

# Epidemiologisch Bulletin

JAARGANG 53

TIJDSCHRIFT VOOR VOLKSGEZONDHEID EN ONDERZOEK IN REGIO HAAGLANDEN

**4**  
2018

EPIDEMIOLOGIE

**Suicides in Haaglanden, 1996-2017** > p. 4

Trends in **genotmiddelengebruik**  
van **uitgaande jongeren** in Den Haag  
en omstreken > p. 11

Onzichtbare honger? **Voedselonzekerheid**  
in de **Haagse Krachtwijken** > p. 19

Inzichten in **spoedeisend ambulancevervoer**  
binnen de **Haagse ouderenpopulatie**  
2012-2016 > p. 25

**Gezondheid in cijfers** > p. 32

# IN DIT NUMMER

<b>Redactioneel</b>	3
<b>Suïcides in Haaglanden, 1996-2017</b> <i>Maartje Keetman &amp; Regina van der Meer</i>	4
<b>Trends in genotmiddelengebruik van uitgaande jongeren in Den Haag en omstreken</b> <i>Maartje Keetman, Peri Hastan en Ad van Dijk</i>	11
<b>Onzichtbare honger? Voedselonzekerheid in de Haagse Krachtwijken</b> <i>Laura van der Velde, Mattijs Numans, Barend Middelkoop, Jessica Kieft-de Jong</i>	19
<b>Inzichten in spoedeisend ambulancevervoer binnen de Haagse ouderenpopulatie in de periode 2012-2016</b> <i>Antoine Meijerman, Saskia van Leeuwen-Voerman, Robbin Huijbers en Paul Uitewaal</i>	25
<b>Gezondheid in cijfers: Roken</b>	32
<b>Korte berichten</b>	33
<b>Meldingen infectieziekten</b>	36

Wilt u reageren op deze uitgave van het Epidemiologisch Bulletin?

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



# Redactioneel

In deze uitgave van het Epidemiologisch Bulletin aandacht voor twee onderwerpen die in het kader van de monitorfunctie van GGD Haaglanden regelmatig worden onderzocht, te weten suïcide en genot-middelengebruik. Twee onderwerpen die qua aard en omvang totaal onvergelykbaar met elkaar zijn, maar voor beide geldt dat inzicht hebben in deze onderwerpen helpt bij het bewaken van de publieke gezondheid in de regio.

De impact van een suïcide is groot en suïcide wordt ook wel gezien als graadmeter van de 'geestelijke gezondheid' voor de maatschappij als geheel. Het volgen van het aantal suïcides en trends in suïcides vormt een basis voor suïcidepreventie en beleid. Het artikel over trends in suïcides in deze uitgave geeft inzicht in de aantallen suïcides in Haaglanden, Den Haag en Nederland in de periode 1996 tot en met 2017.

Het Haags Uitgaansonderzoek geeft inzicht in aard, omvang en wijze van het alcohol- en genotmiddelengebruik tijdens het uitgaan van Haagse jongeren en jongvolwassenen en de risico's die daarbij optreden. Daarnaast worden nieuwe trends en ontwikkelingen in middelengebruik en uitgaan gesignaleerd ter onderbouwing van beleid, het geven van voorlichting en mogelijk ter ondersteuning van handhaving van wetgeving. In het artikel in dit bulletin wordt verslag gedaan van de bevindingen van het onderzoek voor de periode 2013-2018.

Naast bovenstaande onderwerpen is er aandacht voor twee onderwerpen waarover nog niet eerder werd geschreven in dit bulletin.

Het relatief nieuwe begrip voedselzekerheid geeft aan dat iemand fysieke en economische toegang heeft tot voldoende, veilig en voedzaam eten dat voldoet aan de voedingsbehoeften en voedingsvoorkeuren voor een actief en gezond leven. In het artikel over voedselonzekeerheid (met name over onvoldoende economische toegang tot voedzaam eten) wordt een substantieel probleem bij Haagse achterstandsgezinnen beschreven en wordt de relatie gelegd met ongezonde voedingsgewoonten.

Het vierde artikel in deze uitgave geeft inzicht in het spoedeisend ambulancevervoer onder ouderen binnen de gemeente Den Haag in de periode 2012-2016. De gegevens uit de ritadministratie van de Coöperatie Regionale Ambulancevoorziening Haaglanden zijn hiervoor gebruikt en geanalyseerd. De stijgende cijfers voor Den Haag sluiten aan bij landelijke cijfers en bevindingen van de Nederlandse zorgautoriteit alsmede bij RIVM-cijfers.

In de rubriek Gezondheid in cijfers is er aandacht voor het thema roken. Roken is de belangrijkste oorzaak van ziekte en sterfte in Nederland. In Nederland overlijden elk jaar meer dan 20.000 mensen aan de gevolgen van roken en meerroken. In oktober werd in Nederland de campagne Stoptober gelanceerd, een campagne die rokers uitdaagt om gedurende de maand oktober niet te roken.



## SAMENVATTING

### INLEIDING

De maatschappelijke betekenis van suicide is groot. Het monitoren en signaleren van het aantal suicides en trends in suicides draagt bij aan de preventie van suicide. Het doel van dit artikel is om inzicht te geven in de cijfers in regio Haaglanden.

### METHODE

Er is gebruikgemaakt van twee verschillende registraties, die van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en die van de afdeling Forensische Geneeskunde (FG) van GGD Haaglanden. De CBS-registratie gaat over het aantal suicides bij inwoners van Haaglanden, de registratie van FG over het aantal suicides dat plaatsvond in Haaglanden, waarbij ook informatie beschikbaar is over locatie van overlijden en methode van suicide.

### RESULTATEN

In Haaglanden hebben in de periode 1996 tot en met 2017 jaarlijks gemiddeld 99 suicides van inwoners plaatsgevonden. Meer mannen dan vrouwen pleegden suicide. Naar verhouding vonden de meeste suicides plaats bij 50- tot en met 64-jarigen en de minste bij 0- tot en met 49-jarigen. In 2017 pleegden 58 inwoners in Zuid-Holland West en 45 inwoners in Den Haag suicide. In de periode 2013 tot en met 2017 zijn er 544 schouwen bij een suicide uitgevoerd in Haaglanden. De meest voorkomende locatie van overlijden na een suicide in Haaglanden was thuis (57%) in de periode februari 2015 tot en met einde 2017. In deze zelfde periode was verhangung of wurging (41%) de meest voorkomende methode voor suicide.

### CONCLUSIE

De resultaten van dit onderzoek zijn niet direct opvallend en liggen veelal in de lijn der verwachting. Er zijn echter wel twee kleine aandachtspunten uit het onderzoek te halen, namelijk dat er in Haaglanden relatief veel vrouwen suicide plegen en dat er een lichte stijging is van het aantal suicides in Zuid-Holland West. Het betreft nu echter nog kleine verschillen. Het is van belang om de ontwikkeling op deze aandachtspunten te blijven monitoren.

# Suicides in Haaglanden, 1996-2017

In het kader van de monitorfunctie geeft GGD Haaglanden in dit artikel antwoord op de vraag naar de aantallen suicides en trends in suicides in Haaglanden, Zuid-Holland West, Den Haag en Nederland. Daaruit blijkt dat het gemiddelde aantal suicides per jaar over de periode 1996 tot en met 2017 in Haaglanden neerkomt op 99 (Den Haag 51 en in Zuid-Holland West 49). Voor heel Nederland ligt het gemiddelde in deze periode op 1.615. In Haaglanden vinden naar verhouding de meeste suicides plaats onder 50- tot en met 64-jarigen, plegen relatief veel vrouwen suicide en er is een lichte stijging van het aantal suicides in Zuid-Holland West.

[Maartje Keetman en Regina van der Meer](#)

## Inleiding

De maatschappelijke betekenis van suicide is groot ondanks het relatief lage suïcidedcijfer.<sup>1</sup> Dit komt omdat suicide vaak samen gaat met veel persoonlijk leed, zowel voor de betrokkene als voor de familie, vrienden en andere naasten die achterblijven. Ook vindt suicide vaak plaats op relatief jonge leeftijd, waardoor het sterk bijdraagt aan het aantal 'verloren levensjaren' in de maatschappij.<sup>1</sup> Daarnaast wordt suicide wel beschouwd als graadmeter van de 'geestelijke gezondheid' voor de maatschappij als geheel.<sup>1</sup>

GGD Haaglanden heeft in het kader van de publieke gezondheidszorg de taak om de gezondheid van de inwoners in Haaglanden te monitoren, waaronder de geestelijke gezondheid. De monitoring en signalering van het aantal suicides en trends in suicides vormt een basis voor suicidepreventie en beleid. Het in kaart brengen van bijvoorbeeld groepen waarin suicide meer voorkomt of de methode van suicide kan concrete handvatten bieden voor preventie en beleid. Voor Den Haag is er een lange traditie in het monitoren van suicides en het publiceren van deze gegevens in het Epidemiologisch Bulletin.<sup>2-5</sup> Voor Haaglanden is dit nog niet eerder gepubliceerd.

Het doel van dit artikel is inzicht te geven in het aantal suicides en trends in suicides in Haaglanden.



De te beantwoorden onderzoeksvragen zijn:

- Wat zijn de aantallen suïcides en trends in suïcides in Haaglanden, apart voor Zuid-Holland West en Den Haag naar geslacht en leeftijd?
- In welke mate verschillen ze onderling en ten opzichte van het landelijk cijfer?

## Uitleg begrippen

### Suïcide

Betrokkene had de intentie zichzelf te doden of de intentie zichzelf ernstige schade toe te brengen met de dood als mogelijk gevolg, en betrokkene is aan de gevolgen van deze daad overleden.

### Haaglanden

De regio Haaglanden omvat de gemeente Den Haag en de regio Zuid-Holland West.

### Zuid-Holland West

De regio Zuid-Holland West omvat de gemeenten Delft, Leidschendam-Voorburg, Midden-Delfland, Pijnacker-Nootdorp, Rijswijk, Wassenaar, Westland en Zoetermeer.

### Voortschrijdend vijfjaarsgemiddelde

Het gemiddelde over een periode van vijf jaar, waarbij de vijfjaarsperiode steeds een jaar verschuift. Door het gebruik van een voortschrijdend vijfjaarsgemiddelde wordt de fluctuatie in de cijfers afgevlakt. De figuren tonen het voortschrijdend vijfjaarsgemiddelde bij het middelste jaar van de periode. Bij het duiden van de trends suïcide per 100.000 inwoners wordt ook gesproken over het middelste jaar (het vijfjaarsgemiddelde van bijvoorbeeld 1998, beslaat de periode 1996-2000).

## Methode

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen zijn cijfers uit twee verschillende registraties gebruikt, namelijk van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en van de afdeling Forensische Geneeskunde van GGD Haaglanden.

De CBS-registratie bevat cijfers over het aantal suïcides naar regio, geslacht en leeftijd, deze zijn vanaf 1996 beschikbaar. De regio is bepaald op basis van gemeente van inschrijving (woonplaats) van de overledene. De cijfers zijn op gemeenteniveau beschikbaar voor de top 25 gemeenten met meer dan 100.000 inwoners. De leeftijden waren op gemeenteniveau beschikbaar in de

categorieën 0 tot 50 jaar, 50 tot 60 jaar, vijfjaarscategorieën tot 90 jaar en 90 jaar en ouder. Voor dit onderzoek zijn de leeftijden vanaf 50 jaar grofweg ingedeeld in werkenden en gepensioneerden (50 tot en met 64 jaar en 65-plus). In dit artikel worden voor Haaglanden, Zuid-Holland West, Den Haag en Nederland absolute en aan bevolkingsomvang gerelateerde suïcidegegevens gepresenteerd over de periode 1996 tot en met 2017. De cijfers voor 2017 zijn nog voorlopig. Vanwege fluctuatie in de suïcidecijfers worden de trendcijfers als voortschrijdend vijfjaarsgemiddelde gepresenteerd. Over de periode 1996 tot en met 2017 kunnen de voortschrijdend vijfjaarsgemiddelden voor 1998 tot en met 2015 worden berekend. Deze jaren worden gepresenteerd in de figuren. De trendcijfers naar leeftijd worden alleen voor Nederland en Haaglanden weergegeven. De reden hiervoor is dat de aantallen in de verschillende leeftijdsgroepen in Zuid-Holland West en Den Haag te klein zijn om een trend te duiden.

De registratie van de afdeling Forensische Geneeskunde bevat gegevens over het aantal suïcides in Haaglanden naar geslacht, leeftijd, locatie van overlijden en methode van suïcide. De forensisch artsen van deze afdeling doen de lijkschouwing binnen de regio. Zij worden ingeschakeld in het geval van (twijfel over) een niet-natuurlijke doodsoorzaak: fataal ongeval, suïcide, moord en doodslag, lijkvinding en euthanasie. Het overlijden heeft plaatsgevonden binnen Haaglanden, maar het hoeft hierbij geen inwoner van de regio te betreffen. Dit artikel presenteert het aantal schouwen bij suïcides in de periode 2013 tot en met 2017 in Haaglanden naar geslacht en leeftijd. Daarnaast geeft het de meest voorkomende locaties van overlijden en methoden van suïcide over de periode 2015 tot en met 2017. Sinds februari 2015 is er een gezamenlijk registratiesysteem voor Zuid-Holland West en Den Haag. De locatie van overlijden en methode van suïcide worden sinds dat moment voor de gehele regio Haaglanden geregistreerd.

Beide registraties bevatten alle overlijdens waarbij is vastgesteld dat het een suïcide betreft. Omdat er geen gebruik is gemaakt van een steekproef, zijn de resultaten niet getoetst op significantie.

## Resultaten

### Suïcide bij inwoners van Haaglanden

#### *Absoluut aantal suïcides*

Tabel 1 toont het gemiddelde aantal suïcides per jaar over de gehele periode 1996 tot en met 2017. In Nederland hebben in deze periode jaarlijks gemiddeld 1.615 suïcides plaatsgevonden. In Haaglanden betrof het gemiddeld 99 suïcides, waarvan 49 in Zuid-Holland West en 51 in Den Haag. In Nederland suïcideerden 2,1 keer zoveel mannen als vrouwen zich in deze periode. In Haaglanden was de verhouding man-vrouw lager (in Zuid-Holland West 1,7 en in Den Haag 1,8).



In het jaar 2017 maakten 1.917 mensen een einde aan hun leven in Nederland, 1.304 mannen en 613 vrouwen. Het aantal van 1.917 suïcides is het hoogste aantal in de periode 1996 tot en met 2017 (Tabel 1). In Haaglanden betrof het 103 suïcides (62 mannen, 41 vrouwen), waarvan 58 suïcides (32 mannen, 26 vrouwen) in Zuid-Holland West en 45 suïcides (30 mannen, 15 vrouwen) in Den Haag. De aantallen in Haaglanden zijn vergelijkbaar met het gemiddelde aantal per jaar, ook bij de mannen en vrouwen.

Binnen Haaglanden is het aantal van Zuid-Holland West hoger dan het gemiddelde aantal per jaar (met name bij de vrouwen) en in Den Haag lager dan het gemiddelde aantal per jaar.

In het jaar 2017 pleegden 838 0- tot en met 49-jarigen, 666 50- tot en met 64-jarigen en 413 65-plussers suïcide in Nederland. Het aantal van 666 in de middelste leeftijdscategorie is het hoogst in de periode 1996 tot en met 2017 (Tabel 1). In Haaglanden betrof het 33 inwoners van 0 tot en met 49 jaar, 39 inwoners van 50 tot en met 64 jaar en 31 inwoners van 65 jaar en ouder, waarvan respectievelijk 20, 23 en 15 inwoners in Zuid-Holland West en respectievelijk 13, 16 en 16 inwoners in Den Haag. In Haaglanden zijn de aantallen in de leeftijdscategorie 50- tot en met 64-jarigen en 65-plussers het hoogst in de afgelopen 22 jaar. In Zuid-Holland West en ook in Den Haag is een vergelijkbaar beeld zichtbaar.

#### Aantal suïcides per 100.000 inwoners naar geslacht

Net als bij het absoluut aantal suïcides ligt het relatief aantal suïcides (per 100.000 inwoners) hoger bij mannen dan bij vrouwen (Figuur 1 en 2 op pagina 7). Bij de mannen is er meer spreiding in het voortschrijdend vijfjaarsgemiddelde van suïcide (hierna geduid als vijfjaarsgemiddelde) tussen de vier gebieden dan bij de vrouwen.

Tot 2005 is het vijfjaarsgemiddelde van de incidentie van suïcide bij mannen in Haaglanden op een vergelijkbaar niveau als Nederland, hierna is het lager dan in Nederland (Figuur 1). Bij Zuid-Holland West lag het vijfjaarsgemiddelde over de gehele periode 1998-2015 lager dan in Nederland. Vanaf 2010 geldt dit ook voor Den Haag.

Binnen Haaglanden is er voor Zuid-Holland West en Den Haag een uiteenlopende trend te zien. In de periode 1998-2011 lag in Zuid-Holland West de incidentie rond de 11,5 suïcides per 100.000 inwoners, waarna er een stijging te zien was naar 13,5 suïcides per 100.000 inwoners in 2015. In Den Haag is van 1998 tot 2008 een daling te zien van 16,5 naar 11,3 suïcides per 100.000 inwoners, hierna stijgt het gemiddelde en ligt het rond de 13,3 suïcides per 100.000 mannen in de periode 2009-2015.

**Tabel 1.** Aantal suïcides\* (gemiddeld aantal per jaar, range aantal per jaar) naar geslacht, leeftijd en regio. Nederland, Haaglanden, Zuid-Holland West en Den Haag, 1996-2017.\*\*

		Nederland		Haaglanden	
		Gemiddeld aantal per jaar	Range aantal per jaar	Gemiddeld aantal per jaar	Range aantal per jaar
<b>Geslacht</b>	Man	1.100	(943-1.308)	63	(53-79)
	Vrouw	515	(410-614)	36	(23-48)
<b>Leeftijd</b>	0 t/m 49	837	(711-943)	52	(33-67)
	50 t/m 64	466	(309-666)	28	(20-39)
	65-plus	311	(242-450)	19	(11-31)
<b>Totaal</b>		<b>1.615</b>	<b>(1.353-1.917)</b>	<b>99</b>	<b>(79-124)</b>

		Zuid-Holland West		Den Haag	
		Gemiddeld aantal per jaar	Range aantal per jaar	Gemiddeld aantal per jaar	Range aantal per jaar
<b>Geslacht</b>	Man	31	(21-42)	33	(19-45)
	Vrouw	18	(<7-30)	18	(11-27)
<b>Leeftijd</b>	0 t/m 49	25	(18-36)	28	(13-41)
	50 t/m 64	15	(7-24)	13	(7-19)
	65-plus	9	(<7-16)	10	(<7-17)
<b>Totaal</b>		<b>49</b>	<b>(36-69)</b>	<b>51</b>	<b>(39-64)</b>

\* In verband met privacy zijn aantallen kleiner dan 7 niet weergegeven en in de tabel geduid als <7.

\*\* Door afronding kan de optelsom binnen categorieën afwijken van het totaal.



Het vijfjaarsgemiddelde van de incidentie van suïcide bij vrouwen lag in de periode 1996-2017 in de Haaglanden boven het vijfjaarsgemiddelde van Nederland (Figuur 2). Binnen Haaglanden lag tot 2010 het vijfjaarsgemiddelde voor Zuid-Holland West lager dan het vijfjaarsgemiddelde voor Den Haag, na 2010 is het vijfjaarsgemiddelde voor Zuid-Holland West hoger. Vanaf 2011 is het vijfjaarsgemiddelde voor Den Haag op een vergelijkbaar niveau als in Nederland.

