

Epidemiologisch Bulletin

JAARGANG 54

TIJDSCHRIFT VOOR VOLKSGEZONDHEID EN ONDERZOEK IN REGIO HAAGLANDEN

4

2019

VOLKSGEZONDHEID

Dakloos in Den Haag > p. 4

Kennismaken met de **nieuwe**
Directeur Publieke Gezondheid > p. 11

Suïcidepogingen Nazorgprogramma SuNa
nu ook voor volwassenen > p. 16

PrEP, het HIV-preventiemedicijn > p. 21

Meldcode Huiselijk Geweld en
Kindermishandeling in de praktijk > p. 25

Gezondheid in cijfers: overgewicht > p. 29

IN DIT NUMMER

| | |
|--|----|
| Redactioneel | 3 |
| Dakloos in Den Haag, Stand van zaken en recente ontwikkelingen <i>Niels Gerrits, Regina van der Meer, Carla van Gorsel en Caroline Dekkers</i> | 4 |
| Kennismaken met de nieuwe Directeur Publieke Gezondheid; Samen werken aan een gezond en veilig Haaglanden <i>Jessica Brussee</i> | 11 |
| Suïcidepogingen Nazorgprogramma SuNa nu ook voor volwassenen <i>Karin Slotema en Christien van der Linden</i> | 16 |
| PrEP, het HIV-preventiemedicijn <i>Niels Kuipers en Jean-Marie Brand</i> | 21 |
| De meldcode in de praktijk Zo moet ik handelen als ik geweld signaleer <i>Jeannette van Borren</i> | 25 |
| Gezondheid in Cijfers: overgewicht | 29 |
| Korte berichten | 30 |
| Meldingen infectieziekten | 34 |

Wilt u reageren op deze uitgave van het Epidemiologisch Bulletin?

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



Redactioneel

Dit laatste nummer van het Epidemiologisch Bulletin van 2019 bevat, naast een kennismaking met de nieuwe Directeur Publieke Gezondheid, artikelen over actuele signalen en (gezondheids)problemen. U leest over de groeiende groep daklozen, de hulp aan cliënten na een suïcidepoging, de hiv-preventie-pil PrEP en de nieuwe meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

Het openingsartikel beschrijft de sterke toename van het aantal daklozen. Belangrijke oorzaak is de stagnatie in de opvang- en doorstroomvoorzieningen vanwege het tekort aan sociale huurwoningen. De auteurs gaan in op kenmerken van daklozen, veel voorkomende oorzaken van dakloosheid en de Haagse maatschappelijke opvangketen. Interessant is het Haagse Tienpuntenplan dat is geformuleerd om de problemen aan te pakken en de maatschappelijke opvang voor de daklozen te verbeteren, inclusief de uitdagingen voor de nabije toekomst.

In het tweede artikel van het decembernummer stelt de nieuwe Directeur Publieke Gezondheid (DPG) zich aan u voor. In een interview vertelt Annette de Boer, aan de hand van haar loopbaan, meer over zichzelf en wat zij belangrijk vindt in het werk. Ook blikt zij terug op haar eerste maanden als DPG. In een vooruitblik op de thema's waarmee zij aan de slag wil, zegt ze onder andere "Ik wil beïnvloeden dat de omgeving bijdraagt aan een goede gezondheid."

Recente ontwikkelingen van het SuïcideNazorg programma SuNa staan beschreven in het volgende artikel. Na bijna twaalf jaar gericht te zijn op jongeren tot 27 jaar, is het programma sinds eind 2017 beschikbaar voor alle leeftijden. Uit registratie van Haagse ziekenhuizen blijkt namelijk dat twee derde van de patiënten met een suïcidepoging ouder is dan 27 jaar. Het doel van SuNa is te voorkomen dat cliënten na een suïcidepoging tussen wal en schip terechtkomen en opnieuw een suïcidepoging doen of suïcide plegen. SuNa doet dit onder andere door het bieden van nazorg en het toeleiden van cliënten naar passende zorg. Dat de leeftijdsuitbreiding nodig was blijkt uit het feit dat SuNa in anderhalf jaar tijd aan ruim driehonderd patiënten van 27 jaar en ouder nazorg heeft geboden.

Dit Bulletin sluit af met twee korte artikelen. Het Centrum Seksuele Gezondheid van GGD Haaglanden is in 2017 begonnen met het verstrekken van PrEP, de hiv-preventiepillen. De auteurs schetsen de aanpak, de effecten en de reacties van voor- en tegenstanders.

Het tweede korte artikel illustreert met een casus hoe te handelen conform de nieuwe Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling. Doel ervan is huiselijk geweld en kindermishandeling te voorkomen of vroegtijdig te stoppen.



Dakloos in Den Haag

In Den Haag neemt het aantal feitelijk daklozen toe. Dit is verontrustend, want deze groep bestaat uit zeer kwetsbare mensen met veelal complexe problemen. Een belangrijke oorzaak voor deze toename is de stagnatie in de doorstroom- en uitstroomvoorzieningen. Er moeten meer sociale huurwoningen worden gebouwd. Dit kost tijd, hetgeen ook geldt voor het implementeren van het Tienpuntenplan, met een nieuwe aanpak gericht op betere begeleiding en meer hulp op maat. Ondanks deze ambitieuze maatregelen lijkt de omvang van de problematiek vooralsnog alleen maar toe te nemen. Toekomstig onderzoek moet daarom uitwijzen of de nieuwe aanpak de problemen van de groep daklozen in Den Haag duurzaam kan oplossen.

Niels Gerrits, Regina van der Meer, Carla van Gorsel en Caroline Dekkers

Inleiding

Een 'feitelijk dakloze' is vooral aangewezen op de straat of openbare ruimtes, vrienden, familie en kennissen en heeft geen garantie op een slaapplek voor de komende nacht.¹ Uitgaande van deze veelgebruikte definitie steeg het aantal geschatte daklozen in Nederland van bijna 18.000 in 2009 naar ruim 39.000 in 2018.²

In 2017 verscheen voor het laatst een artikel over de Haagse daklozen in het Epidemiologisch Bulletin.³ Sindsdien is er veel media-aandacht geweest voor de toename in het aantal daklozen⁴ en het aantal dakloze gezinnen⁵ in Den Haag. Daarnaast was er eind 2017 een kritisch rapport van de stedelijke Rekenkamer over de maatschappelijke opvangvoorzieningen.⁶ In reactie hierop is er door de Haagse wethouder Van Alphen (Sociale zaken, Armoede, Maatschappelijke Opvang) een Tienpuntenplan geformuleerd om de problemen aan te pakken en de maatschappelijke opvang voor de daklozen te verbeteren.⁷

Dit artikel beschrijft de stand van zaken en de recente ontwikkelingen bij de groep daklozen en de maatschappelijke opvang in Den Haag. Allereerst wordt er ingegaan op de kenmerken van daklozen en subgroepen, gevolgd door informatie over veelvoorkomende oorzaken tot dakloosheid en de maatschappelijke opvangketen. Als laatste komen recente

veranderingen binnen de daklozenpopulatie en het daklozenbeleid aan de orde.

Kenmerken van daklozen

Volgens een recent onderzoek naar de algemene kenmerken van daklozen in Nederland over de periode 2009-2016 van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) is de dakloze vaak een ongehuwde man, jonger dan 50 jaar met een niet-westerse achtergrond, die verblijft in een van de vier grote steden (G4).¹ Daarnaast is het gros laagopgeleid, ontvangt een uitkering en is werkeloos.

GGZ-problematiek speelt bij circa 50% van de Nederlandse daklozen.¹ Ook hebben feitelijk daklozen meer gezondheidsproblemen, een lagere levensverwachting en een slechter ervaren gezondheid dan de algemene bevolking.³

Uit een onderzoek in de Haagse daklozenopvang blijkt bovendien dat psychiatrische ziekten bij twee derde van de daklozen zo ernstig zijn dat er gesproken kan worden van een ernstige psychische aandoening (EPA).^{8,9} Verder heeft bijna de helft van de Haagse daklozen enige financiële schulden en is middelenmisbruik veelvoorkomend.¹⁰ Wegens deze kenmerken behoren daklozen tot één van de meest kwetsbare groepen in de samenleving.¹¹



Dé dakloze bestaat niet

Door gebruik te maken van subgroepen kunnen onderzoekers en beleidsmakers de heterogene groep feitelijk daklozen beter in kaart brengen. Het is echter belangrijk om in ogenschouw te houden dat een dakloze vaak in meerdere subgroepen is in te delen.

De eerste groep is de **'OGGZ subgroep'**, die waarschijnlijk het meest aansluit bij het klassieke beeld van daklozen. Er is vaak sprake van multi-problematiek en de draaglast van maatschappelijke en/of medische problematiek is te groot voor de persoonlijke draagkracht. Daarnaast bestaat er soms moeite met het formuleren van een hulpvraag door de dakloze, wat kan leiden tot ongevraagde hulpverlening vanuit instanties.¹²

Een andere grote subgroep is de groep **'economische daklozen'**. Dit zijn mensen die om financiële redenen in een problematische situatie zijn geraakt. Er speelt minder OGGZ-problematiek, waardoor zij minder afhankelijk zijn van de faciliteiten van de maatschappelijke opvang. Zij overnachten daarom veelal in het eigen sociale netwerk.¹³

Kleinere subgroepen zijn de jongvolwassenen of **zwerfjongeren** tussen de 18 en 23 jaar en de **dakloze gezinnen**. Hoewel het in deze subgroepen relatief kleine aantallen betreft, maken de jonge leeftijd en de aanwezigheid van kinderen deze groepen extra kwetsbaar.¹¹

Verder is er nog de subgroep **buitenslapers**. Deze groep is vaak zorgmijndend en kiest er, al dan niet bewust, voor om op straat te verblijven. Als laatste vormen de **buitenlandse daklozen** een belangrijke subgroep. Een deel is EU-burger en komt vaak uit Midden- of Oost-Europa. Een ander deel komt uit landen buiten de EU, zoals uitgeprocedeerde asielzoekers of ongedocumenteerden. Omdat buitenlandse daklozen niet, of nog te kort, in Nederland hebben gewerkt, komen zij niet in aanmerking voor de gemeentelijke faciliteiten van de maatschappelijke opvang. Er zijn echter uitzonderingen, waar verderop in het artikel dieper op wordt ingegaan.^{11,13}

Aanleiding tot dakloosheid

Daklozen komen vaak, voorafgaand aan de dakloosheid, al uit kwetsbare huishoudens met de laagste inkomens, zijn afhankelijk van een uitkering en er is dikwijls sprake van GGZ-problematiek.¹ Door dit profiel zijn de buffers om financiële of gezondheids-tegenslagen op te vangen zeer beperkt. Er zijn veel redenen die tot de uiteindelijke dakloosheid leiden. In een daklozenonderzoek van GGD Haaglanden en

het G4-USER onderzoek *Signalen van toename van daklozen in de G4: feit of fictie?*, wordt een viertal oorzaken tot dakloosheid vaak genoemd.^{10,13}

De eerste is huissuitzetting, veroorzaakt door overlast of huurachterstanden na bijvoorbeeld het verlies van werk of verlagen van de uitkering.

Een tweede oorzaak is uitputting van het sociale netwerk. Wanneer psychisch kwetsbare personen te lang in hun netwerk verblijven, kan dit leiden tot escalatie en een relatiebreuk. Door overvraging van de sociale huursector en de (te) hoge prijzen op de particuliere woningmarkt, zijn mensen zodoende gedwongen zonder alternatief het huis te verlaten. De kostendelersnorm lijkt in beide oorzaken een belangrijke rol te spelen.¹³ Zo worden bijstandsgerechtigden die met meerdere volwassenen in huis wonen, gekort op hun uitkering. Kinderen ouder dan 21 jaar kunnen daardoor hun plek thuis kwijtraken. Bovendien zijn mensen in de bijstand minder geneigd om daklozen uit hun sociale netwerk thuis onderdak te bieden uit angst voor korting op hun uitkering. Als derde wordt de stimulering vanuit de overheid om thuis te wonen en daar te worden behandeld voor aandoeningen genoemd. Zelfstandig wonen is echter niet voor iedereen haalbaar. Door overlast en oplopende schulden kan zodoende de woning worden verloren.

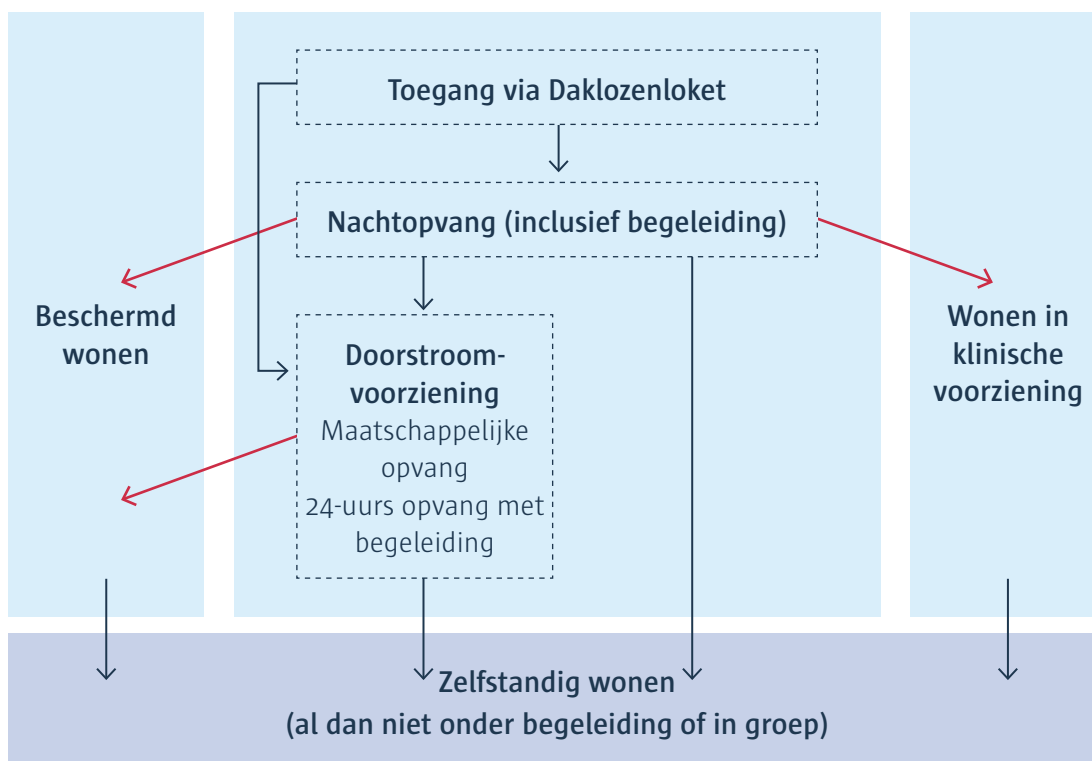
Een vierde oorzaak is immigratie. Sommige kwetsbare EU-migranten komen (te) onvoorbereid naar Nederland om tijdelijk te werken. Wanneer dit werk stopt, blijft een deel in Nederland. Omdat er geen aanspraak op de maatschappelijke opvangvoorzieningen kan worden gemaakt, zijn ze gedwongen om buiten te slapen en raken ze in een negatieve spiraal.^{10,13}

Dakloos, en dan?

Bij dakloosheid kan iemand zichzelf aanmelden, of worden aangemeld door bijvoorbeeld de politie, bij het Daklozenloket Zorg en Opvang van de Gemeente Den Haag* (hierna: Daklozenloket). Zij leiden daklozen naar de maatschappelijke opvang en passende zorg.

* Omdat de daklozenopvangvoorzieningen zijn gelokaliseerd in de centrumgemeente Den Haag worden daklozen uit de regiogemeenten Leidschendam-Voorburg, Rijswijk, Wassenaar en Zoetermeer naar Den Haag gestuurd. De genoemde cijfers in dit artikel zijn gebaseerd op de centrumgemeente Den Haag. De overige gemeenten in de regio Haaglanden zijn Delft, Westland, Midden-Delfland en Pijnacker-Nootdorp met Delft als centrumgemeente; de daklozenopvang voor deze regio wordt verzorgd door Delft. Cijfers voor deze regio zijn niet opgenomen in dit artikel.

