamen is lager: 4% van de jongeren in Haaglanden, variërend van 3% in Wassenaar tot 5% in Leidschendam-Voorburg. In 2021 was dit 3%. Landelijk is het percentage 3%, net als in 2021 (eveneens 3%). Bij jongens is het percentage (risico op) problematisch gamen veel hoger (6%) dan bij meisjes (1%). Er zijn hierin weinig verschillen tussen vmbo-leerlingen (4%) en havo/vwo-leerlingen (3%) en tussen leerlingen uit klas 2 (4%), vergeleken met klas 4 (3%).

De Gezondheidsmonitor Jeugd 2023 is in het najaar van 2023 uitgevoerd door alle GGD'en in Nederland, in samenwerking met het RIVM, om inzicht te krijgen in de gezondheid, het welzijn en de leefstijl van middelbare scholieren. Meer resultaten van deze Gezondheidsmonitor Jeugd 2023 zijn te vinden op gezondheids-gids.ggdhaaglanden.nl.

REFERENTIE

1. Van Leeuwen L, Goossens FX. **Problematisch gamen: aanbevelingen voor preventie** [Online]. (Bezocht op 26 nov 2024); beschikbaar via URL: <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1447-problematisch-gamen-aanbevelingen-voor-preventie.pdf>.

Figuur 1 Percentage jongeren uit de 2e en 4e klas van het reguliere voortgezet onderwijs met (risico op) problematisch gebruik van social media.



Gevraagd: kopij

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

Mail de redactie: epibul@ggdhaaglanden.nl

Eerstvolgende edities:

Editie	Verschijnt	Deadline aanleveren artikelen	Deadline aanleveren korte berichten
Juni 2025	26 juni 2025	21 maart 2025	14 mei 2025
September 2025	25 september 2025	30 mei 2025	15 juli 2025



Resultaten Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024

De gezondheid van jongvolwassenen in Haaglanden blijft een grote uitdaging, ondanks lichte verbetering. De mentale gezondheid van jongvolwassenen in Haaglanden is hierin nog steeds een belangrijk aandachtspunt. Hoewel er signalen zijn van kleine verbeteringen, voelt een groot deel van deze groep zich nog steeds eenzaam of geeft aan niet tevreden te zijn met hun mentale welzijn. Ook op het gebied van roken en vaperen is de situatie zorgwekkend. Dit blijkt uit de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024.

Een samenvatting van de belangrijkste bevindingen en de link naar alle resultaten: <https://www.ggdhaaglanden.nl/nieuws/gezondheidsmonitor-jongvolwassenen-2024/>.

Congres Goed Gebruik Geneesmiddelen - 10 april 2025

Het congres Goed Gebruik Geneesmiddelen met als thema 'Kennis geeft kracht', vindt plaats op 10 april bij 1931 Congrescentrum in 's-Hertogenbosch. U kunt uit het volledige programma uw eigen congresprogramma samenstellen. Deelname aan het congres is kosteloos. Bekijk het programma en meld u aan: <https://www.zonmw.nl/nl/agenda/congres-goed-gebruik-geneesmiddelen-2025-kennis-geeft-kracht>.



(Bron: ZonMw)

Week van de Gezondheidsverschillen - 17 t/m 20 maart 2025

Tijdens de Week van de Gezondheidsverschillen vraagt Pharos aandacht voor het verkleinen van gezondheidsverschillen in Nederland. Het thema is dit keer: *de rol van geld*. Geld speelt immers een belangrijke rol in zowel het ontstaan als het oplossen van gezondheidsverschillen. Het wordt een week vol inspirerende bezoeken aan wijken en buurten en interessante webinars en masterclasses.

Ten tijde van het ter perse gaan, was het programma nog niet definitief. Houd de website van Pharos in de gaten (<https://www.pharos.nl/weekvandegezondheidsverschillen/>) of abonneer u op de nieuwsbrief van Pharos (<https://www.pharos.nl/nieuwsbrief/>).



Sociale Toer 2025 - 20 maart 2025

Ga in gesprek over uitdagingen in de zorg en het sociaal domein. Om echt impact te maken en verandering te stimuleren, moeten we onze horizon verbreden, over grenzen heen kijken en ons in andere werelden begeven. Verbind, kijk door de bril naar andere werelden en maak samen het verschil. Neem uw ervaringswereld mee naar *de Prodentfabriek* Amersfoort op 20 maart 2025 (10.15 - 17.00 uur).

