

Epidemiologisch Bulletin

3

2018

VOLKSGEZONDHEID

Ruim elf jaar een Haagse bijzondere leerstoel Public health in het LUMC > p. 4

Academische werkplaatsen in de praktijk > p. 9

Generieke module Acute psychiatrie > p. 16

Gezondheid in cijfers > p. 23

IN DIT NUMMER

Redactioneel	3
Ruim elf jaar een Haagse bijzondere leerstoel Public health in het LUMC <i>Ton van Dijk en Geertje Ariëns</i>	4
Academische werkplaatsen in de praktijk Meerwaarde voor beleid, praktijk, opleiding en onderzoek <i>Sjaak de Gouw, Nienke Terpstra, Mascha Kamphuis</i>	9
Generieke module Acute psychiatrie <i>Remco de Winter</i>	16
Gezondheid in cijfers: Vrijwilligerswerk	23
Korte berichten	24
Meldingen infectieziekten	30

Wilt u reageren op deze uitgave van het Epidemiologisch Bulletin?

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



Redactioneel

De kranten staan er vol van: het aantal mensen dat ‘verward gedrag’ vertoont is de afgelopen jaren enorm gestegen. De oorzaken van deze ontwikkeling lijken niet zo eenduidig. Bezuinigingen binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) spelen ongetwijfeld een rol, maar dit lijkt toch niet het hele verhaal. In deze editie van het Epidemiologisch Bulletin gaat het niet over het waarom, maar wel over de optimale inhoud en organisatie van zorg voor mensen bij wie het vermoeden bestaat dat zij een acute psychiatrische stoornis hebben. In opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ is daartoe de Generieke module Acute psychiatrie ontwikkeld, samen met alle hierbij betrokken partijen, van ambulancezorg tot politie en van de koepel van instellingen voor opvang van daklozen tot zorgverzekeraars. Een psychiater van de Parnassiagroep is een van de opstellers van deze generieke module en presenteert de inhoud ervan in dit bulletin.

Twee andere artikelen in dit bulletin vertellen over de samenwerking tussen de GGD'en in de regio's Haaglanden en Hollands Midden met het LUMC, de Universiteit Leiden, het kennisinstituut TNO en nog een groot aantal andere partijen.

Het ene artikel beschrijft de samenwerking in de ‘Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland’ en in de op de zorg voor de jeugd gerichte ‘Academische Werkplaats SAMEN’, die in dezelfde regio werkzaam is.

Het andere artikel gaat over de aan de ‘Academische Werkplaats Publieke Gezondheid’ gelieerde leerstoel ‘Public health, in het bijzonder de gezondheid van groepen in achterstandsituaties’ aan het LUMC. Met de pensionering van de hoogleraar komt na ruim elf jaar een einde aan deze leerstoel. Tijd dus voor een terugblik. Ter gelegenheid van dit afscheid organiseren het LUMC en de GGD Haaglanden op 5 oktober een symposium, waarover u elders in dit nummer van het Epidemiologisch Bulletin meer kunt lezen.

De rubriek ‘Gezondheid in Cijfers’ toont het percentage inwoners in regio Haaglanden dat vrijwilligerswerk doet.



Ruim elf jaar een Haagse bijzondere leerstoel Public health in het LUMC

Wegens het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd neemt Barend Middelkoop op 5 oktober afscheid als bijzonder hoogleraar Public health van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Deze leerstoel werd op 1 maart 2007 ingesteld door de gemeente Den Haag en ondergebracht bij de afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde. Het LUMC heeft eind 2017 besloten dat het tijd is voor de instelling van een gewone leerstoel in het vakgebied van de sociale geneeskunde. Daarmee is een belangrijk doel bereikt dat de GGD en de gemeente Den Haag hadden met de bijzondere leerstoel. Dit artikel blikt terug op de afgelopen elf jaar en beschrijft wat de bijzondere leerstoel heeft opgeleverd, gezien vanuit het perspectief van de Haagse publieke gezondheidszorg.

Ton van Dijk en Geertje Ariëns

Al sinds de jaren '80 van de vorige eeuw ontbreekt in Leiden een leerstoel op het gebied van de sociale geneeskunde. Na het emeritaat van de laatste hoogleraar wordt de leerstoel niet meer ingevuld, omdat de Leidse Medische Faculteit (inmiddels samen met het Academisch Ziekenhuis Leiden opgegaan in het Leids Universitair Medisch Centrum, LUMC) andere speerpunten heeft. Gevolg is dat de publieke gezondheidszorg in de regio Leiden/Den Haag geen natuurlijke partner heeft binnen de academische wereld. Goede samenwerkingsrelaties tussen de academische sociale geneeskunde en het praktijkveld van de publieke gezondheidszorg zijn in die periode overigens ook elders in Nederland schaars. In het begin van deze eeuw breekt steeds meer het besef door dat dit nadelig is, zowel voor de universiteit als voor het praktijkveld. Daarom lanceert ZonMw, het grote fonds voor gezondheidsonderzoek in Nederland, in 2005 het programma 'Academische Werkplaatsen Publieke

Gezondheid'. Doel is hiermee een duidelijk zichtbare lacune in te vullen. Immers, waar zowel de specialistische geneeskunde als de huisartsgeneeskunde al sinds jaar en dag een goede verbinding kennen tussen het universitaire wetenschapsbedrijf en de praktijk van de patiëntenzorg, daar vormen de sociale geneeskunde binnen de universiteit en de publieke gezondheidszorg buiten de universiteit nagenoeg gescheiden werelden. De Nederlandse public health wordt daarom door ZonMw uitgedaagd bruggen te slaan tussen wetenschap en praktijk. Voor de infrastructuur van de beoogde 'academische werkplaatsen' stelt ZonMw subsidie beschikbaar. Het LUMC kan op dat moment een dergelijke subsidie niet aanvragen, omdat de sociale geneeskunde aldaar vrijwel non-existent is; en voor een brug zijn twee overkanten nodig. Binnen het LUMC is het denken over de public health echter wel op gang gekomen. Zo noemt een beleidsnota in 2005 al het belang van de public health



en wordt de afdeling Huisartsgeneeskunde herdoopt in Public Health en Eerstelijngeneeskunde. Het ZonMw-programma prikkelt het LUMC om de sluimerende ambities met betrekking tot de public health daadwerkelijk vorm te geven. Resultaat is het besluit om uit eigen middelen van LUMC en de toenmalige GGD Den Haag een coördinator te benoemen van de nieuw op te richten Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland en te streven naar een bijzondere leerstoel die door deze coördinator zal worden bezet.

Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland

De Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland ging op 1 januari 2006 van start met de benoeming van Barend Middelkoop als coördinator. Elders in dit bulletin wordt verslag gedaan van de ontwikkeling van deze werkplaats en van de op deze werkplaats volgende academische werkplaats op het gebied van de jeugd(gezondheids)zorg.¹ De nieuwe coördinator kreeg de taak om de academische werkplaats verder op te bouwen. De basis daarvoor was al gelegd. Zo waren er themagroepen gevormd met mensen uit universiteit en praktijk op de terreinen jeugdgezondheidszorg, gezondheidsbevordering en infectieziektebestrijding; en al snel volgde de themagroep openbare geestelijke gezondheidszorg. De coördinator moest ook zorgen dat subsidies voor onderzoeksprojecten werden aangevraagd bij het ZonMw-programma Academische Werkplaatsen. Als derde taak begon hij vanaf 1 januari 2006 bijdragen te leveren aan het onderwijs aan geneeskundestudenten, vooruitlopend op de beoogde benoeming als bijzonder hoogleraar. In de loop van 2006 werden het LUMC, de Universiteit Leiden en de gemeente Den Haag het eens over de instelling van een bijzondere leerstoel 'Public health, in het bijzonder de gezondheid van groepen in achterstandsituaties'. Met budget van de GGD-afdeling Epidemiologie financierde de gemeente Den Haag deze leerstoel voor één dag per week. Het LUMC vulde dit aan tot in totaal 3,5 dagen per week. Per 1 maart 2007 volgde de benoeming van Barend Middelkoop op deze leerstoel. De tekst van zijn op 6 juni 2008 uitgesproken oratie werd integraal afgedrukt in het Epidemiologisch Bulletin.² Zoals gezegd, ontbrak in Leiden een gewone hoogleraar in het vakgebied van de sociale geneeskunde. Barend Middelkoop vervulde daardoor – als bijzonder hoogleraar – taken op het terrein van onderwijs,

opleiding, nascholing en onderzoek. Wat heeft deze elf jaar leerstoel Public health op deze terreinen betekend?

Onderwijs

Uiteraard is het ontwikkelen en geven van onderwijs een van de belangrijkste taken van een hoogleraar. Het onderwijs sociale geneeskunde in de Leidse opleiding tot basisarts is zeer gering in 2005, evenals de personele formatie die dit onderwijs moet verzorgen. Met zijn praktijkervaring bij een grootstedelijke GGD probeert de hoogleraar de geneeskundestudenten twee dingen bij te brengen. Ten eerste wat een prachtig vakgebied de sociale geneeskunde is. Hierdoor worden studenten gestimuleerd om na te denken over een eventuele keuze voor dit vak, bijvoorbeeld door jeugdarts te worden bij een GGD. Dit is van groot maatschappelijk belang, gezien het toenemende gebrek aan sociaal-geneeskundigen in Nederland en de op basis van leeftijdsopbouw te verwachten uitstroom van sociaal-geneeskundigen in de komende jaren. Een tweede bedoeling van het sociaal-geneeskundig onderwijs is om alle basisartsen, dus ook degenen die specialist of huisarts willen worden, voldoende sociaal-geneeskundige competenties bij te brengen. Iedere arts, ook indien werkzaam in de curatieve zorg, moet voldoende begrip hebben van het belang van 1) preventie en 2) het betrekken van de context van de patiënt/cliënt. Deze noties worden heden ten dage in Nederland breed gedeeld, zowel onder beleidsmakers als onder de werkers binnen de gezondheidszorg.

In de afgelopen jaren is het gelukt om de aandacht voor de sociale geneeskunde in het geneeskundig basiscurriculum in Leiden met circa 50% te vergroten, inclusief uitbreiding van het aantal medewerkers dat dit onderwijs verzorgt.

Het belang van het onderwerp preventie spreekt gelukkig steeds meer vanzelf. Juist in de spreekkamer doen zich mogelijkheden voor om een onderwerp als leefstijl ter sprake te brengen. Bovendien wordt de roep steeds luider dat de arts zich ook moet richten op de patiënten die niet op het spreekuur komen, maar gezien hun risicoprofiel wel degelijk (preventieve) aandacht behoeven. Denk bijvoorbeeld aan een vereenzamende oudere. Deze aandacht voor de gehele patiëntenpopulatie (in plaats van een beperking tot de spreekuurbezoekers) wordt uitgewerkt in het concept van Population Health Management, een speerpunt van de afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde (PHEG) van het LUMC.³

Het betrekken van de context van de patiënt is om allerlei redenen van belang. Allereerst al in verband met therapietrouw. Bekend is dat veel patiënten de adviezen van de dokter niet goed opvolgen. Zeker niet als het gaat om zoiets als leefstijl, maar ook niet wat betreft het trouw innemen van de voorgeschreven medicatie. Inzicht in de leefsituatie van de patiënt kan de dokter helpen om gericht advies te geven en beter rekening te houden met mogelijkheden en onmogelijkheden. In de afgelopen jaren is in het LUMC daarom veel onderwijs ontwikkeld op het terrein van de gezondheidsbevordering. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de nieuwste inzichten van vakgebieden als gezondheidswetenschappen en gedragswetenschappen. Dit onderwijs wordt zo veel mogelijk verzorgd vanuit alle, dus ook klinische, afdelingen van het LUMC. De coördinatie en voortrekkersfunctie liggen bij de sociale geneeskunde binnen de afdeling PHEG. Uiteraard heeft dit onderwijs veel aandacht voor thema's als sociaaleconomische gezondheidsverschillen en etnisch-specifieke gezondheidsvraagstukken.