Figuur 1. Keten maatschappelijke opvang en uitstroommogelijkheden



De maatschappelijke opvang kan worden gezien als een keten. Cliënten worden aangemeld, verblijven tijdelijk in de nachtopvang, gaan naar een gepaste doorstroomvoorziening en stromen uiteindelijk uit naar een eigen (begeleide) woonruimte (zie Figuur 1).

In 2018 waren er in Den Haag in totaal 4.100 aanmeldingen bij het Daklozenloket, waarvan er 2.200 personen nieuw waren en 1.900 reeds bekend (zie Tabel 1 op pagina 7). Driekwart had voorafgaand aan de melding al geen vast onderdak en woonde tijdelijk in bij familie of vrienden, of maakte al gebruik van de nachtopvang.¹⁴

Soms blijkt dat bij aanmelding bij het Daklozenloket iemand wettelijk niet in aanmerking komt voor de maatschappelijke opvangfaciliteiten van de gemeente, ofwel niet rechthebbend is. Een dakloze uit Midden- of Oost-Europa, die wil werken aan terugkeer naar het land van herkomst, kan worden doorverwezen naar het project Perspektywa. Dit project is onderdeel van Stichting Barka en biedt hulp en opvang aan daklozen uit Midden- of Oost-Europa bij terugkeer naar het land van herkomst.^{13,14} Bij daklozen van buiten de EU kan er worden doorverwezen naar een Bed, Bad & Brood voorziening. Voor dakloze gezinnen met kinderen en voor jongeren tot en met 23 jaar zijn speciale trajecten en opvanglocaties beschikbaar, waarop in dit artikel niet verder wordt ingegaan.

Wanneer de dakloze wel rechthebbend blijkt, wordt beoordeeld waar een traject om de dakloosheid te beëindigen de grootste kans van slagen heeft. Hiervoor wordt de persoonlijke situatie en mate van zelfredzaamheid ingeschat. Ook wordt er gekeken naar regiobinding, zoals de aanwezigheid van een steunend sociaal netwerk in de regio. Indien nodig wordt een aanvullend maatwerkarrangement ingezet om ernstige problematiek aan te pakken.¹⁴

In de maatschappelijke opvangketen

Van de 4.100 cliënten van het Daklozenloket werd bij ruim 1.800 in 2018 een traject gestart in Den Haag. Wanneer iemand nog niet feitelijk dakloos is, thuishoort in een andere stad of als voldoende zelfredzaam wordt gezien, kan dat een reden zijn om geen traject te starten. De praktische invulling en ondersteuning van een traject wordt uitgevoerd door verschillende ketenpartners, zoals het Leger des Heils, de Kessler Stichting, Limor en Stichting Dr Schroeder van der Kolk. Zij hebben veel ervaring met de opvang en/of begeleiding van daklozen. Voor deze werkzaamheden ontvangen ze subsidies van de gemeente Den Haag. In 2018 kregen van de 1.800 cliënten ruim 1.000 een nachtopvangpas die toegang biedt tot de nachtopvang. Voor een kleine vergoeding wordt daar een bed en een maaltijd aangeboden. Voor daklozen die bijvoorbeeld uit detentie, een afkickliniek of GGZ-instelling



Tabel 1. Indicatie van aantallen daklozen per groep in de gemeenten Den Haag, Leidschendam-Voorburg, Rijswijk, Wassenaar, Zoetermeer.

| Groep | Aantal aanmeldingen (in 2018): |
|---|--------------------------------|
| Daklozen (totaal) ¹ | 4100 |
| Zwerfjongeren (tot 23 jaar) ¹ | 545 |
| Gezinnen ¹ | 292 |
| Buitenslapers ¹ | 49 |
| Perspektywa / Stichting Barka ¹ | 92 |
| Aantal personen wat gemiddeld per maand verblijft in opvangvoorziening (in 2017/2018) | |
| Ongedocumenteerden ² | 24 |

1 = Jaarverslag Daklozenloket ¹³

2 = G4-USER verslag ¹²

komen, is soms een passender aanbod beschikbaar dan de maatschappelijke opvangketen. Dus niet alle daklozen worden bij het Daklozenloket gemeld. De nachtopvang is bedoeld als tijdelijke noodopvang waar de dakloze 's nachts kan verblijven totdat er plek is in een doorstroomvoorziening of andere woonruimte.^{11,14} Maar de opvang is vooral gericht op de nacht. Er is voor sommigen dagbesteding of dagopvang, maar het gros brengt overdag de tijd door op straat of in een openbare voorziening.^{6,10}

Opvanglocaties in Den Haag en doorstroom vanuit de nachtopvang

Den Haag telt een aantal opvanglocaties met een huidige gezamenlijke capaciteit van 306 cliënten. De grootste twee zijn, sinds de sluiting van de locatie Zilverstraat in mei 2019, de De la Reyweg (100 plekken, nachtopvang voor alle daklozen plus een aantal bedden voor cliënten die wegens gezondheidsredenen niet naar buiten kunnen) en de Sportlaan (90 plekken; dag- en nachtopvang voor daklozen

Wethouder Bert van Alphen: “We zijn op de goede weg, maar...”

“In Den Haag hoeft niemand tegen zijn zin op straat te slapen en neemt de gemeente haar verantwoordelijkheid voor mensen die door omstandigheden op straat belanden”. Dit staat in het Haagse coalitieakkoord 2018-2022. Daar is dit college vorig jaar voortvarend mee aan de slag gegaan. Er is meer en kleinschalige opvang gerealiseerd, de kwaliteit is verbeterd, mensen krijgen een ondersteuningsplan met zorg, begeleiding en schuldhulpverlening. Er is een mooie locatie voor 90 mensen op de Sportlaan geopend, en de massale opvang in de Zilverstraat is beëindigd. Dan denk je: ‘We zijn op de goede weg’. En dat is ook zo, maar de praktijk is vaak weerbarstiger dan je hoopt of verwacht. Het aantal daklozen, waaronder ook jongeren en gezinnen, is dit jaar enorm toegenomen. Niet alleen in Den Haag, maar in alle grote steden. Een belangrijke oorzaak daarvoor is de woningmarkt. Die zit op slot, er zijn te weinig woningen voor mensen in onze prachtige stad. Dus zijn er ook geen woningen voor mensen die zouden kunnen uitstromen uit de maatschappelijke opvang. Die is daardoor overvol; we moeten tegenwoordig zelfs mensen weigeren bij de nachtopvang.

De grens van wat we als gemeente kunnen oplossen, is bereikt. Er moet een landelijke aanpak komen voor deze grote problemen. Voor jongeren is er al een begin gemaakt met die landelijke aanpak (met als kern: ‘Geen jongere langer dan drie maanden op straat’), waarbij Den Haag een van de pilotgemeenten is. Samen met de G4 en staatssecretaris Paul Blokhuis werken we nu ook aan een plan voor de overige daklozen.

In het verleden heeft zo’n landelijk plan zijn vruchten afgeworpen, dat moeten we weer zien te organiseren. We hebben hierbij de steun nodig van de landelijke overheid, maar ook van de Haagse inwoners (Neem tijdelijk een dakloze in huis!). En we werken intensief samen met de zorginstellingen en de dak- en thuislozen zelf (en hun vertegenwoordigers), want ook zij hebben veel kennis over de aanpak van deze problemen. We maken hier in Den Haag grote stappen, maar we zijn er nog lang niet.”

Bert van Alphen
Wethouder Maatschappelijke Opvang Den Haag



zonder OGGZ-problematiek). De overige opvanglocaties zijn verspreid over Den Haag, hebben een kleinschaliger karakter en zijn toegerust op de opvang van specifieke doelgroepen.^{11,15} Tijdens extreem lage buitentemperaturen is de koudweerregeling van kracht. Er is dan geen nacht-opvangpas nodig. Op bepaalde locaties wordt er gratis winteropvang aangeboden en is er geen identificatieplicht.¹⁰ Hierdoor verblijven er dan ook niet-rechthebbende daklozen en zorgmijdende buitenslapers in de nachtopvang. Een groot deel van de totale populatie daklozen uit de omgeving is dan dus op één plek aanwezig. GGD Haaglanden voert daarom dan het Winterkoudeonderzoek uit. Door daklozen te interviewen wordt geprobeerd om de kenmerken van de populatie daklozen in de omgeving Den Haag in kaart te brengen.¹⁰

Doorstroomvoorzieningen zijn groepsvoorzieningen waar mensen gemiddeld zes tot twaalf maanden verblijven en werken aan hun zelfredzaamheid.¹¹ Samen met de cliënt wordt een plan van aanpak opgesteld om hiermee de zelfredzaamheid te verhogen, zodat de dakloze uit kan stromen naar eigen woonruimte. In Den Haag werd in 2018 64% van de trajecten positief beëindigd en hadden cliënten weer eigen woonruimte gevonden (al dan niet onder begeleiding).¹⁴

Buiten de opvang

Trajecten kunnen zwaar zijn. Zo worden er verplichtingen gesteld rondom bijvoorbeeld verslaving of schulden. Niet iedereen wil dat of kan daarmee omgaan. Deze mensen vallen daarom uit zonder de dakloosheid te beëindigen, melden zich bij het Daklozenloket, vallen weer uit, enzovoort. Het CBS schat dat landelijk 10% van de daklozen volgens dit patroon de opvang in- en uitstroomt.¹ Ook zijn sommige daklozen al eerder dakloos geweest.⁶ Voor een deel van de daklozen wordt dus geen structurele oplossing gevonden.

Tijdens het Winterkoudeonderzoek gaf ruim 60% van de daklozen in Den Haag aan ooit weleens buiten te hebben geslapen, en bijna 40% had dit de afgelopen maand nog gedaan.¹⁰ De groep (zorgmijdende) buitenslapers wordt in Den Haag door een speciaal Straatteam in de gaten gehouden. Ook proberen zij, waar mogelijk en gewenst, contacten te leggen en ondersteuning te bieden.¹⁴

Door een gebrek aan sociale huurwoningen blijven daklozen langer in de doorstroomvoorzieningen

Recente veranderingen in aantal daklozen en daklozenbeleid

De afgelopen jaren verschenen verschillende signalen in de media over een (explosieve) toename in het aantal daklozen. In 2009 werd het aantal daklozen in Nederland nog op bijna 18.000 geschat, in 2018 was dit ruim 39.000.² Ook in Den Haag is een toename geconstateerd, van circa 3.700 aanmeldingen bij het Daklozenloket in 2015 naar 4.100 in 2018.^{13,14}

Dit getal is echter een onderschatting van de grootte van de werkelijke populatie omdat niet elke dakloze zich meldt bij het Daklozenloket.

Een belangrijke oorzaak van de toename in het aantal daklozen lijkt een stagnatie in de doorstroom en uitstroom in de maatschappelijke opvangketen.¹³ Door een gebrek aan sociale huurwoningen blijven daklozen langer in de doorstroomvoorzieningen. Hierdoor zitten er meer daklozen in de nachtopvang, wat het totale aantal daklozen verhoogt. Betrokken professionals zien daarnaast een verhoogde instroom van daklozen met psychische problematiek en van daklozen uit Midden- en Oost-Europa.¹³ Dit laatste is mogelijk deels gerelateerd aan de ligging van Den Haag ten opzichte van het Westland, waar veel Midden- en Oost-Europeanen in de glastuinbouw werken.

Naast deze signalen deed een recent rapport van de Rekenkamer in de gemeente Den Haag het nodige stof opwaaien.⁶ Zo was er onder andere kritiek op de snelheid waarmee het Daklozenloket besluit of iemand in aanmerking komt voor een traject. Ook moet de zorg meer op maat zijn, en dienen cliënten korter in de nachtopvangvoorzieningen te verblijven. In reactie hierop heeft wethouder Van Alphen van Den Haag (Sociale zaken, Armoede, Maatschappelijke Opvang) het Tienpuntenplan opgesteld (zie kader op pagina 9). Hierin wordt met name gestreefd naar een kleinschaliger en meer specialistische opvang. Ook wordt er aandacht gevraagd voor preventie en de bouw van meer sociale woningen om de uitstroom te stimuleren. Deze maatregelen zijn ook in lijn met de aanbevelingen die werden voorgesteld in een artikel van het Epidemiologisch Bulletin uit 2017 over de gezondheid van de daklozen.³ Als laatste heeft de gemeente Den Haag jaarlijks 4,5 miljoen euro per jaar extra vrijgemaakt gedurende deze coalitieperiode voor de aanpak van dakloosheid.



De actiepunten van het Tienpuntenplan:

1. Kleinschalige nachtopvang met goede zorg
2. Pilot permanente winteropvang (winter 2018 - 2019)
3. Extra aandacht voor preventie
4. Zorgwekkende zorgmijders komen beter in beeld
5. Zinnige dagbesteding voor wie dat wil, 24-uurs opvang voor wie dat nodig heeft
6. Iedere dakloze krijgt een ondersteuningsplan met zorg, begeleiding en schuldhulpverlening
7. Meer woningen voor de maatschappelijke opvang-doelgroep
8. Ruimte voor kleinschalige (innovatieve) woonvormen voor de maatschappelijke opvang en voor Beschermd en Begeleid Wonen.
9. Permanente opvang creëren voor mensen zonder perspectief op verbetering
10. Extra aandacht voor communicatie, met de stad en met de doelgroep

In het kader van het Tienpuntenplan is op 1 mei 2019 de grootschalige en generieke nachtopvanglocatie Zilverstraat (capaciteit: 146) gesloten. In de plaats daarvan zijn er nu kleinschalige, 24-uurs opvanglocaties voor relatief zelfredzame vrouwen en mannen, en voor een kleine groep zorgmijdende buitenslapers. Om te zorgen dat er minder mensen in de kou op straat hoeven te slapen is de verstrekking van een tijdelijke nachtopvangpas in de wintermaanden

versoepeld.¹⁵ GGD Haaglanden heeft deze maatregelen recentelijk geëvalueerd. De resultaten indiceren dat betrokken zorgprofessionals positief zijn over deze meer humane en kleinschalige aanpak. Ondanks alle maatregelen is de groep daklozen in Den Haag de afgelopen periode toch verder toegenomen. Ten gevolge hiervan is er een wachtlijst ontstaan om in aanmerking te komen voor een slaapplek in de nachtopvang.¹⁶

Conclusie

Samenvattend bestaat de groeiende groep feitelijk daklozen uit zeer kwetsbare individuen die worstelen met complexe problematiek. Hierdoor is er geen snelle, algemene oplossing mogelijk. Met name door stagnatie in de doorstroom- en uitstroomvoorzieningen neemt het aantal daklozen toe. Het implementeren van het Tienpuntenplan en bouwen van meer sociale woningen vergt tijd. De daklozenopvang zal daarom ook de komende tijd nog een dynamisch veld blijven waarin moet worden gezocht naar oplossingen. Aanvullend onderzoek moet uitwijzen of de maatregelen er in slagen het aantal daklozen in Den Haag terug te dringen en hun problemen structureel op te lossen.

Met dank aan: Mark Venekamp (Opgavemanager, gemeente Den Haag) en Ankie Pastoors (Bestuursadviseur, gemeente Den Haag) voor het doorlezen van de conceptversie en advies omtrent de opvang in de maatschappelijke opvang.

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

OVER DE AUTEURS

Dhr. N.J.H.M. Gerrits, PhD, junior epidemiologisch onderzoeker GGD Haaglanden,

Mw. R. M. Van der Meer, MSc, epidemiologisch onderzoeker GGD Haaglanden,

Mw. C. Van Gorsel, regisseur daklozenloket gemeente Den Haag en Meldpunt Bezorgd GGD Haaglanden,

Mw. C. Dekkers, PhD, senior epidemiologisch onderzoeker GGD Haaglanden.

