Gemeente Albrandswaard

Gemeenteraad van Albrandswaard
p/a de griffie

Uw brief van:		Ons kenmerk:	1357898
Uw kenmerk:		Contact:	René van Griensven
Bijlage(n): div		Doorkiesnummer:	0653965948
		E-mailadres:	r.v.griensven@bar-organisatie.nl
		Datum:	20 november 2018

Betreft: Informatie GGD Rotterdam-Rijnmond

Geachte raadsleden,

INLEIDING

Met deze brief informeren wij u over de relatie van de gemeente met de GGD Rotterdam-Rijnmond (GGD-RR). Tevens bieden wij u ter kennisname enige inhoudelijke informatie over het werk dat de GGD-RR uitvoert. Mocht u naar aanleiding hiervan vragen of opmerkingen hebben dan horen wij dat graag. Ten aanzien van de recent verschenen Gezondheidsmonitor Kinderen 2018 ontvangt u van ons separaat nog een beeldvormend raadsvoorstel. De uitkomsten van de monitor met betrekking tot de kinderen in Albrandswaard willen wij met u bespreken tijdens het Beraad & Advies Welzijn van 14 januari 2019. Wij vragen de GGD-RR dan een korte presentatie te verzorgen.

Toelichting

Gemeenschappelijke regeling

De gemeente heeft de wettelijke taak de gezondheid van de inwoners te bevorderen. Voor de in de wet genoemde taken dienen de gemeenten in de (veiligheids)regio via een gemeenschappelijke regeling (GR) een gemeentelijke gezondheidsdienst in stand te houden. Voor de regio Rijnmond vormen de wethouders volksgezondheid van de 15 deelnemende gemeenten het algemeen bestuur. De GR GGD-RR kent geen dagelijks bestuur. De GGD-RR is onderdeel van het concern Rotterdam, de bedrijfsvoering en het financieel risico liggen geheel bij de gemeente Rotterdam.

Inhoud basistakenpakket

Gemeenten hebben verschillende wettelijke taken op het gebied van de volksgezondheid, zoals de bestrijding van infectieziekten, informatievoorziening, het (laten) doen van onderzoek naar de gezondheidssituatie van de inwoners, het bevorderen van psychosociale hulp bij rampen, het bevorderen

van preventieprogramma's en het uitvoeren van de inspecties kindercentra.
De GGD-RR verzorgt voor de gemeente het basistakenpakket volksgezondheid, waarmee wordt voldaan aan de wettelijke taken conform de Wet Publieke Gezondheid. Met de uitvoering van het basistakenpakket wordt de gezondheid van de bevolking van Albrandswaard bevorderd en worden de ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn op de gezondheid van de inwoners gevolgd.

De GGD-RR geeft de gemeente ook advies voor en ondersteunt de gemeente bij de ontwikkeling en uitvoering van het lokale gezondheidsbeleid. Dit doet zij onder andere door het leveren van (epidemiologische) gegevens, het uitvoeren van de gezondheidsmonitors (vierjaarlijks voor volwassenen én idem voor jeugd) en het geven van beleidsadviezen op basis van de uitkomsten van de monitors. Samen met de GGD-RR organiseren de gemeenten in Rijnmond regelmatig themabijeenkomsten waarbij uitwisseling van informatie en goede praktijkvoorbeelden plaatsvindt en we kijken of een gezamenlijke aanpak m.b.t. bepaalde interventies of programma’s mogelijk is.

Naast het basistakenpakket kan de gemeente plusproducten afnemen, hier dient apart voor betaald te worden. Albrandswaard neemt van de GGD-RR alleen het Wmo-toezicht extra af.

Kosten basisstakenpakket
Het basistakenpakket kent een vast deel aan producten waarvoor per gemeente een vast bedrag per inwoner betaald wordt. Dit zijn alle basistaken behalve de kinderopvanginspecties. Er vindt op dit vaste deel geen nacalculatie plaats. De kinderopvanginspecties, die als variabel deel zijn opgenomen, worden na afloop van het kalenderjaar afgerekend op basis van de werkelijk verrichte inspectie-uren.
Voor Albrandswaard komen de kosten van het basistakenpakket in 2018 met een inwonerbijdrage van € 5,10 voor het vaste deel op € 128.093,- en met € 1,14 voor het variabele deel op € 28.670,-.
Dit is totaal € 156.763,-.

De GGD-RR informeert de gemeente via kwartaalrapportages en het jaarverslag over de uitvoering van het basistakenpakket. Inzichtelijk wordt bijvoorbeeld gemaakt hoeveel meldingen van infectieziekten er zijn geweest en hoeveel inspecties kinderopvang hebben plaatsgevonden.
De begroting en het jaarverslag van de GGD-RR bieden wij uw raad jaarlijks aan. Met betrekking tot de begroting heeft u de mogelijkheid een zienswijze in te dienen.

Informatie
Bijgevoegd vindt u een aantal factsheets van de GGD-RR op het gebied van gezondheid en milieu, infectieziektebestrijding, tuberculosebestrijding, soa en seksualiteit, de uitkomsten van de meest recente monitor voor kinderen en een onderzoek seks onder 25 jaar. Zie voor nadere informatie ook de website van de GGD-RR: https://www.ggdrotterdamrijnmond.nl/professionals/.

Gemeente Albrandswaard

BIJLAGEN

1. Factsheet Gezondheid en Milieu (1357899)
2. Factsheet Infectieziektebestrijding (1363272)
3. TBC jaarcijfers 2017 (1363273)
4. Factsheet Soa & Seksualiteit (1363274)
5. Factsheet Gezondheidsmonitor Kinderen 2018 (1363275)
6. Landelijke samenvatting Seks onder je 25ste 2017 (1363276)
7. Rapport Rijnmond Seks onder je 25ste (1363277)

Met vriendelijke groet,
het college van de gemeente Albrandswaard,

de secretaris,	de burgemeester,
Hans Cats	drs. Hans-Christoph Wagner

GGD
Rotterdam-Rijnmond

Gezondheid en Milieu

in de regio Rotterdam-Rijnmond

De GGD Rotterdam-Rijnmond ondersteunt de regiogemeenten in hun taak een gezonde leefomgeving te creëren. Dit doen zij door het stimuleren van een veilige leefomgeving en het beperken van contact met milieuverontreiniging.

Taken

Het team Het team Gezondheid & Milieu voert de volgende taken uit voor alle gemeenten in het werkgebied van de GGD:

- Vragen en klachten van inwoners behandelen (meldingen);
- De gemeenten, de bevolking, milieudiensten en -afdelingen, de gezondheidszorg, ruimtelijke planners, stedenbouwers en anderen op aanvraag (reactief) adviseren over kwesties in de leefomgeving die raken aan gezondheid;
- Beoordelen van risico's op het gebied van milieu en gezondheid en ondersteuning bieden bij de communicatie hierover.

Ook draait het team voor Rotterdam mee in verschillende ruimtelijke en beleidsmatige trajecten. Andere gemeenten uit het werkgebied van de GGD kunnen deze vorm van proactieve advisering desgewenst inkopen.

Met de invoering van de Omgevingswet (naar verwachting in 2021) verandert er veel voor gemeenten. Het team G&M verkent hoe we de gemeenten kunnen ondersteunen bij hun voorbereiding op deze wet. Gezondheid moet volgens de Omgevingswet worden meegewogen bij ruimtelijke keuzes. De wet biedt kansen om de publieke gezondheid te beschermen en te bevorderen door:

- De samenhang tussen gezondheid, milieu, veiligheid en ruimtelijke ordening te vergroten;
- De uitvoering van de wet te verbinden met de Wet publieke gezondheid (Wpg, artikel 2c en 16) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Het begrip 'positieve gezondheid': zelfredzaamheid, veerkracht en adaptief vermogen, past helemaal bij de doelstellingen van de Omgevingswet. Bijvoorbeeld door het benutten van de positieve invloed van groen op het welbevinden van inwoners.

Het team

Het team G&M heeft brede expertise in huis: medische, gezondheidskundige, toxicologische, milieu- en risico-communicatieve deskundigheid.

Meldingen en adviezen

Per jaar worden rond de 400 adviezen gegeven en ongeveer 400 meldingen behandeld. Antwoorden op eenvoudige vragen zijn te vinden op de website van de GGD, www.ggdrotterdamrijnmond.nl/gezond-leven-wonen.

Meldingen en adviezen: cijfers

In de twee tabellen staan de meldingen en de adviezen per gemeente over 2017 en de vier voorgaande jaren. De 'top drie' van medische milieukundemeldingen bestaat uit vragen van bewoners over schimmel, asbest en vocht.

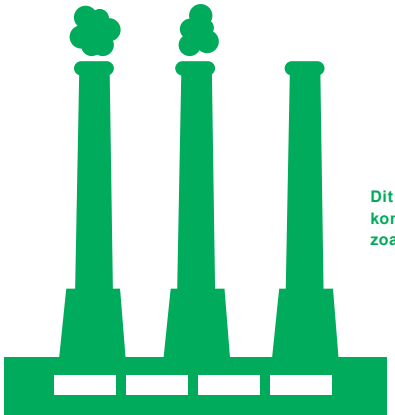
De onderwerpen zijn verder divers. Er zijn vragen en meldingen over situaties in het binnenmilieu, zoals: asbest, biologische factoren, chemische stoffen als formaldehyde, weekmakers, geluid, koolmonoxide of kwik. Voor buitenmilieu: kunstgras, asbest, eikenprocessierups, geluid, hitte, rookgassen, stank, uitlaatgassen enzovoorts.

Er zijn in totaal 495 meldingen afgehandeld in 2017, waarvan 6 van buiten de regio. Dit aantal is hoger dan de afgelopen jaren en komt vooral door een aantal milieu-incidenten, zoals fipronil eieren, brand Esso.

In 2017 heeft de GGD Rotterdam-Rijnmond 533 adviezen gegeven, waarvan 89 adviezen aan andere instanties zoals de DCMR (milieudienst Rijnmond). Deze adviezen komen ten goede aan de gemeenten binnen de regio Rotterdam-Rijnmond. Dit aantal is flink hoger dan de afgelopen jaren en wordt vooral veroorzaakt door de start van de implementatie van de Omgevingswet en een aantal grote casussen.

De GGD heeft een (betaalde) ondersteunende tweedelijnsfunctie voor andere GGD'en binnen Zuid-Holland. In dit kader zijn er 121 adviezen gegeven.

Er zijn totaal
495
meldingen afgehandeld



Dit aantal is hoger dan de afgelopen jaren en komt vooral door een aantal milieu-incidenten, zoals fipronil eieren, brand Esso

Tabel 1: Meldingen medische milieukunde

Gemeente	2017	2016	2015	2014	2013
Rotterdam	337	302	251	254	296
Albrandswaard	4	0	1	3	6
Barendrecht	6	4	5	6	9
Brielle	2	10	2	1	4
Capelle a/d IJssel	19	8	12	12	13
Goeree-Overflakkee	7	8	8	4	0
Hellevoetsluis	9	17	4	8	14
Krimpen a/d IJssel	9	3	4	3	4
Lansingerland	9	3	5	4	9
Maassluis	5	6	5	5	3
Nissewaard	36	12	12	10	7
Ridderkerk	4	2	4	10	2
Schiedam	16	14	18	15	12
Vlaardingen	24	10	16	13	22
Westvoorne	2	2	0	0	2
Totaal	**495**	**401**	**347**	**348**	**403**

Tabel 2: Adviezen medische milieukunde

Gemeente	2017	2016	2015	2014	2013
Rotterdam	259	281	261	374	274
Albrandswaard	7	5	5	3	8
Barendrecht	8	7	11	1	10
Brielle	7	3	4	2	11
Capelle a/d IJssel	11	4	4	2	12
Goeree-Overflakkee	13	4	2	10	13
Hellevoetsluis	9	3	2	6	10
Krimpen a/d IJssel	23	11	4	1	8
Lansingerland	19	4	2	2	10
Maassluis	8	3	3	4	9
Nissewaard	18	4	5	3	17
Ridderkerk	14	8	8	4	10
Schiedam	23	5	7	7	17
Vlaardingen	14	7	8	4	22
Westvoorne	11	3	2	1	9
Totaal	**533**	**352**	**328**	**424**	**440**

Enkele voorbeelden van wat we doen

Kunstgras

Een uitzending van Zembla over het gebruik van rubbergranulaat op kunstgrasvelden en mogelijke gezondheidsrisico's leidde tot onrust en riep vragen op in heel Nederland. De GGD heeft op landelijk niveau meegedacht over de risicocommunicatie voor bestuurders en burgers. Het team Gezondheid en Milieu informeerde en adviseerde de gemeenten in de regio op meerdere momenten in deze periode van onrust. Bijvoorbeeld met een aankondiging van aanvullende onderzoeken en duiding van de onderzoeksresultaten. Op verzoek van enkele gemeenten is het team in gesprek gegaan met de gemeenteraad, bestuurders van voetbalverenigingen en ongeruste ouders. Daarmee werd een deel van de zorgen en twijfel weggenomen.

Uitbreiding vluchten RTHA

Luchthaven Rotterdam The Hague Airport (RTHA) onderzocht in 2016 de mogelijkheden om het aantal vluchten uit te breiden. De opties zijn door de luchthaven voorgelegd aan de direct omliggende gemeenten (Rotterdam, Schiedam en Lansingerland) en provincie Zuid-Holland. De GGD heeft in 2017 voor deze gemeenten de gezondheidseffecten van een mogelijke uitbreiding inzichtelijk gemaakt: geluidshinder, slaapverstoring, hart- en vaatziekten en gezondheidseffecten door fijnstof. Geluidshinder is het voornaamste gezondheidseffect dat zal toenemen bij de verschillende scenario's in de omliggende gemeenten. Het team heeft daarop aanknopingspunten voor beleid gegeven. Begin 2018 heeft OBI (Onderzoek en Business Intelligence) in samenwerking met de GGD de feitenkaart "Ervaren hinder omwonenden Rotterdam The Hague Airport" gepubliceerd. In deze feitenkaart worden de onderzoeksgegevens van de Gezondheidsmonitor 2016 in relatie tot de luchthaven weergegeven. De gegevens van de Gezondheidsmonitor 2016 lieten tevens zien dat naast bewoners van de direct omliggende gemeenten, ook bewoners van Vlaardingen in vergelijking met de rest van de regio Rijnmond veel geluidshinder door vliegverkeer ondervinden.

Sanering EMK-terrein Krimpen aan den IJssel

Het terrein van de Exploitatie Maatschappij Krimpen (EMK-terrein) is een voormalig fabrieksterrein met een zwaar vervuilde bodem. Het terrein moet eerst gesaneerd worden voordat de gemeente het kan herontwikkelen. Omwonenden vrezen gezondheidsschade door het vrijkomen van giftige dampen tijdens het opgraven. Het team Gezondheid en Milieu doet de gezondheidskundige advisering aan onder andere gemeente en bewoners. Daarbij is het doel om hinder voor omwonenden zoveel mogelijk te beperken, om gezondheidsschade door uitdamping van schadelijke stoffen tijdens de sanering te voorkomen en om goed te communiceren met omwonenden. Het team geeft onder andere gezondheidskundig advies bij diverse plandocumenten voor de sanering, is aanwezig bij informatiebijeenkomsten voor omwonenden en neemt deel aan de klankbordgroep. Ook blijft het team betrokken bij de voorbereiding en uitvoering van de sanering.

Nissewaard: crisis na spreekbeurt

Enkele leerlingen van een middelbare school in Nissewaard worden onwel nadat ze bij een spreekbeurt over lijmsnuiven aan een pot graffitiverwijderaar hebben gesnoven. GGD en GHOR hebben 24/7 een Gezondheidskundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen (GAGS) paraat, die hulpverleners en gemeenten adviseert in crisissituaties. Deze collega heeft, samen met onder andere bevolkingszorg en de afdeling communicatie van de gemeente Nissewaard, alle gezondheidsvragen van ouders en leerlingen kunnen beantwoorden tijdens een informatieavond op de school. De leerlingen ondervonden gelukkig geen blijvende gezondheidseffecten.

Floating Farm

Bij de plannen voor de vestiging van een drijvende boerderij in de Merwe4Haven, is het team G&M samen met de collega's van Infectieziektenbestrijding betrokken geweest. Er is een inschatting gemaakt van de mogelijke effecten op de gezondheid voor omwonenden bij vestiging van een veehouderij in de directe leefomgeving. Dit advies is onder meer gebruikt voor het beantwoorden van raadsvragen die over dit onderwerp gesteld zijn.

PFOA en GenX

Al geruime tijd is er publieke en politieke aandacht voor verontreiniging van de leefomgeving met zogenaamde perfluorstoffen, zoals PFOA en GenX. Perfluorstoffen zijn gebruikt in allerlei (consumenten)producten, waaronder blusmiddelen. PFOA is tientallen jaren lang gebruikt als hulpstof door de fabriek Chemours in Dordrecht. In 2012 is de fabriek overgegaan op GenX hulpstoffen. PFOA en GenX zijn terechtgekomen in de lucht, bodem, oppervlaktewater en drinkwater. Dit speelt vooral in een grote regio rondom Dordrecht, maar ook een aantal gemeenten in de regio Rotterdam-Rijnmond heeft met de problematiek te maken. De kennis over de gezondheidseffecten van perfluorstoffen is beperkt. Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat deze stoffen onder andere een nadelig effect kunnen hebben op de lever. De concentraties van PFOA en GenX die momenteel worden aangetroffen in de leefomgeving zijn doorgaans (ruim) onder de huidige gezondheidskundige grenswaarden. Nadelige effecten voor de publieke gezondheid zijn dan niet te verwachten. Onderzoek naar de effecten van deze stoffen gaat door. Het team G&M volgt voor de GGD Zuid-Holland Zuid en de GGD Rotterdam-Rijnmond de ontwikkelingen en geeft uitleg en advies aan gemeenten en de bevolking over de risico's voor de gezondheid.

Hoogspanningslijn Nesselande

De afgelopen jaren is er enkele malen advies uitgebracht over de hoogspanningslijn die door de wijk Nesselande loopt. Er bestaan zorgen in de wijk over de gezondheid van met name de kinderen. Er wordt regelmatig onderzoek gepubliceerd over dit onderwerp. De GGD kan helpen met het duiden van dit wetenschappelijk onderzoek voor deze specifieke situatie en uitleg geven aan bewoners en andere betrokkenen.

Bewonersavonden

Bij incidenten en nieuwe ontwikkelingen in hun leefomgeving kunnen bewoners zich zorgen maken over hun gezondheid. Zo kan bijvoorbeeld het aantreffen van asbest in woningen, bodemverontreiniging, het plaatsen van windturbines of het aanleggen van een nieuwe weg onrust veroorzaken onder omwonenden. De GGD beantwoordt dan, tijdens een bewonersavond, vragen over de gezondheid van ongeruste bewoners.

Bouwen op milieubelaste locaties

Met de aantrekkende economie groeit de behoefte aan woningen. Om aan de groeiende vraag naar woningen te voldoen, komen steeds vaker milieubelaste plekken in aanmerking als woonlocatie. Het team G&M kan indien vroegtijdig betrokken, bijdragen om een zo hoog mogelijke kwaliteit van de leefomgeving te bereiken.

Luchtkwaliteit

In januari 2018 bracht de Gezondheidsraad het rapport “Gezondheidswinst door schonere lucht” uit. Hierin schrijft de Gezondheidsraad dat er nog veel gezondheidswinst te behalen is door in te zetten op een verbetering van de luchtkwaliteit, ook onder de huidige Europese normen. De Gezondheidsraad adviseert daarom verdergaande maatregelen om de luchtkwaliteit te verbeteren, en om gevoelige groepen te beschermen tegen de effecten van luchtverontreiniging, zowel op internationaal, nationaal, regionaal als lokaal niveau.

Voor de gezondheid van de bewoners is het belangrijk dat de gemeente inzet op een betere luchtkwaliteit. Dit levert veel vragen op. Over welke gezondheidseffecten hebben we het dan? Welke maatregelen zijn effectief en welke niet? Wie behoort er tot de gevoelige groepen? De GGD kan de gemeente ondersteuning bieden bij het beantwoorden van deze vragen.

Wat doet de GGD voor mijn gemeente?

Het team Gezondheid en Milieu:

- Is het aanspreekpunt voor bewoners, gemeenten en bestuurders bij vragen over kwesties in de leefomgeving die raken aan gezondheid;
- Ondersteunt in de communicatie over gezondheidsrisico’s bij onrust of bij een incident;
- Adviseert gemeenten bij hun voorbereiding op de Omgevingswet; adviseert hoe zij het onderwerp gezondheid kunnen opnemen en vormgeven in deze wet.

Meer informatie en contact

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met team Gezondheid en Milieu via telefoonnummer 010 - 433 98 94 of mail gmggd@rotterdam.nl.
Zie ook: www.ggdrotterdamrijnmond.nl.

Dit is een uitgave van de gemeente Rotterdam en GGD Rotterdam-Rijnmond. Het team Gezondheid & Milieu is onderdeel van de afdeling Publieke Gezondheid, net als de teams: Infectieziektebestrijding en Soa & Seksualiteit.

Copyright © juli 2018

GGD
Rotterdam-Rijnmond

Infectieziekte-bestrijding

in de regio Rotterdam-Rijnmond

Het team Infectieziektebestrijding van de GGD bestaat uit drie ervaren en multidisciplinaire teams: Infectieziekten, Tuberculose en Reizigerszorg & Hygiëne. Deze teams voeren werkzaamheden uit om de gezondheid van burgers te beschermen. Zij komen in actie bij een uitbraak of een crisis op het gebied van infectieziekten.

De GGD Rotterdam-Rijnmond bewaakt en bevordert de gezondheid van bewoners en grijpt in om de gezondheid van mensen te beschermen, als dat nodig is. De GGD richt zich op een uitmuntende uitvoering van reguliere en wettelijke taken van de gezondheidsbescherming en vervult daarbij de rol van regisseur, uitvoerder, expert en/of adviseur. De teams van Infectieziektebestrijding komen in actie bij een uitbraak of een crisis op het gebied van infectieziekten. Belangrijke andere werkzaamheden van het team zijn onder andere:

- infectieziekten opsporen door bron- en contactonderzoek;
- surveillance: trends monitoren, zo nodig actie ondernemen bij meldingen van infectieziekten;
- preventieve consulten voor mensen die op reis gaan naar verre landen waar het risico op een (infectie) ziekte groot is;
- controle en advies bij onder andere seksinrichtingen, tattoo- en piercingshops;
- voorlichting en onderzoek.

Deze activiteiten voert het team uit voor alle gemeenten in de regio Rotterdam-Rijnmond.

Infectieziekten

Het voorkomen en tegengaan van verspreiding van infectieziekten is een wettelijke basistaak van de gemeente op grond van de Wet publieke gezondheid (Wpg). In de Wpg is bepaald dat de GGD meldingen ontvangt over individuele patiënten met een besmettelijke ziekte via de huisarts, de specialist en/of het laboratorium dat het onderzoek bij de patiënt doet. Naast de in totaal 48 meldingsplichtige ziekten volgt het team Infectieziekten ook niet-meldingsplichtige ziekten, zoals de seizoensgriep. Uitbraken in instellingen zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen, moeten volgens de wet aan de GGD worden gemeld[1].

Het team Infectieziekten onderhoudt contact met netwerkpartners en organiseert 3 keer per jaar het Regionaal Infectieziekten Overleg (RIO). Hier stemt het team af met arts-microbiologen en deskundigen infectiepreventie van de ziekenhuizen over casuïstiek in de regio. Het team levert bijdragen aan nascholingen voor huisartsen en doktersassistentes.

In 2017 zijn
800
infectieziekten bij de GGD gemeld

Overzicht van infectieziekten in de regio

In 2017 zijn 800 infectieziekten bij de GGD gemeld (zie tabel 1). In 2016 werden 1.053 meldingen gedaan. Het verschil tussen 2017 en 2016 wordt vooral verklaard door een lager aantal meldingen van kinkhoest in 2017 (398 meldingen in 2017 in vergelijking met 500 meldingen in 2016). Kinkhoest heeft een epidemiologische cyclus van 3 tot 4 jaar. Het jaarlijks aantal meldingen daalt al sinds een hoogtepunt in 2014.
Tabel 2 geeft het aantal meldingen per 10.000 inwoners: dit maakt de verhouding van het aantal meldingen per inwoner inzichtelijk.

Trends in infectieziekten

De toename van invasieve meningokokkeninfecties, die wij vorig jaar al meldden, heeft zich dit jaar doorgezet (29 meldingen in 2017 in vergelijking met 19 meldingen in 2016 en 6 meldingen in 2015). Meningokokken veroorzaken hersenvliesontsteking en sepsis (bloedvergiftiging), in het bijzonder bij kleine kinderen. Overal in Nederland, maar ook in andere Europese landen, wordt een toename gezien van de serogroepen W en Y. De trend is aanleiding geweest voor een aanpassing van het Rijksvaccinatieprogramma. Het meningokokken serogroep C vaccin bij 14 maanden is vervangen met het meningokokken serogroep ACWY vaccin.
Verder is er een forse stijging van het aantal meldingen van hepatitis A (54 meldingen in 2017 in vergelijking met 16 meldingen in 2016). Sinds medio 2016 is er een internationale uitbraak van hepatitis A gaande onder mannen die seks hebben met mannen (MSM). Het merendeel van de meldingen in Rotterdam-Rijnmond betreft ook MSM. SOA Aids Nederland heeft een informatiecampagne gedaan onder MSM en op de SOA polikliniek van de GGD Rotterdam-Rijnmond wordt aan MSM voorlichting gegeven over hepatitis A en vaccinatie aangeboden.

