

Epidemiologisch Bulletin

JAARGANG 52

TIJDSCHRIFT VOOR VOLKSGEZONDHEID EN ONDERZOEK IN REGIO HAAGLANDEN

1

2017

VOLKSGEZONDHEID

Wethouder Minderhoud
uit Pijnacker-Nootdorp over **sport**
in het sociaal domein > p. 4

Tien jaar seksuele gezondheid > p. 7

Destigmatisering mensen met
psychische aandoeningen > p. 14

EPIDEMIOLOGIE

Gezondheid in cijfers > p. 21

IN DIT NUMMER

Redactioneel	3
Interview Bernard Minderhoud (Gemeentebelangen) wethouder voor Welzijn, sociale zaken, werk en inkomen, ouderen en zorg Pijnacker-Nootdorp Integreer sport in het sociaal domein <i>Liesbeth van Dalen</i>	4
Regionaal soa-centrum wordt Centrum Seksuele Gezondheid Tien jaar seksuele gezondheid bij GGD Haaglanden <i>Eveline Hendriksen en Maartje Keetman</i>	7
Arbeidsparticipatie en destigmatisering van mensen met psychische aandoeningen <i>Jaap van Weeghel</i>	14
Gezondheid in cijfers sexting jongeren	21
Korte berichten	22
Meldingen infectieziekten	28

Wilt u reageren op deze uitgave van het Epidemiologisch Bulletin?

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



Redactioneel

Als laatste in de serie interviews met wethouders uit de regio van GGD Haaglanden, is in deze uitgave Bernard Minderhoud van Pijnacker-Nootdorp aan het woord. Belangrijke speerpunten binnen het volksgezondheidsbeleid van zijn gemeente zijn alcoholgebruik, over- en ondergewicht en eenzaamheid. Ook deze gemeente denkt na over manieren om burgers meer te betrekken. Creativiteit speelt hierbij een sleutelrol: zo is daar het idee om sportfaciliteiten tijdens ongebruikte uren open te stellen ten behoeve van het sociale domein. Pijnacker-Nootdorp behoort binnen Nederland tot de gezondere gemeenten, maar ook daar is dus winst te boeken.

Het Regionaal soa-centrum Den Haag bestaat al weer tien jaar. Om verschillende redenen vindt de organisatie het tijd voor een naamsverandering. Maar het is ook tijd voor een terugblik. Hoe begon het, wat waren de ontwikkelingen in de afgelopen tien jaar en wat zijn de actuele plannen en ideeën? In deze aflevering van het Bulletin kunt u er alles over lezen.

Binnen de geestelijke gezondheidszorg maakt men zich ongerust over de stigmatiserende werking die een psychiatrische diagnose kan hebben. Het gevolg kan zijn dat mensen die zo'n diagnose hebben nog moeilijker kunnen participeren, onder andere op de arbeidsmarkt. Dat is niet alleen nadelig voor hun sociale positie, het is ook niet bevorderlijk voor hun geestelijke gezondheid en bovendien duur voor de samenleving. In dit nummer van het Epidemiologisch Bulletin wordt een - mede vanuit Den Haag opgezet - landelijk initiatief gepresenteerd dat zich richt op destigmatisering van mensen met een psychische aandoening.

Om deze aflevering van het Bulletin compleet te maken besteedt de rubriek 'Gezondheid in cijfers' dit keer aandacht aan het actuele probleem van 'sexting door jongeren', een online vorm van seksuele communicatie.

Integreer sport in het sociaal domein

Wie zich verdiept in de gemeente Pijnacker-Nootdorp met zijn ruim vijftigduizend inwoners krijgt een verrassend beeld. Als eerste valt op dat er relatief veel hoogopgeleiden, veel huishoudens met een hoog inkomen en veel gezinnen met kinderen wonen. Bovendien blijkt de gezondheid ten opzichte van regionale en landelijke cijfers op veel gebieden goed. Niet in de laatste plaats is Pijnacker-Nootdorp uniek omdat het tuinbouwdorp zich prima ontwikkelt te midden van een stedelijke omgeving. “Dat maakt het een heel interessante gemeente om in te wonen en te werken”, aldus de wethouder voor Welzijn, sociale zaken, werk en inkomen, ouderen en zorg, Bernard Minderhoud (Gemeentebelangen). Minderhoud wil als wethouder meer verantwoordelijkheden bij de burger (terug) leggen. Hij zal echter niet achteroverleunen, want soms stevig drankgebruik, eenzaamheid en gezond gewicht vragen volop gemeentelijke aandacht. Daarbij streeft hij naar normalisatie van de problematiek én integratie van sport in het sociaal domein.

Liesbeth van Dalen

Te fiets, per auto of met het openbaar vervoer: een inwoner van Pijnacker-Nootdorp is binnen een minuut of vijftien in Delft, Den Haag of Rotterdam. Daarmee vinden de inwoners het antwoord op hun behoeften op onder meer cultureel en uitgaansgebied en blijft de eigen woonomgeving groen en aantrekkelijk.

Tijd om de problematiek te normaliseren

Speerpunten in het volksgezondheidsbeleid zijn het tegengaan van soms fors drankgebruik, over- en ondergewicht en eenzaamheid. Op de vraag naar de effecten van zijn aanpak, wijst Minderhoud naar cijfers in de Jongerenenquête 2015 voor de gemeente Pijnacker-Nootdorp.¹ “Hieruit blijkt dat het binge-drinken lager is dan in 2010. We hebben er veel aandacht aan besteed en in samenwerking met de GGD, het jeugd- en jongerenwerk en de scholen, duidelijk laten zien wat er gebeurt als je alcohol drinkt. Zowel de jongeren zelf als hun ouders en de aanbieders, zoals de horeca en de sportverenigingen, hebben we hierover benaderd.”

Gezond gewicht is een ander speerpunt. Minderhoud maakt zich eigenlijk meer zorgen over ondergewicht dan over overgewicht, vooral onder jongeren. “Het aantal (te) dunne kinderen is groter dan het aantal (te) dikke kinderen. Gezinnen met hoogopgeleide tweeverdieners hechten veel waarde aan gezond en goed eten. De vraag is echter ‘wat is gezond?’ Er is een focus ontstaan van ‘je mag geen kroketje en geen suiker meer eten’. Hier moet echt een normalisatieslag plaatsvinden, ook de GGD kan hier een rol in spelen. Af en toe een plak ontbijtkoek met roomboter is echt niet ongezond.”

De inzet gebeurt vanuit een sterk netwerk van maatschappelijke partners en de kernteams. Ook het jeugd- en jongerenwerk heeft aandacht voor deze problematiek.

De cijfers over eenzaamheid laten zien dat zowel jongeren als ouderen zich soms matig tot ernstig eenzaam voelen. Enige nuance is volgens



Minderhoud op zijn plaats. “Elke jongere tussen de 14 en 16 jaar zal zich af en toe eenzaam voelen. Daar is de pubertijd ook een factor in. Wel zie ik soms alleenstaande ouderen, die vereenzamen. We moeten proberen die mensen bij elkaar te brengen om hun eenzaamheid op te lossen. Tegelijkertijd zijn er mensen die juist behoefte hebben aan rust. Zij zitten helemaal niet te wachten op bemoeienis van anderen. Daarom is goed luisteren heel belangrijk.”

Dankzij de sociale kernteams krijgen we als gemeente steeds meer grip op de behoefte aan zorg.

Behalve de genoemde speerpunten maakt Minderhoud zich ook sterk voor het doorbreken van het taboe om te praten over zowel homo- als heteroseksualiteit, niet alleen op school maar ook onder ouderen. Daarnaast is er aandacht voor situaties waarin sprake is van een combinatie van problemen. “Mensen met schulden bijvoorbeeld hebben relatief sneller gezondheidszorg nodig. Redenen daarvoor kunnen zijn rookgedrag, consumptie van alcohol en ongezonde eetpatronen. Dat kan de gemeente alleen niet zomaar veranderen. Daarom vind ik het heel goed dat bijvoorbeeld een kok als Jamie Oliver op televisie laat zien dat gezond eten helemaal niet zo duur hoeft te zijn.”

Integratie van sportverenigingen en het sociaal domein

Voor de toekomst hoopt Minderhoud op de integratie van sportverenigingen in het sociaal domein. “We hebben hier veel sportverenigingen, de animo om te sporten is groot. Deze locaties staan echter grote delen van de dag leeg. Dat vind ik zonde. Daarom gaan we samenwerken en willen we als gemeente faciliteiten bieden. Dan kan er veel meer dan nu het geval is. Dan zorg je voor verbinding, voor minder eenzaamheid, voor ontlasting van mantelzorgers en noem maar op. Sportverenigingen willen er graag aan meewerken en komen inmiddels zelf ook met initiatieven.”



Wethouder voor Welzijn, sociale zaken, werk en inkomen, ouderen en zorg in Pijnacker-Nootdorp, Bernard Minderhoud (Gemeentebelangen): “Ik maak me eigenlijk meer zorgen over ondergewicht dan over overgewicht, vooral onder jongeren.”

De kern van de gemeentelijke ‘Visie op het Sociaal Domein’ is het teruggeven van verantwoordelijkheden aan de inwoners. “De overheid heeft lange tijd veel dingen uit handen genomen en bepaald wat goed voor mensen is. Ook dat bedoel ik met normalisatie. Want wat iemand zelf kan, waarom zou hij dat niet zelf doen? Wij proberen hier daadwerkelijk zo te werken. Pas als het echt niet gaat, natuurlijk helpen we dan. Vervolgens geldt: eenmaal in zorg betekent niet altijd in zorg.”

Sociale wijkteams: grip op behoeften

In het kader van de decentralisatie van rijkstaken naar de gemeenten in 2014 heeft de gemeente Pijnacker-Nootdorp drie kernteams ingericht, namelijk in Delfgauw, Pijnacker en Nootdorp. “Ze zitten echt in de wijk, hebben overal voelsprietten en de samenwerking

met partners is heel goed. De disciplines versterken elkaar en kunnen zo nodig expertise elders vandaan halen. De winst is dat we als gemeente steeds meer grip krijgen op de behoefte aan zorg.”

De realisatie van de kernteams is nog steeds in ontwikkeling. “Het vraagt tijd om als gemeente zelf te bepalen hoe deze teams gaan werken in plaats van mee te gaan in een landelijke trend. Bovendien blijft het aan verandering onderhevig, omdat je de inwoners serieus neemt. Want behoeftes veranderen en daar moeten we snel op kunnen inspelen, dat maakt het een dynamisch proces. Deze kernteams passen bij onze werkwijze om verbinding te zoeken met de inwoners en hun behoeften te kennen, zodat je waar nodig daarin kunt voorzien.”

Aandacht voor GGD-taken

Bij het beleid en de aanpak ten aanzien genoemde problematiek, maar ook als het gaat om milieu-preventie, prijst Minderhoud zich gelukkig met een goede samenwerking met GGD. “Een dagdeel per week werkt een GGD-medewerker bij ons op kantoor om samen het gezondheidsbeleid vorm te geven en uit te voeren. Die samenwerking waarderen wij zeer en ervaren wij als bijzonder prettig.”

De fusie en bijbehorende afspraken tussen GGD Den Haag en GGD Zuid-Holland West dateren van voor het aantreden van wethouder Minderhoud medio 2014.

Inmiddels is hij is vice-voorzitter en penningmeester van het GGD-bestuur. Nieuw sinds de toen gemaakte afspraken is het toezicht op de WMO door GGD Haaglanden. Minderhoud kan er nog niet zo veel over zeggen. “Het is een nieuwe taak, we verwachten veel in korte tijd en ik vind het nog ‘te theoretisch’. Er heeft een eerste audit in onze gemeente plaats-gevonden, we wachten de rapporten af. Maar je krijgt pas echt zicht op de werkwijze als er een keer iets mis gaat. Dan kun je onderzoeken waar het aan ligt en kun je van fouten leren. We gaan in de komende evaluatie de GGD-taken herijken en kijken welke taken wettelijk zijn vastgelegd en welke niet. Zo zal er een nieuwe GGD ontstaan waar iedereen trots op kan zijn.”

Tot slot pleit de wethouder voor meer bekendheid onder de burgers over het werk van de GGD. “Nu wordt de GGD vrijwel alleen geassocieerd met de ambulance en enge ziektes. Het zou goed zijn als gemeenten en de GGD zelf naar buiten brengen wat het werk inhoudt, zodat mensen weten waarvoor ze bij de GGD terecht kunnen. Daar is werk aan de winkel.”

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

REFERENTIES

- 1 Gemeente Den Haag/ GGD Haaglanden. **Rapportage Gezondheid & Leefstijl Jongeren Pijnacker-Nootdorp 2016.**



Tien jaar seksuele gezondheid bij GGD Haaglanden

Tien jaar geleden ging het Regionaal soa-centrum Den Haag van start. Met vooral counseling in de spreekkamer zetten de medewerkers in op preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) en het koppelen van preventieve en curatieve inzet. Gaandeweg kwamen er steeds meer vragen over (on-)veilige seks in bredere zin aan de orde en groeide de inzet buiten het centrum. Hoewel dat nog niet geldt voor taboes rond soa's en hiv, is er de afgelopen tien jaar veel veranderd. Daarom is gekozen voor een nieuwe naam: Centrum Seksuele Gezondheid GGD Haaglanden. Arts Rob Huijsen, betrokken bij de oprichting en nog altijd werkzaam bij het soa-centrum, alsmede enkele samenwerkingspartners blikken terug en kijken vooruit.