Email: niels.gerrits@ggdhaaglanden.nl



REFERENTIES

- 1 Coumans M, Arts K, Reep C, Schmeets H. **Inzicht in dakloosheid**. Een onderzoek naar daklozen 2009-2016. Centraal Bureau voor de Statistiek, 2018.
- 2 CBS [Online]. 2019 (bezoekt op 10 sept 2019); Beschikbaar op URL: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/34/aantal-daklozen-sinds-2009-meer-dan-verdubbeld>.
- 3 Reijn E, Henken S, Keetman M. **Wie zorgt er voor de daklozen?** Inzicht in gezondheidsproblematiek en zorgaanbod voor daklozen in Den Haag. Epidemiologisch Bulletin 2017; 52(4): 4-17.
- 4 Omroep West. 2019 (bezoekt op 10 sept 2019). Beschikbaar op URL: <https://www.omroepwest.nl/nieuws/3871492/Explosieve-stijging-daklozen-Den-Haag-Zilverstraat-heropenen>.
- 5 Omroep West. 2019 (bezoekt op 10 september 2019). Beschikbaar op URL: <https://www.omroepwest.nl/nieuws/3871268/Explosieve-stijging-aantal-dakloze-gezinnen-in-Den-Haag>.
- 6 RIS 298871. Rekenkamer Den Haag, 2018. **Van de straat**. Onderzoek naar de maatschappelijke opvang in Den Haag.
- 7 RIS 301432. Gemeente Den Haag. (bezoekt op 10 september 2019). Beschikbaar via URL: <https://www.denhaag.nl/nl/in-de-stad/nieuws/pers/nieuwe-aanpak-maatschappelijke-opvang-maakt-grote-stappen.htm>.
- 8 Delespaul Ph, en de consensusgroep EPA. **Consensus over de definitie van mensen met een ernstig psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland**. Tijdschrift voor de geneeskunde, 2013, 55(6): 427-438.
- 9 Everdingen C van. **Daklozen in Den Haag**. De keten is zoek! 2017. Beschikbaar via URL: <http://www.kesslerstichting.nl/nieuws-archief/874-rapport-de-keten-is-zoek-aangeboden>.
- 10 Donker M, Gerrits N, Dijk A van, Dekkers C. **Winterkoudeonderzoek 2018/2019**. Rapportage Den Haag. 2019. GGD Haaglanden, afdeling Epidemiologie.
- 11 Meijerman A, Meer R van der, Henken S, Elst M van der. **Kerncijfers OGGZ**. Rapportage Den Haag, Leidschendam-Voorburg, Rijswijk, Wassenaar & Zoetermeer 2019. 2019. GGD Haaglanden, afdeling Epidemiologie.
- 12 Gorsel C van, Henken S, Voet M. **CCP Jaarrapportage centrumgemeente Den Haag 2015-2017**. GGD Haaglanden, afdeling Epidemiologie.
- 13 Wit M de, Buster M, Oosterveer T, Mandos E, Batenburg T van, Dujardin M, *et al.* **Signalen van toename van daklozen in de G4: feit of fictie?** Quick scan van visie en cijfers over de ontwikkelingen in het aantal daklozen binnen verschillende subpopulaties. 2019. G4-USER.
- 14 **Jaarverslag afdeling dakloosheid en vervuiling/hoarding 2018. 2019**. Gemeente Den Haag.
- 15 Gerrits N, Karamali N, Dijk A van, Donker M, Dekkers C. **Evaluatie permanente winteropvang gemeente Den Haag 2018-2019. 2019**. GGD Haaglanden, afdeling Epidemiologie.
- 16 Algemeen Dagblad. **Bijna honderd daklozen op wachtlijst: 'Longontsteking?, sorry we hebben geen plek'**. 2019 (bezoekt op 18 oktober 2019). Beschikbaar op URL: <https://www.ad.nl/den-haag/bijna-honderd-daklozen-op-wachtlijst-opvang-longontsteking-sorry-we-hebben-geen-plek~a30e9418/>.



Samen werken aan een gezond en veilig Haaglanden

“Ik wil best directeur van deze organisatie zijn.” Dat dacht Annette de Boer tijdens haar eerste baan als epidemioloog bij de GGD in Alkmaar, dertig jaar geleden. Sinds juni 2019 is zij de nieuwe Directeur Publieke Gezondheid (DPG) in Haaglanden. In de tussentijdse jaren werkte zij als onderzoeker, adviseur en manager. Meestal in de publieke sector, maar ook enkele jaren in het bedrijfsleven. De rode draad in haar werk was altijd: werk doen dat bijdraagt aan de maatschappij en specifiek aan de volksgezondheid.

Wie is Annette de Boer? In dit interview vertelt zij, aan de hand van haar loopbaan, meer over zichzelf en wat zij belangrijk vindt in het werk. Ook vertelt zij over haar eerste maanden als DPG. Tot slot geeft zij een inkijkje in de thema's waar zij de komende jaren mee aan de slag wil.

Jessica Brussee

Interesse in gezondheid, in combinatie met maatschappelijke vraagstukken, heeft De Boer altijd al gehad. “Eigenlijk wilde ik Geneeskunde studeren”, vertelt ze. “Maar ik werd twee keer uitgeloot. Toen ben ik Humane Voeding gaan studeren in Wageningen. Tijdens het tweede jaar van mijn studie dacht ik: eigenlijk wil ik ook helemaal geen arts worden en mij steeds bezighouden met maar met één persoon tegelijk. Ik houd meer van de grote lijnen, vraagstukken die voor groepen mensen belangrijk zijn. Hoe komt het dat zoveel mensen overgewicht ontwikkelen? Waarom is het voor mensen zo moeilijk om gezond te leven? En welke interventies werken wel en niet? Dát zijn vraagstukken die ik interessant vind.”

Ze houdt van afwisseling en uitdaging in haar werk. Na haar studie werkte De Boer als epidemioloog bij de toenmalige Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD) Noord-Kennemerland in Alkmaar. De Boer: “Ik vond mijn werk hartstikke leuk. Ik houd van cijfers en analytisch denken. Maar na een

aantal jaren dacht ik: ‘Ik ben nog geen dertig. Blijf ik dit nu jarenlang op dezelfde manier doen? Eigenlijk dacht ik toen al: ‘Ik wil best directeur van deze organisatie zijn.’ Maar dat zat er toen nog niet in.” Ze vertrok naar het buitenland, samen met haar echtgenoot. Eerst naar de Kaapverdische Eilanden, later naar de Filipijnen. Voor de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) bracht zij de voedingstoestand in het Verre Oosten in kaart. De Boer: “Ik werkte in een groot gebied dat zich uitstrekte van China, Laos, Vietnam en Cambodja tot Australië en eilandstaten als Tonga. Een diverse regio: in sommige gebieden neigde men naar overgewicht, elders was er juist veel ondervoeding. De uitdaging was om in elk land het nationale voedingsbeleid te laten aansluiten bij de lokale problematiek.”

De Boer houdt van een goede samenwerking. Na vijf jaar in het buitenland ging zij aan de slag als onderzoeker en projectleider bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Samen met collega's van het Kwaliteitsinstituut voor de





Annette de Boer: “Na een zeer gewaardeerde kennismakingsronde weet ik wat er leeft bij de organisaties waar ik verantwoordelijkheid voor draag én bij de gemeenten in de regio.”

Gezondheidszorg CBO* zet zij een programma op voor het monitoren van zorginfecties in Nederland.

PREZIES heet het: PREventie van ZIEkenhuisinfecties door Surveillance. Het bestudeert infecties die ontstaan zijn tijdens of in aansluiting op een opname of behandeling in een ziekenhuis.** De Boer: “Het RIVM was sterk gericht op de wetenschappelijke kant van het verhaal, het CBO was thuis in de wereld van de zorg. Zo versterkten we elkaar.”

Naast samenwerken houdt De Boer ook van hard werken en doet zij veel dingen tegelijk. Zo promoveerde ze naast haar werk als projectleider op onderzoek naar de moleculaire epidemiologie van tuberculose. “O ja, dat had ik nog niet verteld”, zegt ze halverwege het interview luchtig. “Dat deed ik naast het werk.”

Ook hecht zij waarde aan heldere communicatie. “Goed communiceren naar de bevolking vind ik heel belangrijk”, zegt ze vol overtuiging. Ook daar hield zij zich mee bezig bij het RIVM. Zo stond ze aan de wieg van een betere communicatie over het Rijksvaccinatieprogramma. De Boer: “Mijn kinderen waren toen baby’s en ik zag wat voor ‘rare briefjes’ je kreeg over het Rijksvaccinatieprogramma. Heel ouderwets, van karton-achtig papier in bleekroze, -groen en -blauw. De informatie die erin stond was ook minimaal. Eigenlijk wist je na het lezen nog niet waar vaccineren nou goed voor was.” Samen met het hoofd communicatie van het RIVM schreef zij een plan om de communicatie rond het Rijksvaccinatieprogramma te verbeteren.

“Goed communiceren naar de bevolking vind ik heel belangrijk.”

Na zestien jaar bij het RIVM maakte De Boer de overstap naar het bedrijfsleven. “Ik had diverse uitvoerende en leidinggevende functies gedaan en was toe aan iets nieuws. Voor de evaluatie van de griepdemonie werkte ik samen met organisatieadviesbureau Berenschot. Zij mochten vrij nadenken over allerlei vraagstukken en adviseren hoe dingen beter en anders kunnen. Daar werd ik enthousiast van!” vertelt ze. “Ik heb wel getwijfeld hoor. Ik ben erg maatschappelijk betrokken en houd van werken voor de overheid. Moest ik wel overstappen naar een commercieel adviesbureau? Wat betekent dat voor wie ik ben? Voor hoe ik mijzelf zie?” Toch leek het haar wel wat. Zij oriënteerde zich op de markt en sprak ook met andere partijen. Omdat zij de meeste ‘klik’ had met Berenschot, waagde ze de overstap.

“Ik ben erg maatschappelijk betrokken en houd van werken voor de overheid.”

* Voorheen het Centraal BeleidsOrgaan voor de Intercollegiale Toetsing.

** Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) [Online]. 2019 (bezoekt op 17 okt 2019); Beschikbaar op URL: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/zorginfecties/cijfers-context/huidige-situatie>.



Bij Berenschot bouwde zij als adviseur een stevig profiel op op het snijvlak van volksgezondheid en veiligheid. De Boer: “Het terrein van volksgezondheid kende ik wel, maar veiligheid was nieuw voor mij.” Leergierig begaf zij zich in de wereld van Veiligheidsregio’s en GHOR bureau’s (Geneeskundige HulpverleningsOrganisaties in de Regio). Ze werkte onder andere aan opdrachten op het gebied van calamiteitenoefeningen, incidentevaluaties en bedrijfscontinuïteit. “Deze opdrachten gaven mij een breed beeld van hoe crisismanagement functioneert en wat daarin belangrijk is.”

Haar stijl kenmerkt zich door een zakelijke, maar ook betrokken houding. De Boer: “In het commerciële werkveld heb ik geleerd om zaken niet alleen op inhoud te beoordelen, maar ook naar de financiële kant te kijken.” Ook over projectmatig en resultaatgericht werken en heldere afspraken tussen opdrachtgever en opdrachtnemer leerde zij bij Berenschot. Naast haar zakelijke insteek hecht De Boer waarde aan het team, houdt ze van een goede sfeer en heeft ze oog voor haar collega’s. Maar er moet ook gewerkt worden. De Boer: “Het mag in het werk wel gezellig zijn, maar we zitten hier niet voor de gezelligheid. We zitten hier gewoon voor het werk.”

Ondanks dat zij met plezier werkte in het bedrijfsleven gaat haar hart toch uit naar de overheid. Een opdracht voor de gemeenten in Haaglanden wakkerde haar passie voor het werken in een politiek-bestuurlijke context weer aan. De Boer boog zich over de herijking van de gemeenschappelijke regeling van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) Haaglanden. De Boer: “Ik dacht: ‘Wat zou het gaaf zijn om weer bij een GGD te werken!’ Bij de GGD bouw je samen aan wat je wilt bereiken in de samenleving: het beschermen, bewaken en bevorderen van gezondheid van mensen. En niet voor een paar maanden, maar voor jaren achtereen. Dat vind ik mooi.”

De Boer vindt GGD Haaglanden bijzonder interessant. Allereerst komt dat door de variatie aan gezondheidsproblematiek tussen de verschillende bevolkingsgroepen. Ook kent de regio variatie in de sociaal-economische status van inwoners en tussen gemeenten met een stedelijk en een meer landelijk karakter. Daarnaast is De Boer geboeid door de bestuurlijke constructie. “De uitvoeringsorganisatie GGD is een onderdeel van de gemeente Den Haag. Hoe zorg je dat dat goed functioneert en je daar goed in opereert?” Tot slot sprak zij, tijdens haar opdracht

voor Berenschot, ook met medewerkers. “Die gesprekken gaven mij de indruk dat bij deze GGD professionals werken die weten waar ze het over hebben. Dat maakt GGD Haaglanden voor mij heel aantrekkelijk”, licht zij toe. Toen eind 2018 de vacature voor DPG beschikbaar kwam, reageerde zij dan ook vol overtuiging.

De eerste maanden als DPG

Haar kennismaking met de GGD waardeert zij enorm. “Dat was superleuk!” zegt ze met een brede lach. Elke afdeling had een programma voor haar verzonden. Zij sloot aan bij de inspectie van een kinderdagverblijf en reed mee met de ambulance. Van de afdeling Advies en Coördinatie kreeg De Boer een kwartetspel om hun diverse taken te leren kennen. Ook maakte zij een stadswandeling door Den Haag. Hierbij gaven medewerkers van de afdeling Leefomgeving haar een toelichting op de aspecten van de leefomgeving die relevant zijn voor de gezondheid. En natuurlijk praatte zij met veel medewerkers over het werk dat zij doen.

In haar eerste maanden als DPG maakte De Boer ook kennis met de andere spelers in het veld. Naast de GGD vallen ook de Geneeskundige Hulpverlenings-Organisatie in de Regio (GHOR) en de Geneeskundige Meldkamer onder haar verantwoordelijkheid als DPG. De Boer bezocht hen op kantoor in ‘De Yp’. Dat is het moderne gebouw aan de rand van de Haagse wijk Ypenburg waar ook de Politie huist. Zij sprak met de medewerkers en luisterde mee met de Meldkamer. Ook sprak zij de leden van het Algemeen Bestuur van de gemeenschappelijke regeling GGD en Veilig Thuis Haaglanden en het Algemeen Bestuur van de Veiligheidsregio. De Boer: “Na deze kennismakingsronde weet ik wat er leeft bij de organisaties waar ik verantwoordelijkheid voor draag én bij de gemeenten in de regio.”

Na de kennismaking in de ‘eerste cirkel’ maakt zij nu kennis met de zorginstellingen in de regio. De Boer: “Wat kunnen wij gezamenlijk betekenen op het gebied van preventie? Dat vind ik belangrijk om over na te denken.” Zo neemt zij de voorzittersrol op zich van de Preventietafel voor Gezond en Gelukkig Den Haag. In dit programma verkennen diverse partijen hoe zij gezamenlijk de gezondheid van de Haagse inwoners kunnen verbeteren. Deelnemers zijn onder andere Haagse zorg- en welzijn aanbieders, de gemeente Den Haag en de LUMC Campus Den Haag. Ook met andere partijen in de regio heeft

De Boer contact. Zo sprak zij met Stichting Georganiseerde eerstelijnszorg Zoetermeer (SGZ), een netwerkorganisatie van Eerstelijnszorgaanbieders. Ook sloot zij aan bij het bestuurlijk Zorghartoverleg in Zoetermeer, een overleg tussen verschillende zorgaanbieders gericht op samenwerking in de keten.

“Wat kunnen wij gezamenlijk betekenen op het gebied van preventie? Dat vind ik belangrijk om over na te denken.”

Een blik op de toekomst

Natuurlijk zijn er ook punten die De Boer verder wil uitbouwen in de komende jaren. Zo kan de GGD de blik nóg meer naar buiten richten, benoemt zij. Niet alleen goed zijn, maar ook vertellen dat je goed bent. Vertellen wat je te brengen hebt. “Want ik zie de GGD niet als een gebouw, maar als een beweging op het gebied van gezondheid. Samen met andere organisaties en burgers werken we aan een gezonde samenleving. In dat samenspel brengt de GGD kennis over preventie in.”