De Sociale Toer biedt nieuwe kennis, inzichten en advies om eigen vraagstukken verder te ontwikkelen. Het is een plek om uw netwerk uit te breiden en met elkaar in gesprek te gaan over actuele vraagstukken.

Meer informatie en kosteloos aanmelden: <https://www.zonmw.nl/nl/agenda/sociale-toer-2025>.

Congres Cultuursensitieve Zorg - 13 juni 2025

Ongeveer een kwart van de Nederlandse bevolking heeft een migratie-achtergrond, en dit aandeel blijft groeien. Dit illustreert de diversiteit en rijkdom aan achtergronden en opvattingen binnen onze samenleving, zowel onder mensen met als zonder migratieachtergrond.

Het congres *Cultuursensitieve Zorg* focust op het aanpakken van drempels in de zorg, het rechtdoen aan de culturele achtergrond van patiënten, en waar rekening mee gehouden dient te worden.

Meer informatie en aanmelden: <https://www.cultuursensitieve-zorg.nl/>.



Leven in de marge: CBS-onderzoek naar mensen die in participatie en vertrouwen aan de kant staan

In Nederland is het vertrouwen in anderen relatief hoog en veel mensen zijn actief. Toch leven ook hier mensen sociaal in de marge. Zij doen weinig mee in de maatschappij én hebben weinig vertrouwen in anderen en instituties. Over hen heeft het CBS een onderzoeksrapport gepubliceerd. Het onderzoek laat zien om welke groepen het vooral gaat en welke achtergrondkenmerken zij hebben.

Zie: <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2025/leven-in-de-marge>.



Centraal Bureau
voor de Statistiek

Jaarverslag awpg Lumens 2024

De academische werkplaats publieke gezondheid (awpg) Lumens verbindt, onderzoekt en adviseert over de publieke gezondheid. Ook in 2024 hebben de kennisinstellingen, GGD Hollands-Midden en GGD Haaglanden hard gewerkt om lokale praktijk, beleid en wetenschap samen te laten komen voor een gezondere toekomst. In het jaarverslag van 2024 presenteert de awpg met trots het overzicht van alle activiteiten en projecten van het afgelopen jaar. Ook in 2025 gaat Lumens weer hard aan de slag om samen te werken aan inzichten en oplossingen voor vraagstukken binnen het sociaal domein en de publieke gezondheid.

Lees het jaarverslag 2024: <https://www.awpglumens.nl/jaarverslag-awpg-lumens-2024/>.



European Public Health Week - 12 t/m 16 mei 2025

Van 12 t/m 16 mei 2025 vindt de 'European Public Health Week (EUPHW)' plaats. Het doel van deze jaarlijkse week is het vergroten van kennis en bewustwording over volksgezondheid en het stimuleren van Europese samenwerking op dit gebied. Iedere editie heeft een eigen thema, met een specifiek aandachtsgebied per dag. Het thema is dit keer 'Innovation for Resilience: Shaping a Sustainable Future'. Bijdragen of deelnemen aan activiteiten is op verschillende manieren mogelijk. Zelf een activiteit aandragen is bijvoorbeeld een optie.

Meer informatie: https://eupha.org/general_page.php?p=321.



Cursussen NSPOH

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

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

MAZL-scholing (Meer Aandacht voor Ziek gemelde Leerlingen)

MAZL is een effectieve interventie voor een integrale aanpak van ziekteverzuim bij scholieren in het voortgezet onderwijs en het mbo. Schoolmedewerkers, JGZ-professionals en leerplichtambtenaren hebben samen aandacht en zorg voor leerlingen met ziekteverzuim, waardoor problematiek vroegtijdig in beeld komt. Volg deze tweedaagse scholing als u JGZ-professional bent en uw organisatie met de MAZL-methodiek werkt.

Voor wie: JGZ-professionals

Data: 16 en 23 april 2025 (tweedaagse)

Locatie: Utrecht

Kosten: €1010,-

Link: <https://www.nspoh.nl/mazl-scholing-11/>

Je werkdruk de baas!

Door de hoge werkdruk zijn agenda's altijd volgepland. Vaak al weken van tevoren en zonder dat u er grip op heeft. Er moet van alles, maar de tijd lijkt ontoereikend om de werkzaamheden volgens planning af te ronden. Hierdoor dreigen belangrijke activiteiten steeds te worden doorgeschoven. U komt niet verder dan het wegwerken van kortetermijnvragen. Herkent u dit? Dan biedt deze module uitkomst.

