

# Epidemiologisch Bulletin

JAARGANG 49

TIJDSCHRIFT VOOR VOLKSGEZONDHEID EN ONDERZOEK IN REGIO HAAGLANDEN

# 3

2014

VOLKSGEZONDHEID

De **nieuwe GGZ** in Haaglanden > p. 4

GGZ biedt **tweedelijns zorg**  
in de **wijk** > p. 11

EPIDEMIOLOGIE

**Ziekten en aandoeningen** in 2020 > p. 17

Gezondheid **in cijfers** > p. 22

## IN DIT NUMMER

<b>Redactioneel</b>	3
<b>De nieuwe GGZ in Haaglanden</b> Het huisartsenperspectief <i>Maarten Cox</i>	4
<b>GGZ biedt tweedelijns zorg in de wijk</b> Herstellen kan het beste thuis <i>Liesbeth van Dalen</i>	11
<b>Toekomstverkenning</b> ziekten en aandoeningen in 2020 Preventief gezondheidsbeleid hard nodig <i>Nasra Karamali, Mary Berns, Ad van Dijk</i>	17
<b>Gezondheid in cijfers</b> Ervaren gezondheid	22
<b>Korte berichten</b>	23
<b>Meldingen infectieziekten</b>	27

## Redactioneel

Deze uitgave van het Epidemiologisch Bulletin begint met twee artikelen over de veranderingen binnen de GGZ. Sinds 1 januari 2014 kunnen mensen met psychische klachten terecht bij hun huisarts. De huisarts zelf of de in zijn praktijk werkzame praktijk-ondersteuner GGZ (POH-GGZ) doet de behandeling. In sommige situaties verwijst de huisarts naar de Basis GGZ of naar de gespecialiseerde GGZ. Uit het eerste artikel in dit Bulletin blijkt dat 85% van de huisartsen in Haaglanden inmiddels gebruikmaakt van een POH-GGZ in hun praktijk. Ook de inbedding van de nieuwe GGZ in Haaglanden lijkt positief te verlopen. Tegelijkertijd zijn er bedreigingen door onder andere gebrek aan samenwerking en concurrentie tussen partijen.

De GGZ verandert ook door de invoering van het wijkgericht werken. Parnassia wil de patiënten beter van dienst zijn buiten de muren van de kliniek en gaat werken met GGZ-teams. Deze teams bieden een samenhangende behandeling thuis en dichtbij de mensen in de wijk. De zorg in de eigen omgeving betekent persoonlijke winst voor de patiënt. Het betekent ook dat concentratie van kennis en kunde plaatsmaakt voor decentralisatie en spreiding van medewerkers over vooralsnog zestien teams in Den Haag. Het betekent bovendien een behoorlijke beddenreductie en dus besparing voor de GGZ.

De noodzaak voor het aanpassen van zorg van geheel andere orde blijkt uit het artikel met een toekomstverkenning over de gezondheid van Hagenaars in 2020. Het aantal inwoners groeit en de bevolkings-samenstelling verandert wat betreft leeftijd en etniciteit. Dit heeft invloed op het voorkomen van ziekten en aandoeningen onder de Haagse bevolking. De prognose voorspelt ten opzichte van de cijfers uit 2012 in 2020 een toename van overgewicht, eenzaamheid en risico op angst en depressie en een sterke toename van diabetes en hartinfarct. Het is een toekomstverkenning met een belangrijke boodschap voor de inzet van preventie en het aanpassen van de zorgvoorzieningen.

Tot slot de nieuwe rubriek 'Gezondheid in cijfers'. Het Epidemiologisch Bulletin bevat in het vervolg steeds een pagina met cijfers en een korte toelichting op een onderwerp met betrekking tot de gezondheid van de inwoners van de regio Haaglanden. Het onderwerp in deze uitgave is 'Ervaren gezondheid'. Daaruit blijkt dat driekwart van de volwassen inwoners in Haaglanden de eigen gezondheid als goed of zeer goed ervaart.

# De nieuwe GGZ in Haaglanden

‘Sinds 1 januari 2014 kunt u voor de behandeling van psychische klachten terecht bij uw huisarts. Uw huisarts of een praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) doet zelf de behandeling. Maar u kunt ook worden doorverwezen naar de Basis GGZ of naar de gespecialiseerde GGZ.’ Aldus de site [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl) over de ‘Nieuwe GGZ anno 2014’. Maar hoe kijkt de huisarts hier zelf tegenaan en wat is de stand van zaken? Uit onderstaand artikel blijkt dat de gemiddelde huisarts in Nederland niet op deze rol zit te wachten. Toch behoort regio Haaglanden tot de koplopers met de praktijkondersteuning bij de huisarts en lijkt de inbedding van de nieuwe GGZ in Haaglanden positief te verlopen. Tegelijkertijd zijn er bedreigingen door gebrek aan samenwerking en concurrentie tussen partijen.

## Maarten Cox

Sinds januari 2014 kent Nederland een nieuwe GGZ. Deze vernieuwing is onder leiding van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) totstandgekomen en werd nodig geacht om een voor de toekomst houdbare GGZ te garanderen. In de nieuwe GGZ is een belangrijke plaats ingeruimd voor de huisartsenzorg. Daarmee is de huisarts terug op de plaats waarvan hij zich met de komst van de RIAGG's in 1982 langzaam had laten verdrijven.

Het eerste deel van dit artikel beschrijft de belangrijkste elementen van de nieuwe GGZ met in het bijzonder aandacht voor de plaats van de huisartsenzorg daarin, inclusief de nieuwe functionaris, de praktijkondersteuner GGZ. Het tweede deel gaat in op de situatie in Haaglanden en beschrijft hoe de inzet van praktijkondersteuning GGZ verloopt en wat de kansen en bedreigingen zijn voor de implementatie van de nieuwe GGZ.

## De nieuwe GGZ

De nieuwe GGZ kende een lange aanloopperiode. De redenen ontstonden aan het einde van de jaren negentig van de vorige eeuw door:

- Toenemende kritiek op de werkwijze van de RIAGG's;
- Een groeiende afstand tussen de GGZ-professional en de patiënt;
- Nieuwe inzichten over behandeling, zoals kort- in plaats van langdurend en klacht- in plaats van persoonsgericht;
- De behoefte om GGZ in te zetten bij nieuwe probleemgebieden als arbeidsgerelateerde psychische problematiek, mishandeling, eenzaamheid en dergelijke.<sup>1-3</sup>

Volgens het Ministerie van VWS moet de moderne GGZ een grote hulpvraag aankunnen en kent deze een sterke, voor iedereen toegankelijke eerstelijns. Daarin wordt het merendeel van de psychische problemen afgehandeld met een integraal laagdrempelig generalistisch zorgaanbod. De tweedelijns levert specialistische GGZ-hulp bij ernstige psychische stoornissen. In de eerstelijns is een centrale rol weggelegd voor de huisarts.

De voorbereidingen, experimenten en maatregelen voorafgaande aan de invoering van de nieuwe GGZ zijn in 1999 gestart en duurden veertien jaar.<sup>4-7</sup> Een van de merkbare gevolgen daarvan in Haaglanden was het op grote schaal stationeren van GGZ-medewerkers in de huisartspraktijk onder regie van de grote regionale tweedelijns GGZ-instellingen Parnassia en GGZ-Haagstreek. Dat begon in het jaar 2000 en heeft tot 2011 geduurd. Uiteindelijk is de nieuwe GGZ per 1 januari 2014 van start gegaan.

## Vier GGZ-echelons

De nieuwe GGZ kent een indeling in vier echelons.<sup>8,9</sup>

### A. Zelfmanagement en preventie

In de gehele GGZ-zorg is zelfmanagement en preventie essentieel. Vooral bij lichte psychosociale problemen moeten de mogelijkheden worden benut om mensen zelf de regie te laten behouden en als het kan te versterken, met zo mogelijk inschakeling van familieleden en het netwerk. Ook van groepsbehandelingen voor preventie en de inzet van e-mental health wordt veel verwacht.

### B. Huisartsenzorg inclusief praktijkondersteuning GGZ

Dit echelon wordt hierna toegelicht.

### C. De generalistische Basis GGZ

De generalistische Basis GGZ is een nieuw echelon. Hiernaar mag alleen worden verwezen als er sprake is van een DSM-IV stoornis. Patiënten met klachten zoals stress, rouw en relatieproblemen vallen hier niet meer onder. De generalistische Basis GGZ kent vier zorgvraagzwaarteprodukten, te weten: 1 kort, 2 middel, 3 intensief en 4 chronisch. De behandelduur is gemaximeerd van 300 minuten bij het product ‘kort’ tot 800 minuten bij de producten ‘intensief’ en ‘chronisch’.

A, B en C samen worden ook wel Basis GGZ genoemd omdat ze in samenhang of tegelijkertijd worden aangeboden en omdat in die drie echelons samen het merendeel van de psychische problemen moet worden afgehandeld.

### D. De gespecialiseerde GGZ

De gespecialiseerde GGZ kan zich door de nieuwe echelonnering veel meer dan voorheen richten op patiënten met ernstige psychische problemen. Deze GGZ kenmerkt zich door een hoge mate van complexiteit van behandeling waarbij een zwaar beroep op specialistische kennis wordt gedaan. De doelgroep bestaat uit mensen waarvan de kwaliteit van leven ernstig onder druk staat.

De nieuwe echelonnering zal naar verwachting leiden tot een flinke verschuiving in patiëntenstromen naar voren in de keten. Zo wordt in het jaar 2020 een beddenreductie verwacht van ruim eenderde en een reductie van 20% voor de gespecialiseerde GGZ als geheel.



## De huisartsenzorg inclusief praktijkondersteuning GGZ

### De huisartsenzorg

In alle beleidsnota's over modernisering van de GGZ is een belangrijke plaats weggelegd voor de huisartspraktijk. Reden hiervoor is dat de huisarts veel vertrouwen geniet van de bevolking en de huisartspraktijk een vindplaats is voor patiënten met psychische problemen. Het ligt dan ook voor de hand om de behandeling zo mogelijk in, of dichtbij deze voorziening aan te bieden. De huisarts wordt daarbij ondersteund door de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ). Zie kader op pagina 6.

De taken van de huisarts, of onder zijn/haar regie uitgevoerd door de POH-GGZ, inzake psychische problemen zijn overeenkomstig de poortwachtersrol van de huisarts in de somatische gezondheidszorg. Zij bestaan uit signalering, probleemherkenning, diagnostiek zo nodig volgens DSM-IV systematiek, het stellen van een indicatie voor behandeling en het uitsluiten van onderliggend somatisch lijden. Algemene behandelingsopdrachten zijn het bieden van een verklarend model, de patiënt geruststellen en aanreiken hoe de patiënt het beste zijn klachten kan hanteren en hem of haar eventueel motiveren voor een specifieke GGZ-behandeling.<sup>10</sup> Meer specifieke interventies kan de huisarts desgewenst overlaten aan de POH-GGZ. Tweede deel van alle psychische problemen kunnen op deze manier worden behandeld.

Maarten Cox:  
“De nieuwe ordening kan niet anders dan grote gevolgen hebben voor de omvang en werkwijze van de voormalige tweedelijns GGZ-instellingen.”

Bij onvoldoende verbetering, of op indicatie, kan worden verwezen naar de generalistische Basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ.

Naast de somatische zorg voor patiënten die zijn verwezen naar een ander echelon, levert de huisarts psychische nazorg zoals vinger-aan-de-pols-contacten, geïndiceerde preventie en medicatiecontroles. Naast patiëntgebonden taken dient de huisarts te investeren in regievoering over de POH-GGZ en in samenwerking met de sociale en GGZ-partners in de wijk en in de eerste- en tweedelij.

Tussen 2007-2012 was per normpraktijk van 2350 patiënten maximaal 4,5 uur POH-GGZ inzet per week mogelijk. In 2013 is dit uitgebreid naar 9 uur. Sinds januari 2014 is de module POH-GGZ versterkt met de inzet van e-mental health, een screeningsinstrument GGZ, consultatie door

een GZ-psycholoog of psychiater en groepsbehandelingen in het kader van preventie.

### Beschouwing/commentaar

De modernisering van de GGZ is na een lange aanloop en onder stevige druk van het Ministerie van VWS doorgezet. De transitie is met de GGZ-partners beklonken in het Bestuurlijk akkoord 'Toekomst GGZ 2013-2014'.<sup>13</sup>

De nieuwe GGZ heeft grote potentie voor huisartsen, met name gezien de adequate hulp die binnen de huisartsorganisatie geboden kan worden aan de grote groep van patiënten met lichte psychische problemen. Dat is een grote vooruitgang. Huisartsen zijn door het Ministerie van VWS in een centrale rol geplaatst maar hebben die nooit zelf geclaimd. Het is bovendien de vraag of zij die rol wel willen. De omvang van de veranderingen die de nieuwe GGZ voor de huisartsenzorg met zich

## Praktijkondersteuning GGZ

Sinds 2007 kan in de huisartspraktijk onder regie van de huisarts een praktijkondersteuning GGZ (POH-GGZ) worden ingezet. Het doel van praktijkondersteuning GGZ is het ondersteunen van huisartsen bij het verlenen van zorg aan patiënten die met psychische of psychosociale problemen een beroep op hem doen.