De context van de patiënt is eigenlijk bij alle aspecten van het medisch handelen van belang. Dat begint al bij het stellen van de diagnose en het analyseren van het gezondheidsprobleem. Zeker in achterstandswijken hangen gezondheidsproblemen vaak samen met andere problematiek, zoals psychische, sociale en financiële problemen. Wanneer hier niet bij wordt stilgestaan – en dat moet dus al op het moment dat de patiënt voor het eerst met een bepaalde klacht bij de huisarts komt – dan zal de analyse van het gezondheidsprobleem insufficiënt zijn en het erop gebaseerde handelingsplan ook.

Stijgende lijn keuze sociale geneeskunde

Kortom, er is veel te winnen met goed onderwijs in de sociale geneeskunde, zowel voor de publieke gezondheidszorg als voor de curatieve sector. Die winst is in de afgelopen jaren voor een flink deel inderdaad behaald. De betrokkenheid van GGD-medewerkers bij het onderwijs heeft daarbij zeker stimulerend gewerkt. Dit vergrootte niet alleen in kwantitatieve zin de mogelijkheden voor het sociaal-geneeskundig onderwijs, maar resultaat was ook dat studenten zich beter konden identificeren met een rolmodel uit de public health praktijk. Er is dan ook een stijgende lijn in het aantal studenten dat zich in de laatste fase van de studie aanmeldt voor een keuze-onderdeel (zoals een wetenschapsstage of een keuze-coschap) op het gebied van

de sociale geneeskunde. Een voorbeeld is het keuze-onderwijs van tien weken aan het begin van het derde studiejaar, de zogeheten 'halve minoren'. Eén van de keuzemogelijkheden is de Halve Minor Global Health die door de afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde wordt georganiseerd. Deze Halve Minor, inclusief een bezoek aan Cuba, wordt ondanks de hoge deelnamekosten jaar na jaar overtekend. Het lijkt er dus op dat het vakgebied van de sociale geneeskunde zich in Leiden mag verheugen in een stijgende belangstelling onder de medische studenten.

Vermeldenswaard is verder dat deze grootstedelijke public health ook zijn weerslag kreeg in de bijdrage van de bijzonder hoogleraar aan het studieboek Volksgezondheid en gezondheidszorg. Dit wordt in heel Nederland gebruikt als leerboek sociale geneeskunde.

Opleiding en nascholing

De bijzonder hoogleraar droeg bij aan de module preventie in de huisartsopleiding van het LUMC. Op uitnodiging verzorgde hij ook elders onderwijs, bijvoorbeeld aan het in Den Haag gevestigde Leiden University College, in de opleiding tot jeugdarts van TNO in Leiden en aan de Haagse Hogeschool. Ook in het buitenland, zoals voor de Stichting Postacademische Medische Cursussen in Indonesië en een voordracht over preventie van diabetes en hart- en vaatziekten tijdens een symposium van het Academisch Ziekenhuis in Paramaribo. Voorts leverde hij enkele malen een bijdrage aan LUMC-nascholingen (de zogeheten Boerhaavecursussen). Steeds kon hij dankbaar gebruikmaken van zijn ervaringen bij de GGD in Den Haag.

Onderzoek

De tweede hoofdtaak van een hoogleraar is het doen van onderzoek. In de praktijk doet de hoogleraar dit grotendeels niet zelf, maar begeleidt hij of zij (jonge) onderzoekers. Ook de bijzondere hoogleraar Public Health van het LUMC heeft de afgelopen elf jaar de nodige onderzoeken begeleid. De meeste hiervan vonden plaats in het kader van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid; deze zijn te vinden op de website van deze werkplaats.⁴ Ook in het onderzoek staan de onderwerpen 'preventie' en 'wisselwerking tussen gezondheid en omgeving' steeds centraal; met ook hier de nadruk op de gezondheidsproblematiek van inwoners van (achterstandswijken van) de grote stad.



De inbedding van de leerstoel binnen de afdeling PHEG gaf goede mogelijkheden voor samenwerking met name met de Huisartsgeneeskunde. Een van de onderzoekslijnen betreft dan ook de preventieve mogelijkheden van huisartsen, waaronder het zogeheten Preventieconsult. Binnen de afdeling PHEG was de hoogleraar betrokken als promotor of als projectgroeplid bij drie promotietrajecten. Eén promotie richtte zich op het inzetten van het Preventieconsult voor de preventieve zorg aan ouderen, een andere promotie hield zich bezig met de vraag of mensen met een lage sociaaleconomische positie en/of een niet-westerse achtergrond wel bereikt worden met zo'n consult, terwijl de derde promovenda naging of het Preventieconsult daadwerkelijk leidt tot verbetering bij deze laatste twee groepen. Het beeld was niet eenduidig. Voor een succesvol Preventieconsult bij ouderen waren grote inspanningen nodig, en de mensen met een lage sociaaleconomische positie namen weliswaar deel aan het Preventieconsult, maar er werd slechts een gering effect gemeten.

Voorts begeleidde de hoogleraar een onderzoek naar de voorwaarden waaraan moet zijn voldaan voor een succesvolle implementatie van beweegprogramma's in de eerste lijn.

Twee medewerkers van de GGD Den Haag promoveerden (deze promoties vonden plaats vóór de vorming van GGD Haaglanden) bij de bijzonder hoogleraar. Irene van der Meer van de afdeling Epidemiologie promoveerde op onderzoek naar de vitamine D status van niet-westerse allochtonen in Nederland.^{5,6} Vitamine D tekort bleek binnen deze groepen enorm vaak voor te komen. Mede op basis van dit onderzoek adviseerde de Gezondheidsraad voor deze groepen een dagelijkse inname van 10 µg vitamine D. Jeroen de Wilde van de productgroep Jeugdgezondheidszorg promoveerde op onderzoek naar etnisch-specifieke groeicurven voor kinderen van Hindostaanse afkomst.^{7,8} Uit zijn onderzoek bleek dat enerzijds sommige Hindostaanse kinderen ten onrechte het etiket 'ondergewicht' hadden gekregen en anderzijds vrij veel Hindostaanse kinderen te dik waren, hoewel ze volgens de algemeen gehanteerde normen een normaal gewicht zouden hebben. Toepassing van deze nieuwe, speciaal voor de Hindostaanse kinderen ontwikkelde groeicurven leidde er dus toe dat ouders minder vaak ten onrechte ongerust werden gemaakt over een (feitelijk niet bestaand) ondergewicht van hun kind en dus ook niet werden aangemoedigd het kind méér te laten eten.

Barend Middelkoop neemt op 5 oktober 2018 afscheid. Ter gelegenheid daarvan organiseren het LUMC en GGD Haaglanden een afscheids-symposium: 'GGD, een grote waarde voor een grote stad'.

Het afscheidssymposium vindt plaats op vrijdag 5 oktober 13.00 – 17.00 uur in het gebouw van de LUMC-Campus, Turfmarkt 99, 2511 DP Den Haag.

Ter gelegenheid van dit symposium verschijnt een speciale uitgave van het Epidemiologisch Bulletin. De geïnteresseerde lezer kan deze speciale uitgave na 5 oktober 2018 opvragen via epibul@ggdhaaglanden.nl of downloaden van www.ggdhaaglanden.nl/epibul.

Minstens zo belangrijk: er kwam een vrij groot aantal kinderen in beeld dat overgewicht of zelfs obesitas bleek te hebben, terwijl voorheen hun gewicht, ten onrechte, als normaal was beschouwd.

De hoogleraar werkte (en werkt) samen met onderzoekers van LUMC, AMC en VUmc in diverse onderzoeksprojecten op het gebied van diabetesproblematiek binnen niet-westerse bevolkingsgroepen, waaronder wederom de Hindostaanse gemeenschap. Voorts begeleidde hij uiteenlopende promotietrajecten, die hij de komende jaren zal afronden: vitamine D status van Nederlanders met een Chinese achtergrond; publiek-private samenwerking in de tuberculosebestrijding in India; etniciteit, discriminatie en gezondheid in Peru.

Andere taken

De bijzonder hoogleraar was regelmatig spreker op (invitational) conferences, experts meetings, congressen en dergelijke, waar hij in zijn presentatie steevast kon wijzen op de noodzaak van meer aandacht voor onderwerpen als preventie, het betrekken van de context, sociaal-economische gezondheidsverschillen en etnisch-specifieke gezondheidsvraagstukken; hierbij gebruikmakend van zijn ervaringen binnen de grootstedelijke public health. Hetzelfde geldt voor zijn bijdragen aan commissies van de Gezondheidsraad, ZonMw e.a.

Tot besluit

Natuurlijk zijn er nog tal van uitdagingen en bestaat er ruimte voor verbetering. Maar er kan met trevredenheid worden teruggekeken. Met de start van de Academische Werkplaats in 2006 en het instellen van de leerstoel in 2007 is het sociaal-geneeskundig onderwijs van het LUMC fors uitgebreid, inclusief een redelijke aanpassing daarop van de formatie. Er lopen de nodige onderzoeksprojecten, die gericht zijn op het verbeteren van de gezondheid van en zorg voor groepen in achterstandsituaties. Zowel via de academische werkplaatsen als via de LUMC-Campus Den Haag³ bestaan structurele samenwerkingsrelaties tussen het LUMC en de gemeente Den Haag en GGD Haaglanden. Voor de (vooral Haagse) publieke gezondheid is een investering gedaan die hopelijk zal leiden tot een grotere toestroom van artsen die in de publieke gezondheidszorg willen werken. De versterking van het sociaal-geneeskundig onderwijs bij het LUMC zal hopelijk voor alle daar opgeleide

artsen leiden tot een betere samenwerking met de publieke gezondheidszorg, méér aandacht voor preventie en betere zorg doordat de context van de patiënt wordt betrokken bij diagnostiek en therapie. Eind 2017 heeft de Raad van Bestuur van het LUMC een heel belangrijk besluit genomen door geld te alloceren voor een structurele leerstoel Population Health. Hiermee keert de gewone leerstoel Sociale geneeskunde dus terug in Leiden. Wat betreft de GGD Den Haag was de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid in 2006 mede met deze bedoeling gestart.

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

OVER DE AUTEURS

Dhr. drs. A.A.H.M. van Dijk is directeur van GGD Haaglanden. **Mw. dr. G.A.M. Ariëns** is product-groepmanager Gezondheidsbevordering en Epidemiologie van GGD Haaglanden. Beide auteurs zijn lid van het curatorium van de bijzondere leerstoel 'Public health, in het bijzonder de gezondheid van groepen in achterstandsituaties'.
E-mail: geertje.ariens@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

- 1 De Gouw S, Terpstra N, Kamphuis M. Academische werkplaatsen: meerwaarde voor beleid, praktijk, opleiding en onderzoek. *Epidemiologisch Bulletin GGD Haaglanden* 2018;53, nr. 3: 9-15.
- 2 Middelkoop BJC. **Public health, in het bijzonder de gezondheid van groepen in achterstandsituaties.** *Epidemiologisch Bulletin GGD Haaglanden* 2008;43, nr. 2-3:2-12.
- 3 Numans ME, Middelkoop BJC. **De LUMC-Campus Den Haag.** *Epidemiologisch Bulletin GGD Haaglanden* 2017;52, nr. 2:25-29.
- 4 Zie <https://www.awpgnzh.nl/>
- 5 Meer, I. van der. **Vitamine D-tekort in een multi-etnische populatie; determinanten, prevalentie en consequenties.** *Epidemiologisch Bulletin GGD Haaglanden* 2010;45, nr. 3:2-6.
- 6 Meer, I. van der. **Vitamin D deficiency in a multiethnic population; determinants, prevalence and consequences.** Proefschrift VUmc 2010.
- 7 Wilde J. de, Middelkoop B. **Gezondheidsrisico's inschatten bij kinderen van Hindostaanse afkomst.** *Epidemiologisch Bulletin GGD Haaglanden* 2016;51, nr. 1:17-24.
- 8 Wilde J. de. **Does one size fit all? The case for ethnic specific standards to assess growth in South Asian children.** Proefschrift LUMC 2015.