Voor wie: Professionals in de publieke gezondheidszorg

Data: 20 mei en 10 juni 2025

(2 ochtenden van 9.30 tot 12.40 uur)

Locatie: Online

Kosten: €505,-

Link: <https://www.nspoh.nl/je-werkdruk-de-baas-10/>

Praktische mediatraining bij risico- en crisiscommunicatie

Effectief communiceren met de media is belangrijk voor beleidsmakers en professionals. Vooral als zij te maken krijgen met lastige omstandigheden als ongevallen, (dreigende) rampen en risicovolle situaties. Alles ligt dan onder het vergrootglas dat media hanteren.

In deze scholing leert u doeltreffend communiceren in crisis-situaties, de werkwijze van de media en hoe u een kernboodschap formuleert.

Voor wie: Beleidsmakers en professionals in publieke- en arbeidsgezondheidszorg die voor hun beroep in aanraking kunnen komen met de media en hun communicatievaardigheden in geval van crisis-situatie willen vergroten.

Data: 3 en 10, 11 of 17 juni (tweede dag is eigen keuze)

Locatie: Utrecht

Kosten: €1010,-

Link: <https://www.nspoh.nl/praktische-mediatraining-bij-risico-en-crisiscommunicatie-3>

Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 4e kwartaal 2024

Ziekte	4e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 4e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	4e kwartaal 2024	4e kwartaal 2023	4e kwartaal 2022	1e t/m 4e kwartaal 2024	1e t/m 4e kwartaal 2023	1e t/m 4e kwartaal 2022
A-ZIEKTEN						
MERS-CoV						
Pokken						
Poliomyelitis anterior acuta						
SARS						
Virale hemorrhagische koorts						
COVID-19			8.026		2.813	325.330
B-ZIEKTEN						
(humane infectie) aviaire influenza						
Difterie						1
Pest						
Mpox	7		4	10		100
Rabiës (hondsdoelheid)						
Tuberculose	22	20	17	95	79	78
Buiktyfus		2	1	6	3	4
Cholera						
Hepatitis A	4	2	1	14	10	8
Hepatitis B acuut	2	1	3	11	8	8
Hepatitis B chronisch	22	22	23	88	98	91
Hepatitis C acuut				2	2	
Hepatitis C chronisch	17	11	10	40	38	45
Kinkhoest	57	86	9	1.608	98	13
Mazelen		2		50	4	
Paratyfus A,B,C		1	4	4	8	5
Rubella						
STEC (E. coli)	6	7	8	45	34	45
Shigellose	7	18	15	35	50	35
Invasieve GAS	10	14	11	69	75	33
Voedselinfectie						2
C-ZIEKTEN						
Antrax (miltvuur)						
Bof	4	1		19	23	1
Botulisme						
Brucellose	1			3		
CPE	15	11	9	36	47	27
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob klassiek	2		2	4		3
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob variant						
Gele koorts						

Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 4e kwartaal 2024

Ziekte	4e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 4e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	4e kwartaal 2024	4e kwartaal 2023	4e kwartaal 2022	1e t/m 4e kwartaal 2024	1e t/m 4e kwartaal 2023	1e t/m 4e kwartaal 2022
Invasieve Hib	1	1	2	3	3	3
Hantavirusinfectie					1	
Legionellose	1	15	9	31	75	46
Leptospirose	2	1	3	5	4	4
Listeriose	1		3	6	4	5
Malaria	6	5	11	25	25	29
Meningokokkose	1	1	1	11	10	2
MRSA-infectie (cluster buiten ziekenhuis)		1		11	1	
Invasieve pneumokokken	23	23	30	82	74	69
Psittacose	1	1	1	3	4	8
Q-koorts						
Tetanus						1
Tularemie						1
Trichinose						
West-Nilevirus						
Zikavirus						
Totaal	212	246	8.203	2.316	3.591	325.997

Infectieziekten gemeld door instellingen per type situatie (waaronder artikel 26 meldingen n=382) in 2024

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het jaar 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 overgrote deel werd veroorzaakt door enterovirus, scabiës en norovirus. Dit betrof meldingen vanuit instellingen voor kinderopvang en langdurige zorg en het onderwijs.