De taken van de POH-GGZ bestaan uit:

- Probleemverheldering en uitvoeren van screeningsdiagnostiek;
- Opstellen en bespreken van een vervolgstappenplan;
- Geven van psycho-educatie;
- Begeleiden/ondersteunen van zelfmanagement/e-health programma's;
- Interventies gericht op verbetering in het functioneren van de patiënt met psychische klachten;
- Geïndiceerde preventie, zorggerelateerde preventie en terugvalpreventie;
- Consulteren van generalistische Basis GGZ en specialistische GGZ;
- Indirect patiëntgebonden activiteiten (bijvoorbeeld het voeren van overleg met een school).<sup>11</sup>

Daarnaast dient de POH-GGZ tijd te besteden aan niet-patiëntgebonden activiteiten zoals de implementatie van zorgprogramma's en/of richtlijnen en het opbouwen en onderhouden van een netwerk eerstelijns GGZ (minimaal huisarts, Algemeen Maatschappelijk Werk en GZ-psycholoog). De POH-GGZ kan door de huisarts in meer of mindere mate worden ingeschakeld bij de taken die genoemd zijn onder het kopje 'De Huisartsenzorg' op pagina 5.

Wat behandeling betreft kan de POH-GGZ beginnen met basisinterventies zoals bijvoorbeeld psycho-educatie, dagstructurering en begeleidde zelfhulp.

Als een kortdurende behandeling geïndiceerd is, kan worden gestart met een generalistische behandeling, bijvoorbeeld volgens het KOP-model van Rijnders. KOP is een afkorting van (K)lachten, (O)mstandigheden en (P)ersoonlijke stijl. Het is geen 'light versie' van een specialistische behandeling, maar een aanpak waarmee met een actieve participatie van de patiënt wordt gewerkt aan het versterken van de copingstijl, het probleemoplossend vermogen en de zelfredzaamheid van de patiënt.<sup>12</sup>

meebrengen, moet niet onderschat worden.

Om de beoogde centrale rol van de huisarts waar te maken is het in ieder geval nodig fors te investeren in zijn GGZ-competenties, zijn regievaardigheden over de POH-GGZ en zijn samenwerkingsvaardigheden met de andere GGZ-partijen.

De beroepsorganisaties LHV en NHG hebben zich in de hele transitie afwachtend opgesteld en hebben bijvoorbeeld het Bestuurlijk akkoord niet ondertekend. Inmiddels hebben ze besloten wel mee te werken aan de uitvoering van de regeling. Persoonlijk heb ik tijdens mijn vele presentaties aan huisartsen in Haaglanden over de nieuwe GGZ gemerkt dat huisartsen een goede GGZ-hulpverlening in de huisartspraktijk wel belangrijk vinden, maar dat het merendeel niet zit te wachten op nieuwe taken en daar zo weinig mogelijk mee belast wil worden. Ook bleek dat men de nieuwe GGZ ziet als een ordinaire bezuinigingsmaatregel van de overheid, dat er onvoldoende tijd voor is en dat de honorering voor de regievoering slecht is. Deze opvattingen worden ook elders in het land gehoord.

### De implementatie van de nieuwe GGZ in Haaglanden

#### Huisartsenorganisaties

In de gemeenten Den Haag, Rijswijk, Voorburg-Leidschendam, Wassenaar en Zoetermeer zijn vier huisartsenorganisaties actief die samen vrijwel alle huisartsen vertegenwoordigen. Deze vier organisaties zijn Huisartsen Kring Haaglanden (HKH), Stichting Haagse Gezondheidscentra (SHG), Arts & Zorg en Stichting Gezondheidscentra Zoetermeer (SGZ).

De HKH maakt deel uit van de LHV en heeft, naast belangenbehartiging, tot taak het verstevigen van de huisartsenzorg in de regio. De HKH vertegenwoordigt vrijwel alle vrijgevestigde huisartsen. De SHG en Arts & Zorg hebben alleen huisartsen in loondienst.

De SGZ daarentegen werkt met zowel huisartsen in dienst als met vrijgevestigde huisartsen.

De huisartsen die onder de HKH vallen verlenen medisch zorg aan naar schatting 480.000 inwoners. Voor de SHG, Arts & Zorg en SGZ zijn deze aantallen 50.000, 60.000 en 120.000.

Alle vier de huisartsenorganisaties in de regio hebben sinds vele jaren de GGZ als speerpunt van beleid.<sup>14</sup> Zij waren dan ook van meet af aan enthousiast over de komst van een nieuwe GGZ en kozen voor een actieve opstelling bij de overgang

naar POH-GGZ in 2011. Het resultaat daarvan is dat sinds 1 januari 2014 in alle praktijken van de SHG, Arts & Zorg en SGZ een POH-GGZ werkzaam is. Deze functionaris was voorheen in vrijwel alle gevallen een, onder regie van de GGZ-instelling, gedetacheerde GGZ-medewerker. Deze wordt nu onder regie van de huisarts ingezet.

Van belang hierbij is op te merken dat SHG, Arts & Zorg en SGZ namens de huisartsen het contract met de zorgverzekeraar over de levering van GGZ-zorg inclusief POH-GGZ hebben gesloten. De individuele huisartsen zijn gebonden aan de afspraken die deze organisaties hebben gemaakt.

### Het eindresultaat is dat in Haaglanden in 85 procent van de huisartspraktijken een POH-GGZ werkzaam is

Dat ligt anders voor de HKH met zijn 250 vrijgevestigde huisartsen. Zij kunnen in principe zelf alle individuele contracten voor levering van POH-GGZ-zorg afsluiten met de zorgverzekeraar en daar een eigen invulling aan geven.

De HKH startte eind 2010 een wervingscampagne voor POH-GGZ. Gezien de geconstateerde geringe lust van huisartsen om belast te worden met extra regietaken, werd het aanbod gedaan om een POH-GGZ contract af te sluiten en de verantwoordelijkheid voor werkgeverschap, regievoering over de POH-GGZ en het financieel risico over te dragen aan de Stichting Huisartsen Organisatie Praktijken (SHOP) van de HKH.

Het resultaat van deze wervingscampagne was dat tussen 1 januari 2011 en mei 2014 in 180 van de 250 praktijken een POH-GGZ is geplaatst. In de helft van de gevallen was de huisarts zelf contractant. De andere helft wenste een POH-GGZ via SHOP te betrekken.

#### Haaglanden koploper inzake inzet POH GGZ

Het eindresultaat in Haaglanden is dat in 85% van de huisartspraktijken een POH-GGZ werkzaam is. In twee derde van de gevallen is een huisartsenorganisatie contractant van de zorg. In een derde van de gevallen is de huisarts zelf contractant. Van de huisartsen heeft dus 15% geen POH-GGZ. Zij gaan op de oude voet voort totdat het niet meer kan. Voor heel Nederland worden geen officiële cijfers meer bijgehouden wat betreft POH-GGZ-inzet. De LHV hield eind maart 2014 een peiling onder haar leden.



*Om de rol van de huisarts waar te maken is het nodig sterk te investeren in zijn GGZ-competenties, zijn regievaardigheden over de POH-GGZ en zijn samenwerkingsvaardigheden met de andere GGZ-partijen*

Van de 1054 leden die de enquête invulden bleek dat 72% van de respondenten samenwerkten met een POH-GGZ in de praktijk.

In 26% van de gevallen werd de POH-GGZ geleverd door een huisartsorganisatie.<sup>45</sup>

De conclusie luidt dat de regio Haaglanden tot de koplopers in het land behoort wat betreft POH-GGZ-inzet en dat in vergelijking met de rest van het land een veel groter aantal POH-GGZ vanuit een huisartsorganisatie wordt aangestuurd.

### Kansen en bedreigingen

Nu de wervingscampagne voor POH-GGZ achter de rug is komt het aan op inbedding van deze functionaris in de huisartsenzorg en van de huisartsenzorg in de nieuwe GGZ. Hierna volgt een beschrijving van vier thema's waarvan de uitkomst belangrijk is voor het wel of niet slagen van de implementatie van de nieuwe GGZ in Haaglanden.

### Thema 1

#### Draagvlak voor de nieuwe GGZ onder huisartsen

De huisartsen in Haaglanden hebben hun rol wat betreft de inzet van POH-GGZ voortvarend opgepakt. De implementatie staat echter nog in de kinderschoenen. Daarbij gaat het om het samen met de POH-GGZ inzetten van e-mental health, preventieprogramma's, screenings- en meetinstrumenten, implementeren van zorgprogramma's, gestructureerd samenwerken met eerstelijns disciplines en het maken van samenwerkings- en verwijfsafspraken met de tweedelijns GGZ. Zoals eerder vastgesteld is de meerderheid van de huisartsen niet blij met de extra belasting die daarmee gepaard gaat.

Hier ligt een taak voor de vier huisartsenorganisaties in Haaglanden wat betreft ondersteuning en taakverlichting. Daar wordt inmiddels werk van gemaakt. Zo brengt SHOP bijvoorbeeld binnenkort een module uit waarmee de inzet van het screeningsinstrument, preventie, e-mental health en consultatie wordt vergemakkelijkt. De komende jaren zal blijken hoe het draagvlak onder huisartsen zich ontwikkelt.

### Thema 2 Samenwerking tussen de GGZ-partijen

Samenwerking tussen regionale GGZ-partijen is een belangrijke voorwaarde omdat de nieuwe GGZ een zorg van velen is. De samenwerking betreft afspraken over adequate triage, verwijzing en veilige terugverwijzing en over welke partij wat levert. De nieuwe ordening in de GGZ heeft de verhoudingen tussen de partijen echter volledig op zijn kop gezet. Er zijn nieuwe partijen bijgekomen (generalistische Basis GGZ aanbieders) en de oude partijen staan in een geheel nieuwe relatie met elkaar (de huisartsen en de voormalige tweedelijns GGZ-instellingen). Ook is sprake van een groot grijs gebied tussen het GGZ-aanbod binnen de huisartsenzorg, de generalistische Basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ.

In het najaar van 2013 vond op initiatief van Lijn1 Haaglanden een conferentie plaats voor alle GGZ-partijen met als onderwerp: 'Basis GGZ op één lijn in regio Haaglanden'. Resultaat van deze goed bezochte conferentie was de oprichting van het Platform Basis GGZ dat in inmiddels tweemaal bijeen is geweest. In mei jl. is een mini invitational gehouden met als onderwerp: 'Leren van elkaar, bouwen aan de keten'.

De GGZ-partijen zijn dus met elkaar in gesprek en dat is een goed teken wat samenwerking betreft.

### Thema 3 Concurrentie tussen de GGZ-partijen

De concurrentie die zich met de invoering van gereguleerde marktwerking in 2005 ontwikkelde, is met de spelregels van de nieuwe GGZ enorm aangewakkerd. De GGZ-zorg van velen is ook een koek van velen geworden.

In de regio Haaglanden zijn daarvan de volgende voorbeelden te zien.

- POH-GGZ-inzet wordt op steeds grotere schaal geleverd door een POH-GGZ-functionaris in dienst van huisartsen en huisartsorganisaties zelf in plaats van detachering door de tweedelijns GGZ-instellingen. Dit vergroot de kans dat die organisaties een eigen koers gaan varen.
- Huisartsenorganisaties zijn inmiddels contractant voor generalistische Basis GGZ of overwegen dit te worden.
- Indigo Haaglanden is sinds januari 2014 behalve leverancier van generalistische Basis GGZ ook contractant voor POH-GGZ. De zorgverzekeraar staat dit toe mits regievoering door de huisarts op de werkvloer gewaarborgd blijft.
- Vrijgevestigde psychologen zijn zich veel beter gaan organiseren om een rol in de generalistische Basis GGZ te spelen. De onlangs door hen opgerichte stichting PsyZorg Hoflanden telt inmiddels al 50 leden.
- Gespecialiseerde GGZ-instellingen, zoals PsyQ en generalistische Basis GGZ-leveranciers betwisten elkaars werkterrein, onder andere over de vraag waar de diagnostiek en behandeling van een patiënt met ADHD moet plaatsvinden. Het grijze gebied tussen huisartsenzorg en generalistische Basis GGZ, en tussen generalistische Basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ wordt bevochten.

De concurrentie is momenteel in volle gang en kan positieve gevolgen hebben wat betreft innovatie, kostenbesparing, kwaliteitsverbetering en keuze voor de patiënt. Concurrentie is tegelijkertijd een regelrechte bedreiging voor de zo noodzakelijk geachte samenwerking. Patiënten kunnen er de dupe van worden. Er is op dit moment geen zicht op de effecten ervan.

### Thema 4 Huisvesting GGZ-professionals in de huisartspraktijk en in de wijk

Voor veel vrijgevestigde huisartsen in Haaglanden is huisvesting van de POH-GGZ een probleem wegens ruimtegebrek. De huisartsen die zijn aangesloten bij SHOP zetten, veelal om die reden, momenteel

slechts de helft van de maximale POH-GGZ capaciteit in. Ook de generalistische Basis GGZ-aanbieders zijn inmiddels op zoek naar ruimte in gezondheidscentra of in de wijk om hun diensten dichtbij de bevolking te kunnen aanbieden.

Er gaan nu al geluiden op om aparte Basis GGZ-voorzieningen in de wijk op te richten en daaruit generalistische Basis GGZ, POH-GGZ-diensten en mogelijk andere GGZ-diensten te leveren. Dit worden een soort mini-Riagg's dus. Dat zou ernstig afbreuk doen aan de bedoeling van de POH-GGZ-regeling, waarbij huisvesting binnen de setting van de huisartspraktijk van groot belang wordt geacht voor het succes.