Besmettingsaccidenten

In 2017 werden 281 besmettingsaccidenten gemeld. Besmettingsaccidenten zijn prik- bijt-, snij- en spataccidenten. Het gaat dan bijvoorbeeld om verzorgenden in de thuiszorg die zich hebben geprikt aan een gebruikte naald, of politieagenten die door een arrestant worden gebeten. De GGD komt in actie bij dergelijke incidenten om overdracht van infecties te voorkomen en de gezondheid van de betrokkenen te beschermen. Onder besmettingsaccidenten vallen ook seksaccidenten, zoals ongewenst seksueel contact.

1 Artikel 26 van de Wet publieke gezondheid bepaalt dat het hoofd van een instelling, waar voor infectieziekten kwetsbare personen verblijven, een meldingsplicht heeft aan de GGD. Zodoende kan de GGD in een vroeg stadium maatregelen nemen om verdere verspreiding van infectieziekten tegen te gaan, zowel binnen als buiten de instelling.

Tabel 1. Meldingen infectieziekten per gemeente in de regio Rotterdam-Rijnmond, 2017

Infectie	Rotterdam	Albrandswaard	Barendrecht	Brielle	Capelle aan den IJssel	Goeree-Overflakkee	Hellevoetsluis	Krimpen aan den IJssel	Lansingerland	Maassluis	Nissewaard	Ridderkerk	Schiedam	Vlaardingen	Westvoorne	GGD RR totaal
Meldingen infectieziektebestrijding	448	18	32	6	31	29	23	20	27	11	39	22	54	39	1	800
Uitbraken infectieziekten	144	3	11	2	14	5	15	6	3	2	7	16	15	18	0	261
Besmettingsaccidenten*	158	0	6	1	13	4	2	5	6	3	12	10	13	11	1	245
hepatitis A	48	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	3	0	54
hepatitis B	109	2	1	0	6	2	2	5	4	3	5	3	12	7	0	161
hepatitis C	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	9
kinkhoest	197	10	27	4	19	22	14	9	16	3	24	9	23	20	1	398
legionella	12	0	2	0	1	0	1	3	0	0	3	3	2	1	0	28
mazelen	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
meningokokken	15	0	0	0	0	0	0	0	2	4	0	0	5	3	0	29
shigellose	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	14

Tabel 2. Meldingen infectieziekten in absolute aantallen omgezet naar het aantal per 10.000 inwoners per gemeente in de regio Rotterdam-Rijnmond, 2017

Infectie	Rotterdam	Albrandswaard	Barendrecht	Brielle	Capelle aan den IJssel	Goeree-Overflakkee	Hellevoetsluis	Krimpen aan den IJssel	Lansingerland	Maassluis	Nissewaard	Ridderkerk	Schiedam	Vlaardingen	Westvoorne	GGD RR totaal
Meldingen infectieziektebestrijding	7,1	7,2	6,6	3,6	4,7	6,0	5,9	6,9	4,5	3,4	4,6	4,8	6,9	5,4	0,7	6,2
Uitbraken infectieziekten	2,3	1,2	2,3	1,2	2,1	1,0	3,9	2,1	0,5	0,6	0,8	3,5	1,9	2,5	0,0	2,0
Besmettingsaccidenten*	2,5	0,0	1,2	0,6	2,0	0,8	0,5	1,7	1,0	0,9	1,4	2,2	1,7	1,5	0,7	1,9
hepatitis A	0,8	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,4	0,0	0,4
hepatitis B	1,7	0,8	0,2	0,0	0,9	0,4	0,5	1,7	0,7	0,9	0,6	0,7	1,5	1,0	0,0	1,2
hepatitis C	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1
kinkhoest	3,1	4,0	5,6	2,4	2,9	4,5	3,6	3,1	2,7	0,9	2,8	2,0	3,0	2,8	0,7	3,1
legionella	0,2	0,0	0,4	0,0	0,2	0,0	0,3	1,0	0,0	0,0	0,4	0,7	0,3	0,1	0,0	0,2
mazelen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
meningokokken	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	1,2	0,0	0,0	0,6	0,4	0,0	0,2
shigellose	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,3	0,0	0,1

** 36 besmettingsaccidenten hebben plaatsgevonden binnen de regio Rotterdam-Rijnmond bij mensen die buiten de regio wonen, dit aantal is niet meegenomen in de tabel*

Meldingen vanuit instellingen

In 2017 zijn 261 meldingen gedaan van uitbraken in instellingen. Dat zijn 62 meldingen meer dan in 2016. Het aantal meldingen van uitbraken kan van jaar tot jaar fluctueren. De stijging dit jaar werd vooral veroorzaakt door meldingen van scholen en kinderdagverblijven. Een mogelijke verklaring is het beschikbaar komen van de KIDDI-app van het RIVM, die informatie bevat over infectieziekten en hygiënerichtlijnen voor kindercentra, peuterspeelzalen en buitenschoolse opvangorganisaties. In februari 2017 werd het Meldpunt Uitbraken Infectieziekten (MUIZ) in gebruik genomen, waarmee ziekenhuizen, verpleeghuizen en verzorgingshuizen makkelijker uitbraken kunnen melden. We zagen nog geen sterke stijging van het aantal meldingen van deze instellingen.

Hepatitis A uitbraak op een basisschool

De GGD krijgt binnen enkele weken twee meldingen van hepatitis A virus infectie (HAV) bij kinderen uit de onderbouw van dezelfde basisschool. Team infectieziekten besluit een HAV vaccinatiecampagne uit te voeren op de onderbouw van de school om mogelijke verspreiding te voorkomen. Alle kinderen en medewerkers worden uitgenodigd voor vaccinatie. In de maanden na de vaccinatiecampagne doen zich geen nieuwe gevallen van hepatitis A onder leerlingen of medewerkers van de school voor.

Gebeten door een mogelijk rabide hond

De GGD wordt gebeld door een man die een week geleden is teruggekomen uit de Filipijnen. Hij is daar door een hond in zijn hand gebeten. Hij is gebeld door zijn familie dat de hond ziek was geworden en dat de dierenarts de diagnose rabiës (hondsdolheid) heeft gesteld. De man vraagt zich af of hij mogelijk besmet kan zijn met rabiës en of er maatregelen nodig zijn.

In overleg met het RIVM besluit de GGD-arts dat hij op grond van het type verwonding, de informatie over de hond en gegevens van de Wereld Gezondheids Organisatie dat rabiës daadwerkelijk voorkomt op de Filipijnen, risico heeft gelopen op rabiës. Hij komt in aanmerking voor eenmalige toediening van antistoffen (MARIG) en een vijftal rabiësvaccinaties verspreid over 28 dagen. De man wordt dezelfde dag nog op de GGD gezien waarbij hij MARIG en de eerste rabiës vaccinatie krijgt toegediend. Hij rondt zijn serie vaccinaties netjes af en ontwikkelt geen klachten.

Meldpunt voor Uitbraken Infectieziekten en BRMO (MUIZ)

De GGD Rotterdam-Rijnmond heeft samen met professionals uit ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorgorganisaties en de GGD Zuid-Holland Zuid een beveiligde webapplicatie ontwikkeld om digitaal uitbraken van infectieziekten te melden aan de GGD én aan elkaar. Dit is nodig om uitbraken te voorkomen, omdat infectieziekten zich verspreiden met het overplaatsen van patiënten. Door het Meldpunt hebben zorginstellingen inzicht in actuele informatie over uitbraken in de regio en kunnen zij op tijd passende maatregelen nemen. Tevens wordt het netwerk voor regionale infectiepreventie versterkt doordat uitbraakmelders elkaar makkelijker kunnen vinden via het Meldpunt. Naast de webapplicatie is er een samenwerkingsconvenant ondertekend door alle betrokken bestuurders. Hierin zijn afspraken gemaakt over onder andere transparantie, vertrouwelijkheid en overplaatsingen van patiënten.
Het Meldpunt is operationeel sinds februari 2017 en heeft inmiddels 207 actieve gebruikers in de regio's Rotterdam-Rijnmond en Zuid-Holland Zuid. Alle ziekenhuizen en het overgrote deel van de verpleeg- en verzorgingshuizen in de regio zijn aangesloten. Vanaf de zomer van 2018 wordt het Meldpunt ook gebruikt in de regio Zeeland.

Wat doet de GGD voor mijn gemeente?

Het team Infectieziekten:

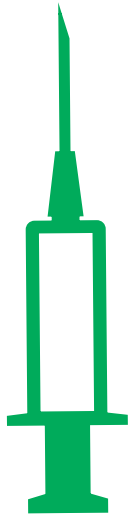
- Ondersteunt bij uitbraken in regio Rotterdam-Rijnmond en komt in actie bij meldingen;
- Geeft 3 keer per jaar een overzicht van de meldingen in de regiogemeenten;
- Informeert bestuurders als er in een gemeente een ongebruikelijke gebeurtenis is op het gebied van infectieziekten, waar burgers mogelijk vragen over stellen of waar bestuurlijk optreden mogelijk nodig is.

Meer informatie en contact

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met team infectieziektenbestrijding via telefoonnummer 010-433 98 97 of mail verpleegkundige.izggd@rotterdam.nl.
Zie ook: www.ggdrotterdamrijnmond.nl.

281
besmettings-accidenten gemeld

Besmettingsaccidenten zijn prik- bijt-, snij- en spataccidenten



Tuberculosebestrijding

Bij de ziekte tuberculose (tbc) is het verplicht om gevallen van besmetting bij de GGD te melden. Dat staat in de Wet publieke gezondheid (Wpg). De Wpg geeft aan dat tuberculose binnen 24 uur aan de GGD moet worden gemeld. Het gaat daarbij om alle vormen van tuberculose. Het verzamelen van gegevens en het rapporteren over tuberculose is belangrijk om epidemiologische informatie te geven in het kader van de preventie en bestrijding. Dit wordt ook wel surveillance van tuberculose genoemd.

Cliëntcontacten	8.701
Röntgenfoto's	5.787
• gemaakt én beoordeeld door GGD	3.470
• beoordeeld voor penitentiaire inrichtingen	2.317
Mantouxtesten	1.183
BCG-vaccinaties	1.450

Bestrijding

De GGD werkt intensief samen met longartsen en andere specialisten. In 2017 is bij 81 personen in de regio Rotterdam-Rijnmond de diagnose tuberculose vastgesteld. Bij 3 personen van buiten deze regio is tbc geconstateerd. Het betreft onder andere zeevarenden of mensen die buiten deze regio wonen.

Preventieactiviteiten

Naast opsporing, behandeling en begeleiding is ook preventie een belangrijke taak van het team TBC. Tuberculose wordt door screenen en contactonderzoek vroegtijdig opgespoord. De GGD Rotterdam-Rijnmond screent risicogroepen. Asielzoekers en immigranten worden bij binnenkomst in Nederland onderzocht. In de detentiecentra en uitzetcentra screent de dienst alle mensen met een niet-Nederlandse nationaliteit die tot een risicogroep behoren. Sinds juli 2015 worden röntgenfoto's voor mensen in penitentiaire inrichtingen die behoren tot een (tuberculose) risicogroep niet meer door de GGD zelf gemaakt, maar beoordeelt deze foto's nog wel. Daarnaast screent de GGD zeelieden. Bij bron- en contactonderzoek worden alle gezinsleden, verzorgers en andere nauwe contacten van besmettelijke bronpatiënten onderzocht.

Trends

Het aantal meldingen is sinds de jaren 50 van de vorige eeuw sterk gedaald. Dat komt door vroegtijdige opsporing en goede behandelmogelijkheden. Door een toenemende immigrantenstroom vanuit gebieden waar tuberculose voorkomt, nam het aantal nieuwe gevallen in de jaren 90 weer toe. Vanaf de tweede helft van de jaren 90 is het aantal nieuwe patiënten geleidelijk weer gedaald. Nederland behoort tot de landen met de laagste tuberculose-incidentie in Europa en in de wereld.

Wat doet de GGD voor mijn gemeente?

Het team TBC:

- Spoort mensen met tbc op en behandelt hen;
- Doet bron- en contactonderzoek;
- Doet aan preventie onder risicogroepen;
- Informeert bestuurders als er sprake is van een geval van open tuberculose in de gemeente;
- Onderneemt actie en ondersteunt bij uitbraken.

Meer informatie en contact

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met team TBC via telefoonnummer 010-433 95 40 of mail tbcggd@rotterdam.nl
Zie ook: www.ggdrotterdamrijnmond.nl

Bij 81 personen is tuberculose vastgesteld

Tabel 3. Nieuwe bevestigde tuberculosegevallen naar gemeente in de regio Rotterdam-Rijnmond, 2017

Nieuw bevestigde tuberculose gevallen	Rotterdam	Albrandswaard	Barendrecht	Brielle	Capelle aan den IJssel	Goeree-Overflakkee	Hellevoetsluis	Krimpen aan den IJssel	Lansingerland	Maassluis	Nissewaard	Ridderkerk	Schiedam	Vlaardingen	Westvoorne	GGD RR totaal	Overig
Aantal	55	0	1	0	4	1	0	1	3	1	1	1	3	10	0	81	3
Aantal per 10.000 inwoners	0,9	0,0	0,2	0,0	0,6	0,2	0,0	0,3	0,5	0,3	0,1	0,2	0,4	1,4	0,0	0,6	-

Reizigerszorg

Wie naar het buitenland gaat wil zo goed mogelijk beschermd zijn tegen ziekten die daar heersen. Voor een goed advies kunnen mensen terecht bij Reizigerszorg van de GGD. De adviezen die de GGD geeft zijn gebaseerd op de richtlijnen van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering (LCR).

Voor wie?

In Rotterdam-Rijnmond wonen veel mensen met een andere culturele achtergrond dan de Nederlandse. Reizigersadvisering en -zorg is hierop afgestemd. Er is speciale aandacht voor mensen die familie en vrienden opzoeken in het buitenland. Ook steeds meer senioren en chronisch zieke mensen maken (verre) reizen. Zij kunnen door medicijngebruik kwetsbaarder zijn en eerder een infectieziekte oplopen. Door het aanbieden van adviezen aan reizigers wordt de vaccinatiegraad in Nederland hoger. Hierdoor zullen minder reizigers een infectieziekte meenemen vanuit het buitenland.

Praktisch

Met de gratis app 'GGD reist mee' kunnen reizigers per reis selecteren wat zij moeten weten. De website van de GGD maakt informatie op een interactieve manier toegankelijk voor het publiek. Daarnaast is er gedrukt informatiemateriaal beschikbaar. Klanten betalen hun consult en vaccinaties uit eigen portemonnee. Soms kan de klant de kosten declareren bij de zorgverzekering. Reizigerszorg is een markttaak van de GGD en werkt kostendekkend.

Aantallen reizigers per locatie

In 2017 zagen wij bijna 19.000 reizigers. Doordat er naast bijna dagelijkse spreekuren in Rotterdam (bijna 15.000 reizigers) ook spreekuren zijn in regiogemeenten, kunnen we iedereen zo dicht mogelijk bij zijn eigen woonplaats helpen. Er zijn GGD-locaties in Spijkenisse (ruim 1.500 reizigers), Vlaardingen (rond de 1.450 reizigers) en Hellevoetsluis (bijna 1.000 reizigers). Op deze 3 locaties is gratis parkeergelegenheid.

Recente ontwikkelingen

De reizigerszorg van de GGD kent een aantal recente ontwikkelingen:

- In de regio Rotterdam-Rijnmond is na een dip in 2015, in 2016 en 2017 een stijging van het aantal mensen dat zich voor een reis laat vaccineren;
- Voor 2018 is er meer personeel aangenomen om minimaal 10% meer klanten te kunnen helpen;
- De GGD werkt aan verdere ontsluiting van gegevens over de reizigerszorg. Doel is om beter zicht te krijgen op wie wel een afspraak maakt voor een reisadvies en wie niet. Zo kunnen we beter nagaan of we onze doelgroepen goed bereiken en ons beleid en onze pr-activiteiten hierop aanpassen;
- Sinds 2015 hebben we een contract met zorgverzekeraar Zilveren Kruis. 25% van de rekeningen declareert de GGD direct bij Zilveren Kruis. Dit zijn declaraties van klanten met een aanvullende verzekering.

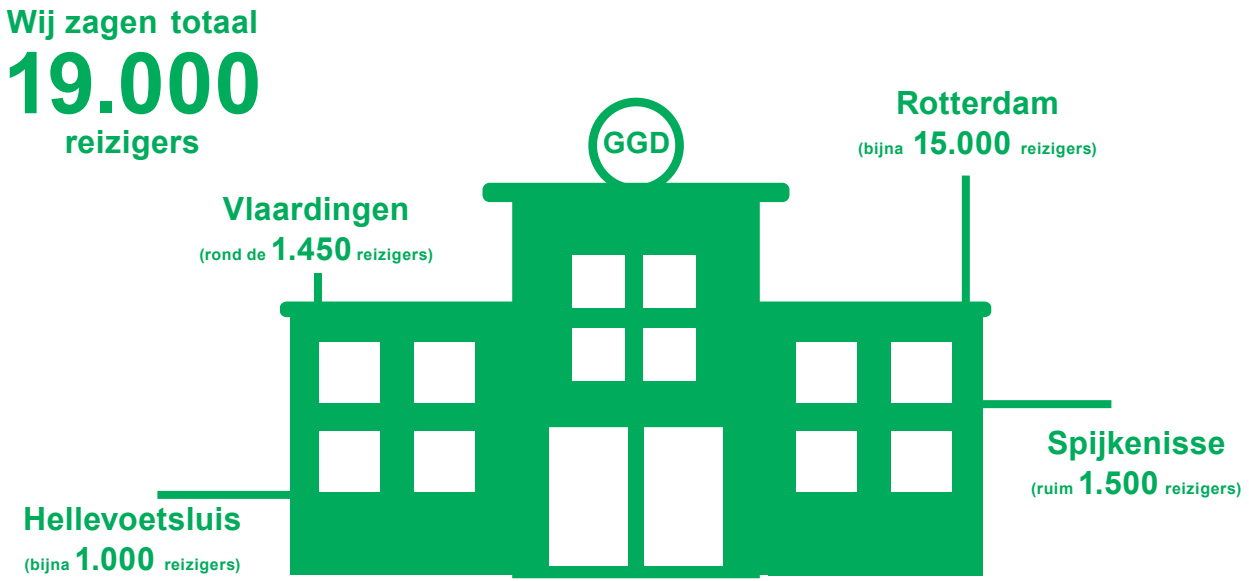
Wat doet de GGD voor mijn gemeente?

Het team Reizigerszorg:

- Geeft reisadvies op maat en vaccineert tijdens reizigersspreekuren in Rotterdam, Spijkenisse, Vlaardingen en Hellevoetsluis;
- Verstrekt via haar website op een interactieve manier informatie over gezondheidsaspecten van (verre) reizen;
- Biedt de mogelijkheid om zowel telefonisch als online afspraken te maken voor het reizigersspreekuur;
- Heeft een telefonisch spreekuur voor klanten die na het consult een vraag hebben;
- Verzorgt op verzoek vaccinatie op locatie.

Meer informatie en contact

Voor meer informatie kunt u op werkdagen van 8.30 - 17.00 uur contact opnemen met de GGD via telefoonnummer 010-433 99 66. U vindt informatie online via www.ggdrotterdamrijnmond.nl



Technische hygiënezorg

Een goede hygiëne helpt de verspreiding van infectieziekten te voorkomen. Bacteriën, virussen, schimmels en parasieten zijn de belangrijkste veroorzakers. Technische hygiënezorg gaat na waar een verhoogd risico bestaat op de verspreiding van infectieziekten. Het team Technische hygiënezorg heeft hierbij een toezichthoudende of adviserende taak: inspecteren is een groot deel van het werk. Instellingen en ondernemingen met een verhoogd risico moeten passende maatregelen nemen conform de richtlijnen van het Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid (LCHV). De technisch hygiënisten geven ook adviezen en voorlichting aan bewoners, instellingen en ondernemingen. Technische hygiënezorg komt ook in actie na signalen of klachten van bijvoorbeeld burgers over onhygiënische omstandigheden in hun leefomgeving.

Activiteiten

Tabel 4 geeft een overzicht van de activiteiten die vorig jaar zijn uitgevoerd, uitgezonderd voorlichting en scheepsinspecties. Voorlichting aan bewoners, instellingen en ondernemingen is de minst tijdsintensieve taak van het team. De cijfers in de tabel kunnen per jaar variëren. Factoren die de cijfers beïnvloeden zijn bijvoorbeeld het aantal ondernemingen dat in een gemeente is gevestigd (bijvoorbeeld tattooshops, seksinrichtingen), de frequentie van inspecties, de duur van vergunningen (bijvoorbeeld 3 of 5 jaar) en het aantal evenementen dat in een jaar in een gemeente plaatsvindt.

1. Scheepsinspecties

Technische hygiënezorg voert inspecties uit bij internationaal varende zeeschepen die een Ship Sanitation Certificate aanvragen. Deze inspecties worden uitgevoerd door een groep hiertoe opgeleide inspecteurs. In 2017 zijn er 1328 scheepsinspecties uitgevoerd in de Rotterdamse haven. Over de afgelopen jaren zien we een gelijk aantal inspecties. We verwachten daarom dat het aantal inspecties en verleende certificaten ook de komende jaren ongeveer gelijk blijft.

Tabel 4: Activiteiten 2017 technische hygiënezorg

	Rotterdam	Albrandswaard	Barendrecht	Brielle	Capelle aan den IJssel	Goeree-Overflakkee	Hellevoetsluis	Krimpen aan den IJssel	Lansingerland	Maassluis	Nissewaard	Ridderkerk	Schiedam	Vlaardingen	Westvoorne	GGD RR totaal
Huidpenetrerende handelingen	45	1	3	3	5	2	5	0	1	4	2	6	5	2	1	85
Seksinrichtingen	39										1			1		41
Verblijfsinrichtingen*	0															0
Asielzoekerscentra	1															1
Woningonderzoeken	8															8
Publieksevenementen	11			1		1			1					1		15
THZ-adviezen	93		1	1	3		2		2	1	1		2	3		109
Legionellameldingen: adviezen	5				1				1					1		8
Legionellameldingen: bronnonderzoek		1	1						1							3

** Verblijfsinrichtingen (sociale pensions en opvanglocaties voor dak- en thuislozen).*

2. Huidpenetrerende handelingen

Een vergunning is nodig voor het verrichten van huidpenetrerende handelingen, zoals tatoeëren, piercen en permanente make-up. De inspectie voor het verkrijgen van deze vergunning vindt één keer in de drie jaar plaats. Eind 2017 hadden circa 225 salons, studio's en shops in de regio Rotterdam-Rijnmond een vergunning. Dit aantal is de afgelopen 5 jaar jaarlijks met ongeveer 20 toegenomen. De verwachting is dat deze trend zal doorzetten.

3. Seksinrichtingen

Ook seksinrichtingen moeten een vergunning hebben. Deze is 5 jaar geldig. Eind 2017 waren er 45 seksinrichtingen met een vergunning in de regio. De afspraak met de gemeente is om jaarlijks alle locaties te bezoeken. Dit wordt onaangekondigd gedaan. Ook bij signalen van burgers wordt een bezoek gebracht (bijvoorbeeld klachten, vermoedelijke bron van een soa of bij een infectieziekte-uitbraak). Na elk bezoek wordt een rapport met adviezen en eisen opgesteld.

Er zijn 1328 scheepsinspecties uitgevoerd

4. Verblijfsinrichtingen
De sociale pensions en opvanglocaties voor dak- en thuislozen worden eens in de twee jaar bezocht en zijn in 2017 niet bezocht.

5. Asielzoekerscentra
De locatie in Krimpen aan den IJssel is in 2017 opgeheven. In de regio is momenteel 1 AZC in gebruik. Op de locatie Rotterdam Beverwaard is een hygiënecontrole uitgevoerd, in lijn met de landelijke afspraak met het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) om dit jaarlijks in ieder centrum te doen.

6. Publieksevenementen
Voor alle publieksevenementen is een evenementenvergunning nodig. Voor het verkrijgen van een vergunning moet de organisator een aanvraag doen bij de gemeente. Alle vergunningaanvragen worden door de GHOR beoordeeld. Indien nodig stuurt de GHOR of de gemeente de aanvraag door naar Technische hygiënezorg. Wanneer er sprake is van waterverneveling wordt gevraagd naar een legionellabeheersplan. Bij 5 aanvragen heeft de GGD een advies afgegeven en 15 evenementen zijn bezocht om te beoordelen of in de praktijk aan de hygiënerichtlijnen voor publieksevenementen is voldaan.