Academische werkplaatsen in de praktijk

Een toenemend aantal problemen en vraagstukken waarvoor de overheid zich geplaagd ziet – of voor verantwoordelijk wordt gehouden – heeft het karakter van een ‘netwerkprobleem’: er is een groot aantal partijen bij betrokken met uiteenlopende waarden, visies en belangen. In veel van dergelijke problemen zijn bovendien zowel de analyse als de verschillende oplossingsrichtingen van het probleem betwist.

Het zijn dusdanige problemen dat een beleidsonderzoek of empirisch onderzoek niet volstaat. Een passend antwoord hierop komt van de academische werkplaatsen.

Duidelijk is dat deze werkplaatsen door hun samenstelling en door hun manier van werken, zowel op het gebied van onderzoek als op het punt van kennisverspreiding en continue aandacht voor implementatie, enorme meerwaarde hebben voor de oplossing van dergelijke maatschappelijke vraagstukken.

Onderstaand artikel geeft vier praktijkvoorbeelden van twee academische werkplaatsen in de regio's Haaglanden en Hollands Midden en een schets van de huidige ontwikkelingen.

Sjaak de Gouw, Nienke Terpstra, Mascha Kamphuis

Inleiding

In de regio's Haaglanden en Hollands Midden bestaan academische werkplaatsen voor publieke gezondheid (hierna te noemen AWPG) en voor jeugdbeleid (hierna te noemen SAMEN).

Voor een nadere beschrijving zie de kaders op pagina 10, 12 en 14).

Kennisinstituten zoals universiteiten, hogescholen en TNO, GGD'en, gemeenten en praktijkorganisaties (zoals jeugdhulporganisaties en JGZ) werken daarin samen aan kennis die het jeugd- en gezondheidsbeleid van gemeenten en de uitvoering ervan door praktijkorganisaties kan verbeteren.

Gezien de aard en complexiteit van de vraagstukken waarvoor gemeenten en praktijkorganisaties zich geplaagd zien, is deze samenwerking essentieel.

Het zijn netwerkorganisaties, waarvan vorm, werkwijze en inhoudelijke thema's flexibel zijn opgezet.

Hierdoor kan effectief gereageerd worden op vragen van gemeenten of praktijkorganisaties. De werkzaamheden worden vooral door partijen zelf uitgevoerd, met meerwaarde van het netwerk. Dit gebeurt op verschillende manieren: naast onderzoeksprojecten vormen leer- en kennisbijeenkomsten en netwerksessies relevante onderdelen van de werkplaatsen. Door de brede samenstelling en specifieke positie zijn academische werkplaatsen in staat complexe vraagstukken van gemeenten en praktijkorganisaties op te pakken en te vertalen naar opleidingen. Vanaf de start in 2006 zijn door AWPG en SAMEN diverse leer- en netwerkbijeenkomsten georganiseerd en circa 60 onderzoeks- en onderwijsprojecten uitgevoerd. De opzet en resultaten staan op de websites.^{1,2} Onderstaande praktijkvoorbeelden illustreren de aard van de onderzoeksprojecten, de samenstelling en werkwijze van deze werkplaatsen voor de complexe

Door de brede samenstelling en specifieke positie zijn academische werkplaatsen in staat complexe vraagstukken van gemeenten en praktijkorganisaties op te pakken en te vertalen naar opleidingen.

vraagstukken van gemeenten en praktijkorganisaties en de mogelijkheden om deze werkplaatsen ook de komende jaren te gebruiken voor verbetering van beleid, opleiding en praktijk.

De praktijk van de academische werkplaatsen: vier voorbeelden van onderzoek

1. Voedselzekerheid Den Haag (AWPG)

(van april 2017 tot 2021)

Analyse van het probleem

Voedselzekerheid is de mate waarin men (fysieke en economische) beschikking heeft over adequate voeding. Voedselonzekeerheid betekent bijvoorbeeld dat mensen maaltijden moeten overslaan, kleinere porties nemen of minder gevarieerd eten met minder gezonde keuzes. Het is bekend dat voedselonzekeerheid voorkomt in andere (ook Europese) landen. De omvang in Nederland en de consequenties, met name voor gezondheidsproblematiek zoals overgewicht, stofwisselingsziekten, vitaminebalans en ondergewicht, zijn echter niet bekend. Daarnaast is weinig bekend over de onderliggende psychosociale determinanten van voedselonzekeerheid, zoals financiële stress, sociale steun en ervaren barrières ten opzichte van gezonde voedselkeuzes.

Doel en aanpak van het onderzoek

Het onderzoek richt zich op de mate en omvang van voedselonzekeerheid in Haagse achterstandsgezinnen en in hoeverre voedselonzekeerheid samenhangt met gezondheidsverschillen. Door het analyseren van vragenlijsten en medische gegevens via de huisarts, wordt de mate van voedselonzekeerheid in Haagse achterstandsgezinnen in kaart gebracht. Doel is hiermee de omvang van het probleem vast te stellen en na te gaan in hoeverre de mate van voedselzekerheid mogelijke gezondheidsverschillen kan verklaren. Daarna volgt aanvullend onderzoek naar onderliggende psychosociale determinanten van voedselonzekeerheid (zoals stress, armoede, functioneel analfabetisme). Daartoe worden vragenlijsten

geanalyseerd en interviews gehouden met ouders wonend in de Haagse krachtwijken. Met deze informatie hoopt de AWPG mogelijke oplossingen aan te dragen voor de Gemeente Den Haag om voedselonzekeerheid bij deze gezinnen te voorkomen of te verminderen.

Samenwerking beleid, onderzoek, onderwijs en praktijk

Het onderzoek wordt uitgevoerd door een samenwerkingsverband van het LUMC-Campus Den Haag, Leiden University College (LUC), GGD Haaglanden en afdelingen van de Gemeente Den Haag. Daarnaast is er voor de inclusie van deelnemers contact met organisaties, zoals scholen en zwembaden in de Haagse krachtwijken. Zo werken onderzoek, beleid en praktijk in een netwerk samen. De (te ontwikkelen) werkwijze en resultaten worden ook via de beroepsopleidingen verspreid.

(Academische) werkplaatsen ontwikkelen zich in heel Nederland

In veel programma's van ZonMW wordt sinds 2006 aandacht besteed aan een kennisinfrastructuur van onderzoek, beleid en praktijk. Dit gebeurt door middel van aparte programma's (academische werkplaatsen publieke gezondheid) of als onderdeel van andere programma's (bijvoorbeeld ouderenzorg, jeugd, ggz, thuiszorg). Uitgangspunt hierbij is het besef dat (onderzoeks)projecten meer impact hebben als ze tot stand komen in een samenwerking tussen onderzoek, beleid en praktijk. Beleid en praktijk zijn vanaf het begin intensief bij de onderzoeken betrokken. Hierdoor zijn er in de afgelopen 15 jaar diverse soorten werkplaatsen ontstaan, onder andere op het gebied van ouderenzorg, GGZ, thuiszorg, jeugd, sociaal domein, OGGZ, publieke gezondheid en de zorg voor mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking. Bij de meer toepassingsgerichte onderzoeken (thuiszorg, sociaal domein) zijn vooral hogescholen betrokken. Met het aflopen van programma's of projecten is ook een aantal werkplaatsen beëindigd, in een slaapstand gezet of in afgezwakte vorm verder gegaan. Zo werd de academische werkplaats ouderenzorg Noordelijk Zuid-Holland het gezamenlijke platform van de vijf transmurale netwerken in de regio's in de regio's Haaglanden en Hollands Midden. Op dit moment zijn er in de regio's Haaglanden en Hollands Midden nog diverse actieve werkplaatsen: ouderenzorg, sociaal domein, publieke gezondheid, jeugd en OGGZ (G4-user).



Resultaten

Resultaten van dit onderzoek naar voedselonzekeerheid in de Haagse krachtwijken worden beschreven in een volgend nummer van het Epidemiologisch Bulletin. Hoewel het onderzoek nog loopt, is inmiddels duidelijk dat ruim een kwart van de deelnemers aan het onderzoek voedselonzekeer is. Momenteel wordt bestudeerd in hoeverre voedselonzekeerheid gerelateerd is aan obesitas en voedingskwaliteit en in hoeverre psychosociale factoren onderliggende verbanden kunnen verklaren.

2. Sociaal makelaar Gouda (AWPG)

(van oktober 2016 tot maart 2018)

Analyse van het probleem

Wijkgericht werken binnen het concept van civil society betekent dat verbinding moet worden gelegd tussen zorg en welzijn op gebieds- en wijkniveau. De Gemeente Gouda wil hieraan invulling geven door het verbinden van zorg- en welzijnsaanbod met vrijwillige buurtinitiatieven. Hiervoor zijn drie gebiedsgerichte sociale teams uitgerust met een 'sociaal makelaar'. De sociaal makelaar ondersteunt de participatie in de wijk door het faciliteren en coördineren van initiatieven, verenigingen en burger-netwerken in de wijk en deze via de sociale teams te verbinden met de welzijns- en gezondheidsbehoeftes van kwetsbare groepen. Op die manier ontstaat tweerichtingsverkeer tussen burgers en zorg en welzijnswerk. Dit versterkt het zelforganiserend vermogen en de participatie van (kwetsbare) bewoners.

Doel en aanpak van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is kennisontwikkeling over de werkwijze van de sociaal makelaar in de Gemeente Gouda, het vaststellen van de effectiviteit van de werkwijze, het benoemen van bevorderende en belemmerende factoren en kennisdeling en -verspreiding naar andere (middelgrote) gemeenten. De kennisontwikkeling richt zich op de volgende leervragen:

- Wat is de huidige werkwijze van de sociaal makelaar en hoe draagt deze bij aan de door de Gemeente Gouda gestelde doelen van de sociaal makelaar?
- Hoe kan de werkwijze van de sociaal makelaar geoptimaliseerd worden, kijkend naar de praktische uitvoering van de werkwijze en naar de noodzakelijke randvoorwaarden om de werkwijze te bestendigen?

Het onderzoek vindt plaats door toegepast actiegericht onderzoek. Actiegericht onderzoek is een evaluatievorm waarin praktische toepassing, onderzoek, reflectie en verandering cyclisch worden doorlopen. Door (groeps-)interviews, documentstudies, observaties en het bijwonen van bijeenkomsten met de lokale adviesgroep en intergemeentelijke klankbordgroep verzamelt TNO informatie en ervaringen van burgers, sociaal makelaars, werkgevers en bestuurders om vanuit verschillende gezichtspunten op het proces te kunnen reflecteren. Door deze informatie stelselmatig te bundelen en terug te koppelen in intervisiebijeenkomsten en klankbordbijeenkomsten, ontstaat een continu proces van proberen, observeren, reflecteren en bijsturen. Dit met als doel burgerparticipatie, gezondheid en welzijn van burgers te bevorderen.

Samenwerking beleid, onderzoek, onderwijs en praktijk

TNO is projectleider van het onderzoek. Vanuit het toegepast actiegericht onderzoek zijn de gemeente, burgers, de sociale teams, de sociaal makelaars en andere maatschappelijke organisaties gedurende het gehele onderzoek betrokken. Het resultaat, de handreiking, is een coproductie van alle betrokkenen.

Resultaten

Resultaat van het onderzoek is een beschrijving van de elementen op bestuurlijk, uitvoerend en bewonersniveau, die een rol spelen in het bevorderen van integraal en inclusief gezondheidsbeleid in middelgrote gemeenten, waarvan burgerparticipatie onderdeel uitmaakt.

De beschrijving heeft de vorm van een handreiking, zie hiervoor de website van de AWPG.³

3. Gezin aan Zet (SAMEN)

(van december 2015 tot december 2019)

Analyse van het probleem

Sinds de verantwoordelijkheid voor de zorg voor jeugd bij de gemeente ligt, is er een inhoudelijke transformatie gaande in de jeugdzorg. Dit vraagt om een andere manier van werken van de professionals. De meeste gemeenten werken met multidisciplinaire Jeugdteams, ook wel Jeugd- en Gezinsteams, buurt- of wijkteams genoemd. Er zijn landelijke transformatiedoelen opgesteld om de Jeugd- (en Gezins)teams te ondersteunen bij deze transformatie. Over deze transformatiedoelen gaat dit onderzoek.

Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland (AWPG)

Academische werkplaatsen publieke gezondheid zijn ontstaan naar aanleiding van het advies Kennisinfrastructuur Public Health uit 2003.¹¹ De Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland is in 2006 gestart met financiering van ZonMw en cofinanciering door de partners. Na een eerste fase met één groot onderzoek en het inrichten van de infrastructuur met vier themagroepen (gezondheidsbevordering, jeugd, infectieziektebestrijding en OGGZ) en een tweede fase 'Verbreden, verankeren en verdiepen' van 2010 t/m 2014, met de uitvoering van een dertigtal kleinere onderzoeken voor een tiental gemeenten in beide regio's, is de AWPG nu in de derde fase: AWPG III.

Participanten zijn al vanaf de start: GGD Haaglanden (en haar voorlopers GGD Den Haag en GGD Zuid-Holland West), GGD Hollands Midden, LUMC, TNO en Universiteit Leiden. De participanten willen de AWPG met al diens verworvenheden graag behouden en zijn bereid om daarvoor de noodzakelijke investeringen te blijven doen. De AWPG III ziet zich daarbij voor de grote uitdaging gesteld om de kracht en het karakter van de AWPG te behouden, geborgd in een minimaal benodigde structuur.^{1,12}

Afgeronde en lopende onderzoeken AWPG:

www.awpgnzh.nl/aandachtsgebieden.

Bij ieder van de zes aandachtsgebieden zijn in het tabblad onderzoek de lopende en afgeronde projecten voor dat aandachtsgebied weergegeven.

Doel en aanpak van het onderzoek

In Gezin aan Zet wordt samen met zes Jeugd- (en Gezins)teams in de regio Holland Rijnland en de Gemeente Den Haag in kaart gebracht wat tot nu toe werkt en wat belemmeringen zijn in het werken in Jeugd- (en Gezins)teams. Daarbij wordt onderzocht wat de transformatiedoelen, die richting geven aan de inhoudelijke verandering van de zorg voor jeugd, betekenen voor professionals en gezinnen en wat er nodig is om deze doelen te realiseren. Tot slot worden professionals ondersteund in het reflecteren op en evalueren van de onderzoeksresultaten en feedback vanuit ouders en jongeren, maar ook vanuit de gemeente, ketenpartners en het team zelf om het lerend en zelfsturend vermogen van de teams te versterken.

Gezin aan Zet werkt evenals het 'onderzoek sociaal makelaar' met actieonderzoek. Deze manier daagt professionals uit om aan de hand van feedback continu te reflecteren, leren en verbeteren. Er is voor deze onderzoeksmethode gekozen omdat deze zo min mogelijk interfereert met de werkzaamheden van de Jeugd- (en Gezins)teams.

Samenwerking beleid, onderzoek, onderwijs en praktijk

Het onderzoek is een samenwerking met de Gemeente Den Haag, samenwerkingsregio Holland Rijnland, Curium-LUMC, Hogeschool Leiden en Hogeschool Den Haag, TNO, LUMC, Zorgbelang en wordt gefinancierd door ZonMw en de Gemeente Leiden. Zowel in de projectgroep als in de stuurgroep zijn vertegenwoordigers vanuit praktijk, beleid, onderwijs en onderzoek actief.

Resultaten

Het onderzoek geeft inzicht in werkzame en belemmerende factoren in de werkwijze van de Jeugd- en Gezinsteams, inzicht in de betekenis en de mate van realisatie van de transformatiedoelen en een handleiding en inzicht in het effect van zelfevaluatie op het handelen van professionals. De opgedane kennis wordt regelmatig teruggekoppeld naar professionals, gemeenten en onderwijsinstellingen, zodat zij goed op de hoogte zijn van de ontwikkelingen in de dagelijkse praktijk. Via de website is een tussentijdse rapportage te vinden:

www.samenvoordejeugd.nl/projecten1/lopende-projecten/gezin-aan-zet/meer-informatie.

4. SAMEN opletten: ontwikkeling GIZ methodiek

(SAMEN) (van mei 2011 tot mei 2016, er lopen echter nog steeds onderzoeken rondom dit thema binnen de werkplaats)

Analyse van het probleem

Het in kaart brengen van de krachten, ontwikkel- en zorgbehoeften bij gezinnen waar sprake is van zorg-, opvoed- of gedragsproblematiek van kinderen, is een complex geheel. Er zijn meerdere organisaties bij betrokken, veelal met hun eigen werkwijze en eigen benadering van kinderen en ouders. Er was behoefte aan de ontwikkeling van een methodiek, die zowel verschillende organisaties als ouders en kinderen kunnen gebruiken en die stroomlijnt voor de integrale aanpak van de individuele en gezinsproblematiek.



Doel en aanpak van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek was de ontwikkeling en implementatie van een innovatieve, integrale gezamenlijke inschattingsmethodiek, waarmee de jeugdprofessional samen met ouders en jeugdigen en eventueel andere professionals de krachten, ontwikkel- en zorgbehoeften van een specifiek kind/gezin snel en adequaat in kaart brengt. In het onderzoek is de GIZ-methodiek (Gezamenlijk Inschatten Zorgbehoefte) ontwikkeld. Daarbij is eerst onderzocht welke bestaande risico-taxatie-instrumenten en methodieken al beschreven en geïmplementeerd zijn binnen de verschillende domeinen. Vanuit die verschillende methodieken is een conceptmethodiek ontwikkeld, gevolgd door een procesonderzoek naar de effectiviteit van en de waardering voor dit instrument. Tijdens dit procesonderzoek maakt de jeugdprofessional op basis van de wensen, zorgbehoeften en positieve eigenschappen van het gezin, samen met hen een resultaatgericht ondersteuningsplan. Met de GIZ-instrumenten kunnen zij dit plan monitoren.

Samenwerking beleid, onderzoek, onderwijs en praktijk

De GIZ-methodiek is ontwikkeld door Marjanne Bontje (GGD Hollands Midden) en Alison Sutton (Childrearing Matters), met input van LUMC, TNO, MEE ZHN en MEE Plus, Haagse Hogeschool, praktijkprofessionals, ouders en jongeren, met financiële steun van ZonMw en Kinderpostzegels.

Resultaten

De GIZ-methodiek is tot stand gekomen met een structuur die voldoet aan wetenschappelijke en professionele inzichten én is afgestemd op behoeften van ouders, jeugdigen en professionals. Procesonderzoek tijdens de ontwikkeling van de methodiek liet zien dat professionals de GIZ-methodiek werkbaar vinden in de jeugdgezondheidszorg en de jeugdhulp. Ouders en jongeren waarderen de GIZ-methodiek, zijn heel tevreden over het verloop, de inhoud en het resultaat van het GIZ-gesprek. Ze vinden de schema's begrijpelijk, zinvol en hun eigen inbreng groot. Het onderzoek is afgerond in 2016, waarna het beheer van de GIZ is belegd bij het NCJ.⁴ In 2018 heeft de methodiek erkenning gekregen in de databank effectieve interventies.⁵ Er lopen nog diverse door ZonMw gesubsidieerde vervolgonderzoeken, die gericht zijn op de onderbouwing en de doorontwikkeling van de GIZ-methodiek. Ook onderzocht TNO de implementatie in Haaglanden.

Resultaten zijn te lezen in het rapport 'De GIZ methodiek en een gezamenlijke taal in de regio Haaglanden'.⁶

De onderzoeken in het licht van de meerwaarde van de academische werkplaatsen

Uit de beschreven onderzoeksprojecten blijkt dat de problemen waarvoor gemeenten en praktijkorganisaties zich geplaatst zien, vaak dusdanig complex zijn dat een beleidsonderzoek of empirisch onderzoek niet volstaat. Steeds meer problemen en vraagstukken hebben het karakter van een 'netwerkprobleem': er is een groot aantal partijen bij betrokken, met uiteenlopende waarden, visies en belangen, met een fragmentatie van macht en verantwoordelijkheid, zonder dat er één actor is die eigenstandig tot een oplossende interventie kan komen. Bovendien zijn vaak zowel de analyse als de verschillende oplossingsrichtingen van het probleem betwist: de vraag 'wat precies het probleem is' wordt door de betrokken actoren vaak verschillend en tegenstrijdig beantwoord.

Ondanks de complexiteit en de analytische 'onoplosbaarheid' van problemen wordt van de overheid op een aantal terreinen verwacht dat deze wel degelijk intervenueert, voor verbetering zorgt en liefst een kwestie geheel van de agenda laat verdwijnen. Van het openbaar bestuur en van bestuurders wordt verwacht dat zij op complexe dossiers voortgang boeken en tot succesvolle interventies komen. De vraag is dan hoe, gegeven de complexiteit van de problematiek, overheidsorganisaties toch tot 'beleidsrealisatie' kunnen komen. De term beleidsrealisatie verwijst daarbij naar het niet alleen bedenken en 'voeren van beleid', maar ook naar het daadwerkelijk 'boeken van resultaten', in de brede zin van het woord: het gaat om beleid dat een beoogd maatschappelijk effect teweegbrengt. Het gaat om het realiseren van beleid dat werkt.⁷ Een rapport van de WRR uit 2014⁸ beschrijft voorbeelden van ineffectief beleid, voortkomend uit het onvoldoende rekening houden met de beperkte maakbaarheid van de samenleving. Samenwerking met gedragswetenschappers, beleidswetenschappers en bestuurskundigen in academische werkplaatsen bevordert de effectiviteit van beleid.

Ook laten de voorbeelden zien dat er niet alleen cognitieve onzekerheden zijn (kennislacunes), maar ook vraagstukken die met normen en waarden te maken hebben (normatieve onzekerheden).

Denk daarbij aan vragen als: Hoe ver strekt eigen verantwoordelijkheid zich uit, wanneer zijn de consequenties van een probleem dusdanig dat de overheid of praktijkorganisaties moeten interveniëren, in hoeverre moet rekening worden gehouden met specifieke culturele waarden of in hoeverre moeten andere normen en waarden geïntroduceerd worden? De WRR⁹ definieert dergelijke samengestelde (beleids-)problemen als ‘wicked problems’, die een specifieke aanpak vragen. Dit vraagt tijdens onderzoek een dialoog tussen onderzoek, beleid en samenleving.

Die uitdagingen vormen de legitimering van de werkwijze van de academische werkplaatsen. Door veel onderzoeken in samenspraak en samenwerking met alle betrokkenen uit te voeren, vindt er tijdens de fase van probleemstelling en vraagstelling al een effectieve dialoog plaats. Daardoor komt het probleem scherper in beeld en ontstaat draagvlak voor implementatie van de resultaten. Vervolgens is veelal sprake van vormen van actie- of procesonderzoek, waardoor ook tijdens de uitvoering van het onderzoek alle partijen betrokken zijn. Ook dit bevordert een effectieve implementatie van de resultaten van het onderzoek.

Ontwikkelingen binnen de academische werkplaatsen

De werkplaatsen AWPG en SAMEN trekken gezamenlijk op. In januari 2018 is gezamenlijk het symposium ‘Implementeren: Denken én Doen’ georganiseerd.¹⁰ De samenwerking is gericht op het bevorderen van een integrale dienstverlening aan gemeenten en praktijkorganisaties. In het sociaal domein zijn immers geen harde grenzen te trekken tussen zorg en welzijn en tussen zorg en publieke gezondheid. Doordat een aantal sleutelfiguren en een aantal organisaties aan beide academische werkplaatsen deelnemen is de samenwerking tussen AWPG en SAMEN vanzelfsprekend.

Academische werkplaatsen zijn netwerken van zowel professionals die ‘met de voeten in de modder’ staan als professionals die op de hoogte zijn van de nieuwste internationale wetenschappelijke ontwikkelingen. Het is een uitdaging om al deze mensen zich ervan bewust te maken dat zij zelf onderdeel zijn van dit netwerk en ook verantwoordelijkheid dragen om met elkaar in gesprek te gaan, zonder vooroordelen over dat de een betere kennis zou hebben dan de ander.