### Eindbeschouwing

De nieuwe GGZ biedt uitzicht op een voor de toekomst houdbare GGZ. Maar er is nog een lange weg te gaan. De transitie heeft de verhoudingen tussen partijen volledig ontregeld. De zorg van velen is een koek van velen geworden. Er zijn nieuwe partijen bijgekomen en oude partijen staan in een nieuwe verhouding tot elkaar.

De nieuwe ordening kan niet anders dan grote gevolgen hebben voor de omvang en werkwijze van de voormalige tweedelijns GGZ-instellingen. Dat zal ook gelden voor de Parnassia Groep en GGZ-Haagstreek, de grote GGZ-aanbieders in Haaglanden. De eerste ontslaggolf in Rivierduinen, moederbedrijf van GGZ-Haagstreek, is onlangs aangekondigd. Haaglanden behoort tot de koplopers in Nederland wat betreft inzet van POH-GGZ. De invulling GGZ-zorg in de huisartspraktijk staat voor een groot deel onder aansturing van de vier huisartsorganisaties die in Haaglanden actief zijn. Dat is gunstig omdat het merendeel van de huisartsen niet zitten te wachten op extra taken.

De kansen en bedreigingen voor een geslaagde implementatie bevinden zich op het vlak van draagvlak onder huisartsen voor de nieuwe GGZ, samenwerking en concurrentie tussen partijen en ruimtegebrek in huisartspraktijken voor plaatsing van POH-GGZ.

Op dit moment is sprake van een uitdagende situatie. De veranderingen zijn in volle gang en er is nog niets te zeggen over de uitwerking ervan. Het zou interessant zijn om dit te monitoren. Over een jaar of vijf kan de eerste balans worden opgemaakt van de houdbaarheid van de nieuwe GGZ.

- 1 **Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg.**  
Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1999.
- 2 **Cure en Care in de Geestelijke Gezondheidszorg.**  
Kamerstuk (GVM/2172530) Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2001.
- 3 Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid. **Zorg van velen.** Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2002.
- 4 **De eerstelijns GGZ in beweging.** Resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatie-onderzoek 'Versterking eerstelijns GGZ'. Integrale Eindrapportage. Utrecht: NIVEL, 2004.
- 5 Heideman JT, Laurant M, Schattenberg G, Grol R. **Veranderingen in de rol van de huisarts op het terrein van de Geestelijke Gezondheidszorg.** Een voor- en nameting.  
Nijmegen: Centre of Quality of care Research, 2004.
- 6 Heideman JT, Laurant M, Schattenberg G, Grol R. **Veranderingen in de rol van de huisarts.** Laurant M, redactie. Evaluatie kwaliteitsbeleid in GGZ huisartsenzorg. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research, 2005.
- 7 Cox MF, Van Marwijk HWJ, Boer C. **Wat heeft vijf jaar kwaliteitsbeleid GGZ voor de huisarts opgeleverd?** Huisarts Wet 2006, 5).
- 8 **Voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ.** Ministerie van VWS; mei 2013.
- 9 **Generalistische Basis GGZ.** Verwijsmodel en product-beschrijving Enschede; HHM bureau; januari 2013.
- 10 Cox MF. **Wat is de taak van de huisarts bij psychische stoornissen?** Leiden: Boerhaave Chronicles, 2006.
- 11 **Advies bekostiging POH-GGZ.** Blz 8. NZA; april 2013.
- 12 Rijnders P & Heene E. (red) **Kortdurende psychologische interventies voor de eerstelijns.** Amsterdam: Boom, 2010.
- 13 **Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014.** Rapport Rijksoverheid; juni 2012.
- 14 **Visie op praktijkondersteuning GGZ in de regio Haaglanden.** Den Haag: Huisartsen Kring Haaglanden en Stichting lijn 1 Haaglanden, 2008.
- 15 **Huisartsen pakken GGZ voortvarend op.** De Dokter, ledenblad LHV; mei 2014, 5:14-17.

RIAGG	Regionaal Instituut Geestelijke Gezondheidszorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
POH-GGZ	Praktijkondersteuner GGZ in de huisartspraktijk
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging (belangenbehartiging voor huisartsen)
Lijn1	De Regionale Ondersteunings Structuur ter versterking van de eerstelijns in Haaglanden
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap (de wetenschappelijke vereniging van huisartsen)
HKH	Huisartsen Kring Haaglanden
SHG	Stichting Haagse Gezondheidscentra
SGZ	Stichting Gezondheidscentra Zoetermeer
SHOP	Stichting Huisartsen Ondersteuning Praktijken

## OVER DE AUTEUR

**Dr. M.F. Cox** was van 1972-2009 huisarts in Laakkwartier Den Haag. Van 2002-2004 was hij uitvoerder eerste kaderopleiding GGZ voor huisartsen aan het VUMC te Amsterdam. Van 2011 tot heden is hij kwaliteitsmedewerker GGZ van SHOP, leverancier van POH-GGZ. E-mail: mfcoxx@gmail.com

# GGZ biedt tweedelijns zorg in de wijk

Parnassia gaat werken met GGZ-teams en wil de patiënten beter van dienst zijn buiten de muren van de kliniek. Deze teams bieden een samenhangende behandeling thuis en dichtbij de mensen in de wijk. Deze ontwikkeling is voor de redactie aanleiding voor een interview met drie experts binnen Parnassia. Het zijn José van Gaalen, kwaliteitsfunctionaris en projectleider uitrol GGZ-teams, Wilfried Ekkers, klinisch psycholoog en manager zorg en Bas Molijn, divisie manager bedrijfsvoering.

## Liesbeth van Dalen

“Ambulant behandelen in de eigen vertrouwde leefomgeving heeft de minst ingrijpende consequenties voor de patiënt”, vertellen ze. Het gaat om grote veranderingen. Het betekent voor patiënten een (vaak andere dan voorheen) hulpverlener die persoonlijke zorg biedt in de eigen omgeving gericht op herstel. Het betekent voor de medewerkers een forse verandering in de manier van werken. Het betekent voor de organisatie een behoorlijke beddenreductie door herstelondersteunende zorg te combineren met efficiency.

De GGZ-teams gaan patiënten thuis begeleiden, behandelen en ondersteunen in hun herstel. Dit gebeurt volgens de FACT-methodiek (zie kader 'op pagina 12) en betekent dat patiënten op de eigen situatie toegesneden steun krijgen. Teams zoeken daarbij ook contact met familie en buurt. Zo ondersteunen de wijkteams patiënten om weer mee te doen in de maatschappij op een manier waar zij zich prettig en veilig bij voelen. Ze leren hoe ze het beste met hun ziekte kunnen omgaan en hoe ze voor zichzelf kunnen zorgen. Parnassia hanteert in Den Haag de indeling van Den Haag Noord en Den Haag Zuid. Vooralsnog komen er zeventien GGZ-teams: acht in Den Haag Noord, acht in Den Haag Zuid en een team in Zoetermeer. De acht teams in Den Haag Zuid zijn inmiddels geformeerd. Het definitieve aantal hangt samen

met eventuele toe- of afname van het aantal patiënten dat in aanmerking komt voor deze zorg. De teams krijgen de naam 'GGZ-team wijk ...' en leveren gespecialiseerde tweedelijns zorg. Sinds 2014 valt de zorg voor mensen met een lichte tot matige psychische aandoening onder de Basis GGZ. De gespecialiseerde GGZ is bedoeld voor patiënten met zware, ingewikkelde psychische aandoeningen. De behandeling die door de GGZ-teams wordt geleverd valt onder deze gespecialiseerde GGZ.

Patiënten dienen door de huisarts te zijn verwezen naar de gespecialiseerde GGZ om voor behandeling in een GGZ-team in aanmerking te komen. Verwijzingen kunnen ook door medewerkers in de Basis GGZ worden gedaan. Idealiter ontstaat er een goede samenwerking tussen de Basis GGZ en de GGZ-teams waarbij patiënten, als zij niet meer voldoen aan de inclusiecriteria voor een GGZ-team, snel worden overgedragen aan de Basis GGZ of de huisarts. En vice versa als de ernst van de problematiek daarom vraagt.

## Voor patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening

De GGZ-teams bieden langdurige zorg aan patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA-patiënten). Het zijn mensen met een vastgestelde psychiatrische stoornis (DSM-IV), waarbij ook sprake is van psychosociale problemen, die twee jaar of langer zorg nodig hebben en geïndiceerd zijn voor een zorgnetwerk om het behandelplan te kunnen realiseren. Een team heeft een caseload van gemiddeld 250 patiënten en bestaat idealiter uit de volgende disciplines: een psychiater, een psycholoog, een IPS-trajectbegeleider voor ondersteuning bij het vinden en behouden van geschikt betaald werk, een ervaringsdeskundige, een verslavingsdeskundige en medewerkers met een verpleegkundige of agogische achtergrond. Iedere patiënt heeft een persoonlijk begeleider ofwel dossierhouder.

## De FACT-methodiek

De GGZ-teams werken volgens de FACT-methodiek, wat staat voor Flexible Assertive Community Treatment. Doel van de FACT-methode is dat mensen met ernstige en langdurige psychische aandoeningen (EPA) kunnen meedoen in de maatschappij op een wijze die henzelf aanspreekt en die veilig is. Dit doet FACT onder andere door behandeling, begeleiding en ondersteuning in hun herstel zodat zij succesvol en naar tevredenheid optimaal kunnen functioneren.

- De behandeling impliceert medicatie, psychologische interventies, psycho-educatie, verslavingsbehandeling, arbeidstoeleiding en gezinsbenadering.
- De optimale crisisinterventie tijdens perioden van crisis, terugkerende psychose of maatschappelijke problemen stelt de patiënt in staat die episode veilig te overwinnen, zo mogelijk zonder terugval en zonder opname. Blijkt opname toch nodig dan duurt deze zo kort mogelijk.
- De begeleiding is gericht op meedoen in de samenleving en op rehabilitatie, ondersteuning van herstel en benutten van ervaringsdeskundigheid. Daarbij behoort ook aandacht voor middelengebruik, voor werkhervatting en voor schuldsanering.
- FACT wil de maatschappelijke participatie van de patiënt ondersteunen en richt zich daarom ook op de wisselwerking tussen de patiënt en zijn omgeving, zoals familieleden, de buurt en instanties.
- FACT beoogt in bepaalde gevallen ook het organiseren van veiligheid en het desnoods bieden van drang- en dwanginterventies, vooral wanneer patiënten vanuit hun psychiatrische ziekte (met verminderde wilsbekwaamheid) een gevaar opleveren voor zichzelf of voor anderen.

Elk team kent twee werkwijzen: individuele begeleiding bij rehabilitatie en herstel door een persoonlijk begeleider voor stabiele patiënten en intensieve begeleiding door het hele team voor patiënten die onstabiel zijn of in een crisis dreigen te raken. De laatstgenoemde vorm van begeleiding vraagt om flexibiliteit en houdt in dat de zorg voor een patiënt snel aangepast kan worden. Ekkers: “Van de 200 tot 250 patiënten in de caseload zal altijd een klein gedeelte in een crisissituatie verkeren. Op het moment dat er sprake is van destabilisering van de patiënt, bijvoorbeeld bij een crisis of life-event, kan de zorg snel opgeschaald worden. Dit is mogelijk omdat alle teamleden alle patiënten kennen. Dus elk teamlid kan die zorg bieden. Zo kunnen we snel en toch persoonlijk en gericht inspelen op de situatie van de patiënt.”

### Herstellen doe je thuis

Hoewel het thuisbezoeken van een patiënt al regelmatig voorkwam, ging de patiënt nog altijd vaker naar de GGZ dan andersom. De patiënt kreeg daar de behandeling of begeleiding en ging weer naar huis. Deed zich een crisissituatie voor, dan volgde meestal een opname. Dat zal met de GGZ-teams aanzienlijk minder plaatsvinden. Ekkers: “Een opname is vervelend voor een patiënt. Hij is uit het normale functioneren en bevindt zich in een andere omgeving met vreemde mensen die ook in een crisis verkeren. Dat alles werkt behoorlijk ontwrichtend. Wij zijn ervan overtuigd: herstellen doe je het beste thuis in je eigen omgeving. Dat is nu mogelijk met deze FACT-methodiek. We kunnen een opname voorkomen door de zorg snel te intensiveren. Het is beter voor de patiënt en het is goedkoper, want vier keer per dag langsgaan kost minder dan een dag opname.”

### Transferium als tussenfase

Niet voor iedereen is zorg en herstel thuis mogelijk. Om het aantal opnames toch zoveel mogelijk te beperken heeft Parnassia in 2013 het Transferium gecreëerd. Het is een tussenfase waar patiënten na een korte opname of ter voorkoming van een opname overdag naar toe kunnen en deeltijdzorg krijgen. Het Transferium telt zes bedden en de ervaringen zijn positief. Ekkers: “Sommige patiënten, bijvoorbeeld mensen met borderline, weten van zichzelf dat ze snel kunnen ontregelen. We maken samen een crisisplan waarin ook is opgenomen dat de patiënt zelf zal aangeven wanneer een time-out nodig is. Hij of zij kan dan bijvoorbeeld twee nachten

in het Transferium verblijven. Je geeft de patiënt hiermee ook meer eigen verantwoordelijkheid.” Een andere mogelijkheid is de zogenoemde kortdurende intensieve thuiszorg (KITZ). Van Gaalen: “Dat houdt in dat gedurende zes tot acht weken extra zorg buiten kantooruren plaatsvindt. Dan komt er ook ‘s avonds en in het weekend een hulpverlener langs voor medicatie of extra aandacht. Als derde mogelijkheid bieden we telezorg. Daarbij kan de patiënt bellen met het Transferium en thuis via een beeldscherm met een hulpverlener praten. Soms is een kort gesprekje al genoeg om iemand gerust te stellen.”