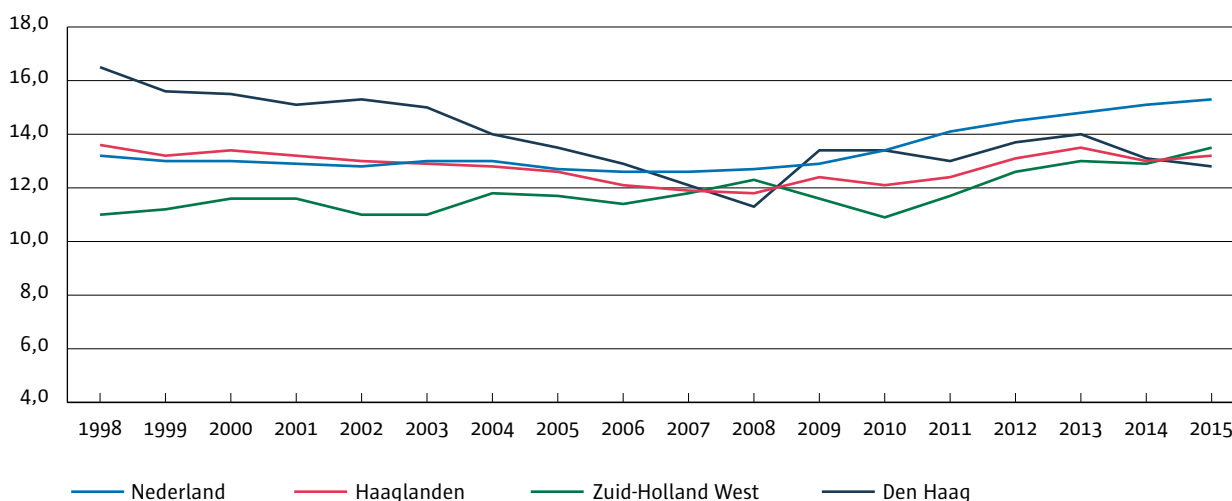
Ook bij de vrouwen is er binnen Haaglanden een uiteenlopende trend te zien. In Zuid-Holland West fluctueerde het vijfjaarsgemiddelde voor vrouwen tot en met 2011 rond de 6,3 suïcides per 100.000 inwoners, hierna steeg het naar rond de 7,9 suïcides per 100.000 inwoners. In Den Haag werd in de periode 1998-2003 een daling gezien van 9,6 naar 6,6 suïcides per 100.000 inwoners, hierna fluctueerde het vijfjaarsgemiddelde rond de 6,8 suïcides per 100.000 inwoners.

#### Aantal suïcides per 100.000 inwoners naar leeftijd

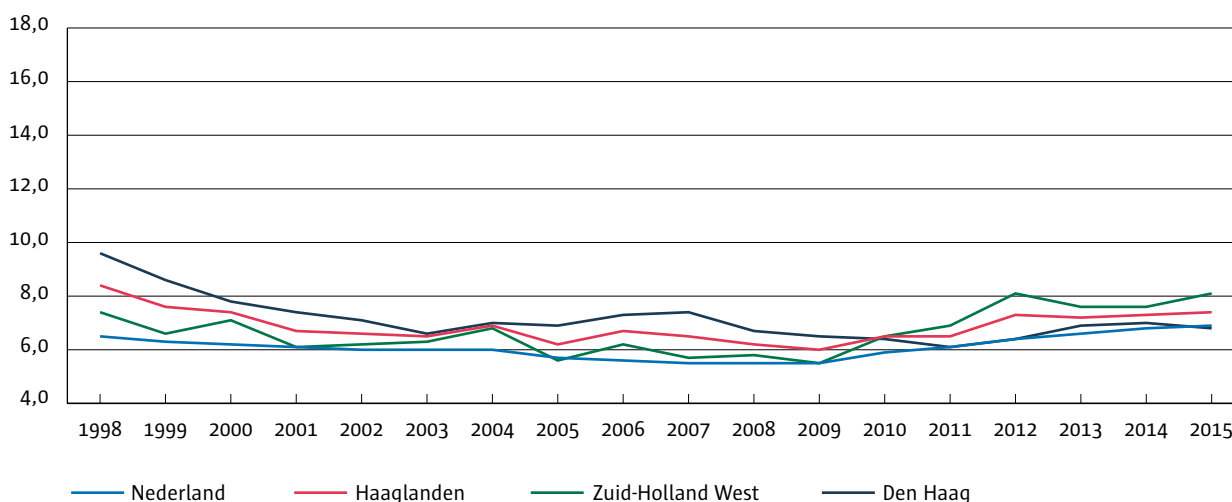
Naar verhouding vinden de meeste suïcides plaats bij 50- tot en met 64-jarigen en het minst bij 0- tot en met 49-jarigen (Figuur 3 op pagina 8). Vanaf 2005 zijn daarin geen grote verschillen in de cijfers voor Nederland en Haaglanden.

Bij de 50- tot en met 64-jarigen en 0- tot en met 49-jarigen is er een duidelijke trend te zien in Haaglanden. Het vijfjaarsgemiddelde bij 50- tot en met 64-jarigen daalde in de periode 1998-2005 van 17,4 naar 12,6 suïcides per 100.000 inwoners, daarna steeg het vijfjaarsgemiddelde weer naar 18,3 suïcides per 100.000 inwoners in 2015. Bij de 0- tot en met 49-jarigen is er een daling te zien in de gehele periode van 9,1 naar 6,8 suïcides per 100.000 inwoners. Bij de 65-plussers in Haaglanden ligt het vijfjaarsgemiddelde in de periode 1998-2013 rondom de 11,7 suïcides per 100.000 inwoners. Hierna steeg het naar 14,8 suïcides per 100.000 inwoners in 2015.

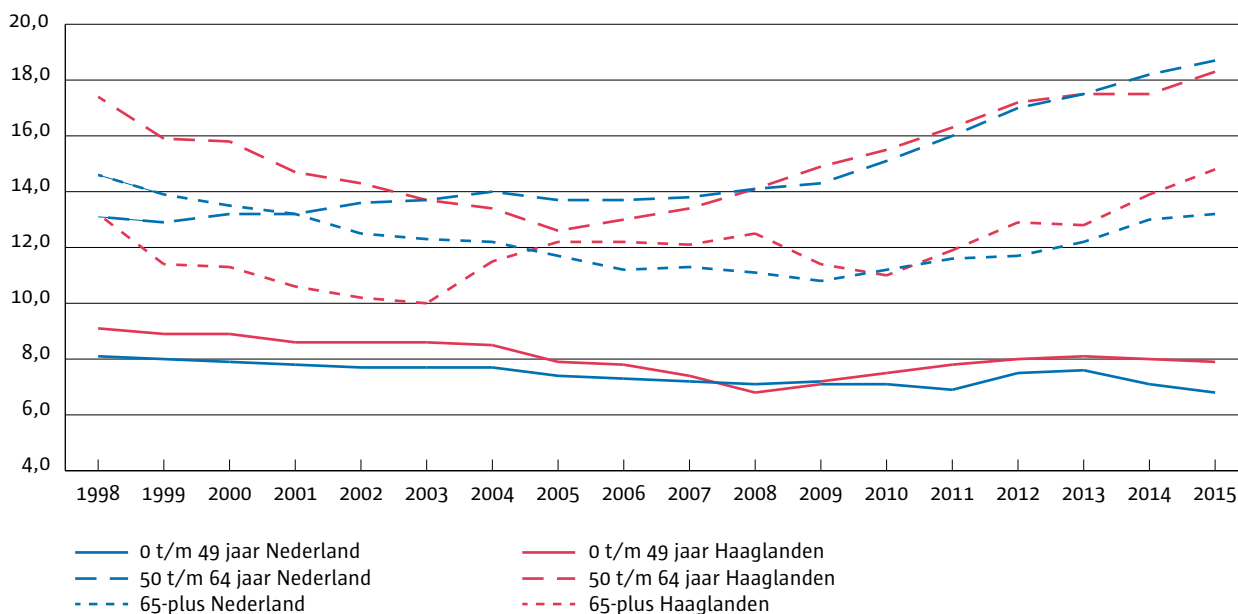
**Figuur 1.** Voortschrijdend vijfjaarsgemiddelde van de incidentie van suïcide per 100.000 inwoners bij **mannen**. Nederland, Haaglanden, Zuid-Holland West en Den Haag, 1998-2015.



**Figuur 2.** Voortschrijdend vijfjaarsgemiddelde van de incidentie van suïcide per 100.000 inwoners bij **vrouwen**. Nederland, Haaglanden, Zuid-Holland West en Den Haag, 1998-2015.



**Figuur 3.** Voortschrijdend vijfjaarsgemiddelde van de incidentie van suïcide per 100.000 inwoners naar leeftijd. Nederland en Haaglanden, 1998-2015.



### Schouwen bij suïcide in Haaglanden

#### Absoluut aantal suïcides

In de periode 2013 tot en met 2017 zijn er 544 schouwen bij een suïcide uitgevoerd in Haaglanden. Het aantal varieerde tussen de 104 en 115 schouwen per jaar (Tabel 2 op pagina 9). Bijna twee derde van de schouwen was bij mannen (64%) en ruim vier op de tien schouwen waren bij 40- tot en met 59-jarigen (45%).

Er vonden 12 schouwen plaats bij 0- tot en met 19-jarigen, dit is 2% van het totaal aantal schouwen in de periode 2013 tot en met 2017. Binnen Haaglanden worden hierin geen grote verschillen gezien tussen Zuid-Holland West en Den Haag.

In het jaar 2017 zijn er 107 schouwen bij een suïcide uitgevoerd in Haaglanden: het betrof 69 mannen en 38 vrouwen en 52 schouwen bij een suïcide in Zuid-Holland West en 55 in Den Haag.

#### Locatie van overlijden en methode van suïcide

In de periode februari 2015 tot en met einde 2017 waren in Haaglanden de meest voorkomende locaties van overlijden na een suïcide thuis (57%), de openbare weg (17%) en het ziekenhuis (8%). Voor zowel Zuid-Holland West (54%) als Den Haag (60%) is thuis de meest voorkomende locatie van overlijden. Voor de openbare weg en het ziekenhuis zijn er verschillen te zien tussen Zuid-Holland West en Den Haag (24% versus 11%; 2% versus 13%).

De meest voorkomende methodes voor suïcide in Haaglanden in de periode februari 2015 tot en met einde 2017 waren verhangning of wurging (41%), zelfvergiftiging (22%) en springen van hoogte (14%). In 2017 kwam springen van hoogte vaker voor dan in voorgaande jaren (21%). Daarnaast kwam deze methode in de periode februari 2015 tot en met einde 2017 vaker voor in Zuid-Holland West dan in Den Haag (18% versus 10%).

### Discussie

#### Suïcide in Haaglanden

In Haaglanden hebben in de periode 1996-2017 jaarlijks gemiddeld 99 inwoners suïcide gepleegd, waarvan 49 in Zuid-Holland West en 51 in Den Haag. Het aantal suïcides in 2017 bij inwoners in Zuid-Holland West (58) was hoger dan gemiddeld in de afgelopen 22 jaar en in Den Haag (45) lager dan gemiddeld. Het aantal suïcides fluctueerde echter over de jaren. Deze aantallen vielen ruim binnen de range van de afgelopen 22 jaar (ZHW: 36-69; DH: 39-64) en zijn hiermee niet direct opvallend. In Zuid-Holland West waren het met name het aantal suïcides bij vrouwen die hoger waren in 2017.

Trendcijfers laten zien dat er in Zuid-Holland West vanaf 2011 bij zowel de mannen als de vrouwen sprake is van een lichte stijging, waar in Den Haag de laatste jaren een stabilisatie wordt gezien. Door de gebruikelijke fluctuaties is het de vraag of dit een tijdelijke piek betreft of dat er sprake is van een stijgende trend. Het blijven monitoren is hierbij van belang.

Bij zowel de absolute aantallen als de trendcijfers in suïcides bij vrouwen valt op dat er relatief meer vrouwen uit Haaglanden suïcide plegen dan gemiddeld in Nederland. Bij mannen is dit omgekeerd, namelijk dat er relatief minder mannelijke inwoners uit Haaglanden suïcide plegen dan gemiddeld in Nederland. Het betreft kleine verschillen waar (nog) geen verklaring voor is. Vervolgonderzoek hiernaar zou aanvullende informatie geven. De trendcijfers en de schouwcijfers laten verder zien dat suïcide het meest voorkomt bij mannen en op middelbare leeftijd. Dit zijn resultaten die ook in andere onderzoeken worden gevonden. <sup>2-5</sup>





**Tabel 2.** Het aantal schouwen bij suicides naar geslacht en leeftijd. Haaglanden 2013-2017.\*

		Aantal	Range aantal per jaar	Percentage
<b>Geslacht</b>	Man	347	(63-74)	64%
	Vrouw	197	(34-46)	36%
<b>Leeftijd</b>	0 t/m 19	12	(<7)	2%
	20 t/m 29	55	(8-14)	10%
	30 t/m 39	65	(9-19)	12%
	40 t/m 49	110	(16-29)	20%
	50 t/m 59	136	(23-33)	25%
	60 t/m 69	83	(11-22)	15%
	70 t/m 79	55	(8-16)	10%
	80+	28	(<7-12)	5%
<b>Totaal</b>		<b>544</b>	<b>(104-115)</b>	<b>100%</b>

\* In verband met privacy worden aantallen kleiner dan 7 niet weergegeven en in de tabel geduid als <7.

### Locatie van overlijden

De schouwcijfers geven daarnaast inzicht in de locatie van overlijden bij een suicide. Verreweg de meeste schouwen bij een suicide vinden thuis plaats. Daarnaast zijn de openbare weg en het ziekenhuis de meest voorkomende locaties van overlijden. Schouwen in het ziekenhuis vinden vooral in Den Haag plaats. In de periode 2015-2017 kende Haaglanden 6 ziekenhuizen met een Spoedeisende Hulp (SEH), waarvan 3 in Den Haag, 1 in Delft, 1 in Zoetermeer en 1 in Leidschendam\*.<sup>6</sup> Voor een deel van de inwoners van Zuid-Holland West zal de dichtstbijzijnde SEH in Den Haag of buiten Haaglanden zijn (bijvoorbeeld in Leiden). Dit zou een mogelijke verklaring kunnen zijn voor het hogere percentage schouwen in de ziekenhuizen in Den Haag.

### Suicide bij jongeren

Afgelopen juli was er veel media-aandacht toen het CBS haar (voorlopige) cijfers van het aantal suicides in 2017 in Nederland publiceerde.<sup>7</sup> De meeste aandacht ging uit naar de toename van het aantal suicides onder jongeren van 10 tot 20 jaar van 48 in 2016 naar 81 in 2017. De landelijke stijging die het CBS bij jongeren in 2017 waarneemt, komt niet terug in Haaglanden in de registratie van Forensische Geneeskunde. Door de gebruikelijke fluctuaties tussen jaren en de relatief kleine aantallen kan er niet over een toe- of afname worden gesproken. Onderzoek op landelijk niveau is nodig om nadere analyse naar de oorzaken te doen van deze stijging op landelijk niveau. Het ministerie van Volksgezondheid VWS heeft 113 Zelfmoordpreventie, gemeenten en de Inspectie voor Volksgezondheid en Jeugd de opdracht gegeven om onderzoek te doen naar de oorzaken van deze stijging en of hier sprake is van een zorgelijke trend of een eenmalige piek.<sup>8</sup>

### Suicidepreventie in Haaglanden

Het inzichtelijk maken van het aantal suicides en trends in suicides kan handvatten bieden voor suicidepreventie. In Haaglanden wordt er op verschillende manieren geïnvesteerd in suicidepreventie. Hieronder volgen een tweetal voorbeelden:

- SuNa (Suicidepoging Nazorg). Dit is een casemanagement-programma voor jongeren in Den Haag die na een suicidepoging op de Spoedeisende Hulp zijn terechtgekomen. SuNa begeleidt en adviseert deze jongeren en stimuleert hen naar passende hulp, met als doel om een herhaalde poging of suicide te voorkomen. Dit programma wordt uitgevoerd door Indigo.<sup>9</sup> Vanaf mei 2017 is SuNa projectmatig uitgebreid met nazorg voor volwassenen.
- Preventieve GGZ. Er zijn verschillende programma's die worden ingezet voor het versterken van de mentale gezondheid en het voorkomen van depressies. Deze zijn bedoeld voor jongeren en volwassenen met een verhoogd risico op licht depressieve en psychische klachten zowel op scholen, als voor gezinnen en individuele ondersteuning.

### Sterke punten en beperkingen onderzoek

Het onderzoek heeft gebruikgemaakt van de registratie van het CBS en van Forensische Geneeskunde. Het verschil tussen de registraties is dat de registratie van het CBS de aantallen suicides van inwoners van Haaglanden weergeeft en de registratie van Forensische Geneeskunde de aantallen suicides in Haaglanden. Mensen die niet in Haaglanden wonen, maar wel suicide plegen in de regio Haaglanden worden in deze laatste registratie meegenomen. Inwoners van Haaglanden die buiten Haaglanden suicide plegen worden niet meegenomen in de registratie van Forensische Geneeskunde, maar wel in de registratie van CBS. Beide registraties zijn van belang voor gemeentelijk beleid.

\* Gesloten sinds mei 2017.



Zo maakt het voor het aanpakken van onveilige situaties niet uit of de zelfdoding een inwoner van Haaglanden betrof. Het aantal suïcides bij inwoners van Haaglanden anderzijds geeft inzicht in de geestelijke gezondheid en biedt aanknopingspunten voor preventie.

Beide registraties bevatten alle overlijdens waarbij is vastgesteld dat het een suïcide betreft. Er is echter mogelijk sprake van onder-rapportage. Bij een onnatuurlijke dood is de intentie niet altijd duidelijk, waardoor een suïcide niet als zodanig herkend kan worden en dus niet geregistreerd. In dit artikel is ervan uitgegaan dat de mate van onderrapportage van suïcide niet is gewijzigd over de jaren.

Het onderzoek richt zich op het aantal suïcides. Het in kaart brengen van het aantal suïcidepogingen en het vóórkomen van suïcidale gedachten is mede belangrijk om een completer beeld te krijgen van suïcidaliteit alsmede met het oog op suïcide-preventie. Dit viel echter buiten de scope van dit onderzoek.

## Conclusie

Dit onderzoek geeft inzicht in het aantal suïcides en de trend in suïcides in Haaglanden. De resultaten zijn niet direct opvallend en liggen veelal in de lijn der verwachting.

Er zijn echter wel twee kleine aandachtspunten uit het onderzoek te halen, namelijk dat er in Haaglanden relatief veel vrouwen suïcide plegen en dat er een lichte stijging is van het aantal suïcides in Zuid-Holland West. Het betreft nu nog kleine verschillen. Het is van belang om de ontwikkeling op deze aandachtspunten te blijven monitoren.

---

Wilt u reageren op dit artikel?

Dan kunt u mailen naar de auteur(s)  
of de redactie:

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

---

## OVER DE AUTEURS

**Mw. M. Keetman MSc**, junior epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie GGD Haaglanden.

**Mw. R.M. van der Meer Msc**, Epidemiologisch Onderzoeker, afdeling Epidemiologie GGD Haaglanden.

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

## REFERENTIES

- 1 Dijkstra M, Bool M. **Factsheet preventie van suïcidaliteit**. 2010. Trimbos-instituut, Utrecht.
- 2 Schudel WJ. **Suïcides in Den Haag, vijftien jaar gevolgd: 1987-2001**. Epidemiologisch Bulletin 2004; 39 nr 2: 3-8.
- 3 Burger I, Schudel WJ. **Suïcides in Den Haag, 1987-2007**. Epidemiologisch Bulletin 2008; 43 nr 1: 2-9.
- 4 Burger I. **Haagse suïcideregistratie, 1987-2010**. Epidemiologisch Bulletin 2013; 48 nr 1/2: 18-24.
- 5 Gilissen R, Burger I. **Suicide in de vier grote steden 1969-2010: omvang en trends**. Epidemiologisch Bulletin 2013; 48 nr 1/2: 29-34.
- 6 Kommer GJ, Gijsen R, Bruin-Koostra M de., Deuning CM. **Aanbod en bereikbaarheid van de spoedeisende ziekenhuiszorg in Nederland 2017: Analyse gevoelige ziekenhuizen 2017**. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM); 2017.
- 7 **CBS. Nieuwsbericht**. [Online]. Beschikbaar via <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/27/1-917-zelfdodingen-in-2017> Geraadpleegd op 12 september 2018.
- 8 **VWS. Nieuwsbericht**. [Online] Beschikbaar via <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2018/07/18/blokhuis-jaarlijkse-subsidie-voor-113zelfmoordpreventie-omhoog-naar-54-miljoen> Geraadpleegd op 12 september 2018.
- 9 **Indigo. Suïcide nazorg bieden** [Online] Beschikbaar via <https://www.indigowest.nl/vraag-hulp/suicide-nazorg> Geraadpleegd op 12 september 2018.



## SAMENVATTING

### INLEIDING

De afgelopen decennia heeft de gemeente Den Haag regelmatig haar bezorgdheid geuit over het gebruik van alcohol en andere middelen tijdens het uitgaan. In 2013 heeft GGD Haaglanden in samenwerking met Indigo-Preventie een start gemaakt met het Haags Uitgaansonderzoek met als streven het uitgaansgedrag van jongeren in de regio Haaglanden gedurende een aantal jaren te monitoren om inzicht te krijgen in aard, omvang en wijze van het alcohol- en genotmiddelengebruik tijdens het uitgaan.