Eveline Hendriksen en Maartje Keetman

Het Centrum Seksuele Gezondheid GGD Haaglanden is beschikbaar voor consultatie en expertise in de regio Haaglanden op het terrein van seksuele gezondheid. Het centrum adviseert gemeenten en instellingen over seksuele gezondheid en draagt met de individuele cliëntenzorg bij aan gelijke kansen op (seksuele) gezondheid voor alle burgers. Bij de uitvoering van de werkzaamheden heeft het centrum in het bijzonder oog voor kwetsbare groepen.

Eind 2004 presenteerde het ministerie van VWS een preventieplan voor soa's en hiv aan de Tweede Kamer. Het ministerie vond het tijd voor preventie van soa's en voor het koppelen van preventieve en curatieve zorg, onder andere door de oprichting van acht regionale soa-centra. Bovendien moest er beter worden samengewerkt in de eerste lijn rond soa's en hiv.^{1,2}

Rob Huijsen was destijds werkzaam bij de HIV-/AIDS-coördinatie van, toen nog, GGD Den Haag. Hij licht toe dat na een daling in de jaren negentig, het aantal soa's begin 2000 weer toenam. "Met de komst van HAART (highly active anti-retroviral therapy) was het mogelijk om hiv effectief te behandelen en het idee

bestond dat mensen daarom weer onveiliger gingen vrijen. Er leek sprake te zijn van een soort condoommoeheid."

Samen met zijn collega-arts Petra van Leeuwen zag hij het preventieplan van VWS en de opdracht een regionaal soa-centrum te starten als mooie kansen. "We hebben op dat moment beslissingen genomen die nog steeds leidend zijn voor de manier van werken en kregen daar ook de ruimte voor van de directie van de GGD. Zo wilden we dat de sociaal verpleegkundigen de consulten uitvoerden en de anamneses bij de cliënten afnamen. Het lichamelijk onderzoek zagen wij echter als medisch handelen en daarmee als verantwoordelijkheid van de arts. Bij GGD Amsterdam zijn het, bijvoorbeeld, wél de verpleegkundigen die dat doen."

Ook hielden alle verpleegkundigen zich bezig met curatie (het zien van cliënten) én preventie (voorlichtingen, projecten). De consulttijd werd vastgesteld op minimaal twintig minuten per cliënt, om zo in ieder gesprek aandacht te kunnen besteden aan seksueel gedrag en het voorkomen van soa's. "Het was ontzettend leuk om te bouwen aan een nieuwe



organisatie”, aldus Huijsen. “We dachten na over alle stappen die de cliënt binnen het soa-centrum moest doorlopen: van ontvangst tot bloedafname en vertrek.” Het ministerie van VWS subsidieerde de acht soa-centra via het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Groepen met een hoog risico op soa’s konden er gratis en anoniem terecht, voor zorg die aanvullend was op die van de huisarts. Alle cliënten werden getest op de ‘big five’: hiv, syfilis, hepatitis B, chlamydia en gonorrhoe (zie kader).

Sense

In januari 2007 opende het Regionaal soa-centrum Den Haag, gevestigd in een bijgebouw van het MCH Westeinde, de deuren. “Het was eigenlijk meteen druk”, vertelt Huijsen, “ondanks het feit dat we de publiciteit niet zo opzochten. In het eerste jaar zagen we 6000 cliënten, vooral via mond-tot-mondreclame. Het publiek was gemengd: van jongeren tot sekswerkers

en mannen die seks hebben met mannen (msm).” De blik van de medewerkers was eerst vooral naar binnen gericht: ze moesten de manier van werken in protocollen gieten, de puntjes op de i zetten. Huijsen: “We besteedden veel aandacht aan counseling in de spreekkamer. Hoe ga je in op iemands seksuele gedrag, hoe kan je een cliënt stimuleren om veiliger keuzes te maken? Later gingen we werken met motiverende gespreksvoering, een methode om een cliënt te ondersteunen bij gedragsverandering.”³ Behalve over soa’s en hiv en het voorkomen ervan, ging het in de spreekkamer ook al gauw over andere onderwerpen op het gebied van seksualiteit: anti-conceptie, seksuele voorkeur, seks tegen de zin enzovoorts. In 2008 kregen die ‘terloopse’ vragen een meer officiële plek binnen de soa-centra in Nederland. Om de seksuele gezondheid van jongeren te bevorderen, besloot het ministerie van VWS onder de naam Sense een landelijk dekkend netwerk van

Vindpercentage Big Five

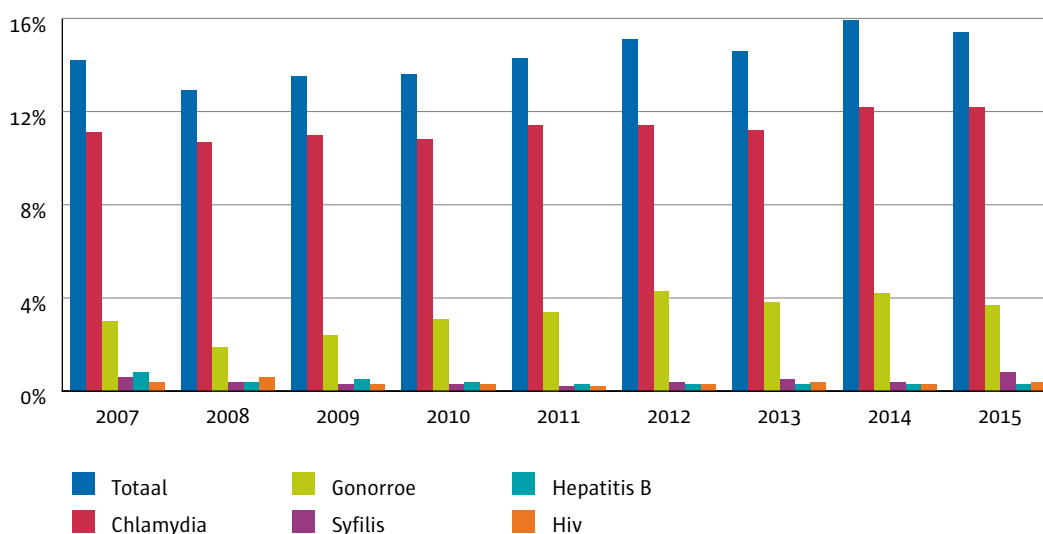
Het vindpercentage Big Five soa (chlamydia, gonorrhoe, syfilis, hepatitis B en hiv) steeg van 14,2% in 2007 naar 15,4% in 2015. Een mogelijke verklaring voor deze stijging is de toepassing van (strengere) triage.

Chlamydia is de meest voorkomende soa, met vindpercentages tussen de 12,9% en 15,9%. Chlamydia wordt vooral bij jongeren en dan met name bij vrouwen

en heteroseksuele mannen vastgesteld. Gonorrhoe is de tweede meest gediagnosticeerde soa, in de periode 2007-2015 werd in 1,9% tot 4,3% van de consulten de diagnose gonorrhoe gesteld en dan voornamelijk bij MSM (mannen die seks hebben met mannen).

De vindpercentages voor syfilis, hepatitis B en hiv liggen lager, tussen de 0,2% en 0,8%. Syfilis en hiv worden voornamelijk bij MSM vastgesteld.

Vindpercentage Big Five bij de soa consulten. Den Haag 2007-2015.



Aanvullende Seksualiteits Hulpverlening (ASH) te ontwikkelen en financieren.⁴ De artsen en sociaal verpleegkundigen van het soa-centrum volgden een gerichte opleiding om jongeren die hun vragen over seks niet aan de huisarts durfden voor te leggen, te kunnen helpen of doorverwijzen.

Gaysauna's en seksclubs

De medewerkers van het soa-centrum gingen ondertussen ook steeds vaker buiten de muren van het centrum aan het werk. Dat had volgens Huijsen te maken met het programma hepatitis B risicogroepen.⁵ “Cliënten met een hoog risico op hepatitis B konden wij kosteloos een vaccinatierreeks aanbieden. Die vaccinaties waren een manier om binnen te komen bij bijvoorbeeld gaysauna's en seksclubs en met de eigenaren in gesprek te raken. Zo bouwden we een netwerk op. Op een later moment zijn we 'op outreach' ook gaan testen op soa's en hiv.”

Die laatste ontwikkeling is niet de enige die Huijsen heeft gezien de afgelopen tien jaar. “Het RIVM heeft in 2015 de risicogroepen die in aanmerking komen voor een consult bij de soa-centra aangepast.⁶ Bovendien heeft de subsidieregeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg een plafond gekregen, wat voor ons betekent dat we niet meer dan 11.000 cliënten per jaar zien. Er ligt daarom steeds meer nadruk op triage: welke mensen moeten wij zien en wie kan er naar de huisarts voor een soa-consult?” Huijsen verwacht de komende jaren een verdere aanscherping van de triage. “Wij gaan onze zorgverlening vooral richten op mensen die kwetsbaar zijn wat betreft hun seksuele gezondheid, die zichzelf niet goed kunnen beschermen. Denk bijvoorbeeld aan mensen met een lage sociaal-economische status, die ons tot op heden nog niet goed weten te vinden. Als instelling voor publieke gezondheidszorg vinden we onze vangnetfunctie erg belangrijk.”

In de achterliggende jaren kwam er volgens Huijsen ook meer aandacht voor andere onderwerpen dan soa's en hiv in de spreekkamer. Huijsen: “Ik denk dat we gevoeliger zijn geworden voor thema's als seks tegen de zin bijvoorbeeld. De sociaal verpleegkundigen vragen daar in ieder consult naar en vaak grijpen cliënten dat moment aan om vervelende ervaringen te delen.”

Het soa-centrum heeft mede daarom besloten met ingang van 2017, rond het tienjarig bestaan, een naam aan te nemen die beter aansluit bij het huidige aanbod: Centrum Seksuele Gezondheid GGD Haaglanden.

Taboes

“Ik vind dat de taboes rond soa's en hiv de afgelopen tien jaar niet zo zijn veranderd”, vertelt Huijsen. “Cliënten blijven het lastig vinden om over de meest intieme details van hun leven in gesprek te gaan met een zorgverlener, ook al ligt seksualiteit nu meer 'op straat'. Het valt me ook op dat het nog steeds zwaar is voor onze sociaal verpleegkundigen om een cliënt te vertellen dat hij of zij hiv-positief is, ook al is er een goede behandeling voorhanden. Iemand zit levenslang vast aan die diagnose, die ook weer is omgeven met allerlei taboes.”

Naast de zorg voor kwetsbare mensen als belangrijk thema voor de toekomst, ziet Huijsen ook online hulpverlening als belangrijk onderwerp voor het Centrum Seksuele Gezondheid GGD Haaglanden. “Waar msm elkaar vroeger ontmoetten 'op de baan' (homo-ontmoetingsplekken), spreken ze nu af via apps als Grindr of websites als BullChat. Onze verpleegkundigen zijn regelmatig op die laatste site aanwezig om vragen over seksuele gezondheid te beantwoorden en mannen uit te nodigen voor het spreekuur of Testlab, een online testmogelijkheid.⁷ Ik verwacht dat deze vorm van outreach in de toekomst steeds vaker voor zal komen. Ook zullen we onze standpunten moeten bepalen ten aanzien van onderwerpen als chemsex (middelengebruik en het injecteren van drugs in een seksuele setting bij msm) en PrEP (het gebruiken van hiv-medicatie om een hiv-besmetting te voorkomen).”^{8,9}

Dit moet een plek blijven waar cliënten zonder angst over seks kunnen praten.

Trots

Partnerwaarschuwing, het in contact treden met sekspartners na het vinden van een soa, was altijd al een belangrijke taak van Huijsen en zijn collega's. “Ons doel is wel om het een vanzelfsprekend onderdeel te laten zijn van veilige seks. Je beschermt jezelf tegen soa's en ongewenste zwangerschap en je waarschuwt je sekspartners als je toch een soa hebt. Het Centrum Seksuele Gezondheid GGD Haaglanden kan andere professionals, zoals huisartsen, ondersteunen bij het uitvoeren van partnerwaarschuwing.”





De Haagse wethouder Zorg, Welzijn en Volksgezondheid, Karsten Klein (CDA) onthult de nieuwe naam: Centrum voor seksuele gezondheid GGD Haaglanden.

Regionale samenwerking met partners als ziekenhuizen en zedenpolitie is ook op andere gebieden, zoals beleid rond PrEP en seks tegen de zin, een belangrijke toekomstige taak voor het CSG GGD Haaglanden. Huijsen: “We hebben in tien jaar tijd veel expertise opgebouwd rond seksuele gezondheid, die we graag meer dan nu het geval is, met andere professionals willen delen.”

Hij is trots op het CSG GGD Haaglanden. “We werken hier allemaal op voet van gelijkheid samen aan seksuele gezondheid: artsen, sociaal verpleegkundigen, doktersassistenten en cliënten. Ik vind het belangrijk om dat de komende jaren vast te blijven houden en niet een medisch-technische instelling te worden. Dit moet een plek blijven waar cliënten zonder angst over seks kunnen praten. Want voor de meeste mensen is die vorm van intimiteit essentieel in hun leven.”