### Eigen verantwoordelijkheid en gezamenlijke aanpak

Het herstel in de eigen omgeving gaat samen met meer eigen verantwoordelijkheid. Van Gaalen en Ekkers erkennen dat die eigen verantwoordelijkheid in het verleden nauwelijks werd gezien of aangesproken. “Zeker in het verre verleden werd daar geen appel op gedaan. Iemand was eigenlijk voor de rest van zijn leven patiënt en kreeg daarvoor een behandeling. Dat gebeurde ook uit angst dat het geven van verantwoordelijkheid ontregelend zou uitwerken voor de patiënt. Dankzij ervaringen en veel onderzoek is er nu een beweging gemaakt, waarbij de zorg meer herstelgericht is en iemand in zijn eigen omgeving en met eigen verantwoordelijkheid kan functioneren. Kortom: we nemen veel minder dingen uit handen en zijn minder belerend over wat wel of niet goed is.” Nu de eigen verantwoordelijkheid wel wordt aangesproken, blijkt er meer mogelijk op het gebied van herstel en verbetering dan vroeger werd gedacht. Er zijn diverse therapievormen voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis of een psychotische stoornis

die de kwaliteit van leven van de patiënt veel meer verbeteren. Er zijn bovendien vaak meerdere partijen bezig om te zorgen dat de patiënt zo goed mogelijk functioneert. “Een patiënt kan bijvoorbeeld vanwege schizofrenie in een beschermd wonen voorziening van Anton Constandse verblijven. Anton Constandse biedt ondersteuning bij de woonbegeleiding, het GGZ-team biedt zorg en de Reaktgroep, sinds 1 januari onderdeel van de Parnassia Groep, kan betrokken zijn met het oog op participatie en dagbesteding.” Voor uitleg zie kader samenwerkingspartners.

### Patiënten en werkers in een wijk

De nieuwe werkwijze vraagt een behoorlijke logistieke aanpassing. De teams zijn ingedeeld in postcodegebieden. Sommige patiënten houden hun eerdere hulpverlener, omdat die toevallig in hun wijk aan het werk gaat. Anderen worden overgedragen aan een nieuwe hulpverlener. “We hebben geprobeerd het zo in te delen dat er zo min mogelijk overdracht hoeft plaats te vinden. De patiënten begrijpen goed dat de werkwijze verandert.

### *De tijd dat één behandelaar bepaalde wat er moest gebeuren, behoort tot het verleden*

Mensen die zeer gehecht zijn aan hun hulpverlener krijgen in ieder geval ruim de tijd om de overstap te maken. En als het echt niet kan, dan maken we een uitzondering”, aldus Van Gaalen. Voor een optimale realisering van de doelstelling werken de teams vanuit een (spreekuur)locatie in de wijk. Zo zijn de werkers voor de patiënt makkelijk te bereiken en de werkers kunnen snel bij de patiënt zijn, hetzij thuis of op de plek waar de patiënt functioneert of meedoet,

## Uitleg samenwerkingspartners

**Anton Constandse** biedt Beschermd wonen, Begeleid zelfstandig wonen en Dagbesteding aan mensen met een psychiatrische diagnose. **Context** is onderdeel van Parnassia en biedt preventieactiviteiten voor jeugd, volwassenen, ouderen, familie/mantelzorgers en verwijzers/professionals. **Florence** zet zich in voor Gezondheid en Zorg bij mensen thuis, in woonzorgcentra, verpleeghuizen en op het consultatiebureau. **Middin** biedt ondersteuning en zorg aan mensen met een verstandelijke, lichamelijke of meervoudige beperking op woonlocaties, aan huis en in activiteitencentra. **Reaktgroep** heeft als doel mensen met psychische problemen te ondersteunen om zich te ontwikkelen naar onafhankelijkheid van zorg en uitkering of te begeleiden naar maatschappelijke participatie.

bijvoorbeeld in een buurthuis. “Bovendien wordt de zorg ook persoonlijker vanwege het wijkgerichte werken”, vervolgt Van Gaalen. “De wijk leert het team kennen en andersom. De teamleden kunnen op diverse locaties spreekuren houden. Dat heeft als voordeel dat bijvoorbeeld een woningbouwvereniging snel een signaal kan doorgeven over een bepaalde bewoner. De zorg wordt flexibeler en laagdrempeliger, je kunt sneller bellen en schakelen met bijvoorbeeld de huisarts.”

Naast de (spreekuur)locaties in de wijken, blijft in Den Haag Zuid de locatie Leggelostraat de centrale plek voor activiteiten, behandelgroepen en met de somatische poli voor bijvoorbeeld lichamenlijk onderzoek. Bij de uitrol van de GGZ-teams in Den Haag Noord wordt dezelfde opzet gehanteerd.

### Niet langer centreren van kennis en kunde

Wat opvalt is dat concentratie van kennis en kunde plaatsmaakt voor verdeling ervan over teams. Dat is voor de medewerkers een ingrijpende overgang. Van Gaalen: “Voortaan krijgen alle EPA-patiënten zorg van een GGZ-team, dus ook de oudere patiënten en patiënten die nu nog in zorg zijn bij bijvoorbeeld zusterorganisatie Brijder Verslavingszorg. De focus ligt op de functies die nodig zijn om de patiënt te kunnen helpen in zijn herstel. Het gaat om het

slechten van drempels die het herstel in de weg staan. Daarom zie je in de teams zoveel verschillende disciplines. Onder regie van het zorgbedrijf Parnassia worden die EPA-patiënten nu overgedragen, inclusief een evenredig deel van de medewerkers en dus de kennis. Alle kennis is in huis.

### Bij crisis wordt per dag de zorgdosis vastgesteld

Niet iedereen hoeft verslavingsdeskundige te zijn, maar elk teamlid moet er wel meer van weten. De huidige teamcompetenties worden in kaart gebracht en daarmee wordt zichtbaar welke kennis of competenties ontoereikend zijn of ontbreken. Zo kan elk team aangeven welke scholing gewenst is.” De opbouw van de teams naar de vereiste personele mix wordt conform de normen voor FACT nagestreefd.

De omslag is ingrijpend voor de medewerkers. Sommigen zijn enthousiast en omarmen het idee. Andere medewerkers hebben er meer moeite mee. Van Gaalen: “Dat is begrijpelijk, want er komt veel over hen heen. Nog maar onlangs zijn de medewerkers van het ouderenteam en het volwassenenteam in Den Haag Zuid samengegaan en nu worden

Het hangt af van de wijk en de aanwezige organisaties en vrijwilligerswerk met wie de GGZ-teams gaan samenwerken.

ze ingedeeld in GGZ-teams. Het worden kleine teams, wat inhoudt dat je meer afhankelijk van elkaar bent, het vraagt om meer transparantie in je werk. Vroeger ontving je regelmatig op je kamer een patiënt, nu ga je er naar toe en komen er ook collega's bij de patiënt thuis. Er is veel meer uitwisseling en waarneming, met respect voor en gebruik van elkaars kennis en kunde. Van patiënten die voor extra zorg in aanmerking komen wordt elke morgen de situatie besproken. Bij die patiënten is sprake van een gedeelde caseload, ook dat is voor medewerkers soms behoorlijk anders dan zij gewend waren. De tijd dat één behandelaar bepaalde wat er moest gebeuren, behoort tot het verleden. Het vraagt flexibeler werken en vertrouwen in je collega's, durven overlaten, ook aan bijvoorbeeld een ervaringsdeskundige.”

### Ervaringsdeskundige en mantelzorg

Eén van de teamleden is een ervaringsdeskundige. Van Gaalen en Ekkers vinden dat een aanwinst. “Zo'n ervaringsdeskundige is een betaalde, opgeleide en gekwalificeerde medewerker. Deze medewerker denkt veel meer herstelgericht. Hulpverleners denken van oudsher toch meer in klachten en problematiek. Een ervaringsdeskundige is beter in staat om aan te sluiten bij de patiënt en te kijken welk vervolgstap mogelijk is.”

In de aanpak heeft ook de aanwezige mantelzorg een rol. “We komen vaak uitgeputte mantelzorgers tegen die pas aan de bel trekken als ze niet meer kunnen. Vaak komt dan pas bijvoorbeeld de dementie partner in zorg. We zullen de mantelzorg ondersteunen en wijzen op het cursusaanbod van zusterorganisatie Context met het oog op preventie. Ook is er online ondersteuning en zijn onze familiecoaches inzetbaar. Dus we bieden een combinatie van verlichting en dusdanige inzet dat mantelzorgers hun taak beter aankunnen.”

### Samenwerking binnen de wijk

Het hangt af van de wijk en de aanwezige organisaties en vrijwilligerswerk met wie de GGZ-teams gaan samenwerken. Alle teams hebben nauwe contacten met onder andere Florence, Anton Constandse, Reaktgroep, Middin, (voor uitleg zie kader op pagina 13) welzijnswerk en huisartsen. Ook met de sociale wijkteams van de gemeente, die medio 2014 gestart zijn, zullen de GGZ-teams samenwerken. Verschil met deze teams is dat een sociaal wijkteam er is voor kwetsbare burgers met meervoudige

problematiek, terwijl GGZ-teams gespecialiseerde tweedelijns zorg bieden aan mensen met een ernstige psychiatrische aandoening.

Wat betreft samenwerking met het welzijnswerk zien Van Gaalen en Ekkers wel een uitdaging. “We kunnen veel voor elkaar betekenen. Zo kregen we het signaal dat een welzijnsloket af en toe mensen ziet waar ze zich zorgen over maken, maar er niets mee kunnen. Zij geven die signalen nu aan ons door en wij kijken dan of het om een van onze patiënten gaat. Bovendien weten onze patiënten vaak niet waarvoor ze bij welzijn terecht kunnen. Nu houdt een teamlid van ons er spreekuur. Zo worden patiënten toegeleid naar een bepaalde activiteit of cursus van welzijn.” Feit is wel dat het welzijnswerk vanwege bezuinigingen meer vrijwilligers inzet. Van Gaalen verwacht dat zij in staat zullen zijn om met deze patiënten om te gaan. “We werken ook binnen onze organisatie met vrijwilligers en dat gaat prima. Bovendien hanteren we het FACT-uitgangspunt ‘je laat niet los’ en bij toeleiding naar een ander laat je de patiënt pas los als je zeker weet dat het geregeld is en de patiënt daadwerkelijk is aangekomen of zorg krijgt.”

## Minder klinische opnames door betere zorg en vroegsignalering direct rond de patiënt

Wat betreft het contact met de huisarts bestaat al langere tijd de POH-GGZ, ofwel Praktijkondersteuning Huisarts Geestelijke Gezondheidszorg. (Zie hiervoor ook het artikel van Maarten Cox op pagina 4 van dit Bulletin). “De samenwerking zal verder toenemen als we meer in de wijk zitten, zoals met gezondheidscentra. Dat maakt het nog makkelijker om patiënten te verwijzen. Daarbij ligt de somatische zorg uiteraard voornamelijk bij de huisarts, maar er is wel een tussengebied. Ook Parnassia heeft een somatische poli met het oog op bijwerking en nadelen van bepaalde medicatie. Dat moeten we monitoren door het maken van ecg's en door lichamenlijk onderzoek, we hebben oog voor polyfarmacie, we beoordelen labuitslagen en geven leefstijltrainingen en adviezen.”

### Kwaliteit en efficiency gaan hand in hand

Bas Molijn heeft hoge verwachtingen van deze herstelondersteunende zorg bij de patiënt thuis.





“Hier gaan kwaliteit en efficiency hand in hand en op die manier kunnen we het aantal bedden reduceren. Dat moet ook wel, want Nederland en België zijn landen met per hoofd van de bevolking de meeste GGZ-bedden. De afgelopen jaren is er ook enorme financiële druk ontstaan waardoor deze beweging versneld in gang is gezet. Het heeft twee kanten. Aan de ene kant verwachten we dat het goedkopere zorg is want er zijn minder klinische opnames. Tegelijkertijd zien we een enorme kwaliteitsslag door betere zorg en vroegsignalering direct rond de patiënt. Dus een van de succesfactoren door de inzet van deze GGZ-teams is eerder signaleren van een crisis met als gevolg minder opnames en dus minder bedden.”

## *Van de patiënten vindt 95 procent huisbezoeken prima of zelfs prettig*

Met het oog op de invoering van het wijkgericht werken heeft Parnassia in de wijk Bouwlust een pilot uitgevoerd. De pilot heeft Parnassia de FACT-certificering opgeleverd, wat betekent dat Parnassia aan de voorwaarden voldoet.

De Stichting CCAF (Centrum Certificering ACT en FACT) kent keurmerken toe aan (F)ACT-teams ((Flexibel) Assertive Community Treatment). Een ACT-team met een keurmerk voldoet aan kwaliteitsstandaarden op het gebied van teamstructuur (onder andere samenstelling en organisatie van het team), organisatie (onder andere instroom, opname en nazorg) en zorgaanbod (onder andere aard en inhoud hulpverlening, samenwerking met steunsystemen). Bij FACT-teams wordt aanvullend ook gekeken naar diagnostiek, behandeling en interventies,

maatschappelijke zorg (onder andere samenwerking met andere organisaties en steunsystemen), monitoring en professionalisering.