Bij de GHOR en de Geneeskundige Meldkamer zet De Boer in op de zichtbaarheid van de organisaties. De Boer: “De GHOR is een kleine organisatie. Maar als er iets aan de hand is, sturen zij de hele ‘witte kolom’ aan. Dus alle organisaties die zich met geneeskundige hulpverlening bezighouden. Gelukkig komen rampen en crises op het gebied van gezondheid weinig voor. Maar als het erop aankomt moet je wel voldoende bekend zijn in het veld.”

Een uitdaging voor de Meldkamer is, naast de zichtbaarheid, ook om voldoende personeel te vinden. Dat geldt ook voor de ambulancedienst. De Boer: “Het is belangrijk om bekend te maken hoe interessant die beroepen zijn. Ook dat wil ik uitstralen.”

“Ik zie de GGD niet als een gebouw, maar als een beweging op het gebied van gezondheid.”

Naast operationele en strategische uitdagingen ziet De Boer ook inhoudelijke uitdagingen in het werkveld. De Boer: “Een aantal grote maatschappelijke ontwikkelingen zijn van invloed op de publieke gezondheid en veiligheid. Denk aan factoren in de

leefomgeving, zoals klimaatverandering, de energietransitie en de verdichting van het stedelijk gebied. Maar ook sociale aspecten. Mensen wonen steeds dichter op elkaar en de samenleving wordt steeds meer divers. De verschillende bevolkingsgroepen kunnen het niet altijd goed met elkaar vinden. Als je gelooft in preventie, en dat doe ik, moet je je bezighouden met maatregelen om een gezonde en veilige leefomgeving te waarborgen. Voor nu en voor de toekomst.”

Ook voor de afzonderlijke organisaties zijn er thema's die aandacht vragen. Zo werkt de GHOR aan het Zorgrisicoprofiel. Met dit instrument kun je je in de ‘koude fase’, vóórdat er een crisis is, beter voorbereiden. Voor de gemeenten in de regio is de ‘Wet verplichte GGZ’ een actueel onderwerp. Deze wet treedt in werking per 1 januari 2020 en regelt de rechten van mensen die te maken hebben met verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). De vraag is hoe deze wet goed te implementeren.

Vanuit de GGD wil De Boer de verschillen in gezondheid tussen bevolkingsgroepen verkleinen. De Boer: “De oplossing voor deze problematiek kun je op verschillende fronten zoeken. Allereerst door schulden en sociale problematiek terug te dringen. Want pas als dat is opgelost denken mensen ook aan hun gezondheid. Ten tweede door het gezondheidspotentieel van de mensen zelf aan te spreken. Mensen hebben immers ook een eigen verantwoordelijkheid. Tot slot vind ik het belangrijk dat de omgeving meewerkt. Denk aan een groene omgeving die uitnodigt tot bewegen, met veilige fietspaden, goed onderhouden stoepen en met schoolpleinen waar je fijn kan spelen. En een omgeving waarin gezonde voeding makkelijk verkrijgbaar is en tabak juist minder makkelijk. Ik wil beïnvloeden dat de omgeving bijdraagt aan een goede gezondheid. Daar kun je als GGD iets aan doen. Niet in één keer, maar stapje voor stapje.”

“Ik wil beïnvloeden dat de omgeving bijdraagt aan een goede gezondheid.”



Wat houdt de functie van Directeur Publieke Gezondheid in?

De Directeur Publieke Gezondheid (DPG) in Haaglanden vervult drie posities, namelijk die van:

- Directeur van de Uitvoeringsorganisatie GGD Haaglanden, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn (OCW), gemeente Den Haag.
- Directeur Publieke Gezondheid binnen de Gemeenschappelijke Regeling GGD en Veilig Thuis Haaglanden.
- Diensthooft van de Veiligheidsregio Haaglanden, verantwoordelijk voor de Geneeskundige HulpverleningsOrganisatie in de Regio (GHOR) en de Geneeskundige Meldkamer.

De DPG heeft in deze posities met drie verschillende bestuursvormen te maken:

1. Het College van B&W van de gemeente Den Haag.
2. Het Algemeen Bestuur van de Gemeenschappelijke Regeling Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) en Veilig Thuis (VT) Haaglanden.
3. Het Algemeen Bestuur van de Veiligheidsregio Haaglanden.

De DPG heeft de leiding over de GGD, geeft inzicht in en adviseert over de volksgezondheid en is verantwoordelijk voor het GGD-deel van de ambulancevoorziening in de regio. Daarnaast stuurt de DPG, bij rampen en crises waar gezondheid in het geding kan zijn, de 'witte kolom' (zorginstellingen) aan.

Zij heeft dus verantwoordelijkheid in het openbaar bestuur, in het netwerk van zorgcoördinatie en -continuïteit bij crises én in de voorbereiding op crises.

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

OVER DE AUTEUR

Mw. Dr. J.E. Brussee is freelance tekstschrijver bij Lucidus tekst.
E-mail: contact@lucidustekst.nl



Suïcidepogingen Nazorgprogramma SuNa nu ook voor volwassenen

Na de start in 2005 van het Suïcidepogingen Nazorgprogramma SuNa voor jongeren, kon het succesvolle programma dankzij subsidie van ZonMw in 2017 worden uitgebreid naar alle leeftijden. In de periode november 2017 tot en met mei 2019 is hierdoor aan 324 cliënten in de leeftijd vanaf 28 jaar nazorg na een suïcidepoging geboden. De samenwerking met ketenpartners is uitgebreid en er is een werkwijze ontwikkeld om de nazorg te bieden. Dankzij presentaties op nationale en internationale congressen en bijeenkomsten maken inmiddels ook andere instellingen gebruik van het programma. Dit artikel bevat een overzicht van de ontwikkeling en de resultaten van de uitbreiding van SuNa naar alle leeftijden.

Karin Slotema, Christien van der Linden

Introductie SuNa

In 2005 wordt SuNa in het leven geroepen. Aanleiding is een signaal van GGD Haaglanden over lacunes in de keten met betrekking tot de nazorg voor jongeren na een suïcidepoging. Onderzoek van de afdeling Epidemiologie van de GGD geeft aan dat onder Haagse Surinaamse (in Den Haag vooral Hindoestaanse) en Turkse (jonge) vrouwen suïcidepogingen relatief veel voorkomen.^{1,2} Ook vanuit de hulpverlening komen signalen dat deze jongeren moeite hebben met het vinden van hulp na een suïcidepoging. Hierop is SuNa in het leven geroepen voor jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 27 jaar. Vanaf 2017 heeft de preventietak van Indigo, Parnassia Groep, het programma overgenomen. Het doel van SuNa is te voorkómen dat jongeren na een suïcidepoging tussen wal en schip terechtkomen en opnieuw een suïcidepoging doen of suïcide

plegen. SuNa biedt nazorg en een vangnet voordat hulpverlening is ingezet, leidt de jongere toe naar passende zorg en draagt er mede aan bij dat de jongere in zorg blijft, als daar noodzaak toe is. Vanwege het stigma om psychiatrisch patiënt te zijn, komen zij vaak niet aan in de zorg of zien ze voortijdig af van behandeling. Terwijl deze groep van uitvallers nu juist vaak grote problemen heeft. De casemanagers van SuNa zorgen door hun laagdrempelige betrokken en outreachende benadering voor afname van deze weerstand.

Werkwijze SuNa jeugd

Wanneer een jongere zich na een suïcidepoging meldt op een Haagse Spoed Eisende Hulp (SEH) wordt eerst somatische zorg geboden. Als de jongere na de behandeling met ontslag kan, rapporteren de SEH-medewerkers, na toestemming van de jongere,



deze jongere aan de casemanagers van SuNa. Na een melding vanuit de SEH neemt de casemanager binnen twee weken telefonisch contact op met de jongere en begeleidt, stimuleert en adviseert hem of haar afhankelijk van de situatie. De cliënt en zijn/haar omgeving staan hierbij centraal; aan de hand van de wensen en mogelijkheden wordt passende zorg geboden. Door vroege signalering van achteruitgang en te kijken naar mogelijkheden voor snelle interventie, wordt getracht een volgende suïcidepoging te voorkomen. In eerste instantie gaat het om het bieden van nazorg na een suïcidepoging. Vervolgens probeert de casemanager de jongere in een geschikt hulpverleningstraject te krijgen, zowel met het oog op behandeling als voor ondersteuning bij praktische zaken, waaronder huisvesting. Indien nodig gaat de casemanager mee met de jongere naar de daarvoor geëigende instanties. SuNa-casemanagers volgen de jongere een half jaar, en zo nodig langer.

Aanleiding uitbreiding SuNa voor volwassenen vanaf 28 jaar

Tijdige en passende zorg voor suïcidale mensen is essentieel. Onderzoek van het Trimbos Instituut veronderstelt dat 2,2% van de Nederlandse bevolking ooit een suïcidepoging onderneemt.³ Opmerkelijk hierbij is dat ongeveer de helft van de mensen meer

dan één suïcidepoging doet. Uit een overzichtsartikel over recidief suïcidepogingen en suïcides in Europa komt naar voren dat in het eerste jaar na een suïcidepoging plusminus 16% van de mensen een recidief suïcidepoging doet en 2% suïcide pleegt.⁴ In dit eerste jaar na een suïcidepoging is het risico op een recidief zelfs 30-50 keer groter ten opzichte van de bevolking.⁵

De Haagse ziekenhuizen registreren in Den Haag (met in 2013 ruim 500.000 bewoners) jaarlijks gemiddeld 511 zelfdodingspogingen.^{6,7} Dit kunnen ook mensen van buiten Den Haag zijn. Dit getal is een onderschatting, omdat niet alle suïcidepogingen worden gemeld.

Ongeveer twee derde van de patiënten met een suïcidepoging is ouder dan 27 jaar. Ook al heeft een suïcidepoging geen dodelijke afloop, deze gaat vrijwel altijd gepaard met groot psychisch leed, voor de persoon zelf, maar in veel gevallen ook voor zijn/haar naastbetrokkenen. Daarnaast kan suïcidaal gedrag een belasting vormen voor omstanders en instanties. Bovendien doen deze mensen vaak een groot appel op de verschillende hulpdiensten. Om deze redenen zocht SuNa naar uitbreiding voor alle leeftijden.

Bij SuNa voor volwassenen staan de volgende doelen voorop:

1. Nazorg bieden na een suïcidepoging;
2. Patiënten toeleiden naar de juiste behandeling en zorg;
3. Het voorkomen van een recidief van suïcidaal gedrag;
4. Afname van het aantal mensen dat belast wordt door getuigen te zijn van een (tentamen) suïcide. Dit door middel van uitbreiding van ketenpartners passend bij deze doelgroep en het ontwikkelen van een methodiek voor casemanagement.

De doelgroep bestaat uit cliënten die worden beoordeeld op de SEH vanwege een suïcidepoging of suïcidale gedachten in combinatie met concrete plannen om zich van het leven te beroven. De cliënt moet in Den Haag wonen.

Plan van aanpak

Tijdens een uitgebreide voorbereidingsfase is naast de bestaande stuurgroep een projectgroep opgericht met deelnemers vanuit verschillende disciplines en organisaties, waaronder een ervaringsdeskundige. Door frequent overleg van de projectgroep is de werkwijze aangepast, is het project zoveel mogelijk

Cindy*, 53 jaar

Cindy is bij SuNa aangemeld na een overdosis slaapmedicatie. Bij het eerste huisbezoek wordt al snel duidelijk dat er vooral op sociaal maatschappelijk gebied veel speelt. Er is sprake is van forse schulden, haar man is herstellende van kanker, zij zelf heeft lichamelijke klachten en hun 15-jarige zoon heeft een achterstand op school. Het echtpaar wil scheiden maar door de financiële problemen is dit nog niet gelukt. Samen met Cindy heeft SuNa een aanmelding bij een Sociaal Wijkteam (SWT) gedaan. Bij het eerste gesprek met het SWT is SuNa aanwezig ter ondersteuning, daarna wordt er ingezet op maandelijks telefonisch contact (dit op verzoek van Cindy). Intussen gaat het SWT aan de slag met de schuldenproblematiek. Nu regelingen getroffen worden en Cindy een vast aanspreekpunt hierover heeft, is de stress afgenomen en lukt het Cindy om vooruit te kijken en haar zoon te ondersteunen bij school.

* gefingeerde naam.



Tabel 1: Resultaten SuNa volwassenen

| Totaal n = 324 | |
|---|--------------------------------|
| Geslacht, n (%) | Man 115 (35%), vrouw 209 (65%) |
| Gemiddelde leeftijd, spreiding | 41 (28-84) jaar |
| Etniciteit, aantal (%) | |
| Nederlands | 176 (54%) |
| Hindoestaans | 28 (9%) |
| Turks | 12 (4%) |
| Pools | 10 (3%) |
| Marokkaans | 7 (2%) |
| Overig | 91 (28%) |
| | |
| Niet te bereiken, n (%) | 24 (7%) |
| Geen interesse in begeleiding door SuNa | 26 (8%) |
| Reeds in zorg bij aanmelding, n (%) | 174 (54%) |
| Toegeleid naar (extra) zorg, n (%) | 65 (20%) |
| Nog niet bekend, traject recent begonnen, n (%) | 35 (11%) |

gestroomlijnd en is de zorg zodanig opgezet dat deze het meeste rendement biedt.

Vanaf de start is het project SuNa voor volwassenen onder de aandacht gebracht van (mogelijke) ketenpartners en de gemeente door middel van voorlichting en presentaties. Er zijn nieuwe ketenpartners betrokken, waaronder Opvang Verwarde Personen, Brijder verslavingszorg, woonvoorzieningen vanuit de gemeente/sociaal domein, Gemeente (Jeugd en Maatschappelijke Ondersteuning), Crisisdienst, Middin/Kessler/Stichting Anton Constandse. Veel tijd is geïnvesteerd in een goede samenwerking tussen de verschillende ketenpartners en het creëren van korte lijnen met zowel de verwijzers als de overige ketenpartners.

Cliënt: “Julie sluiten aan bij wat ik op dat moment nodig heb.”

Resultaten/successen

Zie de Tabel 1 voor de resultaten. Het aantal vrouwen met een suïcidepoging is hoger dan het aantal mannen. Bij aanvang is meer dan de helft van de volwassenen (54%) al in zorg. Bij een deel van de cliënten is ondersteuning geboden om het behandeltraject weer op te pakken of problemen hierin aan te kaarten. De casemanagers boden extra begeleiding.

Van de overigen kon 22% worden toegeleid naar zorg. Dit percentage kan nog toenemen aangezien het toeleidingsproces voor een deel van de cliënten nog loopt. Na een eerste suïcidepoging deden drie cliënten in totaal acht keer opnieuw een suïcidepoging.

Het samenwerkingsverband van ketenpartners is uitgebreid en bestaat momenteel uit: SEH-afdelingen van HMC en Haga, Crisisdienst, Spoedzorg en Intensieve Behandeling Thuis, GGD Haaglanden, gemeente Den Haag, wijkteams GGZ alsmede de verschillende zorgbedrijven van de Parnassia Groep, 113 online, Sociale Wijkzorgteams, Centrum Jeugd en Gezin, Veilig Thuis, Stichting Wende, Jeugd Interventie Team, Kessler en Stichting Hulp en Opvang Prostitutie en mensenhandel. Tevens worden huisartsen van cliënten die zijn aangemeld, betrokken door de casemanagers.

Met behulp van de kennis en ervaring die was opgedaan met SuNa jeugd en de ervaring met SuNa volwassenen gedurende het project, is een methodiek ontwikkeld met een beschrijving van de SuNa werkwijze. Deze methodiek is een dynamisch document en wordt jaarlijks geëvalueerd en zo nodig aangepast. Bij SuNa Jeugd ligt de nadruk op problemen op het gebied van scholing, (familiale) relaties en cultuurgebonden problematiek. Uit het begeleiden van volwassenen blijkt inmiddels dat vooral hulp nodig is op het gebied van financiën, relaties, huisvesting en eenzaamheid.