Soa Aids Nederland: seksualiteits-hulpverlening complexer

Marjo Taal is beleidsmedewerker voor GGD'en bij Soa Aids Nederland en al sinds 1988 werkzaam in het veld van de soa-bestrijding. “Met de komst van de acht landelijke soa-centra, kon Soa Aids Nederland het

ondersteunen van professionals meer structureel aanpakken”, vertelt ze. “Zo werkten we bijvoorbeeld mee aan het Kwaliteitsprofiel voor de soa-poliklinieken: wat is nu een goede standaard als je soa's wilt bestrijden?”¹⁰

Taal merkt dat er de afgelopen jaren meer aandacht is gekomen voor surveillance op het gebied van seksueel gedrag. “We weten langzamerhand steeds meer over de factoren die een rol spelen bij de keuze van mensen om (on-)veilig te vrijen. Wat niet betekent dat we daarmee de sleutel hebben gevonden tot minder risicovol gedrag.” Het is wel kennis die zorgverleners kunnen meenemen in motiverende gespreksvoering.³ Taal: “De cliënt speelt een meer autonome rol in het consult dan in de beginjaren. Was het eerst vooral de bedoeling iemand een condoom ‘aan te praten’, nu kijkt een zorgverlener samen met een cliënt naar wat er nodig is om tot veiliger seksueel gedrag te komen.”

‘Wat er nodig is’ kan volgens Soa Aids Nederland in de toekomst ook PrEP zijn. PrEP duidt op het profylactisch innemen van hiv-medicatie om besmetting met hiv te voorkomen.⁹ “Soa Aids Nederland wil dat PrEP wordt vergoed door de zorgverzekeraars, om het



beschikbaar en betaalbaar te maken voor de mensen die het nodig hebben”, legt Taal uit. “Bovendien willen we professionals ondersteunen bij het voorschrijven ervan.” Binnen Europa hebben Noorwegen en Frankrijk PrEP inmiddels beschikbaar gesteld. In Nederland loopt een studie naar de toepasbaarheid van PrEP: AMPrEP.¹¹

Wat ziet Taal verder als belangrijke ontwikkelingen op het gebied van seksuele gezondheid? “Ik ben een optimistisch mens, maar omdat we een steeds meer diverse samenleving worden, met uiteenlopende opvattingen over seks, ben ik bang dat seksualiteits-hulpverlening complexer zal worden. In het gedrang zou kunnen komen misschien, omdat de ‘politieke wind’ uit een andere richting waait. Het principe van ‘ieder voor zich’ komt steeds meer voorop te staan in de zorg.” Dat maakt samenwerking en verbinding tussen de nulde, eerste en tweede lijn extra belangrijk.

Die zaken zijn gelukkig al verbeterd in de afgelopen jaren, maar zouden nog veel meer tot bloei kunnen komen. We hebben elkaar nodig, juist in het veld van seksuele gezondheidsbevordering!”

RIVM: kijk naar toekomst seksuele gezondheidszorg

“De maximering van de subsidieregeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG) zie ik toch wel als een van de belangrijkste ontwikkelingen van de afgelopen jaren”.⁶ Aan het woord is Silke David, programmamanager soa en seksuele gezondheid bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. “De centra voor seksuele gezondheidszorg passen een strengere triage toe, omdat ze nog maar een bepaald aantal mensen per jaar kunnen zien. Dat leidt ertoe dat er meer soa’s worden gevonden. Tegelijkertijd is er ook veel aandacht in de media voor het feit dat

Soa-consulten

Sinds de start van het Regionaal soa-centrum Den Haag steeg het aantal soa-consulten van 6.488 in 2007 naar 11.647 in 2014. Vanwege de instelling van het financieel plafond aan de regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG) in 2015, zijn er dat jaar 10.588 soa-consulten gehouden.

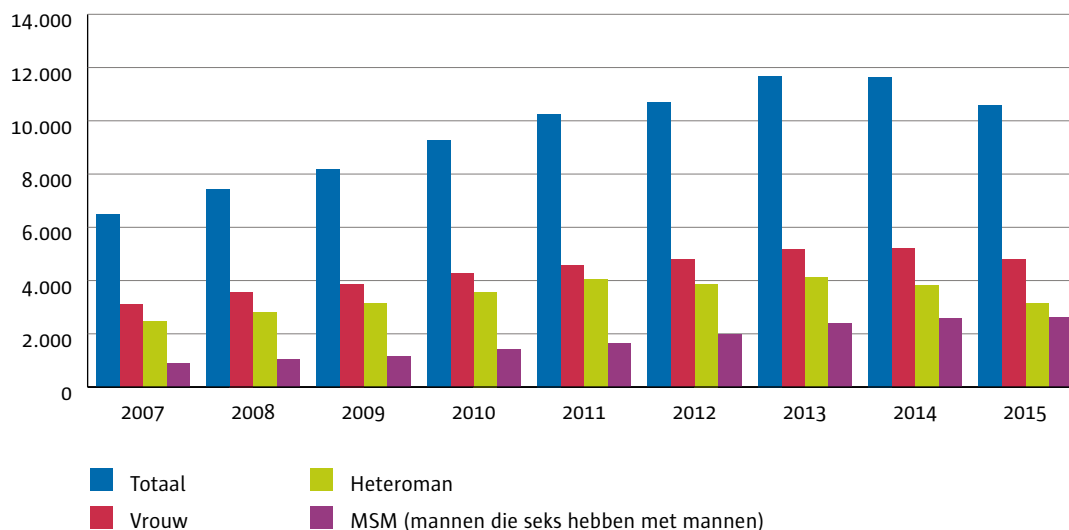
Het aandeel mannen en vrouwen onder de bezoekers bleef over de jaren redelijk stabiel (vrouwen: 48% in 2007; 45% in 2015). Er is echter een duidelijke

verschuiving te zien naar seksuele voorkeur.

Het aandeel mannen die seks hebben met mannen (MSM) steeg van 14% in 2007 naar 25% in 2015, het aandeel heteromannen daalde van 38% in 2007 naar 30% in 2015.

Tevens is er een verschuiving te zien in de leeftijd. Het aandeel jongeren (tot en met 24 jaar) steeg van 40% in 2007 naar 49% in 2015. Dit heeft mogelijk te maken met de toepassing van (strengere) triage en het opzetten van campagnes meer gericht op jongeren.

Het aantal soa-consulten naar geslacht en seksuele voorkeur. Den Haag 2007-2015.





Centrum Seksuele Gezondheid

GGD Haaglanden

Het nieuwe logo en de nieuwe naam van het soa-centrum.

niet iedereen in aanmerking komt voor een gratis soa-test. De zorg in het kader van de ASG-regeling was altijd al bedoeld voor kwetsbare groepen op het gebied van seksuele gezondheid, maar dat komt nu meer voor het voetlicht.”

David vertelt verder. “Nu de bomen niet meer tot in de hemel rijken, moeten we zien welke oplossingen we kunnen bedenken om de seksuele gezondheidszorg die aanvullend is op die van de huisarts, goed vorm te geven. Denk aan e-health. Wellicht kunnen we via online hulpverlening groepen bereiken die we nu matig bereiken, zoals jongens. We moeten steeds in beweging blijven. De online kanalen die met name jongeren gebruiken, veranderen constant.”

Binnen enkele jaren zal de ASG-regeling in de huidige vorm ophouden te bestaan. Seksuele gezondheidszorg zal dan mogelijk worden gefinancierd via de gemeenten vanuit het gemeentefonds. David: “Deze ontwikkeling dwingt ons om nog beter te kijken naar de dingen die we doen. We zien, bijvoorbeeld, een stijging van het aantal syfilis-gevallen en krijgen in de toekomst te maken met antibioticaresistentie in de vorm van gonorrhoe-bacteriën die niet meer op behandeling reageren. De vraag is hoe we daar mee om willen gaan.”¹² In dat kader vindt David het van belang dat GGD-en nu alvast contacten leggen met gemeenten met betrekking tot de (toekomst van de) seksuele gezondheidszorg.

Hiv-consulenten: het virus zo snel mogelijk onderdrukken

“Tien jaar geleden had hiv ook al de status van een chronische aandoening”, vertelt hiv-consulent Jan Geilings, “maar nu lijkt dat besef nog meer te zijn doorgedrongen.” Hij is werkzaam in de HagaZiekenhuis in Den Haag en heeft in die rol ook te maken met het Centrum Seksuele Gezondheid GGD Haaglanden. Voor zijn collega in het Haaglanden Medisch Centrum,

Lia Meerkerk, geldt hetzelfde en ze deelt Geilings’ analyse. “Als patiënten goed zijn ingesteld op medicatie, komen ze nog maar twee keer per jaar op controle. Als de bloedwaarden wat betreft hiv goed zijn, kijk je tijdens die consulten naar bloeddruk, nierfunctie, cholesterolwaarden of tekenen van diabetes. Het zijn zaken die horen bij ouder worden en bij mensen met hiv steken deze ‘ouderdomsziekten’ mogelijk eerder de kop op.”

Een andere verandering is het vroeg starten met behandeling. Geilings: “Mensen zeggen nu vaak al tijdens een eerste consult dat ze met medicatie willen beginnen, terwijl het vroeger gebruikelijk was om het startmoment uit te stellen.” Meerkerk: “We weten inmiddels dat je mensen gezond houdt door het virus zo snel mogelijk te onderdrukken. Bovendien zorgt een laag virusgehalte in het bloed ervoor dat patiënten niet snel iemand anders besmetten bij onveilig seksueel contact. Zo is behandeling dus ook een vorm van preventie.”

Een andere vorm van preventie is PrEP, het gebruiken van hiv-medicatie om een besmetting met het hiv-virus te voorkomen.⁹ Geilings: “Wij krijgen daar regelmatig vragen over op het spreekuur, bijvoorbeeld van koppels van wie één partner hiv heeft.” Ook Meerkerk hoort PrEP regelmatig voorbij komen tijdens haar werk. “Mocht de vergoeding uiteindelijk rondkomen, net als in sommige andere Europese landen, dan is het nog de vraag wie de medicatie gaat voorschrijven. Ziekenhuizen, GGD-en, huisartsen? Daarover wordt nu volop gesproken.”

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



OVER DE AUTEURS

Mw. Drs. E. Hendriksen is stafmedewerker Advies en Coördinatie GGD Haaglanden.

Mw. M. Keetman Msc is epidemiologisch onderzoeker GGD Haaglanden.

E-mail: Eveline.Hendriksen@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

- 1 Dekker J.H. **Gezondheidsraadadvies 'Screenen op chlamydia' te terughoudend** [Online]. 2005 (bezocht op 11 nov 2016); Beschikbaar op URL: <https://www.ntvg.nl/artikelen/gezondheidsraadadvies-screenen-op-chlamydia-te-terughoudend/volledig>.
- 2 Soa Aids Nederland [Online]. 2016 (bezocht op 11 nov 2016); Beschikbaar op URL: <https://www.soaids.nl/nl/professionals/agenda/100-jaar-soa-bestrijding/2004-2013>.
- 3 Soa Aids Nederland [Online]. 2016 (bezocht op 11 nov 2016); beschikbaar op URL: <https://www.soaids.nl/nl/professionals/interventies/onze-interventies/nationaal/motiverende-gespreksvoering>.
- 4 Soa Aids Nederland [Online]. 2016 (bezocht op 11 nov 2016); beschikbaar op URL: <https://www.soaids.nl/nl/jongeren-zoeken-niet-snel-hulp-voor-vragen-over-seks>.
- 5 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [Online]. 2016 (bezocht op 11 nov 2016); Beschikbaar op URL: http://www.rivm.nl/Onderwerpen/H/Hepatitis_B_risicogroepen.
- 6 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [Online]. 2016 (bezocht op 11 nov 2016); Beschikbaar op URL: http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2012/Doelgroepen_aanvullende_seksuele_gezondheidszorg_bij_de_GGD.
- 7 Man tot Man [Online]. 2016 (bezocht op 11 nov 2016); Beschikbaar op URL: <https://mantotman.nl/nl/testen-en-vaccineren/testlab-jouw-test>.
- 8 Mainline [Online]. 2016 (bezocht op 11 nov 2016); Beschikbaar op URL: <http://mainline.nl/posts/show/7235/1-chemsex>.
- 9 Man Tot Man [Online]. 2016 (bezocht op 11 nov 2016); Beschikbaar op URL: <https://mantotman.nl/nl/alles-over-mannenseks/hiv-en-soas/prep>.
- 10 Soa Aids Nederland [Online]. 2016 (bezocht op 05 dec 2016); Beschikbaar op URL: <https://www.soaids.nl/nl/elkaar-aanspreken-op-kwaliteit>.
- 11 Man tot Man [Online]. 2016 (bezocht op 09 dec 2016); beschikbaar op URL: <https://mantotman.nl/nl/alles-over-mannenseks/hiv-en-soas/prep/amprep>.
- 12 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [Online]. 2016 (bezocht op 05 dec 2016); Beschikbaar op URL: http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2016/Meer_soa_gevonden_bij_vrouwen_en_heteroseksuele_mannen.