Molijn: “We gaan de FACT-methodiek verder implementeren in de overige teams. Er komen interne opleidingstrajecten om de FACT-methodiek goed in de vingers te krijgen. We hebben een eigen academie en hebben veel expertise zelf in huis om dat te realiseren. De teamsamenstelling en daarmee de teamdeskundigheid is mede afhankelijk van de problematiek in de wijk. Is het een wijk met een of meerdere centra voor maatschappelijke opvang of met veel verslavingsproblematiek, dan houden we daar rekening mee.”

Molijn is extra gemotiveerd door de patiënttevredenheid die bleek uit de evaluatie van de pilot in Bouwlust. “95% van deze patiënten vindt huisbezoeken prima of zelfs prettig. Bij meerdere patiënten is door de werkwijze een crisis dan wel opname voorkomen. Daar doe je het voor.”

Doelstelling is dat in 2020 het aantal bedden met dertig procent is teruggebracht. “In 2014 werken we aan versnelling van de herstelondersteunende zorg en versterking van de GGZ-teams om zodoende het aantal bedden verder af te bouwen.”

Wat volgens Molijn wel spannend wordt, is de clustering van alle partijen in de wijk. “Al onze ketenpartners zijn bezig de wijk in te gaan, inclusief de gemeente. Ik vind het de uitdaging hoe we met elkaar in contact blijven zonder nodeloos te gaan overleggen over het afstemmen van zorg. Want dan ben je straks nog meer tijd daar aan kwijt dan uiteindelijk aan de directe patiëntenzorg. Daar wordt de zorg niet beter en zeker niet goedkoper van. Het is zaak om voor de patiënt zo goed en transparant mogelijke zorg te realiseren.”

### OVER DE AUTEUR

**Mw. E.M. van Dalen** werkt onder andere als eindredacteur en redactiesecretaris voor het Epidemiologisch Bulletin.

E-mail: [info@koopmansenvandalen.nl](mailto:info@koopmansenvandalen.nl)

## EPIDEMIOLOGIE

### SAMENVATTING

#### INLEIDING

Eind 2013 presenteerde de gemeente Den Haag de bevolkingsprognose voor 2020. Dit artikel geeft weer welke gevolgen de voorspelde veranderingen in bevolkingssamenstelling kunnen hebben op het voorkomen van bepaalde ziekten en aandoeningen in Den Haag.

#### METHODE

Aan de hand van een demografische prognose is nagegaan wat het effect is van toekomstige ontwikkelingen in omvang en samenstelling van de bevolking op het voorkomen van bepaalde ziekten en aandoeningen in de toekomst. De berekeningen zijn gemaakt met een werkmethode (toolkit) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en zijn gebaseerd op cijfers uit de Haagse bevolkingsprognose en de Haagse Gezondheidsenquête uit 2012.

#### RESULTATEN

In absolute aantallen neemt eenzaamheid het meest toe: in 2020 zijn er ruim 15.000 meer eenzame Hagenaars van 19 jaar en ouder dan in 2012. Ook het aantal Hagenaars met overgewicht of een matig of hoog risico op angst en depressie zal sterk toenemen. Procentueel zullen diabetes en hartinfarct het meest toenemen: met +17% en +16%. In totaal zullen in 2020 overgewicht (50%), risico op angst of depressie (50%) en eenzaamheid (48%) het meest voorkomen.

#### CONCLUSIE

Deze toekomstverkenning geeft een indicatie van het voorkomen van bepaalde ziekten en aandoeningen in Den Haag in 2020. Eenzaamheid, overgewicht en het risico op angst en depressie blijven veel voorkomen. De gemeente zal in samenwerking met de partners in de stad een stevige preventiestructuur neer moeten zetten, waarin met een passend aanbod op de stijging aan problematiek/ziekten en daarmee gepaard gaande kosten wordt gereageerd.

## Preventief gezondheidsbeleid blijft hard nodig

# Toekomstverkenning ziekten en aandoeningen in 2020

Het aantal inwoners van Den Haag groeit en telt in 2020 519.000 personen. Die groei heeft onder andere te maken met het bereiken van hogere leeftijden en een verwachte toename van het aantal inwoners van niet-westerse herkomst. Daarmee verandert de bevolkingssamenstelling en rijst de vraag of, en zo ja wat de gevolgen zijn voor de gezondheid. Uit onderstaand artikel met een ‘toekomstverkenning gezondheid Hagenaars 2020’ blijkt een forse toename van het aantal mensen met overgewicht, eenzaamheid, verhoogd risico op angst en depressie, diabetes en hartinfarct. Het is een toekomstverkenning met een belangrijke boodschap voor de inzet van preventie en het aanpassen van de zorgvoorzieningen.

Nasra Karamali, Mary Berns, Ad van Dijk

Eind 2013 presenteerde de gemeente Den Haag de bevolkingsprognose voor 2020. Volgens deze prognose groeit de Haagse bevolking met 3,3% tot ruim 519.000 inwoners in 2020 ten opzichte van 2012 en zal de samenstelling van de bevolking veranderen wat betreft leeftijd en etniciteit.<sup>1</sup> Een veranderde samenstelling van de bevolking heeft invloed op het voorkomen van ziekten en aandoeningen onder de Haagse bevolking. Zo komen bepaalde ziekten en aandoeningen vaker voor op hogere leeftijd (bijvoorbeeld gewrichtsslijtage) of bij sommige herkomstgroepen (bijvoorbeeld diabetes onder Hindostanen). Het is van belang dat met die veranderende bevolkingssamenstelling rekening wordt gehouden bij het vormgeven van toekomstig gezondheidsbeleid. Met deze informatie kan bijvoorbeeld geanticipeerd worden op een stijgende zorgvraag in de toekomst.<sup>2</sup> In dit artikel worden allereerst de relevante punten uit de bevolkingsprognose opgesomd. Daarna volgt een

**Tabel 1:** Prognose Haagse bevolking van 19 jaar en ouder in 2020 naar leeftijd en etniciteit. Den Haag 2012-2020.

	Realisatie 2012	Prognose 2020	Groei t.o.v. 2012
<b>Totaal Den Haag</b>	<b>387.443</b>	<b>400.407</b>	<b>3,3%</b>
<b>Leeftijd</b>			
Jongeren (20-29 jaar)	75.966	72.161	-5,0%
Middelbaar jong (30-44 jaar)	120.079	116.904	-2,6%
Middelbaar (45-64 jaar)	124.739	135.008	8,2%
Bejaarden (65+)	66.659	76.336	14,5%
<b>Herkomst</b>			
Autochtoon Nederlands	204.932	180.502	-11,9%
Turks	24.424	30.389	24,4%
Marokkaans	17.228	20.771	20,6%
Surinaams	36.223	37.304	3,0%
Overig westers	62.724	76.135	21,4%
Overig niet-westers	41.912	55.306	32,0%

Bron: Den Haag in cijfers

beeld van de mogelijke gevolgen die de veranderingen in de bevolkingssamenstelling kunnen hebben op het voorkomen van een aantal ziekten en aandoeningen in de Haagse bevolking.

### Belangrijkste punten 'Bevolkingsprognose Den Haag 2013' voor de toekomstverkenning

De Bevolkingsprognose Den Haag 2013 beschrijft prognoses voor 2020 op verschillende gebieden, zoals leeftijd, etniciteit en huishoudens. Dit artikel vat alleen de prognoses voor leeftijd en etniciteit samen, omdat deze zijn gebruikt voor de toekomstverkenning.

Zoals vermeld in de inleiding groeit Den Haag in totaal naar ruim 519.500 inwoners in 2020. Dit is een groei van 3,3% ten opzichte van 2012. Den Haag groeit hiermee sneller dan het landelijk gemiddelde van 2,5%. Omdat bij de toekomstverkenning is gerekend met Hagenaars van 19 jaar en ouder zijn de cijfers uit de bevolkingsprognose ook beperkt tot deze groep. In 2020 zijn er ruim 400.000 Haagse inwoners van 19 jaar en ouder. Ook voor deze groep geldt een groei van 3,3% in 2020 ten opzichte van 2012 (tabel 1).

In tabel 1 is te zien dat er wat betreft leeftijd een sterke groei is in het aantal 65+'ers (+14,5%) en ook in het aantal 45- tot 64-jarigen (+8,2%). Het aantal 20- tot 29-jarigen (-5,0%) en 30- tot 44-jarigen (-2,6%) neemt echter af ten opzichte van 2012.

Wat betreft etniciteit blijkt dat het aantal autochtone Hagenaars van 19 jaar en ouder in 2020 afneemt ten opzichte van 2012. Alle overige herkomstgroepen stijgen in aantal. De grootste

stijging is te zien bij de groep overig niet-westerse allochtonen van 19 jaar en ouder (+32%). Ook de groep Turkse, Marokkaanse en overig westerse Hagenaars van 19 jaar en ouder stijgen aanzienlijk met meer dan 20%. De groep Surinaamse Hagenaars van 19 jaar en ouder stijgt bescheiden met 3%. Ook de gemiddelde leeftijd van de verschillende herkomstgroepen zal veranderen in 2020. In 2012 varieerde de gemiddelde leeftijd van 50,4 jaar voor de Indonesische Hagenaars tot 28,1 jaar voor de groep Turkse Hagenaars. De prognose is dat in 2020 de gemiddelde leeftijd bij alle herkomstgroepen is toegenomen, behalve bij de groep overig westerse allochtone Hagenaars en de groep Oost-Europese Hagenaars. Ook in 2020 blijft de groep Indonesische Hagenaars de oudste bevolkingsgroep in Den Haag met een gemiddelde leeftijd van 52,7 jaar. Zij worden gevolgd door de autochtone Hagenaars (43,8 jaar) en Surinaamse Hagenaars (41,2 jaar). In 2020 vormen de Oost-Europese Hagenaars gemiddeld de jongste bevolkingsgroep in Den Haag met een gemiddelde leeftijd van 29,7 jaar.<sup>1</sup> Kortom, volgens de prognose zal de samenstelling van de Haagse bevolking aanzienlijk veranderen wat betreft etniciteit en leeftijd. Hierna volgt een beschrijving van de mogelijke gevolgen ervan voor de volksgezondheid in Den Haag.

### Methode toekomstverkenning gezondheid Hagenaars in 2020

Er zijn twee methoden om de toekomst van de volksgezondheid te verkennen: een demografische prognose of het doortrekken van trends. Bij een demografische prognose wordt nagegaan wat het effect is van toekomstige ontwikkelingen in omvang en samenstelling van de bevolking op het voorkomen van bepaalde

ziekten en aandoeningen in de toekomst. Bij het doortrekken van trends wordt de waargenomen trend uit het verleden doorgetrokken naar de toekomst. Bij beide methoden wordt geen rekening gehouden met medische ontwikkelingen, bijvoorbeeld een nieuwe behandeling voor diabetes of met wijzigingen in (volksgezondheids)beleid. Voor de Haagse toekomstverkenning is gekozen voor de demografische prognose, vooral omdat er onvoldoende uniforme gezondheidsgegevens beschikbaar waren voor een trendanalyse.<sup>2</sup> Dit betekent dat er geen rekening is gehouden met een al zichtbare af- of toename in het voorkomen van een bepaalde ziekte of aandoening. Er is alleen rekening gehouden met de huidige prevalentie. De berekeningen zijn gemaakt aan de hand van een werkmethode (toolkit) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), die dergelijke toekomstverkenningen maakt op landelijk niveau. Voor de berekeningen is onder andere gebruik gemaakt van de cijfers uit de hierboven beschreven Haagse bevolkingsprognose. Voor het voorkomen van ziekten zijn gegevens uit de Gezondheidsenquête uit 2012 gebruikt.<sup>3</sup> Deze cijfers gelden voor zelfstandig wonende Hagenaars van 19 jaar en ouder en zijn toegepast op de verwachte bevolkingsaantallen in 2020. Hierbij is rekening gehouden met leeftijd en herkomst. Immers, zoals al vermeld komen bij sommige herkomstgroepen bepaalde ziekten en aandoeningen vaker voor. Ook is het zo dat bepaalde aandoeningen en ziekten vaker voorkomen op hogere leeftijd. Uiteraard zijn er meer demografische kenmerken die van belang kunnen zijn, bijvoorbeeld geslacht. De beschikbare gegevens hadden echter beperkingen: indien ook geslacht werd meegenomen waren een paar groepen te klein om het voorkomen van bepaalde ziekten en aandoeningen te kunnen berekenen.