### METHODE

Het onderzoek bestaat uit een vragenlijst en een panel. Bij uitgaanders is op (uitgaans)locaties in 2014 en 2017 een korte vragenlijst afgenomen over genotmiddelengebruik. Het panel bestaat uit insiders van netwerken uit de uitgaanswereld. Deze insiders schetsen ontwikkelingen op het gebied van middelengebruik, uitgaanslocaties en rituelen. Panelonderzoek heeft plaatsgevonden in 2013, 2017 en 2018.

### RESULTATEN

In 2017 had 32% van de uitgaanders in de afgelopen maand cannabis gebruikt, 18% gebruikte XTC, 13% cocaïne en 10% speed. In het gebruik van cannabis werd een daling van 8% gezien ten opzichte van 2014. Cannabis wordt gebruikt om te ontspannen, XTC omdat het leuk en gezellig is en cocaïne en speed voor de energie. Uitgaanders gebruiken genotmiddelen ook in combinatie. Vooral de combinatie met alcohol is gebruikelijk omdat alcohol (bijna) altijd gebruikt wordt (in het afgelopen jaar door 94% van de uitgaanders). Over het algemeen worden genotmiddelen niet getest op samenstelling.

### BESCHOUWING

Het genotmiddelengebruik bij uitgaanders is hoger dan in de algemene bevolking. Maar het genotmiddelengebruik bij uitgaanders in Den Haag is vergelijkbaar (cannabis, cocaïne) of lager (XTC, speed) dan landelijk. Risicovol gedrag wordt gezien in het niet laten testen van middelen op samenstelling en combinatiegebruik.

# Trends in genotmiddelengebruik van uitgaande jongeren in Den Haag en omstreken

Het gebruik van genotmiddelen onder uitgaanders in Den Haag ligt hoger dan onder de algemene bevolking in Nederland en Den Haag, maar is vergelijkbaar of lager in vergelijking met uitgaanders in Nederland. Risicovol gedrag van uitgaanders wordt gezien in het niet testen van genotmiddelen op samenstelling en het combinatiegebruik.

Aldus het Haags Uitgaansonderzoek (HUO) van GGD Haaglanden en Indigo Preventie Haaglanden naar aard, omvang en wijze van het alcohol- en genotmiddelengebruik tijdens het uitgaan van Haagse jongeren en jongvolwassenen en de risico's die daarbij optreden. Een artikel over de bevindingen en aandacht voor de ontwikkelingen en trends in de periode 2013-2018.

Maartje Keetman, Peri Hastan en Ad van Dijk

## Inleiding

Het gebruik van nieuwe middelen en de terugkeer van oude middelen vinden hun weg door experimenterende 'trendsetters' in de uitgaanswereld. Trendvolgers volgen dit experimenteel gedrag met als gevolg dat de grote groep uitgaande jongeren deze middelen gaat gebruiken. Daarnaast vindt tijdens het uitgaan ook ander riskant gebruik van middelen plaats, namelijk het frequent en veel gebruiken van middelen.<sup>1-3</sup>

De afgelopen decennia heeft de gemeente Den Haag regelmatig haar bezorgdheid geuit over het gebruik van alcohol en andere middelen tijdens het uitgaan. De gemeente Den Haag heeft behoefte aan kennis over jongeren en jongvolwassenen die uitgaan in Den Haag met het oog op signalering, ondersteuning van beleid, preventie en voorlichting aan jongeren.

In 2013 heeft GGD Haaglanden (voorheen GGD Den Haag) samen met Indigo-Preventie Haaglanden (voorheen Indigo Context) een start gemaakt met het Haags Uitgaansonderzoek (HUO) met als streven het uitgaansgedrag van jongeren in de regio Haaglanden gedurende een aantal jaren te monitoren.

Doel van het HUU is inzicht te krijgen in aard, omvang en wijze van het alcohol- en genotmiddelengebruik tijdens het uitgaan van Haagse jongeren en jongvolwassenen en de risico's die daarbij optreden. Doel is ook het signaleren van nieuwe trends en ontwikkelingen voor het onderbouwen van beleid, het geven van voorlichting en mogelijk het ondersteunen van handhaving van wetgeving. In dit artikel wordt verslag gedaan van de bevindingen, met aandacht voor de ontwikkelingen en trends in de periode 2013-2018. Het HUU beslaat meer dan er in dit artikel beschreven wordt; alle resultaten zijn te vinden in de rapportages van het onderzoek.<sup>4,5</sup>

## Methode

Het Haags Uitgaansonderzoek omvat zowel een vragenlijst-onderzoek als een panelonderzoek onder uitgaanders. Het vragenlijstonderzoek is kwantitatief van aard en wordt afgenomen om kennis te krijgen over de omvang van het gebruik van uitgaanders in Den Haag. Het panelonderzoek is kwalitatief van aard en geeft inzicht in de aard van het gebruik van alcohol en andere genotmiddelen.

### Vragenlijstonderzoek

Aan uitgaanders is op (uitgaans)locaties een aantal vragen gesteld over leeftijd, geslacht, woonplaats en het gebruik van alcohol, cannabis, XTC, cocaïne en speed (amfetamine) in de afgelopen maand, het afgelopen jaar of ooit. Hiervoor zijn medewerkers van Indigo Preventie Haaglanden getraind om een representatieve groep uitgaande jongeren te werven in de leeftijd van 14 tot en met 35 jaar. Dit betekent dat de groep uitgaanders die wordt benaderd qua geslacht, leeftijd en scene een afspiegeling moet zijn van de aanwezigen op de uitgaanslocaties. Deze medewerkers waren zelf ook in de leeftijd van de doelgroep. De korte vragenlijst is in 2014 en 2017 afgenomen onder uitgaanders in Scheveningen, het Plein, de Grote markt en enkele uitgaanslocaties elders in het centrum van Den Haag gedurende uitgaansuren.

Op enkele onderdelen verschilt het huidige onderzoek met het onderzoek uit 2014. Woonplaats en alcoholgebruik waren geen onderdeel van de korte vragenlijst. Daarnaast zijn er ook geen studenten geïnterviewd. Deze onderdelen worden daarom in dit artikel buiten beschouwing gelaten.

In dit artikel worden de trends in middelengebruik (in de afgelopen maand, in het afgelopen jaar en ooit) voor cannabis, XTC, cocaïne en speed gepresenteerd. Het maandgebruik wordt ook uitgesplitst naar geslacht en leeftijd.

De trends in middelengebruik over de jaren zijn getoetst met logistische regressie gecorrigeerd voor eventuele verschillen in geslacht en leeftijd tussen de jaren. De verschillen tussen geslacht en leeftijdscategorieën zijn getoetst met een chi-kwadraattoets. De verschillen die worden benoemd in het artikel zijn significant, tenzij anders vermeld.

### Panelonderzoek

Het panel bestaat uit uitgaanders en professionals in Den Haag, Zoetermeer en Westland. De leden van het panel worden los van elkaar geïnterviewd aan de hand van een topiclijst. De panelleden zijn insiders van netwerken uit de uitgaanswereld, waaronder netwerken van uitgaande jongeren en netwerken van jongeren in woonwijken. Het werven van panelleden wordt gedaan door professionals van Indigo Preventie Haaglanden; vanuit hun werkzaamheden zijn zij bekend met de netwerken uit de uitgaanswereld. De insiders schetsen ontwikkelingen op het gebied van middelengebruik, uitgaanslocaties en rituelen. Deze ontwikkelingen zijn specifiek en niet te generaliseren naar de algemene jongerenpopulatie. De interviews gaan niet over hun eigen gebruik, maar over wat door de panelleden wordt waargenomen in het netwerk. Panelleden zijn dus geen respondent, maar (participerende) waarnemers van netwerken waar zij deel van uitmaken. Eigen gebruik komt alleen ter sprake om het gebruik in het netwerk beeldend te maken. In dit artikel worden resultaten beschreven van panelonderzoeken uit 2013, 2017 en 2018. Hierbij ligt de focus op de uitgaanders, in 2013 hebben 8 uitgaanders deelgenomen aan het panel, in 2017 7 uitgaanders en in 2018 9 uitgaanders.

In het interview wordt hen gevraagd naar de top 5 van de gebruikte middelen in het afgelopen half jaar. Op basis daarvan wordt een beeld geschetst van het gebruik van cannabis, XTC, cocaïne en speed, zoals motivatie voor het gebruik en het al of niet laten testen van middelen op samenstelling. Daarnaast zijn ook andere, minder frequent gebruikte genotmiddelen aan bod gekomen, zoals ketamine en LSD. Van deze middelen komen trends en signalen in het artikel aan bod.

## Resultaten

### Vragenlijstonderzoek

In 2014 zijn 1.317 uitgaanders geïnterviewd, in 2017 870 uitgaanders. In beide jaren waren er iets meer mannen dan vrouwen onder de uitgaanders (Tabel 1 op pagina 13). De gemiddelde leeftijd betrof in 2014 24,0 jaar en in 2017 23,6 jaar.



**Tabel 1.** Aantal en percentage respondenten naar geslacht en leeftijd. Den Haag 2014 en 2017.\* \*\*

		2014		2017	
		N	%	N	%
<b>Geslacht</b>	Man	725	55	478	55
	Vrouw	584	45	387	45
<b>Leeftijd</b>	14-19	244	19	188	22
	20-24	531	40	355	41
	25-29	351	27	213	24
	30-35	191	15	114	13
<b>Totaal</b>		<b>1.317</b>		<b>870</b>	

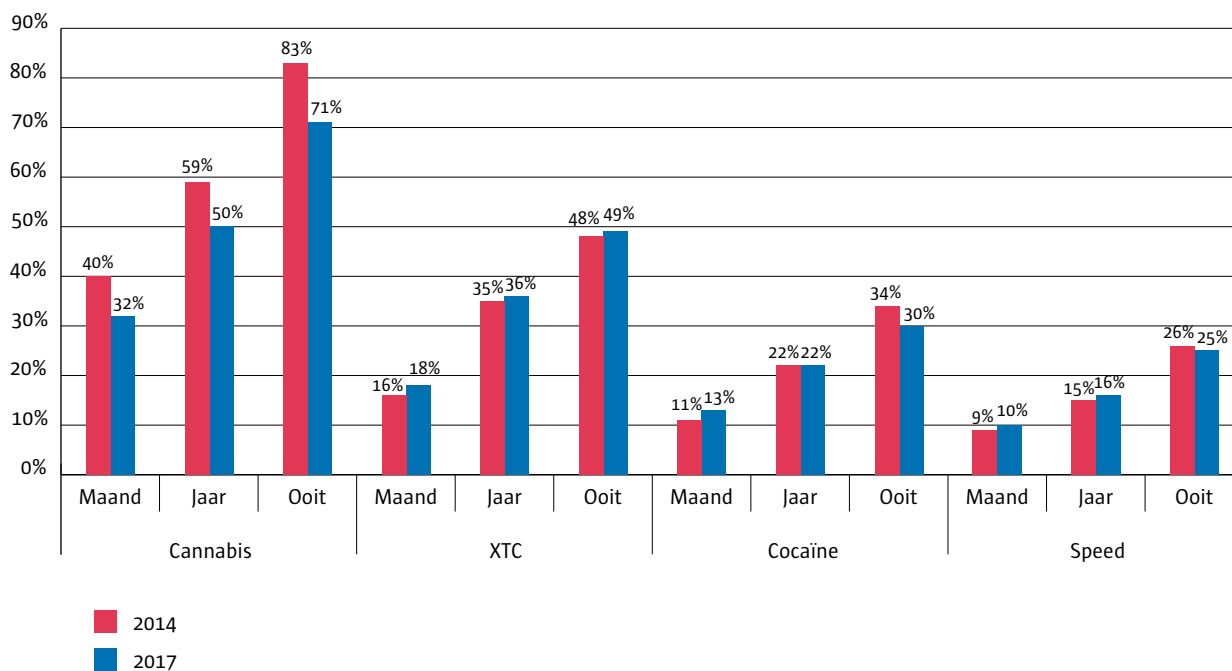
\* Van sommige respondenten was het geslacht en/of leeftijd onbekend waardoor de aantallen binnen deze categorieën niet optellen tot het totaal.

\*\* Door afronding telt het percentage niet overal op tot 100%.

In 2017 had een derde van de uitgaanders (32%) cannabis gebruikt in de maand voor de afname van de vragenlijst, vergeleken met 2014 is dit een afname van 8% (Figuur 1). Ook het cannabisgebruik in het afgelopen jaar (in 2014 59%, in 2017 50%) en het ooit

gebruik (in 2014 83%, in 2017 71%) laten een afname zien. In de maand voor afname van de vragenlijst in 2017 gebruikte 18% XTC, 13% cocaïne en 10% speed (Figuur 1). Het gebruik van deze middelen bleef op een vergelijkbaar niveau ten opzichte van 2014.

**Figuur 1.** Het percentage uitgaanders dat cannabis, XTC, cocaïne of speed heeft gebruikt in de afgelopen maand, het afgelopen jaar of ooit. Den Haag 2014 en 2017.



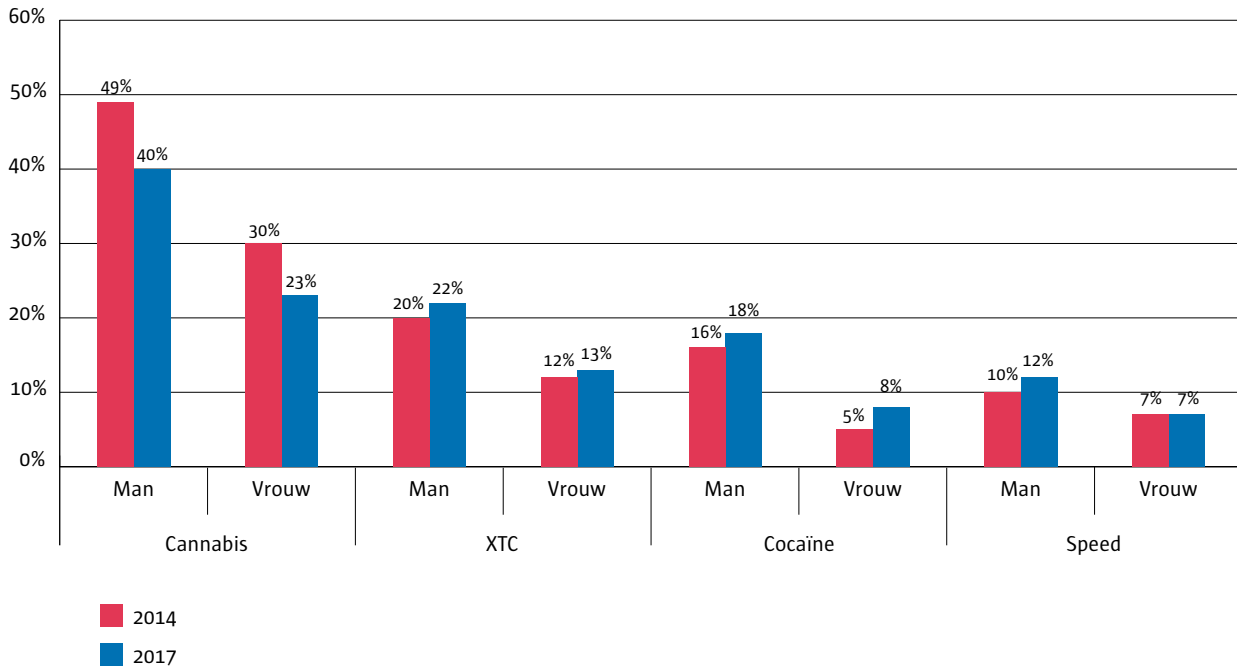
### Middelengebruik naar geslacht

In 2017 was het percentage uitgaanders dat in de afgelopen maand had gebruikt voor alle middelen hoger bij mannen dan bij vrouwen (Figuur 2). Het gebruik van cannabis daalde tussen 2014 en 2017 bij zowel mannen (van 49% naar 40%) als bij vrouwen (van 30% naar 23%). Bij de overige middelen werd geen significante trend gezien.

*Cannabis was in 2017 bij alle leeftijdsgroepen, maar in het bijzonder bij de 14- tot 19-jarigen, het populairste middel.*



**Figuur 2.** Het percentage uitgaanders dat in de afgelopen maand cannabis, XTC, cocaïne of speed gebruikte naar geslacht. Den Haag 2014 en 2017.

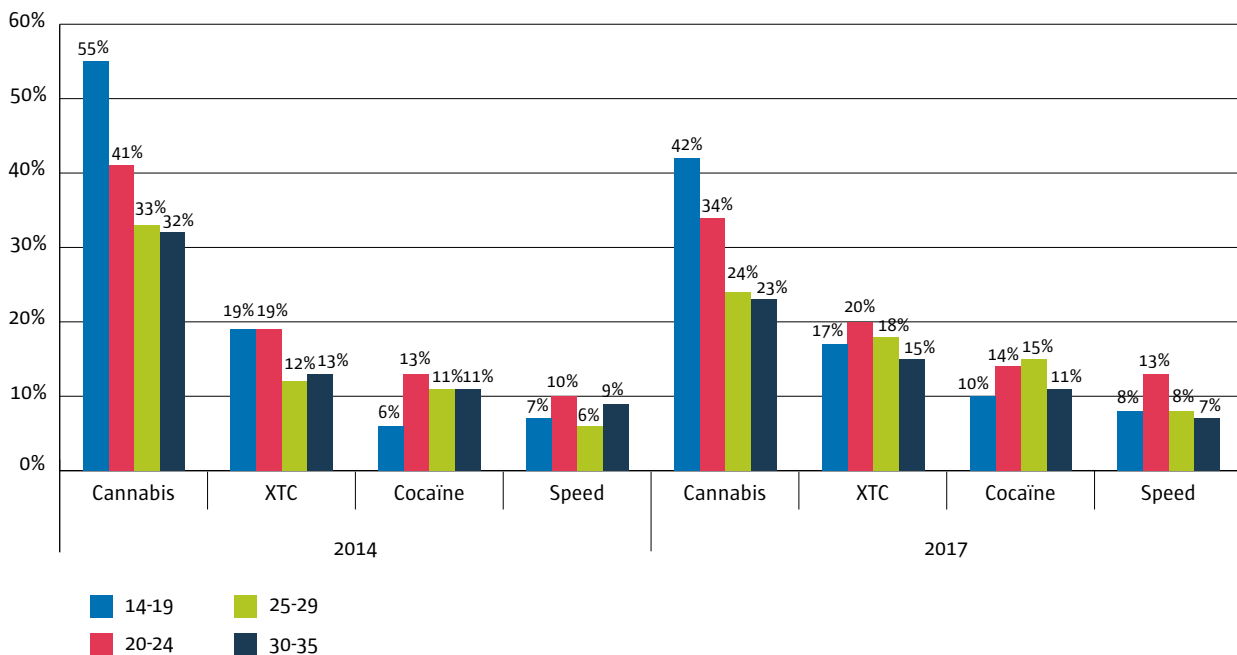


**Middelengebruik naar leeftijd**

Cannabis was in 2017 bij alle leeftijdsgroepen, maar in het bijzonder bij de 14- tot 19-jarigen, het populairste middel (Figuur 3). Het gebruik in de afgelopen maand is bij de 14- tot 19-jarigen ook het hoogst (42%) en neemt af met de leeftijd (34% bij 20- tot en met 24-jarigen en een kwart van de 25- tot en met 35-jarigen). Het gebruik van speed is het hoogst bij 20- tot en met 24-jarigen, 13% tegenover 7% à 8% bij de andere leeftijdsgroepen.

Er is een significante daling van 2014 naar 2017 in het maandgebruik van cannabis bij 14- tot en met 19-jarigen (van 55% naar 42%) en 25- tot en met 29-jarigen (van 33% naar 24%). Ook bij 20- tot en met 24-jarigen (van 41% naar 34%) en 30- tot en met 35-jarigen (van 32% naar 23%) is sprake van een daling, maar deze is niet significant. Bij de andere middelen werd geen significante trend gezien.

**Figuur 3.** Het percentage uitgaanders dat in de afgelopen maand cannabis, XTC, cocaïne of speed gebruikte naar leeftijd. Den Haag 2014 en 2017.



## Panelonderzoek

### Motivatie gebruik

Cannabis wordt volgens de uitgaanders gebruikt om te ontspannen, het geeft je 'rust in je hoofd' en doet je problemen vergeten. XTC geeft een goed gevoel en wordt omschreven als leuk en gezellig. Cocaïne en speed worden gebruikt voor de energie, om langer door te kunnen gaan. Cocaïne geeft daarnaast ook zelfvertrouwen.

### Negatieve effecten

Uitgaanders noemen voor cannabis, speed en XTC als negatief effect op de lange termijn excessief gebruik en verslaving. Ook slecht functioneren zoals moeite hebben met de eigen verzorging of het meedraaien in de maatschappij wordt bij zowel cannabis als speed genoemd.