Arbeidsparticipatie en destigmatisering van mensen met psychische aandoeningen

Stigmatisering is een dagelijkse bron van zorg voor mensen met een psychische aandoening. Velen willen het liever niet verzwijgen, maar vinden openheid hieromtrent riskant en niet gemakkelijk. Dat geldt niet in het minst bij sollicitaties en op de werkvloer. Betaalde arbeid is een van de levensgebieden waarop mensen met een (ernstige) psychische aandoening discriminatie ervaren, zowel bij het solliciteren naar een baan als bij het behouden van werk. Tegelijkertijd blijkt uit meerdere studies dat de meeste werkgevers inderdaad grote aarzelingen hebben bij het aannemen van werkzoekenden met een psychische aandoening.

Onderstaand artikel beschrijft de negatieve invloed van stigmatisering op de arbeidsparticipatie van mensen met een psychische aandoening en wat daartegen te doen valt.

Jaap van Weeghel

Inleiding

Psychische aandoeningen komen overal ter wereld vaak voor, dus ook in Nederland. Ruim vier op de tien Nederlanders voldoen op enig moment in hun leven aan de criteria van een psychische aandoening. Vooral depressies, angststoornissen en verslavingen doen zich veel voor; dat geldt in mindere mate voor een psychotische of een bipolaire stoornis. Van de Nederlanders die nooit eerder in hun leven een psychische aandoening hebben gehad krijgt per jaar ongeveer 3% (ruim 191.000 mensen) voor het eerst een psychische aandoening. Vrouwen, jonge volwassenen, mensen met een lage opleiding of inkomen, en mensen die vervelende gebeurtenissen meemaakten of een lichamelijke ziekte ontwikkelen, lopen hierbij de grootste risico's.^{1,2}

Ondanks de hoge prevalentie en incidentie van psychische aandoeningen in onze samenleving, bestaan hierover nog veel misvattingen en vooroordelen. Mensen die eraan lijden worden vaak niet begrepen, gemeden of buitengesloten. Behalve met hun eigen kwetsbaarheid hebben zij te kampen met negatieve reacties van anderen.^{1,2} Deze problematiek wordt samengevat in de term 'stigmatisering'. In de Haagse regio zetten de Parnassia Groep (GGz-instelling) en Anton Constandse (RIBW: Regionale Instelling voor Beschermd Wonen) zich actief in voor de destigmatisering van psychische aandoeningen. Op landelijk niveau was de Parnassia Groep een van de initiatiefnemers van Samen Sterk zonder Stigma, een landelijk opererende organisatie die velerlei activiteiten op dit gebied ontplooit (zie kader op pagina 15).



Samen Sterk zonder Stigma (SSzS)

SSzS is opgericht door het Landelijk Platform GGz (LPGGz), Fonds Psychische Gezondheid (FPG), GGZ Nederland en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). SSzS beoogt mensen bewust te maken van vooroordelen en discriminatie en de impact hiervan op het leven van mensen met psychische aandoeningen. In het middelpunt van de organisatie staan de ambassadeurs, die zich op verschillende levensgebieden (zoals op het werk, in opleidingen en in de gezondheidszorg) inzetten voor een samenleving waarin iedereen open kan zijn over psychische aandoeningen. Het ambassadeursteam bestaat uit ervaringsdeskundigen die hun aandoening hebben overwonnen en geaccepteerd, hun naasten of beroepskrachten die de missie van SSzS actief willen uitdragen. SSzS organiseert velerlei activiteiten, waaronder de jaarlijkse Socialrun in september, waaraan het *Te Gek?! festival* is gekoppeld. Ook zijn vele projecten gerealiseerd, zoals de boeken *99keerandersdanjedenkt* en *20x Moed, kracht, motivatie, openheid, ambitie, talenten en dromen*. Olivia van de Lustgraaf uit Den Haag, medewerkster van de Parnassia Groep, heeft mede aan de wieg van SSzS gestaan. Victor Vladár Rivero, psychiater in Den Haag en voormalig bestuurder van de Parnassia Groep, is voorzitter van het bestuur van SSzS.
www.samensterkzonderstigma.nl

Wens en werkelijkheid

De meeste mensen met een psychische aandoening hechten, net als andere Nederlanders, veel betekenis aan het hebben van een betaalde baan.³⁻⁵ Degenen die werkloos zijn, willen meestal aan het werk, en degenen die een betaalde baan hebben, willen die baan behouden. Betaald werk is een inkomstenbron en daarmee een middel tot zelfstandigheid en onafhankelijkheid. Verder zorgt het voor tijdsstructuur en is werk een belangrijke bron van sociale contacten, persoonlijke waardering en zingeving. Bovendien bevordert werk (hervatting) (het herstel van) de gezondheid.^{5,6} Ook zijn er aanwijzingen dat als mensen met een psychische aandoening een baan hebben, zij minder last hebben van stigmatisering.⁷ Echter, er is een grote afstand tussen wens en werkelijkheid. Velen zijn werkloos of werken onder hun eerder behaalde beroepsniveau. Dit geldt vooral voor mensen met een ernstige psychische aandoening. Net als in de Verenigde Staten en elders in Europa komt de arbeidsdeelname van laatstgenoemde groep

niet boven de 20%.⁸ Nu wordt 'niet werken' maar gedeeltelijk bepaald door gezondheidsgerelateerde factoren.⁹ Minstens zo belangrijk zijn persoonlijke factoren (zoals leeftijd, opleidingsniveau, attitudes, ziekteperceptie, self-efficacy, zelfstigma), sociale factoren (zoals gebrek aan sociale steun, respect, begeleiding en counselling) en werkgerelateerde factoren (zoals geen aanpassing van arbeidstaken en -omstandigheden, weinig steun en begrip van werkgever, stigmatisering op de werkvloer).

Stigma en discriminatie

In de sociologie is stigma een merkteken dat personen onderscheidt van anderen en hen aan onwenselijke eigenschappen koppelt (stereotypering), waarna zij worden afgewezen of benadeeld (discriminatie). Dit proces voltrekt zich vooral binnen ongelijke machtsrelaties.¹⁰ De volgende stereotypen overheersen: zij zijn gevaarlijk, onberekenbaar en incompetent.^{2,11} Stigmatisering is een dagelijkse bron van zorg voor mensen met een psychische aandoening. Een belangrijke kwestie is of zij zich publiekelijk als zodanig bekend kunnen maken. Velen willen dat liever niet verzwijgen, maar vinden openheid hieromtrent riskant en niet gemakkelijk. Dat geldt niet in het minst bij sollicitaties en op de werkvloer.

Betaalde arbeid is één van de levensgebieden waarop mensen met een (ernstige) psychische aandoening discriminatie ervaren, zowel bij het solliciteren naar een baan als bij het behouden van werk.¹² Uit internationale studies blijkt dat dit bij uiteenlopende psychische aandoeningen het geval is, zoals bij psychotische stoornissen,^{13,14} depressie,^{15,16} alcohol- en middelenverslaving,¹⁷ en bipolaire stoornissen.¹⁸ Uit een onderzoek in 35 landen blijkt dat discriminatie in de werksfeer een duidelijke oorzaak is van werkloosheid bij mensen met depressie.¹⁶ Verder blijkt uit een Deense studie dat mensen met een bipolaire stoornis op meerdere gebieden discriminatie ervaren, maar het meest bij het vinden en behouden van werk.¹⁸

Inderdaad hebben de meeste werkgevers grote aarzelingen bij het aannemen van werkzoekenden met een psychische aandoening, zo komt uit meerdere studies naar voren. Zij verwachten dat deze werknemers minder presteren, vooral bij taken die complexe cognitieve vaardigheden vereisen. Werkgevers zijn ook bang dat zij onberekenbaar en bedreigend zijn, vreemd en onvoorspelbaar gedrag vertonen en terugvallen in hun symptomen.¹⁹⁻²² Hierdoor hebben zij minder kansen op de arbeidsmarkt, ook vergeleken met mensen met een somatische aandoening.



Dit bleek uit een veldexperiment in de Verenigde Staten waarbij 635 fictieve sollicitatiebrieven werden verstuurd naar werkgevers. De ene groep kandidaten gaf in hun brief aan hersteld te zijn van een somatische aandoening, de andere groep meldde hersteld te zijn van een psychische aandoening. Het bleek dat kandidaten met een psychische aandoening 46% minder kans hadden op een positieve reactie van werkgevers dan kandidaten met een somatische aandoening.²³

Het is niet verrassend dat er bij mensen met een psychische aandoening vaak sprake is van geanticipeerde discriminatie: vanuit de verwachting te worden afgewezen, zoeken zij niet langer naar een betaalde baan. Deze geanticipeerde discriminatie is een nog groter probleem dan de werkelijk ervaren discriminatie op de arbeidsmarkt.^{13,15,16} Door eerdere negatieve ervaringen ontstaat het zogeheten 'why try effect': men krijgt last van zelfstigma, lage zelfachting, lage self-efficacy en onderneemt steeds minder acties om lang gekoesterde levenswensen te verwezenlijken.²⁴

Discriminatie in de werksfeer blijkt een duidelijke oorzaak van werkloosheid bij mensen met depressie.

Verzwijgen of vertellen?

Dit *why try effect* is niet bij alle mensen met een psychische aandoening aan de orde. Een grote groep mensen solliciteert wel, maar velen van hen verzwijgen dat zij een psychische aandoening hebben (gehad) om zodoende eventuele vooroordelen en stigmatisering te omzeilen. Overigens is de angst dat openheid over de psychische aandoening schadelijk is, niet geheel ongegrond: uit een systematische review blijkt dat deze openheid ertoe kan leiden dat werkgevers de betrokkene als minder inzetbaar beschouwen.²⁵ Ook vele gezonde werknemers zijn geneigd tot verzwijgen: uit een Canadees bevolkingsonderzoek bleek dat een derde van de werknemers het niet aan hun leidinggevenden zou vertellen als zij psychische problemen hebben, meestal uit angst dat dit hun carrière kan schaden.²⁶

Eenzijds is het bekend dat psychische aandoeningen ook bij werknemers veel voorkomen, anderzijds houden velen hun psychische aandoening het liefst op de werkvloer verborgen. Hierdoor weten werkgevers meestal niet dat zij al veel werknemers met psychische

aandoeningen in dienst hebben. Gevolg is dat zij ook geen aandrang voelen om geschikte werkaanpassingen voor deze groep door te voeren.

Werkzoekenden of werknemers met een psychische aandoening kunnen maar beter goed voorbereid zijn als de kwestie 'wel-of-niet-open-zijn' zich aandient. Men moet zich realiseren dat openheid over de psychische aandoening geen alles-of-niets aangelegenheid is, maar dat het om complexe besluitvorming gaat.²⁷ Corrigan en Rao (2012) onderscheiden vijf mogelijkheden, met elk eigen voor- en nadelen.²⁸

1. *Sociale vermijding*. De werknemer vermijdt situaties waarin stigmatisering kan spelen. Voordeel is dat hij zo niemand ontmoet die hem onheus bejegt. Nadeel is dat hij ook geen mensen meer tegenkomt die wel respectvol zijn.
2. *Geheimhouding*. Voordeel is dat hij op het werk niets vertelt aan mensen die hij niet vertrouwt, maar toch zijn werk blijft doen. Maar mogelijk voelt hij zich schuldig over de geheimhouding. Verder blijven werkaanpassingen vanwege zijn beperkingen buiten bereik.²²
3. *Selectieve openheid*. De werknemer vertelt enkele collega's die hij vertrouwt over zijn psychische aandoening. Zo ontstaat een kleine kring van mensen die hem accepteren. Nadeel is dat hij soms open is tegen 'verkeerde' mensen die hem kunnen beschadigen. Bovendien valt het niet mee om te onthouden tegen wie hij (niet) open is geweest.
4. *Je verhaal aan iedereen vertellen*. De werknemer vertelt iedereen die hij tegenkomt over zijn psychose en suïcidepoging. Zo heeft hij geen zorgen over wie (niet) op de hoogte is. Echter, hij zal betrouwbare mensen tegenkomen maar ook mensen die hem kunnen schaden.
5. *Je verhaal bewust publiek maken*. De werknemer deelt doelbewust zijn ervaringen met een grote groep mensen. Hierdoor voelt hij zich krachtig, omdat hij zich inzet tegen stigmatisering van mensen met een psychiatrische achtergrond. Toch zullen er ook mensen zijn die hem met deze informatie kunnen benadelen of zijn acties afkeuren. En als het verhaal eenmaal publiek is gemaakt, is er geen weg terug.