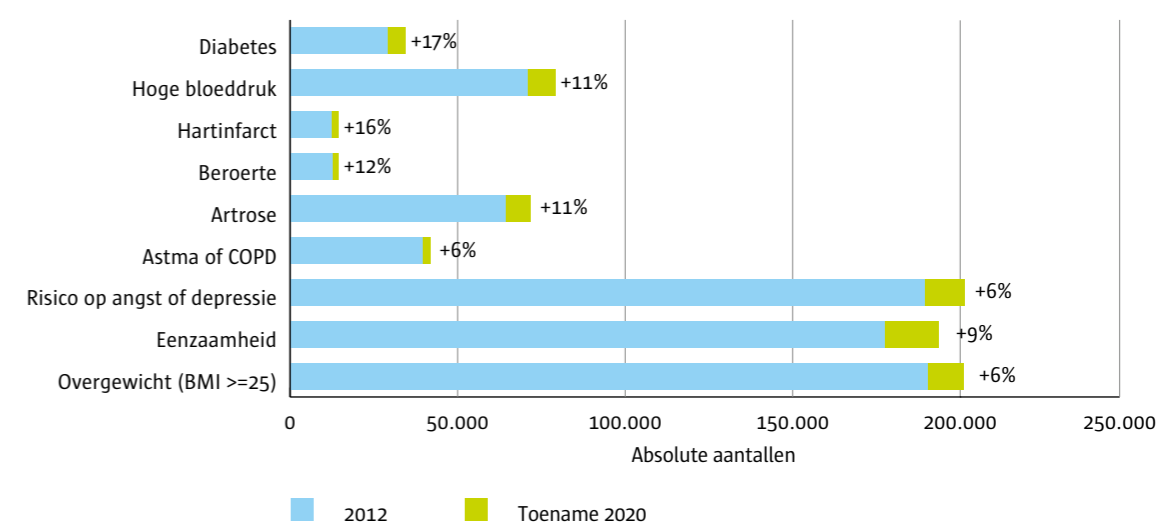
In dit artikel wordt een aantal indicatoren gepresenteerd. Allereerst de ziekten en aandoeningen die volgens de landelijke toekomstverkenning van het RIVM belangrijk (zullen) zijn en waar de cijfers van beschikbaar waren op Haags niveau.<sup>4</sup> Daarnaast zijn er de ziekten en aandoeningen die in de 'Gezondheidsmonitor Den Haag 2014' naar voren kwamen omdat ze in hoge mate voorkomen in Den Haag.<sup>5</sup> De resultaten zijn in drie categorieën ingedeeld. Ten eerste de veranderingen tussen 2012 en 2020 in absolute aantallen. Vervolgens de relatieve (of procentuele) stijging van de ziekten en aandoeningen. Dit omdat bij aandoeningen die weinig voorkomen de verandering in absolute aantallen klein kan zijn, maar procentueel gezien kan dit toch een grote verandering zijn met grote gevolgen. Ten derde het voorkomen van de ziekten en aandoeningen in 2020, zodat het duidelijk is welke ziekten en aandoeningen volgens deze toekomstverkenning het meest zullen voorkomen in 2020.

### Resultaten toekomstverkenning gezondheid Hagenaars in 2020

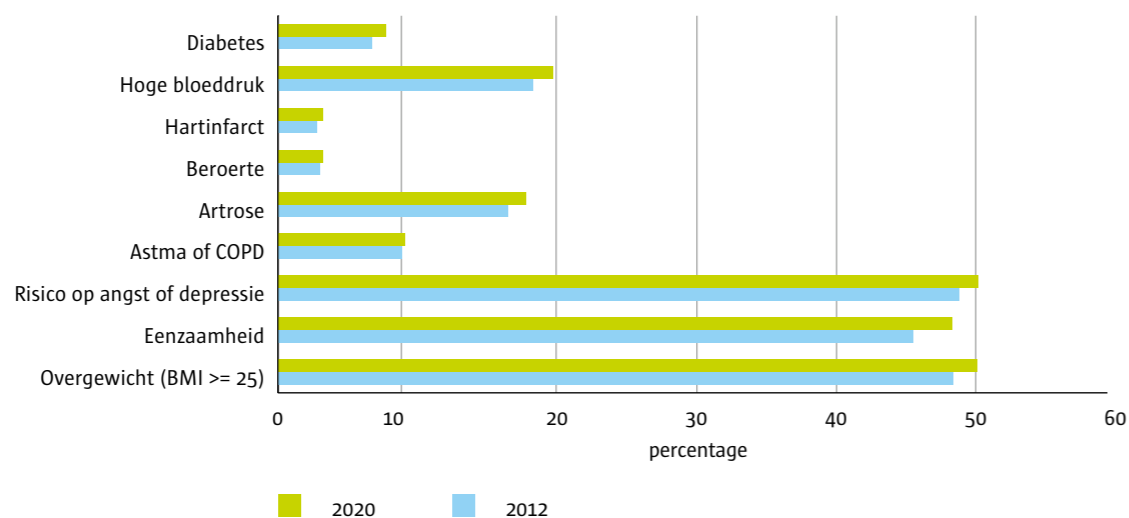
#### Stijging in absolute aantallen

Kijkend naar de absolute aantallen, dan neemt eenzaamheid het meest toe (figuur 1). In vergelijking met 2012 zal het aantal Hagenaars van 19 jaar en ouder met eenzaamheid stijgen met ruim 15.000 personen in acht jaar tijd. Ook het aantal Hagenaars met overgewicht of een matig of hoog risico op angst en depressie zal sterk toenemen (overgewicht met ongeveer 12.000 personen, risico op angst en depressie met ruim 11.000 personen). Het aantal Hagenaars met een hoge bloeddruk zal stijgen met ongeveer 8.000 personen en het aantal Hagenaars met gewrichtsslijtage met ongeveer 7.000 personen.

**Figuur 1:** Het voorkomen van ziekten en aandoeningen in 2012 met de geschatte toename voor 2020 in absolute aantallen en procenten voor Hagenaars van 19 jaar en ouder. Den Haag 2012-2020.



**Figuur 2:** Het voorkomen van ziekten en aandoeningen in 2012 en schattingen voor 2020. Den Haag 2012-2020.



Diabetes neemt iets minder toe met ongeveer 5.000 personen. Astma of COPD, hartinfarct en beroerte stijgen het minst in absolute aantallen (tussen de 1.500 en 2.300 personen).

#### Relatieve of procentuele stijging

In procentueel opzicht ontstaat een ander beeld van de ziekten en aandoeningen die het meest toenemen. Diabetes zal relatief gezien het meest toenemen tussen 2012 en 2020 met 17%. Hierna volgt hartinfarct met 16%. Beroerte, gewrichtsslijtage en hoge bloeddruk kennen een toename van rond de 11%. Eenzaamheid neemt toe met ongeveer 9%, terwijl overgewicht, risico op angst en depressie en astma of COPD het minst toenemen met ongeveer 6% (figuur 1 op pagina 19).

*In 2020 zal ongeveer de helft van de Hagenaars van 19 jaar en ouder te maken hebben met overgewicht, risico op angst of depressie of eenzaamheid*

#### Voorkomen in 2020

In 2020 zal ongeveer de helft van de Hagenaars van 19 jaar en ouder te maken hebben met overgewicht, risico op angst of depressie of eenzaamheid (figuur 2). Dit zijn ongeveer 200.000 personen. Hierna volgen hoge bloeddruk en artrose. Astma of COPD komt voor bij ongeveer 10%. Diabetes, hartinfarct en beroerte komen voor bij minder dan 10% van de Haagse bevolking van 19 jaar en ouder.

#### Conclusie en discussie

Uit de Haagse bevolkingsprognose blijkt dat het inwoneraantal van Den Haag in 2020 met 3,3% zal zijn toegenomen ten opzichte

van 2012. Voor de gepresenteerde aandoeningen en ziekten is de toename in procentueel opzicht in deze periode echter hoger. Dit is het gevolg van de keuze om rekening te houden met leeftijd en herkomst. De grote stijging van de absolute aantallen voor eenzaamheid komt bijvoorbeeld omdat eenzaamheid vaak voorkomt onder 65+'ers en niet-westerse allochtonen. Juist deze groepen zullen groeien volgens de bevolkingsprognose.

Belangrijke kanttekening bij deze toekomstverkenning is het feit dat een aantal factoren onzeker is. Ten eerste is gewerkt met gegevens van een bevolkingsprognose, waarbij wordt uitgegaan van een aantal aannames/(gekwantificeerde) veronderstellingen. Het is bijvoorbeeld nog onduidelijk of de toestroom van migranten uit de MOE-landen van de afgelopen jaren continueert of dat deze in de nabije toekomst weer afneemt. De Haagse prognose volgt in deze de nationale CBS prognose.<sup>1</sup> Ten tweede wordt bij het doorrekenen van de cijfers over het voorkomen van de verschillende ziekten en aandoeningen de aanname gedaan dat het voorkomen in de onderscheiden groepen in de tijd gelijk blijft. In werkelijkheid kan het voorkomen van aandoeningen ook veranderen door een wijziging in het voorkomen van bepaalde risicofactoren of door medische ontwikkelingen. Een goed voorbeeld hiervan is overgewicht: doordat het aantal mensen met overgewicht in de laatste tien jaar is toegenomen zal het aantal personen met diabetes, dat samenhangt met overgewicht, nog sneller stijgen in de toekomst dan op basis van demografische ontwikkelingen alleen is te verwachten.<sup>2</sup> Ten derde is bij deze toekomstverkenning rekening gehouden met etniciteit en leeftijd, maar zijn er ook andere factoren te bedenken die invloed kunnen hebben op het voorkomen van ziekten en aandoeningen. Zo stelt de Haagse bevolkingsprognose ook dat het aantal eenpersoonshuishoudens zal toenemen in Den Haag. Dit kan bijvoorbeeld invloed hebben

op het voorkomen van eenzaamheid. Alle genoemde ziekten en aandoeningen in deze toekomstverkenning vertonen een stijging. Ook overgewicht zal volgens onze toekomstverkenning toenemen. Dit komt niet overeen met de meest recente landelijke Volksgezondheid Toekomst Verkenning van het RIVM.<sup>6</sup> Hier wordt namelijk een stabilisatie van overgewicht voorspeld. Dit heeft te maken met het feit dat het RIVM een andere methode heeft gebruikt, namelijk een trendanalyse en hier ook andere factoren in heeft meegenomen.<sup>6,7</sup> Het RIVM voorspelt ook een stijging in aantal chronisch zieken, waarbij wordt gesteld dat de meeste ziektelast zal komen door psychische stoornissen en hart- en vaatziekten.

Concluderend geeft deze toekomstverkenning ondanks de onzekere factoren, een indicatie van het voorkomen van bepaalde ziekten en aandoeningen in Den Haag in 2020. Eenzaamheid, angst en depressie en overgewicht zijn en blijven aandoeningen die veel voorkomen en aandacht blijven vragen. Eenzaamheid en overgewicht zullen in 2020 beide bij ongeveer de helft van de Haagse bevolking van 19 jaar en

*De gemeente zal in samenwerking met de partners in de stad een stevige preventiestructuur neer moeten zetten*

ouder voorkomen. Eenzelfde aantal Hagenaars zal een verhoogd risico hebben op angst en depressie. Door de stijging van het aantal mensen met deze ziekten en aandoeningen zullen de ziektelast en zorgkosten in 2020 flink zijn toegenomen.

Al jaren werkt Den Haag aan het bevorderen van de gezondheid van haar inwoners en daarmee het voorkomen van ziekten. De prognose die dit artikel laat zien, geeft aan dat deze inzet de komende jaren nodig blijft en moet worden versterkt. De gemeente zal in samenwerking met de partners in de stad een stevige preventiestructuur neer moeten zetten, waarin met een passend aanbod op de stijging aan problematiek/ziekten en daarmee gepaard gaande kosten wordt gereageerd.

#### REFERENTIES

- 1 Gemeente Den Haag/DSO/Programmamanagement, Strategie en Onderzoek. **Bevolkingsprognose Den Haag 2013**. Den Haag, januari 2014/november 2013.
- 2 Poos MJJ, Eysink PED. **Demografische prognose**. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Toolkit regionale VTV. Bilthoven: RIVM, www.toolkitvtnl Toolkit regionale VTV/Inhoud/Toekomstverkenning, 16 november 2007. Geraadpleegd 3 juni 2014.
- 3 Gemeente Den Haag/GGD Haaglanden/Afdeling Epidemiologie. **Gezondheidsenquête 2012**. Den Haag, 2012.
- 4 Hoeymans N, Melse JM, Schoemaker CG. **Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de VTV2010. Van gezond naar beter**. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), maart 2010.
- 5 Gemeente Den Haag/GGD Haaglanden/Afdeling Epidemiologie. **Gezondheidsmonitor Den Haag 2014**. Den Haag, januari 2014.
- 6 Hoeymans N, Van Loon AJM, van den Berg M, Harbers MM, Hilderink HBM, Van Oers JAM, Schoemaker CG. **Een gezonder Nederland. Kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014**. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), juni 2014.
- 7 Hilderink H, In 't Panhuis-Plasmans M, Kommer GJ, Hoeymans N. **Methodologie trendscenario VTV-2014**. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), juni 2014.

#### OVER DE AUTEURS

**Mw. N.S. Karamali MSc, mw.dr. M.P.H. Berns en drs. A. van Dijk** zijn allen epidemiologisch onderzoeker bij GGD Haaglanden. E-mail: nasra.karamali@ggdhaaglanden.nl

In de rubriek Gezondheid in cijfers belichten we kort een onderwerp met betrekking tot de gezondheid van de inwoners van de regio Haaglanden.

# Ervaren gezondheid

Driekwart van de volwassen inwoners in Haaglanden ervaart de eigen gezondheid als goed tot zeer goed.<sup>1</sup> Dit is iets minder dan gemiddeld in Nederland (77%). Binnen Haaglanden varieert het percentage dat de eigen gezondheid als (zeer) goed ervaart van 73% in Den Haag en Rijswijk tot 85% in Midden-Delfland en Pijnacker-Nootdorp (figuur 1).

Het percentage Haagse inwoners dat de gezondheid als goed of zeer goed beoordeelt is vergelijkbaar met het percentage in Rotterdam, en ligt lager dan in Amsterdam (75%) en Utrecht (78%). Vrouwen, 65-plussers, allochtonen met een niet-westerse herkomst, lager opgeleiden, mensen met een laag

inkomen en alleenstaanden hebben gemiddeld genomen een minder goed oordeel over de eigen gezondheid.