Op de korte termijn geeft XTC na gebruik een kater en een emotionele dip (depressief). Cocaïne geeft meer zelfvertrouwen, maar dat kan omslaan in arrogant, opgefokt en agressief gedrag.

### Combinaties met andere middelen

Uitgaanders in het panel geven aan dat genotmiddelen in combinatie worden gebruikt. Alle middelen worden in ieder geval met alcohol gecombineerd omdat alcohol (bijna) altijd wordt gebruikt.

Gebruikers van cocaïne geven aan dat het combineren van cocaïne met alcohol het dronken gevoel tegen gaat en je dan meer kan drinken. Ook gebruikers van speed combineren met alcohol.

Het tweede middel dat frequent wordt genoemd om mee te combineren is cannabis. Afhankelijk van de combinatie wordt het gebruikt om de scherpte van andere middelen af te halen (bijvoorbeeld cocaïne) of juist om de roes te versterken (bijvoorbeeld XTC).

### Verkrijgbaarheid, prijs en dosering

De genotmiddelen zijn makkelijk te verkrijgen. Cannabis wordt voornamelijk gekocht in de coffeeshop. XTC, cocaïne en speed worden gekocht bij een dealer. Dat gebeurt collectief (een of twee personen halen de drugs voor de hele groep) of individueel. Vooral bij XTC lijkt het gebruikelijk om voorafgaande aan het feest collectief in te kopen.

De prijzen voor de verschillende middelen lopen uiteen. Volgens de uitgaanders betaalt men 5 tot 10 euro voor een gram cannabis, 3 tot 6 euro voor een XTC pil, 40 tot 50 euro voor een gram cocaïne en 5 tot 10 euro voor een gram speed. Het gebruik van cannabis is niet alleen voorbehouden aan uitgaan, hierdoor is er ook geen duidelijk beeld over de dosering. Dit loopt uiteen. Bij de andere middelen is er een duidelijker beeld. Op een avond wordt er ongeveer 1 tot 2 pillen XTC gebruikt. Van cocaïne wordt 0,5 tot 1 gram gebruikt en van speed 0,5 gram.

### Kwaliteit en testen

Over het algemeen vinden gebruikers de kwaliteit van cannabis, XTC en speed goed. De kwaliteit van cocaïne vindt men over het algemeen slecht, omdat het versneden wordt.

Genotmiddelen worden door de meeste uitgaanders niet getest. Vaak denkt men dat de dealer het product heeft getest en men vertrouwt de dealer. Bij XTC en speed laat een klein deel van de uitgaanders de drugs wel testen.

### Trends en signalen

De interviews met de panelleden laten in het gebruik van genotmiddelen geen grote verschuivingen zien tussen 2013 en 2018. Wel is er een aantal opvallende signalen:

- *Normalisering van drugsgebruik.* Panelleden geven aan dat het gebruik van genotmiddelen zoals XTC en cocaïne (maar ook ketamine) normaler is geworden, omdat het minder in de taboesfeer zit.
- Panelleden geven aan dat bij het *ouder worden* het genotmiddelengebruik onder peers vermindert mede, door verantwoordelijkheden als een baan of relatie.
- *Lachgas* wordt vaker genoemd, is makkelijk verkrijgbaar en wordt niet als een drug gezien. Men weet niet wat de negatieve effecten zijn van het gebruik. Combinatiegebruik komt ook voor bij lachgas. De uitgaander in de tekno scene gaf aan dat het gebruikt wordt als kickstart voor LSD. "LSD heeft een hele lange aanloopfase en met lachgas sla je 1,5 uur over."
- *Microdoserings*; het gebruiken van drugs in kleine hoeveelheden. In het panel werd microdoserings van LSD genoemd. Microdoserings zou werken als een "soort mood stabilizer". Wordt ook gebruikt in plaats van antidepressiva.

## Beschouwing

### Middelengebruik

In 2016 zijn op landelijk niveau Het Grote Uitgaansonderzoek (HGU)<sup>6</sup> en de Leefstijlmonitor<sup>7</sup> uitgevoerd en is in regio Haaglanden de Gezondheidsenquête (GE)<sup>8</sup> uitgevoerd. Deze onderzoeken geven informatie over het drugsgebruik bij uitgaanders landelijk (HGU) en bij de algemene bevolking in Nederland (Leefstijlmonitor) en in Den Haag (GE). De methodieken van deze onderzoeken zijn niet één op één te vergelijken met het HUGO (de andere onderzoeken maken bijvoorbeeld gebruik van een anonieme vragenlijst), maar kunnen wel een indicatie geven van de omvang van het drugsgebruik onder uitgaanders in Den Haag.

In vergelijking met landelijke cijfers bij uitgaanders van 15 tot en met 35 jaar was het percentage gebruikers in het afgelopen jaar in Den Haag vergelijkbaar voor cannabis (53% versus 50%) en cocaïne (25% versus 22%). Voor de middelen XTC (46% versus 36%) en speed (25% versus 16%) lijkt het gebruik onder uitgaanders in Den Haag lager. Mogelijk heeft dit te maken met het uitgaansaanbod in Den Haag, dat voornamelijk uit kroegen bestaat.



Uit het HGU blijkt dat het soort uitgaansgelegenheid een voor-speller is voor welke drugs wordt gebruikt. Vooral de samenhang tussen party/festivalbezoek en middelengebruik is duidelijk aanwezig, met name met partydrugs zoals XTC en speed.<sup>6</sup>

Bij uitgaanders (zowel landelijk in het HGU als voor Den Haag in het HUO) is het middelengebruik hoger dan bij de algemene Nederlandse bevolking (Leefstijlmonitor). Landelijk werd in de algemene bevolking van 15 tot en met 34 jaar door 16% cannabis gebruikt in het afgelopen jaar, 7% gebruikte XTC, 4% gebruikte cocaïne en nog eens 4% gebruikte speed.<sup>7</sup> Het gebruik in stedelijke gebieden is hoger dan in niet stedelijke gebieden.<sup>7</sup> Bij de Haagse 19- tot en met 35-jarigen had 19% in het afgelopen jaar cannabis gebruikt (GE).<sup>8</sup>

### Risicogedrag

Het gebruik van middelen brengt risico's met zich mee. Zo blijkt dat de genotmiddelen meestal niet getest worden. Dit is met name opvallend bij cocaïne, omdat de kwaliteit van dit middel als slecht wordt beoordeeld. Bij de andere middelen wordt de kwaliteit over het algemeen goed genoemd.

Vooral alcohol wordt genoemd als combinatie met andere middelen. Alcohol is dan ook de meest gebruikte uitgaansdrug, 94% van de uitgaanders in Den Haag heeft alcohol gedronken in het afgelopen jaar (HUO).<sup>5</sup> Het combineren van alcohol met cocaïne of speed kan extra belastend zijn voor het hart en de bloedvaten en kan (blijvend) de lever beschadigen. Daarnaast maakt de combinatie van deze middelen overmoedig en kan sneller leiden tot agressief gedrag.<sup>9</sup> Dit onderzoek geeft alleen inzicht in welke combinaties er gemaakt worden en niet hoe vaak dat gedaan wordt. Landelijk heeft van de uitgaanders die in het afgelopen jaar gebruikt hebben 44% nooit middelen gecombineerd, 18% combineerde vaak tot altijd.<sup>6</sup> Tot slot valt op dat vooral het gebruik van XTC en cocaïne (maar ook ketamine) normaler is geworden en er minder sprake is van een taboe.

### Leeftijd

Uit dit onderzoek blijkt dat het percentage cannabisgebruikers bij uitgaanders in Den Haag het hoogst is bij 14- tot en met 19- jarigen en bij speed het hoogst bij 20- tot en met 24-jarigen. Welk genotmiddel wordt gebruikt hangt samen met het soort locaties dat men bezoekt en locatie hangt samen met leeftijd. De groep 14- tot en met 19-jarigen zal (deels) nog niet bij de uitgaansgelegenheden/feestjes die 18+ of 21+ zijn binnen mogen komen en is aangewezen op het samenkomen thuis of op hangplekken. Het gebruik van cannabis is legaal en kan dus op straat gebruikt worden. Daarnaast verschillen genotmiddelen in prijs. Met name de kosten van het gebruik van cocaïne zijn in verhouding hoog. Speed is het goedkopere alternatief en wordt om dezelfde reden gebruikt (energie). Mogelijk daarom dat het populairder is bij de 20- tot en met 24-jarigen, die over het algemeen minder te besteden hebben dan 25-plussers.

### Sterke punten en beperkingen onderzoek

De methodiek van het HUO kent een aantal voor- en nadelen. De inzet van getrainde medewerkers van Indigo Preventie op locatie voor de interviews levert een hoge respons op. De samenstelling van de groepen deelnemende jongeren in 2014 en 2017 is vergelijkbaar en kan erop wijzen dat een representatieve groep heeft deelgenomen aan de studie in beide jaren. Deze vorm van interviewen is 'face to face'. Enerzijds kan er sociaal wenselijk geantwoord worden, anderzijds is het niet vreemd om met een peer in een uitgaanslocatie open en eerlijk over dit onderwerp te praten. Het publiek dat uitgaat in de voor dit onderzoek bezochte locaties heeft, vergeleken met de totale Haagse populatie, overwegend een Nederlandse en Westerse herkomst. Hierdoor zijn jongeren en jongvolwassenen met een niet Westerse achtergrond, vergeleken met de totale Haagse populatie ondervertegenwoordigd in de studiepopulatie.<sup>4</sup> Een vergelijkbaar beeld wordt ook in Het Grote Uitgaansonderzoek gezien. Hierin wordt gesteld dat er aanwijzingen zijn dat jongeren van niet-Westerse afkomst minder frequent in het (reguliere) uitgaansleven te vinden zijn.<sup>6</sup>

In de uitgaanspopulatie zijn bepaalde leeftijdsgroepen meer vertegenwoordigd dan andere. Dat blijkt ook in dit onderzoek, het aandeel 25-plussers is lager dan het aandeel uitgaanders van 24 jaar en jonger (38% versus 62%). De aantallen in het onderzoek in de oudere leeftijdsgroepen zijn dan ook lager, waardoor er minder power is in de analyse bij deze leeftijdsgroepen. Gevonden verschillen tussen de leeftijdsgroepen en tussen de jaren 2014 en 2017 waren soms niet statistisch significant, mogelijk door gebrek aan power. De daling van het gebruik van cannabis in alle leeftijdsgroepen wordt echter wel als relevant beschouwd.

### Conclusie

Dit onderzoek heeft laten zien dat het normaal wordt voor uitgaanders om bepaalde middelen te gebruiken. Alcoholgebruik is in het uitgaanscircuit (en daar buiten) normaal, middelen zoals XTC lijken eenzelfde status te krijgen. Daarbij dient de kanttekening te worden gemaakt dat alcohol wat betreft schadelijkheid niet onder doet voor andere genotmiddelen. Bovendien blijkt dat uitgaanders risicogedrag vertonen, namelijk het niet laten testen van genotmiddelen en het combineren van middelen. In de toekomst zal landelijk moeten worden ingezet op het tegengaan van de normalisering van het gebruik. Daarnaast zal meer inzicht moeten worden gekregen in het risicogedrag door vragen als: Zijn uitgaanders voldoende op de hoogte van de negatieve effecten van combinatiegebruik? Weten zij dat zij genotmiddelen kunnen laten testen op samenstelling? Met behulp van deze inzichten kunnen beleid en preventie worden aangescherpt.

*In de toekomst zal landelijk moeten worden ingezet op het tegengaan van de normalisering van het gebruik.*





## Gemeentelijk beleid

In de Haagse nota Volksgezondheid 2015-2018, 'de gezonde kracht van Den Haag' staat preventie centraal. We willen gezond leven in alle levensfasen stimuleren en zetten daarbij in op de risicogroepen voor overgewicht, depressie, genotmiddelengebruik en onveilige seksualiteit. Ook dragen we bij aan een gezonde leefomgeving. Ons preventief beleid is integraal: van preventie en vroegsignalering via opvang en herstel naar nazorg. Een van de prioriteiten in ons beleid is 'verantwoord of geen gebruik van genotmiddelen'. We streven daarbij naar het verminderen van alcoholgebruik onder jongeren en een betere naleving van de leeftijdsgrens van 18 jaar. Hoe jonger kinderen beginnen met drinken, hoe groter de kans op problemen met alcohol op latere leeftijd. Bij het gebruik van genotmiddelen stimuleren we het maken van verantwoorde keuzes. We willen risicogroepen voortijdig opsporen en leiden naar preventieve ondersteuning.

### Wat doen we om het bovenstaande te realiseren?

- **Inzet preventieprogramma 'de gezonde school en genotmiddelen'**: dit programma biedt naast voorlichting ook aandacht voor schoolbeleid; het signaleren en begeleiden van leerlingen die problematisch alcohol of drugs gebruiken komt aan de orde. Er is opvoedondersteuning voor ouders van jongeren die (excessief) experimenteren met genotmiddelen. Met de Jeugdgezondheidszorg, de Jeugdhulpverlening en de Jeugdverslavingszorg wordt intensief samengewerkt.
- **Drugskompas**: leidt jongeren naar e-health hulpprogramma's.
- **Inzet peers van Unity**: op festivals, dance-events en in het uitgaanscircuit zetten we de peers van Unity in: jongeren krijgen van leeftijdsgenoten informatie over de risico's en effecten van genotmiddelen. We bieden ook cursussen Eerste Hulp bij Drugsgebruik.
- **Testservice voor drugs**: wekelijks spreekuur om pillen te laten testen op veiligheid; deze service is onderdeel van een landelijk programma van het Trimbosinstituut.
- **Training van het personeel van coffeeshops**: signaleren en bespreekbaar maken van risicovol gebruik van cannabis.
- **Samenwerking preventie- en handhavingsprofessionals**: jaarlijks onderzoek in de verschillende sectoren naar de stand van zaken bij de naleving van de 18 jaar grens bij de verstrekking van alcohol. Op basis van de opbrengst van dit onderzoek, kunnen preventieve activiteiten en handhaving gericht ingezet worden.
- **Haags Uitgaansonderzoek (HUO)**: levert veel nuttige informatie over het gebruik van genotmiddelen onder uitgaanders; op basis van de opbrengsten van het HUO kan preventie gericht ingezet worden.

Auteur: Els Kors, domeinmedewerker Stad en Bestuur bij dienst OCW gemeente Den Haag

---

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

---



## OVER DE AUTEURS

**Mw. M. Keetman MSc**, junior epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie GGD Haaglanden. **Mw. P. Hastan MSc**, preventiedeskundige/psycholoog, Indigo Context Haaglanden.

**Dhr. Drs. A. Ph. van Dijk**, epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie GGD Haaglanden.

E-mail: maartje.keetman@ggdhaaglanden.nl

## REFERENTIES

- 1 Nabben, T. High Amsterdam. **Ritme, roes en regels in het uitgaansleven**. Rozenberg Publishers, Amsterdam, 2010.
- 2 Nabben T, Benschop A, Korf DJ. Antenne 2011. **Trends in Alcohol, Tabak en Drugs bij jonge Amsterdammers**. Bonger Instituut. Rozenburg Publishers, 2012.
- 3 Gelder P van, Reinerie P, Burger I. **Uit (je dak) in Den Haag, 2002. Uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik**. Parnassia, psychomedisch centrum en GGD Den Haag, april 2003.
- 4 GGD Haaglanden. HUU 2014. **Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren uit Den Haag en omstreken**. Den Haag, 2014. <https://www.ggdhaaglanden.nl/over/publicaties-en-onderzoeken/genotmiddelen.htm>
- 5 GGD Haaglanden. HUU 2018. **Een onderzoek naar uitgaansgedrag van jongeren uit Den Haag en omstreken**. Den Haag, 2018. <https://www.ggdhaaglanden.nl/over/publicaties-en-onderzoeken/genotmiddelen.htm>
- 6 Monshouwer K, Pol P van der, Drost YC, Laar MW van. **Het Grote Uitgaansonderzoek 2016. Uitgaanspatronen, middelengebruik en risicogedrag onder uitgaande jongeren en jongvolwassenen**. Trimbos-instituut. Utrecht, 2016.
- 7 **Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2017**. Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum Ministerie van Veiligheid en Justitie. Trimbos-instituut. Utrecht, 2017.
- 8 GGD Haaglanden. **Gezondheidsmonitor Den Haag; Alcoholgebruik** [online]. (bezoekt op 14-8-2018); Beschikbaar op URL: <http://gezondheidsmonitor.ggdhaaglanden.nl/gemeenten/denhaag/themas/leefstijl/alcoholgebruik/>
- 9 Trimbos Instituut. **Drugsinfo; risico's en combinaties, drugs en drugs** [online]. (bezoekt op 14-8-2018); Beschikbaar op URL: <https://www.drugsinfo.nl/publiek/risicos-en-combinaties/drugs-en-drugs>



## SAMENVATTING

### INLEIDING

Voedselzekerheid is de fysieke en economische toegang tot voldoende, veilig en voedzaam eten dat voldoet aan voedingsbehoeften en voedingsvoorkeuren. Voedselonze­kerheid is gerelateerd aan ongunstige gezondheids­effecten, zoals een hoger risico op chronische ziekten en obesitas en een minder gezond voedingspatroon. Dit onderzoek beschrijft de mate van voedselonze­kerheid in Haagse Krachtwijken en de relatie met voedingsinname.

### METHODE

Het onderzoek is uitgevoerd bij volwassenen met thuiswonende kinderen wonend in of rond de Haagse Krachtwijken. De voedselzekerheidsstatus is bepaald aan de hand van de *Household Food Security Survey Module* van de USDA. Overige kenmerken zijn tevens verzameld door middel van vragenlijsten.

### RESULTATEN

Van de 242 deelnemers was ruim een kwart (26%) voedselonze­ker: 18% had een lage voedselzekerheid en 8% had een zeer lage voedselzekerheid. Van de voedselonze­kere deelnemers had 86% zich in het afgelopen jaar zorgen gemaakt dat het eten op zou zijn voordat er geld zou zijn voor nieuw eten. In vergelijking met voedselzekerere deelnemers hadden voedselonze­kere deelnemers een lager inkomen en opleidingsniveau, waren ze vaker werkloos en hadden zij vaker obesitas. Ook rapporteerde een groter deel van de voedselonze­kere deelnemers hun gezondheid als matig tot slecht. Voedselonze­kere deelnemers voldeden minder vaak aan de richtlijnen voor groente-, fruit- en visinname.

### CONCLUSIE

Voedselonze­kerheid (met name onvoldoende economische toegang tot voedzaam eten) is een substantieel probleem bij Haagse achterstands­gezinnen, en is onder meer gerelateerd een lagere inname van groente, fruit en vis wat mogelijk consequenties heeft voor de verdere gezondheid op de lange termijn.

# Onzichtbare honger? Voedselonze­kerheid in de Haagse Krachtwijken

Het relatief nieuwe begrip voedselzekerheid geeft aan dat iemand fysieke en economische toegang heeft tot voldoende, veilig en voedzaam eten dat voldoet aan de voedingsbehoeften en voedingsvoorkeuren voor een actief en gezond leven. Onderzoek onder gezinnen in de Haagse Krachtwijken laat zien dat ruim een kwart van deze bewoners voedselonze­ker is en dat dit onder andere gerelateerd is aan een minder gezond voedingspatroon. Ook blijkt dat voedselonze­kerheid een uitingvorm is van een lage sociaaleconomische status. Personen die voedselonze­ker zijn hebben vaker een inkomen onder basisbehoeftebudget, een lager opleidingsniveau, minder vaak een betaalde baan en een minder goed ervaren gezondheid.