Uit deze varianten moeten mensen met een psychische aandoening een keuze maken, rekening houdend met korte- én langetermijneffecten. Vanwege de vele overwegingen en bijbehorende emoties is het moeilijk om die keuze alleen te maken. Vrienden, familieleden en behandelaars kunnen helpen bij het maken van een plan voor het omgaan met persoonlijke informatie



op het werk.²⁷ Als men kiest voor openheid over de psychische problematiek moet die openheid zorgvuldig worden gepland. Dat vergroot de kans dat de beoogde effecten daadwerkelijk optreden en dat het mes zelfs aan twee kanten snijdt. Enerzijds zal de persoon zich *empowered* voelen, aan zelfvertrouwen winnen en minder last hebben van zelfstigma. Anderzijds zal de ontvangende partij veelal respect hebben voor de openheid, geneigd zijn om eventuele stereotype ideeën over mensen psychische aandoeningen te herzien en eerder bereid zijn om werk-aanpassingen door te voeren. Dat laatste is ook voordeliger voor de werkgever: Boot et al. lieten zien dat 43% van de werknemers met psychische problemen behoefte heeft aan werkaanpassingen, en dat aanpassingen in en op het werk samenhangen met een kortere verzuimduur.²⁹

Overigens hebben niet alle mensen met een psychische aandoening last van stigmatisering. Onderzoek heeft aangetoond dat velen een grote veerkracht tegen (zelf)stigma (*stigma resilience*) hebben. Zij gebruiken compenserende strategieën, zoals extra nadruk leggen op hun positieve eigenschappen, hanteren meerdere sociale identiteiten (naast patiënt ook vriend en collega), en passen hun identiteit aan bij de vigerende context.³⁰ Deze strategieën bieden aanknopingspunten voor anderen bij de vraag hoe je het beste open kunt zijn over je psychische aandoening.

Destigmatiserende interventies in de werksfeer

In het algemeen moeten antistigma-interventies de boodschap bevatten dat een psychische aandoening iedereen kan overkomen en dat iedereen recht heeft op een plek in de samenleving. Men dient realistische en normaliserende voorlichting te geven in combinatie met face-to-face of videocontact met een persoon die een psychische aandoening heeft. Daarbij moet niet eenzijdig de nadruk worden gelegd op de negatieve dan wel de positieve aspecten van een psychische aandoening. Verder is het raadzaam om een interventie gericht op een specifieke doelgroep uit te voeren (zoals werkgevers) in plaats van een algemene, niet gerichte publiciteitscampagne.²

Uit een narratieve review van 22 antistigma-initiatieven in de werksituatie (workshops, seminars, psycho-educatie, video's en inzet van ervaringsdeskundigen) blijkt dat deze interventies vooral gericht zijn op werkgevers en werknemers (met en zonder psychische aandoening) en soms op managers en personeels-werkers. De onderzoekers vinden echter dat de

evaluatie van deze interventies nog in de kinderschoenen staat.³¹ Recentelijk rapporteerden Hamann et al over een educatieve workshop Psychische gezondheid op de werkvloer bij 580 managers in Duitse bedrijven. Uit de evaluatie blijkt dat de workshop tot minder stigma jegens mensen met een depressie leidde. Het stigma daalde tot het niveau dat bij familieleden van mensen met een psychische aandoening wordt aangetroffen.³²

In Nederland ontplooit de stichting Samen Sterk zonder Stigma veel activiteiten op dit gebied (zie kader op pagina 15). Men werkt met werkgevers en werknemers samen om psychische aandoeningen bespreekbaar te maken op de werkvloer.

In Engeland is de beslissingshulp CORAL (Conceal Or ReveAL) ontwikkeld, gericht op de vraag hoe mensen op hun werk open over hun psychische aandoening (*disclosure*) kunnen zijn.³³ CORAL is gericht op bewust omgaan met openheid, vergroten van empowerment en verbeteren van coping en kan daardoor de individuele weerbaarheid tegenover publiek stigma verhogen. In de huidige vorm is het een tool die hulpverleners (ook buiten de GGz) kunnen inzetten bij arbeidsrehabilitatie. CORAL geeft aandacht aan: voor- en nadelen van openheid; persoonlijke behoeften en waarden hieromtrent; wanneer ga je het vertellen; tegen wie en hoe. In Engeland zijn in een eerste randomized controlled trial (RCT) de haalbaarheid en de eerste resultaten van CORAL onderzocht. Daaruit bleek dat personen in de CORAL-groep significant minder last hadden van 'beslissingsstress' en vaker een fulltime betaalde baan hadden gevonden dan degenen in de controlegroep.³³ Overigens is het denkbaar dat varianten op CORAL zijn in te zetten bij mensen met psychische aandoeningen die vrijwilligerswerk of beschut werk willen doen of die een opleiding willen gaan volgen.

CORAL is door Kenniscentrum Phrenos (zie kader op pagina 18) in het Nederlands vertaald en is te downloaden: http://www.kenniscentrumphrenos.nl/wp-content/uploads/2015/06/CORAL-NL_def.pdf. Eerste ervaringen zijn opgedaan in een multisite RCT in combinatie met de evidence-based arbeidsrehabilitatiemodel Individuele Plaatsing en Steun (IPS). CORAL sluit goed aan bij de praktijk van het IPS-model. Voor de komende vijf jaren trekt het UWV in totaal twintig miljoen euro uit om de IPS-praktijk in Nederland te stimuleren en om de effecten op de arbeidsparticipatie van mensen met psychische aandoeningen in kaart te brengen.



Momenteel wordt CORAL voor de Nederlandse context doorontwikkeld. Dit voert Phrenos uit, in opdracht van SSzS. Als dat is afgerond, zal worden onderzocht of het inzetten van CORAL daadwerkelijk de beoogde positieve effecten heeft voor werkzoekenden met een psychische aandoening.

Kenniscentrum Phrenos

Phrenos is een landelijk kenniscentrum dat tot doel heeft het klinisch, persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met psychotische of andere ernstige en langdurige aandoeningen te bevorderen. Phrenos doet dat door relevante kennis te ontwikkelen, te bundelen, te delen en te doen toepassen. Vanuit deze kennis wil Phrenos het beleid ten aanzien van de zorg voor mensen met psychotische of andere ernstige psychische aandoeningen beïnvloeden. Phrenos richt zich op de volgende kennisgebieden: vroegsignalering, diagnostiek en behandeling; rehabilitatie en maatschappelijke participatie; herstel en herstelondersteuning; destigmatisering van psychische aandoeningen. Als enige in Nederland biedt Phrenos IPS-cursussen voor trajectbegeleiders aan en biedt ze implementatieondersteuning aan GGz-instellingen die met IPS aan de slag willen gaan. Momenteel kent Phrenos 39 deelnemende instellingen (GGz-instellingen en RIBW-en), waaronder het Haagse zorgbedrijf Parnassia (onderdeel van de Parnassia Groep) en de Haagse RIBW Anton Constandse. Deze instellingen zijn de belangrijkste partners van Phrenos, in financiële, strategische en inhoudelijke zin. Als collectief bepalen zij mede de inhoudelijke koers.
www.kenniscentrumphrenos.nl

Een andere veelbelovende interventie is Mental Health First Aid (MHFA) op de werkvloer. MHFA is in 2001 ontwikkeld in Australië door Jorm et al als een interventie gericht op het algemene publiek.³⁴ Het doel is om de 'geletterdheid' over psychische gezondheid en psychische problemen te vergroten en mensen vaardigheden aan te leren. Daarmee kunnen ze iemand in hun omgeving (familielid, buurtgenoot, collega) die een psychisch probleem aan het ontwikkelen is of een (acuut) psychisch probleem heeft, initieel helpen zodat de schade zoveel mogelijk beperkt blijft. Net als EHBO, maar dan voor psychische problemen. Iedereen kent immers wel iemand die een psychische aandoening heeft. De cursus is meer dan alleen een interventie tegen stigma. Het gaat

ook om (vroeg) signalering, omgaan met en doorverwijzen om verergering van klachten te voorkomen. Het is een vorm van psycho-educatie die op de algemene bevolking is gericht. In het programma worden cursusleiders met een tiendaagse training opgeleid (hulpverleners, maar ook ervaringsdeskundigen of gemotiveerde, didactisch geschoolde mensen komen in aanmerking) om de cursussen te geven. Na accreditatie onderhouden zij hun kennis. Er zijn inmiddels varianten ontwikkeld voor specifieke doelgroepen of domeinen (studenten, jongeren, tieners, culturele minderheden, leraren, werk), waarmee de cursus ook selectiever is in te zetten. Het concept is inmiddels in 26 landen geïntroduceerd, waaronder China, Engeland, Canada, de Verenigde Staten, Zuid-Afrika, Finland, Zweden en Denemarken. Inmiddels is er ook in Nederland een MHFA-praktijk gestart, met GGz Eindhoven en GGz Mondriaan in Zuid-Limburg als initiatiefnemers. Een recente meta-analyse laat positieve effecten van MHFA zien op de uitkomstmaten verandering in kennis, attitude en hulpgedrag naar mensen met psychische problemen.³⁵ MHFA heeft ook positieve effecten in de werksfeer, zo blijkt uit een randomized controlled trial (RCT) in Australië.³⁶ De in MHFA getrainde werknemers hadden meer zelfvertrouwen in het helpen van anderen, minder stigmatiserende attitudes en een betere psychische gezondheid. Getrainde werknemers rapporteerden echter niet meer contact met mensen met een psychische aandoening en evenmin dat ze meer of vaker hulp hadden geboden.

Slotopmerkingen

Bij de ontwikkeling van antistigma-interventies in de arbeidswereld moeten alle stakeholders worden betrokken: werknemers, werkgevers, bedrijfsartsen, job coaches, verzekeringsgeneeskundigen en arbeidskundigen. Zij zijn allen belangrijk bij het tegengaan van stigma en discriminatie op de arbeidsmarkt en het realiseren van redelijke aanpassingen in de werkomgeving.²² Hoewel het aantal studies op dit terrein nog beperkt is,³⁷ toonden Sharac et al in een systematische review aan dat de negatieve economische effecten van stigma en discriminatie aanzienlijk zijn.³⁸ Het gaat om verminderde arbeidsparticipatie, inkomen, publieke opinie over verdeling van overheids-gelden en kosten van de gezondheidszorg. Effectieve destigmatiserende interventies kunnen dus aanzienlijke kostenbesparingen opleveren. Zo maakten Dewa en Hoch in hun economisch model aannemelijk dat werkgevers de kosten van een antistigma-programma in hun bedrijf snel zullen terugverdienen omdat onder



invloed van het programma de kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid zullen afnemen.³⁹ In de loop van 2017 zal de Generieke Module 'Destigmatisering bij psychische aandoeningen' worden uitgebracht. Dit kwaliteitsdocument is door een breed samengestelde werkgroep (onder voorzitterschap van Victor Vladár Rivero, voorzitter van het bestuur van SSzS) ontwikkeld, in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. Deze generieke module biedt GGz-behandelaars en andere hulp- en dienstverleners veel achtergrondkennis en praktische handvatten om in en vanuit hun eigen hulpverleningspraktijk op een effectieve manier destigmatiserende activiteiten te ontplooiën, in nauwe samenwerking

met andere betrokken partijen, zoals GGz-cliënten, hun familieleden, sociale wijkteams enzovoorts. Daarnaast is het te hopen dat 'destigmatisering van psychische aandoeningen' de komende jaren ook in het overheidsbeleid een belangrijk thema wordt. Niet alleen vanwege principes van rechtvaardigheid, maar ook uit economische overwegingen.

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

OVER DE AUTEUR

Dhr. Prof. Dr. J. van Weeghel is Directeur wetenschap van Kenniscentrum Phrenos, Hoofd Onderzoek en Ontwikkeling Dijk en Duin (onderdeel van de Parnassia Groep) en Bijzonder hoogleraar Rehabilitatie en participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Tilburg University (dep. Tranzo). E-mail: jweeghel@kcphrenos.nl

REFERENTIES

- 1 Have M ten, Weeghel J van, Dorsselaer S van, Tuijthof M, Graaf, R de. **Houding van de algemene bevolking ten opzichte van (ex-)psychiatrische patiënten; resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2**. Tijdschrift voor Psychiatrie 2015, 57(11): 785-794.
- 2 Weeghel J van, Pijnenborg M, Veer J van 't, Kienhorst G. (redactie). **Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen**. Bussum: Uitgeverij Coutinho; 2016.
- 3 Hoof F van, Erp N van, Boumans J, Muusse C. **Trendrapportage GGZ. Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ontwikkelingen in praktijk en beleid. Themaport**. Utrecht: Trimbos-instituut; 2014.
- 4 Weeghel J van, Bruinvels D, Huson A, Kamstra D, Lansens M, Michon H et al. **Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen**. Utrecht: De Tijdstroom; 2013.
- 5 Klink J van der. **Waarde aan het werk. Duurzame inzetbaarheid als capability; een multidisciplinair perspectief. Oratie**. Tilburg: Tilburg University; 2015.
- 6 Schuring MFA, Reijnga B, Carlier A, Burdorf L. **Gezondheidsbeleving van werklozen: wat is bekend en wat zijn witte vlekken?** Rotterdam/Leiden: Erasmus Medisch Centrum & Astri Beleidsonderzoek en -advies; 2011.
- 7 Perkins DV, Raines JA, Tschopp MK, Warner TC. **Gainful employment reduces stigma toward people recovering from schizophrenia**. Community Mental Health Journal 2009, 45, 158-162.
- 8 Panel Psychisch Gezien. **Factsheet, 2014** <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/d94d6b82-46cc-485b-8036-eb27c9465a8d.pdf>.
- 9 Dekkers-Sánchez PM, Wind H, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. **A qualitative study of perpetuating factors for long term sick leave and promoting factors for return to work: chronic work disabled patients in their own words**. Journal of Rehabilitation Medicine 2010, 42, 544-552.
- 10 Link BG, Phelan JC. **Conceptualizing stigma**. Annual Review of Sociology 2001, 27, 363-385.
- 11 Thornicroft G. **Shunned. Discrimination against people with mental illness**. Oxford and New York: Oxford University Press; 2006.
- 12 Smit A. **Psychische diversiteit op het werk en de rol van de werkgever: een literatuuronderzoek**. Amersfoort: Samen Sterk zonder Stigma; 2014.
- 13 Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese N, Weeghel J van, and the INDIGO Study Group (2009). **Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia; a cross-sectional survey**. Lancet 2009, 372, 408-415.
- 14 Plooy A, Weeghel J van (2009). **Discriminatie van mensen met de diagnose schizofrenie. Nederlandse bevindingen in een internationale studie**. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 64, 133-148.
- 15 Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T, Bonetto C, Cristofaldo D, Wahlbeck K, et al. **Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with depressive disorder: a cross-sectional survey**. Lancet 2013; 381: 55-62.