Academische Werkplaats SAMEN (SAMEN)

In 2010 is de themagroep jeugd van de AWPG omgezet in de AW Samen voor de Jeugd, die als een van die zes werkplaatsen Jeugd van start ging.¹³ SAMEN is de doorstart van deze academische werkplaats. De andere werkplaatsen Jeugd zijn:

- C4Youth (Groningen)
- Inside-Out (Nijmegen)
- Forensische Zorg voor Jeugd (Flevoland/Noord-Holland)
- Versterking van zorg voor kwetsbare kinderen (Twente)
- Kinder mishandeling (Kennemerland)

Samen voor de jeugd begon met subsidie van ZonMw aan vier hoofdprojecten: de zogenaamde SAMEN projecten (Samen opletten, Samen opvoeden, Samen opleiden en Samen optrekken). In de loop van de jaren zijn meerdere grotere en kleinere onderzoeken opgezet en uitgevoerd. Tevens vond onder SAMEN voor de jeugd een groot aantal bijeenkomsten plaats, zoals projectgarages en netwerksessies. Toen in 2017 de subsidie vanuit ZonMw stopte, waren vrijwel alle betrokken partijen bereid om met inbreng van eigen financiering zelf de AW voort te zetten. Hiermee was de AW SAMEN een feit! Uitgangspunt bij deze doorstart was, dat de deelnemende organisaties de ‘draggers en trekkers’ zijn van SAMEN. SAMEN is er voor ouders, kinderen, jongeren, hulpverleners, beleidsmakers en onderzoekers. SAMEN verbetert de hulp en zorg aan jongeren door een unieke samenwerking tussen praktijk, beleid, onderwijs en onderzoek in de regio’s Holland-Rijnland, Haaglanden en Midden-Holland. Vanaf de doorstart is meer dan voorheen bottom-up gewerkt. Zo zijn themagroepen gestart vanuit vragen uit de praktijk. In de themagroepen doen meerdere leden van SAMEN mee. Sommige themagroepen (kindermishandeling, EHealth en zorg en onderwijs) zijn al in gehonoreerde onderzoeksvoorstellen uitgemond.

Afgeronde onderzoeken SAMEN: <https://www.awsamen.nl/resultaten-van-samen/afgeronde-projecten/>
Lopende onderzoeken SAMEN: <https://www.awsamen.nl/wat-doet-samen/lopende-projecten/>



Door het aangaan van verbindingen, creativiteit, oog voor de loop van het spel, procesmanagement, het zoeken naar onverwachte ontmoetingen en het productief maken van verbindingen tussen partijen willen academische werkplaatsen bijdragen aan het effectiever aanpakken van taaie problemen waar de overheid mee worstelt.

Vanwege de dynamiek van deze problemen is het niet effectief om afzonderlijke onderzoeksbureaus ad hoc te laten invliegen. Juist de academische werkplaatsen hebben door hun samenstelling en

door hun manier van werken, zowel op het gebied van onderzoek als op het punt van kennisverspreiding en continue aandacht voor implementatie, meerwaarde voor de oplossing van dergelijke maatschappelijke vraagstukken.

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

OVER DE AUTEURS:

Dhr. dr. J.M.M. de Gouw, Directeur Publieke Gezondheid Hollands Midden, voorzitter Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland.

Mw. dr. N.J. Terpstra, onderzoeker publieke gezondheid GGD Hollands Midden, coördinator Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland.

Mw. dr. M. Kamphuis, arts MG/jeugdarts, onderzoeker Expertisecentrum JGZZHW, regiocoördinator Academische Werkplaats SAMEN.
E-mail: M.Kamphuis@jgzzhw.nl

REFERENTIES

- 1 <https://www.awpgnzh.nl/>
- 2 <http://www.awsamen.nl/>
- 3 <https://www.awpgnzh.nl/sociaal-makelaar-van-toegevoegde-waarde-in-sociaal-domein/>
- 4 <https://www.ncj.nl/giz/>
- 5 <http://www.samenvoordejeugd.nl/nieuws/giz-methodiek-erkend>
- 6 <https://www.awsamen.nl/resultaten-van-samen/afgeronde-projecten/giz-haaglanden/>
- 7 Steen, M. van der, Peeters R. & Twist, M. van, (2010). **De Boom en het rizoom. Overheidssturing in een netwerksamenleving.** Essay ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, Den Haag.
- 8 Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2014). **Met kennis van gedrag beleid maken.** Amsterdam University Press, Amsterdam.
- 9 Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2006). **Lerende overheid: een pleidooi voor probleemgerichte politiek.** Amsterdam University Press, Amsterdam.
- 10 Verslag van de conferentie Implementeren Denken en Doen: <https://www.awpgnzh.nl/presentaties-symposium-implementeren-denken-en-doen-van-25-januari-2018/>
- 11 <https://www.gezondheidsraad.nl/nl/taak-werkwijze/werkterrein/innovatie-en-kennisinfrastructuur/advies-kennisinfrastructuur-public>
- 12 <https://www.awpgnzh.nl/wp-content/uploads/2017-01-17-Nieuwe-koers-en-structuur-AWPG-NZH-vanaf2017.pdf>
- 13 <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/jeugd/programmas/programma-detail/academische-werkplaatsen-jeugd/>



Generieke module Acute psychiatrie

In 2017 is de Generieke module Acute psychiatrie gepresenteerd. De module beschrijft welke zorg een patiënt ontvangt in de keten van de acute psychiatrie en de daarbij passende organisatie van de zorg. Remco de Winter, psychiater en specialismeleider acute psychiatrie bij de Parnassia Groep, was betrokken bij de ontwikkeling van de Generieke module Acute psychiatrie. Hij schetst de inhoud van dit 'bindende voorschrift waarmee de hoogste standaard van acute psychiatrische hulpverlening bereikt kan worden'. Ook geeft hij een beeld van de Haagse situatie rond spoedeisende psychiatrie, de toename van de meldingen van personen met verward gedrag en initiatieven die aansluiten bij deze generieke module.

Remco de Winter

Inleiding

De Generieke module Acute psychiatrie omschrijft acute psychiatrische zorg als 'de benodigde inhoud en organisatie van hulpverlening voor personen (ongeacht de leeftijd) in een crisissituatie, waarvan het vermoeden bestaat dat zij een acute psychiatrische stoornis hebben (inclusief verslavingsproblematiek). De kenmerken van de persoon en zijn omgeving bepalen of er sprake is van een crisis en wat de omvang van de crisis is'.

In het kader van kwaliteitsontwikkeling GGZ is er sinds 2015 een groot aantal generieke modules en zorgstandaarden ontwikkeld. Generieke modules beschrijven de zorg voor een patiënt bij een zorgvraag die betrekking kan hebben op meer dan een aan- doening of stoornis, bijvoorbeeld op sociale omstandig- heden die daarbij een rol spelen. Vandaar de term 'generieke module'. Generieke modules zijn dan ook ziekte-overschrijdend en werken verbindend tussen andere zorgstandaarden. Bij de ontwikkeling van generieke modules is steeds het perspectief van de patiënt en zijn naasten meegenomen.¹

Tegelijkertijd krijgt de acute psychiatrie en vooral 'de toename en overlast door mensen met verward gedrag' de laatste tijd veel aandacht in de media. De wijze waarop dit gebeurt, is zorgelijk. Er is

inderdaad een toename van kwetsbare mensen, vaak met ernstige psychiatrische problematiek, die steeds minder zorg en bescherming lijken te krijgen. Zij komen nu op stigmatiserende wijze in beeld. Bovendien gaat het bij verwardheid niet uitsluitend om psychiatrische problematiek en wordt psychia- trische problematiek onterecht en veel te vaak als gevaarlijk bestempeld. Voor problematiek rondom verwarde personen is overigens al in 2015 het 'Aanjaagteam verwarde personen ingesteld'.²

Knelpuntenanalyse

Opvallend bij de ontwikkeling van de GM Acute psychiatrie was de overheidsinmenging. Terwijl de meeste modules vanuit het veld zijn geregisseerd, gaf begin 2015 de minister van VWS het Haagse adviesbureau SiRM (Strategies in Regulated Markets) opdracht om in samenspraak met veldpartijen een

Generieke modules zijn ziekte-overschrijdend en werken verbindend tussen andere zorgstandaarden



knelpuntenanalyse over de gang van zaken in de spoedeisende psychiatrie uit te voeren.³

Op basis van dit rapport heeft de minister vijf knelpunten geprioriteerd, namelijk;

1. De crisisdefinitie wordt landelijk verschillend geïnterpreteerd;
2. Er is onduidelijke verantwoordelijkheid rondom overdrachtsmomenten;
3. Vervoer van mensen in psychiatrische crisis door de politie is onwenselijk;
4. Eerste opvanglocatie is vaak onduidelijk of ongeschikt;
5. De wachttijd op de crisisdienst wordt als te lang ervaren.

Deze knelpunten en de hiervoor genoemde discussie en media-aandacht voor de toename en overlast door mensen met verward gedrag, hebben de totstandkoming van een Generieke module Acute psychiatrie versneld.

In maart 2017 was de Generieke module Acute psychiatrie gereed en werd het de eerste landelijke kwaliteitsstandaard met belangrijke professionaliseringsstappen voor de spoedeisende psychiatrie. Essentiële onderwerpen zijn de urgentiegraden bij triage, kwalitatieve professionele eisen voor hulpverlening, eisen voor opvanglocaties en de crisiskaart van de patiënt.

De GM biedt handvatten om de kwaliteit van zorg in de spoedeisende psychiatrie te professionaliseren en te verbeteren. Stapsgewijs worden de verantwoordelijkheden van de hulpverleners en van de andere partijen in de keten omschreven.

Samen met (zorg-)partijen en patiënten

De GM is opgesteld in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Bij de ontwikkeling ervan zijn zorgdeskundigen binnen de spoedeisende psychiatrie, beroepsverenigingen en andere belangrijke spelers en ketenpartijen in het veld nauw betrokken. Anders dan bij andere richtlijnen kenmerken de generieke modules zich door de betrokkenheid van patiënten en hun omgeving bij de totstandkoming. Voor wensen, aandachts- en verbeterpunten voor de psychiatrische hulpverlening vanuit de patiënt en zijn naasten is MIND, Platform belangenbehartiging bij psychische problemen, uitvoerig betrokken. Bovenstaand kader geeft een overzicht van de organisaties die direct betrokken waren bij de ontwikkeling en van de organisaties die bovendien betrokken zullen zijn bij de uitvoering van de GM.

Organisaties direct betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van de GM

Ambulancezorg Nederland, Federatie Opvang, InEen, GGZ Nederland, Landelijk Netwerk Acute Zorg, MIND, Nederlands Huisartsen Genootschap en Landelijke Huisartsen Vereniging, Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Politie en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland.

Bij de uitvoering van de GM zijn bovendien betrokken:

GGD, Maatschappelijke opvang, OM, RIBW's, GGZ/ verslavingsinstellingen, Algemene ziekenhuizen, Sociale wijkteams, Jeugd GGZ, Veilig thuis, Veiligheidshuizen, Openbaar ministerie, Huisartsenposten, Arrestantenzorg Politie, AZC's, Penitentiaire inrichtingen, Verpleeghuizen, Sociale pensions, Leger des Heils, Zorgverzekeraars, Huisartsen, Wijkagenten en Zorgverzekeraars Nederland.

Een belangrijke bron voor de GM was de tweede druk van het handboek Spoedeisende en sociale psychiatrie, waarvan inmiddels een derde druk beschikbaar is.⁴ Resultaat is een gedetailleerde en uitvoerige GGZ kwaliteitsstandaard waarin veel consensus is bereikt.

Belangrijk probleem bleek ook het ontbreken van goede sluitende definities rondom zorg bij 'crisis'. Bovendien kon per partij de definitie een verschillende betekenis hebben.

In de GM is de volgende definitie opgenomen: 'Acute psychiatrische zorg is de benodigde inhoud en organisatie van hulpverlening voor personen (ongeacht de leeftijd) in een crisissituatie, waarvan het vermoeden bestaat dat zij een acute psychiatrische stoornis hebben (inclusief verslavingsproblematiek). De kenmerken van de persoon en zijn omgeving bepalen of sprake is van een crisis en wat de omvang van de crisis is.'