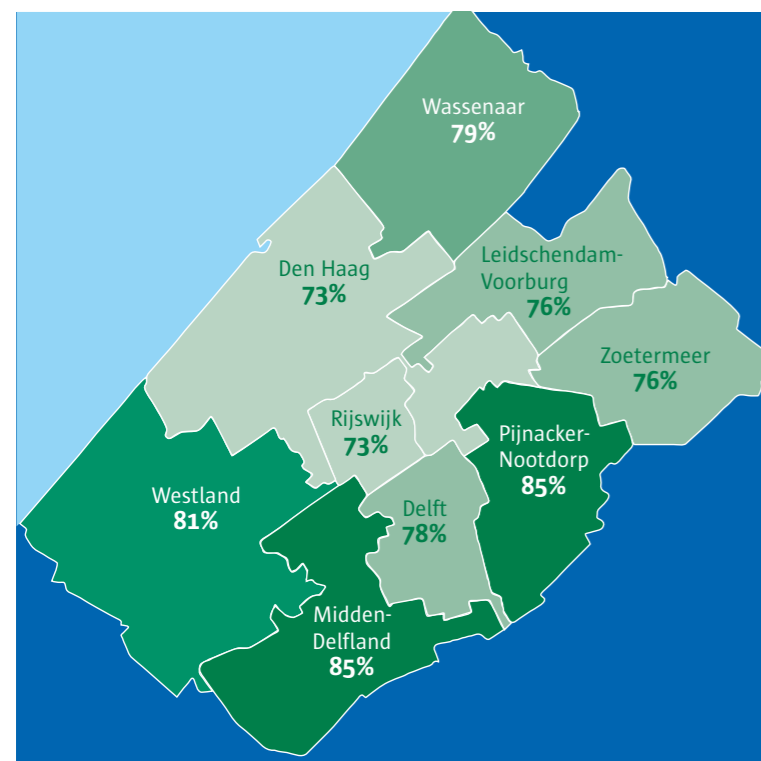
*Driekwart van de volwassenen is positief over de eigen gezondheid*

De ervaren gezondheid zegt iets over de eigen beleving van de eigen lichamelijke of psychische gezondheid. Op groepsniveau geeft het een goede indruk van de werkelijke gezondheid. Deze cijfers zijn afkomstig uit de Gezondheidsenquête 2012. Meer informatie over de gezondheid van inwoners in Haaglanden is te vinden op [www.ggdhaaglanden.nl/publicaties](http://www.ggdhaaglanden.nl/publicaties).

## REFERENTIES

<sup>1</sup> Bron: Gezondheidsenquête 2012

**Figuur 1.** Percentage volwassenen dat de eigen gezondheid als (zeer) goed ervaart, naar gemeente.



## GGD ondersteunt scholen en verenigingen bij vliegramp

Scholen en verenigingen kunnen bij de GGD terecht met vragen over psychosociale hulpverlening naar aanleiding van de vliegramp in de Oekraïne. Op donderdag 24 juli heeft GGD GHOR Nederland in samenwerking met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) speciaal voor procesleiders psychosociale hulpverlening (PSH-procesleiders) en crisis-coördinatoren een informatiebijeenkomst over de vliegramp georganiseerd.

GGD GHOR Nederland heeft daarnaast samen met het RIVM een helpdesk beschikbaar gesteld voor PSH-procesleiders en crisis-coördinatoren. Hier kunnen inhoudelijke vragen gesteld worden, maar ook vragen om afstemming of om te klankborden. De help-desk is bereikbaar via het cGM-platform (via Viadesk) en via GGD Kennisnet. Scholen kunnen voor advies of ondersteuning contact opnemen met een lokale GGD in de buurt. Voor nabestaanden van de slachtoffers, en ook voor de kringen om hen heen, is er door Slachtofferhulp Nederland en Stichting Arq een speciaal online forum opgericht: [www.vliegrampoekraïne.nl](http://www.vliegrampoekraïne.nl).

## Wijkverpleegkundige zorg nodig in achterstandswijken

Wijkverpleegkundigen krijgen hun oude rol weer terug. Ze worden een verbindende schakel in de wijk en zullen naast de thuiszorg die zij op indicatie bieden, patiënten preventief opzoeken en zelf bepalen welke zorg daar nodig is. Voor wijken in Den Haag is nu onderzocht hoeveel wijkverpleegkundigen met deze nieuwe, preventieve taak nodig zijn. Deze zorg is vooral nodig in achterstandswijken.

Veel mensen weten de weg naar de zorg niet te vinden, waardoor relatief kleine gezondheidsproblemen steeds groter worden en uiteindelijk alleen met specialistische dure hulp kunnen worden verholpen of behandeld. De wijkverpleegkundige kan laag-

drempelige zorg bieden om dit voor te zijn. Op aangeven van de huisarts, het maatschappelijk werk of buurtwerk, kan zij eens poolhoogte nemen bij een patiënt. Die taak is omschreven in het programma Zichtbare Schakel van ZonMw, waarvoor de overheid 10 miljoen euro per jaar heeft gereserveerd. "Wijkverpleegkundigen krijgen weer de rol die ze van oudsher hadden. Dit moet leiden tot beter samenhangende zorg, het verbinden van preventie en zorg, wonen en welzijn op wijkniveau, zodat kwetsbare mensen met een sociaaleconomische en gezondheidsachterstand de weg vinden naar hulpinstanties of zorg en niet te lang met hun problemen blijven lopen", aldus prof. Dinny de Bakker van het Nederlands instituut voor onderzoek

van de gezondheidszorg (NIVEL). "Wijkverpleegkundigen met deze zogeheten zichtbare schakeltaken hebben een sterk signalerende en bindende functie en zij vullen daarmee het gat dat is ontstaan na de invoering van de indicatiestelling voor verpleging en verzorging." Het NIVEL deed samen met Pro Zorg voor ZonMw onderzoek naar sociaal demografische factoren die het benodigde aantal wijkverpleegkundigen voor preventieve taken in een wijk kunnen voorspellen. Veruit de belangrijkste bepalende factor blijkt de mate van achterstand van de wijk.

Bron: [www.nivel.nl/nieuws](http://www.nivel.nl/nieuws) dd 08-07-2014

## Landelijk F-ACT congres 2014

Het twaalfde landelijke F-ACT congres heeft als thema: Minder patiënten met een Ernstige Psychiatrische Aandoening in de FACT-teams: een utopie? Het accent ligt op de laatste ontwikkelingen in de sector. Er is aandacht voor de verruiming van de POH-GGZ-functie, de inrichting van de generalistische Basis GGZ en de sociale wijkteams. Er zullen minder mensen doorverwezen worden naar de tweedelijns. De verwachting is dat de EPA-doelgroep in FACT kleiner zal worden door een sterker accent op rehabilitatie en herstel en de uitstroom naar de huisarts/basis GGZ en de sociale wijkteams. Hoe zal dit in de praktijk gaan? Dagvoorzitter is Jan Ykema, schaatstrainer en spreker (ook wel bekend van de biografie 'Jan Ykema, pikstart, verslaving en comeback van een hypersprinter').

Datum: 18 september 2014

Organisator: GGZ Friesland/F-ACT Nederland

Locatie: Abe Lenstra Stadion, Heerenveen

www.ggzfriesland.nl/f-act-congres

## Studiemiddag Aanpak seksueel geweld

GGD Haaglanden organiseert op 6 november 2014 de jaarlijkse studiemiddag over de aanpak van seksueel geweld in regio Haaglanden. De middag is bedoeld voor professionals in de hulpverlening en het onderwijs, werkzaam in regio Haaglanden. Deelname is gratis.

De middag bestaat uit twee workshoprondes met de volgende thema's:

- Plegers van zedendelicten en hun familie
- Signaleren en bespreekbaar maken van seksueel geweld in partnerrelaties
- Gedwongen prostitutie
- Maatschappelijke onrust bij zedenzaken
- Praten over seks.

Locatie: Concordia Theater & Zalen, Den Haag

Voor vragen: Ellen Boszhard, projectleider seksueel geweld bij GGD Haaglanden.

E-mail: ellen.boszhard@ggdhaaglanden.nl

## 14de Congres Spoedzorg

Op 26 november 2014 vindt voor de veertiende maal het Congres Spoedzorg plaats. Het wordt een gevarieerd programma over recente, internationale, nationale en regionale ontwikkelingen in beleid, veld, crisiservaringen en onderzoek. Het ochtendprogramma is gevuld met plenaire presentaties en het middagprogramma telt tien workshops.

Tijdens het vorige congres in 2013 zijn veel visies op de spoedzorg gepresenteerd.

Tijdens het komende Spoedzorgcongres wordt gekeken naar de eerste (regionale) implementatieresultaten daarvan. De Nederlands situatie wordt gespiegeld aan de aanpak in Denemarken, een land met een kwalitatief hoog niveau in de spoedzorg. Tevens komt de vraag aan de orde of de reorganisatie (krimp) in de spoedzorg wel is afgestemd op het patiëntenaanbod tijdens rampen en crisissituaties.

Ook de laatste ontwikkelingen, lessen uit recente crisissituaties en spoedzorg in de komende jaren staan op het programma.

Datum: 26 november 2014

Locatie: Achmea Conferentie Center, Zeist  
Informatie: www.portal.juliuscentrum.nl

## Apotheken testen risico op hart- en vaatziekten

Vier apotheken binnen een samenwerkingsverband in Den Haag Zuid-West voerden in februari 2014 de Testdagen Apotheken uit. Daarmee kregen bewoners de mogelijkheid het risico op hart- en vaatziekten te laten testen. Dit kon al dan niet met begeleiding cq ondersteuning door de apotheek. De doelgroep was, in overleg met huisartsen, vastgesteld op inwoners tussen 30 en 60 jaar, die nog niet bekend waren met hart-of vaatziekten of diabetes. De vier apotheken bestrijken gezamenlijk een gebied met 33.000 inwoners. Er namen vijftien huisartsen en drie diëtisten deel.

De apotheken hebben zoveel mogelijk de namen en telefoonnummers van geïnteresseerden genoteerd en hen actief benaderd om deel te nemen aan het ondersteuningsconsult bij de apotheek. Naast het noteren van het gewicht en de BMI, werden de buikomtrek en bloeddruk

gemeten. Deelnemers zijn na het bepalen van het risico ingedeeld in 'Geen verhoogd risico, matig verhoogd risico en hoog risico'. De laatste twee groepen werd geadviseerd contact op te nemen met de huisarts.

De huisarts ontving een overdrachtsformulier. Meer dan 50% van de burgers die een folder afhaalden ontving een consult bij de apotheek voor het vaststellen van het hart- vaatrisico. Zij kregen een leefstijladvies en van hen werd 53% doorverwezen naar de huisarts wegens een matig- of hoog-risicovaststelling.

De Testdagen Apotheken zijn onderdeel van een landelijke pilot en zijn voorbereid door een stuurgroep van de KNMP, het NHG en de landelijke ROS'en (Regionale Ondersteunings Structuur). In dit geval is Haaglanden vertegenwoordigd door de ROS Stichting Lijn1.

Apotheken	Afname Folders	Consult Apotheek	Doorverwijzing naar huisarts
Bohemenvijk	25	16	12
Loosduinen	30	20	10
Akelei	15	6	1
Van Laaren	10	3	0
Totaal	80	45	23

## Campagne Wereld Alzheimerdag regio Haaglanden

Op zondag 21 september 2014 start de campagne rond Wereld Alzheimerdag regio Haaglanden. Deze startbijeenkomst is bedoeld voor mensen met (een vermoeden van) dementie, mantelzorgers, familieleden, zorg- en hulpverleners en belangstellenden uit Den Haag, Leidschendam-Voorburg, Rijswijk, Wassenaar en Zoetermeer.

Er is een programma met sprekers, muzikale optredens, een informatiemarkt en een foto-expositie. Deelname is gratis.

Plaats: Theater Diligentia, Den Haag  
Tijd: van 12.15 tot 16.00 uur  
Organisatie: Alzheimer Nederland afdeling Haaglanden en Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o.

Meer informatie zie [www.transmuralezorg.nl/denhaag/agenda](http://www.transmuralezorg.nl/denhaag/agenda)  
Of bij Heleen van Milligen, Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. E-mail: [heleen.vanmilligen@transmuralezorg.nl](mailto:heleen.vanmilligen@transmuralezorg.nl), telefoon (070) 700 00 84.

## 15 jaar Transmurale Zorg Den Haag e.o

Op 12 juni 2014 vierde de Stichting Transmurale Zorg Den Haag het 15-jarig bestaan. Samen met ongeveer 150 aanwezige zorgverleners, bestuurders, financierders en medewerkers van collega-organisaties is teruggeblikt en vooruitgekeken na 15 jaar ontwikkeling van de zorginfrastructuur in de Haagse regio.

De aanwezigen werden via een posterpresentatie op het perron langs de verschillende inhoudelijke sporen geleid, gevolgd door een symposium over de behoeften aan ondersteuning, netwerkstructuur en doorontwikkeling. Staatssecretaris Van Rijn feliciteerde de Haagse regio met 15 jaar Transmurale Zorg en benoemde de Haagse regio als voorbeeld voor Nederland. Directeur vanaf de oprichting, Mia van Leeuwen, overhandigde hem de eerste roadmap met de toelichting dat samenwerking in de zorg wordt vormgegeven door regionale afspraken in zorgketens en netwerken. Deze ketens en netwerken zijn de sporen, waarlangs de samenwerking vorm krijgt. Deze sporen doen onderweg verschillende stations aan. Gemeenschappelijke stations zijn de zorgvrager om mee te kunnen beslissen over hun zorgorganisatie, de kwetsbare burger met de vraag om samenhang van zorg, de ketenpartners en het belang van overdracht en kennis delen tussen zorgverleners.