Aandacht voor SuNa en kennisverspreiding

Door middel van presentaties op nationale en internationale congressen en bijeenkomsten werd SuNa onder de aandacht gebracht. Op basis van de workshop tijdens het Internationale Suicide Preventie Symposium in Gent zijn de casemanagers uitgenodigd als hoofdsprekers tijdens de *11th National Suicide Prevention Day* in Luxemburg dat plaats vond in oktober 2019.

Ook vanuit de Parnassia Groep kwam SuNa in de schijnwerpers door het winnen van de Parnassia Prijs 2017 voor het meest innovatieve en veelbelovende project.

Tot slot heeft SuNa - met steun van ZonMw - in oktober 2019 een eigen symposium georganiseerd.

Knelpunten/leerpunten

Het project is afhankelijk van het personeel van de SEH's die de patiënten om toestemming moeten vragen om hen te verwijzen naar SuNa. Bij een deel van de cliënten is dit niet gebeurd, onder andere door de hoge werkdruk en het verloop van personeel binnen de betrokken ziekenhuizen. Daarom is het van groot belang om het doel en het nut van SuNa blijvend onder de aandacht te brengen. Ook waren bij een deel van de cliënten de gegevens niet compleet, waardoor het casemanagement hen niet kon bereiken. Binnen de projectgroep is geïnventariseerd waar dit mis ging en hoe dit te verbeteren is. Gezien de wachttijden binnen de GGZ liep het casemanagement met regelmaat langer dan zes maanden door.

Een deel van de cliënten gaf geen toestemming voor verwijzing naar SuNa. Een klein deel van de cliënten was niet te motiveren voor behandeling of begeleiding. Dit ondanks verschillende pogingen van de casemanagers.

Cliënt: “De laagdrempeligheid en menselijkheid van SuNa maakt het heel makkelijk om te bellen als ik vragen heb.”

Hoe nu verder?

Allereerst wordt SuNa voor volwassenen gecontinueerd en uitgebreid. Met de omliggende gemeenten van Haaglanden zijn gesprekken gaande opdat SuNa ook voor die cliënten beschikbaar komt. In 2018 is in navolging van SuNa Den Haag in Rijnmond, Rotterdam, gestart met een door ZonMw gefinancierd project volgens de Haagse methodiek. Recent heeft SuNa Den Haag samen met SuNa Rijnmond en GGZ Breburg subsidie gekregen van ZonMw voor verspreiding en implementatie van de methodieken. Het interessante hiervan is dat dit niet alleen om nazorg na een suïcidepoging gaat, maar ook om vroegsignalering. Het betreft een ketenaanpak in de provincie Noord-Brabant die zich richt op het tijdig in zicht krijgen van mensen met een verhoogd suïciderisico. In deze nieuwe werkwijze worden personen met een verhoogd suïciderisico door middel van methodische taxatie, monitoring en ketenzorg beter en sneller in beeld gebracht en gehouden door de specialistische geestelijke gezondheidszorg. Ook wordt zo nodig passende zorg geregeld en wordt deze groep gedurende een jaar gemonitord.

Tot slot blijkt uit onderzoek dat huisartsen suïcidaliteit bij depressieve patiënten niet altijd uitvragen.⁸

Gerard*, 36 jaar

Gerard is werkzaam in de kassen. Hij woont samen met zijn vriendin en heeft al jaren een alcoholprobleem. Gerard heeft lichamelijke klachten die hem belemmeren bij het uitvoeren van zijn werk, maar het lukt hem niet om een andere baan te vinden vanwege een taalbarrière. Sinds een maand kan Gerard niet meer werken. Hierdoor ontstaat een achterstand van betaling bij onder andere de woningbouw en verzekering. Ook is er geen geld voor dagelijkse boodschappen. Door deze problemen heeft Gerard twee suïcidepogingen gedaan in twee weken tijd. Na de laatste suïcidepoging is Gerard opgenomen binnen de kliniek. Vanuit SuNa wordt contact gezocht met Gerard en een bezoek gepland tijdens zijn opname. Gerard blijkt in behandeling te zijn maar is niet tevreden over dit traject. Na een gesprek met Gerard, zijn partner, zijn behandelaren en SuNa worden er duidelijke afspraken gemaakt omtrent de inzet van iedere partij. Vanuit SuNa wordt ingezet op het vinden van werk. Tevens krijgt hij lessen Nederlands vanuit een WMO traject.

* gefingeerde naam.



Daarom is het van belang om huisartsen te motiveren om te informeren naar suïcidale gedachten en hen waar nodig scholing te bieden voor het herkennen en interveniëren bij suïcidaliteit. Een uitbreiding van SuNa casemanagement voor huisartsen zou daarbij welkom zijn.

Dankwoord

SuNa Den Haag wil alle betrokkenen hartelijk bedanken voor hun bijdrage aan deze methodiek, in het bijzonder ZonMw, Gemeente Den Haag, GGD, Parnassia Groep en de Haagse Ziekenhuizen.

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

OVER DE AUTEURS

Mw. Prof. dr. C.W. Slotema, Parnassia Groep
Bijzonder hoogleraar Persoonlijkheidsstoornissen
Department of Psychology, Education and Child
Studies, Erasmus University Rotterdam;
Psychiater Programma Persoonlijkheidsstoornissen,
PsyQ, Parnassia Groep en Plaatsvervangend opleider
volwassenenpsychiatrie Parnassia Groep Den Haag.
E-mail: c.slotema@psyq.nl

Mw. Dr. M.C. van der Linden is Klinisch epidemioloog
acute zorg bij Haaglanden Medisch Centrum.
E-mail: c.van.der.linden@haaglandenmc.nl

REFERENTIES

- 1 Schudel WJ, Struben HWA. **Suïcidaal gedrag in Den Haag**. Epidemiologisch Bulletin 32[3]. 1997. Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, GGD Den Haag.
- 2 Schudel WJ, Struben HWA, Vroom-Jongerden JM. **Suïcidaal gedrag en etnisch-culturele afkomst Den Haag 1987-1993**. Epidemiologisch Bulletin 33[4]. 1998. Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, GGD Den Haag.
- 3 Have ten M., Penninx BWJH, Tuithof M, et al. **[New numbers on the duration of major and minor depressive episodes in the general population; results from NEMESIS-2]**. 2018;60:364-373.
- 4 Owens D, Horrocks J, House A. **Fatal and non-fatal repetition of self-harm**. Systematic review. 2002 Sep;181:193-199.
- 5 Suominen K, Isometsa E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lonnqvist J. **Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study**. 2004 Mar;161:562-563.
- 6 Burger I. **Registratie suïcidaal gedrag in Den Haag, 1987 – 2010**. 2013;1 & 2: 5-11, Themanummer suïcide en parasuïcide. Epidemiologisch Bulletin 48[1 en 2]. 2013. Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, GGD Den Haag.
- 7 Burger I, Vlist D van de, Bravaric R, Janki I, Ferber M. **SuNa-casemanagement Den Haag voor 12-27-jarigen met suïcidaal gedrag. Verslaglegging over de periode juni 2011 t/m oktober 2012, met casusverslagen**. 2013;1&2:35-42. Themanummer suïcide en parasuïcide. Epidemiologisch Bulletin 48[1 en 2]. 2013. Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, GGD Den Haag.
- 8 Elzinga E, Gilissen R, Donker GA, Beekman ATF, de Beurs DP. **Discussing suicidality with depressed patients: an observational study in Dutch sentinel general practices**. 2019 Apr 24;9:e02762.



PrEP, het hiv-preventiemedicijn

Sinds 2018 leven er in Nederland 23.100 mensen met hiv/aids. Hoewel afnemend, komen hier jaarlijks vele honderden nieuwe patiënten bij. Dit terwijl in de VS door de Food and Drug Administration (FDA) al in 2012 het middel Truvada[®], tot dan gebruikt ter behandeling van hiv, was goedgekeurd als hiv-preventiemedicijn. De European Medicines Agency (EMA) volgde in 2016 voor Europa. In Nederland kochten toen al mannen die seks hebben met mannen (MSM) deze pil illegaal via het internet; zonder begeleiding, met alle gezondheidsrisico's van dien. Via landelijke organisaties ontstond de roep om veilige en laagdrempelige verstrekking van PrEP via de reguliere zorg. Het Centrum Seksuele Gezondheid GGD Haaglanden (CSG) is eind 2017 als eerste GGD in Nederland buiten studieverband en met subsidie vanuit de gemeente Den Haag, gestart met het regulier voorschrijven en begeleiden van PrEP aan MSM met hoog risico op hiv. Na bijna twee jaar ervaring kijkt het CSG terug op de aanpak, de effecten en de reacties binnen regio Haaglanden.

Niels Kuipers en Jean-Marie Brand

Wat en voor wie is PrEP?

PrEP (*Pre-Expositie Profylaxe*) is het gebruik van hivremmers met als doel een hiv-infectie te voorkomen. Deze preventiemethode is bedoeld voor mensen die geen hiv hebben, maar wel een verhoogd risico lopen. De werkzame stoffen in PrEP (emtricitabine en tenofovir-disoproxil) zijn niet nieuw en worden al jaren ingezet als onderdeel van de behandeling van hiv. Studies in de VS en Europa hebben de effectiviteit van PrEP aangetoond.^{1,2} PrEP kan continu (iedere dag 1 tablet) of intermitterend (2 tabletten 2-24 uur voor seksueel contact, vervolgens 1 tablet 24 uur en 1 tablet 48 uur na de eerste inname) gebruikt worden. Bij goed gebruik (PrEP is veel minder effectief als het niet volgens voorschrift wordt ingenomen) vermindert het risico op hiv-overdracht met 92%.¹ Goede medische begeleiding is nodig om veilig gebruik te garanderen, resistentievorming van het hiv-virus te voorkomen en therapietrouw te bevorderen. Centraal staat dat hiv-negatieve personen zich met PrEP al op 'een rationeel moment' extra tegen hiv kunnen beschermen in plaats van 'in the heat of the

moment' zoals met het condoom. PrEP dient altijd in combinatie met andere bestaande preventiemaatregelen en counseling te worden toegepast; PrEP-gebruik biedt geen bescherming tegen andere soa's en kan nooit het condoom vervangen.

PrEP-consult bij het Centrum Seksuele Gezondheid

Als blauwdruk voor de 'Haagse PrEP-zorg' is er gekeken naar de werkwijze van de GGD-Amsterdam, die sinds 2015 in studieverband aan een selecte groep MSM PrEP verstrekt.³ Er kwam in 2016 vanuit de Nederlandse Vereniging van Hiv-behandelaren (NVHB) een landelijke PrEP-richtlijn en in 2017 ontstond bij de GGD Gelderland Zuid een landelijke werkgroep 'We are prepared' die landelijk PrEPzorg via de GGD-en en huisartsen probeerde voor te bereiden. Doel van dat project was om voor het einde van 2018 in Nederland de randvoorwaarden voor verantwoorde PrEP zorg geregeld te hebben. Het CSG Haaglanden bood toen reeds PrEP-sprekuren met zelfgemaakte werkinstructies en speciaal geïnstru-



eerde sociaal verpleegkundigen onder supervisie van artsen. Tijdens het spreekuur wordt na de indicatiestelling de hiv-status bepaald en de nierfunctie gecontroleerd. Na aanvang wordt de cliënt vier keer per jaar gescreend op soa's, hepatitis C en wordt de nierfunctie verder gevolgd. PrEP kan namelijk in een zeer zeldzaam geval invloed hebben op de nierfunctie. Bij een afname van de nierfunctie onder gebruik wordt de PrEP gestaakt. Deze verminderde nierfunctie is overigens reversibel. Tijdens ieder vervolgconsult wordt er stilgestaan hoe PrEP ervaren wordt en wat de invloed is op het risicogedrag. PrEP beschermt immers enkel tegen hiv en niet tegen andere soa's. PrEP-zorg vanuit het CSG kan niet anoniem worden verricht. De eigen huisarts wordt per brief geïnformeerd. Daarbij tracht het CSG actualiteiten rondom PrEP te delen met de huisarts en cliënt.

Wat vinden de 'gebruikers' van PrEP?

Cliënten hebben verschillende redenen om aan PrEP te beginnen. Sinds de hiv-epidemie in begin jaren 80⁴ speelt de angst voor het oplopen van hiv bij veel MSM een negatieve rol in het seksleven. De meest gehoorde motivatie is dan ook dat de cliënt eindelijk seks zonder angst voor hiv wil beleven. Door PrEP krijgt de cliënt meer eigen regie dit te realiseren. Door PrEP wordt seks als fijner en bevrijdender ervaren. Een andere veel gehoorde reden is de wens om seks zonder condoom te kunnen hebben. Veel cliënten ervaren seks zonder condoom als fijner. Met PrEP als bescherming tegen hiv accepteren sekspartners makkelijker dat het condoom achterwege blijft. Niet iedereen binnen de homogemeenschap kijkt positief naar PrEP. Soms ervaren PrEP-gebruikers het stigma dat zij roekeloos, een 'prep-slet'⁵ zouden zijn. Overwegend kijken gebruikers van PrEP via het CSG positief naar het middel. Ze ervaren niet langer het risico te lopen op hiv en het gebruik binnen de gemeenschap wordt geaccepteerd en aangemoedigd.⁶

Wat vindt de overheid van PrEP?

Op 27 maart 2018 heeft de Gezondheidsraad minister Bruins (Medische Zorg) geadviseerd om de hiv preventiepillen (PrEP) ook in Nederland te vergoeden. Dit dankzij de aanhoudende roep om beter toegankelijke PrEP-zorg door het Aidsfonds, Soa Aids Nederland, PrEPnu, de werkgroep 'We are prepared', de werkgroep (GGD)-artsen werkzaam in de soa bestrijding en seksuele gezondheidszorg (WASS). Ook door andere partners als COC Nederland en vanuit de Tweede Kamer (D66 en GroenLinks) is hierop aangedrongen. Het uiteindelijke resultaat is dat vanaf 1 augustus

2019 landelijk subsidie voor PrEP-zorg beschikbaar is gekomen om ca. 6.500 personen met risico op hiv te gaan begeleiden. Voor de cliënt geldt een kleine medicatiebijdrage per maand. Het CSG Haaglanden moet in totaal 490 cliënten uit de regio begeleiden, de toegekende middelen blijken echter maar toereikend voor de inmiddels behaalde 430. GGD Haaglanden is op dit moment een van de vier van de totaal 25 GGD'en die PrEP-zorg kan aanbieden. De subsidie geldt voor een periode van vijf jaar waarna deze wordt geëvalueerd.

Wat vinden zorgverleners van PrEP?

De hiv-behandelaren zijn positief en hebben de PrEP-richtlijn zelf opgesteld, maar zien de uitvoering niet als tweedelijns taak. Sommige zorgverleners kijken echter met gemengde gevoelens naar de komst van PrEP.⁷ Een belangrijk kritisch argument onder een aantal huisartsen bijvoorbeeld is dat PrEP mogelijk een ander goed werkend preventiemiddel, het condoom, zal vervangen^{8,9} en uiteindelijk zal leiden tot meer soa's. Ook krijgt het CSG regelmatig telefoontjes van huisartsen die vinden dat PrEP niet bij de huisarts thuishoort. Vaak ervaart de huisarts niet de capaciteit, declaratiemogelijkheid en expertise te hebben om deze groep cliënten goed te kunnen begeleiden. Het platform seksHAG (Huisarts Advies Groep Seksuele Gezondheid) heeft samen met onder andere eerdergenoemde partners een richtlijn¹⁰ geschreven met handvatten voor huisartsen die wel PrEP-zorg willen leveren.

Wat zijn de kosten en wat levert het op?

Tussen 2017 en 2019 is door het verlopen van het patent het maandbedrag voor het gebruik van PrEP drastisch omlaag gegaan. Waar iemand voorheen ruim 600 euro per maand voor het PrEP-recept kwijt was krijgt hij het nu, afhankelijk van de producent, voor 30 euro per maand. Door deze prijsdaling is het middel bereikbaarder geworden voor een brede groep gebruikers. De subsidiemaatregel van de minister zou na vijf jaar een besparing van ongeveer 33 miljoen euro op hiv-behandelingen opleveren, terwijl de te verwachten kosten van de PrEP-verstrekking op zo'n 22 miljoen euro liggen.¹¹ Binnen dit bedrag worden de PrEP-medicatie en alle soa- en andere laboratoriumtesten vergoed. De personele bezetting wordt bekostigd vanuit de GGD'en zelf. Voor de cliënt zijn de uiteindelijke kosten € 7,50 per maand bij het continue gebruik van PrEP. Naar verwachting worden landelijk jaarlijks 250 nieuwe hiv-infecties voorkomen met de maatregel.