Voor de ontwikkeling van de module zijn, in samenwerking met veldpartijen, drie verwijssituaties gekozen met het risico op een problematisch verloop. Dit waren een verwijssituatie vanuit de huisarts, een vanuit de politie en een vanuit maatschappelijke opvang, beschermd wonen en/of verslavingszorg. Deze leenden zich bij uitstek voor verbetering met een goed beschreven aanpak.



De problemen voor de eerste twee verwijssituaties werden algemeen herkend. De derde verwijssituatie bleek regionaal te verschillen omdat de spoedeisende beoordeling voor verslavingszorg en psychiatrische zorg niet overal in Nederland zijn geïntegreerd. Deze tweedeling leidt veelal tot discussies en onduidelijkheid over specifieke verantwoordelijkheden, met een grote kans dat de zorg vervolgens tekortschiet.

Verloop van een crisissituatie

Een crisissituatie heeft een bepaalde chronologie waarbij er per stap verschillende partijen betrokken kunnen zijn. Daarvoor bevat de GM een schematisch stappenplan (zie Figuur 1).

In het algemeen is het van belang om als hulpverlener de crisissituatie te de-escaleren en de persoon in crisis te stabiliseren, om zo mogelijk de rust te kunnen hervinden. Uitgangspunt is dat de betrokkene en de naasten maximaal bij dit proces worden betrokken. Om de patiënt in het eerste contact te kunnen kalmeren, kan het noodzakelijk zijn om in eerste instantie de perceptie van de patiënt te bevestigen. Een voorbeeld hiervan is dat de hulpverlener ‘meegaat’ in de subjectieve beleving van een persoon met een psychose. Vervolgens is het zaak om de situatie in een breder perspectief te plaatsen en het ‘kokerdenken’ te doorbreken. Daarbij moet de hulpverlener aan de persoon in crisis en zijn naasten hoop bieden door een duidelijke behandeling en/of een passend vooruitzicht te organiseren.

Als deze aanpak uiteindelijk onvoldoende werkt of om andere reden niet lukt, moet er gezocht worden naar alternatieven. Indien het beeld ernstiger is, kan de noodzaak ontstaan om over te gaan op drang en dwang. Uiteraard moeten deze maatregelen, die niet op basis van vrijwilligheid plaatsvinden, altijd het laatste redmiddel zijn.

Hulpverlening in een psychiatrische crisissituatie

Een psychiatrische crisissituatie ontstaat door een ingewikkelde interactie tussen biologische, psychologische en sociale factoren. Daarbij is vaak onduidelijk wat het meeste gewicht heeft en wellicht de belangrijkste oorzaak is. Bij deze complexiteit is een goede en evenwichtige ketenzorg van essentieel belang, opdat er aan verschillende doelen gewerkt kan worden. Zo kunnen de GGZ, politie, schuldhulpverlening, de gemeente en/of een woningbouwvereniging, gecombineerd of afzonderlijk een taak hebben. De GM geeft gedetailleerd aan welke stappen de hulpverleners in verschillende verwijssituaties moeten ondernemen. Regievoering is hierbij erg belangrijk. Vaak zijn er al vroeg signalen dat een situatie dreigt te ontsporen. De GM gaat in op vroege herkenning in het proces, waardoor een crisissituatie voorkomen kan worden. Uiteraard speelt een rol of betrokkene al dan niet bekend is bij verschillende instanties. In dit verband besteedt de module specifieke aandacht aan de crisiskaart van de patiënt. Een cliënt die zijn kwetsbaarheid en crisisgevoeligheid erkent, kan deze kaart opstellen, al dan niet samen met een naaste of ervaringsdeskundige. De crisiskaart beschrijft welke stappen de cliënt zelf kan zetten wanneer een crisis zich aandient. Doel is daarmee verergering en verdere escalatie te voorkomen.⁵ Ervaringsdeskundigen blijken overigens een effectievere rol te spelen bij het opstellen van een crisiskaart dan professionele hulpverleners.⁶

Triagewijzer

Uit genoemde knelpuntenanalyse bleek dat de wachttijd vaak als veel te lang wordt ervaren. Daarom bevat de GM een triagewijzer (zie Figuur 2) met als belangrijkste verandering dat bij urgentie-categorie 2 (U2) in plaats van 2 uur een urgentie van 1 uur wordt gesteld.

Figuur 1. Schematische weergave van stappen die personen in crisis, met (vermoeden van) acute psychiatrische stoornis, kunnen doorlopen.



Bij de triagewijzer is de snelheid van afhandeling bindend. Binnen kantooruren moet de eigen regiebehandelaar verantwoordelijk zijn. Ook moet het voor verwijzers duidelijk zijn met wie ze (altijd binnen een kwartier na melding) contact moeten opnemen. De aanpassing van de urgentie bij U2-beoordelingen van 2 naar 1 uur is waarschijnlijk de grootste uitdaging voor de opzet en logistiek van de spoedeisende psychiatrie. Deze 'brandweerfunctie' vraagt rek in de agendaruimte van regiebehandelaars. Vereist zijn voldoende goede opvanglocaties in geval de beoordeling niet in dit strakke tijds kader lukt.

Bepaald moet worden in hoeverre in de thuissituatie gewacht kan worden of wanneer het noodzakelijk is om de persoon naar een opvanglocatie te brengen. Daarbij spelen vooral bedreiging van vitale functies van een cliënt (suicidegevaar, heftige onrust/agressie),

strafbare feiten, onhoudbare thuissituatie en/of logistieke overmacht een rol.

Bij spoedeisende psychiatrie moet een tweedeling tussen somatiek en psychiatrie zoveel mogelijk worden voorkomen. De GM geeft duidelijk aan in welke uiteenlopende situaties een somatische beoordeling noodzakelijk is. Naar verwachting zal daardoor minder tijd verloren gaan aan discussies rondom verantwoordelijkheden.

Hulpverleners en verantwoordelijkheden

Voor de acute psychiatrische zorg noemt de GM de volgende hulpverleners: psychiater, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, verpleegkundig specialist GGZ en A(N)IOS/ verslavingsarts KNMG. De psychiater wordt verantwoordelijk voor de besluiten, de diagnostiek, het vaststellen van het behandelplan en het

Figuur 2. Triagewijzer GGZ betreffende de urgentie van beoordeling.

Maximale tijd van melding bij juiste hulpverlener tot start van beoordeling

	Contact met meldkamer / voorwacht crisisdienst	15 min.	1 uur	4 uur	24 uur	> 24 uur
Urgentiegraden	0 Uitval vitale functies	1 Levensbedreigend voor persoon of omgeving	2 Spoed	3 Dringend	4 Preventie van escalatie	5 Reguliere zorg
Somatische kenmerken	<ul style="list-style-type: none"> Uitval vitale functies: bewustzijn of ademhaling verstoord (ABCD-instabiel) 	<ul style="list-style-type: none"> Bloeding Hoog risico op ernstig letsel: zelfdestructief/verwondend gedrag Excited Delirium Syndroom* 	<ul style="list-style-type: none"> Bloedsuiker <3,5 mmol/l Bloedsuiker >15 en verward (Auto)intoxicaties (wel bij bewustzijn) 	<ul style="list-style-type: none"> Vreemd gedrag en koorts 		
Kenmerken suïcidaliteit en omgeving		<ul style="list-style-type: none"> Acuut suïcidaal met duidelijk plan/onmiddellijke gelegenheid 	<ul style="list-style-type: none"> Suïcidaliteit, geen directe gelegenheid, maar onveilige omgeving** of omgeving extreem ongerust Bekende patiënt met snel beloop crisis of lage belastbaarheid systeem 	<ul style="list-style-type: none"> Toenemende of plotselinge suïcidaliteit Met veilige omgeving 	<ul style="list-style-type: none"> Suïcidaliteit met dreigende escalatie Met veilige omgeving: omgeving kan monitoren 	<ul style="list-style-type: none"> Voldoet niet aan kenmerken urgentiegraad 0 t/m 4 → doorgeleiding naar andere hulpverleners
Kenmerken verwardheid en omgeving		<ul style="list-style-type: none"> Acuut verward en agressief of gevaar voor zichzelf Acuut verward, niet eerder verward geweest 	<ul style="list-style-type: none"> Acuut verward, eerder verward geweest Verward en bizar in gedrag en communicatie Bekende patiënt met snel beloop crisis of lage belastbaarheid systeem 	<ul style="list-style-type: none"> Toenemend verward Verward en zeer angstig, gestrest of onrustig Met veilige omgeving 	<ul style="list-style-type: none"> Verward met dreigende escalatie Met veilige omgeving: omgeving kan monitoren 	<ul style="list-style-type: none"> Voldoet niet aan kenmerken urgentiegraad 0 t/m 4 → doorgeleiding naar andere hulpverleners

* Kenmerken Excited Delirium Syndroom: intoxicatie cocaïne of ander middel (verwijde pupillen) en/of oververhitting, sterk transpireren en/of ongevoelig voor pijn.

** Kenmerken veilige omgeving: thuis met support, omgeving kan monitoren, geen kind aanwezig.

overdragen van regie aan een regiebehandelaar, indien deze bereikbaar is.
De GM beschrijft over welke specifieke kennis en vaardigheden de beschreven hulpverleners moeten beschikken voor de crisisbeoordelingen en -interventies.

Ook is er veel aandacht voor het accuraat en snel inschatten van een triage en een optimale organisatie van de inzet door psychiatrische hulpverlening. Samenwerking in de acute ketenzorg is een voorwaarde voor goede hulp. De GM heeft handvatten voor de organisatie ervan op regionaal niveau, inclusief periodieke besprekingen tussen bij voorkeur vertegenwoordigers van de partijen uit het tweede deel van het kader op pagina 17.
Verder dient er een 'hotline' te zijn tussen de directe aanbieders van spoedeisende psychiatrie met de huisartsen/HAP, politie en ambulancevervoerders. Zij worden als belangrijkste partners in de acute ketenzorg gezien.

Bij thuisbeoordelingen wordt verwacht dat er ten minste een sociaal psychiatrisch verpleegkundige/verpleegkundig specialist en een A(N)IOS (of psychiater) samenwerken.

Aangeraden wordt om voorafgaand aan een huisbezoek risicochecks te doen, bijvoorbeeld met de Checklist Risico Crisisdienst van Penterman e.a.⁷ Het is de bedoeling dat de psychiatrisch hulpverlener de 'kindcheck' doet en kan beoordelen of de situatie voor eventuele aanwezige kinderen voldoende veilig is. Daarnaast controleert hij/zij of er andere personen of huisdieren aanwezig zijn die aan de zorg van de beoordeelde persoon zijn toevertrouwd en een mogelijk risico kunnen lopen.

Vervoer en (opvang)locaties

Los van (de expertise van) de hulpverleners in de acute psychiatrie, is er speciale aandacht voor het vervoer en voor wensen wat betreft vaardigheden van ambulancemedewerkers.

De psycholance naar Amsterdams model (waarmee zo'n tachtig procent van de meldingen over verwarde personen kan worden afgehandeld zonder politie) zou als goed voorbeeld kunnen dienen om de kwaliteitsstandaarden bij vervoer bij psychiatrische problematiek te optimaliseren.⁸

Wat betreft de locaties voor opvang/beoordeling bij crises geeft de GM professionele standaarden. Het moet gaan om een patiëntvriendelijke ruimte, (zoveel mogelijk prikkelarm en met daglicht) waar ook patiëntvriendelijke spreekkamers aanwezig zijn.

In een politiecel mogen mensen alleen verblijven indien er ook sprake is van een strafbaar feit.
Op de spoedeisende hulp van het algemene ziekenhuis wordt verwacht dat er goede en veilige verblijfsruimten zijn en dat de hulpverleners voldoen aan de criteria voor het SEH-profiel acute gedragsstoornissen.
Naar aanleiding van kamervragen over een artikel van de Honig en de Winter over tweedeling in de spoedzorg⁹ heeft de minister een pilot mogelijk gemaakt om te onderzoeken of er meer en snellere psychiatrische expertise op de SEH aanwezig kan zijn. Bij een goede ketenzorg is goede communicatie onontbeerlijk. Hiervoor verwijst de GM onder andere naar de Richtlijn beroepsgeheim KNMG, de Wegwijzer beroepsgeheim en de NHG-richtlijn informatie-uitwisseling huisarts.