Scenario	Kinderopvang	Onderwijsinstelling	Vluchtelingenopvang	Zorginstelling	Ziekenhuis	Gezinsituatie	Eindtotaal
Huiduitslag/exanthemen	168	77	8	15	6	9	283
Impetigo (krentenbaard)	17	5					22
Gastro-enteritis	29	3		50	1		83
Schimmelinfectie	3	2					5
Luchtweginfectie/influenza-achtig ziektebeeld	35	25		7	2		69
Anders*			1		2		3
Eindtotaal	252	112	9	72	11	9	465

* 1x Hepatitis A, 2x BRMO



Jaaroverzicht 2024 meldingen afdeling Infectieziektebestrijding GGD Haaglanden

Ymke Hamelink, Karlijn te Paske en Samantha Nederpel

Meldingsplichtige infectieziekten

Het aantal meldingsplichtige infectieziekten, gemeld bij de afdeling Infectieziektebestrijding van GGD Haaglanden, is in 2024 2.316. In 2023 was het aantal 3.591 waarvan een groot deel COVID-19 meldingen betrof. In 2024 is sprake van een flinke toename van het aantal kinkhoestmeldingen.

Recordaantal kinkhoestmeldingen in 2024 door verminderde afweer en dalende vaccinatiegraad

In 2024 waren er 1.608 meldingen van kinkhoest, het hoogste aantal ooit. Dit hoge aantal komt onder andere doordat mensen minder afweer hebben opgebouwd tijdens de coronajaren.

De coronamaatregelen werkten namelijk ook goed tegen de verspreiding van kinkhoest. Ook is de dalende vaccinatiegraad van de DKTP-vaccinatie (Difterie, Kinkhoest, Tetanus, Polio) een oorzaak van het hoge aantal kinkhoestmeldingen.

Kinkhoest komt jaarlijks voor in Nederland, bij zowel kinderen als volwassenen. In het algemeen is er elke 2 tot 5 jaar een piek in het aantal kinkhoestmeldingen, welke zich voordoet als gevolg van tijdelijke bescherming door vaccinatie of infectie.

De meest recente piek was in 2012.

Kinkhoest is vooral gevaarlijk voor kinderen <1 jaar en zwangere vrouwen (vanaf 34 weken zwangerschap), omdat zij hun kind kunnen besmetten. Sinds december 2019 biedt vaccinatie van zwangere vrouwen bescherming aan hun baby's, totdat kinderen zelf volgens het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) gevaccineerd kunnen worden.

Cluster van hepatitis A gelinkt aan bevroren blauwe bessen in Nederland

In Nederland is begin 2025 een toename van hepatitis A gemeld. Het RIVM heeft 2 clusters gedetecteerd. Bij 1 cluster zijn blauwe bessen als mogelijke bron geïdentificeerd. Ook in de regio Haaglanden zijn er 3 patiënten gelinkt aan dit cluster. De afdeling Infectieziektebestrijding van GGD Haaglanden heeft aanvullende voedselvragenlijsten afgenomen om andere voedselbronnen op te sporen. De Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) deed onderzoek naar de blauwe bessen. De huisartsen in regio Haaglanden zijn geïnformeerd over het cluster. Zie ook het bericht op de website van GGD Haaglanden:

<https://www.ggdhaaglanden.nl/nieuws/hepatitis-a-waarschuwing-bevroren-blauwe-bessen/>.

In heel 2024 zijn er 14 meldingen van hepatitis A gemeld bij GGD Haaglanden. Hepatitis A is een besmettelijke leverinfectie, veroorzaakt door het hepatitis A-virus (HAV). Besmetting met HAV verloopt via de fecaal-orale route, wat betekent dat het kan worden overgedragen door het eten van besmet voedsel, het drinken van besmet water, of door nauw contact met een geïnfecteerde persoon.

Symptomen van hepatitis A zijn: vermoeidheid, misselijkheid, buikpijn, verlies van eetlust, koorts, donkere urine, gewrichtspijn en geelzucht (gele verkleuring van de huid en ogen).

Levensbedreigende complicaties zijn zeldzaam.

Vaccinatie is een effectieve manier om hepatitis A te voorkomen. De vaccinatie wordt meestal in 2 doses gegeven, met een tussenpoos van 6 maanden. Eén vaccinatie biedt minstens een jaar bescherming. Na de tweede vaccinatie is dit minstens 30 tot 40 jaar.

Goede hygiënepraktijken, zoals handen wassen na toiletgebruik en vóór voedselbereiding, kunnen ook helpen de verspreiding van het virus te voorkomen.