Naar verwachting worden jaarlijks landelijk 250 nieuwe hiv-infecties voorkomen

PrEP-zorg in de toekomst binnen regio Haaglanden

Momenteel onderzoekt het CSG Haaglanden of soa's daadwerkelijk toenemen onder PrEP-gebruik. Voorsnog lijken cliënten met veel soa-risico al vóór het PrEP-gebruik een kleine toename te hebben in het aantal soa's per jaar. Recent onderzoek uit Amsterdam (AmPrEP-studie)³ toont een toename van het aantal sekspartners onder PrEP-gebruikers, echter een toename in het aantal soa's blijft uit. De resultaten uit het 'Haagse' onderzoek worden te zijner tijd landelijk gedeeld.

Het aantal PrEP-gebruikers zal in de toekomst nog verder toenemen. Binnen de huidige beschikbare financiële middelen kan GGD Haaglanden niet alleen aan deze vraag voldoen. Andere samenwerkingspartners zijn hiervoor nodig. Aangezien PrEP als preventiemaatregel tegen hiv-infecties geen plaats heeft binnen de tweedelijns gezondheidszorg, lijkt er dus een belangrijke taak weggelegd voor de huisartsen om ook een aanzienlijk deel van de MSM te voorzien van PrEP-zorg. Ook kan gedacht worden aan commerciële soa-testcentra die, weliswaar tegen een waarschijnlijk hogere prijs, PrEP zouden kunnen voorschrijven.

Wat is een hiv-(humaan immunodeficiëntie virus) infectie?¹²

Hiv is een virus dat het afweersysteem van de mens verzwakt. Een hiv-infectie is een seksueel overdraagbare aandoening (soa). Als een hiv-infectie niet wordt behandeld, kan er aids (acquired immune deficiency syndrome) ontstaan. Het afweersysteem is dan zo verzwakt omdat door het hiv-virus het lichaam nauwelijks beschermd is tegen andere infecties.

Hiv wordt vooral overgedragen door onveilige seks. Het risico is hoger bij anale dan bij vaginale seks. Het virus zit in sperma, vaginale afscheiding, bloed en moedermelk. Het virus kan het lichaam binnendringen via de slijmvliezen van de vagina, penis, anus of mond of via een wondje op de huid. Ook kan het virus worden overgedragen via direct bloedcontact, bloedtransfusie of orgaantransplantatie.

Zwangere vrouwen kunnen hiv overdragen tijdens de zwangerschap of geboorte.

Hiv komt voornamelijk voor bij doelgroepen als migranten/statushouders, sekswerkers en MSM. Hierdoor richt het CSG de PrEP-zorg juist op deze groepen.

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

OVER DE AUTEURS

Dhr. N. Kuipers, arts Centrum Seksuele Gezondheid.

Dhr. J.M. Brand, arts infectieziektebestrijding M&G i.o.

E-mail: nielskuipersgroosjohan@ggdhaaglanden.nl



REFERENTIES

- 1 Molina, JM et al. **On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection.** N Engl J Med 2015, 373:2237-2246.
- 2 McCormack S, Dunn, T. **Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial.** Lancet 2016, 10013: 53-60.
- 3 Hoornenborg E, Achterbergh RCA. **Men who have sex with men more often chose daily than event-driven use of pre-exposure prophylaxis: baseline analysis of a demonstration study in Amsterdam.** J Int AIDS Soc. 2018 Mar; 21(3): e25105.
- 4 Aidsfonds [Online]. 2019 (bezoekt op aug 2019); Beschikbaar op URL: <https://aidsfonds.nl/over-hiv-aids/wat-zijn-hiv-en-aids/geschiedenis-van-hiv-en-aids/>.
- 5 Haroon Ali. **Prep is een geschenk uit de hemel, eindelijk kunnen we liefhebben zonder angst' [Online].** 25 juli 2018, 11:00 (bezoekt op aug 2019); Beschikbaar op URL: <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/prep-is-een-geschenk-uit-de-hemel-eindelijk-kunnen-we-liefhebben-zonder-angst~b0649bdf/>.
- 6 Calabrese, SK et al. **Putting PrEP into Practice: Lessons Learned from Early-Adopting U.S. Providers' Firsthand Experiences Providing HIV Pre-Exposure Prophylaxis and Associated Care.** PLoS One. 2016; 11(6): e0157324.
- 7 6. Blumenthal J, Haubrich RH. **Will risk compensation accompany pre-exposure prophylaxis for HIV?** Virtual Mentor. 2014;16(11): 909-915.
- 8 Köhler W. **Meer soa's bij mannen die hiv-preventiepillen slikken [Online].** 9 april 2019 (bezoekt op aug 2019); Beschikbaar op URL: <https://www.nrc.nl/nieuws/2019/04/09/meer-soas-bij-mannen-die-hiv-preventiepillen-slikken-a3956272>.
- 9 Stoffelsma A. **Huisarts plaatst kanttekeningen bij hiv-preventiepil prep: 'Medicijnen zijn voor als je ziek bent' [Online].** 25 juli 2018 (bezoekt op aug 2019); Beschikbaar op URL: <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/huisarts-plaatst-kanttekeningen-bij-hiv-preventiepil-prep-medicijnen-zijn-voor-als-je-ziek-bent~b0529850/?referer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>.
- 10 Onbekend. **Het voorschrijven van Pre-expositie Profylaxe (PrEP) ter preventie van HIV;** een samenvatting van de richtlijn voor medische professionals (versie juli 2019). SeksHAG.
- 11 **Vanaf 1 augustus PrEP bij GGD.** 28 juni 2019 (bezoekt op aug 2019). Beschikbaar op URL: (<https://www.coc.nl/homepage/vanaf-1-augustus-prep-bij-ggd>).
- 12 **Hiv.** 20-06-2019 (bezoekt op okt 2019). Beschikbaar op URL: <https://www.rivm.nl/hiv>.



Zo moet ik handelen als ik huiselijk geweld signaleer

Chantal (12) en Wesley (7) groeien op in een gezin waar vader Hans is afgekeurd als vrachtwagenchauffeur. Hij overleefde drie hartinfarcten en ontvangt een uitkering. Moeder Wilma heeft depressieve klachten, mede als gevolg van een moeilijke jeugd. Uiteindelijk belandt het gezin in de schuldsanering. Nu leven ze van 100 euro per week met z'n vieren. Er zijn ruzies tussen de ouders waarbij gescholden en geslagen wordt. Chantal ontvlucht het huis om de ruzies tussen haar ouders niet meer te horen en trekt steeds meer op met 'verkeerde' vrienden, die regelmatig in aanraking komen met de politie. Wesley probeert de ruzies tussen zijn ouders te stoppen door tussen hen in te springen als ze elkaar slaan. Hierdoor krijgt Wesley onbedoeld weleens een klap. Hij plast regelmatig in zijn bed en op school wordt hij snel boos en gaat vechten.



Jeannette van Borren

Veel professionals herkennen dit soort situaties van huiselijk geweld. Huiselijk geweld is geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer wordt gepleegd. De term huiselijk verwijst naar de relatie tussen plegger en slachtoffer, bijvoorbeeld (ex) partner of gezins- en familieleden, en wordt daarom ook 'geweld in afhankelijkheidsrelaties' genoemd. Dit geweld kan onder andere fysiek, seksueel en psychisch van aard zijn. Vormen van huiselijk geweld zijn: (ex)partnergeweld, kindermishandeling en -verwaarlozing, ouderenmishandeling, eer-gerelateerd geweld, huwelijksdwang, achterlating, vrouwelijke genitale verminking en mishandeling van ouders door hun kinderen.

In dit artikel wordt aan de hand van bovenstaande casus de Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling uitgelegd.

Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling

Om huiselijk geweld en kindermishandeling te kunnen voorkomen of vroegtijdig te stoppen is de Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling ontwikkeld, hierna 'Meldcode' genoemd. Deze is per 1 juni 2013 vastgelegd in de Wet Verplichte Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling. Deze Meldcode is een werkwijze, die uit vijf stappen bestaat en professionals moet helpen om vaker, sneller en adequater in te grijpen bij signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling. De Meldcode is verplicht voor professionals werkzaam in zes sectoren: gezondheidszorg, onderwijs, kinderopvang, jeugdzorg, maatschappelijke ondersteuning en justitie. Dit betekent dat de Meldcode in het organisatiebeleid van relevante organisaties verankerd moet zijn, zodat professionals in hun dagelijkse werk de Meldcode

kennen en ernaar handelen. Uiteindelijk moet dit ertoe leiden dat professionals eerder signalen oppikken, zodat ernstige situaties worden voorkomen en uiteindelijk huiselijk geweld en kindermishandeling minder voorkomt.

De toepassing van de Meldcode heeft voorrang boven de beperkingen die de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) stelt. Het delen van informatie met Veilig Thuis is, mits goed onderbouwd en vastgelegd, toegestaan. Dit geldt ook voor professionals met een beroepsgeheim.¹

Verbetering van de Meldcode per 1 januari 2019

Huiselijk geweld en kindermishandeling is vaak problematiek met een langdurig karakter. Geweld, verwaarlozing, misbruik en emotionele onveiligheid kunnen jaren aanhouden. Veel slachtoffers worden opnieuw slachtoffer van dezelfde of andere vormen van geweld. Huiselijk geweld en kindermishandeling kunnen van generatie op generatie worden overgedragen. Dit noemt men structurele onveiligheid. Casussen met structurele onveiligheid ziet men veel terug in de her-meldingen bij Veilig Thuis. Veilig Thuis is het advies- en meldpunt voor iedereen die met huiselijk geweld en kindermishandeling te maken heeft. Deze her-meldingen betreffen bijna 60% van het totaal aantal meldingen bij Veilig Thuis. Dit zijn bijvoorbeeld situaties van terugkerend huiselijk geweld waar verslaving en/of psychiatrie een rol speelt. Uit onderzoek blijkt dat de meeste beroepskrachten gedurende een relatief korte periode betrokken zijn bij slachtoffers en plegers van huiselijk geweld of

kindermishandeling.² Zij hebben veelal niet het overzicht van de geweldsgeschiedenis en verlenen hulp in deelgebieden (verslaving, psychiatrie, opvoeding, schulden), waarbij de kennis van en de focus op geweld ontbreekt. Hulpverleners communiceren onvoldoende met elkaar over een gezamenlijke aanpak van het geweld.³

De bevindingen van dit onderzoek en het grote aantal her-meldingen bij Veilig Thuis hebben geleid tot de verbetering van de Meldcode. De verbeteringen luiden als volgt:

- Professionals zijn verplicht om bij stap 4 (zie onderstaand schema met de stappen van de meldcode) een afwegingskader toe te passen, dat per beroepsgroep normen hanteert voor de afweging of een situatie ernstig is.
- Bij (vermoedens van) acute of structurele onveiligheid zijn professionals **verplicht** om een melding te doen bij Veilig Thuis, ook als de professional zelf hulp verleent. Acute onveiligheid betekent dat een persoon in direct fysiek gevaar verkeert. Bij structurele onveiligheid in gezinnen of huishoudens is er sprake van herhalende en voortdurende onveilige gebeurtenissen en situaties.
- Veilig Thuis houdt samen met de hulpverlener zicht op de veiligheid en kan de signalen over langere tijd uit verschillende bronnen bij elkaar brengen.
- Als Veilig Thuis signaleert dat bij herhaling sprake is van huiselijk geweld of kindermishandeling, kan snel(ler) passende en toereikende hulp worden ingezet om structurele patronen van geweld te doorbreken.

Stappen van de meldcode per 1 januari 2019



• Hoe werkt de Meldcode in de praktijk?

Om het gezin van Wesley, Chantal en hun ouders goed te kunnen helpen, zijn professionals bij een vermoeden van huiselijk geweld en kindermishandeling verplicht om te handelen volgens de vijf stappen van de meldcode.



Stap 1: in kaart brengen van de signalen

De juf van Wesley merkt dat Wesley steeds vaker ruzie maakt met andere kinderen op school. Ze gaat met hem praten. Wesley vertelt dat papa en mama gisteren veel ruzie hebben gehad. Hij wilde de ruzie stoppen, maar toen schreeuwde mama dat hij naar zijn kamer moest.

Chantal was bij haar vrienden en Wesley voelde zich erg alleen. De leerkracht van Chantal uit groep 8 meldt dat Chantal opstandig is en dat haar schoolresultaten achteruit zijn gegaan. Kinderen komen zelfstandig naar school. De ouders komen nauwelijks op school. Beide kinderen hebben vaak geen lunch bij zich.



Stap 2: overleggen met een collega en/of Veilig thuis

Beide leerkrachten gaan met hun zorgen naar de interne begeleider van de school. De interne begeleiding heeft signalen van de wijkagent gekregen dat Chantal veel op straat hangt. Het straatjongerenwerk maakt zich zorgen dat Chantal gaat ontsporen.

De school besluit te overleggen met Veilig Thuis. Veilig Thuis erkent de zorgen en adviseert de school eerst met de ouders te spreken.

In stap 2 kan overleg met Veilig Thuis anoniem.

De school hoeft dan nog niet de gegevens van het gezin te delen. Professionals kunnen altijd advies vragen, zonder een melding te doen bij Veilig Thuis.

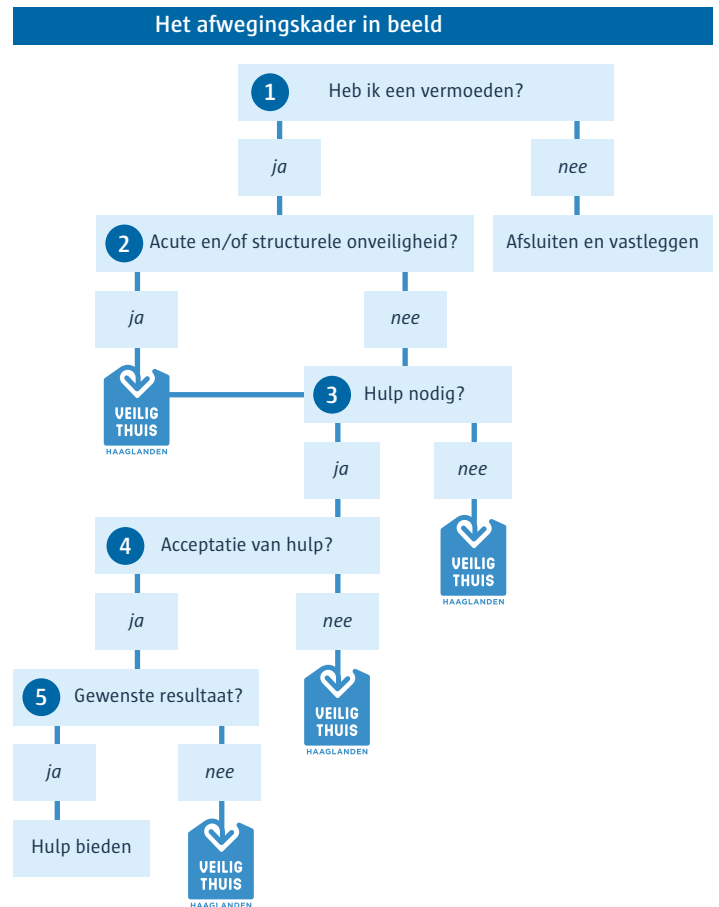


Stap 3: gesprek met de betrokkenen

De ouders worden door de interne begeleider uitgenodigd om de zorgen te delen. In het gesprek vertellen de ouders dat er grote schulden zijn en dat zij daarover veel woorden hebben. De kinderen zijn vaak getuige van de ruzies van de ouders. Er valt weleens een klap over en weer, erkennen de ouders. Moeder Wilma voelt zich somber en het lukt haar niet om 's morgens uit bed te komen om de kinderen naar school te helpen. Vader Hans heeft hartproblemen en is fysiek snel uitgeput. Chantal is brutaal en luistert niet. Met Wesley gaat het volgens de ouders wel goed. Alleen plast hij nog elke nacht in zijn bed. De burens klagen veel over geluidsoverlast. De ouders willen graag hulp om Chantal weer te leren luisteren.