Er zijn 15 evenementen bezocht

7. Woningonderzoeken
Het team Sociaal Medische Advisering (SMA) adviseert over voorzieningen voor cliënten, onder andere over huisvesting. Ter ondersteuning van zo'n advies voert Technische hygiënezorg op verzoek van team SMA jaarlijks een aantal woningonderzoeken uit.

8. Technische hygiënezorg-adviezen (THZ-adviezen)
Technische hygiënezorg geeft adviezen aan bewoners, instellingen en ondernemingen. Deze adviezen gaan bijvoorbeeld over de juiste manier om schoon te maken of over schoonmaakmiddelen, desinfecteren en ventileren. Adviezen rondom legionellameldingen zijn niet meegenomen in de telling van het aantal THZ-adviezen.

9. Legionellameldingen: adviezen
Technische hygiënezorg krijgt alle legionellameldingen in water binnen zodat het team weet wat er speelt op het gebied van legionella in ons werkgebied. Het team kan adviseren over het te volgen plan van aanpak na een legionellamelding. Adviezen na legionellameldingen met bemonstering worden in tabel 5 apart geteld. In aanvulling op de adviezen beantwoordt het team ook vragen die de gebruikers, beheerders of burgers hebben over legionella. Zo nodig geeft het team voorlichting, soms in samenwerking met het team Infectieziekten.

10. Legionellameldingen: brononderzoek
Wanneer er sprake is van een legionellosepatiënt (besmetting door de legionellabacterie) zoekt Technische hygiënezorg aan de hand van gestandaardiseerde normen uit of het nodig is om bemonstering uit te laten voeren. Hierbij wordt samengewerkt met het RIVM. In 2017 is 3 keer bemonsterd. Bovenop de adviezen voor meldingen zonder bemonstering wordt uiteraard ook advies uitgebracht bij legionellameldingen waarbij bemonstering wel plaatsvindt.

Wat doet de GGD voor mijn gemeente?
Het team Technische hygiënezorg:

- Voert inspecties uit en geeft adviezen om tot adequate hygiënezorg te komen bij instellingen, ondernemingen en evenementen met een verhoogd risico op verspreiding van infectieziekten;
- Heeft hierbij op de agenda: scheepsinspecties, huidpenetrerende handelingen, seksinrichtingen, verblijfsinrichtingen, asielzoekerscentra, publieks-evenementen en woningonderzoeken, advisering en brononderzoek bij legionellameldingen;
- Geeft adviezen en voorlichting aan bewoners, instellingen en ondernemingen over goede hygiënezorg;
- Komt in actie na signalen of klachten van bijvoorbeeld bewoners, over onhygiënische omstandigheden in de leefomgeving.

Meer informatie en contact
Voor meer informatie kunt u contact opnemen met team Technische hygiënezorg via telefoonnummer 010-433 99 48 of mail mbthzmo@rotterdam.nl.
Ook kunt u kijken op onze website www.ggdrotterdamrijnmond.nl.

Dit is een uitgave van de gemeente Rotterdam en GGD Rotterdam-Rijnmond. Het team Infectieziektebestrijding is onderdeel van de afdeling Publieke Gezondheid, net als de teams: Soa & Seksualiteit en Gezondheid & Milieu.

Copyright © juli 2018

GGD
Rotterdam-Rijnmond

TBC jaarcijfers 2017

Rotterdam-Rijnmond en Zuid-Holland Zuid

Voor u ligt de factsheet van de tuberculosebestrijding over 2017. Deze factsheet is dit jaar een nieuwe opzet voor de presentatie van de jaarcijfers en vervangt het jaarverslag.

Het aantal tuberculose (tbc) patiënten in het werkgebied van de GGD Rotterdam-Rijnmond en de GGD Zuid-Holland Zuid laat een dalende trend zien. Dit komt overeen met het beloop in Nederland en met de ontwikkelde landen in de wereld.

Tuberculose is een ziekte, die direct gerelateerd is aan welvaart. Sinds 1850 is er een duidelijke afname in het aantal mensen dat overleed aan tuberculose, 100 jaar voor de introductie van medicatie. Ongeveer twee derde van de tbc-patiënten in Nederland is afkomstig uit het buitenland. Een mogelijke oorzaak van de daling is dan ook de EU-Turkije deal. Hierdoor is sinds 2016 een aanzienlijke afname van de instroom van asielzoekers gerealiseerd.

De vraag is, of in het kader van het mondiale streven naar eliminatie van tuberculose, dit een goede ontwikkeling is. Het is niet ondenkbaar dat de vluchtelingen in de slechte omstandigheden in kampementen aan de grens geïnfecteerd worden met tuberculose. Indien de EU – Turkije deal niet meer houdbaar is, zal er naar verwachting weer een toename zijn van de tbc-incidentie in de EU. Dit is maar een van de scenario's om de complexiteit te schetsen in de strijd tussen mens en mycobacterie. Elke politieke, geografische en/of klimatologische verandering kan hier direct of indirect invloed op hebben. Voor de komende jaren is het onze uitdaging om de expertise hoog te houden bij dalende tbc-incidentie. Hiervoor zijn wij in gesprek om meer samenwerking met de andere regio's te realiseren. De introductie in 2018 van een landelijk nieuw ICT-systeem ten behoeve van tuberculosebestrijding, iTBC, zal dit zeker versnellen.

1. Tuberculose

Bij de ziekte tuberculose (tbc) is het verplicht om gevallen van besmetting bij de GGD te melden. Dat staat in de Wet publieke gezondheid (Wpg).
Naast opsporing, behandeling en begeleiding is ook preventie een belangrijke taak. Tuberculose wordt door screenen en contactonderzoek vroegtijdig opgespoord.

Tabel 1.1 Absolute aantallen tuberculosepatiënten per GGD van 2013 tot 2017

Gemeenten	Inwoneraantal per 1-1-2017	2013	2014	2015	2016	2017
GGD Rotterdam-Rijnmond*	1.295.319	129	99	99	100	84
GGD Zuid-Holland Zuid	488.051	22	19	19	13	20
Totaal	**1.783.370**	**151**	**118**	**118**	**113**	**104**

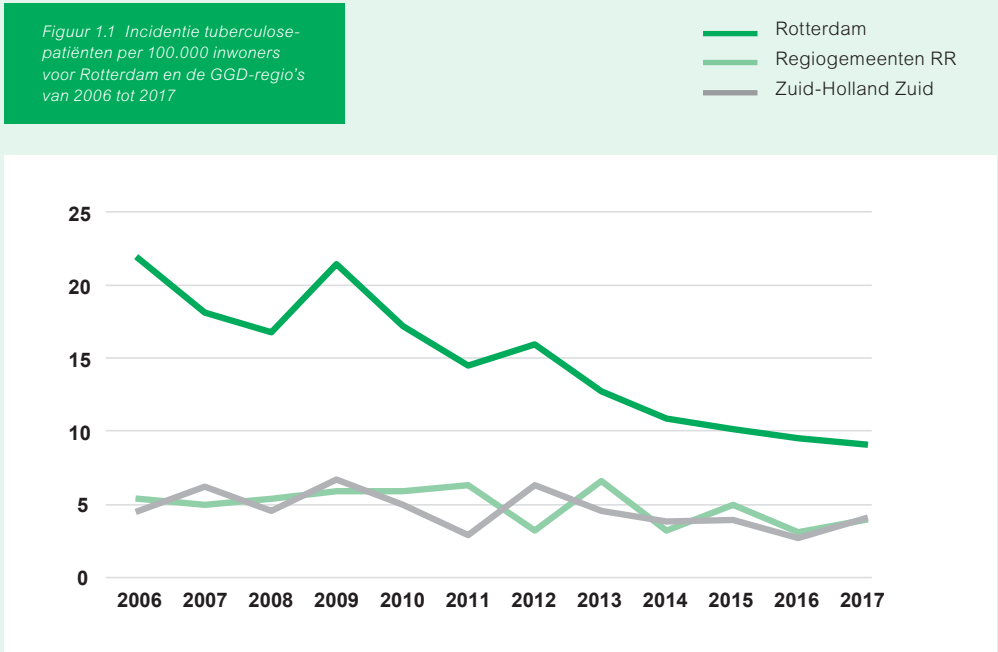
In 2017 is bij 104 patiënten tuberculose (tbc) vastgesteld en bij de GGD gemeld. Op 3 zeemannen/passanten na wonen deze patiënten in de gemeenten uit het verzorgingsgebied van de twee samenwerkende GGD'en. Behandeling van de patiënten heeft plaatsgevonden bij ziekenhuizen en bij de GGD.
In de regio Rotterdam-Rijnmond is er conform de landelijke trend een dalend aantal tbc-patiënten. In de regio Zuid-Holland Zuid was het absoluut aantal tbc-patiënten gemiddeld stabiel de afgelopen 5 jaar. Dit gemiddelde is vooral beïnvloed door een uitbraak in Alblasserdam, waarbij 8 inwoners met actieve tuberculose werden gediagnosticeerd. Zonder de uitbraak in Alblasserdam is er een overwegend dalende trend te zien in het aantal tbc-patiënten in Zuid-Holland Zuid.

* *(inclusief buitenlandse zeelieden en personen in het uitzetcentrum niet afkomstig uit de regio)*

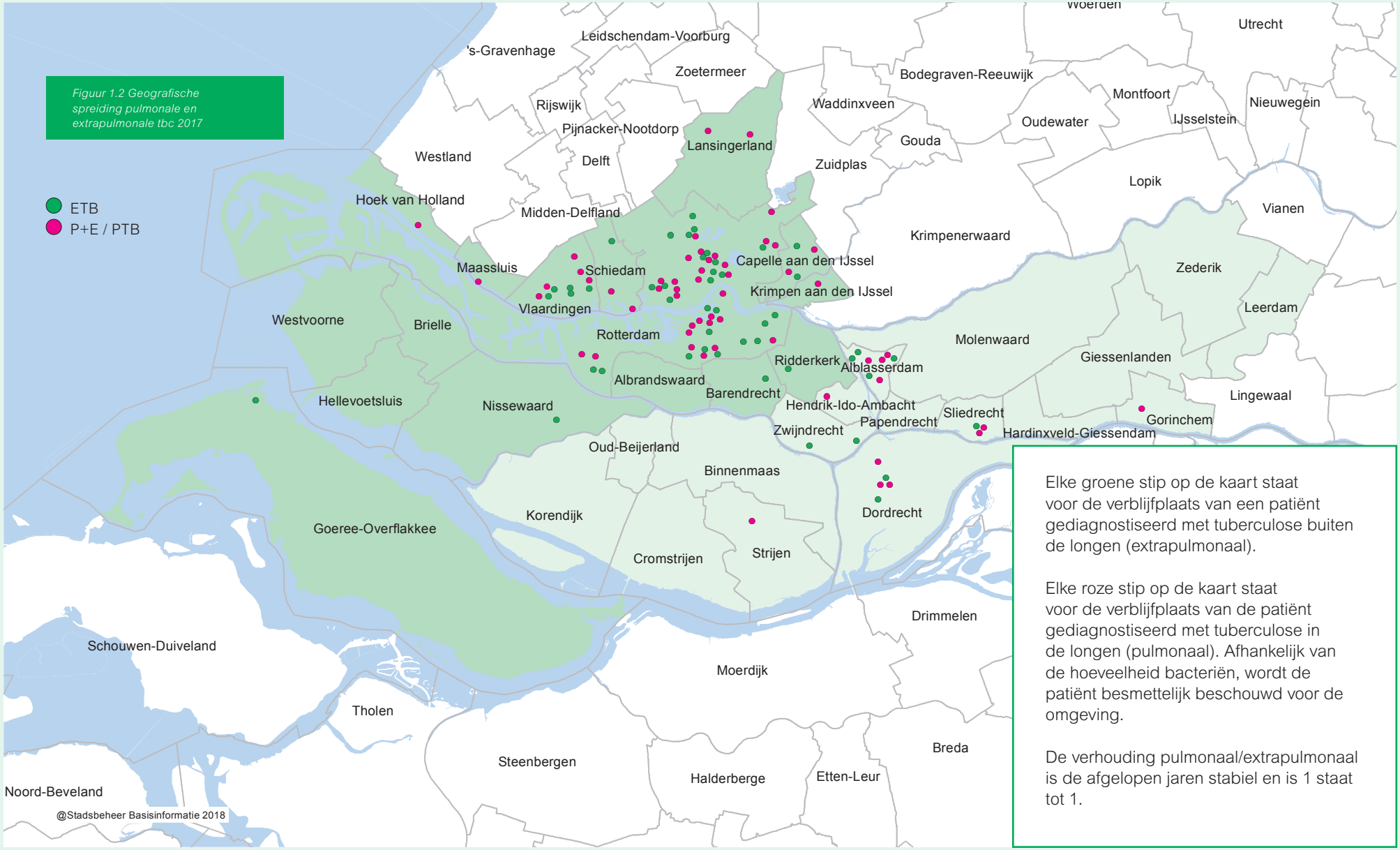
De tuberculose incidentie[1] wordt uitgedrukt in het aantal patiënten per 100.000 inwoners. In 2017 was de tbc-incidentie voor het gehele gebied inclusief de 3 zeemannen/passanten 5.8 per 100.000. In 2016 was dit nog 6.3 per 100.000 inwoners.

De tbc-incidentie in 2017 was voor de gemeente Rotterdam 9.1 per 100.000 inwoners (9.5 in 2016). Voor de regiogemeenten van de GGD Rotterdam-Rijnmond was de tbc-incidentie 3.9 (3.1 in 2016) en voor de GGD Zuid-Holland Zuid 4.0 (2.7 in 2016) per 100.000 inwoners (figuur 1.1)

Figuur 1.1 Incidentie tuberculose-patiënten per 100.000 inwoners voor Rotterdam en de GGD-regio's van 2006 tot 2017



[1] *Het aantal nieuwe gevallen van een ziekte per tijdseenheid, per aantal van de bevolking*



Elke groene stip op de kaart staat voor de verblijfplaats van een patiënt gediagnostiseerd met tuberculose buiten de longen (extrapulmonaal).

Elke roze stip op de kaart staat voor de verblijfplaats van de patiënt gediagnostiseerd met tuberculose in de longen (pulmonaal). Afhankelijk van de hoeveelheid bacteriën, wordt de patiënt besmettelijk beschouwd voor de omgeving.

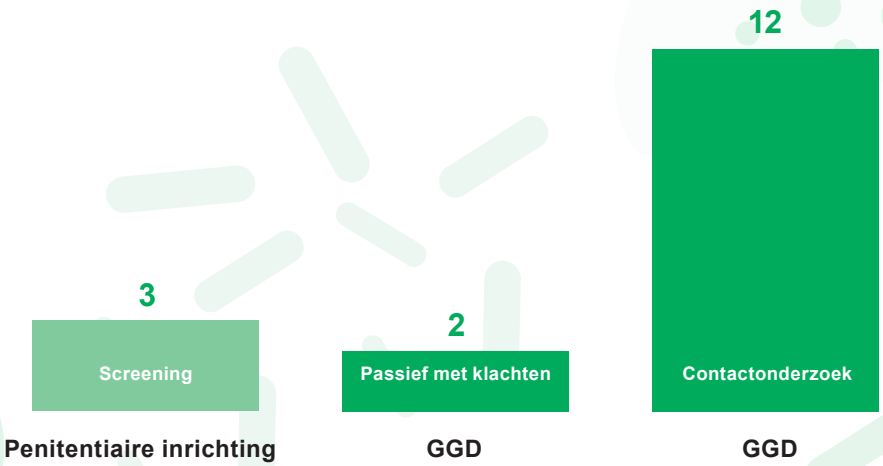
De verhouding pulmonaal/extrapulmonaal is de afgelopen jaren stabiel en is 1 staat tot 1.

Door middel van screening en contactonderzoek zijn er 3 respectievelijk 12 patiënten met actieve tuberculose opgespoord en behandeld.

Twee patiënten hebben zich zelf bij de GGD gemeld met klachten.

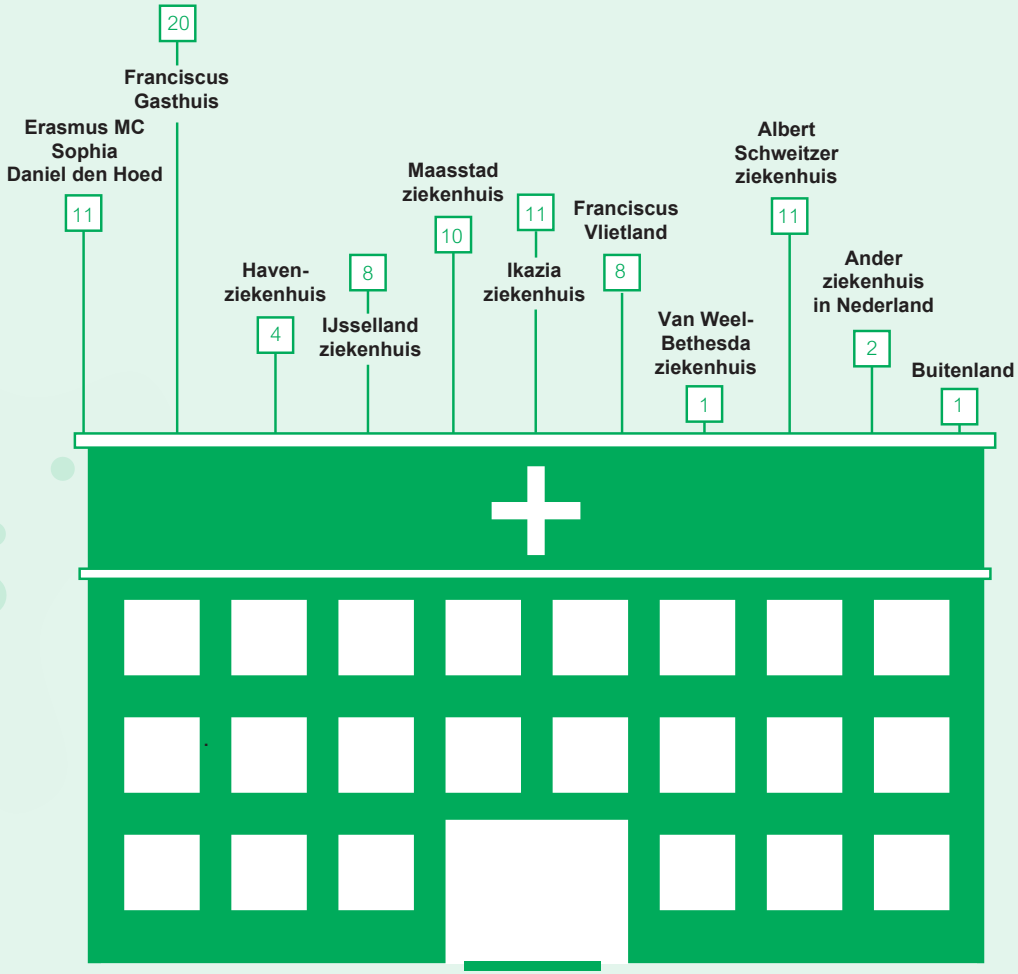
4 patiënten zijn vanuit elders in het land en 5 vanuit een ziekenhuis in de regio doorverwezen naar de GGD om de tuberculosebehandeling af te ronden. De verwijzingen vanuit de ziekenhuizen betrof patiënten bij wie extra begeleiding en/of directly observed treatment (DOT)[2] noodzakelijk was.

Figuur 1.3 Aantal behandelde tbc-patiënten bij de GGD en reden van ontdekking tbc, 2017 (regio's RR en ZHZ)



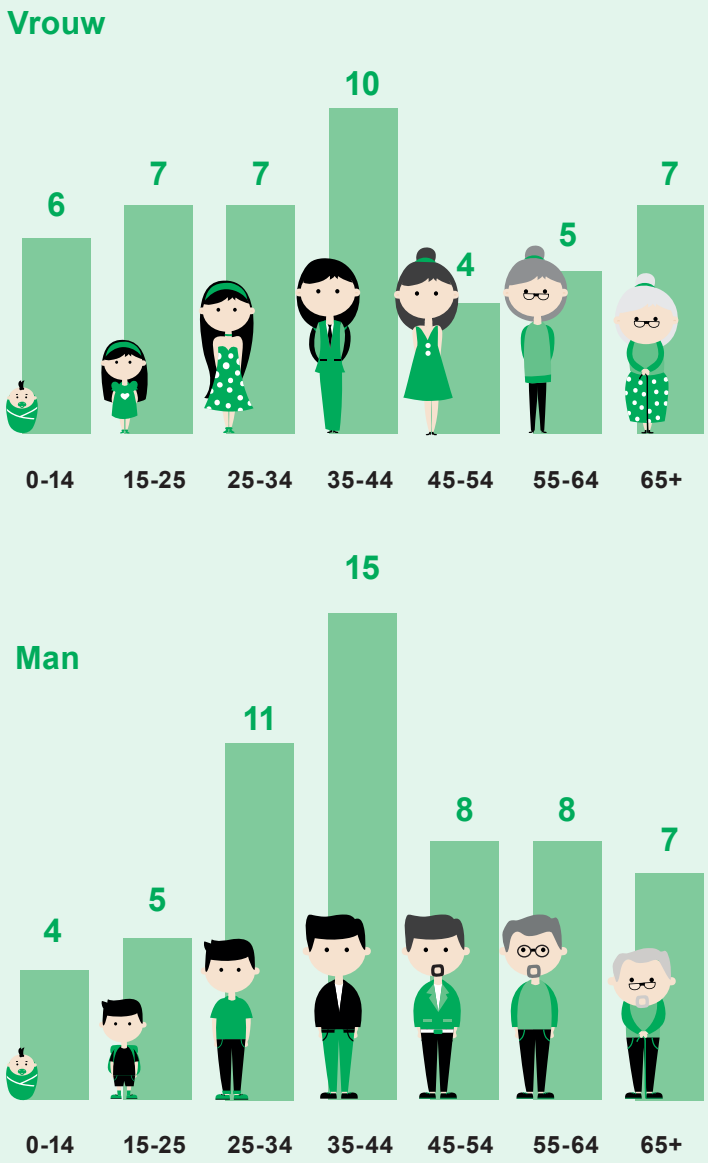
[2] *Directly Observed Treatment = medicatie-inname onder toezicht. Deze interventie wordt gebruikt om de patiënt te ondersteunen de therapie te volbrengen. Zo wordt genezing bewerkstelligd en resistentie voorkomen.*

Figuur 1.4 Aantal tbc-patiënten gediagnostiseerd per ziekenhuis, 2017



Bovenstaand figuur geeft aan hoeveel patiënten in elk ziekenhuis zijn gediagnostiseerd met tuberculose naar aanleiding van klachten.

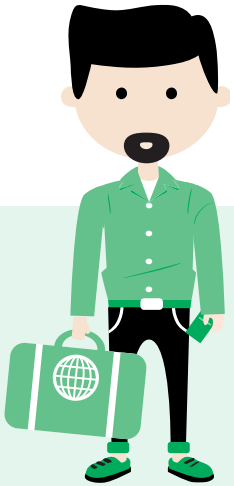
Figuur 1.5 Tuberculose naar geslacht en leeftijd, 2017 (regio's RR en ZHZ)



Geslacht en leeftijd

De verhouding man/vrouw is 1,3/1. Deze verhouding is conform de landelijke cijfers. Mondiaal is deze verhouding 2/1. Een mogelijke verklaring is, dat mannen in veel landen mobieler zijn en daardoor meer met tuberculose in aanraking komen.

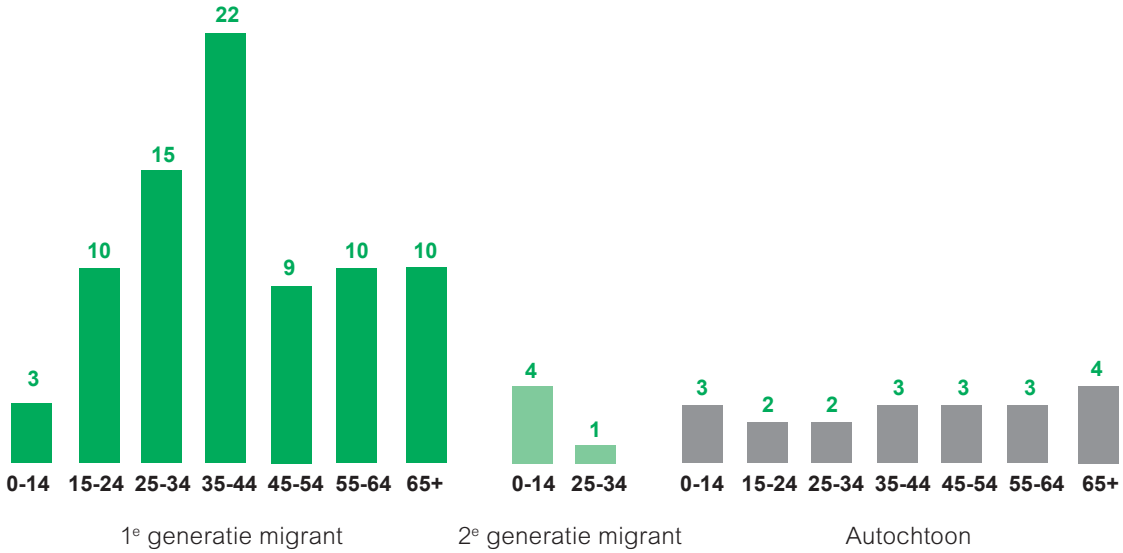
In de leeftijdscategorie van 25 tot 44 jaar wordt de meeste actieve tuberculose gediagnostiseerd. Dit komt doordat voornamelijk migranten van jongere en middelbare leeftijd zich vestigen in Nederland (zie figuren 1.6 en 1.7).