Kwaliteitsindicatoren

De GM bevat kwaliteitsindicatoren die aansluiten bij de eerder opgestelde knelpuntenanalyse. Deze zijn:

- De uitvoerende acute psychiatrische hulpdienst moet een registratiesysteem bijhouden met minimaal als onderwerpen urgentie, wachttijden, locatie, aard stoornis, verwijzer, reden verwijzing, demografische gegevens en welke vervolghandeling.
- Minimaal 90% van de beoordelingen moet in de thuissituatie of op een geschikte beoordelingslocatie plaatsvinden.
- Bij 90% van de U2 beoordelingen moeten dit binnen 1 uur gebeuren.
- Eenmaal per kwartaal moet er worden geëvalueerd over casuïstiek door de spelers van de spoedeisende psychiatrie en professionals vanuit het verwijzers netwerk (Huisartsen(HAP)/politie en ambulancevervoerders)
- Er moeten vanuit de spoedeisende psychiatrie schriftelijk vastgelegde afspraken zijn rondom de uitwisseling van gegevens over:
 - Resultaten rondom crisisbeoordelingen en handelingen met de huisartsen;
 - Crisisafspraken met huisartsen;
 - Informatie betreffende agressie of toekomstig daartoe ingeschat risico;
 - Gegevens in de crisiskaart met de door de patiënt gewenste verwijzers.

Situatie Haaglanden

Opvang verwarde personen

Het Haags initiatief dat gezien kan worden als voorloper op de GM is de opvang verwarde personen (OVP) op het hoofdbureau van de politie op de Burgemeester



Patijnlaan. Deze bestaat sinds 2014 en is de centrale plaats waar de politie mensen heen kan brengen bij vermoedens van psychiatrische problematiek. Gezien de geplande sluiting van dit politiebureau binnen een aantal jaren zal deze locatie verhuizen.

De politie registreert verwarde personen in de landelijke politieregistratie Basis Voorziening Handhaving (BVH), onder de maatschappelijke klasse E33. Ondanks dat de E33 melding geen goede indicator is voor psychiatrische problematiek, is het de enige graadmeter die landelijk gebruikt wordt door de politie. Mensen met een E33 indicatie kunnen dus, indien er geen strafbaar feit is gepleegd, naar de OVP en hoeven niet meer zoals voor 2014 het geval was, naar een politiecel.

Personen met verward gedrag Den Haag

In de periode 2014 tot en met 2016 kende Den Haag een grote toename in het aantal meldingen van personen met verward gedrag. In deze periode steeg het aantal meldingen met 65% van 1.960 naar 3.239 meldingen. Eenzelfde trend blijkt uit het aantal meldingen per 1.000 inwoners (tabel 1).*

Mobiele interventie- en preventie-unit MIPU

Den Haag streeft ernaar om voor het einde van het jaar het plan voor een mobiele interventie- en preventie-unit of MIPU klaar te hebben. Daarvoor hebben politie, alle gemeenten uit de regio, GGZ-instellingen, huisartsenpost Smash en GGD Haaglanden de handen ineengeslagen. De MIPU is een opvallende auto met een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige aan boord om de hulp aan personen met verward gedrag te verbeteren. Als de MIPU er is, kan de politie een einde maken aan het meeste vervoer van mensen in psychische nood. Ze blijft wel rijden als er gevaar dreigt, voor de verwarde persoon of de omgeving. De meldkamer maakt de inschatting wie ze stuurt. Belangrijk is dat de persoon straks in een opvallende wagen en niet in een politieauto wordt weggevoerd.

Haagse Spoed

In mei 2017 is de pilot 'Haagse spoed' op de SEH van het MCH gestart. Dagelijks is er tussen 16.00 en 24.00 uur expertise van psychiatrische hulpverleners aanwezig waardoor acute beoordelingen en zorg snel en accuraat kunnen worden ingezet. Het gaat om optimale zorg waarbij de tweedeling tussen psychiatrie en somatiek geen rol meer speelt en er geïntegreerde snelle zorg plaatsvindt. De pilot is succesvol gebleken en de bestuurders van de Parnassia Groep en het MCH hebben aangegeven deze vorm van zorg te continueren. De beoordeling door de Haagse spoedeisende psychiatrie gebeurt al meer dan twee decennia door een koppel bestaande uit een arts en een verpleegkundige. Er is een actief scholingsprogramma. Van oudsher zijn er directe lijnen tussen de verschillende partijen in het netwerk van de spoedeisende psychiatrie en zijn er reguliere periodieke afspraken met belangrijke ketenpartners. De verslavingszorg en algemene psychiatrische zorg zijn al sinds jaren geïntegreerd binnen de Haagse spoedeisende psychiatrie.

De GM biedt ook de Haagse crisisdienst de kans om verder te professionaliseren. Bovendien wil de Haagse spoedeisende psychiatrie zich verder toeleggen op innovatie van triage en samen met de huidige opvanglocaties aansluiten aan de eisen voor de ideale opvanglocatie. Wens is ook om middels technologie een snelle en accurate triage te kunnen uitvoeren.

Ten slotte

Alle betrokken partijen zien de Generieke module Acute psychiatrie als een enorme winst voor de spoedeisende psychiatrie. Bij de ontwikkeling ervan hebben zij veel flexibiliteit getoond en op tal van punten overeenstemming bereikt. De GM biedt veel verbeterkansen voor het veld (zoals versterking van ambulantisering) als gevolg van ontwikkelingen als de beddenafbouw, verandering

Tabel 1. Het aantal door de politie geregistreerde meldingen van personen met verward gedrag, Den Haag 2014-2016.

	2014	2015	2016	Stijging 2014-2016
Den Haag totaal	1.960	2.694	3.239	65%
Den Haag per 1.000 inwoners	3,8	5,2	6,2	63,2%

* Bron: <http://gezondheidsmonitor.ggdhaaglanden.nl>



van wetgeving, transitie bij en door de gemeenten, andere overheden en de ketenpartners, politieke veranderingen en onduidelijkheden over financiering en de positie van de zorgverzekeraars.

Een mogelijk ongewenst gevolg is het verdwijnen van de 'rijdende psychiater', een belangrijke outreachende functie waarbij mensen thuis bezocht worden.

Hoewel in de generieke module is opgenomen dat de beoordeling bij voorkeur in de thuissituatie plaatsvindt, bestaat als gevolg van de aanscherping van de tijd om te beoordelen, de kans dat opvanglocaties een belangrijkere rol gaan spelen. Daar kan namelijk beter worden voldaan aan de snellere tijd tussen melding en beoordeling.

De GM acute psychiatrie is een bindende richtlijn waarmee de hoogste standaard van acute psychiatrische hulpverlening bereikt kan worden. Het is een interessante uitdaging om de praktijk zodanig te

organiseren dat alle ketenpartners optimaal samenwerken. De grotere urgentie van triage en minder tweedeling tussen psychiatrie en somatiek zijn daarbij belangrijke stappen.

Naar verwachting komt de financiering van de module in 2018 rond en kan de uitvoering starten. Evenzo is het interessant om over tien jaar te kijken wat de uitkomsten zijn. Hopelijk blijkt dan dat de GM heeft geleid tot een goede verbetering en dat er geen grote knelpunten meer zijn.

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

OVER DE AUTEUR

Dhr. dr. R.F.P de Winter is psychiater en specialisme-leider acute psychiatrie bij de Parnassia Groep.

Verder is hij onder andere senior onderzoeker bij de VU en voorzitter van het platform spoedeisende en sociale psychiatrie binnen de NVvP. Hij was betrokken bij de ontwikkeling van de Generieke module Acute psychiatrie en de Generieke module Diagnostiek en behandeling voor suïcidaal gedrag.

E-mail: r.dewinter@parnassia.nl

Zie ook www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/project/generieke-module-acute-psychiatrie/

REFERENTIES

- 1 Spijker J. **De nieuwe standaard voor kwaliteit van zorg**. Tijdschr Psychiatr 2017;59(1):4-6.
- 2 Winter RF de. **Een aanjaagteam voor verwarde personen**. Ned Tijdschr Geneesk. 2016;160:D55.
- 3 Erf S van der, Boonzaaijer G, Heida J-P. **Acute geestelijke gezondheidszorg Knelpunten en verbetervoorstellen in de keten**. SIRM 2015 Den Haag. <http://www.sirm.nl/docs/Publicaties/acute-geestelijke-gezondheidszorg-knelpunten-en-verbetervoorstellen-in-de>
- 4 Achilles RA, Beerthuis RJ, Ewijk WM, Zoeteman JB. (redactie) (2017) **Handboek Spoedeisende Psychiatrie**. Derde, geheel herziene druk. Utrecht: De Tijdstroom.
- 5 Vermeer K. **Meer uitgaan van voorkeuren en mogelijkheden van ggz-patiënt**. Ned Tijdschr Ev Bas Pract 2013; 11(2): 21-23.
- 6 Ruchlewska A, Mulder CL, Waal R van der, Kamperman A, Gaag M van der. **Patient advocates make better crisis plans than clinicians**. Adm Policy Ment Health. 2014 ;41(2):220-7.
- 7 Penterman EJM, Staak CPF van der, Nijman HLI. **Inschatten en rapporteren van agressie in relatie tot persoonskenmerken van crisismedewerkers**. Tijdschr Psych 2014; 56 (7):448 – 454.
- 8 Vink M, Groot B, Schout G, Abma T. **Goede zorg bij crisis: het belang van contact**. <https://centrumvoor-clientervaringen.com/> i.o. Arkin & GGZ inGeest 2017
- 9 Honig A, Winter RF de. **'Tweedeling spoedzorg doet patiënt tekort'**. Medisch contact 2016; 10 (suppl. Psychiatrie): 19-21.



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.

Vrijwilligerswerk

Vrijwilligerswerk is werk dat in georganiseerd verband (bijvoorbeeld sportvereniging, kerkbestuur, school) onbetaald wordt uitgevoerd. Het doen van vrijwilligerswerk kan positieve effecten hebben op de gezondheid doordat het de persoonlijkheid versterkt (meer regie over het eigen leven), het sociale netwerk vergroot en een gevoel van voldoening geeft.

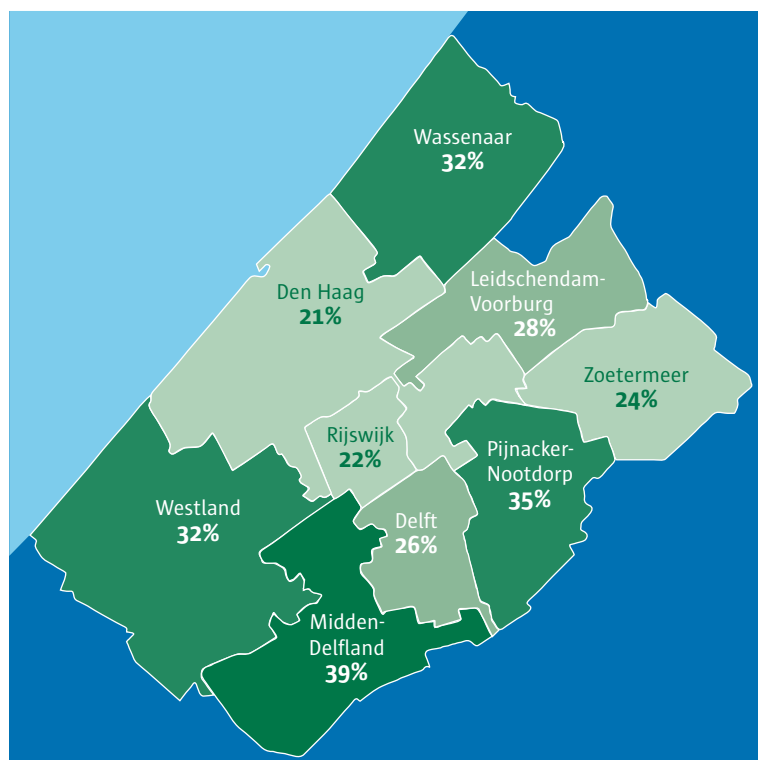
Uit de Gezondheidsenquête blijkt dat een kwart van de inwoners van 19 jaar en ouder in Haaglanden vrijwilligerswerk doet. In totaal gaat het in Haaglanden naar schatting om ongeveer 190.000 inwoners. Binnen Haaglanden varieert het percentage vrijwilligers van 21% in Den Haag tot 39% in Midden-Delfland.