Stap 4: wegen van het geweld

In deze stap wordt het geweld gewogen aan de hand van de vragen in onderstaand stroomschema.



De interne begeleider van de school neemt na het gesprek met de ouders contact op met Veilig Thuis. Samen met Veilig Thuis neemt zij de vragen uit het afwegingskader door:



1. Heb ik een vermoeden?

Ja, er is een vermoeden van huiselijk geweld in de vorm van ernstige ruzies tussen de ouders, waar de kinderen getuige van zijn. Er is sprake van zowel fysiek als verbaal geweld tussen de ouders. Door de psychische en lichamelijke problemen zijn ouders onvoldoende in staat om de kinderen adequate zorg te geven.

2. Is er sprake van acute of structurele onveiligheid?

Ja, hier is sprake van structurele onveiligheid. De ruzies tussen de ouders blijven zich herhalen en er is chronisch sprake van verwaarlozing.

3. Is er hulp mogelijk?

Ja. Een school kan geen hulp verlenen, maar de schoolmaatschappelijk werker kan de ouders wel toeleiden naar hulp. Bijvoorbeeld via de huisarts voor hulp aan de ouders en via het Centrum voor Jeugd en Gezin voor opvoedondersteuning.

4. Accepteren de ouders hulp?

Ja, de ouders zeggen dat ze hulp willen.

5. Gewenste effect van de hulp?

De ouders kunnen rustig met elkaar praten zonder tegen elkaar te schreeuwen of elkaar te slaan, zodat de kinderen geen getuige meer zijn van hun ruzies en zich positief kunnen ontwikkelen en alle gezinsleden zich thuis veilig voelen.



Stap 5: beslissen aan de hand van onderstaande vragen

1. Melden bij Veilig Thuis?

Volgens vraag 2 uit het stroomschema moet de school melden bij Veilig Thuis. De interne begeleider belt Veilig Thuis. De ouders accepteren hulp; waarom moet ze dan toch een melding doen bij Veilig Thuis? Veilig Thuis legt uit dat het belangrijk is om informatie uit verschillende bronnen (huisarts, politie, schuldhulpverlening) en eerdere meldingen te combineren. Veilig Thuis kan deze verbindingen leggen en heeft als taak de veiligheid langdurig te monitoren om zodoende duurzame veiligheid tot stand te brengen.

De interne begeleider doet vervolgens een melding bij Veilig Thuis en brengt de ouders op de hoogte van de melding. De ouders hadden liever niet gehad dat er een melding werd gedaan bij Veilig Thuis, maar de interne begeleider mag melding doen zonder toestemming van de ouders.

2. Is hulpverlening (ook) mogelijk?

Ja, er is ook hulpverlening mogelijk. De maatschappelijk werker van de school zal de ouders aanmelden bij het Centrum voor Jeugd en Gezin en de ouders vragen om contact op te nemen met de huisarts.

Er zijn afwegingskaders voor de beroepsgroepen gezondheidszorg, onderwijs, kinderopvang, jeugdzorg, maatschappelijke ondersteuning en justitie. Voor alle beroepsgroepen geldt het bovenstaande afwegingskader. Per beroepsgroep zijn er nuanceverschillen. Voor meer informatie over de verschillende afwegingskaders zie www.meldcodehaaglanden.nl.

Ten slotte

De meldcode is een handelingsinstrument dat professionals helpt om sneller en adequater te handelen bij vermoedens van huiselijk geweld, zodat het geweld stopt en passende hulp kan worden ingezet om het patroon van geweld te doorbreken.

In de situatie van Wesley en Chantal signaleerde de leerkracht van Wesley dat hij steeds vaker ruzie had met andere kinderen. Zij zette de eerste stap door een gesprekje aan te knopen met Wesley.

Doordat de leerkracht deze stap zette en de meldcode toepaste kon hulpverlening aan het gezin op gang komen en wordt de cirkel van geweld mogelijk doorbroken.

Dit is een voorbeeld waar kinderen bij betrokken zijn. De meldcode is echter ook verplicht voor professionals die werken met volwassenen en ouderen.

Wilt u reageren op dit artikel?

Dan kunt u mailen naar de auteur of de redactie:

epibul@ggdhaaglanden.nl

OVER DE AUTEUR

Mw. J.C. van Borren is projectleider Huiselijk Geweld en Kindermishandeling, Dienst OCW, GGD Haaglanden
E-mail: jeannette.vanborren@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

- <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/meldcode>.
- Tierolf, Lünemann, Stekete (2014). **Doorbreken geweldspatroon vraagt gespecialiseerde hulp: Onderzoek naar effectiviteit van de aanpak van huiselijk geweld in de G4**. Utrecht Verwey-Jonker Instituut.
- Vögtlander, van Arum (2016). **Eerst samenwerken voor veiligheid, samenwerken voor risico-gestuurde zorg**. VNG & GGD-GHOR Nederland.



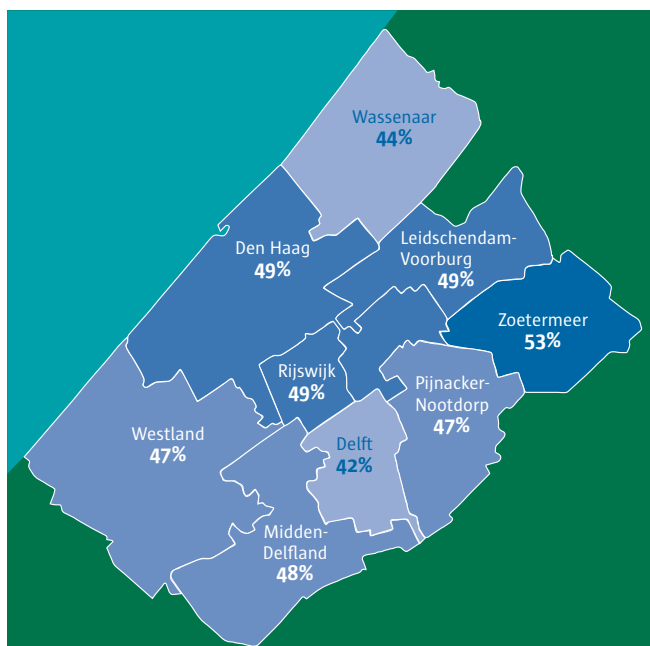
De rubriek Gezondheid in cijfers belicht kort een thema met betrekking tot de gezondheid van de inwoners van de regio Haaglanden. De cijfers zijn afkomstig uit recent onderzoek.

Overgewicht bij volwassenen en ouderen

Overgewicht kan ernstige gevolgen hebben op de gezondheid. Het risico op bepaalde ziekten en aandoeningen, zoals suikerziekte en hart- en vaatziekten, stijgt naarmate de BMI (Body Mass Index), een indicator voor overgewicht, of de buikomvang toeneemt. Bijvoorbeeld in meer dan 20% van de gevallen is overgewicht de oorzaak van suikerziekte (diabetes mellitus type 2). Deze gezondheidsgevolgen zijn extra groot als men al vanaf een jonge leeftijd kampt met overgewicht. Daarnaast kan men te maken krijgen met stigmatisering. Dit kan bij volwassenen en ook bij jongeren leiden tot een slecht zelfbeeld, eenzaamheid en spanning.

De Body Mass Index wordt berekend door het gewicht (in kilogram) te delen door de lengte (in meter) in het kwadraat. Voor volwassenen geldt dat bij een BMI van 25 of hoger sprake is van overgewicht. Vanaf een BMI van 30 is sprake van ernstig overgewicht (of obesitas).

Figuur 1. Percentage inwoners van 19 jaar en ouder dat (ernstig) overgewicht heeft.



Uit de Gezondheidsenquête blijkt dat bijna de helft (48%) van de inwoners van 19 jaar en ouder in Haaglanden kampt met (ernstig) overgewicht. Dit is vergelijkbaar met Nederland (49%). Binnen Haaglanden varieert het percentage inwoners met (ernstig) overgewicht van 42% in Delft tot 53% in Zoetermeer. Het percentage inwoners met (ernstig) overgewicht in Den Haag is hoger dan het gemiddelde in de G4 (44%).

Een op de zeven (14%) inwoners van 19 jaar en ouder heeft ernstig overgewicht (obesitas), dit is vergelijkbaar met Nederland (14%). De percentages binnen Haaglanden variëren van 11% in Delft en Midden-Delfland tot 17% in Zoetermeer. In Den Haag is het 14%, vergelijkbaar met het G4-gemiddelde (13%).

Het percentage inwoners met (ernstig) overgewicht is hoger bij de 65-plussers (57%) dan bij de 19-tot en met 64-jarigen (46%). Meer mannen (51%) dan vrouwen (45%) en meer inwoners met een laag opleidingsniveau (62%) dan met een hoog opleidingsniveau (38%) hebben (ernstig) overgewicht.

Verder hebben meer inwoners van niet-westerse herkomst (ernstig) overgewicht (55%) dan inwoners van Nederlandse herkomst (47%) of overig westerse herkomst (43%). Het percentage (ernstig) overgewicht is lager bij alleenstaande inwoners (44%) dan bij inwoners die niet-alleenstaand zijn (51%).

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

Bron: Gezondheidsenquête 2016



Introductiedag: Psychische stoornis én een verslaving

Veel mensen met een psychische stoornis zijn ook verslaafd aan alcohol of drugs en veel mensen met een verslaving hebben ook een psychische stoornis. In dat geval wordt gesproken van een 'dubbele diagnose', zoals een ernstige depressie gecombineerd met een alcoholverslaving, een persoonlijkheidsstoornis met cocaïnegebruik of schizofrenie met een cannabisverslaving. Een dubbele diagnose betekent doorgaans dat iemand veel ernstige problemen op diverse leefgebieden heeft.

De interactieve training 'Psychische stoornis én een verslaving' voor mensen die werken met cliënten met een psychische stoornis en een verslaving, bevat een introductie in de problemen die kunnen

spelen bij hun cliënten. Daarnaast krijgen zij handvatten aangereikt om daar zo goed mogelijk mee om te gaan. De aanpak is gebaseerd op de geïntegreerde dubbele diagnose behandeling of IDDT (*Integrated Dual Disorder Treatment*).

De training wordt gegeven in samenwerking met het LEDD. Dit expertisecentrum is een samenwerkingsverband van het Trimbos-instituut en zes ggz-instellingen die gespecialiseerd zijn in de behandeling van mensen met een dubbele diagnose.

Datum: 17 december 2019

Locatie: Utrecht

Kosten: € 395,- excl. btw

GGD'en kiezen voor nieuw opleidingsplan artsen Maatschappij en Gezondheid

De Raad van directeuren van GGD GHOR Nederland heeft haar steun uitgesproken voor het nieuwe landelijke opleidingsplan voor artsen Maatschappij en Gezondheid. In het opleidingsplan van de KAMG wordt voorgesteld om alle artsen in opleiding (AIOS) in de publieke gezondheid in vier jaar op te leiden tot arts Maatschappij en Gezondheid. Nu is het nog mogelijk om twee jaar opgeleid te worden in een zogenaamd profiel. Vanaf 2021 is het de bedoeling dat alle AIOS zich specialiseren tot arts M&G.

GGD'en kiezen voor dit nieuwe opleidingsplan omdat de arts M&G van de toekomst breed opgeleid moet zijn om breed inzetbaar te zijn. Deze artsen werken op het snijvlak van geneeskunde en maatschappij voor het bewaken, bevorderen en beschermen van de individuele en collectieve gezondheid. Denk daarbij aan: de jeugdarts die verbonden is aan een team dat de jeugdgezondheidszorg in een gemeente verzorgt, de forensisch arts die in opdracht van een

gemeente een lijkschouw doet of een vertrouwensarts die een mogelijk geval van kindermishandeling onderzoekt; de arts medische milieukunde die de effecten van de omgeving op de gezondheid in kaart brengt en daarover adviseert aan gemeenten. Of de arts infectieziektebestrijding die zich behalve op patiëntencontact ook op beleid richt. Of de arts sociaal medische advisering die er voor kwetsbare groepen in de samenleving is.

GGD'en willen nog aantrekkelijker zijn als werkgever, met een goed loopbaanperspectief. Verwacht wordt dat de instroom van AIOS zal vergroten op het moment dat de opleiding breder en daarmee de kans op interessant werk groter wordt. Bovendien spelen de GGD'en met dit opleidingsplan in op de trend die overal in de zorg zichtbaar is, namelijk een groeiend tekort aan artsen en verpleegkundigen.

Bron: ggdghor.nl



Van Bopz naar Wvggz en Wzd

Op 1 januari 2020 treden de Wvggz (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg) en de Wzd (Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten) in werking. Deze wetten vervangen de Wet Bopz (Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen). De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de naleving van beide nieuwe wetten.

De nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) betreft mensen met een psychische stoornis en biedt zorgverleners meer instrumenten voor het bieden van zorg op maat. Altijd moet worden gekeken naar welke aanpak het beste bij iemand past. Verplichte zorg kan alleen als uiterste middel worden overwogen, als er geen mogelijkheden voor vrijwillige zorg meer zijn. Dan mag dit alleen zo kort als mogelijk is.

Indien het gedrag van een persoon als gevolg van zijn psychische stoornis leidt tot ernstig nadeel voor die persoon of een ander, kan verplichte zorg worden verleend. Dit kan door opname van die persoon in een instelling, maar dat hoeft niet. De nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) maakt het mogelijk om verplichte zorg (zoals het toedienen van verplichte medicatie of het uitoefenen van toezicht op betrokkene) poliklinisch of bij iemand thuis te geven. Degene die zorg krijgt, kan dan makkelijker contact blijven houden met familie en vrienden en blijven deelnemen aan de samenleving.

Voor actuele informatie over de wet zie www.dwanginzorg.nl van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De nieuwe Wet zorg en dwang (Wzd) betreft mensen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap. Mensen met een verstandelijke beperking of met een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie) hebben weliswaar zorg en ondersteuning nodig, maar het moet zoveel mogelijk zorg zijn

waar iemand zelf voor kiest. Dit is een belangrijk uitgangspunt van de nieuwe Wet zorg en dwang. Het beperken van de mogelijkheden om het eigen leven in te richten, maar bijvoorbeeld ook maatregelen zoals beperking van de bewegingsvrijheid, insluiten, uitoefenen van toezicht op de betrokkenen of gedwongen medicatie noemen we onvrijwillige zorg. Voordat onvrijwillige zorg wordt ingezet, moet een zorgaanbieder aan de hand van een stappenplan de situatie van een cliënt analyseren. Is er misschien een vrijwillig of een minder ingrijpend alternatief? Andere professionals van binnen en buiten de zorgorganisatie zijn direct bij dit proces betrokken.

De Wet zorg en dwang geldt, in tegenstelling tot de Wet Bopz, niet alleen binnen instellingen, maar ook daarbuiten zoals in de thuissituatie en op andere plekken waar mensen zorg ontvangen.

Soms is het noodzakelijk om een cliënt tegen zijn wil op te nemen in een instelling. Bijvoorbeeld omdat deze zich geregeld tegen de zorg verzet, of weigert om naar een instelling te gaan terwijl het thuis echt niet meer gaat. De rechter zal dan toestemming moeten geven voor deze opname.

Er wordt steeds opnieuw samen met de cliënt en zijn eventuele vertegenwoordigers bekeken of de onvrijwillige zorg nog wel nodig is. Mocht de cliënt het niet eens zijn met de onvrijwillige zorg die wordt gegeven, dan regelt de wet dat hij een cliëntenvertrouwenspersoon kan inschakelen.

Tot de nieuwe wet geldt, blijft de Wet Bopz gelden. Vooruitlopend op de inwerkingtreding van de Wzd, wordt door VWS wel een structuur opgezet waarin kan worden geoefend met het nieuwe wettelijk kader, met als doel om kennis te vergaren en te delen. Zodra hier meer informatie over bekend is, kan dit gevonden worden op www.dwanginzorg.nl.