- 16 Brouwers E, Mathijssen J, Bortel T van, Knifton L, Wahlbeck K, Audehove C van, et al. **Discrimination in the workplace, reported by people with major depressive disorder: Cross-sectional study in 35 countries.** *BMJ Open* 2016; 6:e009961. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009961.
- 17 Boekel L van, Brouwers E, Weeghel J van, Garretsen H. **Experienced and anticipated discrimination reported by individuals in treatment for substance use disorders.** *Health & Social Care in the Community* 2015 Sept 28. Doi: 10.1111/hsc.12279. PMID: 26417904.
- 18 Nillson KK, Kugathasan P, Straarup KN. **Characteristics, correlates and outcomes of perceived stigmatization in bipolar disorder patients.** *Journal of Affective Disorders* 2016, 194: 196-201.
- 19 Ücok A, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, Yoon CK et al. **Anticipated discrimination among people with schizophrenia.** *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2012, 125, 77-83.
- 20 Mangili E, Ponteri M, Buizza C, Rossi G. **Attitudes toward disabilities and mental illness in work settings: a review.** *Epidem Psichiat Soc.* 2004; 13: 29-46.
- 21 Scheid TL. **Stigma as a barrier to employment: Mental disability and the Americans with Disabilities Act.** *Int J Law Psychiat.* 2005; 28: 670-90.
- 22 Brouwers E. **Stigma op psychische problemen is een barrière voor arbeidsparticipatie.** *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde* 2016, 24(4): 155-157 · April 2016. DOI: 10.1007/s12498-016-0060-6
- 23 Hipes C, Lucas J, Phelan JC, White RC. **The stigma of mental illness in the labor market.** *Social Science Research* 2015, 56: 16-23.
- 24 Corrigan PW, Larson J, Ruesch N. **Self-Stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices.** *World Psychiatry* 2009; 8: 75-81.
- 25 Brohan E, Henderson C, Wheat K, Malcolm E, Clement S, Barley EA, Thornicroft G. **Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace.** *BMC Psychiatry* 2012, 12: 11. doi: 10.1186/1471-244X-12-11.
- 26 Dewa C. **Worker attitudes towards mental health problems and disclosure.** *Int J Occup Environ Med* 2014, 5: 175-186.
- 27 Corbière M, Villotti P, Toth K, Waghorn G. **La divulgation du trouble mental et les mesures d’accommodements de travail: deux facteurs du maintien en emploi des personnes aux prises avec un trouble mental grave.** *L’Encéphale* 2014, 40: S91-S102.
- 28 Corrigan PW, Rao D (2012). **On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change.** *Canadian Journal of Psychiatry* 2012, 57: 464-469.
- 29 Boot CR, Heuvel SG van den, Bültmann U, et al. **Work adjustments in a representative sample of employees with a chronic disease in the Netherlands.** *J Occup Rehabil.* 2013, 23: 200-208.
- 30 Shih M. **Positive stigma: examining the resilience and empowerment in overcoming stigma.** *The Annals of the American Academy of Political and Social Science* 2004, 91: 175-188.
- 31 Malachowski C, Kirsh B. **Workplace antistigma initiatives: a scoping study.** *Psychiatric Services* 2013, 64: 694-702.
- 32 Hamann JH, Mendel R, Reichhart T, Rummel-Kluge C, Kissling W. **A “Mental-Health-at-the-Workplace” educational workshop reduces managers’ stigma toward depression.** *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2016, 204: 61-63.
- 33 Henderson C, Brohan E, Clement S, et al. **Decision aid on disclosure of mental health status to an employer: feasibility and outcomes of a randomised controlled trial.** *Brit J Psychiatr.* 2013; 203: 350-357.
- 34 Jorm AF, Kitchener BA, Mugford SK. **Experiences in applying skills learned in a mental health first aid training course: a qualitative study of participants’ stories.** *BMC Psychiatry* 2005, 5: 43.
- 35 Hadlackzky G, Hökby S, Mkrtchian A, Carli V, Wasserman D. **Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: a meta-analysis.** *International Review of Psychiatry* 2014, 26(4):467-75. doi: 10.3109/09540261.2014.924910.
- 36 Kitchener BA, Jorm AF. **Mental Health First Aid training: review of evaluation studies.** *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2006, 40: 6-8.
- 37 Wright S, Henderson C, Thornicroft G, Sharac J, McCrone P. **Measuring the economic costs of discrimination experienced by people with mental health problems: development of the costs of discrimination assessment (CODA).** *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2015, 50(5): 787-795.
- 38 Sharac J, McCrone P, Clement S, Thornicroft G. **The economic impact of mental health stigma and discrimination: a systematic review.** *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2010, 19: 223-232.
- 39 Dewa C, Hoch J. **When could a stigma program to address mental illness in the workplace break even?** *Canadian Journal of Psychiatry* 2014, 49(10), Suppl 1: S34-S39.



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

Sexting

Sexting is seksuele communicatie online, dit kan berichten maar ook beelden omvatten. Het maken en verspreiden van seksueel getinte beelden wordt gezien als risicovol gedrag, omdat het juridische (sexting is strafbaar als het minderjarigen betreft) en andere negatieve gevolgen kan hebben (beeldmateriaal kan gebruikt worden om te pesten of te chanteren). Een op de twaalf jongeren in Haaglanden

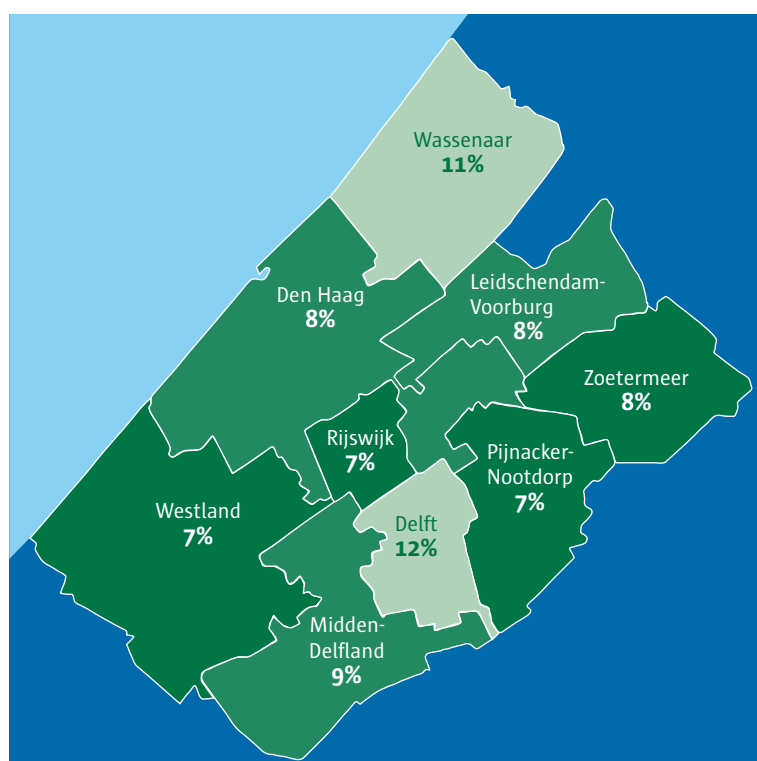
van 12 tot en met 18 jaar heeft wel eens aan sexting gedaan (het maken of verspreiden van seksueel getinte beelden). Binnen Haaglanden varieert dit percentage van 7% (Pijnacker-Nootdorp, Rijswijk, Westland) tot 12% (Delft).

Meisjes geven vaker aan dan jongens dat ze wel eens aan sexting hebben gedaan (9% versus 6%). Het percentage neemt

toe van 0% bij 12- t/m 14-jarigen tot 7% bij 15-+16-jarigen en is onder 17-+18-jarigen 15%.

Meer informatie over de gezondheid en leefstijl van jongeren in Haaglanden is te vinden op www.ggdhaaglanden.nl/publicaties.

Figuur 1. Percentage jongeren van 12 tot en met 18 jaar dat wel eens aan sexting heeft gedaan.



Een op de twaalf jongeren in Haaglanden van 12 tot en met 18 jaar heeft wel eens aan sexting gedaan.

Bron: Jongerenenquête 2015



15th ISPCAN European Regional Conference on Child Abuse and Neglect 1-4 October 2017 in The Hague

Met trots nodigt GGD Haaglanden eenieder uit om deel te nemen aan het 15^e Europese congres Kindermishandeling en Huiselijk geweld. In het veertigste jaar van het bestaan van de wereldwijd georiënteerde Internationale Organisatie voor Preventie van Kindermishandeling en Verwaarlozing (ISPCAN), is Den Haag, stad van Vrede en Recht, de gastvrouw dit jaar.

De regio Den Haag heeft landelijk gezien een speciale plek weten te veroveren in de aanpak van deze problematiek. De eerdere samenwerking met internationale partners uit de Verenigde Staten en Australië heeft geresulteerd in een verbeterde ketenregie binnen de aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling.

Het congres biedt de mogelijkheid om kennis te delen met betrokken professionals uit alle landen, vanuit alle mogelijke disciplines in de gezondheidszorg, het welzijn, de medische wereld, de epidemiologie en de strafketen.

Vanouds richt de ISPCAN zich met name op onderzoek. Gezien alle ontwikkelingen en ervaringskennis die de laatste jaren is opgedaan, krijgen ook de practise based kenners meer ruimte om te presenteren.

Het congres biedt dus een gevarieerd programma op alle gebieden van onderzoek, zorg en hulp met sprekers op hoog niveau. Neem de kans waar om live informatie en kennis te vergaren van experts die u normaal gesproken niet zo makkelijk kunt horen en spreken. Meld u aan!

Zie www.ispcan.org



Signaleren van depressieve klachten bij jongeren

Bekend is dat een op de vijf jongeren rondloopt met depressieve gevoelens. Als deze klachten tijdig worden herkend en de juiste hulp wordt aangereikt, is de kans op een echte depressie veel kleiner. Tijdens deze train de trainer leert u signalen van een (beginnende) depressie bij kinderen en jongeren beter herkennen, bespreken en toe te leiden naar passende hulp.

Vragen die onder andere aan bod komen zijn: Hoe kun je depressieve klachten signaleren? Wat kun je voor sombere kinderen en jongeren doen en wanneer verwijs je door? Welke mogelijkheden van (preventieve) hulp zijn er?

En hoe zit het met rouw- en verliesverwerking?

Voor professionals werkzaam in bij CJG's, in het onderwijs, basisteams jeugd en gezin of in de jeugdgezondheidszorg.

Informatie en aanmelden: www.trimbos.nl

Datum: 24 mei 2017

Locatie: Trimbos-instituut

Kosten: € 280,-

RECTIFICATIE

In het Epidemiologisch Bulletin nr 3/2016 - septembernummer - staat in de tabel op pagina 22 een onjuist getal. In de onderste rij 'Verschil met landelijk' staat onder het kopje 'Perinatale sterfte' 0,5%. Dit moet zijn 0,9%.

In de webversie is deze fout gecorrigeerd.



Depressie en angst, nierdialyse en etnische achtergrond

Gerlinde Haverkamp van het Amsterdamse Onze Lieve Vrouwen Gasthuis, locatie West (voorheen: Sint Lucas Andreas Ziekenhuis) deed onderzoek naar het voorkomen van depressieve en angstsymptomen onder chronische dialysepatiënten met uiteenlopende etnische achtergrond. Voor dit onderzoek includeerde zij dialysepatiënten van een academisch ziekenhuis en vier andere grote ziekenhuizen, waaronder een ziekenhuis in Den Haag. Het betrof 245 patiënten van Nederlandse herkomst en 249 patiënten van niet Nederlandse herkomst. Depressieve en angstsymptomen kwamen onder patiënten van niet Nederlandse herkomst 1,8 respectievelijk 1,7 keer zo vaak voor. Voor de dialysepatiënten met een Aziatische achtergrond (merendeels was dit een Hindostaanse achtergrond) lagen deze getallen nog hoger: circa 2,5 respectievelijk circa 2, vergeleken met patiënten met een niet Nederlandse herkomst. Er waren weliswaar verschillen in allerlei achtergrondkenmerken van de verschillende etnische groepen, maar deze verklaarden de gevonden etnische verschillen in depressieve en angstsymptomen niet. Gerlinde Haverkamp vermoedt daarom dat de oorzaak moet worden gezocht in het migratieproces.