Bij migranten komt tuberculose met name voor in de leeftijdscategorie van 25 tot 44 jaar.

Bij de autochtone Nederlander is er een gelijkmatige verdeling van tuberculose over de verschillende leeftijdscategorieën. Het opvallend hoge aantal jonge kinderen onder de autochtone bevolking betrof kinderen van 1, 6 en 9 jaar, die allemaal in een contactonderzoek zijn ontdekt.

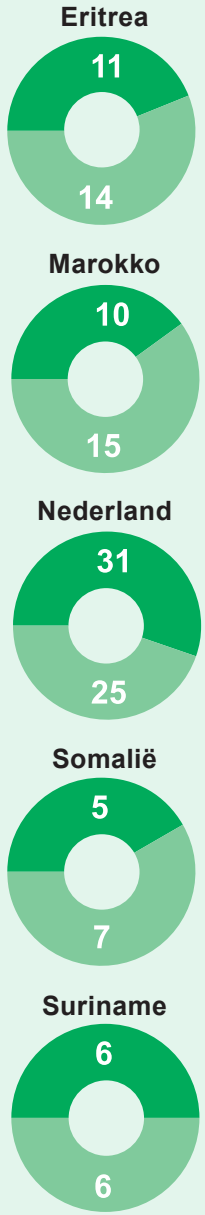
Figuur 1.6 Herkomst en leeftijd tbc-patiënten, 2017 (regio's RR en ZHZ)



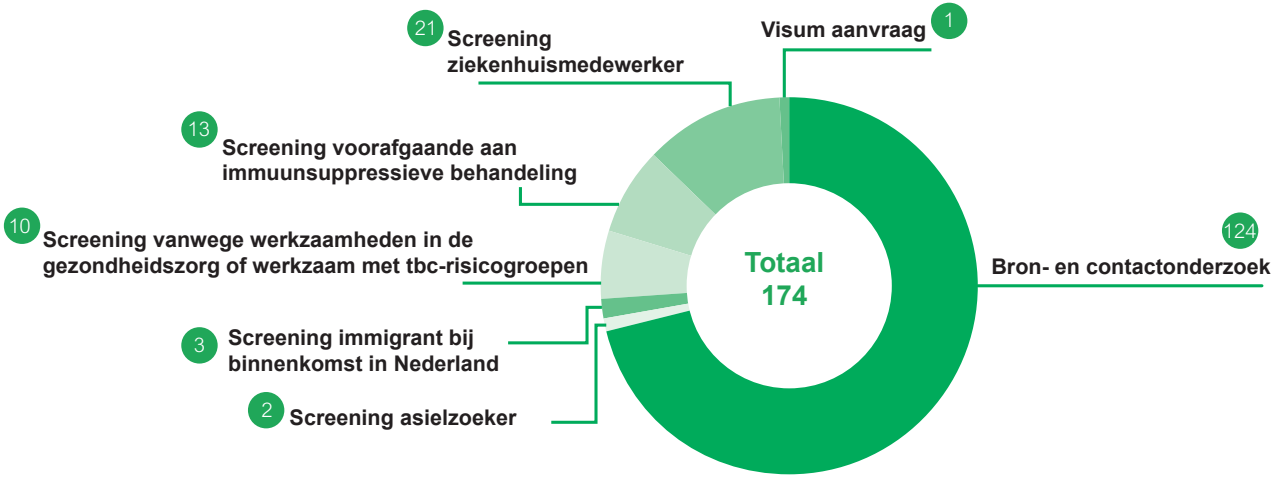
Figuur 1.7 Top 5 Landen van herkomst tbc-patiënten, 2016 en 2017 (regio's RR en ZHZ)

De tuberculose patiënten waren afkomstig uit 27 verschillende landen.

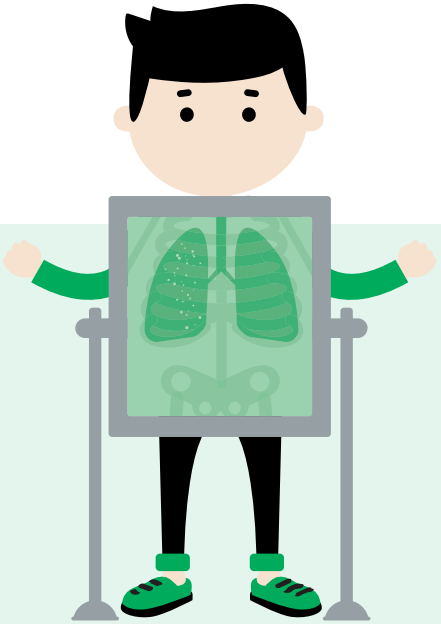
De vijf meest voorkomende landen van herkomst zijn hiernaast aangegeven. 1/5de deel van de Nederlandse tbc-patiënten is tweede generatie migrant (zie figuur 1.6).



2. Latente tuberculose infecties (ltbi)



Grafiek 2.1 Aantal latente tuberculose infecties naar manier van opsporen, 2017 (regio's RR en ZHZ)



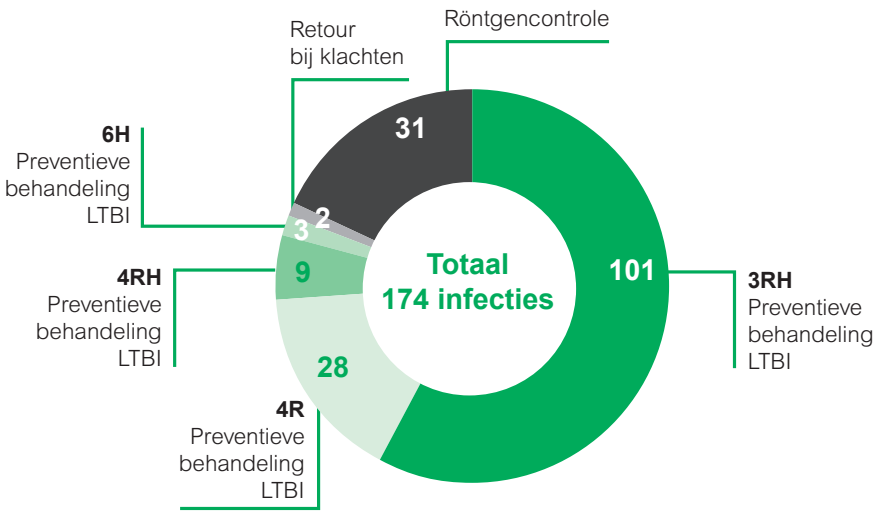
In 2017 zijn er in totaal 174 latente tuberculose infecties (ltbi) opgespoord, dan wel gemeld bij de GGD.

Dit is een onderrapportage van het daadwerkelijke aantal tuberculose infecties, omdat er geen meldingsplicht is voor ltbi. Met name in de ziekenhuizen worden ltbi gevonden en behandeld op basis van de screening voorafgaande aan immunosuppressieve behandeling. Deze infecties zijn niet opgenomen in grafiek 2.1.
De meeste ltbi zijn gevonden in de bron- en contactonderzoeken. Hierbij zijn in totaal 1461 mensen onderzocht in 2017. Hiervan is 8,4% positief getest op een latente tuberculose infectie.

De 2 ltbi bij screening asielzoekers zijn aan het licht gekomen tijdens het onderzoek TB-ENDPoint[3].

[3] *Tuberculosis Elimination in the Netherlands through Disease Prevention Optimalization. Het project TB ENDpoint onderzoekt hoe een preventieve behandeling bij geïnfecteerde mensen het beste kan worden uitgevoerd om tbc te voorkómen.*

Figuur 2.2 Aantal latente tuberculose infecties en manier van behandeling/follow-up, 2017 (regio's RR en ZHZ)



Toelichting bij tabel:

R= rifampicine

H= isoniazide

Getal= aantal maanden

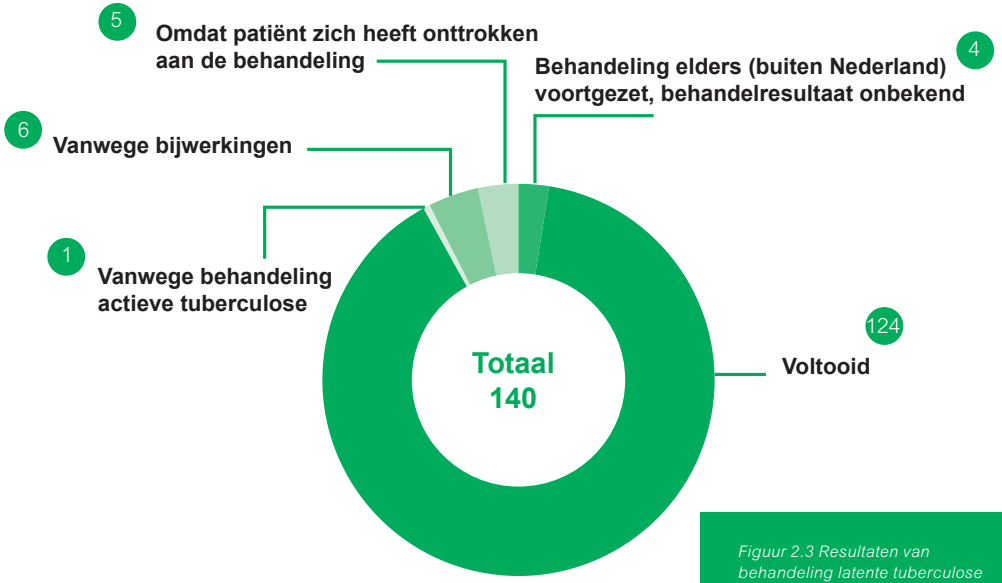
Bij een gevonden tuberculose infectie worden er 3 opties voorgelegd.

1. Men kan kiezen voor een preventieve behandeling met antibiotica.
2. Na goede voorlichting en uitleg over mogelijke symptomen meldt cliënt zich alleen bij klachten.
3. Gedurende twee jaar wordt cliënt halfjaarlijks gecontroleerd d.m.v. röntgenfoto van de thorax.

In figuur 2.2 is te zien of mensen met een infectie medicatie hebben gekregen of door middel van röntgencontrole gevolgd werden in 2017.

Van de 140 cliënten die een behandeling met medicijnen zijn gestart, voltooide 89% deze behandeling in 2017.
Ter vergelijking: Een studie uit 2010 toonde aan dat in Canada en de USA 83% van de cliënten, die positief getest waren voor ltbi, behandeling accepteerden. Slechts 39% van deze cliënten voltooide de behandeling. (Horsburgh et al., Latent TB infection treatment acceptance and completion in the United States and Canada).

Bij de GGD Rotterdam-Rijnmond en de GGD Zuid-Holland Zuid accepteerde 81% van de cliënten de behandeling. 71% van de totale groep met ltbi voltooide deze behandeling ook. Een mogelijke verklaring van het hogere percentage voltooide behandeling is de manier van organisatie van de tuberculosebestrijding in Nederland. Hierdoor is intensieve begeleiding mogelijk en laagdrempelig.



Figuur 2.3 Resultaten van behandeling latente tuberculose infecties, 2017 (regio's RR en ZHZ)

3. Activiteiten tuberculosebestrijding

Tabel 3.1 Activiteiten tuberculosebestrijding, 2017

	RR	ZHZ
Cliëntcontacten	**8.701**	**552**
Röntgenfoto's	**5.787**	
• **gemaakt én beoordeeld door GGD**	**3.470**	
• **beoordeeld voor penitentiaire inrichtingen**	**2.317**	
Mantouxtesten	**1.183**	**152**
IGRA	**388**	**23**
BCG-vaccinaties	**1.450**	**248**

Conform het dalend aantal tbc-patiënten is ook het aantal contacten/verrichtingen afgenomen.

Casus

Bron- en contactonderzoek (BCO) in Alblasserdam

Een kind in Alblasserdam hoest al een hele tijd en is nu echt ziek. Het kind blijkt een besmettelijke vorm van tuberculose te hebben. De behandeling start en het kind mag ten minste twee weken niet zonder mondkapje naar buiten en niet naar school. De GGD controleert gelijk ook alle gezinsleden. Zij hebben allemaal tuberculose (gesloten) of zijn geïnfecteerd.

Ouders krijgen informatie via brieven, email en een informatieavond over het feit dat een klasgenoot van hun kind tuberculose heeft. En dat de GGD alle kinderen in de twee klassen waarin het kind zit gaat onderzoeken en hoe dat in zijn werk gaat. De kinderen en docenten worden onderzocht.
In de klas blijken enkele kinderen besmet te zijn en een aantal zelfs tuberculose te hebben. Deze kinderen worden ook allemaal behandeld.

Op basis van deze uitkomst wordt het onderzoek uitgebreid naar alle kinderen en docenten op school en de kinderopvang die in hetzelfde gebouw zit. Opnieuw worden ouders geïnformeerd en er heerst onrust. De gemeente probeert de onrust tegen te gaan door breed te communiceren, maar dit lijkt de onrust juist te vergroten.
De opgeroepen kinderen worden in een grote locatie in het dorp getest om te onderzoeken of ze besmet zijn. Zoals verwacht, valt dat gelukkig mee.
Niet alle kinderen zijn komen opdagen, maar omdat er weinig infecties zijn gevonden, sluit de GGD het BCO af.

Eén van de kinderen die wordt behandeld voor een infectie, blijkt mogelijk toch tuberculose te hebben. Het duurt echter drie maanden voordat dit definitief wordt vastgesteld. Ook dit kind kan besmettelijk zijn, al zijn er in het gezin geen infecties. Toch besluit de GGD om de klas van dit kind te onderzoeken. Opnieuw worden de ouders geïnformeerd en ontstaat er onrust. Op een informatieavond worden kritische vragen gesteld. Vanwege de onrust wordt er door de GGD, gemeente en school veel aandacht besteed aan de communicatie om alle partijen zo goed en volledig mogelijk te informeren. Dit blijkt een lastige opgave. Gelukkig zijn de ouders heel reëel en blijft verdere onrust uit. De kinderen in de klas worden onderzocht. Bij dit onderzoek wordt weer een infectie gevonden. Ouders staan er op dat hun kind wordt onderzocht en opnieuw is besloten om de hele school te onderzoeken. In dit uitgebreide onderzoek worden geen nieuwe infecties meer gevonden. Nu kan het BCO opnieuw afgesloten worden. Maar zekerheid dat er geen nieuwe tuberculose op zal treden kan helaas nooit gegeven worden.

Meer informatie en contact

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met
team Tuberculosebestrijding via telefoonnummer
010-4339540 of mail tbcggd@rotterdam.nl

Ook kunt u kijken op onze website
www.ggdrotterdamrijnmond.nl/infectieziekten/tuberculose

Dit is een uitgave van de gemeente Rotterdam
en GGD Rotterdam-Rijnmond in samenwerking
met GGD Zuid-Holland Zuid.

Tuberculosebestrijding is onderdeel van het team
Infectieziektebestrijding van de afdeling
Publieke Gezondheid, net als de teams:
Soa & Seksualiteit en Gezondheid & Milieu.

Copyright © oktober 2018

GGD ZHZ is onderdeel van de
Dienst Gezondheid & Jeugd

Vormgeving Jacqueline Meijer | BCO Gemeente Rotterdam

GGD
Rotterdam-Rijnmond

Soa & Seksualiteit

in de regio Rotterdam-Rijnmond

De GGD Rotterdam-Rijnmond richt zich op het voorkomen van de verspreiding van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) en hiv. De GGD biedt daarvoor bij de regionale soa poli een laagdrempelige mogelijkheid om te testen op soa en vragen te stellen over anticonceptie en seksualiteit. De dienst geeft ook voorlichting en werkt daarmee aan preventie van soa.

Preventie van soa

Mensen met vragen over seksuele gezondheid en veilig vrijen of met klachten die duiden op een soa, kunnen terecht op spreekuren in Rotterdam. Mannen die seks hebben met mannen (MSM) en sekswerkers kunnen dit spreekuur ook bezoeken voor vaccinatie tegen hepatitis B. Als mannen zich willen laten testen op soa kunnen zij naar de website www.mantotman.nl gaan. Speciaal voor jongeren onder de 25 jaar die vragen hebben over seksualiteit is er het Sense-spreekuur. Willen MSM of jongeren onder de 25 liever chatten met een medewerker? Dat kan ook via mantotman.nl en sense.info. De hulpverlening komt voort uit de Regeling aanvullende seksuele gezondheid, die bedoeld is voor de mensen met het hoogste risico op soa.

In deze factsheet zijn de jaarcijfers weergegeven van de consulten uitgevoerd bij het Centrum seksuele gezondheid van de GGD Rotterdam-Rijnmond.

Uitgevoerde soa-consulten

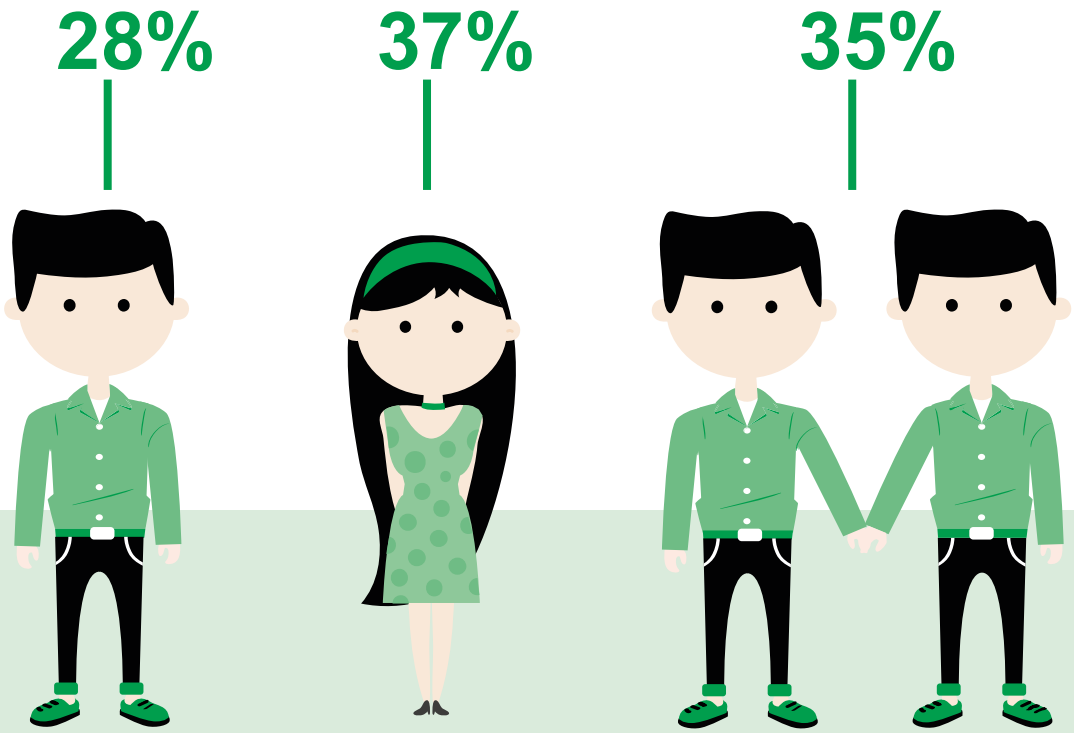
In 2017 bezochten 14.122 mensen een soa spreekuur bij het centrum seksuele gezondheid van de GGD Rotterdam-Rijnmond (2016: 13.084, plus 8%).

Net als in voorgaande jaren:

- woont 85% (11980) van de cliënten in ons werkgebied;
- daarvan komt 21% (2.562) uit de regiogemeenten en 79% (9418) uit de gemeente Rotterdam;
- woont 7% in de werkgebieden van GGD Hollands Midden en de GGD Zuid-Holland Zuid;
- komt 6% uit andere GGD regio's;
- is 3% geregistreerd onder een onbekende (anonieme) postcode.

Het aantal consulten per 10.000 inwoners bedraagt:

Voor de regiogemeenten **39/10.000** (2016:37)
Voor Rotterdam **148/10.000** (2016:137)



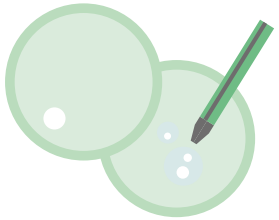
Heteroseksuele man | **Vrouw** | **Man die seks heeft met mannen (MSM)**

Consulten naar doelgroepen

De verdeling van mensen die op consult komen, wonend in het werkgebied van de GGD Rotterdam-Rijnmond is als volgt: heteroseksuele man 28%, vrouw 37% en man die seks heeft met mannen (MSM) 35%.

Tabel 1 Aantal uitgevoerde soa-consulten naar risicogroep (2017)

				Regiogemeenten		Rotterdam	
Risicogroep	**Aantal consulten[1]**	**% van alle consulten[2]**	**SOA vind%**	**Aantal consulten**	**% van alle consulten**	**Aantal consulten**	**% van alle consulten**
Heteroman	3380	28%	23,0%	685	27%	2695	29%
Vrouw	4458	37%	21,1%	1044	41%	3414	36%
MSM	4124	34%	20,9%	829	32%	3295	35%
Jongeren < 25 jaar	5529	46%	24,8%	1300	51%	4229	45%
Lage/middelbare opleiding[3]	5100	43%	25,1%	1514	59%	3586	38%
Gewaarschuwd voor soa	2509	21%	34,8%	497	19%	2012	21%
Soa-klachten	3251	27%	29,8%	726	28%	2525	27%
Afkomstig uit een soa-endemisch gebied (1e of 2e generatie)[4]	4803	40%	23,6%	918	36%	3885	41%
Partner afkomstig soa endemisch gebied	5068	42%	21,1%	1033	40%	4035	43%
Sekswerker	325	3%	13,2%	71	3%	254	3%
Cliënt sekswerker	316	3%	14,2%	86	3%	230	2%
Swinger[5]	100	1%	20,0%	48	2%	52	1%
Eerder soa in laatste jaar	2064	17%	27,1%	384	15%	1680	18%
Seksueel geweld	102	1%	5,6%	22	1%	80	1%
Totaal	**11980**	100%	**21,5%**	**2562**	100%	**9418**	100%



In tabel 1 is te zien dat er verhoudingsgewijs meer consulten zijn bij vrouwen uit de regiogemeenten dan uit Rotterdam. Ook worden er relatief meer jongeren en laag/middelbaar opgeleiden uit de regio gezien.

De stijging in het aantal consulten in 2017 komt voor het grootste deel op het conto van MSM, zowel MSM uit Rotterdam als uit de regiogemeenten.
Van de MSM die op consult komen is 18% jonger dan 25 jaar, van de heteromannen is 55% jonger dan 25 jaar en van de vrouwen 66%. In deze groep jonge mensen is bij respectievelijk 21%, 26% en 25% minimaal één soa gevonden (vindpercentage).

Herhaald testen

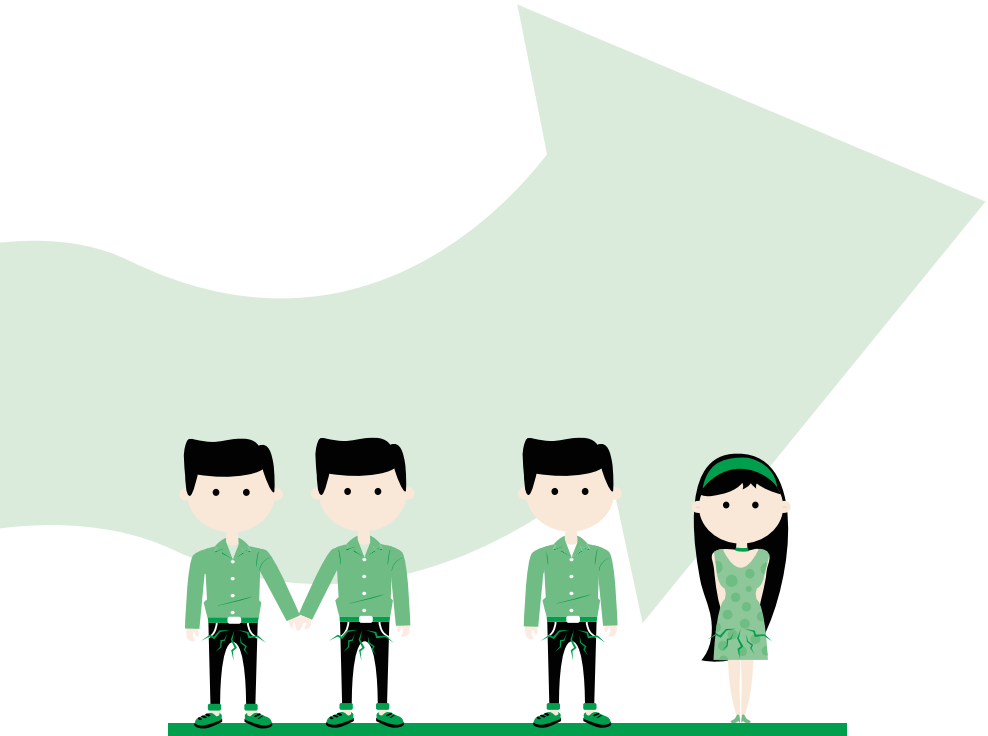
Mensen met een hoog risico wordt aangeraden regelmatig een soa-test te doen. In 2017 kwam van de vrouwen 16% en van de heteroseksuele mannen 11% vaker dan één keer op consult. Deze percentages zijn voor de regiogemeenten en Rotterdam ongeveer gelijk. Eénderde van de MSM uit de regiogemeenten kwam meer dan één keer voor een consult. Voor de MSM uit Rotterdam was dit percentage hoger, 40%.