Bron: IGJ.nl

GGD GHOR Nederland positief over klimaatbeleid maar blijft aandacht vragen voor gezondheid

Het klimaatbeleid van het kabinet levert ook een bijdrage aan de gezondheid. Sommige maatregelen zullen direct tot grote gezondheidswinst leiden. Sommige maatregelen hebben echter ook neven-effecten die een risico kunnen vormen voor de gezondheid. GGD GHOR roept op om bij besluiten ook de effecten op de gezondheid mee te laten wegen en aandacht te hebben voor kansen waarbij klimaatmaatregelen ook de gezondheid beschermen of verbeteren.

Veel maatregelen die goed zijn voor ons klimaat, dragen ook bij aan de gezondheid. Zo zullen de meeste maatregelen op het gebied van mobiliteit die bijdragen aan minder CO₂-uitstoot, ook gunstige gevolgen hebben voor de gezondheid. Bij woningverbetering kunnen de klimaatmaatregelen aangegrepen worden om ook meteen te werken aan een gezonder binnenmilieu.

Er zijn echter ook klimaatmaatregelen die negatieve gevolgen kunnen hebben voor de gezondheid. Denk aan de geluidsoverlast die windmolens met zich meebrengen voor de direct omwonenden, uitstoot bij verbranding van biomassa die bijdraagt aan fijnstof-

concentraties en het risico op geluidsoverlast bij verduurzaming van woningen door geluid van warmtepompen.

GGD GHOR beveelt aan in het klimaatbeleid, in navolging van de Omgevingswet, gezondheid mee te nemen in alle afwegingen. Verbind het klimaatbeleid met de inzet die momenteel wordt gepleegd in (in ieder geval) de Nationale Omgevingsvisie, het Schone Lucht Akkoord, het Preventieakkoord en de aankomende Nota Volksgezondheid.

GGD GHOR Nederland behartigt de belangen van de publieke gezondheid in Nederland. Daarom geeft ze het aan als beleid effect kan hebben op de gezondheid van de inwoners van ons land. Een aantal GGD'en heeft dan ook gereageerd op de internetconsultatie over het klimaatbeleid. Ook op lokaal niveau kan de GGD een belangrijke rol spelen in het belichten van gezondheidsaspecten bij klimaatmaatregelen.

Bron: ggdghor.nl

Jaarsymposium Verslaving: voorkomen en genezen

Op dinsdag 10 december 2019 wordt in Amsterdam de dertiende editie van het Jaarsymposium Verslaving gehouden. Het voorzitterschap is wederom in handen van dr. Arnt Schellekens. Het thema van dit jaar is 'voorkomen en genezen'. Deelnemers worden, net als de voorgaande jaren, geïnformeerd over de ontwikkelingen op het gebied van verslaving. Zeven topsprekers op het gebied van verslaving zullen essentiële vragen rondom middelenontmoediging en middelenafhankelijkheid beantwoorden.

Dr. Esther Croes (arts-epidemioloog bij het Trimbos-instituut) spreekt deze dag over preventie en beleid.

Daarnaast komen thema's als 'stimulantia bij verslaving; jeugd en cannabisverslaving; en neurocognitieve stoornissen bij verslaving' aan bod.

Op 30 januari 2020 krijgen de deelnemers middels praktijkworkshops meer diepgang in het thema 'voorkomen en genezen bij verslaving'. Zij gaan dan zelf aan de slag met casuïstiek met focus op de diagnostiek en behandeling. De workshops worden geleid door een psychiater én een psycholoog.

Bron: Trimbos.nl



Cursussen NSPOH

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

Persoonlijk leiderschap: zo neem je de leiding!

Persoonlijk leiderschap krijgt een steeds centralere rol in de medische wereld. Het betekent dat je weet wie je bent, wat je wilt en hoe je dat gaat realiseren. Je hoeft dus geen geboren leider te zijn om persoonlijk leiderschap te tonen. Wil jij je eigen meerwaarde leren inzien? Doe dan deze module en krijg meer gedaan in je werk. Voor sociaal geneeskundigen, huisartsen, verpleegkundigen en gezondheidsprofessionals.
Datum: 27 januari 2020
Locatie: Zwolle
Kosten: € 410,-

Je werkdruk de baas!

Je maakt kennis met timemanagement, leert hoe je prioriteiten stelt en hoe je die moet bewaken. Je ontdekt welke factoren je planning verstoren en hoe je dat kunt voorkomen. Voor professionals werkzaam in de public en occupational health.
Datum: 10 februari 2020
Locatie: Zwolle
Kosten: € 410,-

Professioneel presenteren

Boeiend en overtuigend presenteren kun je leren. Werk jij in de publieke of bedrijfsgezondheidszorg en wil je leren hoe je een aansprekende, interactieve presentatie geeft? Zonder dat je nog last hebt van plankenkoorts? Doe dan deze module. Voor professionals werkzaam in de public en occupational health die zich (verder) willen bekwamen in het geven van presentaties voor groepen.
Datum: 12 en 26 maart 2020
Locatie: Utrecht
Kosten: € 820,-

Beeldend werken

We leven steeds meer in een beeldcultuur. Met inspirerende korte filmpjes kun je projectresultaten delen, mensen activeren en samenwerkingspartners of subsidieverstrekkers overtuigen. Wil je cameratechnieken leren en tips krijgen over het in beeld brengen van gezondheidsinterventies of onderzoeksprojecten? Wil je leren hoe je dat materiaal monteert tot een professioneel filmpje? Doe dan deze module die de NSPOH aanbiedt in samenwerking met het Centrum Media en Gezondheid. Voor professionals werkzaam in de public en occupational health, die zich (verder) willen bekwamen in het geven van presentaties voor groepen.
Datum: 23 april 2020.
De datum van dag 2 bepaal je in overleg.
Locatie: Gouda
Kosten: € 1.115,-

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



Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 3e kwartaal 2019

| Ziekte | 3e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren | | | 1e t/m 3e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren | | |
|---------------------------------------|--|------------------|------------------|--|-------------------------|-------------------------|
| | 3e kwartaal 2019 | 3e kwartaal 2018 | 3e kwartaal 2017 | 1e t/m 3e kwartaal 2019 | 1e t/m 3e kwartaal 2018 | 1e t/m 3e kwartaal 2017 |
| A-ZIEKTEN | | | | | | |
| MERS-CoV | | | | | | |
| Pokken | | | | | | |
| Poliomyelitis anterior acuta | | | | | | |
| SARS | | | | | | |
| Virale hemorrhagische koorts | | | | | | |
| B-ZIEKTEN | | | | | | |
| (humane infectie) avaire influenza | | | | | | |
| Difterie | | | | | | |
| Pest | | | | | | |
| Rabiës (hondsdolheid) | | | | | | |
| Tuberculose | 20 | 25 | 22 | 50 | 69 | 54 |
| Buiktyfus | 1 | | | 2 | 3 | |
| Cholera | | | | | | |
| Hepatitis A | 2 | 5 | 5 | 2 | 13 | 18 |
| Hepatitis B acuut | 1 | | | 4 | | |
| Hepatitis B chronisch | 31 | 31 | 43 | 96 | 98 | 126 |
| Hepatitis C acuut | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 5 |
| Hepatitis C chronisch | 14 | | | 38 | | |
| Kinkhoest | 118 | 84 | 85 | 324 | 181 | 250 |
| Mazelen | | 1 | 1 | 6 | 7 | 1 |
| Paratyfus A,B,C | 1 | 4 | 3 | 3 | 6 | 5 |
| Rubella | | | | | | |
| STEC (E. coli) | 7 | 9 | 8 | 14 | 21 | 8 |
| Shigellose | 18 | 22 | 13 | 46 | 34 | 36 |
| Invasieve GAS | 3 | 3 | 2 | 24 | 9 | 16 |
| Voedselinfectie | 1 | 6 | 2 | 3 | 6 | 4 |
| C-ZIEKTEN | | | | | | |
| Antrax (miltvuur) | | | | | | |
| Bof | 2 | 2 | 1 | 5 | 3 | 3 |
| Botulisme | | | | | | |
| Brucellose | | | 1 | 1 | | 1 |
| CPE | 4 | | | 4 | | |
| Ziekte van Creutzfeldt-Jakob klassiek | | 1 | | 1 | 3 | 1 |
| Ziekte van Creutzfeldt-Jakob variant | | | | | | |
| Gele koorts | | | | | | 1 |
| Invasieve Hib | | | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Hantavirusinfectie | | | | | | |



Vervolg overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 3e kwartaal 2019

| Ziekte | 3e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren | | | 1e t/m 3e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren | | |
|---|--|------------------|------------------|--|-------------------------|-------------------------|
| | 3e kwartaal 2019 | 3e kwartaal 2018 | 3e kwartaal 2017 | 1e t/m 3e kwartaal 2019 | 1e t/m 3e kwartaal 2018 | 1e t/m 3e kwartaal 2017 |
| Legionellose | 9 | 16 | 23 | 17 | 28 | 27 |
| Leptospirose | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 |
| Listeriose | 2 | 3 | | 2 | 5 | 5 |
| Malaria | 5 | 11 | 7 | 16 | 17 | 21 |
| Meningokokkose | 5 | 4 | 4 | 12 | 14 | 18 |
| MRSA-infectie (cluster buiten ziekenhuis) | | | 1 | | | 1 |
| Invasieve pneumokokken (bij kinderen) | 1 | 1 | | 3 | 3 | 3 |
| Psittacose | 1 | | 1 | 5 | | 4 |
| Q-koorts | | | | | | |
| Tetanus | | | | | | |
| Tularemie | | | | | | |
| Trichinose | | | | | | |
| West-Nilevirus | | | | | | |
| Zikavirus | | | | | | |
| Totaal | 249 | 230 | 227 | 684 | 526 | 613 |

Infectieziekten gemeld door instellingen 2019

Onderstaande tabel bevat een overzicht van de meldingen door instellingen in de maanden januari tot en met september 2019. Deze instellingen behoren tot instellingen waar 'kwetsbare' groepen zoals kinderen, ouderen of zieken verblijven. Op grond van artikel 26 van de Wet publieke gezondheid (WPG) moeten die instellingen sommige infectieziekten melden bij de GGD.

| Scenario | Kinder-opvang | Onderwijs-instelling | Vluchtelingen-opvang | AWBZ-zorginstelling | Ziekenhuis | Eindtotaal |
|--------------------------------|---------------|----------------------|----------------------|---------------------|------------|------------|
| Huiduitslag/exanthenen | 51 | 14 | 2 | 5 | | 72 |
| Impetigo (krentenbaard) | 15 | 3 | | | | 18 |
| Gastro-enteritis | 15 | | | 24 | 2 | 41 |
| Schimmelinfectie | 1 | 1 | | | | 2 |
| Luchtweginfectie | 6 | 5 | | 2 | | 13 |
| Anders* | 1 | | | 1 | 1 | 3 |
| Influenza(-achtig) ziektebeeld | 2 | | | 10 | | 12 |
| Eindtotaal | 91 | 23 | 2 | 42 | 3 | 161 |

* Anders = hoofdluis, streptococcon groep A, BRMO.

Meldingen infectieziekten

In 2019 is het aantal meldingsplichtige ziekten uitgebreid. Vanaf 1 januari is er ook een meldingsplicht voor chronische hepatitis C en vanaf 1 juli is de meldingsplicht voor carbapenemaseproducerende Enterobacteriaceae (CPE) ingevoerd.

Hepatitis C

Hepatitis C is sinds 1 april 1999 een meldingsplichtige ziekte groep B2. Tussen 1 oktober 2003 en 1 januari 2019 gold de meldingsplicht alleen voor een recent opgelopen HCV-infectie. Vanaf 1 januari 2019 is de meldingsplicht voor chronische HCV opnieuw ingevoerd vanwege de verbeterde behandelingsmogelijkheden.

Hepatitis C geeft een ontsteking van de lever die ontstaat door besmetting met het hepatitis C-virus. Mensen kunnen ongemerkt besmet zijn en pas na jaren klachten krijgen. Het hepatitis C-virus wordt vooral overgedragen via besmet bloed.

Het hepatitis C-virus veroorzaakt in eerste instantie een (meestal ongemerkte) acute infectie. Deze gaat bij 80% van patiënten over in een chronische infectie.

Omdat chronische hepatitis C in de loop van vele jaren de lever kan aantasten, is behandeling noodzakelijk. Chronische hepatitis C is tegenwoordig goed te behandelen met medicijnen. De medicijnen zijn de laatste jaren sterk verbeterd, met meer kans op genezing en minder bijwerkingen. Door op tijd te behandelen, kan verdere verspreiding van het virus worden voorkomen.

Een persoon die hepatitis C heeft doorgemaakt heeft geen bescherming opgebouwd tegen een nieuwe besmetting door dit virus. Tevens bestaat er geen vaccin om zich tegen de ziekte te beschermen.

Na een melding zal de GGD bron- en contactonderzoek uitvoeren. Bij het brononderzoek wordt gekeken hoe de ziekte in het verleden opgelopen kan zijn.

Het virus kan overgedragen worden via bloed-bloed contacten (bijvoorbeeld intraveneus drugsgebruik), seksuele contacten bij MSM en tijdens zwangerschap en bevalling van moeder op kind.

Het contactonderzoek richt zich met name ook op bovengenoemde groepen en zo nodig screent de GGD de risicovolle contacten op de aanwezigheid van de ziekte.

De GGD zal de patiënt via de eigen huisarts naar een hepatitis behandelcentrum verwijzen.

Carbapenemaseproducerende Enterobacteriaceae (CPE)

Het aantonen van een Carbapenemaseproducerende Enterobacteriaceae (CPE) is meldingsplichtig in groep C vanaf 1 juli 2019.

De Carbapenemaseproducerende Enterobacteriaceae (CPE) behoren tot de groep bijzondere resistente micro-organismen. Deze bacteriën zijn zeer resistent tegen antibiotica, daardoor zijn infecties met CPE moeilijk te behandelen. Op dit moment komt CPE nog weinig voor in Nederland, maar in landen om ons heen is sprake van een toename. Het is van belang om CPE snel op te sporen en verspreiding te voorkomen.

De GGD inventariseert bij iedere melding van CPE in welke setting de patiënt/cliënt verblijft en wat de meest waarschijnlijke bron is, bijvoorbeeld een opname in een buitenlands ziekenhuis of bezoek aan een land waar CPE veel voorkomt. De GGD benadert hiervoor de behandelaar en indien nodig de patiënt/cliënt.

Zorginstellingen hebben een eigen verantwoordelijkheid in de CPE-bestrijding, maar er is een hiaat in de openbare gezondheidszorg, zoals kleine woonvoorzieningen voor ouderen, de thuiszorg en de huisartsenzorg. In deze settings is kennis over CPE en de bestrijding ervan onvoldoende aanwezig of georganiseerd.

De meldingsplicht biedt de GGD de mogelijkheid om bron- en contactopsporing te verrichten, voorlichting te geven aan zorgverleners en mensen die extra risico lopen bij een besmetting, en hygiënemaatregelen te adviseren om verdere verspreiding te voorkomen.

De GGD doet dit in overleg met betrokken professionals uit de verschillende domeinen en rekening houdend met de verantwoordelijkheid van zorginstellingen.

Daarnaast zal de meldingsplicht inzicht geven in het vóórkomen van CPE in Nederland, binnen en buiten zorginstellingen.



COLOFON

December 2019, 54^{ste} jaargang nr. 4

REDACTIE

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

REDACTIEADRES

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

Epidemiologisch Bulletin op internet

www.ggdhaaglanden.nl/epibul

Vormgeving

Haagsblauw

Fotografie

Phil Nijhuis

Uitgave

GGD Haaglanden

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

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

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

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

ISSN 0921-6219



BEZOEKADRESSEN

Westeinde 128
2512 HE Den Haag

Reinier de Graafweg 5
2625 AD Delft

Croesinckplein 24-26
2722 EA Zoetermeer

POSTADRES

Postbus 16130
2500 BC Den Haag

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

www.ggdhaaglanden.nl