De promovenda heeft ook gekeken of er een relatie is met de manier waarop mensen zich aanpassen aan de Nederlandse samenleving (acculturatie). Minder vaardigheden om te functioneren in de nieuwe maatschappij en gevoelens van heimwee bleken geassocieerd te zijn met meer depressieve en angstsymptomen in chronische dialysepatiënten van niet Nederlandse herkomst. In de literatuur wordt vaak een beschermend effect gevonden van het behoud van eigen cultuur en tradities, maar dat bleek hier niet het geval.

Het hierboven beschreven onderzoek is onderdeel van het bredere promotieonderzoek van Gerlinde Haverkamp: 'Depressive symptoms in an ethnically diverse cohort of chronic dialysis patients: the role of patient characteristics, cultural and inflammatory factors'. Promotie 8 maart 2017, Vrije Universiteit.

Bron: GGZ Nederland dd. 13-10-2016

4^e Nederlandse Straatdokers Symposium op 13 juni

Aankondiging: Op 13 juni vindt het 4^e Nederlands Straatdokers Symposium plaats. Het programma heeft raakvlakken met het project 'Op weg naar toegankelijke en goede sociaal medische zorg voor dak- en thuisloze mensen in Nederland'. Voor aanmelding en informatie raadpleeg de website van de Straatdokers. www.doctorsforhomeless.org

Datum: 13 juni 2017

Locatie: Verkadefabriek 's Hertogenbosch

Accreditatie wordt aangevraagd voor verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en artsen.



Alcohol, Drugs en Tabak: basiscursus

Het Trimbosinstituut organiseert een interactieve training voor professionals die in hun werk te maken hebben met personen die alcohol, drugs en/of tabak gebruiken en meer willen weten over het gebruik van deze middelen en verslaving. De training is samengesteld op basis van de kennis en praktijkervaring van de Roken, Alcohol en Drugs Infolijn. De infolijn geeft al vijftien jaar antwoord op alle denkbare vragen over middelengebruik en verslaving. Na de training van een halve dag kent de deelnemer de effecten en risico's van alcohol, de meest gebruikte drugs en tabak.

Informatie en aanmelden: www.trimbos.nl.

Datum: 04 april 2017 13.00 – 17.00 uur

Locatie: Trimbos-instituut

Kosten: € 280,-

Cursussen NSPOH

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

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

Training adviesvaardigheden

Hoe zorgt u als adviseur dat uw adviezen worden opgevolgd? Volg deze driedaagse training en leer de theorie en praktijk van succesvol adviseren.

Voor bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en artsen werkzaam in de public health. Ook andere professionals met een adviserende taak in de publieke gezondheidszorg of bedrijfsgezondheidszorg kunnen deelnemen.

Data: 22 maart, 19 april en 24 mei 2017

Locatie: Utrecht

Kosten: € 1.185,-

Lobbyen en netwerken

Hoe krijgt u een onderwerp op de (politieke) agenda? Ontdek hoe u uw netwerk optimaal inzet en hoe u met lobbyen invloed uitoefent op de agenda's van relevante partijen. Aan de hand van een persoonlijk lobby-doel ontwerpt u een plan.

Voor professionals in de public en occupational health.

Data: 26 juni en 3 juli 2017

Locatie: Utrecht

Kosten: € 790,-

Debatteren en mondeling argumenteren

De kunst van het debat. Vergroot in één dag uw mondelinge vaardigheden om met succes een (beleids)stelling te verdedigen of juist aan te vallen. Ontdek in deze module hoe u uw visie verwoordt en met argumenten onderbouwt.

Voor artsen, beleidsmedewerkers, epidemiologen, gezondheidswetenschappers, leidinggevendenden, projectleiders en andere professionals in de publieke gezondheidszorg die hun verbale presentatie en argumentatie willen verbeteren.

Datum: 10 april 2017

Locatie: Utrecht

Kosten: € 395,-

Schrijfvaardigheid en argumentatie

Deze driedaagse module geeft u juist de tijd om tot een effectieve betogende tekst te komen. Vanuit het idee: eerst denken, dan schrijven. Met aandacht voor logische, overtuigende argumentatie.

Voor sociaal geneeskundigen, gezondheidswetenschappers en andere professionals in de Public & Occupational Health, die hun kwaliteiten als schrijver van overtuigende (beleids) teksten willen verbeteren, zoals adviezen, publicaties, notities, artikelen en visiedocumenten.

Data: 18 mei, 8 en 29 juni 2017

Locatie: Utrecht

Kosten: € 1.185,-

Inlichtingen over alle cursussen en opleidingen bij NSPOH: www.nspoh.nl, T (030) 810 05 00, e-mail info@nspoh.nl.

Piep zei de muis | voor AZC

Deze bijeenkomst is een verdieping op de training 'Piep zei de muis', die deelnemers opleidt om ouders en kinderen met KOPP/KVO problematiek te begeleiden. De verdieping is speciaal gericht op ondersteuning van KOPP/KVO kinderen en ouders die verblijven in AZC setting.

Informatie en aanmelden: www.trimbos.nl

Datum: 12 april 2017

Locatie: Amersfoort

Kosten: € 175,-



Nederlands Congres Volksgezondheid 2017

Tijdens het tweedaagse Nederlands Congres Volksgezondheid (NCVGZ) nemen onderzoek, praktijk en beleid een centrale plek in. Het is een congres van én voor de betrokkenen bij de volksgezondheid in Nederland, wetenschap, praktijk, beleid en onderwijs en nieuwe geïnteresseerden, bijvoorbeeld uit het bedrijfsleven en patiënt-/cliëntorganisaties. Het thema voor 2017 is 'De professional maakt het verschil'. De rol van professionals in de publieke gezondheid, sociaal domein en zorg verandert zichtbaar. De opkomst van multimorbiditeit en multi-problematiek, weerbarstige gezondheidsachterstanden, nieuwe technologie en kennis alsmede de hoge zorgkosten maken dat professionals

zich bezinnen en nieuwe wegen in slaan. Overal in het land wordt er geëxperimenteerd met nieuwe manieren van werken en het opdoen van nieuwe expertise.

Informatie en aanmelden: www.ncvgz.nl.

Data: 12 en 13 april 2017

Organisatie: Trimbos-instituut, KAMG, V&VN, Zorginstituut Nederland, NSPOH en de NPHF Federatie voor Gezondheid

Locatie: De Rijtuigenloods, Amersfoort

Deelnamekosten: € 225,- per dag

(geen BTW verschuldigd en studenten krijgen 50% korting wanneer zij een studentenkaart hebben.)

Meer burgerhulpverleners regio Haaglanden door succesvolle campagne

In 2016 heeft GGD Haaglanden samen met de Nederlandse Hartstichting, de Veiligheidsregio Haaglanden, de RAV Haaglanden en het Rode Kruis een campagne opgezet om meer burgerhulpverleners te verkrijgen.

De campagne begon met het aantal van 1.822 burgerhulpverleners en had als doel het totaal op 4.000 burgerhulpverleners te brengen. Dit aantal is ruimschoots gehaald, want op 31 december 2016 stonden in de regio Haaglanden 5.814 burgerhulpverleners geregistreerd. Daarmee is de campagne succesvol te noemen. De campagne richtte zich met name op mensen die (beroepsmatig) al kunnen reanimeren.

De initiatiefnemers hebben besloten de campagne te vervolgen. Elk jaar krijgen 1.000 inwoners in de regio Haaglanden een hartstilstand buiten het ziekenhuis. Alleen snelle reanimatie kan levens redden. Om binnen zes minuten te kunnen reanimeren, moet het aantal burgerhulpverleners op een aantal plaatsen in de regio

nog toenemen. Hulpdiensten zijn vaak snel ter plaatse, maar zij kunnen niet overal in de regio binnen de eerste cruciale zes minuten aanwezig zijn om te starten met reanimatie. Burgerhulpverleners en buurtbewoners die kunnen reanimeren kunnen dit vaak wel.

De behoefte aan meer burgerhulpverleners is dan ook onverminderd groot en het doel is om in totaal tienduizenden burgerhulpverleners voor de regio Haaglanden te werven.

De Hartstichting werkt aan een landelijk dekkend netwerk van burgerhulpverleners. Zodoende kunnen slachtoffers van een hartstilstand in héél Nederland binnen zes minuten gereanimeerd en gedefibrilleerd worden. Op die manier kunnen jaarlijks 2.500 levens worden gered. Voor een goed werkend oproepsysteem zijn er minimaal 170.000 burgerhulpverleners nodig (1% van de bevolking), verspreid over heel Nederland.

Bron: GGD Haaglanden

Continuïteit van zorg bij Ongeplande opname van mensen met Dementie in het Ziekenhuis (CODE Z)

Stichting Transmurale Zorg Den Haag en het Nivel werken samen aan CODE Z. In dit project wordt onderzocht wat de knelpunten zijn voor mensen met dementie die onverwachts worden opgenomen in het ziekenhuis, hoe verschillende beroepsgroepen de samenwerking met andere disciplines ervaren en hoe werkafspraken worden gemaakt om de zorg te verbeteren. Deze interventie is een product van Stichting Transmurale Zorg Den Haag.

Het NIVEL voert het onderzoeksgedeelte van CODE Z uit. Dit bestaat uit een eerste ronde met focusgroepen (2015), een vragenlijst aan betrokken professionals en mantelzorgers (2016) en een nameting met vragenlijsten voor betrokken professionals en mantelzorgers in het voorjaar 2017. Uit de focusgroepen blijkt dat informatie over de mens met dementie vaak moeilijk 'het ziekenhuis in komt' als de opname niet gepland is. Informatie (met name over de diagnose dementie, behandel- en reanimatieafspraken en informatie over de casemanager dementie) is niet duidelijk terug te vinden voor de (waarnemend/dienst-) huisarts, waardoor het niet in de verwijzing staat. Dit leidt tot onnodige diagnostiek en behandeling in de tweede lijn, met veel extra kosten en lasten voor de patiënt. Bovendien is het erg moeilijk om informatie over de zorg thuis (thuiszorg, fysiotherapie, ergotherapie et cetera) over te dragen naar het ziekenhuis, waardoor de aansluiting op de thuissituatie bij opname en ontslag ontbreekt.

Het gebrek aan informatie en communicatiemogelijkheden blijkt ook uit de eerste meting onder 166 zorgverleners in de Haagse regio. De afbeelding geeft weer hoe de samenwerking met andere disciplines wordt ervaren.

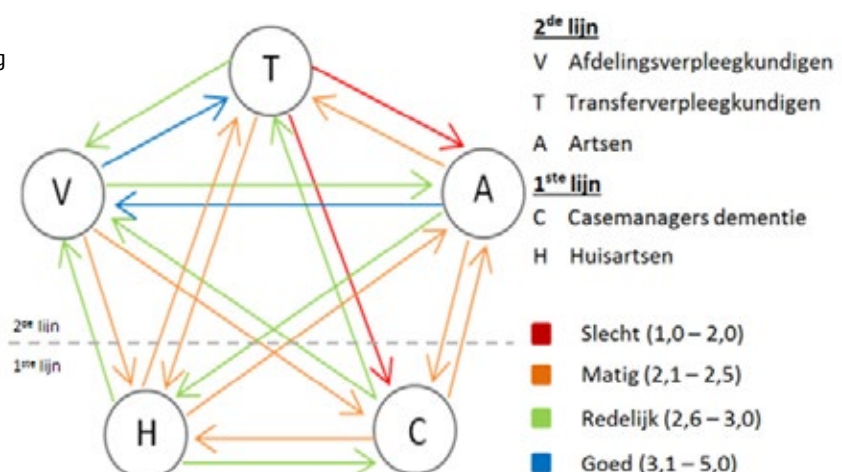
Meer resultaten van deze eerste meting zijn te vinden in de factsheet op www.Transmuralezorg.nl/codez.

De interventie van CODE Z is ontwikkeld door Stichting Transmurale Zorg in samenwerking met het Netwerk Dementie Haaglanden. Doel is het versterken van de rol van de casemanager dementie en van de samenwerking in de eerste lijn. Hiervoor zijn verschillende acties uitgevoerd:

- Casemanagers dementie hebben de huisarts van hun patiënten benaderd om het dossier van mensen met dementie op orde te hebben in geval van acute opname (diagnose, behandelwensen, contactgegevens casemanager).
- Het communicatiesysteem eGPO wordt doorontwikkeld in de eerste lijn van de Haagse gezondheidszorg om de samenwerking te ondersteunen. Casemanagers nemen hierin het voortouw.
- Mantelzorgers van mensen met dementie worden aangesloten op eGPO. Zij spelen een belangrijke rol voor hun naasten en gaven in het project aan meer regie te willen.
- De rol van de casemanager is nader toegelicht voor de deelnemende ziekenhuisafdelingen. Het belang om contact op te nemen en daarin proactief te zijn is benadrukt met een poster.

In het voorjaar van 2017 start de tweede meting van Nivel. Hierin wordt onderzocht of de interventie effect heeft op de ervaren samenwerking en de continuïteit van zorg. De resultaten worden begin 2018 verwacht.