Vindpercentages soa 2017

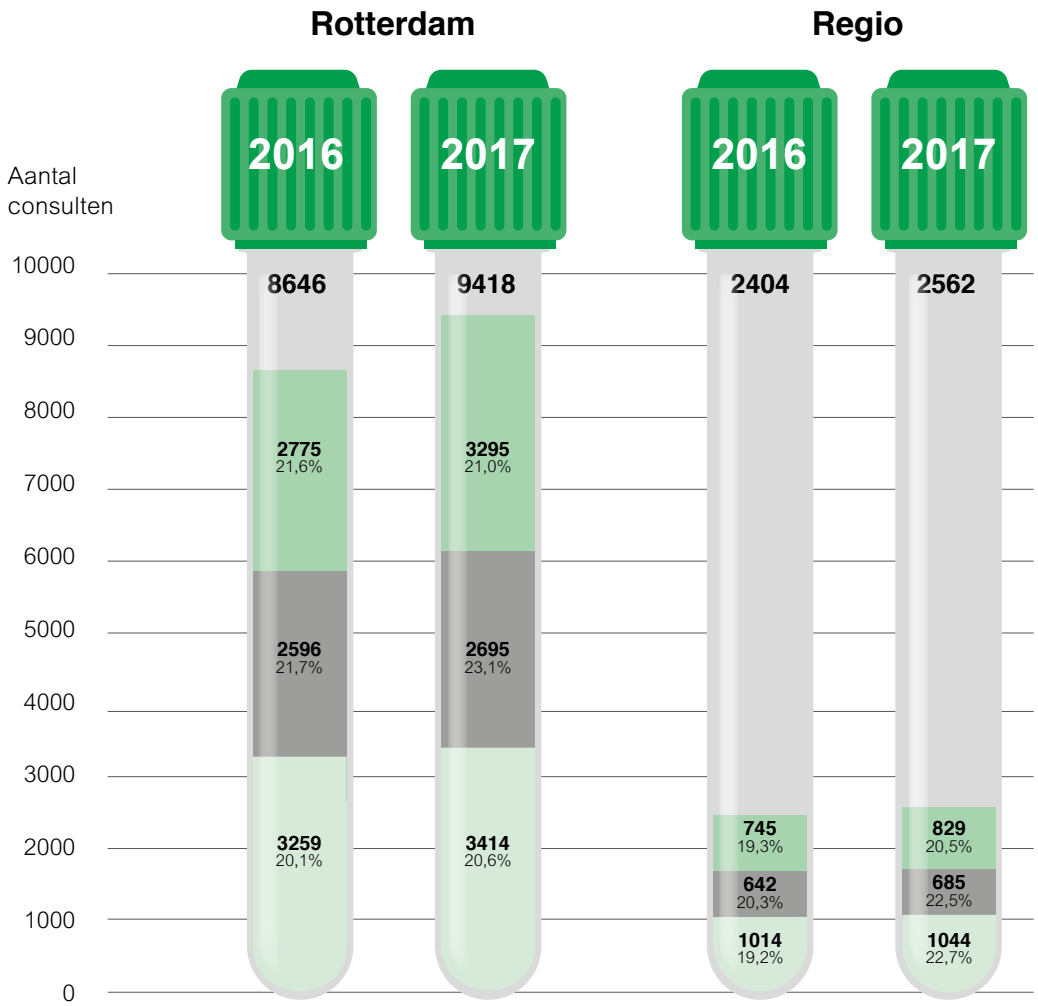
- Het percentage cliënten waarbij één of meerdere soa's werden gevonden (het vindpercentage) is 21,5% voor het gehele werkgebied van de GGD Rotterdam-Rijnmond.
- De vindpercentages van 2017 zijn licht gestegen ten opzichte van 2016, met name bij consulten van personen uit de regiogemeenten (2017: regiogemeenten 21,9%, Rotterdam 21,4%; 2016: regiogemeenten 18,9%, Rotterdam 21,1%).
- Bij 2580 mensen zijn een of meerdere soa's gevonden (Regiogemeenten 561, Rotterdam 2019).

[1] cliënten met bekende postcode
[2] personen kunnen in meerdere groepen voorkomen
[3] basis/lbo/mavo/vmbo/mbo/havo/vwo/gymnasium
[4] alle landen buiten West-Europa en andere Westerse landen
[5] stellen die met andere stellen vrije seks hebben (partnerruil), bijvoorbeeld in parenclubs

Figuur 1: Aantal consulten naar seksueel contact en vindpercentage bij het Centrum Seksuele Gezondheid Rotterdam: regiogemeenten versus Rotterdam, 2016-2017



De stijging van de vindpercentages is een gevolg van de strikte prioritering voor mensen met het hoogste soa risico, zoals mensen die door een partner gewaarschuwd zijn voor een soa of mensen die klachten hebben.



MSM
heteroseksuele mannen
vrouwen

Het jaarverslag van de centra seksuele gezondheid in de regio Zuidelijk Zuid-Holland vindt u op de website van de GGD, www.ggdrotterdamrijnmond.nl/soa-seksualiteit/jaarcijfers

Specifieke doelgroepen

Mannen die seks hebben met mannen (MSM)

Kijkend naar MSM bereiken we in de regiogemeenten meer biseksuele mannen. Van alle consulten bij MSM woonachtig in de regiogemeenten is 18% biseksueel vergeleken met 13% in Rotterdam.

Van de MSM die alleen met mannen seks hebben heeft 29% een migratieachtergrond. Bij biseksuele mannen is dit 40%.

Om tegemoet te komen aan de specifieke vragen en zorgen van MSM heeft de soa poli van de GGD speciale consulten ingericht. Deze consulten zijn begin 2018 gestart. Het gaat om consulten voor soa-testen bij mannen met een zeer hoog risico op soa en ook hepatitis C. Begeleiding en aanvullende voorlichting voor mannen die hiv pre-expositieprofylaxe gebruiken (PrEP) maken hier ook onderdeel van uit.

Van de MSM die alleen met mannen seks hebben, heeft 29% een migratieachtergrond

Veel voorkomende soa's zijn Chlamydia, Gonorroe, Syfilis, HIV, Hepatitis B

Jongeren

Omdat we weten dat bij laag- en middelbaar opgeleide jongeren vaker een soa wordt gevonden, is het belangrijk dat we deze groep zien op ons spreekuur. In 2017 was van de heteroseksuele jongeren uit de regio die op consult kwamen 64% laag of middelbaar opgeleid. Voor jongeren uit Rotterdam was dit lager, 42%.

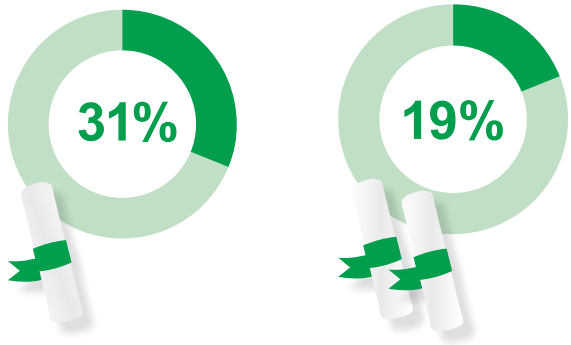
Bij 31% van de laag- of middelbaar opgeleide jongeren werd een soa gevonden, vergeleken met 19% bij hoger opgeleide jongeren. Dit percentage is voor de regiogemeenten en Rotterdam vergelijkbaar.

De GGD blijft zoeken naar effectieve methoden om de laag- en middelbaar opgeleide jongeren te bereiken, voorlichting te geven en indien nodig op soa te testen. De uitkomsten van het onderzoek 'seks onder je 25e' in onze regio laten zien dat dit ook nodig is. Jongeren zijn ontevreden over de voorlichting die ze krijgen op school. De resultaten van seks onder je 25e zijn te vinden op de website van de GGD, www.ggdrotterdamrijnmond.nl/soa-seksualiteit/seks-onder-je-25e.

Hiv-bestrijding

Hiv komt vooral voor bij MSM en bij heteroseksuelen met bepaalde migratieachtergronden. De GGD motiveert MSM op verschillende manieren om zich te laten testen op hiv. Dit is ook in de regiogemeenten nodig: bij de eerste consulten in 2017 lieten MSM uit de regiogemeenten zich aanzienlijk vaker voor het eerst testen op hiv dan Rotterdamse MSM (20% tegenover 13%).

Vindpercentage jongeren



laag-/middelbaar opgeleid
basis/lbo/mavo/vmbo/mbo

hoogopgeleid
havo/vwo/gymnasium/hbo/WO)

De GGD wil de UNAIDS-doelen halen in de hiv-bestrijding: ten minste 90% van de geïnfecteerden weet dat ze geïnfecteerd zijn en zijn in zorg, 90% hiervan wordt behandeld en 90% hiervan is niet meer besmettelijk.
Naar schatting zijn er ongeveer 375 mensen in het werkgebied besmet met hiv zonder dit te weten, waarvan er naar schatting 150 mensen uit de regiogemeenten komen. Het opsporen van deze hiv-geïnfecteerden heeft prioriteit voor de GGD. Hiervoor is het project 'Rotterdam-Rijnmond (RR) Aidsvrij 2030' gestart, een samenwerkingsproject tussen de GGD en de hiv-behandelcentra van het Erasmus MC en het Maasstad Ziekenhuis. Samen met huisartsen en de doelgroepen worden er wijkgerichte interventies ontwikkeld.

Meer informatie over dit project is te vinden op de website van de GGD, www.ggdrotterdamrijnmond.nl/professionals/project-rr-aidsvrij-2030.

Preventie-activiteiten

De GGD spitst zijn preventie toe op subdoelgroepen van jongeren: laagopgeleide jongeren waaronder migranten, jonge mannen die seks hebben met mannen (MSM) en sekswerkers. De GGD benadert deze jongeren daar 'waar zij te vinden zijn': online via Sense.info, op de ROC's[1], bij het jongerenwerk en via collega's van het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG). Medewerkers zoeken sekswerkers ook op bij seksinrichtingen en bij de inloop Door2Door.

De ontmoetingsplaatsen liggen vaak in de (grote) stad. Jongeren uit de hele regio doen mee aan preventieactiviteiten in Rotterdam. Een medewerker van de GGD die voorlichting geeft op een ROC in Rotterdam bereikt ook jongeren uit andere gemeenten.
Omdat een soa voor veel mensen een beladen onderwerp is, vraagt de GGD deelnemers van de groepsvoorlichtingen niet naar hun adres. Hoeveel inwoners per gemeente zijn voorgelicht, is daarom onbekend.

De GGD zet bij seksinrichtingen en bij Hang Out 010 (een organisatie voor LHBTI-jongeren[2]) een combinatie in van voorlichting over soa, anticonceptie, seksualiteit, vaccineren en/of testen. Ook is de GGD aanwezig bij activiteiten waar veel MSM aanwezig zijn, zoals Rotterdam Pride, als daar voorlichting geven mogelijk is. De focus verschuift echter naar online hulpverlening voor MSM. Online zal dit waarschijnlijk via de dating app Grindr plaatsvinden. Veel mannen vinden hun sekspartners via deze dating app.
Uitgangspunt van de voorlichting is gezonde seksualiteit. De voorlichting richt zich op plezierige seks en op veilig vrijen, ook in situaties waarin dat niet gemakkelijk is, bijvoorbeeld bij schaamte/taboe over seksueel gedrag.

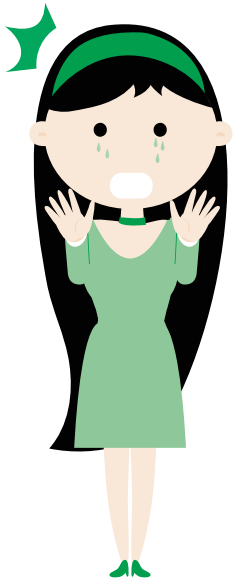
[1] ROC: regionaal opleidingen centrum, verzorgt het middelbaar beroepsonderwijs (mbo) en volwasseneneducatie.
[2] LHBTI: lesbische vrouwen, homoseksuele mannen, biseksuelen, transgender- en intersekse personen

Keuzehulp

De GGD biedt keuzehulp bij een ongewenste zwangerschap. Meisjes en jonge vrouwen die hulp willen bij de keuze over het wel of niet doorzetten van de zwangerschap, kunnen voor een persoonlijk gesprek bij een hiervoor opgeleide verpleegkundige terecht. Verwijzing vindt plaats via stichting FIOM.

Centrum voor seksueel geweld (CSG)

Voor slachtoffers van seksueel geweld ouder dan 16 jaar beschikt de GGD over een centrum seksueel geweld. Aanmelding verloopt via het landelijke nummer 0800-0188 of via de politie. Bij het CSG wordt in samenwerking met de politie en FARR (forensisch artsen Rotterdam-Rijnmond) het slachtoffer onderzocht, worden eventuele sporen veiliggesteld en wordt het slachtoffer begeleid tot maximaal 6 maanden na de gebeurtenis. Het CSG is 7 dagen per week 24 uur per dag bereikbaar via het landelijke nummer. Slachtoffers jonger dan 16 jaar worden opgevangen in het Sofia kinderziekenhuis. Aanmelding verloopt eveneens via de politie of het landelijke nummer. Meer informatie op www.ggdrotterdamrijnmond.nl/advies-hulp/seksueel-geweld.



Wat doet de GGD voor mijn gemeente?

Het team Soa & Seksualiteit:

- biedt de mogelijkheid van een soa-consult, inclusief testen en zo nodig behandelen en/of verwijzen in Rotterdam;
- biedt ondersteuning bij partnerwaarschuwing; digitaal, telefonisch of tijdens het consult;
- biedt voorlichting aan subdoelgroepen jongeren op plaatsen waar zij zich bevinden;
- bewaakt de verspreiding van soa's en/of hiv op basis van verzamelde gegevens, om zo nodig maatregelen te kunnen nemen;
- biedt ondersteuning bij ongeplande/ongewenste zwangerschap en verwijst door;
- biedt ondersteuning en begeleiding aan slachtoffers van seksueel geweld (ouder dan 16 jaar).

Meer informatie en contact

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met team Soa & Seksualiteit via postbussoaggd@rotterdam.nl. Ook kunt u kijken op onze website www.ggdrotterdamrijnmond.nl.

Dit is een uitgave van de gemeente Rotterdam en de GGD Rotterdam-Rijnmond. Het team Soa & Seksualiteit is onderdeel van de afdeling Publieke Gezondheid, net als de teams Infectieziektebestrijding en Gezondheid & Milieu.

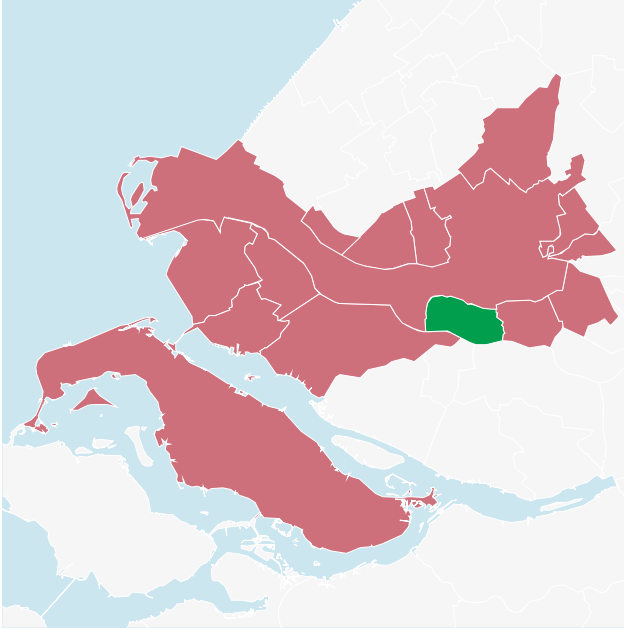
Copyright © juli 2018

Vormgeving Jacqueline Meijer | BCO Gemeente Rotterdam

GGD Rotterdam-Rijnmond

Gezondheids-monitor Kinderen 2018

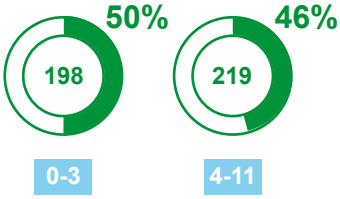
Hoe gaat het met de kinderen in Albrandswaard?



Over het onderzoek

Dit vierluik gaat over de gezondheid en het welzijn van kinderen. Gegevens zijn verzameld met een vragenlijst. Van mei t/m juli 2018 vulden ouders deze in. Dit vierluik bevat slechts een deel van de resultaten. Soms is een trend in de tijd weergegeven, of is de gemeente vergeleken met het regionaal gemiddelde.

Bekijk alle uitkomsten en rapportages op **www.GezondheidinKaart.nl**

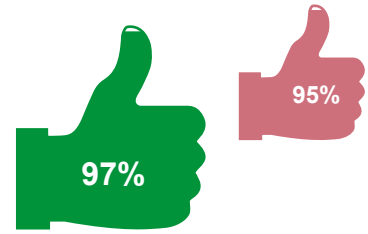


In de regio vulden 16.780 ouders de vragenlijst in. Dit is 39% van de uitgenodigde ouders.

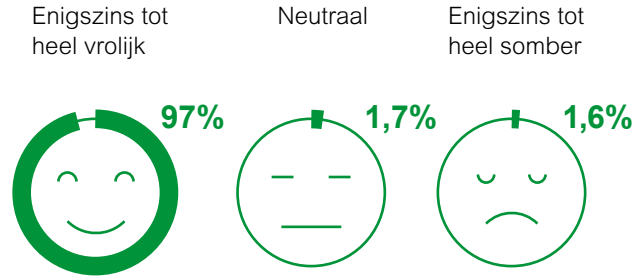
Gezondheid en ziekte

Ervaren gezondheid

In de regio vindt 95% van de ouders de gezondheid van het kind, goed of heel goed. In Albrandswaard is dit 97%.



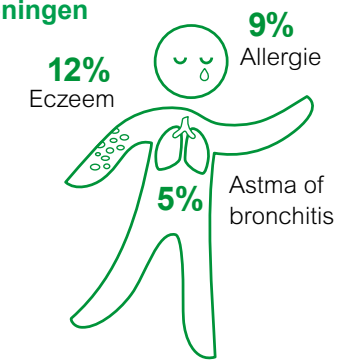
Hoe voelde het kind zich in de afgelopen 3 maanden?



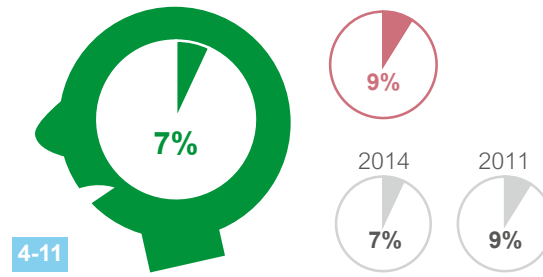
In de regio voelde 97% van de kinderen zich in de afgelopen 3 maanden enigszins tot heel vrolijk.

Chronische aandoeningen

In Albrandswaard is 14% van de kinderen belemmerd bij het uitvoeren van dagelijkse bezigheden door een aandoening of ziekte. In de regio is dit 15%.



Verhoogd risico op psychosociale problemen

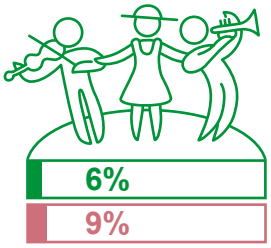


Psychosociale problemen kunnen bestaan uit: emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit of problemen met leeftijdsgenoten.

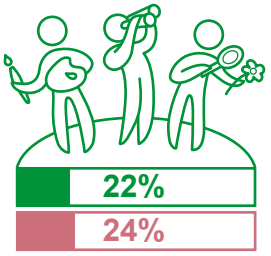
Participatie

Lid van een vereniging

Zang-, muziek- of toneelvereniging



4-11

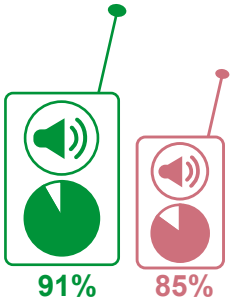


Andere vereniging (dan sport of zang)

Gezonde leefomgeving

Gehoorschade

4-11



Ouder neemt maatregelen om gehoorschade te voorkomen

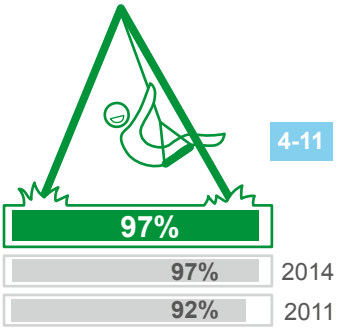
Gebruikt wel eens een koptelefoon of oortjes

- **22%** heeft een maximum geluidniveau ingesteld
- **21%** heeft een maximum tijd afgesproken voor het luisteren met koptelefoon
- **65%** waarschuwt dat het kind het geluid niet te hard moet zetten.

Kindvriendelijke buurt

Woonbuurt is (zeer / voldoende) geschikt voor kinderen in de basisschoolleeftijd

4-11

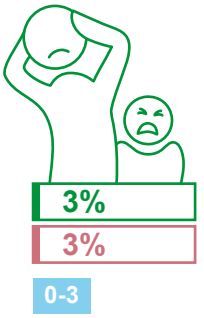


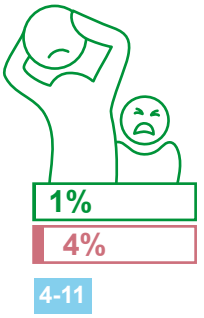
Rookt in huis waar het kind bij is

4-11

Zorg en voorzieningen

Steun bij de opvoeding



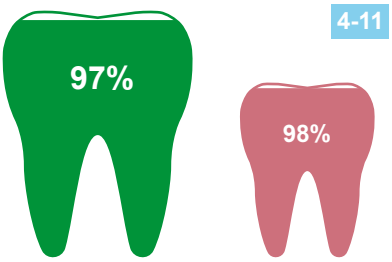


Ontvangt onvoldoende steun bij opvoeding

Tandartsbezoek

Eén keer per jaar of vaker voor controle naar de tandarts

4-11



Behoefte aan deskundige hulp / advies over kind

0-3

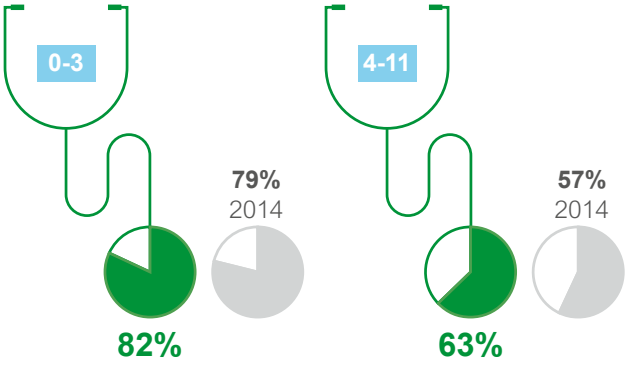
		2014
Geen behoefte	93%	93%
Ik krijg al hulp / advies	4%	4%
Ik krijg (nog) geen hulp / advies	4%	3%

4-11

		2014
Geen behoefte	90%	88%
Ik krijg al hulp / advies	6%	8%
Ik krijg (nog) geen hulp / advies	4%	4%

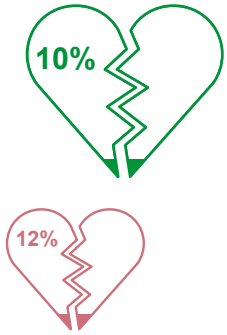
Huisartsbezoek

In afgelopen jaar bij de huisarts geweest

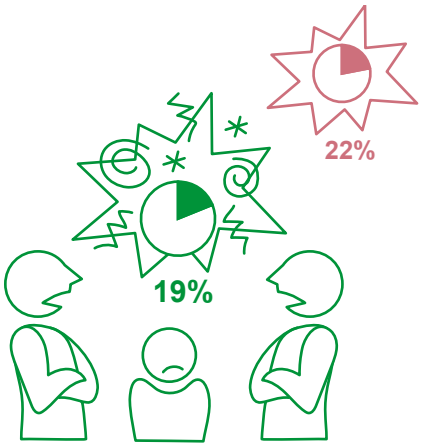


Sociale omgeving

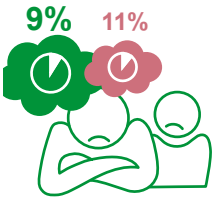
Ingrijpende gebeurtenissen in het gezin



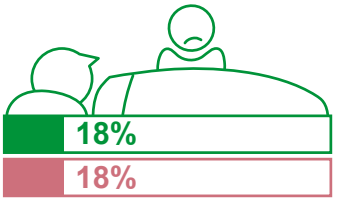
Echtscheiding
(ooit en nu)



Conflicten of ruzies
(ooit en nu)



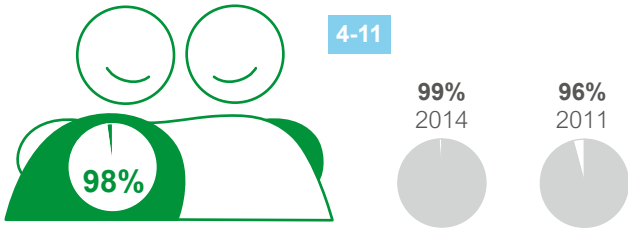
Psychische problemen
(ooit en nu)



Ziek gezinslid
(ooit en nu)

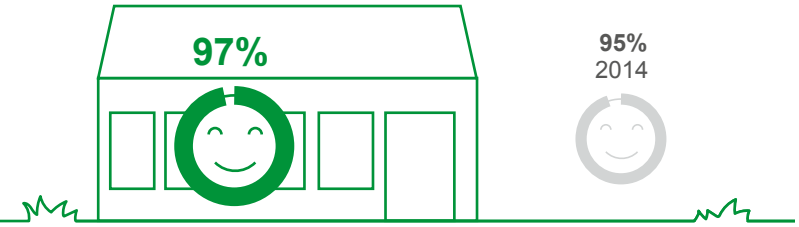
Vriendschap

In de regio heeft 96% van de kinderen minimaal 1 goede vriend.