Laura van der Velde, Mattijs Numans, Barend Middelkoop,  
Jessica Kiefte-de Jong

### Inleiding

Voedselzekerheid is een relatief nieuw begrip in Nederland. Met voedselzekerheid wordt bedoeld dat iemand fysieke en economische toegang heeft tot voldoende, veilig en voedzaam eten dat voldoet aan de voedingsbehoeften en voedingsvoorkeuren voor een actief en gezond leven.<sup>1</sup> Om voedselzeker te zijn is het dus belangrijk om fysiek in staat te zijn om aan voldoende eten te komen, maar ook om over de financiële middelen te beschikken om voldoende eten te kunnen kopen. Iemand die voedselonze­ker is kan bijvoorbeeld niet genoeg eten kopen of geen gezonde maaltijd klaarmaken voor zichzelf of andere gezinsleden om financiële redenen. Alhoewel voedselonze­kerheid en honger nauw verwante concepten zijn, hebben ze een verschillende betekenis: honger is een fysiologisch verschijnsel, terwijl het bij voedselonze­kerheid gaat om een bredere en meer complexe toestand waarbij er een onbetrouwbare (fysieke of economische) toegang is tot voldoende eten. Daaronder valt bijvoorbeeld de angst om te weinig (gezonder) eten te hebben of te kunnen kopen. Honger kan een gevolg zijn van voedselonze­kerheid, maar dat hoeft niet altijd zo te zijn.<sup>2</sup>

Voedselonzekerheid is in andere Westerse landen gerelateerd aan een hoger risico op chronische ziekten en een slechtere mentale gezondheid.<sup>3-8</sup> Ook is voedselonzekerheid gerelateerd aan een minder gezond voedingspatroon, bijvoorbeeld minder groente- en fruitinname.<sup>9</sup> Verder blijkt uit onderzoek dat er een verband is tussen voedselonzekerheid en obesitas, met name bij vrouwen.<sup>10, 11</sup>

Een recente studie liet zien dat het percentage voedselonzekerheid in Europa ongeveer een kwart was.<sup>12</sup> Uit een Nederlandse studie onder voedselbankgebruikers in Amsterdam bleek dat meer dan 70% van de deelnemers voedselonzeker was.<sup>13</sup> Buiten deze specifieke doelgroep is er echter weinig onderzoek gedaan naar de mate van voedselonzekerheid in Nederland. Wel is bekend dat armoede voorkomt in grote steden, dus kan worden verwacht dat voedselonzekerheid ook buiten voedselbankgebruikers voor zou kunnen komen onder kwetsbare groepen in een stad zoals Den Haag.<sup>14</sup>

Dit artikel beschrijft de mate van voedselonzekerheid bij gezinnen in Den Haag. Ook wordt ingegaan op de relatie tussen voedselonzekerheid en voedingsinname.

## Methode

### Studiepopulatie

Dit onderzoek naar voedselonzekerheid bij gezinnen is uitgevoerd in de Haagse Krachtwijken: Stationsbuurt, Schildersbuurt, Transvaalkwartier, Moerwijk, Morgenstond en Bouwlust/Vrederust. Volwassenen met thuiswonende kinderen (<18 jaar) wonend in of rond de bovengenoemde Haagse Krachtwijken konden deelnemen aan het onderzoek. De werving van deelnemers vond plaats tussen april 2017 en juni 2018 en werd gedaan door de onderzoekers, die potentiële deelnemers (dat wil zeggen personen die qua leeftijd mogelijk kinderen onder de 18 jaar zouden kunnen hebben) actief hebben benaderd op verschillende locaties in de Haagse Krachtwijken, zoals buurtcentra, scholen, parken, zwembaden en huisartspraktijken. In totaal zijn er 250 deelnemers geïncludeerd, waarvan er achteraf acht geëxcludeerd zijn (zeven personen hadden geen kinderen onder de 18 jaar, één deelnemer woonde buiten het onderzoeksgebied). In totaal was er data van 242 deelnemers beschikbaar voor de analyses.

### Dataverzameling

Voor de dataverzameling is gebruikgemaakt van een vragenlijst, die beschikbaar was in het Nederlands, Turks en Engels. Als deelnemers moeite hadden met lezen of schrijven werd hulp aangeboden bij het invullen van de vragenlijst door één van de onderzoekers. De vragenlijst bestond onder andere uit vragen over sociaal-demografische kenmerken, leefstijlfactoren, voedselzekerheid en eetgewoonten. Het onderzoeksprotocol is goedgekeurd door de Medisch Ethische Commissie van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)(P17.164).

### Bepaling voedselzekerheidsstatus

De voedselzekerheidsstatus van de deelnemers is bepaald met behulp van de *18-item USDA Household Food Security Survey Module*.<sup>15</sup> Deze vragenlijst richt zich vooral op het economische aspect van voedselzekerheid en bevat 18 vragen over omstandigheden die kenmerkend zijn voor huishoudens die vanwege financiële redenen moeite hebben om aan de basisbehoeften te voldoen wat betreft de voedselinname met de afgelopen 12 maanden als referentieperiode. De eerste tien vragen gaan over de mate van voedselzekerheid van het hele gezin. Eén van die vragen luidt bijvoorbeeld: “In de laatste 12 maanden heb ik (of andere gezinsleden) wel eens te weinig gegeten omdat er niet genoeg geld voor eten was.” De laatste acht vragen gaan specifiek over de kinderen in het huishouden. Een voorbeeld van zo’n vraag is: “In de laatste 12 maanden kon ik (of andere gezinsleden) mijn kind(eren) geen gezonde maaltijd geven, omdat er niet genoeg geld voor was.”

Bevestigende antwoorden op de 18 vragen over voedselzekerheid werden opgeteld en vormen zo een schaal van minimaal 0 en maximaal 18 punten (1 punt per bevestigend antwoord). Deze schaal kan worden onderverdeeld in vier categorieën die de voedselzekerheidsstatus weergeven: hoge voedselzekerheid (0 punten), marginale voedselzekerheid (1-2 punten), lage voedselzekerheid (3-7 punten) en zeer lage voedselzekerheid (8-18 punten). Een hoge en marginale voedselzekerheid vormen samen de categorie ‘voedselzeker’ en een lage en zeer lage voedselzekerheid vormen samen de categorie ‘voedselonzeker’ volgens de normen van de USDA.<sup>2</sup>

### Sociaal-demografische kenmerken en leefstijlfactoren

De volgende sociaal-demografische kenmerken en leefstijlfactoren zijn verzameld met behulp van de vragenlijst: leeftijd; geslacht; postcode; inkomen; opleidingsniveau; geboorteland van de deelnemer en zijn of haar ouders; religie; burgerlijke staat; werkstatus; voedselbankgebruik; lengte; gewicht; rookstatus; en ervaren gezondheid. De Body Mass Index (BMI; kg/m<sup>2</sup>) is berekend op basis van zelf-gerapporteerde lengte en gewicht van de deelnemers en geclassificeerd in gezond gewicht (inclusief ondergewicht, omdat dit vrijwel niet voorkwam in onze studiepopulatie), overgewicht en obesitas volgens de afkappunten van de WHO.<sup>16</sup> Het inkomen is opgedeeld in twee categorieën: onder of boven het basisbehoeftenbudget. Dit is een referentiebudget om armoede vast te stellen dat is opgesteld door het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).<sup>14</sup> Bij deze inkomensverdeling is rekening gehouden met de grootte en samenstelling van het huishouden volgens de methode die gebruikt wordt door het CBS.<sup>17</sup> De migratieachtergrond van de deelnemers is gebaseerd op het geboorteland van de ouders volgens de methode die wordt gehanteerd door het CBS.<sup>18</sup> Hierbij hebben personen waarvan beide ouders in Nederland zijn geboren een Nederlandse achtergrond. In dit onderzoek is bij de migratieachtergrond geen onderscheid gemaakt tussen de eerste generatie en tweede generatie.



## Bepaling voedselinname

De voedselinname van de deelnemers is in kaart gebracht met behulp van de Eetscore (versie van 2017). Dit is een korte voedsel-frequentievragenlijst ontwikkeld door de Wageningen Universiteit bestaande uit 25 vragen over voedselinname en beweging.<sup>19</sup>

Op basis van deze vragen is de inname van groente, fruit en vis geanalyseerd. Deze voedingscomponenten zijn geselecteerd omdat voldoende inname ervan belangrijk is voor een goede gezondheid, terwijl deze producten relatief duur zijn en de consumptie ervan daarom naar verwachting sterker afhangt van financiële middelen dan voor andere voedingscomponenten.<sup>16, 20</sup>

Vervolgens is de inname van groente, fruit en vis vergeleken met de richtlijnen van de Gezondheidsraad en het Voedingscentrum: groenten  $\geq 200$  gram per dag, fruit:  $\geq 2$  stuks per dag en vis:  $\geq 1$  portie per week en meestal vette vis.<sup>21, 22</sup>

## Statistische analyse

De sociaal-demografische kenmerken en leefstijlfactoren zijn beschreven voor de totale populatie en apart voor voedselzekere en voedselonzekere deelnemers. Categorische variabelen zijn gepresenteerd als percentages en continue variabelen zijn gepresenteerd als mediaan\*. Het percentage bevestigende antwoorden op de stellingen van de *USDA Household Food Security Survey Module* die het meest voorkwamen in de studiebevolking (dat wil zeggen dat meer dan 10% van de voedselonzekere deelnemers de stelling bevestigde) zijn apart weergegeven voor voedselzekere en voedselonzekere deelnemers. Verder is het percentage voedselzekere en voedselonzekere deelnemers dat voldeed aan de aanbevelingen voor groente, fruit en vis weergegeven.

Alle analyses zijn uitgevoerd met SPSS versie 23 (IBM Corp., 2012, Armonk, NY).

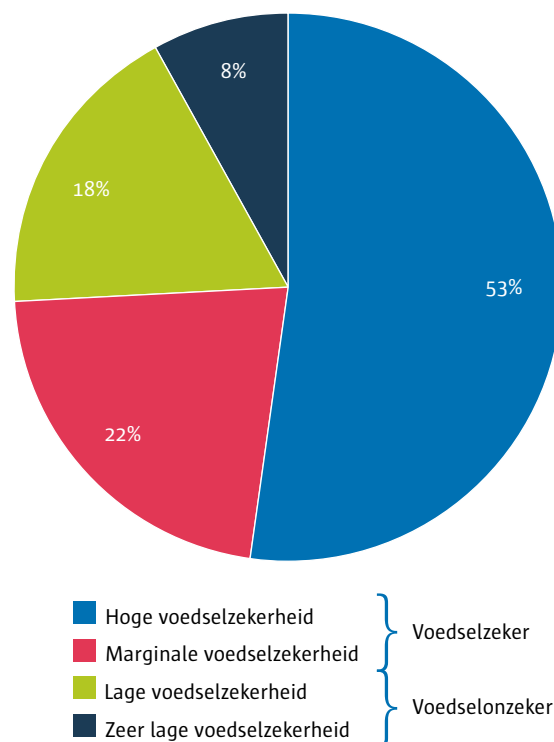
## Resultaten

De studiebevolking bestond uit 242 personen. De mediane leeftijd van de deelnemers was 37 jaar en de meerderheid van de studiebevolking bestond uit vrouwen. De meeste deelnemers hadden een Marokkaanse (28%) of Turkse (20%) migratieachtergrond. Ruim een kwart (26%) van de deelnemers was voedselonzeke: 18% had een lage voedselzekerheid en 8% had een zeer lage voedselzekerheid (Figuur 1).

\* De mediaan is de middelste waarde in de data. Deze wordt verkregen door alle data van laag naar hoog te sorteren, en dan de middelste waarde te nemen. Hierbij ligt per definitie 50% van de waardes onder de mediaan en 50% van de waardes ligt boven de mediaan.

**Figuur 1.** Voedselzekerheidsstatus in 4 categorieën

Door afronding tellen de percentages niet op tot 100



Hoge voedselzekerheid: 0 indicaties van voedselonzekeheid

Marginale voedselzekerheid: 1-2 indicaties van voedselonzekeheid

Lage voedselzekerheid: 3-7 indicaties van voedselonzekeheid

Zeer lage voedselzekerheid: 8-18 indicaties van voedselonzekeheid

In vergelijking met voedselzekere deelnemers hadden voedselonzekere deelnemers vaker een inkomen onder het basisbehoeftebudget (90% versus 60%), waren ze vaker lager opgeleid (55% versus 37%), waren ze vaker alleenstaand (44% versus 27%) en hadden ze minder vaak een betaalde baan (27% versus 47%). Verder hadden voedselonzekere deelnemers vaker obesitas (43% versus 25%) en een groter deel rookte (27% versus 12%) vergeleken met voedselzekere deelnemers. Ten slotte rapporteerde een groter deel van de voedselonzekere deelnemers hun gezondheid als matig tot slecht ten opzichte van de voedselzekere deelnemers (43% versus 19%).

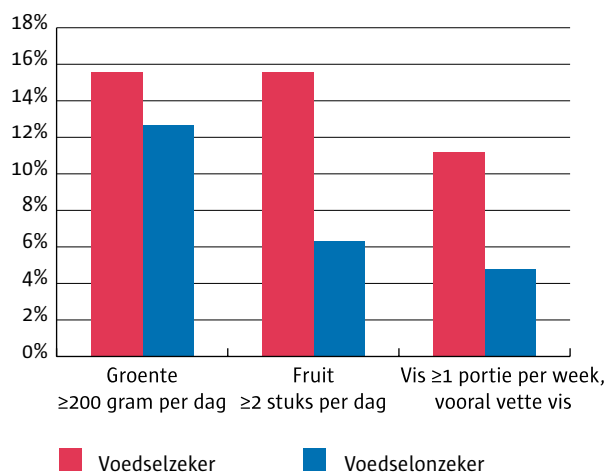
In Tabel 1 op pagina 22 zijn de stellingen uit de *USDA Household Food Security Survey Module* weergegeven die het meest bevestigd werden door de deelnemers (meer dan 10% in de voedselonzekere groep). Hierin is te zien dat 86% van de voedselonzekere deelnemers zich in het afgelopen jaar zorgen had gemaakt dat het eten op zou zijn voordat er geld zou zijn voor nieuw eten. Verder gaf 83% van de voedselonzekere deelnemers aan dat het in het afgelopen jaar was voorgekomen dat zij maar een paar soorten goedkope voedingsmiddelen aan hun kinderen konden geven of geen gezonde maaltijd konden eten vanwege beperkte financiële middelen.

**Tabel 1.** Meest bevestigde stellingen van de USDA Household Food Security Survey Module

Stelling USDA Household Food Security Survey Module	Voedselzeker	Voedselonzeker
	% bevestigd	
Ik (of andere gezinsleden) maakte(n) mij (ons) zorgen dat het eten op zou zijn, voordat er geld zou zijn voor nieuw eten.	14	86
In de laatste 12 maanden kon(den) ik (of andere gezinsleden) maar een paar soorten goedkope voedingsmiddelen aan mijn kind(eren) geven, omdat er niet genoeg geld voor eten was.	14	83
Ik (of andere gezinsleden) had(den) niet genoeg geld om een gezonde maaltijd te eten.	5	83
Het eten dat ik (of andere gezinsleden) kocht(en) was niet genoeg, en ik (of andere gezinsleden) had(den) geen geld om meer eten te kopen.	5	68
In de laatste 12 maanden kon(den) ik (of andere gezinsleden) mijn kind(eren) geen gezonde maaltijd geven, omdat er niet genoeg geld voor was.	1	60
In de laatste 12 maanden heb(ben) ik (of andere gezinsleden) wel eens minder gegeten of een maaltijd overgeslagen omdat er niet genoeg geld voor eten was.	1	41
In de laatste 12 maanden heb(ben) ik (of andere gezinsleden) wel eens te weinig gegeten omdat er niet genoeg geld voor eten was.	0	40
In de laatste 12 maanden had(den) (een van) mijn kind(eren) niet genoeg te eten, omdat er niet genoeg geld voor was.	2	33
In de laatste 12 maanden heb ik mijn kind(eren) minder/ kleinere porties eten gegeven, omdat er niet genoeg geld voor eten was.	0	18
In de laatste 12 maanden ben ik (of zijn andere gezinsleden) afgevallen, omdat er niet genoeg geld voor eten was.	0	14
In de laatste 12 maanden heb(ben) ik (of andere gezinsleden) wel eens honger gehad, maar niet gegeten omdat ik (of andere gezinsleden) niet meer eten kon(den) kopen.	0	11
In de laatste 12 maanden heb(ben) ik (of andere gezinsleden) wel eens een dag niet gegeten, omdat er niet genoeg geld voor eten was.	0	11

Het percentage deelnemers dat voldeed aan de huidige richtlijnen voor groente-, fruit- en visname was laag in de gehele studiepopulatie (Figuur 2).<sup>21, 22</sup> Vergeleken met voedselzekere deelnemers voldeden voedselonzekere deelnemers minder vaak aan de richtlijnen, vooral wat betreft de fruit- en visname.

**Figuur 2.** Percentage dat voldoet aan de aanbevelingen voor groente, fruit en vis



### Conclusie en discussie

Het onderzoek laat zien dat voedselonzekerheid een substantieel probleem is in de Haagse Krachtwijken: ruim een kwart van de deelnemers was voedselonzeker. Dit is in lijn met een recente studie waarin de voedselzekerheidsstatus in zowel landelijke als stedelijke gebieden in 149 landen werd vergeleken, waaruit bleek dat het percentage voedselonzekerheid in Europa eveneens ruim een kwart was.<sup>12</sup>

*Verder onderzoek zal moeten uitwijzen welke interventies het best geschikt zijn voor het verminderen van voedselonzekerheid en de complexe problematiek die hierachter schuil kan gaan.*

Het percentage voedselonzekerheid dat in deze studie is gevonden kan mogelijk een onderschatting zijn van de werkelijke situatie. Zo is het mogelijk dat door de manier van werving vooral deelnemers zijn gevonden die actief participeren in de maatschappij en niet laaggeletterd zijn, terwijl voedselonzekerheid juist ook bij meer verborgen risicogroepen zou kunnen voorkomen.



Ook kunnen de vragen over voedselzekerheid als confronterend worden ervaren of schaamte oproepen, wat kan leiden tot een onderrapportage van indicaties voor voedselonzekerheid.

De inname van groente, fruit en vis was lager bij de voedselonzekere deelnemers. Deze resultaten zijn overeenkomstig met onderzoek uit Frankrijk, waar ook een lagere inname van groente, fruit en vis werd gevonden onder voedselonzekere deelnemers.<sup>23</sup> Een te lage inname van deze voedingsmiddelen is zorgelijk, omdat voldoende inname van deze voedingsmiddelen van belang is voor de gezondheid en het verlagen van het risico op chronische ziekten.<sup>16</sup> De relatie tussen voedselonzekerheid en een minder gezond voedingspatroon kan mogelijk worden verklaard doordat gezonde voeding doorgaans duurder is vergeleken met minder gezonde voedingsmiddelen.<sup>24</sup> Ook uit een andere Nederlandse studie bleek dat het goedkoper was om een voedingspatroon met een hoge energiedichtheid en lage inname van groente en fruit te hebben dan een voedingspatroon dat minder energiedicht is en rijker aan voedingsstoffen.<sup>20</sup>

De korte voedselfrequentievragenlijst die in deze studie is gebruikt voor de bepaling van de voedselinname bevatte een beperkt aantal voedingsmiddelen. Het was niet mogelijk om op basis hiervan rekening te houden met de energiedichtheid en cultuur-specifieke voedingspatronen. Ook kan er bij het invullen van een voedselfrequentievragenlijst misrapportage zijn bij het invullen van onder andere de portiegroottes.<sup>25</sup> De resultaten van deze studie dienen daarom verder gevalideerd te worden met uitgebreide voedingsanamnese methodes.

Verder onderzoek zal tevens moeten uitwijzen welke interventies het best geschikt zijn voor het verminderen van voedselonzekerheid en de complexe problematiek die hierachter schuil kan gaan. Er kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de inzet van sociale wijkzorgteams, die een rol zouden kunnen spelen in het verhelpen van eventuele onderliggende problemen van voedselonzekerheid

zoals schulden of psychische problemen. Tevens laat eerder onderzoek zien dat prijsveranderingen van voedingsmiddelen de consumptie van voedingsmiddelen zoals groenten en fruit aanzienlijk kan veranderen.<sup>26</sup> Het is daarom belangrijk om na te gaan wat de impact is van overheidsbeslissingen omtrent voeding, zoals de recent aangekondigde verhoging van het lage btw-tarief en daarmee gepaard gaande hogere voedselprijzen.<sup>27</sup>

## Conclusie

Uit het onderzoek blijkt dat ruim een kwart van de deelnemende bewoners van de Haagse Krachtwijken voedselonzeker was en dat dit onder andere gerelateerd was aan een lagere inname van groente, fruit en vis. Vanwege het hoge percentage voedselonzekerheid in de Haagse Krachtwijken en de mogelijke consequenties voor de gezondheid van onder andere een minder gezond voedingspatroon op de lange termijn is het belangrijk om te bekijken wat de impact is van de recente btw-verhoging op levensmiddelen en welke oplossingen of interventies er mogelijk zijn voor Den Haag om de situatie van haar voedselonzekere inwoners te verbeteren.