Mazelenuitbraak in Haaglanden in 2024: 47 gevallen, meeste niet gevaccineerd

In 2024 zijn 50 gevallen van mazelen gemeld in regio Haaglanden. Landelijk waren er bijna 200 meldingen. [2]

In juni 2024 is er in Haaglanden een mazelencluster geweest met in totaal 47 meldingen. In de meeste gevallen waren de betrokken personen niet gevaccineerd en jonger dan 13 jaar. Mazelen is een meldingsplichtige ziekte in categorie B2, wat betekent dat een vastgesteld geval binnen 1 werkdag gemeld moet worden bij de GGD. De meldplicht maakt het mogelijk voor de GGD om tijdig maatregelen te nemen als dat nodig is, bijvoorbeeld vaccineren of toedienen van immunoglobulines.

Daling van legionellosemeldingen in 2024 vergeleken met voorgaande jaren

Het aantal legionellosemeldingen daalde van 75 in 2023 naar 31 in 2024, een trend die ook landelijk zichtbaar is. Ongeveer 40% (n=13) van de gemelde gevallen bij de GGD werd (mogelijk) tijdens een buitenlandse reis opgelopen.

Legionellose wordt niet van mens op mens overgedragen, maar vanuit de omgeving via water-aerosolen. De GGD doet uitgebreid onderzoek naar mogelijke bronnen en eventuele clusters in de regio.



Toename van STEC- en afname van shigella-infecties in 2024

In 2024 zijn de aantallen infecties met **shigatoxine-producerende E. coli (STEC)** opnieuw gestegen, met in totaal 45 meldingen (34 in 2023, 45 in 2022). Deze voedselgerelateerde infecties worden vaak veroorzaakt door slecht verhit vlees, ongepasteuriseerde zuivel of ongewassen groenten.

Er waren 35 meldingen van **shigella** in 2024. Dit waren er 50 in 2023 en 35 in 2022. Shigella wordt overgedragen via de fecaal-orale route en wordt vaak gezien na een buitenlandse reis, waar de hygiëne soms minder goed is. Daarnaast kan shigella ook worden overgedragen via seksueel contact. Deze infectie wordt regelmatig gevonden bij mannen die seks hebben met mannen.

Niet-meldingsplichtige ziekten

De afdeling Infectieziektebestrijding krijgt vele vragen over diverse, vaak ook niet-meldingsplichtige infectieziekten. Meldingen van scabiës (schurft) en verdenking op rabiës (hondsdolheid) komen vaak voor en de afhandeling daarvan is tijdsintensief.

Mensen gaan veel op reis, waardoor de afdeling ook vaak vragen krijgt van personen die in het buitenland gebeten of gekrabbd zijn door een zoogdier. Na een verwonding door een dier in het buitenland beoordeelt de GGD of er risico is op rabiës en geeft zo nodig de noodzakelijke post-expositieproylaxe, zoals vaccinatie of immunoglobulines (MARIG).

Aantal meldingen door instellingen in 2024 (waaronder artikel 26 meldingen)

In 2024 is het totaal aantal meldingen door instellingen, op basis van artikel 26 van de Wet Publieke Gezondheid, gestegen van 264 in 2023 naar 382 in 2024.

Het overgrote deel werd veroorzaakt door enterovirus, scabiës en norovirus. Dit betrof meldingen vanuit instellingen voor kinderopvang en langdurige zorg en het onderwijs.

REFERENTIES:

1. RIVM. **Staat van infectieziekten in Nederland, 2023** [Online]. 2024 (Bezocht op 2 feb 2025); Beschikbaar op URL: <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2024-0135.pdf>.
2. RIVM. **Actuele cijfers mazelen** [Online]. 2025 (Bezocht op 2 feb 2025); Beschikbaar op URL: <https://www.rivm.nl/mazelen/actueel#:~:text=In%202024%20waren%20er%20in%20totaal%20bijna%20200,door%20vaccinatie%2C%20ofwel%20doordat%20mensen%20mazelen%20hebben%20gehad.>

COLOFON

Maart 2025, 60^{ste} jaargang nr. 1

REDACTIE

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

REDACTIEADRES

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

Epidemiologisch Bulletin op internet

www.ggdhaaglanden.nl/epibul

Vormgeving

Haagsblauw

Uitgave

GGD Haaglanden

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

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

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

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

ISSN 0921-6219



Print product | CO₂e-emissions balanced and compensated
www.natureOffice.com/NL-001-2FGET6J



BEZOEKADRES
Westeinde 128
2512 HE Den Haag

POSTADRES
Postbus 16130
2500 BC Den Haag

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

www.ggdhaaglanden.nl



**Bewaakt, beschermt en
bevordert de gezondheid**