Heeft minimaal 1 goede vriend

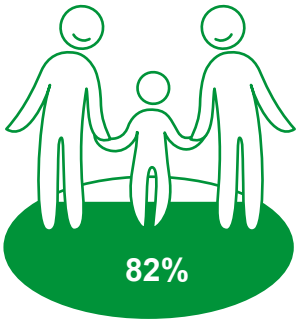
Plezier op school

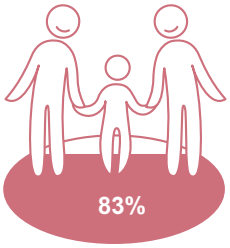


Gaat altijd of meestal graag naar school

Ouderschap

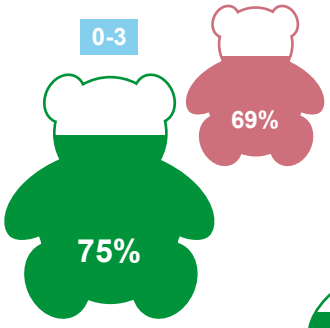
In de regio ervaart 49% van de ouders met een kind van 0 tot en met 3 jaar de opvoeding (zeer) makkelijk. Onder ouders met een kind van 4 tot en met 11 jaar is dat 43%.



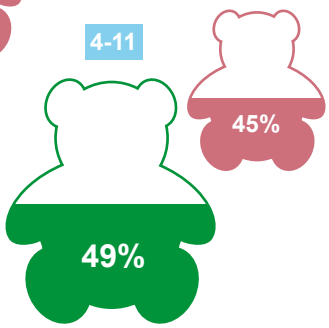


Het ouderschap geeft voldoening ((zeer) mee eens)

Kinderopvang



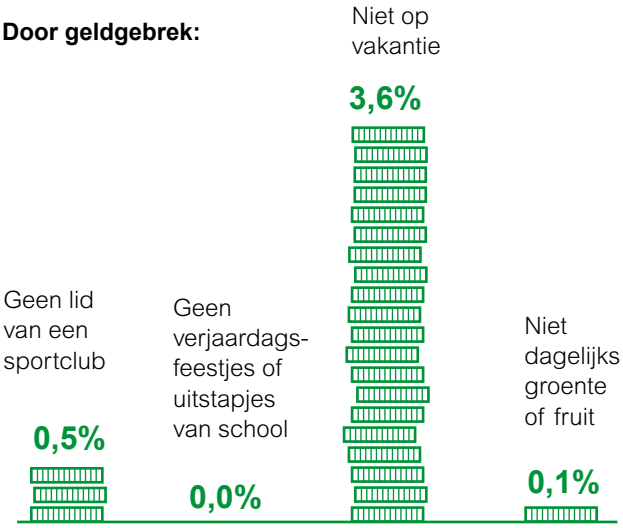
Maakt minimaal 2 dagen per week gebruik van kinderopvang



Geldgebrek

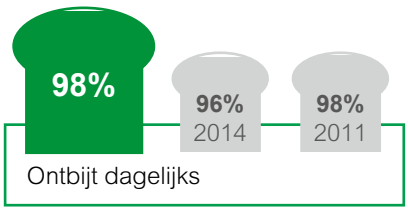
In de regio geeft 9% van de ouders aan in het afgelopen jaar moeite te hebben gehad om financieel rond te komen. In Albrandswaard is dit 5%.

Door geldgebrek:

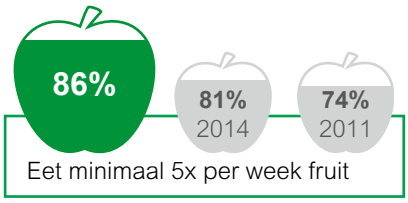


Leefstijl

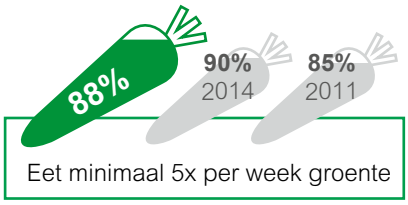
Voeding 4-11



Ontbijt dagelijks

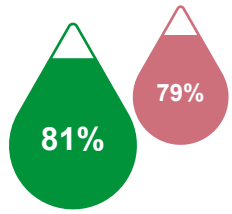


Eet minimaal 5x per week fruit

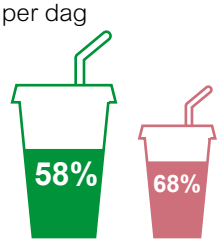


Eet minimaal 5x per week groente

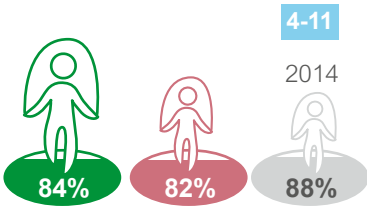
Drinkt minimaal 1x per dag water



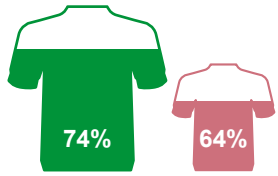
Drinkt 2 of meer gezoete drankjes per dag



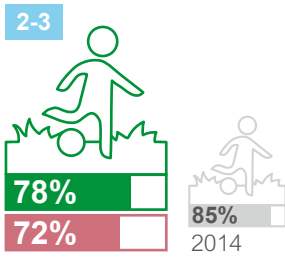
Sport en buitenspelen

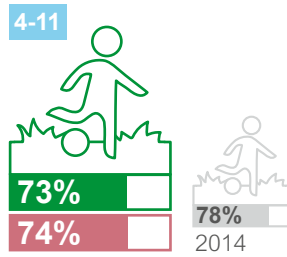


Beweegt dagelijks minimaal een uur matig intensief



Is lid van een sportvereniging



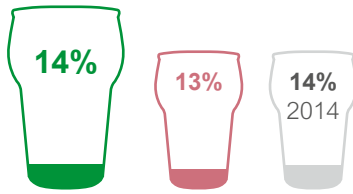


Speelt meestal minstens 1 uur per dag buiten

Landelijke adviezen: De Gezondheidsraad raadt aan dat kinderen minimaal 1 uur per dag bewegen en 3 keer per week spier- en botversterkende activiteiten uitvoeren. Het Oogfonds adviseert alle kinderen twee uur per dag naar buiten om bijziendheid te voorkomen!

Mening van ouders over alcoholgebruik

Accepteert het af en toe drinken van een glas alcohol door kinderen jonger dan 18 jaar.



De regio kort samengevat

Ervaren gezondheid en psychisch welbevinden stabiel
De meeste ouders vinden de gezondheid van hun kind heel goed of goed. Dit percentage is sinds 2011 stabiel. Ook de omvang van psychosociale problemen lijkt onveranderd. Eén op de 10 kinderen heeft een hoog risico op psychosociale problemen.

Minder ouders met moeite om rond te komen
Ouders die een tekort hebben aan financiële middelen, sparen geld uit door niet op vakantie te gaan of geen lid te worden van een sport- of andere club.

Minder vaak buitenspelen
Kinderen in de basisschoolleeftijd spelen minder vaak buiten dan in 2014. Ook zijn ze minder vaak lid van een sportvereniging.

Minder ouders roken in huis
In de regio wordt minder vaak in huis gerookt waar een kind bij is. Vergeleken met 2014 is dat percentage gehalveerd.

Wat valt op in Albrandswaard?
Albrandswaard wijkt op meerdere onderwerpen in gunstige zin af van de regio. Ouders zijn positiever over de kindvriendelijkheid van hun buurt. Ze nemen vaker gehoorbeschermende maatregelen voor hun kind. Kinderen drinken minder gezoete drankjes en eten vaker groente. Kinderen zijn vaker lid van een sportclub.

Leeswijzer

Het regiocijfer is het gemiddelde van de regio zonder Rotterdam. Als er geen leeftijd is vermeld, gaat het om de totale groep kinderen van 0 t/m 11 jaar. De Gezondheidsmonitor Kinderen is ook uitgevoerd in 2014 (0 t/m 11 jaar) en 2011 (4 t/m 11 jaar).

- gemeentecijfer 2018
- regiocijfer 2018
- gemeentecijfer 2011 en/of 2014
- leeftijdsaanduiding

Colofon

Bron:	Gezondheidsmonitor Kinderen 2018
Opdrachtgever:	GGD Rotterdam-Rijnmond
Uitvoering:	OBI, gemeente Rotterdam
Vragen:	gezondheidsmonitor@rotterdam.nl
Vormgeving:	Awareness+zootz
Datum uitgave:	oktober 2018

Belangrijkste conclusies Seks onder je 25e 2017

Representatief onderzoek

Seks onder je 25e is uitgevoerd door Rutgers en Soa Aids Nederland in samenwerking met GGD'en. Het CBS heeft de steekproef samengesteld en gewogen. I&O Research heeft het veldwerk uitgevoerd. Seks onder je 25e maakt deel uit van de Leefstijlmonitor (Seks onder je 25e/Leefstijlmonitor, Rutgers/Soa Aids Nederland i.s.m. RIVM, 2017). Het onderzoek is gefinancierd door VWS.

Seks onder je 25e 2017 is een grootschalig representatief onderzoek naar de seksuele gezondheid van jongeren van 12 tot 25 jaar in Nederland. In 2005 deden bijna 5000 jongeren voor de eerste keer mee aan een dergelijk onderzoek (De Graaf, Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2005). In 2012 waren dit bijna 8000 jongeren (De Graaf, Kruijer, Van Acker & Meijer, 2012). In 2017 hebben 15 van de 25 GGD'en gebruik gemaakt van de mogelijkheid om zicht te krijgen op de seksuele gezondheid van jongeren in hun eigen regio met een opgehoogde steekproef. Mede dankzij deze regionale ophogingen hebben 20.500 jongeren een digitale vragenlijst ingevuld met vragen over een breed scala van aan seksualiteit gerelateerde thema's. Jongeren werden zowel via scholen voor voortgezet onderwijs als via een door het CBS getrokken steekproef uit de gemeentelijke basis administraties (GBA) geworven. De steekproef is representatief voor de populatie jongeren van 12 tot 25 jaar in Nederland.

Seks onder je 25e is een participatief actieonderzoek. Dit houdt in dat tijdens het gehele proces van onderzoek tot actieplan wordt samengewerkt met stakeholders uit onderzoek, praktijk en beleid van (seksuele) gezondheidsbevordering. De uitkomsten van Seks onder je 25e zijn mede het resultaat van de wensen die stakeholders voor het onderzoek hebben aangedragen, uitgaande van de informatie die zij nodig hebben om hun werkzaamheden te kunnen onderbouwen. De belangrijkste uitkomsten worden hieronder beschreven.

Positieve ontwikkelingen

Latere seksuele start

Jongeren beginnen later aan seks. Met 18,6 jaar heeft de helft van de jongeren geslachtsgemeenschap gehad, in 2012 was dat nog met 17,1 jaar. Deze trend geldt voor alle vormen van seks: ook de eerste ervaringen met tongzoenen, voelen en strelen, vingeren en aftrekken en orale seks vinden een tot anderhalf jaar later plaats dan vijf jaar geleden. Nu heeft de helft van de jongeren met 15,8 jaar getongzoend. Bijna een jaar later (met 16,5 jaar) heeft de helft wel eens gevoeld en gestreeld. Weer ruim een jaar later (met 17,6 jaar) heeft de helft van de jongeren ervaring met vingeren of aftrekken en met 18,2 jaar heeft de helft van de jongeren ervaring met orale seks. Op basis van Seks onder je 25e is moeilijk te zeggen waar deze verschuiving vandaan komt. Van de jongeren die geen seks hebben zegt 46% van de jongens en 59% van de meisjes dat ze zichzelf te jong vinden. Mogelijk hanteren jongeren nu een andere norm ten aanzien van de leeftijd waarop jongeren seks horen te hebben. Het opschuiven van de leeftijd van de eerste keer seks is niet direct 'goed' of 'slecht'. Wel positief is dat hierdoor de groep jonge starters (jongeren die hun eerste geslachtsgemeenschap voor het 14e jaar hebben) kleiner is geworden. Dit is een gunstige trend, omdat jonge starters minder weerbaar zijn en zichzelf minder goed beschermen tegen ongeplande zwangerschap en soa (zie verderop in deze samenvatting bij 'groepen die aandacht blijven behoeven').

De meeste seksueel ervaren jongeren genieten van seks. In deze groep zegt 94% van de jongens en 90% van de meisjes dat ze seks fijn vinden. De meeste seksueel ervaren jongeren zeggen ook te weten wat ze lekker vinden. Dat seks fijn en opwindend is, zijn ook de meest genoemde redenen voor seks. Onder seksueel ervaren jongeren geeft in 2017 een groter deel aan dat ze seks belangrijk vinden dan in 2012.

Seksueel plezier

De sekseverschillen in genieten van seks zijn opvallend klein. Jongens en meisjes lijken op dit vlak dichter bij elkaar te zijn gekomen. Het onderzoek laat ook zien dat praten met de laatste partner samenhangt met meer seksueel plezier. Het is daarom gunstig dat de groep jongeren die regelmatig aan hun partner vraagt wat hij of zij lekker vindt iets groter is geworden.

Afname van seksuele grensoverschrijding

Er is een lichte daling zichtbaar in het aantal jongeren dat seksuele grensoverschrijding meemaakt. In 2012 gaf 5% van de jongens en 17% van de meisjes aan bij hun eerste keer geslachtsgemeenschap overgehaald of gedwongen te zijn, in 2017 is dit respectievelijk 3% en 14%. Twee procent van de jongens en 11% van de meisjes geeft aan dat ze ooit waren gedwongen om iets te doen of toe te staan op seksueel gebied wat ze niet wilden. In 2012 was dat respectievelijk 4% en 17%.

Goed beschermd tegen zwangerschap

Het anticonceptiegebruik onder jongeren is hoog. Bij de eerste geslachtsgemeenschap gebruikt 92% van de jongens en 94% van de meisjes een anticonceptiemethode. Dat is iets verbeterd ten opzichte van 2012. Met de laatste partner gebruiken vier op de vijf jongeren altijd anticonceptie. Ook dit is (bij de meisjes) iets verbeterd. Het gebruik van andere anticonceptiemethoden dan de pil is in opkomst. De pil is nog steeds de meest gebruikte methode, maar het gebruik hiervan is sterk afgenomen, van 61% naar 50% onder meisjes met ervaring met geslachtsgemeenschap. Na de pil wordt vooral het spiraaltje veel gebruikt: 11% van de seksueel ervaren meisjes gebruikt deze methode, een verdubbeling ten opzichte van 2012. De verschuiving van pil naar andere anticonceptiemethoden is positief te noemen, omdat meisjes zorgvuldiger lijken te kiezen voor een methode die bij ze past. Twee derde van de meisjes kreeg bij het anticonceptieconsult ook informatie over tenminste een ander voorbehoedmiddel. De verschuiving van pil naar langwerkende anticonceptiemethoden brengt daarnaast minder risico op gebruikersfouten met zich mee (zoals het vergeten van de pil).

Toleranter ten aanzien van homoseksualiteit

Het aantal jongeren dat uitingen van homoseksualiteit afkeurt is sterk gedaald. In 2012 keurde de helft van de jongens en een kwart van de meisjes het af als twee jongens elkaar zoenen op straat, in 2017 is dat percentage vrijwel gehalveerd.

Thema’s die aandacht (blijven) behoeven

Seksuele grensoverschrijding

Ondanks dat het aantal jongeren dat te maken krijgt met seksuele grensoverschrijding iets is afgenomen, blijft seksuele grensoverschrijding een punt van zorg. Drie procent van de jongens en 14% van de meisjes heeft ooit te maken gehad met seksuele grensoverschrijding: hij of zij is gedwongen tot seksuele handelingen en/of heeft (manuele, orale, vaginale of anale) seks gehad tegen de wil. Bij 20% van de jongens en 10% van de meisjes die seks hebben gehad tegen hun wil werd gedreigd met geweld, en bij 15% van de jongens en 24% van de meisjes die seks hebben gehad tegen hun wil werd geweld gebruikt. Het meemaken van seksuele grensoverschrijding maakt jongeren kwetsbaar om dit opnieuw mee te maken: van de jongeren die seksuele grensoverschrijding hebben meegemaakt, gebeurde dit voor een op de twaalf jongens en een op de vijf meisjes nog een keer door iemand anders (revictimisatie). Jongeren die seksuele grensoverschrijding meemaken, praten hier vaak niet over met anderen. Dat geldt vooral voor jongens: 38% van de jongens die seksuele grensoverschrijding meemaken, heeft dit aan niemand verteld. Bij meisjes is dat 24%. Als jongeren er wel over praten, vertellen ze het vooral aan vrienden. Iets meer dan de helft van de jongens en drie op de vijf meisjes die ooit seksuele grensoverschrijding meemaakten, heeft hulp gehad bij de verwerking van deze ervaring.

© Rutgers/Soa Aids Nederland 2017

Bij de eerste geslachtsgemeenschap gebruiken ruim zeven op de tien jongeren een condoom, maar bij latere seksuele contacten wordt het condoom vaak achterwege gelaten. Bij jongens is condoomgebruik met de laatste partner ook afgenomen. In 2017 gebruikte 29% van de jongens en 19% van de meisjes altijd condooms met de laatste sekspartner. In 2012 was dat respectievelijk 37% en 21%. Ongeveer een derde van de jongeren gebruikt met nieuwe partners wel condooms, maar stopt hier na een tijdje mee.

Condoomgebruik

De belangrijkste redenen om geen condoom te gebruiken zijn dat er andere anticonceptie wordt gebruikt, dat ze elkaar vertrouwden of dat het minder lekker is. Die laatste reden geven jongens vaker (58%) dan meisjes (45%). Ook bij losse contacten is het condoomgebruik laag. Ruim vier op de tien jongeren voor wie de laatste sekspartner een onenightstand was, geeft aan dat hierbij geen condoom werd gebruikt. Van de jongeren die vaker seks, maar geen relatie hadden met de laatste sekspartner, gebruikte driekwart niet altijd condooms. Het bij je dragen van condooms is een belangrijke voorspeller voor het gebruik ervan. Toch denken veel jongeren negatief over het bij zich hebben van condooms, vooral meisjes. Veertig procent van de jongens en ruim de helft van de meisjes zonder partner vindt dat je op seks uit bent als je condooms bij je hebt. Het bij je dragen van condooms lijkt bovendien een ‘mannending’. Van de seksueel ervaren jongens zonder partner heeft 58% meestal of altijd condooms bij zich, bij meisjes is dat 24%.

Testen op soa’s

Van de jongeren met ervaring met geslachtsgemeenschap en/of anale seks, liet 13% van de jongens en 18% van de meisjes zich in de afgelopen 12 maanden testen op soa en/of hiv. Dit is iets afgenomen ten opzichte van 2012. Het aantal positieve soa en/of hiv testen is gelijk gebleven. In de totale groep heeft een op de tien jongens en een op de zes meisjes van 12 tot 25 jaar heeft zich ooit laten testen op soa en 5% van de jongens en 6% van de meisjes op hiv. Drie kwart van de jongens en twee derde van de meisjes die met de laatste sekspartner stopten met condooms, liet zich hierbij beide niet testen. De belangrijkste redenen om zich te laten testen zijn dat iemand onveilige seks heeft gehad, zeker wil zijn dat hij of zij geen soa heeft of het slim vindt om zichzelf af en toe te laten testen. De belangrijkste reden om dit niet te doen was dat ze het idee hadden geen risico te hebben gelopen. Andere redenen waren dat zij geen lichamelijke klachten hadden of geen onveilige seks hadden gehad.

Ongeplande zwangerschap en abortus

Zestien van de 1000 jongens en 24 van de 1000 meisjes in dit onderzoek kregen ooit in hun leven te maken met een ongeplande zwangerschap. Bij 9 op de 1000 jongens onderging een meisje dat zwanger van hen was een abortus en 11 op de 1000 meisjes ondergingen ooit zelf een abortus. Dit is laag in vergelijking met andere landen (Sedgh, Finer, Bankole, Eilers & Singh, 2015). Toch verdient dit thema extra aandacht, omdat er een taboe lijkt te rusten op het ondergaan van een abortus. Van de meisjes met een abortuservaring geeft 59% aan er niet makkelijk over te praten en bijna de helft van deze meisjes schaamt zich voor hun abortuservaring. Desondanks zegt twee derde van deze meisjes helemaal achter de keuze voor een abortus te staan. Twaalf procent staat hier niet (meer) helemaal achter.

Kennis en informatiegebruik

De kennis van seksualiteit, voortplanting en soa’s is op een aantal punten matig en wat gedaald ten opzichte van 2012. Op school krijgt weliswaar vrijwel iedereen enige informatie over seksualiteit, maar volgens de jongeren gaat deze informatie vooral over thema’s als anticonceptie, voortplanting en soa/hiv. Alleen voor deze drie thema’s geeft een kleine meerderheid van de jongeren aan dat ze hierover voldoende informatie kregen. Over seksuele grensoverschrijding, seksuele diversiteit, seksueel plezier en seks in de media zegt een meerderheid van de jongeren geen of weinig informatie te hebben gekregen. Jongeren beoordelen de informatie die ze op school hebben gekregen over seksualiteit matig (met een 5,8). Daarnaast zijn jongeren vergeleken met 2012 wat minder met hun ouders en vrienden gaan praten over verliefdheid, seks, anticonceptie en soa’s. Ook als ze iets willen weten over seks vragen ze het minder snel aan vrienden of vriendinnen en vooral boekjes en tijdschriften worden minder vaak geraadpleegd bij vragen over seks. Jongeren gebruiken vooral internet als informatiebron, maar dat compenseert het verminderde gebruik van andere informatiebronnen niet.

© Rutgers/Soa Aids Nederland 2017

Lichaamsbeeld en seksuele problemen

Meisjes zijn minder tevreden over hun lichaam dan jongens. Het minst tevreden zijn meisjes over hun buik: een op de drie meisjes is hier ontevreden over, tegenover een op de vijf jongens. De onzekerheid over hun lichaam speelt ook tijdens seks: een kwart van de meisjes voelt zich dan minstens regelmatig onzeker over hoe ze eruit ziet, tegenover een op de zeven jongens. Onder jongens zien we weliswaar meer 'prestatiedrang' dan onder meisjes (driekwart van de jongens vindt het belangrijk om goed te zijn in seks), maar dit maakt deel uit van een positief seksueel zelfbeeld. De groep jongens die echt bang is om iets verkeerd te doen in bed is ook aanzienlijk kleiner dan de groep die het belangrijk vindt om 'goed' te zijn in seks: een op de vijf jongens is hier minstens regelmatig bang voor. Meisjes hebben vaker een seksueel probleem (20%) dan jongens (9%). Orgasmeproblemen komen bij meisjes het meeste voor. Een op de vijf meisjes krijgt (bijna) nooit een orgasme en een op de tien meisjes heeft daar behoorlijk of erg veel last van. Van de jongens heeft 2% er behoorlijk of erg veel last van dat ze (bijna) nooit klaarkomen. Ruim een kwart van de meisjes had het afgelopen jaar gedurende tenminste 3 maanden pijn bij het vrijen, bij 7% gebeurde dat vaak of altijd en 5% had daar last van. Bij jongens komt dit vrijwel niet voor.