---

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

---

## OVER DE AUTEURS:

**Mw. Drs. L.A. van der Velde**, Junior onderzoeker LUMC-Campus Den Haag, Afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde (PHEG). E-mail: [L.A.van\\_der\\_Velde@lumc.nl](mailto:L.A.van_der_Velde@lumc.nl)

**Dhr. Prof. Dr. M.E. Numans**, Hoogleraar/directeur LUMC-Campus Den Haag, Hoogleraar huisartsgeneeskunde en hoofd afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde (PHEG). E-mail: [M.E.Numans@lumc.nl](mailto:M.E.Numans@lumc.nl)

**Dhr. Prof. Dr. B.J.C. Middelkoop**, Hoogleraar Public Health, LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde (PHEG); Epidemioloog GGD Haaglanden, Afdeling Epidemiologie (tot september 2018). E-mail: [B.Middelkoop@lumc.nl](mailto:B.Middelkoop@lumc.nl)

**Mw. Dr. J.C. Kieft-de Jong**, Universitair docent Leiden University College, Global Public Health; LUMC-Campus Den Haag, Afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde (PHEG); Erasmus Medisch Centrum, Epidemiologie. E-mail: [J.C.Kieft@lumc.nl](mailto:J.C.Kieft@lumc.nl)



## REFERENTIES

- 1 FAO. World Food Summit: **Rome Declaration on World Food Security and World Food Summit Plan of Action**. In: FAO, editor. Rome 1996.
- 2 United States Department of Agriculture (USDA). **Definitions of Food Security 2017** [Available from: <https://www.ers.usda.gov/topics/food-nutrition-assistance/food-security-in-the-us/definitions-of-food-security>].
- 3 Ford ES. **Peer Reviewed: Food security and cardiovascular disease risk among adults in the United States: Findings from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2003–2008**. Preventing chronic disease. 2013;10.
- 4 Seligman HK, Laraia BA, Kushel MB. **Food insecurity is associated with chronic disease among low-income NHANES participants**. The Journal of nutrition. 2009;140(2):304-10.
- 5 Fitzgerald N, Hromi-Fiedler A, Segura-Pérez S, Pérez-Escamilla R. **Food insecurity is related to increased risk of type 2 diabetes among Latinas**. Ethnicity & disease. 2011;21(3):328.
- 6 Gucciardi E, Vogt JA, DeMelo M, Stewart DE. **An exploration of the relationship between household food insecurity and diabetes mellitus in Canada**. Diabetes care. 2009.
- 7 Laraia BA, Siega-Riz AM, Gundersen C, Dole N. **Psychosocial factors and socioeconomic indicators are associated with household food insecurity among pregnant women**. The Journal of nutrition. 2006;136(1):177-82.
- 8 Whitaker RC, Phillips SM, Orzol SM. **Food insecurity and the risks of depression and anxiety in mothers and behavior problems in their preschool-aged children**. Pediatrics. 2006;118(3):e859-e68.
- 9 Hanson KL, Connor LM. **Food insecurity and dietary quality in US adults and children: a systematic review**. The American journal of clinical nutrition. 2014;100(2):684-92.
- 10 Franklin B, Jones A, Love D, Puckett S, Macklin J, White-Means S. **Exploring mediators of food insecurity and obesity: a review of recent literature**. Journal of community health. 2012;37(1):253-64.
- 11 Dinour LM, Bergen D, Yeh M-C. **The food insecurity–obesity paradox: a review of the literature and the role food stamps may play**. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. 2007;107(11):1952-61.
- 12 Jones AD. **Food insecurity and mental health status: a global analysis of 149 countries**. American journal of preventive medicine. 2017;53(2):264-73.
- 13 Neter JE, Dijkstra SC, Visser M, Brouwer IA. **Food insecurity among Dutch food bank recipients: a cross-sectional study**. BMJ open. 2014;4(5):e004657.
- 14 Hoff S, Wildeboer-Schut JM, Goderis B, Vrooman C. **Armoede in kaart 2016**. In: Sociaal Cultureel Planbureau (SCP), editor. The Hague 2016.
- 15 Economic Research Service. U.S. **Household Food Security Survey Module: three-stage design, with screeners**. In: USDA, editor. 2012.
- 16 WHO. **Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation**: World Health Organization (WHO); 2003.
- 17 Siermann C, Teeffelen P, Urlings L. **Equivalentiefactoren 1995-2000**: CBS; 2004.
- 18 Statistics Netherlands (CBS). **Afbakening generaties met migratie-achtergrond** The Hague 2016 [Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2016/47/afbakening-generaties-met-migratieachtergrond>].
- 19 van Lee L, Feskens EJ, Meijboom S, van Huysduynen EJH, van't Veer P, de Vries JH, et al. **Evaluation of a screener to assess diet quality in the Netherlands**. British Journal of Nutrition. 2016;115(3):517-26.
- 20 Waterlander WE, de Haas WE, van Amstel I, Schuit AJ, Twisk JW, Visser M, et al. **Energy density, energy costs and income—how are they related? Public health nutrition**. 2010;13(10):1599-608.
- 21 Health Council of the Netherlands **Richtlijnen Goede Voeding 2015** (Guidelines for a healthy diet 2015). In: (Gezondheidsraad) THCoTn, editor. The Hague 2015.
- 22 Netherlands Nutrition Center. **Richtlijnen Schijf van Vijf** (Wheel of Five guidelines). In: (Voedingscentrum) NNC, editor. The Hague 2016.
- 23 Bocquier A, Vieux F, Lioret S, Dubuisson C, Caillavet F, Darmon N. **Socio-economic characteristics, living conditions and diet quality are associated with food insecurity in France**. Public health nutrition. 2015;18(16):2952-61.
- 24 Rao M, Afshin A, Singh G, Mozaffarian D. **Do healthier foods and diet patterns cost more than less healthy options? A systematic review and meta-analysis**. BMJ open. 2013;3(12):e004277.
- 25 Newby P, Hu FB, Rimm EB, Smith-Warner SA, Feskanich D, Sampson L, et al. **Reproducibility and validity of the Diet Quality Index Revised as assessed by use of a food-frequency questionnaire**. The American journal of clinical nutrition. 2003;78(5):941-9.
- 26 Afshin A, Peñalvo JL, Del Gobbo L, Silva J, Michaelson M, O'Flaherty M, et al. **The prospective impact of food pricing on improving dietary consumption: A systematic review and meta-analysis**. PLOS ONE. 2017;12(3):e0172277.
- 27 Snel M. Kamerstuk 31 532, nr. 191 **Voedingsbeleid; Brief van de Staatssecretaris van Financiën**. Den Haag 2018.





## SAMENVATTING

## INLEIDING

Diverse bronnen melden een sterke landelijke toename in spoedeisend vervoer onder ouderen gedurende de afgelopen jaren. Dit vormde aanleiding voor GGD Haaglanden om de Haagse situatie te onderzoeken. Dit artikel geeft inzage in omvang en trends in spoedeisend vervoer in de periode 2012-2016 onder ouderen in Den Haag.

## METHODE

Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van de ritadministratie van RAV Haaglanden, waarin onder andere ambulancevervoer in Den Haag is vastgelegd. De geanalyseerde gegevens betreffen alle spoedeisende ritten bij ouderen (60-plus) in de periode 2012-2016 binnen Den Haag.

## RESULTATEN

Gedurende de periode 2012-2016 nam het totaal aantal spoedeisende ritten per 1.000 ouderen binnen Den Haag met 16% toe. Het aantal spoedeisende ritten per 1.000 ouderen naar de spoedeisende hulp (SEH) nam over deze periode echter met 25% toe. Een sterke toename in spoedeisende ritten naar de SEH was waarneembaar binnen alle leeftijds-categorieën onder ouderen. Verder was deze toename aanwezig binnen alle stadsdelen waarvan het hoogst in Leidschenveen-Ypenburg, Scheveningen en Escamp. Andere bevindingen waren dat het aantal door de huisarts aangevraagde spoedritten bij ouderen onder hoogste prioriteit naar de SEH veel meer toenam dan via 112, terwijl het omgekeerde gold voor de spoedeisende ritten onder normale prioriteit.

## CONCLUSIE

Het spoedeisend vervoer (naar de SEH) is toegenomen onder ouderen binnen de gemeente Den Haag in de periode 2012-2016. Dit is vergelijkbaar met de landelijke trend. Wat opvalt is een verschuiving in de manier van aanvraag van het spoedeisend vervoer. Verklaringen voor deze toename liggen mogelijk op vlak van zowel zorgvraag als zorgaanbod.

# Inzichten in spoedeisend ambulancevervoer binnen de Haagse ouderenpopulatie 2012-2016

Rond 2016 verschenen berichten over een sterke landelijke toename van ouderen binnengebracht op de spoedeisende hulp in de afgelopen jaren. Volgens deze berichtgeving was dit niet alleen te wijten aan vergrijzing maar ook aan het veranderende zorglandschap. Door hervormingen in de ouderenzorg wonen ouderen langer (zelfstandig) thuis waardoor het risico zou bestaan dat onveilige thussituaties en verslechtering van gezondheid minder snel opgemerkt zouden worden als gevolg van minder toezicht. Andere bronnen berichtten over toename in spoedeisend vervoer.

In het kader van de publieke gezondheid is het van belang te weten of onder ouderen de totale toename in spoedeisend vervoer en toename in spoedeisend vervoer aan de spoedeisende hulp ook heeft plaatsgevonden binnen de gemeente Den Haag. Dit artikel laat op basis van de ritadministratie van de Regionale Ambulance Vervoer Haaglanden de ontwikkeling van het aantal spoedritten onder ouderen (60-plus) in de periode 2012-2016 zien. Dit onderzoek is uitgevoerd door GGD Haaglanden.

Antoine Meijerman, Saskia van Leeuwen-Voerman,  
Robbin Huijbers en Paul Uitewaal

## Inleiding

Enkele instituten melden een toename in spoedeisend vervoer in de afgelopen jaren. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevestigt in haar marktscan de landelijke cijfers over de toename van spoedeisend vervoer en de toename van het aantal ouderen op de SEH (spoedeisende hulp).<sup>1</sup> Het benoemt signalen van ervaren druk op de spoedeisende zorg en legt verklaringen bij triages en afstemming tussen schakels in de zorg. De NZa merkt verder op dat er onder ouderen in veel gevallen sprake is van meervoudige medische problematiek als aanleiding voor een bezoek aan de SEH. Daarnaast volgt in circa 30% van de gevallen bij ouderen een herhaling van een SEH bezoek na een tijdsbestek van een jaar thuis zijn. Ook het RIVM<sup>2</sup> bevestigt in haar *Referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg* een toename in het



geschatte aantal spoedeisende ambulancevervoer en noemt als een verklaring hiervoor een groter beroep op de zorg door mensen.

Ook enkele media<sup>3-6</sup> berichtten in de periode 2015 tot 2017 over een forse toename (tot 19% over 2016) van het aantal ouderen dat op de spoedeisende hulp (SEH) van ziekenhuizen werd binnengebracht. Deze toename werd gerelateerd aan vergrijzing maar ook aan het feit dat ouderen langer zelfstandig thuis verblijven in plaats van bijvoorbeeld zorg te krijgen in een verzorgingshuis/verpleeghuis. Fysieke aftakeling zou hierdoor minder snel opgemerkt worden en de kans op ongelukken in de privésfeer zouden toenemen. Ouderen die op de SEH belanden zouden vaak verschijnen met multi-problematische klachten gerelateerd aan hart- en vaatziekten, ademhaling en lichamelijk letsel. Ook wordt het gebruik van verkeerd afgestelde, meervoudige medicatie (polyfarmacie) gemeld. Sommige casussen worden beschreven als complex en vaak onduidelijk.

De landelijke overheid propageerde rond 2015 de uitvoering van haar transitieagenda 'Langer Zelfstandig Wonen'.<sup>7</sup> De transitieagenda beschreef hoe mensen met behoefte aan zorg en ondersteuning langer zelfstandig kunnen wonen en wat de rol van de rijksoverheid daarbij is. Langer zelfstandig wonen werd als een gezamenlijke opgave voor burgers, gemeenten, woningcorporaties, zorgaanbieders, zorgkantoren en ondernemers beschouwd. Voor de (oudere) burger betekent dit dat in sommige situaties de regie over zorg meer in eigen hand kwam te liggen dan voorheen via een zorginstelling. De beleidsmatige invulling van deze zorgtransitie wordt op gemeenteniveau ingevuld en verschilt tussen gemeenten. Mogelijk is dit mede een verklaring voor de waargenomen heterogeniteit aan cijfers omtrent acute zorgvraag binnen gemeenten.<sup>5,6</sup>

De hierboven beschreven ontwikkelingen en de landelijk waargenomen toename aan spoedeisende ritten onder ouderen naar de SEH, gerapporteerd vanuit de diverse genoemde bronnen, vormde voor GGD Haaglanden aanleiding om nader onderzoek te doen naar de Haagse situatie. Uit oogpunt van publieke gezondheid is het namelijk van belang te weten of de gerapporteerde landelijke toename in spoedeisende bezoeken aan de SEH ook heeft plaatsgevonden binnen de gemeente Den Haag. Dit artikel geeft inzage in trends en in het aantal spoedeisende ritten (naar de SEH) onder ouderen (60-plussers) woonachtig in Den Haag in de periode 2012-2016.

## Methode

### Databron en onderzoekspopulatie

De afdeling epidemiologie van GGD Haaglanden kon middels samenwerking met ambulancezorg voor dit onderzoek gebruikmaken van de beschikbare data uit de ritadministratie van Regionale Ambulancevervoer (RAV) Haaglanden (zie kader: *RAV Haaglanden*). Deze bevatte voor het onderzoek

alle geregistreerde spoedeisende ritten van de genoemde ambulancevervoerders in de periode 2012-2016 binnen Haaglanden. Omwille van privacy werd deze databron versleuteld en geanonimiseerd. Alleen de gegevens die noodzakelijk waren voor het onderzoek werden aangeleverd. Verder werden deze gegevens afgeschermd voor personen van buiten het onderzoek. De onderzoekspopulatie bestond uit spoedeisende ritten (dit zijn A1 en A2 ritten; zie kader *definities* op pagina 27) uitgevoerd door RAV bij personen van 60 jaar en ouder met een afhaaladres of woonachtig in Den Haag. Voor de leeftijd van 60 jaar is gekozen omdat bekend is dat mensen uit wijken met achterstand al op eerdere leeftijd gezondheidsproblematieken ervaren.

Er is gebruikgemaakt van de volgende gegevens per spoedeisende rit:

- Leeftijd patiënt en postcode binnen Den Haag (postcode noodzakelijk voor stadsdeelbepaling);
- Soort spoedeisend vervoer (zie kader *definities*);
- Urgentietype (A1 of A2);
- Manier van aanvraag van spoedeisende hulp via burger 112-melding en via lijn huisarts (inclusief SMASH; zie kader *definities*).

Om aanwezige discrepanties uit de te analyseren databron te halen werd de data vooraf aan analyse geschoond. In totaal konden meer dan 75.000 spoedeisende ambulanceritten onder ouderen binnen Den Haag worden geanalyseerd.

### RAV Haaglanden

Regionale Ambulance Voorziening (RAV) Haaglanden is een samenwerkingsverband van de drie ambulancevervoerders in de regio Haaglanden: GGD Haaglanden Ambulancezorg, Witte Kruis Ambulancezorg en Ambulancezorg Zoetermeer. Ambulancezorg heeft meerdere locaties en dependances. Zij verleent vooral zorg aan patiënten met een acute zorgvraag. Verdere taken van de ambulancezorg bestaan naast het verlenen van spoedeisende hulp, uit onder andere het verlenen van (gespecialiseerd) patiëntenvervoer, het verlenen van grootschalige geneeskundige bijstand (GGB) en het paraat zijn bij grote manifestaties en evenementen.



## Epidemiologische analyse

Voor de data-schoning en beschrijvende analyse is gebruikgemaakt van het programma SPSS versie 23 en Excel 2010. Als grafische presentatie is in dit artikel gebruikgemaakt van tabellen en staafdiagrammen. Om inzicht te verschaffen in het aantal spoedeisende ritten is van beschrijvende statistiek gebruikgemaakt met daarin correcties voor ritten naar het aantal Haagse ouderen, omdat het aantal ouderen invloed heeft op het totaal aantal ritten. Doordat de onderzoeksgegevens niet zijn verzameld via steekproeftrekking maar juist alle spoedeisende ritten bevatten, zijn gevonden verschillen niet statistisch getoetst.

Als eerste stap in de analyse is gekeken naar het totaal aantal spoedeisende ritten onder ouderen gedurende de periode 2012-2016. De spoedeisende ritten werden vervolgens uitgesplitst naar i) leeftijdscategorie (60-70 jaar, 71-80 jaar, 81-90 jaar en 90-plus) ii) de Haagse stadsdelen (Centrum, Scheveningen, Loosduinen, Escamp, Segbroek, Haagse Hout, Laak en Leidschenveen-Ypenburg) en iii) soort ambulancevervoer (bestemming SEH, eerste hulp bieden op locatie, ziekenhuisopname en poliklinische bestemming).

Als tweede stap in de analyse is gekeken naar het aantal spoedeisende ritten onder ouderen met als soort ambulancevervoer bestemming SEH, uitgesplitst naar leeftijd en naar stadsdeel gedurende de periode 2012-2016.

Als laatste is gekeken naar ontwikkelingen binnen het urgentietype van spoedeisende ritten onder ouderen met als soort ambulancevervoer bestemming SEH gedurende de periode 2012-2016.

Vervolgens naar de manier van het aanvragen van spoedeisende ritten met als soort ambulancevervoer bestemming SEH. Focus lag hierbij op spoedeisende ritten bij ouderen aangevraagd via burger 112 – melding en via de huisarts, omdat dit de grootste groepen aanvragers betrof in 2016 (50% van de meldingen verliepen via burger 112 en 37% van de meldingen via de telefoonlijn van de huisarts). Door beperkingen in data en resources is er verder niet gekeken naar (spoedeisend) vervoer tussen locaties van SEH.

## Resultaten

### Spoedeisende ritten

Het totaal aantal spoedeisende ritten in Den Haag onder ouderen (60+) steeg van bijna 13.000 ritten in 2012 naar ruim 16.000 ritten in 2016. Per 1.000 ouderen is dit een toename van het totaal aantal spoedeisende ritten van 139 naar 161 in de periode 2012-2016. Dit betekent over deze periode een toename in aantal van 16% (zie Tabel 1 op pagina 28).

## Definities

### Spoedeisend vervoer

Bij spoedritten wordt er door de Regionale Ambulance Voorziening Haaglanden onderscheid gemaakt tussen twee urgentie categorieën: urgentie A1 (de hoogste prioriteit) en urgentie A2 (normale prioriteit).

#### A1 rit

Een A1 rit is een spoedeisende rit onder de hoogste prioriteit. Hierbij wordt een ambulance ingezet met zwaailicht en sirene. De ambulance moet proberen binnen 15 minuten ter plaatse te zijn, nadat de melding op de meldkamer ambulancezorg is opgenomen.

De indicaties voor een rit met A1 zijn een concreet gevaar voor het leven (ernstige verstoring vitale functies) of blijvende invaliditeit bij een patiënt of dit kan bij melding niet worden uitgesloten. Daarnaast kunnen er therapeutische redenen zijn om een A1 urgentie af te geven.

#### A2 rit

Een A2 rit is een spoedeisende rit onder normale prioriteit. De ambulance rijdt zonder zwaailicht of sirene. Er is geen sprake van een levensbedreigende situatie, maar een snelle aanwezigheid is wel gewenst omdat er sprake is van (ernstige) gezondheidsschade.

De ambulance moet proberen binnen 30 minuten ter plaatse te zijn.

### Soort ambulancevervoer spoedeisende ritten

In dit onderzoek zijn dit bestemming spoedeisende hulp (SEH), het verrichten van eerste hulp op locatie (EHGV), opname in het ziekenhuis of bestemming polikliniek.

#### SMASH

SMASH staat voor de Stichting Mobiele Artsen Service Haaglanden en is een samenwerkingsverband van alle huisartsen in Den Haag, Leidschendam, Rijswijk, Voorburg en Wassenaar. SMASH regelt spoedeisende huisartsenhulp buiten kantooruren (zoals avond-, nacht- en weekenddiensten).



**Tabel 1.** Totaal aantal spoedeisende ritten, ouderenpopulatie (60+) Den Haag, 2012-2016.

Spoedeisende ritten gemeente Den Haag					
	2012	2013	2014	2015	2016
Totaal aantal spoedeisende ritten	12.920	13.194	14.199	15.514	16.101
% toename 2012-2016					25%
Totaal aantal spoedeisende ritten per 1.000 ouderen	139	140	148	158	161
% toename 2012-2016					16%

Per 1.000 ouderen reden de meeste spoedeisende ritten in 2016 naar stadsdeel Escamp (met 192 ritten per 1.000 ouderen), gevolgd door stadsdelen Centrum (met 188 ritten per 1.000 ouderen) en Loosduinen (met 159 ritten per 1.000 ouderen). Het totale aantal spoedeisende ritten per 1.000 ouderen nam toe in alle stadsdelen in de periode 2012-2016. Deze toename per 1.000 ouderen was verder zichtbaar binnen alle vier gedefinieerde leeftijdscategorieën (60-70 jaar, 71-80 jaar, 81-90 jaar en 90-plus).