Voor meer informatie over CODE Z of het bestellen van folders kunt u contact opnemen met Willeke Glas (willeke.glas@transmuralezorg.nl).



Signaleren en doorverwijzen problematisch gamen

Een op de vijf jongeren speelt elke dag een online game. Kinderen gamen nu gemiddeld langer per dag dan een aantal jaren geleden. Uit de jongerenenquête 2015 blijkt dat in Haaglanden 18% van de 12- tot en met 18-jarige jongeren (bijna) dagelijks games speelt (6-7 dagen per week). Bij 2% is er risico op problematische gamen. Instellingen voor verslavingszorg krijgen steeds vaker vragen van ouders en leerkrachten over gamen. Het Trimbos-instituut heeft in samenwerking met Mondriaan daarom een workshop ontwikkeld voor professionals, die werkzaam zijn op scholen en kinderen en/of ouders begeleiden. De workshop gaat in op vragen als: wanneer

is gamen nog leuk en wanneer wordt het problematisch, hoe vaak komt problematisch gamen voor, wie loopt het meest risico (en de relatie gamen-autismespectrum), wat zijn de gevolgen, hoe kan ik problematisch gamen herkennen, wat kan ik doen en wanneer moet ik doorverwijzen? Daarnaast maakt u kennis met de wereld van gamen, zodat u begrijpt waarom het voor sommige jongeren zo aantrekkelijk is.

Informatie en aanmelden:
www.trimbos.nl

Datum: 17 mei 2017

Locatie: Trimbos-instituut

Kosten: € 280,-

Nieuwe aanpak overlast personen met verward gedrag

Dimence start dit voorjaar als eerste ggz-instelling in Nederland met Street-triage: een snelle beoordeling ter plaatse van verwarde personen. De zorginstelling neemt hiermee het voortouw in de aanpak van het maatschappelijke probleem van overlast door personen met verward gedrag.

Het idee achter Street-triage is simpel en doeltreffend. Een team van een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, een ambulanceverpleegkundige en een politieagent reageert als eerste op meldingen van overlast door 'verwarde personen' die bij de politiemeldkamer binnenkomen. Wanneer zij gezamenlijk in de Street-triagewagen arriveren, beoordelen zij ter plekke de problemen: is inzet van psychiatrische zorg nodig of zijn er lichamelijke klachten en moet iemand naar de spoedeisende hulp? Als er sprake is van strafbare feiten wordt iemand overgedragen aan Justitie.

Een snelle beoordeling voorkomt dat mensen op verkeerde plekken in het systeem terechtkomen of lang moeten wachten op adequate vervolgzorg. De persoon met verward gedrag kan direct in de Street-triagewagen worden meegenomen naar een geschikte vervolgplek (huis, ziekenhuis, huisarts, ggz-instelling, politiebureau). Een snelle beoordeling ontlast andere hulpverleners of bezorgde burgers.

Street-triage betekent een nauwe samenwerking tussen de politie, de gemeente en de ggz. Vergeleken met andere initiatieven, zoals de psycholance, voorkomt juist deze gezamenlijke aanpak het psychiatriseren én criminaliseren van de overlast. Een groot deel van de overlast wordt namelijk veroorzaakt door mensen zonder een psychiatrische aandoening.

Bron: www.GGZNederland.nl/actueel (dd. 06-02-2017)

Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 4e kwartaal 2016

Ziekte	4e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 4e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	4e kwartaal 2016	4e kwartaal 2015	4e kwartaal 2014	1e t/m 4e kwartaal 2016	1e t/m 4e kwartaal 2015	1e t/m 4e kwartaal 2014
A-ZIEKTEN						
MERS-CoV						1
Pokken						
Poliomyelitis anterior acuta						
SARS						
Virala haemorrhagische koorts						
B-ZIEKTEN						
(humane infectie)avaire influenza						
Difterie						
Pest						
Rabies						
Tuberculose	23	24	21	108	90	82
Buiktyfus				1		5
Cholera						
Hepatitis A	4		14	7	8	23
Hepatitis B acuut en chronisch	29	30	49	126	129	166
Hepatitis C acuut	4		1	5	1	2
Kinkhoest	78	78	123	373	400	466
Mazelen						45
Paratyfus A,B,C		4		1	5	4
Rubella						
STEC (e-coli)	4	3	2	15	9	7
Shigellose	16	18	11	34	54	29
Invasieve GAS		1	2	9	7	4
Voedselinfectie				5	5	2
C-ZIEKTEN						
Antrax (miltvuur)						
Bof		2		1	27	6
Botulisme						
Brucellos					2	
Ziekte van Creutzfeld-Jacob klassiek	2	2	1	3	3	4
Ziekte van Creutzfeld-Jacob variant						
Gele koorts						
Invasieve HIB		1	1	1	1	1
Hantavirusinfectie						1
Legionellose	5	3	8	24	22	27

Ziekte	4e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 4e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	4e kwartaal 2016	4e kwartaal 2015	4e kwartaal 2014	1e t/m 4e kwartaal 2016	1e t/m 4e kwartaal 2015	1e t/m 4e kwartaal 2014
C-ZIEKTEN VERVOLG						
Leptospirose			2	7	3	4
Listeriose		1	1	5	4	6
Malaria	10	8	5	22	16	17
Meningokokkose	4	1		10	3	3
MRSA-infectie (cluster buiten ziekenhuis)						
Invasieve pneumokokken (bij kinderen)		1	2	2	4	3
Psittacose						1
Q-koorts			1			2
Tetanus						
Tularemie	1			1		
Trichinose						
West-Nilevirus						
Totaal	180	177	244	760	793	911

Infectieziekten gemeld door instellingen in 2016

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de meldingen door instellingen in geheel 2016.

Deze instellingen behoren tot instellingen waar 'kwetsbare' groepen zoals kinderen, ouderen of zieken verblijven. Op grond van artikel 26 van de Wet op de publieke gezondheid moeten die instellingen sommige infectieziekten melden bij de GGD.

Scenario	Kinderopvang	Onderwijsinstelling	Vluchtelingenopvang	AWBZ zorginstelling	Ziekenhuis	Eindtotaal
Huiduitslag/exanthemen	56	19	1	9		85
Impetigo (krentenbaard)	21	8			1	30
Gastro-enteritis	15	7		74	2	98
Schimmelinfectie	1	1		1		3
Luchtweginfectie	11	5		6		22
Anders*	4	3		3	1	11
Influenza(-achtig) ziektebeeld	2	2		2		6
Eindtotaal	110	45	1	95	4	255

* Anders = pfeiffer, MRSA (3x), ooginfectie (2x) en onwel worden, worminfecties (3x) en BRMO

Jaaroverzicht 2016 afdeling infectieziektebestrijding GGD Haaglanden

Het aantal meldingen van meldingsplichtige ziekten bij de afdeling Infectieziektebestrijding van GGD Haaglanden is in 2016 licht gedaald. Deze daling wordt met name veroorzaakt door een afname van het aantal kinkhoestmeldingen en het feit dat er dit jaar maar één bofmelding is geweest.

Van de andere twee ziekten (mazelen en rodehond), waartegen het BMR vaccin bescherming biedt, heeft de GGD dit jaar geen meldingen ontvangen. Een opvallende stijging in het aantal meldingen in 2016 blijkt bij meningokokkose, deze stijging lijkt zich in de eerste maand van 2017 door te zetten.

Meningokokkose of meningokokkenziekte is een verzamelnaam voor ziekten die worden veroorzaakt door een bacterie, de meningokok. De bacterie is van mens op mens overdraagbaar. De bacterie bevindt zich gewoonlijk in de neusholte van gezonde mensen zonder ziekteverschijnselen te veroorzaken. Als deze bacterie in de bloedbaan of in het zenuwstelsel komt, kan het ernstige ziektebeelden geven zoals sepsis (bloedvergiftiging) of meningitis (hersenvliesontsteking). Er zijn verschillende typen van deze meningokokbacterie. Vaccinatie tegen type C zit in het rijksvaccinatieprogramma. Het afgelopen jaar is er landelijk een toename te zien van het aantal meningokokkenziekten veroorzaakt door type W. Ook bij GGD Haaglanden is dit type een aantal keren gevonden bij de gemelde patiënten.

Ondanks de daling van het aantal gemelde infectieziekten was 2016 een druk jaar voor de afdeling infectieziektebestrijding. Het aantal meldingen uit instellingen (op basis van artikel 26 van de Wet Publieke Gezondheid) steeg van 179 in 2015 naar 255 in 2016. Opvallend hierbij is het grote aantal meldingen door zorginstellingen van gastro-enteritisuitbraken in het vierde kwartaal van 2016. Als er bij deze uitbraken een ziekteverwekker werd gevonden, was dit meestal het NORO-virus. Het **NORO-virus** is erg besmettelijk. Het virus zit in ontlasting en braaksel van patiënten. Er zijn geen inentingen of medicijnen om een NORO-virusinfectie te voorkomen. Het is niet altijd te voorkomen dat iemand besmet raakt en ziek wordt. Bij een uitbraak in een zorginstelling zijn strikte hygiënemaatregelen en indien mogelijk isolatie en andere organisatorische maatregelen noodzakelijk.

Helaas zijn er in 2016 opnieuw twee grote **scabiës**-uitbraken in zorginstellingen geweest door de zeer besmettelijke scabiës norvegica. Bestrijding hiervan vraagt veel tijd en inzet van personeel bij zorginstellingen en brengt hoge kosten met zich mee. De GGD adviseert en biedt ondersteuning aan de zorginstelling bij een uitbraak.

GGD Haaglanden kreeg in 2016 opnieuw veel vragen van personen, die in het buitenland gebeten of gekrabbd waren door een zoogdier. Na een verwonding door een dier in het buitenland beoordeelt de GGD of er kans bestaat op **rabiës** (hondsdoelheid). Om dit te voorkomen krijgt de patiënt een vaccinatieserie van vijf inentingen, al dan niet in combinatie met antistoffen (afhankelijk van het soort verwonding). Het aantal casussen met deze preventieve behandeling (postexpositieprofylaxe) toont de afgelopen jaren een stijgende lijn (2014: 44; 2015: 72; 2016: 88).

Voorts was 2016 voor de afdeling infectieziektebestrijding 'het jaar van het **zika**virus'. Sinds 2015 is een uitbraak van zikavirus gaande in Zuid- en Midden-Amerika, waaronder ook Suriname en de Cariben. Het zikavirus wordt overgebracht door bepaalde steekmuggen (muggen uit de *Aedes*-familie) die in de tropen veel in en rondom huis voorkomen. Deze muggen voeden zich voornamelijk met menselijk bloed en steken zowel overdag als in de late namiddag en begin van de avond. Complicaties van een zikavirusinfectie zijn zeldzaam, maar er zijn aanwijzingen voor een verband tussen deze virusinfectie en hersenafwijkingen, zoals microcefalie, bij de foetus tijdens een infectie in de zwangerschap, en het syndroom van Guillain-Barré, een neurologische aandoening met uitval van functies.

Deze uitbraak heeft de nodige onrust veroorzaakt bij (potentiële) reizigers naar deze gebieden. De GGD is in 2016 meer dan vierhonderd keer gebeld door verontruste burgers en professionals met vragen over het zikavirus.

Vanaf 1 november 2016 is de meldingsplicht voor gecompliceerde zikavirusinfectie en voor zikavirusinfectie in de zwangerschap opgenomen in de groep C meldingsplichtige ziekten in de Wet Publieke Gezondheid.



COLOFON

Maart 2017, 52^{ste} jaargang nr. 1

REDACTIE

mw. dr. G.A.M. Ariëns, GGD Haaglanden (kernredacteur)
mw. drs. R.J. Beuker, GGD Haaglanden (kernredacteur)
dhr. dr. P.K. Chandie Shaw, internist, Haaglanden Medisch Centrum
mw. E.M. van Dalen (redactiesecretaris/eindredacteur)
dhr. drs. M. Lemmink, GGD Haaglanden
mw. dr. ir. I.M. van der Meer, GGD Haaglanden (kernredacteur)
dhr. prof. dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Haaglanden (hoofdredacteur)
dhr. dr. R. Starmans, huisarts
dhr. drs. V.M. Vladár Rivero, Parnassia Groep
mw. drs. E. Vlagsma, GGD Haaglanden (kernredacteur)

REDACTIEADRES

Redactieadres: GGD Haaglanden, Postbus 16130, 2500 BC Den Haag
Bezoekadres: Westeinde 128, Den Haag
Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij GGD Haaglanden.
Telefoon: (070) 752 89 63
e-mail: epibul@ggdhaaglanden.nl

Epidemiologisch Bulletin op internet:

www.ggdhaaglanden.nl/epibul

Ontwerp:

Ontwerpwerk

Fotografie:

Frank Demiel
Arnaud Roelofsz

Uitgave:

GGD Haaglanden

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

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

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

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

ISSN 0921-6219



BEZOEKADRESSEN

Westeinde 128
2512 HE Den Haag

Reinier de Graafweg 5
2625 AD Delft

Croesinckplein 24-26
2722 EA Zoetermeer

POSTADRES

Postbus 16130
2500 BC Den Haag

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

www.ggdhaaglanden.nl