Seksuele oriëntatie

Vier procent van de jongens en 3% van de meisjes voelt zich ook, vooral of uitsluitend seksueel aangetrokken tot seksegenoten. Deze homoseksuele, lesbische en biseksuele jongeren verschillen op een aantal punten van heteroseksuele jongeren. In 2017 werd voor het eerst de context van de eerste keer seks met een seksegenoot in kaart gebracht en die verschilt op een aantal punten aanzienlijk van de eerste keer in een hetero context. De eerste seks met een seksegenoot komt bijvoorbeeld vaker geheel onverwacht en de ander is vaker een losse partner en/of onbekende. Grote verschillen tussen homo- en biseksuele en heteroseksuele jongens zijn ook te zien in het gebruik van online media in relatie tot seks. Van de homo- en biseksuele jongens van 17 jaar en ouder heeft 44% in de afgelopen 6 maanden seks gehad met iemand die ze via een datingapp hadden leren kennen. Bij heteroseksuele jongens is dat 6%. Ook heeft 72% van de homo- en biseksuele jongens ervaring met sexting in het afgelopen half jaar, tegenover 44% van de heterojongens. Jongens die seks hebben met jongens of mannen verdienen extra aandacht als het gaat om soa en hiv. Voorafgaand aan de eerste keer seks met een jongen of man praat een minderheid (31%) over het voorkomen van soa of hiv. Bij de eerste keer orale of anale seks met een jongen of man gebruikte 61% geen condoom en 39% gebruikte nooit condooms met de laatste mannelijke sekspartner. Ook laten homo- en biseksuele jongens zich vaker testen op soa en/of hiv dan heteroseksuele jongens en er wordt vaker een soa bij hen vastgesteld. Ten slotte krijgen vooral homo- en biseksuele jongens veelvuldig te maken met discriminatie en geweld. Twee op de vijf werd wel eens uitgescholden vanwege de seksuele voorkeur, een op de zes werd wel eens bedreigd en een op de negen is wel eens geschopt en geslagen. Lesbische en biseksuele meisjes krijgen hier minder mee te maken.

Nieuwe ontwikkelingen

Online daten

Online media speelt anno 2017 een grote rol in het leven van jongeren. Dit heeft (ook) zijn weerslag op de relationele en seksuele ontwikkeling. Een deel van de jongeren gebruikt online media voor het ontmoeten van iemand voor seks of een relatie. Een op de zes jongeren ontmoette de laatste sekspartner via online media (meestal een datingapp, zoals Tinder). Een derde van de totale groep jongeren gebruikte in de afgelopen 6 maanden een datingapp. Een veel kleiner deel (9% van de jongens en 7% van de meisjes) maakte in diezelfde periode een afspraakje via een datingapp en een nog kleiner deel (5% van de jongens en 4% van de meisjes) had in die periode seks met iemand die ze via een datingapp leerden kennen. Onder seksueel ervaren jongeren is dat respectievelijk 12% en 8%. Binnen relaties wordt online media veelvuldig gebruikt om met elkaar te communiceren, hoewel

© Rutgers/Soa Aids Nederland 2017

jongeren de meeste gesprekken nog steeds makkelijker vinden 'in real life' dan in een chat. Alleen de eerste stappen in een relatie (laten weten dat je iemand leuk vindt of een afspraak maken voor een date) vinden jongeren makkelijker in een chat. Latere stappen (iemand beter leren kennen, zeggen wat je wel en niet fijn vind op het gebied van seks en een relatie beëindigen) vinden ze makkelijker in real life.

Online media wordt ook gebruikt voor het uitwisselen van naaktfoto's of seksfilmpjes (sexting). Een op de acht jongens en meisjes geeft aan dat ze in het afgelopen half jaar een naaktfoto of seksfilmpje van zichzelf naar iemand hebben gestuurd. In 2012 gold dit voor 6% van de jongens en 4% van de meisjes.

Sexting

Het komt maar weinig voor dat deze beelden gedeeld worden met anderen, maar als dit gebeurt, vinden veel jongeren dit vervelend. Van de jongeren van wie een naaktfoto of seksfilmpje met anderen werd gedeeld (2% van de jongens en 1% van de meisjes), geeft ruim de helft van de jongens en driekwart van de meisjes aan dat ze dit vervelend vonden. Sexting kan ook leuk zijn. Jongens vinden het over het algemeen leuk om beelden te zien en meisjes vinden het vaak leuk als er een foto of filmpje van hen wordt gemaakt. In de totale groep heeft 6% van de jongens en 14% van de meisjes tenminste een ervaring met sexting die ze vervelend vonden.

Veranderende normen en relaties

De attitude ten aanzien van seks zonder relatie of liefde is toleranter geworden. Nu keurt 59% van de jongens en 44% van de meisjes seks zonder verliefdheid goed, in 2012 was dat respectievelijk 44% en 25%. Dit wil overigens niet zeggen dat meer jongeren het voor zichzelf prettig vinden om seks te hebben met iemand op wie ze niet verliefd zijn. De meeste jongeren hebben nog steeds seks binnen een langdurige, vaste relatie. Toch lijken de opvattingen over seks zonder liefde ook door te werken in de seksuele relaties van jongeren zelf. Het percentage jongeren die een monogame, vaste relatie hadden met de laatste sekspartner is afgenomen en de laatste sekspartner is vergeleken met 2012 nu voor meer jongeren een one-night stand, een losse partner met wie men vaker seks had, of een vaste partner naast wie men ook seks had met anderen. Wellicht heeft dit iets te maken met het gebruik van online media voor het zoeken, vinden en ontmoeten van partners. Datingapp-contacten zijn – overigens net als contacten in het uitgaansleven en op vakantie - vaker los, snel en kortdurend dan bijvoorbeeld contacten via school of vrienden. Toch is nog meer dan de helft van de 'tinderdates' een vaste, monogame partner en 41% van deze relaties duurde minstens een jaar.

Groepen die aandacht (blijven) behoeven

Jongste groep (12-14 jarigen)

Onder 12-14 jarigen zijn maar weinig jongeren seksueel actief. Drie procent van de jongens en 2% van de meisjes van deze leeftijd heeft ervaring met geslachtsgemeenschap. Deze groep is vergeleken met 2012 ook kleiner geworden. Toch verdient deze groep extra aandacht in voorlichting, hulpverlening en beleid. De kleine groep die op deze leeftijd wél seksueel actief is, lijkt namelijk minder te zijn toegerust om een seksueel contact veilig, prettig en gewenst te laten zijn. Jongeren van 12-14 jaar hebben vergeleken met oudere jongeren minder kennis over seks, soa's en anticonceptie. Ze geven ook aan minder informatie te hebben gekregen op school, waarderen de informatie die ze hebben gekregen lager, zoeken minder online naar informatie en praten minder over seksualiteit met ouders of vrienden. Als ze porno kijken, geven ze vaker dan oudere jongeren aan dat ze de beelden leerzaam en realistisch vinden. Een op de drie jongeren in deze leeftijdsgroep zegt dat je van porno leert wat seks is of wat je moet doen tijdens seks. Jonge starters geven relatief vaak redenen voor de eerste geslachtsgemeenschap die niet helemaal voorkomen uit het eigen verlangen om seks te hebben, zoals 'ik wilde de ander een plezier doen' of 'Ik dacht dat iedereen het al had gedaan'. Meisjes die voor hun 14e jaar seks hadden werden bij de eerste geslachtsgemeenschap vaker overgehaald. Seksueel ervaren 12- tot en met 14-jarigen denken minder positief over seks en ervaren minder plezier tijdens seks. Bovendien beschermen jongeren zichzelf minder goed tegen zwangerschap en jongens ook minder goed tegen soa wanneer de eerste keer voor het 14e jaar plaatsvindt.

© Rutgers/Soa Aids Nederland 2017

Jongeren met een Turkse of Marokkaanse achtergrond zijn conservatiever in hun opvattingen over seks en dit vertaald zich in hun gedrag. Binnen de groep 12- tot en met 17-jarigen hebben jongens én meisjes van Turkse en Marokkaanse afkomst minder ervaring met relaties en vrijwel alle vormen van seks. Mede hierdoor lijkt het risico op soa/hiv onder Turkse en Marokkaanse jongeren iets lager dan bij andere jongeren.

Jongeren met een Turkse of Marokkaanse achtergrond

Toch zijn er ook zorgen. Deze jongeren praten minder vaak met hun ouders of vrienden over seksualiteit en meisjes praten ook minder met de laatste sekspartner hierover. Ook bij vragen over seksualiteit gaan ze minder vaak naar familie, vrienden of internet. De kennis over seks, soa's en anticonceptie is in deze groepen dan ook relatief laag. Jongeren met een Turkse of Marokkaanse achtergrond hebben minder positieve gevoelens over seks, hoewel ze wel iets meer seksueel zelfvertrouwen hebben en een positiever lichaamsbeeld dan andere jongeren. Turkse en Marokkaanse meisjes geven vaker aan dat ze de eerste keer werden overgehaald. Turkse en Marokkaanse jongeren beschermen zichzelf minder goed tegen zwangerschap en seksueel ervaren Turkse en Marokkaanse meisjes gebruiken relatief vaak de morning-after pil. Marokkaanse meisjes raken ook relatief vaak ongepland zwanger, ondanks dat een kwart van de Turkse en Marokkaanse meisjes het (erg) leuk zou vinden om zwanger te raken. Het risico op soa/hiv lijkt onder Turkse en Marokkaanse jongeren juist iets lager dan bij andere jongeren. Turkse en Marokkaanse jongens gebruiken bijvoorbeeld vaker altijd condooms met de laatste sekspartner. Turkse jongeren en Marokkaanse meisjes laten zich wel minder vaak testen op soa, maar dat is vanwege de lagere seksuele activiteit in deze groep wellicht ook minder vaak nodig.

Jongeren met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond

Binnen deze groep bestaat een minder eenduidig beeld over opvattingen en gedrag. Jongens van Surinaamse afkomst denken bijvoorbeeld relatief positief over seks zonder verliefdheid, terwijl meisjes van Surinaamse en Antilliaanse afkomst juist relatief conservatief zijn in hun opvattingen. Onder jongens van Surinaamse of Antilliaanse afkomst komt het hanteren van een dubbele moraal (het sterker afkeuren van veel sekspartners voor meisjes dan voor jongens) opvallend veel voor. Ook op het gebied van seksuele beleving zien we voor deze groep geen duidelijk positief dan wel negatief beeld. Met enkele vormen van seks met een partner hebben Surinaamse en Antilliaanse jongeren iets eerder ervaring en Antilliaanse jongeren hebben relatief veel wisselende sekspartners. Surinaamse en Antilliaanse jongens gebruiken daarentegen wel vaker altijd condooms met de laatste sekspartner en Antilliaanse jongeren en Surinaamse meisjes laten zich iets vaker testen op soa. Antilliaanse jongeren hebben vaker een (vervelende) ervaring met sexting, maar jongeren met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond gebruiken minder vaak een datingapp. Surinaamse en Antilliaanse meisjes hebben relatief vaak een seksueel probleem en Antilliaanse meisjes krijgen vaker te maken met seksuele grensoverschrijding. Een zorg in deze groep betreft het risico op ongeplande zwangerschap. Zowel bij de eerste geslachtsgemeenschap als met de laatste partner beschermen Surinaamse en Antilliaanse jongeren zich minder goed tegen zwangerschap en hoewel de houding tegenover zwangerschap relatief positief is, raken Surinaamse en Antilliaanse meisjes vaker (ongepland) zwanger.

Zeer christelijke en islamitische jongeren

Het beeld wat in deze groepen naar voren komt, lijkt sterk op het beeld onder jongeren van Marokkaanse en Turkse afkomst. Deze jongeren zijn vergeleken met andere jongeren conservatiever in hun opvattingen over seks voor het huwelijk of seks zonder verliefdheid. Ze hebben minder seksuele ervaring – zowel online als offline - dan andere jongeren van dezelfde leeftijd. De reden hiervoor is vooral dat ze eerst getrouwd willen zijn (dat geldt voor 63% van de zeer christelijke en 55% van de islamitische jongeren in deze groep). Zeer christelijke meisjes die wel ervaring hebben met seks geven iets vaker aan dat ze de eerste keer werden overgehaald. Dat deze groepen minder experimenteren met seks is zichtbaar in allerlei ervaringen. Ze hebben minder wisselende sekspartners, minder vaak seks onder invloed, minder frequent soloseks of seks met een partner en seksuele ervaringen online. Zeer christelijke en islamitische jongeren denken minder positief over seks en beleven minder plezier aan seks met laatste sekspartner. Wel zijn deze jongeren iets meer tevreden over hun lichaam dan niet-gelovige of een beetje christelijke jongeren. Zeer christelijke en islamitische jongeren praten iets minder met hun ouders en vrienden over seksualiteit en

© Rutgers/Soa Aids Nederland 2017

islamitische jongeren praten ook minder met de laatste sekspartner. De kennis over seks, soa's en anticonceptie is lager, vooral onder islamitische jongeren. Deze jongeren beschermen zichzelf minder goed tegen zwangerschap bij de eerste geslachtsgemeenschap en met de laatste sekspartner. Beide groepen staan echter positiever tegenover een zwangerschap op dit moment, wat wellicht verklaart dat ongeplande zwangerschappen niet vaker voorkomen onder zeer christelijke jongeren. Seksueel ervaren islamitische meisjes gebruiken wel vaker de morning-after pil en islamitische jongens kregen vaker te maken met een (ongeplande) zwangerschap. In de preventie van soa's is het beeld minder duidelijk. Zeer christelijke jongeren en islamitische meisjes gebruiken de eerste keer minder vaak een condoom, maar islamitische jongens gebruiken wel vaker condooms met de laatste sekspartner.

Laag opgeleide jongeren beginnen weliswaar eerder aan seks, maar lijken ook eerder klaar met experimenteren en zich eerder te settelen. Laag opgeleide jongens hebben bijvoorbeeld vaker op dit moment een vaste partner, meisjes wonen vaker samen of zijn getrouwd. Ook hebben ze minder wisselende sekspartners. Toch lopen zij op een aantal punten wat meer risico dan hoog opgeleide jongeren.

Laag opgeleide jongeren

Ten eerste hebben zij minder kennis over seks, soa's en anticonceptie en lijken zij minder toegang te hebben tot informatie. Met vragen over seks gaan ze minder vaak naar vrienden, hulpverleners, boeken/tijdschriften en internet. Ze zoeken hun antwoorden eerder bij familie en op school, maar waarderen de informatie van school lager dan hoogopgeleide jongeren. Een tweede punt van zorg in deze groep zijn de ervaringen met seksuele grensoverschrijding. Laag opgeleide jongeren werden bij de eerste geslachtsgemeenschap iets vaker overgehaald (zowel jongens als meisjes) dan hoog opgeleide jongeren. Vier procent van de laag opgeleide jongens en 16% van de laag opgeleide meisjes maakten ooit in hun leven seksuele grensoverschrijding mee. Dat is meer dan bij hoogopgeleide jongeren. Ook maken deze jongeren vaker mee dat anderen hen seksueel getinte beelden laten zien, beelden van hen verspreiden of om beelden vragen en hebben ze vaker negatieve ervaringen met sexting. Tenslotte lopen laag opgeleide jongeren relatief veel risico op ongeplande zwangerschap. Ze gebruiken bij de eerste geslachtsgemeenschap iets minder vaak anticonceptie en minder vaak consequent anticonceptie met de laatste sekspartner. Ondanks de relatief positieve houding tegenover zwangerschap op dit moment, krijgen zij ook vaker te maken met zwangerschap, zowel gepland als ongepland en ongewenst.

Vergeleken met 2012 lijken de verschillen tussen laag en hoogopgeleide jongeren kleiner te zijn geworden. Daarnaast komt nu naar voren dat hoog opgeleide jongeren op bepaalde gebieden ook risico lopen. Hoog opgeleide jongeren beginnen wat later aan seks dan laag opgeleide jongeren, maar eenmaal begonnen zijn zij over het algemeen seksueel actiever dan laag opgeleide jongeren.

Hoog opgeleide jongeren

Deze jongeren masturberen vaker en hebben vaker seks dan laag opgeleide jongeren. Ze hebben meer sekspartners, zowel in hun leven als in het afgelopen jaar. Ze staan positiever tegenover seks voor het huwelijk of seks zonder verliefdheid, denken positiever over seks in algemene zin en ervaren meer seksueel plezier tijdens seks met de laatste sekspartner. Vergeleken met laag opgeleide jongeren hebben ze vaker seks onder invloed van alcohol of drugs, gebruiken ze vaker een datingapp (ook voor daadwerkelijke afspraakjes en seks) en maken en versturen ze vaker seksueel getinte beelden van zichzelf. Ook praten ze vaker met hun ouders, vrienden en laatste sekspartner over seksualiteit. Deze hoge mate van seksuele activiteit en positieve houding tegenover seks lijkt wel een weerslag te hebben op het soa-risico in deze groep. In deze groep wordt vooral aan het begin van de relatie condooms gebruikt, maar ook minder vaak 'nooit' of 'altijd' dan laag opgeleide jongeren. Ze laten zich vaker testen op soa en hiv en er werd ook relatief vaak een soa vastgesteld (ooit en in het afgelopen jaar).

Jongeren met negatieve jeugdervaringen

Negatieve jeugdervaringen (verwaarlozing en psychisch en fysiek geweld thuis voor het 16e jaar) hangen negatief samen met seksuele gezondheid in brede zin. Deze jongeren zijn eerder seksueel actief, kregen vaker te maken met ongeplande zwangerschap en hebben een grotere kans op een negatieve ervaring met sexting of een ervaring met seksuele grensoverschrijding in het algemeen. Ook psychische gezondheid hangt samen met seksuele gezondheid, hoewel hier nog sterker dan bij negatieve jeugdervaringen geldt dat niets gezegd kan worden over de richting van deze verbanden. Zo hangt een minder goede

© Rutgers/Soa Aids Nederland 2017

psychische gezondheid samen met een eerdere seksuele start, minder consequent condoomgebruik, vaker testen, meer ervaringen met grensoverschrijding en meer negatieve ervaringen met sexting.

Van onderzoek naar actie

Seks onder je 25e is een uniek onderzoek. Geen enkele andere studie onderzocht seksuele gezondheid in zo'n breed perspectief onder een representatieve steekproef van 20.500 jongeren van 12 tot 25 jaar. De omvang van de steekproef maakte het ook mogelijk de seksuele gezondheid te bestuderen van specifieke subgroepen zoals jonge starters of bepaalde etnische en religieuze groepen. Uniek is ook dat 15 GGD's gekozen hebben voor een ophoging in de eigen regio, zodat we binnenkort ook cijfers over deze regio's tegemoet kunnen zien. Het onderzoek laat zien dat het op verschillende terreinen nog steeds goed of zelfs beter gaat met de seksuele gezondheid van jongeren. Jongeren nemen de tijd voor hun seksuele start, genieten van seks en beschermen zichzelf goed tegen zwangerschap. Ook werden nieuwe ontwikkelingen zichtbaar, bijvoorbeeld in het gebruik van online media in relatie tot seks en in de acceptatie van seks zonder liefde. Er zijn echter ook zorgen. Seksuele grensoverschrijding komt nog te vaak voor, er is veel onzekerheid onder meisjes, er rust een taboe op het praten over abortuservaringen en bescherming tegen soa en hiv laat te wensen over.

De komende maanden worden de resultaten van dit onderzoek besproken met betrokken partijen die actief zijn op het gebied van jongeren en seksuele gezondheid. De resultaten van het onderzoek worden geduid, prioriteiten benoemd en aanbevelingen geformuleerd voor interventies, beleid en verder onderzoek. Alle input van de verschillende organisaties wordt verwerkt tot één actieplan voor de toekomst. Eind oktober 2017 is dit actieplan samen met de uitgave 'Seks onder je 25e 2017' (De Graaf, Nikkelen, Van den Borne, Twisk & Meijer, in press) en het populaire boekje '103 vragen over jongeren en seks' het eindproduct van dit participatieve actieonderzoek.

Referenties

Graaf, H. de, Meijer, S., Poelman, J., & Vanwesenbeeck, I. (2005). Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005. Delft: Eburon.

Graaf, H. de, Kruijer, H., Acker, J. van, & Meijer, S. (2012). Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2012. Delft: Eburon.

Graaf, H. de, Nikkelen, S., Van den Borne, M., Twisk, D., & Meijer, S. (in press). Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2017. Delft: Eburon.

Sedgh, G., Finer, L.B., Bankole, A., Eilers, M.A., & Singh, S. (2015). Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: Levels and recent trends, Journal of Adolescent Health, 56, 223-230.

Colofon

Voor vragen over de resultaten van het onderzoek kunt u bellen met Ingvil van de Lisdonk, communicatieadviseur Rutgers: 06-34102379.
Voor vragen over de participatieve aanpak en de thema's soa en hiv en condoomgebruik, kunt u bellen met Karolien Maris, persvoorlichter van Soa Aids Nederland: 06-15828101.

© Rutgers en Soa Aids Nederland 2017

SEKS ONDER JE 25e

DE SEKSUELE GEZONDHEID VAN JONGEREN IN HET WERKGEBIED VAN GGD ROTTERDAM-RIJNMOND

Seks onder je 25e is een onderzoek van:
Rutgers en Soa Aids NL
in samenwerking met:
GGD Rotterdam-Rijnmond - Team Soa en Seksualiteit

Mei 2018

METHODEN

In 2016 – 2017 hebben zo'n 20.500 jongeren van 12 tot en met 24 jaar in Nederland een online vragenlijst ingevuld over relaties en seks.

De 12 tot en met 16-jarigen hebben dit op school gedaan, de 17 tot en met 24-jarigen hebben per post een uitnodiging gekregen om de vragenlijst in te vullen.

In Rotterdam hebben 883 jongeren de vragenlijst ingevuld, in de regiogemeenten deden 978 jongeren mee. In dit boekje worden de meest opvallende uitkomsten van dit onderzoek en in het bijzonder van jongeren in de regio Rotterdam gepresenteerd.

De regio Rotterdam-Rijnmond bestaat uit de gemeenten: Albrandswaard, Barendrecht, Brielle, Capelle aan den IJssel, Goeree-Overflakkee, Hellevoetsluis, Krimpen aan den IJssel, Lansingerland, Maassluis, Nissewaard, Ridderkerk, Rotterdam, Schiedam, Vlaardingen en Westvoorne.

OPVALLEND

Welke resultaten uit het landelijke en regionale onderzoek vallen op?

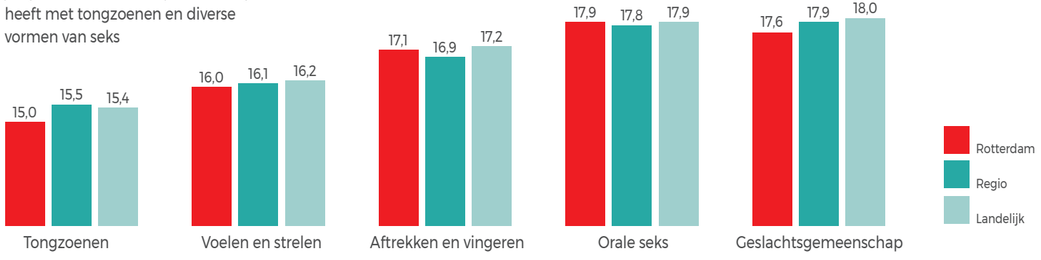
- Zowel landelijk als in Rotterdam en de regio is condoomgebruik bij one-nightstands laag (42% gebruikte de laatste keer geen condoom).
- Het percentage zwangerschappen onder 18 tot en met 24-jarige meisjes in Rotterdam-Rijnmond ligt fors hoger dan het landelijk gemiddelde. In Rotterdam 13,8%, de regio 13,0%. Landelijk is het percentage 5,3%. In Rotterdam geldt dit ook voor ongeplande en ongewenste zwangerschappen.
- Vier op de tien Rotterdamse en regionale zwangerschappen onder deze groep meisjes eindigde in een abortus.
- Seksueel actieve jongeren in Rotterdam laten zich vaker testen op soa's dan hun leeftijdsgenoten in de regio en in de rest van Nederland.
- Jongeren in Nederland vinden de informatie die zij op school krijgen over seksualiteit onvoldoende. Rotterdamse jongeren zijn nog minder vaak tevreden over de informatie die zij hebben gekregen op school.
- Een op de zeven jongeren in Rotterdam en de regio heeft het afgelopen half jaar een negatieve ervaring gehad met sexting.
- Een op de vier jongeren in Rotterdam en de regio keurt het af als zij jongens op straat met elkaar zien zoenen.

DE EERSTE KEER

Hoe oud zijn jongeren wanneer zij voor het eerst seks hebben?

Met 18,0 jaar heeft de helft van de jongeren van 12 tot 24 jaar in Nederland geslachtsgemeenschap* gehad. Dit is later dan in 2012. Toen lag deze leeftijd op 17,1 jaar. In Rotterdam starten jongeren iets eerder met zoenen en geslachtsgemeenschap. Voor de rest liggen de diverse startleeftijden van jongeren in Rotterdam en de regio erg in de buurt van de landelijke cijfers.