(Voor uitgebreidere cijfers verschijnt binnenkort de onderzoeksrapportage op de website van GGD Haaglanden [www.ggdhaaglanden.nl](http://www.ggdhaaglanden.nl)).

#### Spoedeisende ritten naar soort ambulancevervoer

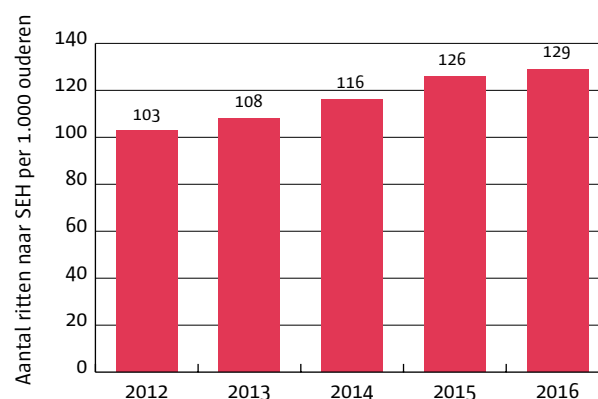
In 2016 hadden bijna 13.000 spoedeisende ritten onder ouderen als bestemming de SEH. Dit betrof het overgrote deel (ongeveer 80%) van het totaal aantal spoedeisende ritten onder ouderen. Overige soorten spoedeisend ambulancevervoer onder ouderen in dat jaar waren het verlenen van eerste hulp op locatie (met een aantal ritten van ruim 3000; ongeveer 19% van het totale aantal spoedeisende ritten), opname in een ziekenhuis (met een aantal ritten van 150; ongeveer 1% van het totale aantal spoedeisende ritten) en bestemming polikliniek (met een aantal ritten kleiner dan 50; minder dan 1% van het totale aantal spoedeisende ritten).

#### Spoedeisende ritten met als soort ambulancevervoer bestemming SEH

Omdat bestemming SEH veruit de grootste groep vormde binnen het soort spoedeisend ambulancevervoer, worden onderstaand alleen spoedeisende ritten met bestemming SEH nader belicht. Een toename was te zien voor het aantal spoedeisende ritten naar de SEH per 1.000 ouderen van 103 naar 129 in de periode 2012-2016 (zie Figuur 1).

Het aantal spoedeisende ritten met bestemming SEH onder ouderen nam toe met de leeftijd (zie Tabel 2 op pagina 29). In 2016 waren er ruim drie en een half keer zoveel ritten naar de SEH binnen de twee oudste leeftijdscategorieën (80-90 jaar en 90-plus) als binnen de jongste categorie (60 tot 70 jaar). Tabel 2 laat zien dat gedurende de periode 2012-2016 het aantal spoedeisend vervoer met als soort vervoer bestemming SEH per 1.000 ouderen binnen alle leeftijdscategorieën ongeveer even sterk toenam (met een intrinsieke toename in aantal van circa 30%).

**Figuur 1.** Aantal spoedeisende ritten per 1.000 ouderen (60-plus) met als soort ambulancevervoer bestemming SEH, Den Haag, 2012-2016.



Het aantal spoedeisende ritten met als soort vervoer bestemming SEH per 1.000 ouderen was in 2016 het hoogste in de stadsdelen Escamp (met 157 ritten per 1.000 ouderen), Centrum (met 140 ritten per 1.000 ouderen), en Loosduinen (met 120 ritten per 1.000 ouderen). Het percentage spoedeisende ritten per 1.000 ouderen nam in de periode 2012-2016 in alle stadsdelen toe, waarvan de grootste percentage toename in het aantal ritten per 1.000 ouderen zich bevond in de stadsdelen Leidschenveen-Ypenburg (met een toename in aantal van 35%), Scheveningen (met een toename in aantal van 32%) en Escamp (met een toename in aantal van 31%).

#### Verschuivingen in urgentie en manier van aanvraag van spoedeisende ritten met als soort ambulancevervoer bestemming SEH

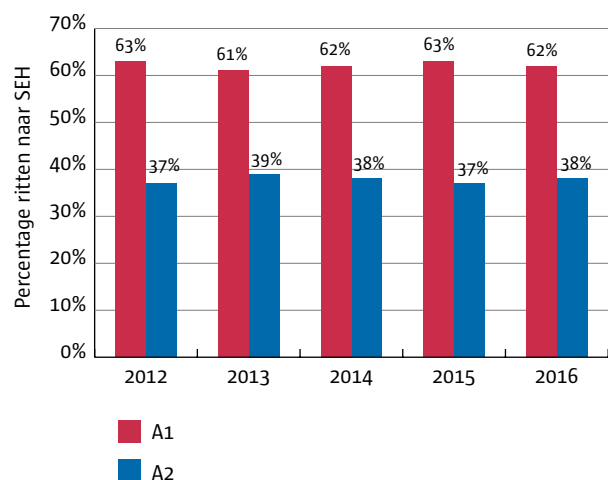
Hoewel een toename te zien was in spoedeisende ritten (A1 en A2; zie kader *definities* op pagina 27) per 1.000 ouderen ten aanzien van soort vervoer bestemming SEH, bleef de urgentieverhouding van spoedeisende ritten met als soort vervoer bestemming SEH in de periode 2012-2016 ongeveer gelijk: over deze periode fluctueerde het percentage A1 ritten met als soort vervoer bestemming SEH onder ouderen tussen 63% en 62%, terwijl het percentage A2 ritten fluctueerde tussen 37% en 39% (zie Figuur 2 op pagina 29).



**Tabel 2.** Aantal spoedeisende ritten met bestemming SEH per 1.000 ouderen (60-plussers ) naar leeftijd, Den Haag, 2012-2016.

Ritbestemming SEH per 1.000 ouderen naar leeftijd			
	2012	2016	Toename 2012-2016
Aantal ritten 60-70 jaar per 1.000 ouderen	59	77	31%
Aantal ritten 71-80 jaar per 1.000 ouderen	108	140	30%
Aantal ritten 81-90 jaar per 1.000 ouderen	195	254	30%
Aantal ritten 90-plus per 1.000 ouderen	209	274	31%

**Figuur 2.** Het percentage spoedeisende ambulance ritten met bestemming SEH naar urgentie (60-plussers), Den Haag, 2012-2016.



Kijkend naar de manier van aanvraag van de spoedeisende ritten met als soort vervoer bestemming SEH onder ouderen, waren verschuivingen waarneembaar (zie Tabel 3). Vooral het aantal aanvragen van A1 ritten onder ouderen naar de SEH via de huisarts nam sterk toe. Het aantal A1 ritten onder ouderen naar de SEH aangevraagd via burger melding 112 nam ook toe, maar in veel mindere mate. Voor het aantal A2 ritten was een omgekeerde trend te zien: via burger melding 112 nam het

aantal A2 ritten onder ouderen naar de SEH juist sterk toe in de periode 2012-2016. Het aantal A2 ritten naar de SEH onder ouderen aangevraagd via de huisarts nam ook toe, echter in veel mindere mate.

*Het aantal aanvragen van A1 ritten onder ouderen naar de SEH via de huisarts nam sterk toe.*

### Discussie

Het doel van dit onderzoek was inzicht bieden in omvang en trends in spoedeisend vervoer onder ouderen in Den Haag in de periode 2012-2016. De belangrijkste conclusie van dit onderzoek is dat het totale spoedeisende vervoer onder ouderen binnen de gemeente Den Haag in de periode 2012-2016 sterk is toegenomen (16%). Het spoedeisende vervoer en het vervoer naar de spoedeisende hulp onder ouderen nam toe met de leeftijd en nam toe in alle stadsdelen. De verhouding A1 tot A2 ritten met bestemming SEH onder ouderen bleef min of meer gelijk in de periode 2012-2016. Wel was er sprake van een verschuiving in de manier aanvraag: zo was er in de periode 2012-2016 een sterke toename van aanvragen van A1 ritten via de huisarts met bestemming SEH. Via burger melding 112 was er juist een sterke toename van aanvraag van ritten onder A2 met bestemming SEH.

**Tabel 3.** Aantal spoedeisende ritten met ritbestemming SEH naar aanvrager en urgentie (60-plussers), Den Haag, 2012-2016.

Spoedeisende ritten met bestemming SEH naar aanvrager			
	2012	2016	Percentage toename 2012-2016
A1 rit via huisarts	1.940	2.813	45%
A1 rit via burger 112	3.617	4.031	11%
<b>Totaal via A1</b>	<b>5.557</b>	<b>6.844</b>	<b>23%</b>
A2 rit via huisarts	1.953	2.271	16%
A2 rit via burger 112	1.125	1.660	48%
<b>Totaal via A2</b>	<b>3.078</b>	<b>3.931</b>	<b>28%</b>



De sterke toename in SEH bezoeken gevonden bij dit onderzoek sluit aan bij de bevindingen in de marktscan van de Nza<sup>1</sup>. Hoewel deze bron een afname laat zien in aantallen spoedeisende bezoeken voor mensen jonger dan 65 jaar, bevestigt deze een toename in aantallen spoedeisend bezoeken voor ouderen in de leeftijd ouder of gelijk aan 65 jaar. (Opgemerkt moet wel worden dat het hier niet geheel duidelijk is of de aantallen SEH bezoeken toe te schrijven zijn aan spoedeisend vervoer vanuit alleen ambulancezorg). Verder lijken de cijfers in dit onderzoek over toename in spoedeisend vervoer tevens aan te sluiten bij gerapporteerde RIVM-cijfers.<sup>2</sup> In dit referentiekader van het RIVM worden schattingen gemaakt over vraag en aanbod van ambulancezorg voor alle leeftijden samen voor de periode 2012-2015 per GGD-regio. De RIVM-cijfers zijn ongeveer hetzelfde als die in dit onderzoek voor Den Haag, ondanks dat de gegevens niet geheel vergelijkbaar zijn voor leeftijdsgroep (het RIVM-rapport rapporteert namelijk over alle leeftijden versus 60-plussers in dit onderzoek) en regio (het RIVM-rapport rapporteert over Haaglanden versus Den Haag in dit onderzoek). De cijfers sluiten verder ook aan bij de toename die gezien wordt in de GGD-regio's van de gehele G4 samen (Amsterdam, Rotterdam-Rijnmond, Haaglanden en Utrecht), indien men Haaglanden met de G4 regio van de GGD kan vergelijken. De door het RIVM geschatte toename van A2 ritten binnen Den Haag lag naar verhouding hoger dan binnen de gehele G4. Cijfers uit dit onderzoek bevestigden deze sterke toename in A2 ritten in de periode 2012-2016 binnen Den Haag.

Op basis van de cijfers uit dit onderzoek is niet te onderbouwen of de gerapporteerde toename in spoedeisend vervoer het gevolg is van het veranderende zorglandschap, waarbij een toenemend aantal ouderen langer thuis woont. Effecten van publiekscampagnes, toenemend effect van vergrijzing en een grotere zelfkennis kunnen de zorgvraag ook beïnvloeden en doen verschuiven. Maar dit niet alleen. Ook zouden een veranderend zorgaanbod, waaronder afname van capaciteit van de zorgverlening (bijvoorbeeld minder capaciteit verpleging, druk op de huisartsenpost, sluiten van verzorgingshuizen), veranderingen in medische dienstverlening en veranderingen in protocollaire urgentietoekenningen in de meldkamer van de RAV<sup>2,8</sup> van invloed kunnen zijn op de verschuivingen. Dit zou een toename in A2 ritten mede kunnen verklaren. Wanneer de cijfers van het RIVM<sup>2</sup> voor Haaglanden worden vergeleken met de cijfers in

andere regio's in Nederland (buiten de G4 regio's) zijn er grote verschillen te zien. Dit zou naast demografische factoren ook te maken kunnen hebben met verschillen in regionaal zorgaanbod en zorgbeleid.

Dit onderzoek had niet als doel het complexe samenspel van factoren te belichten die toename of verschuiving in spoedeisende ritten onder ouderen zouden kunnen veroorzaken. Voor een completer beeld is veel uitgebreider onderzoek nodig op verschillende vlakken van vraag en aanbod in de zorg. Wel geeft dit onderzoek inzicht in de aantallen spoedeisende ritten onder ouderen in de periode 2012-2016 in Den Haag. Omdat nog niet alle cijfers beschikbaar zijn voor 2017 en 2018, is het niet goed te zeggen of de gevonden toename van spoedeisende ritten onder ouderen zich voortzet. Op basis van landelijke cijfers over 2017 lijkt echter de totale toename sinds 2012 voor het eerst te stagneren. Dit is met name het geval voor het aantal ritten met een A1 urgentie. Voor ritten met A2 urgentie is dit beeld nog niet waar te nemen.<sup>9</sup> Op basis van bevindingen in ons onderzoek en het ongewijzigd blijven van (zorg)beleid is het niet aannemelijk dat de vraag naar spoedeisend vervoer op korte termijn substantieel zal verkleinen. Ondanks de veronderstelde stagnatie van het totaal aantal spoedeisende ritten blijft het aantal in het kader van de publieke/maatschappelijke gezondheid hoog, hetgeen niet beschouwd wordt als wenselijk. Daarnaast blijft ook de druk op ambulancevervoer en de SEH onverminderd hoog, hetgeen impact heeft voor de sector. Wanneer het de ambitie is om spoedeisend vervoer te reduceren moet gedacht worden aan aanpassingen op verschillende terreinen zoals het bestaande triageprotocol, betere afstemming, samenwerking en informatievoorziening tussen patiënten en zorgpartners in de acute zorg. Lokaal zorgbeleid zou in de Haagse situatie een rol van betekenis kunnen spelen via gerichte beleidskeuzes.

---

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

---



## OVER DE AUTEURS

**Dhr. drs. A. Meijerman**, epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie GGD Haaglanden. **Mw. drs. F.A.M. van Leeuwen-Voerman**, arts Maatschappij en Gezondheid en medisch manager ambulancezorg RAV Haaglanden. **Dhr. drs. R. Huijbers**, MPM, productgroep manager ambulancezorg GGD Haaglanden.

**Dhr. dr. P.J.M. Uitewaal**, senior epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie GGD Haaglanden.

E-mail: antoine.meijerman@ggdhaaglanden.nl

## REFERENTIES

- 1 Nederlandse Zorgautoriteit, **Marktscan acute zorg**. [Online]. 2017 (bezoekt op 28-jun-2018); Beschikbaar op URL [https://ineen.nl/assets/files/assets/uploads/Marktscan\\_acute\\_zorg\\_2017.pdf](https://ineen.nl/assets/files/assets/uploads/Marktscan_acute_zorg_2017.pdf).
- 2 RIVM, **Referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg 2016**. [Online]. 2016 (bezoekt op 17-jan-2018); Beschikbaar op URL [https://www.rivm.nl/Documenten\\_en\\_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2016/oktober/Referentiekader\\_spreiding\\_en\\_beschikbaarheid\\_ambulancezorg\\_2016](https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2016/oktober/Referentiekader_spreiding_en_beschikbaarheid_ambulancezorg_2016).
- 3 NOS, **Meer ouderen naar spoedposten**. [Online]. 2015 (bezoekt op 17-jan-2018); Beschikbaar op URL <https://nos.nl/artikel/2059896-meer-ouderen-naar-spoedposten.html>.
- 4 Telegraaf, **Toename ouderen op spoedeisende hulp**. [Online]. 2016 (bezoekt op 17-jan-2018); Beschikbaar op URL <https://www.telegraaf.nl/nieuws/1294360/toename-ouderen-op-spoedeisende-hulp>.
- 5 De Volkskrant, **Steeds meer ouderen op eerste hulp na val; toename veel groter dan verwacht**. [Online]. 2016 (bezoekt op 28-jun-2018); Beschikbaar op URL <https://www.volkskrant.nl/binnenland/steeds-meer-ouderen-op-eerste-hulp-na-val-toename-veel-groter-dan-verwacht~a4415199>.
- 6 Het Parool, **Aantal 65-plussers op spoedeisende hulp explosief toegenomen**. [Online]. 2017 (bezoekt op 28-jun-2018); Beschikbaar op URL <https://www.parool.nl/amsterdam/aantal-65-plussers-op-spoedeisende-hulp-explosief-toegenomen~a4461317>.
- 7 Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijkrelaties, **Integrale visie op de woningmarkt**. [Online]. 2014 (bezoekt op 28-jun-2018); Beschikbaar op URL <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-32847-121.html>.
- 8 TNO, **Effectmeting directe inzet ambulance (DIA)** [Online]. 2015 (bezoekt op 24-jul-2018); Beschikbaar op URL <https://publications.tno.nl/publication/34616445/RUTHoX/TNO-2015-R10240.pdf>.
- 9 Ambulancezorg Nederland, **Tabellenboek 2017**. [Online]. 2017 (bezoekt op 24-jul-2018); Beschikbaar op URL <https://www.ambulancezorg.nl/themas/sectorkompas-ambulancezorg/toelichting-sectorkompas>.



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.

# Roken

Roken is de belangrijkste oorzaak van ziekte en sterfte in Nederland. Ruim een achtste van de totale ziektelast is toe te schrijven aan roken. Roken is verantwoordelijk voor een groot deel van de sterfgevallen aan longkanker, COPD (chronische bronchitis en longemfyseem) en een aantal vormen van kanker in het hoofdhalsgebied. Daarnaast verhoogt roken de kans op een groot aantal aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten en suikerziekte, en draagt bij aan een ongunstig beloop van chronische ziekten. De negatieve gevolgen van roken zijn niet beperkt tot de rokers zelf, maar gelden ook voor het inademen van tabaksrook uit de omgeving door niet-rokers (meeroken), waarbij (ongeboren) kinderen tot de extra kwetsbare groepen behoren. In Nederland overlijden elk jaar meer dan 20.000 mensen aan de gevolgen van roken en meeroken. Uit de Gezondheidsenquête blijkt dat een vijfde (21%) van de inwoners van 19 jaar en ouder in Haaglanden rookt. Dit is vergelijkbaar met Nederland (20%). In totaal gaat het in Haaglanden naar schatting

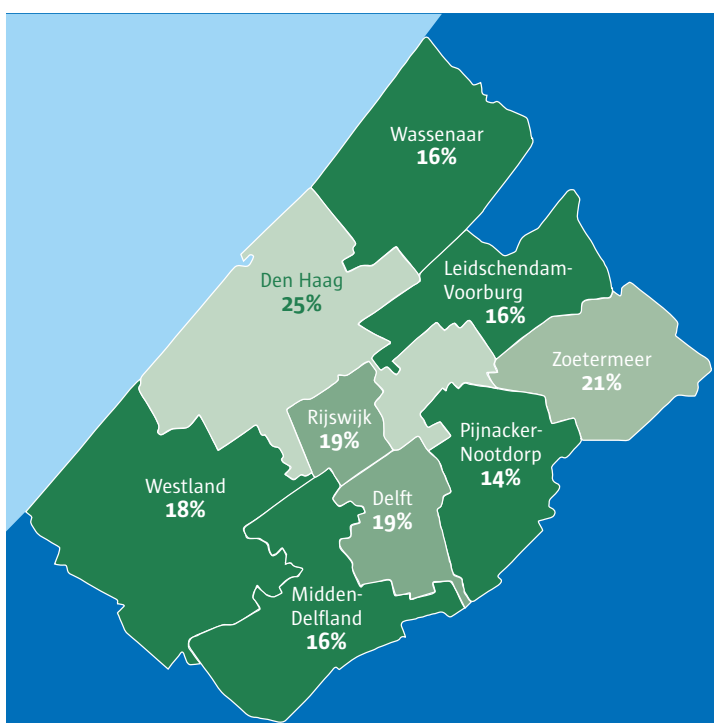
om ongeveer 174.000 inwoners die roken. Binnen Haaglanden varieert het percentage rokers van 14% in Pijnacker-Nootdorp tot 25% in Den Haag. Het percentage rokers in Den Haag is vergelijkbaar met gemiddeld in de G4 (26%).

Het percentage rokers neemt af met de leeftijd, van 25% bij de 19- tot en met 34- jarigen tot 6% bij de 85-plussers. Vrouwen (17%) zijn minder vaak rokers dan mannen (25%).

Van de inwoners van 19 jaar en ouder in Haaglanden gebruikt 3% (wel eens) een e-sigaret en 21% heeft wel eens waterpijp gerookt. Bij 13% van de inwoners van 19 jaar en ouder in Haaglanden is in de afgelopen 12 maanden dagelijks in huis gerookt.