Ook na 15 jaar blijft de uitdaging om in het veranderde zorglandschap nieuwe sporen te zoeken en stations aan te leggen. Meer informatie is te vinden op [www.transmuralezorg.nl](http://www.transmuralezorg.nl).

## Cursussen NSPOH

De Netherlands School of Public & Occupational Health is gespecialiseerd in hoogwaardig 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:

- Verkenning van de publieke gezondheidszorg: een module over publieke gezondheid, het onderscheid met de individuele of curatieve gezondheidszorg, belangrijke ontwikkelingen en de organisatie en financiering ervan.

Data: maandag 15, 22 en 29 september 2014.

- Conflicthantering en omgaan met agressie: een module voor sociaal geneeskundigen en andere professionals werkzaam in de public en occupational health. De training is gericht op het versterken van vaardigheden wat betreft conflict- en agressiehantering.

Data: woensdag 1 en 8 oktober 2014.

- Veranderen, samenwerken en procesmanagement, voor preventiemedewerkers, gezondheidsbevorderaars, verpleegkundigen, beleidsmedewerkers, projectleiders, programmamanagers met minimaal twee jaar werkervaring. Over de valkuilen in het samenwerkingsproces en meer sturing geven.

Data: dinsdag 4 en 18 november 2014.

- Kansen en effectiviteit van preventie, voor beleidsmakers, projectleiders, projectmanagers, afdelingsmanagers en onderzoekers in de volksgezondheid met een academisch denk- en werkniveau. Over de trends in gezondheidsbevordering, gezondheidsbescherming en ziektepreventie.

Data: vrijdag 7, 14 en 28 november, donderdag 4 en vrijdag 5, 12 en 19 december 2014.

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

## Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 2e kwartaal 2014

Ziekte	2e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 2e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	2e kwartaal 2014	2e kwartaal 2013	2e kwartaal 2012	1e t/m 2e kwartaal 2014	1e t/m 2e kwartaal 2013	1e t/m 2e kwartaal 2012
<b>a-ziekten</b>						
MERS-CoV	1			1		
Nieuwe Influenza A (H1N1)						
<b>b-ziekten</b>						
bacillaire dysenterie	3	2	15	10	10	23
buiktyfus	1	1		5	1	
Creutzfeld-J's disease	2			2	3	1
hepatitis A	2	4		5	6	2
hepatitis B chronisch *)	39	51	48	84	82	101
hepatitis C acuut	1			2		
kinkhoest	82	30	238	153	93	357
legionella pneumonie	3	4	2	7	6	3
mazelen	19			43	7	
meningokokkose	1	1	2	2	1	2
paratyfus A,B,C				3	1	1
tuberculose	25	21	** 25	44	37	47
voedselinfectie	1			1	2	4
invasieve GAS	1	2	1	1	4	3
West-Nilevirus					1	
brucellose						
<b>c-ziekten</b>						
E-coli 0157	2	9	20	2	17	31
leptospirose						
malaria		4	2	4	7	3
ornithose/psittacose			2		1	2
Q-koorts	1		1	1		1
rode hond						
bof	2	1	12	5	2	28
Listeriose	3	3	2	4	5	3
invasieve pneumokokken	1	1	1	1	3	3
inv. Haemophilus influenzae type b					1	1
MRSA					1	
<b>Totaal</b>	<b>190</b>	<b>134</b>	<b>371</b>	<b>380</b>	<b>291</b>	<b>616</b>

\*) inclusief dragers

\*\*) Dit aantal is een schatting ivm computerproblemen

Meldingen door instellingen

Aantal meldingen van uitbraken van twee of meer gevallen van bepaalde infectieziekten door instellingen die meldingsplichtig zijn conform art. 26 van de Wet publieke gezondheid.

Aandoening	AWBZ zorginstelling	Kinderopvang	Onderwijs- instelling	Ziekenhuis	Totaal
Anders	1	3	8		12
Huiduitslag	2	39	14	4	59
Luchtweginfectie	4	4	5		13
Maag-darm aandoening	18	4	2		24
<b>Totaal</b>	<b>25</b>	<b>50</b>	<b>29</b>	<b>4</b>	<b>108</b>

Toelichting overzicht pagina 26

Schurft in zorginstellingen in Den Haag

Schurft is een ongevaarlijke huidziekte die door een schurftmijt wordt overgebracht. Een van de belangrijkste verschijnselen is toenemende jeuk. Op de huid kunnen blaasjes en rode bultjes ontstaan, bijvoorbeeld tussen de vingers, polsen en voeten. Schurft is onder normale omstandigheden niet zo besmettelijk en wordt alleen via langdurig en direct huidcontact van de ene persoon op de andere persoon overgedragen. Bij de zeer besmettelijke vorm van scabiës (ook wel scabiës crustosa genoemd) kunnen de schurftmijten via kleine in de lucht zwevende huidschildertjes overgebracht worden. Verblijf in een ruimte, waarin de patiënt aanwezig is geweest, kan al voldoende zijn om de ziekte op te lopen. Na besmetting duurt het gemiddeld twee tot zes weken (tot maximaal tien weken) voordat men klachten krijgt. Sinds september 2013 ontving GGD Haaglanden vanuit verschillende zorginstellingen in Den Haag meldingen over patiënten met deze zeer besmettelijke vorm van schurft. Daarbij was het nodig om soms grote aantallen patiënten, medewerkers en bezoekers die in contact waren geweest met deze scabiëspatiënten, preventief te behandelen om verdere besmettingen te voorkomen. De rol van de GGD is hierbij met name gericht op advisering en preventieve behandeling van contacten buiten de instellingen. Bij bovenstaande meldingen zijn in de periode september 2013 tot 21 juli 2014 drie keer een ziekenhuis, vier keer een verpleeg- of verzorgingshuis en een keer een instelling van de geestelijke

gezondheidszorg betrokken. Opvallend is dat drie meldingen in verpleeg- en verzorgingshuizen in de laatste drie weken bij de GGD zijn binnengekomen. De afgelopen tien jaar hebben zich in Den Haag dergelijke incidenten niet voorgedaan. Of de huidige situatie te wijten is aan een verhoogde frequentie van scabiës in Den Haag is niet aantoonbaar. Immers, scabiës bij individuele patiënten hoeft wettelijk niet gemeld te worden bij de GGD. Wel schakelen huisartsen en specialisten de laatste jaren frequenter de GGD in om te helpen bij de aanpak van gewone scabiës in moeilijke thuissituaties. Bij het RIVM zijn heden uit de rest van Nederland geen meldingen gedaan van een verhoogd aantal meldingen van scabiës crustosa. In juni heeft GGD Haaglanden naar de huisartsen, ziekenhuizen en koepels van zorginstellingen in de regio een bericht gestuurd om de alertheid op scabiës te vergroten. De GGD wil graag met specialisten en sleutelfiguren uit de zorginstellingen een gezamenlijke strategie uitwerken om dit soort situaties te voorkomen.

Toelichting op de melding van MERS-coronavirus (MERS-CoV)

Het MERS-coronavirus veroorzaakt een uitbraak van ernstige luchtwegklachten in het Midden-Oosten (Saoedi-Arabië, Verenigde Arabische Emiraten Qatar, Oman en Jordanië). Sinds de ontdekking van het virus in 2012 zijn er wereldwijd 820 patiënten (26 juni 2014) met een laboratorium bevestigde infectie met MERS-CoV gemeld bij de World Health Organization (WHO).

Hiervan zijn 286 personen overleden. Enkele mensen zijn vanuit het Midden-Oosten na besmetting teruggekeerd naar Azië, Afrika, Europa en Amerika waar de diagnose vervolgens is vastgesteld.

Op 13 mei 2014 is het virus voor het eerst bij een Nederlandse patiënt vastgesteld. Deze patiënt was opgenomen in het Medisch Centrum Haaglanden te Den Haag. Het betrof een oudere patiënt met een onderliggend lijden, die een reis door Saoedi-Arabië heeft gemaakt en daar al op 1 mei de eerste klachten ontwikkelde. Zijn zus en medereisgenoot, woonachtig buiten de regio Haaglanden, is kort daarna ook ziek geworden en bij haar is deze diagnose eveneens gesteld.

GGD Haaglanden heeft met het betrokken ziekenhuis en in overleg met het RIVM de nauwe contacten van de patiënt binnen en buiten het ziekenhuis in kaart gebracht. De nauwe contacten buiten het ziekenhuis zijn door de GGD gedurende twee weken (tot 14 dagen na het laatste onbeschermd contact met de patiënt) gemonitord. Deze contacten is geadviseerd in deze periode twee keer per dag hun temperatuur te meten en alert te zijn op klachten. De GGD had hierover dagelijks telefonisch contact met deze mensen. Verder is er bij deze mensen op verschillende momenten twee keer bloed afgenomen en twee keer een keelkweek. Deze monsters zijn onderzocht op het virus. Dit onderzoek heeft geen aanwijzingen laten zien van overdracht van het virus naar deze contacten. Er zijn verder geen nieuwe ziektegevallen in Nederland aangetoond.

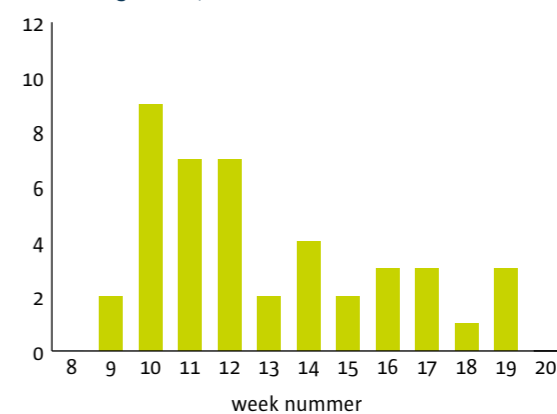
De MERS-CoV-uitbraak in het Midden-Oosten houdt aan. Veel mensen reizen tijdens de Hadj (in 2014 de laatste week september/eerste week oktober) naar

het Midden-Oosten. In lijn met de adviezen van de WHO, ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) en Saoedi-Arabië, adviseert ook de GGD mensen met een zwakke gezondheid (bijvoorbeeld door suikerziekte of chronische longaandoeningen, nierziekten, immuunstoornissen) met hun behandelend (huis)arts te overleggen of het maken van een reis naar Mekka op dit moment wel verstandig is. Daarnaast adviseert Saoedi-Arabië ook zwangeren, kinderen onder 12 jaar en ouderen boven 65 jaar de reis uit te stellen.

Mazelen 2014

De mazelenuitbraak van 2014 in de regio Haaglanden heeft geduurd van 28 februari tot 20 mei. Na 20 mei zijn er geen nieuwe gevallen meer gemeld bij de GGD. In totaal zijn er 46 mensen met mazelen gemeld. Drie personen woonden niet in de regio Haaglanden en worden daarom formeel niet meegenomen in de cijfers van de meldingsplichtige ziekten van GGD Haaglanden.

Figuur 1. Aantal nieuwe mazelen gevallen per week, GGD Haaglanden, 2014\*



\* De grafiek is gecorrigeerd ten opzichte van de grafiek uit het Epidemiologisch Bulletin 2014/2

Aan deze rubriek werkten mee:

E.J.M. de Coster, E.M. Huisman, K.B. Yap en Mw. D. van der Zande

## COLOFON

---

September 2014, 49ste jaargang nr. 3

## REDACTIE

---

**mw. dr. G.A.M. Ariëns**, GGD Haaglanden (kernredacteur)  
**mw. drs. R.J. Beuker**, GGD Haaglanden (kernredacteur)  
**dr. P.K. Chandie Shaw**, internist, Medisch Centrum Haaglanden  
**mw. E.M. van Dalen**, (redactiesecretaris/eindredacteur)  
**drs. M. Lemmink**, GGD Haaglanden  
**mw. dr. I.M. van der Meer**, GGD Haaglanden (kernredacteur)  
**prof. dr. B.J.C. Middelkoop**, arts, GGD Haaglanden (hoofdredacteur)  
**drs. L.M.J. Staal**, GGD Haaglanden (kernredacteur)  
**dr. R.J.J.E.T. Starmans**, huisarts  
**mw. M. van der Werff MSc**, Stichting Lijn 1  
**dr. R.P.F. de Winter**, ParnassiaGroep

## REDACTIEADRES

---

Redactieadres: GGD Haaglanden, Postbus 16130, 2500 BC Den Haag  
Bezoekadres: Westeinde 128, Den Haag  
Secretariaat EG: T 070 353 72 66, F 070 353 72 92  
E-mail: [jessica.roos@ggdhaaglanden.nl](mailto:jessica.roos@ggdhaaglanden.nl)  
*Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij mw. Roos*

**Epidemiologisch Bulletin op internet:**  
[www.ggdhaaglanden.nl/publicaties](http://www.ggdhaaglanden.nl/publicaties)

---

**Ontwerp:** Ontwerpwerk  
**Productie:** Intern Dienstencentrum  
**Fotografie:** GGD Haaglanden, Beeldbank Den Haag  
**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.

Op [www.awpgnzh.nl/epibul](http://www.awpgnzh.nl/epibul) kunt u aangeven of, en zo ja, hoe u (per post of digitaal) het Epidemiologisch bulletin kosteloos wilt ontvangen. 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 adresbestand te kunnen verwijderen.

ISSN 0921-6219



#### BEZOEKADRESSEN

Westeinde 128  
2512 HE Den Haag

Van Bleyswijkstraat 93e  
2613 RR 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](http://www.ggdhaaglanden.nl)