De leeftijd waarop 50% van de jongeren van 12 t/m 24 jaar ervaring heeft met tongzoenen en diverse vormen van seks



** Met geslachtsgemeenschap wordt vaginale penetratie bedoeld (uitsluitend heteroseksueel).*
Met seks worden alle manuele, orale, anale of vaginale handelingen bedoeld (ook tussen personen van hetzelfde geslacht).

... MET RELATIE!

De meeste jongeren geven aan dat zij voor de eerste keer geslachtsgemeenschap hadden omdat ze de ander leuk vonden.

HOEVEEL PROCENT VAN DE JONGEREN HAD EEN RELATIE MET DEGENE MET WIE ZE VOOR HET EERST GESLACHTSGEMEENSCHAP HADDEN?

REGIO

79%

ROTTERDAM

69%

LANDELIJK: LAATSTE SEKSPARTNER

Het percentage jongeren dat een monogame, vaste relatie had met de laatste seksspartner is flink afgenomen. Jongens van 67% (2012) naar 55% (2017); meisjes van 81% (2012) naar 65% (2017)

LANDELIJK

75%

EEN FIJNE ERVARING?

De meeste jongeren geven aan dat zij voor de eerste keer geslachtsgemeenschap hadden omdat ze de ander leuk vonden. Voor Rotterdamse jongeren speelt daarnaast relatief vaak een rol dat ze denken dat iedereen het al heeft gedaan (10% Rotterdam, 6% regio, 6% landelijk).

HOEVEEL PROCENT VAN DE JONGEREN VOND HUN EERSTE KEER EEN FIJNE ERVARING?

LANDELIJK

52%

TEVREDEN OVER SEKSLEVEN?

31% van de jongens en 24% de meisjes in Nederland is ontevreden over zijn of haar seksleven

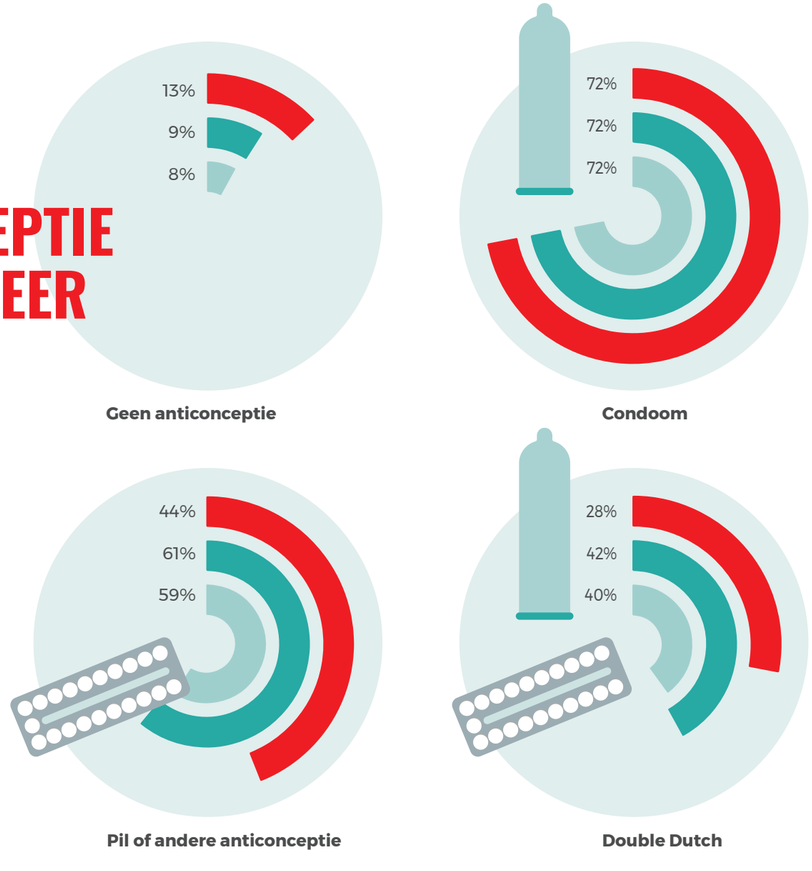
REGIO

51%

ROTTERDAM

47%

ANTICONCEPTIE BIJ DE 1e KEER



**Double Dutch is het gebruiken van een condoom in combinatie met de pil of een ander voorbehoedsmiddel.*

Rotterdam
Regio
Landelijk

ANTICONCEPTIE

Landelijk gebruiken 11 op de 12 jongeren bij de eerste keer geslachtsgemeenschap een voorbehoedsmiddel. Ongeveer driekwart (72%) gebruikte een condoom; 59% gebruikte (daarnaast) de pil of een ander voorbehoedmiddel. Het aandeel jongeren dat zowel een condoom als de pil of een ander voorbehoedmiddel gebruikte (double Dutch) is 40%. Ruim een kwart van de jongeren (28%) gebruikte dus de eerste keer geen condoom en beschermde zich niet tegen soa.

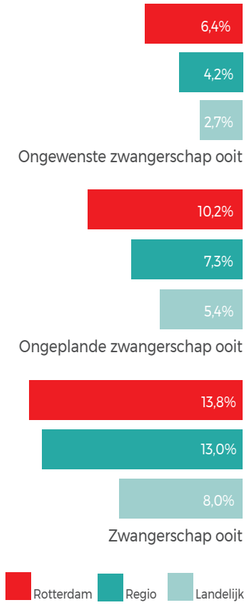
Rotterdamse jongeren scoren negatiever op anticonceptiegebruik dan hun leeftijdgenoten in de rest van Nederland. Vaker gebruikten zij geen enkele vorm van anticonceptie (13% versus 8%). Ook gebruikten zij minder vaak de pil of een andere anticonceptiemethode (44% versus 59%). Double Dutch werd ook minder vaak door Rotterdamse jongeren toegepast. (28% versus 40%)

Factoren die het sterkst samenhangen met condoomgebruik met de laatste partner:

- Condooms bij je dragen **5,6 keer hogere kans**
- Laatste partner een one-night stand **4,8 keer hogere kans**

Hoewel de kans op condoomgebruik groter is als de laatste partner een one-night stand is, is het aandeel dat hierbij géén condooms gebruikte nog steeds aanzienlijk; landelijk namelijk 42%! Onder Rotterdamse jongeren en jongeren in de regio is het percentage hiermee vergelijkbaar. Landelijk heeft 13% van de seksueel actieve meisjes (afgelopen 5 jaar geslachtsgemeenschap hebben gehad), het afgelopen jaar een morning after pil geslikt. In Rotterdam en de regiogemeenten is dit percentage vergelijkbaar (15% en 12%).

Ongeplande / ongewenste zwangerschappen 18-24 jarigen



DIT BETEKENT NAAR SCHATTING DAT VOOR:

ROTTERDAM

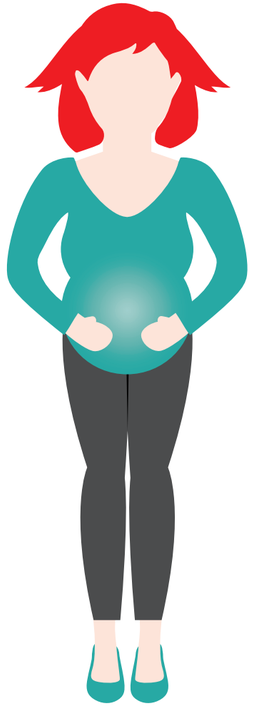
4500 (3250-5750) meisjes t/m 24 jaar die wel eens zwanger zijn geweest, waarvan **3350** (2250-4500) ongepland, waarvan **2100** (1250-3000) ongewenst

REGIOGEMEENTEN

3250 (2250- 4250) meisjes t/m 24 jaar die wel eens zwanger zijn geweest, waarvan **1800** (1000-2600) ongepland, waarvan **1050** (400-1650) ongewenst.

Ruim een derde (39%) van deze zwangerschappen in Rotterdam en de regiogemeenten eindigt in een abortus (versus 27% landelijk). Omgerekend betekent dit dat zo'n **3000** (2150-3900) meisjes tussen de t/m 24 jaar wel eens een abortus hebben ondergaan.

ZWANGERSCHAPPEN



Zwangerschappen in de leeftijd 12 t/m 17 jaar worden nauwelijks gerapporteerd (≤1% van de meisjes heeft hiermee te maken gehad). Van de meisjes in de leeftijd van 18 t/m 24 jaar in Rotterdam is 14% wel eens zwanger geweest, en in de regiogemeenten 13%. Dit is aanzienlijk hoger dan het landelijke percentage (8%). Ook het percentage ongeplande en ongewenste zwangerschappen ligt in Rotterdam (ruim) boven het landelijk gemiddelde.

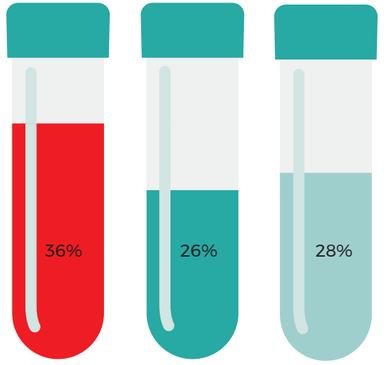
Er is een verschil in zwangerschappen naar opleidingsniveau. Van de laag/middelbaar opgeleide meisjes van 18-24 jaar in Rotterdam en de regiogemeenten is 20% ooit zwanger geweest vergeleken met 5% van de hoog opgeleide meisjes in deze leeftijdsgroep. De percentages ongeplande zwangerschap zijn 13% (laag/middel opgeleid) en 4% (hoogopgeleid). De percentages ongewenste zwangerschap 7% (laag/middel opgeleid) en 3% (hoogopgeleid).

Andere factoren die samenhangen met ongeplande zwangerschap

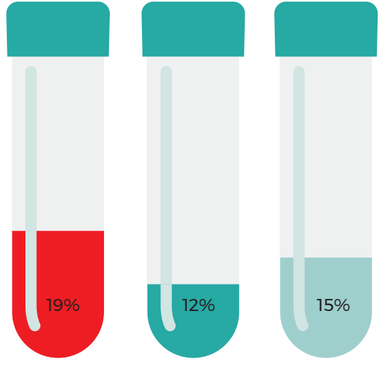
- Seksueel geweld* meegemaakt **2,6 keer zo grote kans**
- Minder informatie hebben gehad **1,3 keer zo grote kans**

** Seksueel geweld: ooit tegen je zin of gedwongen seks gehad (manueel, oraal, normaal, anaal)*

Ooit getest op soa en/of hiv



Afgelopen 12 maanden een soa-test gedaan



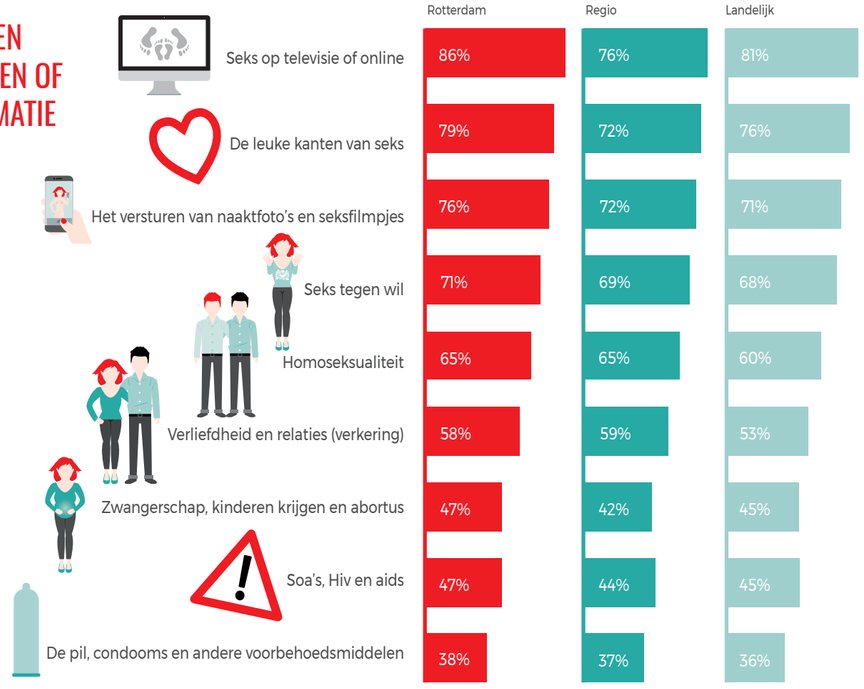
SOA

Ruim één op de drie (36%) seksueel actieve jongeren in Rotterdam zegt zich wel eens te hebben laten testen op soa en of hiv. Vergeleken met de jongeren in de regiogemeenten (26%) en de rest van Nederland (28%) is dit relatief vaak. Rotterdamse jongeren hebben zich ook vaker het afgelopen jaar laten testen.

Van de groep Nederlandse jongeren die zich ooit heeft laten testen op soa (zonder hiv) is bij ongeveer een kwart ooit een soa vastgesteld (24%) en bij 8% was dit nog het afgelopen jaar.
In Rotterdam en regiogemeenten is het aandeel dat ooit een positieve soa-test had ongeveer hieraan gelijk.

Rotterdam
Regio
Landelijk

AANDEEL JONGEREN DAT HIEROVER GEEN OF TE WEINIG INFORMATIE HEEFT GEHAD



KENNIS VAN JONGEREN IN NEDERLAND

Verschil met 2012

De kennis van jongeren over seksualiteit is iets afgenomen in vergelijking met 2012. Alle stellingen die zowel in 2012 als in 2017 aan jongeren zijn voorgelegd worden in 2017 door iets meer jongeren niet juist beantwoord dan in 2012. Nu weet bijvoorbeeld 43% van de jongens en 32% van de meisjes niet dat er soa's zijn waarvan meisjes onvruchtbaar kunnen worden, eerder was dit 32% en 24%.

43% VAN DE JONGENS

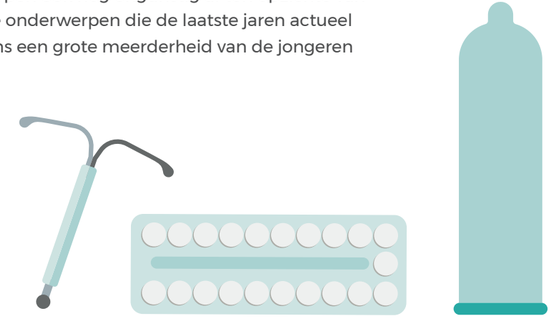
EN **32%** VAN DE MEISJES WEET NIET DAT ER SOA'S ZIJN WAARVAN MEISJES ONVRUCHTBAAR KUNNEN WORDEN

SEKSUELE VOORLICHTING

Gemiddeld geven jongeren in Nederland een 5,8 voor de informatie die ze op school krijgen over relaties en seksualiteit. Cijfers in Rotterdam en de regio zijn vergelijkbaar met het landelijke cijfer.

Het percentage jongeren dat vindt dat ze voldoende informatie heeft gehad over de verschillende thema's op school is laag. Van de negen onderwerpen zijn er maar 3 waarvan minstens de helft van alle jongeren aangeeft voldoende informatie te hebben gehad. Dit zijn veelal de "traditionele" voorlichtingsthema's zoals het voorkomen van ongewenste zwangerschappen, soa's, hiv/aids en het gebruik van voorbehoedsmiddelen.

Rotterdam steekt daarbij op een aantal onderwerpen ook nog ongunstig af ten opzichte van de rest van Nederland. Wat opvalt is dat vooral de onderwerpen die de laatste jaren actueel zijn geworden, zoals online seks en sexting volgens een grote meerderheid van de jongeren onderbelicht blijven.



VRAGEN OVER SEKS

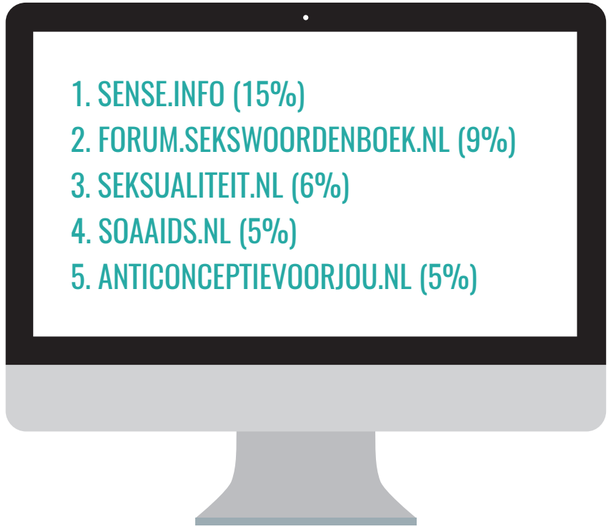
Wat doen jongeren in Nederland als ze vragen over seks hebben?

- 59% zoekt online (63% jongens, 58% meisjes)
- 28% vraagt het aan zijn of haar moeder (20% jongens, 36% meisjes)
- 43% vraagt het een goede vriend(in) (51% jongen, 36% meisjes)

Er is een algemene daling te zien in het aantal jongeren dat met hun ouders praat over seksualiteit. In 2012 praatte bijvoorbeeld 1 op de 3 jongens en 2 op de 5 meisjes met hun ouders over het voorkomen van soa's. In 2017 is dit gedaald naar ongeveer een kwart van de jongens en meisjes.

74% van de jongeren geeft aan nooit één van de genoemde informatieve websites over seks te bezoeken.

DE LANDELIJKE TOP-5 MEEST BEZOCHTE WEBSITES:

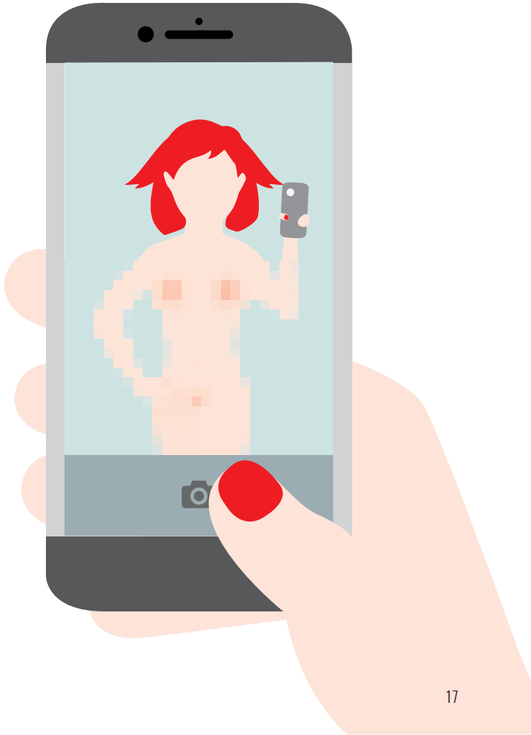


SEXTING EN SOCIALE MEDIA

Landelijk, de afgelopen 6 maanden...

- Heeft 26% een naaktfoto of filmpje gezien van iemand die hij/zij kent;
- Ontving 23% een naaktfoto of filmpje van een ander;
- Kreeg 16% het verzoek een naaktfoto of filmpje van zichzelf te sturen;
- Stuurde 12% van de jongeren een naaktfoto/filmpje van zichzelf naar iemand anders;
- Heeft 6% tijdens een videochat borsten of geslachtsdelen laten zien.

1 op de 9 jongeren in Nederland heeft het afgelopen half jaar minstens één negatieve ervaring met sexting. Onder laagopgeleide meisjes komt dit vaker voor; van hen heeft ruim 1 op de 6 een negatieve ervaring met sexting gehad. In de regio Rotterdam heeft 42% van de jongeren ervaring met sexting. Eén op de drie jongeren (35%) hiervan heeft minstens één negatieve ervaring met sexting gehad vergeleken met 28% landelijk. Dat betekent dat 1 op de 7 jongeren in Rotterdam en de regio in het afgelopen jaar een negatieve ervaring had met sexting.

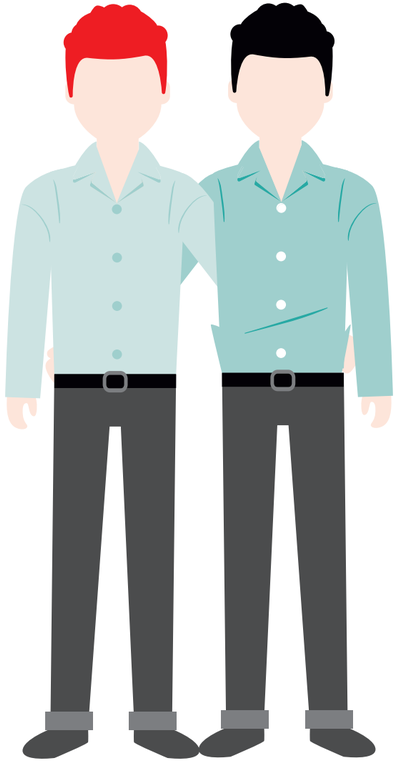


SEKSUELE ORIËNTATIE

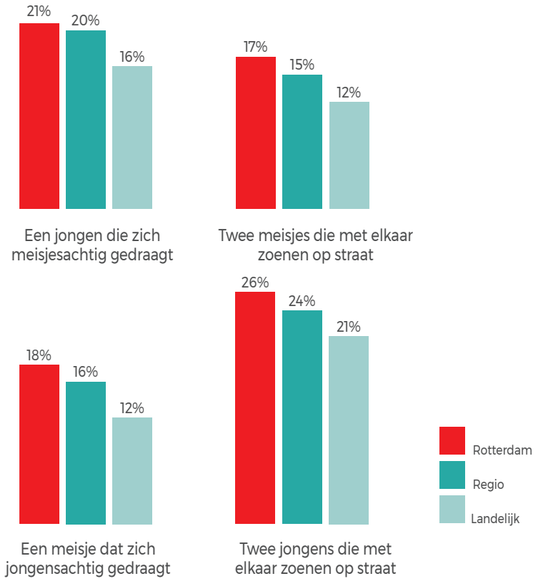
Zo'n 4% van de Nederlandse jongeren valt naar eigen zeggen (ook) op mensen van hetzelfde geslacht. In Rotterdam en de regiogemeenten is dit niet anders.

Wanneer een jongen zich niet gedraagt zoals de maatschappij verwacht van jongens óf wanneer een meisje zich niet gedraagt zoals de maatschappij verwacht van meisjes, spreken we van gender-non-conformiteit. Jongeren in Rotterdam en de regiogemeenten hebben een negatievere houding ten aanzien van gender-non-conformiteit en homoseksualiteit dan hun leeftijdgenoten in de rest van Nederland. In het algemeen geldt ook dat jongeren een negatievere houding hebben ten aanzien van het afwijken van gendernormen en uitingen van homoseksualiteit door jongens dan door meisjes.

4% VALT OP HETZELFDE GESLACHT



HOEVEEL JONGEREN KEUREN ONDERSTAAND GEDRAG AF?



CONCLUSIES

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat er betere voorlichting en meer onderzoek nodig is.

- **Voorlichting over condoomgebruik**
  Er is verbetering wenselijk in het condoomgebruik onder jongeren. Een kwart beschermt zich de eerste keer niet tegen soa's en bij one-night stands is het condoomgebruik laag. Jongeren moeten aangemoedigd worden condooms bij zich te dragen. In het landelijke onderzoek blijkt dat velen dit niet doen omdat zij zich schamen om condooms te kopen en omdat het bij je dragen van condooms wordt geassocieerd met 'vragen om seks'. Jongeren moeten gewezen worden op andere mogelijkheden om aan condooms te komen en er moet worden ingezet op normverandering.

- **Voorlichting over het voorkomen van zwangerschappen**
  Betere voorlichting over het voorkomen van zwangerschap en ondersteuning in keuze voor anticonceptie is nodig, gezien het hoge aantal zwangerschappen onder 18 t/m 24-jarige meisjes in Rotterdam en de regio.

- **Voorlichting over sexting**
  1 op de 7 jongeren in Rotterdam en de regio heeft een nare ervaring met sexting in het afgelopen half jaar. Tegelijkertijd vinden jongeren dat de informatie die ze hierover krijgen op school tekort schiet.

- **Voorlichting over seksualiteit**
  Jongeren in Rotterdam en de regio hebben vaker een negatieve houding ten opzichte van gender-non-conformiteit (je niet gedragen zoals dat van je gender verwacht wordt) en homoseksualiteit dan de rest van hun leeftijdgenoten in Nederland. Er bestaat ruimte om hier op school meer aandacht aan te besteden aangezien duidelijk naar voren komt dat homoseksualiteit volgens de meeste jongeren (te) weinig aan bod komt op school.

COLOFON

Data-analyse en samenstelling: Sarah Boer (gemeente Rotterdam) i.s.m. Hannelore Götz (GGD Rotterdam-Rijnmond).

Redactie: Marielle Kock
Ontwerp: Jacqueline Meijer (Gemeente Rotterdam)

Met dank aan: Klaas Ridder, Astrid Wielemaker,
Katy van den Hoek (GGD Rotterdam-Rijnmond)

Het overnemen van gegevens uit deze publicatie is toegestaan, mits voorzien van bronvermelding.
Vragen over deze publicatie kunnen gemaild worden naar onderzoek.bco@rotterdam.nl.

Mei 2018