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

**Figuur 1.** Percentage inwoners van 19 jaar en ouder dat rookt.



*Het percentage rokers in Den Haag is vergelijkbaar met gemiddeld in de G4 (26%).*

Bron: Gezondheidsenquête 2016





## Meer dan 7.500 burgerhulpverleners in regio Haaglanden

Afgelopen twee jaar heeft GGD Haaglanden met onder andere de Hartstichting campagne gevoerd in regio Haaglanden om meer burgerhulpverleners te werven. Een eerder bericht hierover stond in het Epidemiologisch Bulletin van september 2017. De campagne is na de zomer van 2018 afgesloten en blijkt uitermate geslaagd. “We kijken terug op een zeer succesvolle campagne,” aldus Thomas Eckhardt, medisch directie adviseur GGD Haaglanden. “Bij de start in 2016 stond de teller op 1.822 burgerhulpverleners in de regio. In de zomer van 2018 waren dit er meer dan 7.500. We hadden stiekem gehoopt op een totaal van zo’n 5000, maar dit overstijgt onze verwachtingen.”

“Nee, dit succes is niet te danken aan een cadeaubon of zoiets. Het komt omdat we met heel veel organisaties hebben samengewerkt. Van buurthuizen tot scholen en

van sportverenigingen tot de vrijwilligersacademie en ADO. Op veel plaatsen hebben we voorlichting gegeven over reanimatie en burgerhulpverlening. We hebben echt mensen opgezocht en dankzij de actieve inzet van GGD-medewerkers bij tal van organisaties op het maatschappelijke vlak aandacht gevraagd en gekregen.”

Iedereen die zich aanmeldde heeft een cursus gevolgd om het reanimatiediploma te halen. “Ze hebben er dus allemaal tijd in gestopt om dit te kunnen gaan doen. Ik heb zelfs een aantal mensen met veel trots horen zeggen: ‘Dit is mijn eerste diploma ooit.’ Het bevestigt dat we mensen hebben kunnen bereiken die we anders niet bereikt hadden. Dus het is een groot succes, we hebben veel meer burgerhulpverleners gekregen dan we hadden gehoopt en dat is goed nieuws voor regio Haaglanden.”

### Online training: Leren over dementie

Hoe kun je er als zorgmedewerker voor zorgen dat iemand met dementie zich prettig voelt? Hoe kun je onbegrepen gedrag bij mensen met dementie voorkomen? En als dit gedrag toch ontstaat, hoe kun je er dan het beste mee omgaan? Deze vragen staan centraal in de online training ‘Leren over dementie’.

De training is ontwikkeld in samenwerking met (leerling) verzorgenden.

**Duur** 5 à 6 uur totaal

**Accreditatie** De e-learning is geaccrediteerd door V&VN (6 punten - 3 punten per deel)

**Investing** €25,-

De online training Leren over dementie is te bestellen via de webshop.  
[www.trimbos.nl/producten-en-diensten/webwinkel/product/af1305-leren-over-dementie](http://www.trimbos.nl/producten-en-diensten/webwinkel/product/af1305-leren-over-dementie)

### Gemeente Den Haag: gratis cursussen en workshops over geld en administratie

Uit Nibud-onderzoek blijkt dat 37% van de Nederlandse huishoudens in 2015 met een of meerdere betalingsachterstanden te maken heeft gehad.

Voor hulpverleners is het vaak niet makkelijk om te achterhalen of en hoe groot financiële problemen zijn. Lang niet altijd durft een betrokkene te erkennen dat de financiën de verkeerde kant op gaan. Het uit zich in veel gepieker, in wanhoop over werkloosheid of in lichamelijke klachten. Het advies aan hulpverleners is: vraag door!

Om te voorkomen dat betalingsachterstanden tot (forse) schulden leiden, geeft de gemeente Den Haag **gratis** cursussen en workshops aan inwoners. Deze gaan onder andere over handig omgaan met geld, lekker en gezond eten voor weinig geld, besparen en budgetteren en het bijhouden van de administratie.

Ook zijn er gratis trainingen voor professionals en vrijwilligers: ‘**Financiële dienstverlening**’ en ‘**Omgaan met financiële hulpvragen**’

Voor meer informatie zie: [www.denhaag.nl/financieelgezond](http://www.denhaag.nl/financieelgezond)

## Ministers Bruins en Grapperhaus bezoeken GGD GHOR Haaglanden

**Op 15 oktober bezochten minister Bruins (Medische Zorg en Sport) en minister Grapperhaus (Justitie en Veiligheid), de GGD GHOR (Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio) Haaglanden en maakten nader kennis met diverse activiteiten.**

### Een goede rampenbestrijding van levensbelang

Directeur Publieke Gezondheid (DPG) van GGD Haaglanden Ton van Dijk sprak samen met Tonny van de Vondervoort, de voorzitter van GGD GHOR Nederland, over onderwerpen waar zorg en veiligheid elkaar raken. Aandachtspunten hierbij waren zorgcontinuïteit, gewondenspreiding inclusief de problematiek van de medische triage, positionering van de DPG, de terrorismegevolgbestrijding (TGB), evenementen-advisering en het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). Deze activiteiten kunnen van levensbelang zijn bij een goede rampenafwikkeling, waar de volksgezondheid en veiligheid de eerste prioriteit hebben. Sprekers wezen op een verschuiving van de klassieke ramptypen naar de sociale crises, zoals de misstanden bij camping Fort Oranje en grootschalige zedenzaken.

### Forensische zorg vraagt om samenwerking

Ook in het vakgebied forensische geneeskunde komen zorg en veiligheid samen, aldus de sprekers. Forensisch artsen houden zich bezig met de lijkschouw als er een vermoeden bestaat van een niet natuurlijke doodsoorzaak, met forensisch medisch onderzoek waarbij sporen worden verzameld of letsels worden beschreven zoals na een zedenmisdrijf of mishandeling en ten slotte met de medische arrestantenzorg

### Belang van zorg én veiligheid

Bruno Bruins benadrukte het belang van het gezamenlijke bezoek: "Goede samenwerking tussen zorginstellingen en overheden is in crisissituaties letterlijk van levensbelang. Het is goed om te zien dat alle betrokken partijen hard werken om ook in dit soort situaties de kwaliteit van zorgverlening zo hoog mogelijk te houden."

(Bron: ggdghor.nl)

## Steeds meer GGZ-professionals volgen e-learning over infectieziekten

Deelnemers aan de e-learning 'Infectieziekten in de GGZ' van de GGZ Ecademy zijn zeer positief. De e-learning is bedoeld om de kennis over het risico op infectieziekten bij drugsgebruik onder GGZ-professionals te vergroten. Deelnemers aan de e-learning leren in twee uur onder andere:

- Wat infectieziekten zijn en hoe overdracht plaatsvindt
- Hoe besmetting kan worden voorkomen
- Welke cliënten een verhoogd risico op infectieziekten hebben
- Wat eigenschappen zijn van ziekten als virale hepatitis, hiv/aids, soa's en tuberculose
- Welke richtlijnen gelden bij besmetting

Meer informatie: [www.ggzecademy.nl](http://www.ggzecademy.nl)

(Bron: Trimbos-Instituut)

## Training Zicht op Evenwicht Werkt u met ouderen die bang zijn om te vallen?

Ruim de helft van alle 65-plussers is bezorgd om te vallen en vermijden activiteiten zoals wandelen, boodschappen doen of op bezoek gaan bij familie en vrienden. Dit vermindert vaak het levensplezier en vergroot de kans op sociale isolatie. De cursus Zicht op Evenwicht is een effectieve interventie voor ouderen om valangst te verminderen. Na de train de trainers training kunt u de cursus zelfstandig verzorgen in uw regio.

Voor HBO-geschoolde professionals die werkzaam zijn in de zorg voor ouderen zoals wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten en ergotherapeuten. De cursus wordt zowel in groepsverband als individueel aangeboden.

Datum 19 december 2018

Locatie: Trimbos-instituut

Kosten € 395,-

(Bron: Trimbos-Instituut)



## Cursussen NSPOH

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

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

### **Managers verkennen publieke gezondheidszorg: een stoomcursus**

Het beleid van elk ministerie en elke bedrijfssector heeft effect op de volksgezondheid. Als directeur of manager in de publieke gezondheid heeft u daarmee te maken en is het zaak een inhoudelijke koers te realiseren die congruent is met de beginselen van de public health. In deze module leert u die complexiteit in korte tijd doorgronden.

Voor bestuurders, directeuren en managers met een nieuwe functie in de public health, en zij die hun kennis over public health op strategisch niveau willen opfrissen.

Data: 16 en 30 januari, 13 februari, 6 en 20 maart, 3 en 17 april en 8 mei 2019

Locatie: Utrecht

Kosten: € 1.800,-

### **Vaccins: mogelijkheden en de weerbarstige praktijk**

Al twee eeuwen vormen vaccinaties een belangrijke strategie in de bestrijding van infectieziekten. Toch blijft vaakzaamheid geboden. Door veranderingen in de micro-organismen dienen vaccins te worden aangepast of opnieuw ontwikkeld te worden. Daarnaast laten onderzoeken zien dat vaccins in de toekomst ook buiten het domein van de infectieziekten kunnen worden ingezet. Een module om bij te blijven in dit dynamische vakgebied.

Voor artsen infectieziektebestrijding, AGZ, JGZ, huis- en bedrijfsartsen die praktijkervaring hebben met vaccineren.

Data: 23 en 30 januari, 6 en 13 februari 2019

Locatie: Utrecht

Kosten: € 1.580,-

### **Je werkdruk de baas!**

Veel professionals hebben last van hoge werkdruk. Zij hebben het gevoel dat ze geen grip meer hebben op hun agenda. Uiteindelijk gaat dit ten koste van het plezier in het werk. Een praktische timemanagementmodule voor een betere balans tussen werk en privé.

Voor professionals werkzaam in de public en occupational health.

Datum: 11 februari 2019

Locatie: Utrecht

Kosten: € 395,-

### **Risico- en crisiscommunicatie uitgelicht**

Risicocommunicatie zoomt in op potentiële (gezondheids-) risico's. Crisiscommunicatie gaat vooral over de acute fase, waarin een risico zich ontwikkelt tot een crisis. Wie in het werk te maken kan krijgen met ongevallen, rampen of andere risicovolle situaties leert hoe in die gevallen om te gaan met publiek en media.

Voor beleidsmakers en professionals op het gebied van veiligheid en (publieke) gezondheid die affiniteit hebben met medische milieukunde of infectieziektebestrijding.

Datum: 12 maart 2019

Locatie: Utrecht

Kosten: € 790,-

### **Training adviesvaardigheden**

Adviseren neemt een steeds belangrijkere plaats in binnen organisaties in de publieke gezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg. Een training voor mensen met een adviserende taak in de publieke of bedrijfsgezondheidszorg. Voor artsen en andere professionals met een adviserende taak in de publieke gezondheidszorg of bedrijfsgezondheidszorg.

Data: 3 en 17 april en 15 mei 2019

Locatie: Utrecht

Kosten: € 1.185,-

Inlichtingen over alle cursussen en opleidingen bij NSPOH: [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl), tel: (030) 810 05 00, e-mail [info@nspoh.nl](mailto:info@nspoh.nl).

De nieuwe NSPOH-brochure Bij- en nascholing 2019 is verschenen met ruim 160 verschillende modules.

De pdf van de brochure is te downloaden vanaf de website en kan op verzoek ook worden opgestuurd.



## Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 3e kwartaal 2018

Ziekte	3e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 3e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	3e kwartaal 2018	3e kwartaal 2017	3e kwartaal 2016	1e t/m 3e kwartaal 2018	1e t/m 3e kwartaal 2017	1e t/m 3e kwartaal 2016
<b>A-ZIEKTEN</b>						
MERS-CoV						
Pokken						
Poliomyelitis anterior acuta						
SARS						
Virala haemorrhagische koorts						
<b>B-ZIEKTEN</b>						
(humane infectie)avaire influenza						
Difterie						
Pest						
Rabies						
Tuberculose	25	22	21	69	54	85
Buiktyfus				3		1
Cholera						
Hepatitis A	5	5	2	13	18	3
Hepatitis B acuut en chronisch	31	43	26	98	126	98
Hepatitis C acuut	1	2		4	5	1
Kinkhoest	84	85	93	181	250	295
Mazelen	1	1		7	1	
Paratyfus A,B,C	4	3		6	5	1
Rubella						
STEC (e-coli)	9	8	3	21	8	11
Shigellose	22	13	11	34	36	19
Invasieve GAS	3	2	4	9	16	9
Voedselinfectie	6	2	1	6	4	5
<b>C-ZIEKTEN</b>						
Antrax (miltvuur)						
Bof	2	1		3	3	1
Botulisme						
Brucellose		1			1	
Ziekte van Creutzfeld-Jacob klassiek	1		1	3	1	1
Ziekte van Creutzfeld-Jacob variant						
Gele koorts					1	
Invasieve HIB		1	1	1	2	1
Hantavirusinfectie						

## Vervolg overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 3e kwartaal 2018

Ziekte	3e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 3e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	3e kwartaal 2018	3e kwartaal 2017	3e kwartaal 2016	1e t/m 3e kwartaal 2018	1e t/m 3e kwartaal 2017	1e t/m 3e kwartaal 2016
Legionellose/legionella pneumonie	16	23	13	28	27	19
Leptospirose	1	2	6	1	3	7
Listeriose	3			5	5	5
Malaria	11	7	6	17	21	12
Meningokokkose	4	4	1	14	18	6
MRSA infectie (cluster buiten ziekenhuis)		1			1	
Invasieve pneumokokken (bij kinderen)	1			3	3	
Psittacose		1	1		4	2
Q koorts						
Tetanus						
Trichinose						
West Nilevirus						
Zikavirus						
<b>Totaal</b>	<b>230</b>	<b>227</b>	<b>190</b>	<b>526</b>	<b>613</b>	<b>582</b>

## Infectieziekten gemeld door instellingen in 2018

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de meldingen door instellingen in het eerste tot en met derde kwartaal 2018. Deze instellingen behoren tot instellingen waar 'kwetsbare' groepen zoals kinderen, ouderen of zieken verblijven. Op grond van artikel 26 van de Wet op de publieke gezondheid moeten die instellingen sommige infectieziekten melden bij de GGD.

Scenario	Kinderopvang	Onderwijsinstelling	AWBZ zorginstelling	Ziekenhuis	Eindtotaal
Huiduitslag/exanthemen	46	20	3	3	72
Impetigo (krentenbaard)	12	5			17
Gastro-enteritis	16		35	2	53
Schimmelinfectie		2			2
Luchtweginfectie	1		2		3
Anders*	3	1	3		7
Influenza(-achtig) ziektebeeld	1		16		17
<b>Eindtotaal</b>	<b>79</b>	<b>28</b>	<b>59</b>	<b>5</b>	<b>171</b>

\*Anders = 3x BRMO, conjunctivitis, pfeiffer, otitis, parotitis



## Meldingen infectieziekten

### Shigellose

In het derde kwartaal 2018 is een verheffing te zien van het aantal meldingen van shigellose in het werkgebied van GGD Haaglanden.

Shigellose is een ernstige darminfectie die wordt veroorzaakt door een shigellabacterie. De infectie begint meestal acuut met koorts en buikkrampen, gevolgd door waterdunne frequente diarree.

De shigellabacterie zit in de ontlasting van iemand die besmet is. Bij toiletgebruik kunnen de toiletbril, de spoelknop en andere voorwerpen besmet raken. Door contact met deze voorwerpen kan de bacterie op de handen en daarna in de mond terecht komen. Via de handen kan de bacterie ook op eetgerei en op eten terecht komen.

In Nederland gaat het meestal om infecties na een reis naar het buitenland. Dit was bij ruim 75% van de meldingen in dit kwartaal het geval (17 van de 22). In een aantal situaties bleken meerdere personen binnen een reisgezelschap besmet te zijn met deze bacterie.

Vaccinatie tegen deze bacterie is niet mogelijk. Goede hygiëne helpt om verspreiding van de ziekte te voorkomen. Soms is het nodig zieken te weren van werk in de zorg of voeding of van de kinderopvang zolang zij de bacterie bij zich dragen.

### Voedselinfecties

Een voedselinfectie is een ontsteking van de maag en darmen waarbij diarree, braken en andere klachten kunnen optreden. Zij wordt veroorzaakt door een bacterie of virus die via de voeding wordt overgedragen.

Veel voedselinfecties ontstaan bij mensen thuis, simpelweg door onvoldoende hygiënische maatregelen. Bijvoorbeeld doordat iemand zijn handen niet wast nadat hij naar het toilet is geweest en vervolgens eten klaarmaakt. Maar ook door kruisbesmetting, als bijvoorbeeld op dezelfde snijplank zowel rauw vlees als sla gesneden wordt. Zelfs het gebruik van hetzelfde mes kan een besmetting veroorzaken. Ook het eten van vlees of vis dat aan de binnenkant niet gaar is, of rauwe schelpdieren, vergroot het risico op een voedselinfectie.

Een voedselinfectie valt onder de meldingsplicht wanneer er twee of meer personen ziek geworden zijn na het gebruik van hetzelfde voedsel of drinken. GGD Haaglanden krijgt de meeste meldingen van voedselinfecties tijdens de zomermaanden.

Opvallend bij deze meldingen in het 3<sup>e</sup> kwartaal was dat er twee keer sprake was van een scombroid vergiftiging; een vorm van voedselinfectie die tot stand komt doordat mensen besmette vis eten.

Door een onjuiste bewaring of verwerking van de vis, komen bacteriën in de vis terecht die een toxine (gifstof) produceren.

### Landelijke vaccinatiecampagne tegen meningokokke type ACWY

Sinds enkele jaren neemt het aantal gevallen van ernstige hersenvliesontsteking, veroorzaakt door de meningokok type W, toe. Daarom heeft de overheid besloten tot opname in het Rijksvaccinatieprogramma van een vaccin dat ook tegen de meningokok type W beschermt. Met de slogan 'Deel dit niet met je vrienden. Haal die prik tegen meningokokkenziekte' nodigen het RIVM en de jeugdgezondheidsorganisaties jongeren uit de vaccinatie tegen meningokokkenziekte te halen. Vanaf half september hebben 130.000 jongeren, geboren tussen 1 mei en 31 december 2004 een uitnodiging ontvangen voor deze vaccinatie. Jongeren geboren tussen 1 januari 2001 tot en met 30 april 2004 en jongeren geboren in 2005 krijgen in de loop van 2019 een uitnodiging voor de vaccinatie.

Door de aandacht in de media aan deze vaccinatiecampagne (met name ook de verhalen van ernstig zieke mensen en overleden kinderen) krijgt de GGD veel vragen van ouders om hun kinderen buiten de campagne om te vaccineren. Ondanks het feit dat de kans op het krijgen van deze ziekte heel klein is, willen veel mensen gebruikmaken van de mogelijkheid om zich op eigen kosten tegen meningokokken W te laten vaccineren. De GGD organiseert de komende maanden speciale spreekuren om aan deze vraag te kunnen voldoen.



## COLOFON

---

November 2018, 53<sup>ste</sup> jaargang nr. 4

## REDACTIE

---

**mw. dr. G.A.M. Ariëns**, GGD Haaglanden (hoofdredacteur)  
**mw. drs. R.J. Beuker**, GGD Haaglanden (kernredacteur)  
**dhr. dr. P.K. Chandie Shaw**, internist, Haaglanden Medisch Centrum  
**mw. E.M. van Dalen** (redactiesecretaris/eindredacteur)  
**Dhr. T. Eckhardt MSc**, arts, GGD Haaglanden, (kernredacteur)  
**mw. dr. M. Kamphuis**, JGZ Zuid-Holland West  
**dhr. drs. M. Lemmink**, GGD Haaglanden  
**mw. dr. ir. I.M. van der Meer**, GGD Haaglanden (kernredacteur)  
**mw. dr. C.W. Slotema**, PsyQ  
**dhr. dr. R. Starmans**, huisarts  
**mw. drs. E. Vlagsma**, GGD Haaglanden (kernredacteur)

## REDACTIEADRES

---

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

## Epidemiologisch Bulletin op internet

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

## Ontwerp

Ontwerpwerk

## Uitgave

GGD Haaglanden

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

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

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

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

ISSN 0921-6219



BEZOEKADRESSEN

Westeinde 128  
2512 HE Den Haag

Reinier de Graafweg 5  
2625 AD Delft

Croesinckplein 24-26  
2722 EA Zoetermeer

POSTADRES

Postbus 16130  
2500 BC Den Haag

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

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