Het hoogste percentage vrijwilligers wordt gezien bij 65- tot en met 74-jarigen (31%), bij 85-plussers is het percentage het laagst (7%). Er is geen verschil tussen mannen en vrouwen in het percentage vrijwilligers.

Ruim de helft van de vrijwilligers (55%) besteedt 2 uur of meer per week aan het vrijwilligerswerk. Eén op de zeven inwoners (15%) heeft belangstelling om vrijwilligerswerk te doen, maar doet dat nu nog niet.

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

Figuur 1. Percentage inwoners van 19 jaar en ouder dat vrijwilligerswerk doet.



Een kwart van het aantal inwoners van 19 jaar en ouder in Haaglanden doet vrijwilligerswerk.

Bron: Gezondheidsenquête 2016

GGD Haaglanden lid van de Alliantie Gezondheidsvaardigheden

Ruim een jaar geleden heeft GGD Haaglanden zich aangesloten als partner bij de Alliantie Gezondheidsvaardigheden.

In Nederland heeft 29% van alle volwassenen beperkte gezondheidsvaardigheden. Gezondheidsvaardigheden zijn de vaardigheden om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidgerelateerde beslissingen.* Een deel van de mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden is laaggeletterd. Zoals in de nieuwste gezondheidsmonitor van GGD Haaglanden te lezen is, ligt het percentage laaggeletterden in regio Haaglanden met 16,5% hoger dan gemiddeld in Nederland (11,9%). In de grote steden (G4) is dit percentage 16,9%. Het aantal laaggeletterden in Den Haag is met 24,3% hoger dan in Amsterdam (18,0%), Rotterdam (20,7%) en Utrecht (2,9%). In de overige gemeenten in Haaglanden varieert het percentage laaggeletterden tussen 2,7% (Delft/Midden-Delfland) en 13,6% (Zoetermeer). Lage gezondheidsvaardigheden hangen samen met slechtere gezondheidsuitkomsten.

Vanuit GGD Haaglanden wordt actief ingestoken op het onderwerp gezondheidsvaardigheden. Zo heeft de GGD in maart 2017 een themabijeenkomst georganiseerd voor het Platform Divers Den Haag met als titel: Gezondheidsvaardigheden in een superdiverse stad. http://diversdenhaag.nl/images/Microsoft_Word_verslag14mrt2017.pdf.

Daarom heeft GGD Haaglanden zich aangesloten bij de Alliantie Gezondheidsvaardigheden. Zie: www.gezondheidsvaardigheden.nl. Dit is een breed landelijk netwerk van partners die werkzaam zijn op het brede terrein gezondheid en zorg. De Alliantie is erop gericht om het thema gezondheidsvaardigheden binnen en buiten de eigen organisatie op de agenda te zetten, (samen) te werken aan verbetering en kennis en ervaring uit te wisselen.

* Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K. **Comparative report on health literacy in eight EU member states**. The European Health Literacy Project 2009-2012. The HLS-EU Consortium; 2012. Beschikbaar op URL: www.healthliteracyeurope.net/hls-eu.

Tweede Kamer over luchtkwaliteit: GGD GHOR Nederland pleit voor afstand stallen en bewoning

Luchtkwaliteit was donderdag 5 juli 2018 het onderwerp van het Algemeen Overleg van de Vaste Kamercommissie Infrastructuur en Waterstaat met staatssecretaris Van Veldhoven. GGD GHOR Nederland heeft vanwege dit overleg wederom aandacht gevraagd voor roet (verkeersmaatregelen) en afstand veehouderij en bewoning. Intensieve veehouderij moet gezien worden als een industriële activiteit, zo stelt de vereniging.

GGD GHOR Nederland en haar leden, de Directeuren Publieke Gezondheid van de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD), signaleren dat burgers zich zorgen maken over de kwaliteit van de lucht die zij inademen. Terechte zorgen, want volgens berekeningen van het RIVM wordt bijna 5% van de totale ziektelast veroorzaakt door luchtverontreiniging. Dat cijfer valt niet te negeren ook al voldoet de luchtkwaliteit op de meeste plekken in ons land aan de normen. Zij zijn van mening dat over normen valt te twisten, maar over gezondheid niet.



Aantal soa's in regio Haaglanden gedaald

Het onlangs verschenen jaarverslag 2017 van het Centrum Seksuele Gezondheid (CSG) GGD Haaglanden toont een lichte daling van het soa-vindpercentage van 17% in 2016 naar 16,4% in 2017. Terwijl in het verslagjaar het aantal soa-consulten door het CSG met 5,1% steeg naar 11.653 consulten, is het aantal gevonden soa's gelijkgebleven.

CSG GGD Haaglanden biedt risicogroepen de mogelijkheid om zich anoniem op soa's te laten testen. Het gaat om mensen die gewaarschuwd zijn voor een soa, jongeren onder de 25 jaar, mensen met soa-gerelateerde klachten, sekswerkers, slachtoffers van seksueel geweld, mensen geboren in een land waar soa's veel voorkomen, mannen die seks hebben met mannen (MSM) en partners van deze doelgroepen.

Bij al deze doelgroepen binnen het CSG is een daling te zien in het vindpercentage soa's, behalve bij de mensen die gewaarschuwd zijn.

Het hoogste vindpercentage van soa's is onder de mensen die gewaarschuwd zijn en zij die klachten hebben, respectievelijk 28% en 22%. Chlamydia is nog altijd de meeste gediagnosticeerde soa onder heteromannen (14,8%) en vrouwen (15,3%) binnen het CSG. Onder MSM wordt evenveel chlamydia als gonorrhoe gevonden (beide 8,1%). Het chlamydia vindpercentage is iets gedaald ten opzichte van 2016, het gonorrhoe vindpercentage is gelijk gebleven.

Het aantal nieuw gevonden hiv-infecties is verder gedaald. In 2017 werd bij 19 mensen hiv geconstateerd. Het aantal besmettelijke syfilis-infecties bleef stabiel met 86 keer. Acht maal werd besmettelijke hepatitis B-infectie vastgesteld.

De landelijke stijging van het soa-vindpercentage onder heteromannen wordt overigens in Haaglanden niet gezien.

1000 Gezonde Scholen in primair onderwijs

Openbare Basisschool Utrecht Overvecht is de 1000ste basisschool die zich Gezonde School mag noemen. De school ontving op 6 juli het vignet Gezonde School uit handen van Anko van Hoepen, vice voorzitter van de PO-Raad. "We bereiken hiermee een prachtige mijlpaal voor het basisonderwijs", zei Van Hoepen bij de overhandiging van het vignet Gezonde School aan Nelleke Brouwer, directielid van de school. De school heeft het themacertificaat Bewegen en Sport behaald. "OBS Utrecht Overvecht heeft het predicaat Gezonde School verdiend omdat de school zich sterk maakt voor een meer gezonde leefstijl. Met het vignet Gezonde School als kwaliteitskeurmerk is de school een mooi voorbeeld voor alle andere basisscholen in Nederland", aldus Van Hoepen.

(Bron: ggdghor.nl)

Cursussen NSPOH

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

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

Aansluiting vinden bij je doelgroep:

Entertainment Education voor gezondheidsbevordering

Innovatieve communicatie wordt steeds belangrijker binnen de gezondheidszorg. Zo blijkt 'storytelling' een krachtig middel om kwetsbare groepen te betrekken bij gezondheids-thema's. Leer hoe jij laaggeletterde cliënten bereikt met jouw gezondheidsboodschap.

Voor gezondheid(communicatie) professionals, beleidmakers en onderzoekers die Entertainment Education willen inzetten voor gezondheidsbevordering.

Data: 11 oktober, 1 en 22 november 2018

Locatie: Utrecht

Kosten: € 1.185,-

Training debatteren en discussiëren

Loopt u er wel eens tegenaan dat u zaken niet voldoende overtuigend kunt bepleiten? Wilt u leren om een (beleids-) stelling te verdedigen of juist aan te vallen?

Tijdens deze training leert u hoe u uw visie verwoordt en met argumenten onderbouwt.

Voor artsen, beleidsmedewerkers, epidemiologen, gezondheids-wetenschappers, leidinggevendenden, projectleiders en andere professionals die hun verbale presentatie en argumentatie willen verbeteren.

Datum: 29 oktober 2018

Locatie: Utrecht

Kosten: € 395,-

Veranderen, samenwerken en procesmanagement

Wie werkt met veel verschillende partners in complexe samenwerkingsverbanden loopt vast wel eens aan tegen weerstand of een gebrek aan motivatie. In deze module ontdek je je valkuilen in het samenwerkingsproces en hoe je jouw persoonlijke effectiviteit vergroot, zodat je jouw doelen leert bereiken met behoud van de onderlinge verstandhoudingen.

Voor professionals met meer dan twee jaar werkervaring, zoals preventiemedewerkers, gezondheidsbevorderaars, verpleegkundigen, projectleiders, artsen M&G en programmamanagers.

Data: 30 oktober en 13 november 2018

Locatie: Utrecht

Kosten: € 790,-

Zoönosen

Sommige ziekteverwekkers kunnen van dier op mens overgaan. Dat verschijnsel heet zoönose. Uitbraken van bijvoorbeeld vogelpest, Q-koorts en campylobacter houden veelal verband met de veterinaire sector. Echter ook op het gebied van recreatie en het houden van gezelschapsdieren liggen de nodige gevaren. Een module voor wie meer wil leren over de epidemiologie, transmissie en preventie van zoönosen en hoe in te grijpen om uitbraken mogelijk te voorkomen.

Voor artsen en andere professionals in de infectieziektebestrijding.

Data: 6 en 20 november 2018

Locatie: Utrecht

Kosten: € 790,-

Ethiek in de publieke gezondheidszorg

Een module voor wie af en toe stilstaat bij morele kwesties in de publieke gezondheid en meer wil leren over zorgethiek. U leert beleid en ethiek in de publieke gezondheidszorg te combineren.

Voor professionals in de public health, beleidsmedewerkers en leidinggevendenden.

Data: 21 november en 12 december 2018

Locatie: Utrecht

Kosten: € 790,-

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



Hoofdlijnenakkoord GGZ getekend

Op 11 juli zette voorzitter Jacobine Geel namens GGZ Nederland haar handtekening onder het hoofdlijnenakkoord voor de geestelijke gezondheidszorg.

Eerder stemden de leden van GGZ Nederland in met het onderhandelaarsakkoord en de afspraken die gemaakt zijn over de arbeidsmarkt, opleidingen, regeldruk en zorg op de juiste plek.

Het hoofdlijnenakkoord GGZ loopt van 2019 tot en met 2022. De partijen willen dat mensen de geestelijke gezondheidszorg krijgen die nodig is, afgestemd op hun behoefte. Er zijn daarom afspraken gemaakt en investeringen toegezegd om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen bieden.

GGZ Nederland is met name blij over afspraken om iets te doen aan het tekort aan personeel in de sector, het verminderen van regeldruk voor medewerkers en het bieden van meer mogelijkheden voor beroepsgroepen zoals ervaringsdeskundigen, hbo-psychologen en

psychodiagnostisch werkers. Deze afspraken moeten bijdragen aan vermindering van wachttijden voor patiënten. Ook afspraken over de aansluiting tussen zorg uit de Zorgverzekeringswet en zorg en ondersteuning in het sociaal domein, moeten leiden tot meer mogelijkheden voor patiënten en cliënten en betere samenwerking tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten.

Naast GGZ Nederland zette staatssecretaris Blokhuis van het ministerie van VWS zijn handtekening, evenals vertegenwoordigers van MIND, NVvP, V&VN, Zorgverzekeraars Nederland, NIP, P3NL, LVVP, RIBW Alliantie, Federatie Opvang, InEen en platform MEER GGZ. De Vereniging Nederlandse Gemeenten zal op een later moment besluiten over het al dan niet aansluiten bij de bestuurlijke afspraken.

(Bron: ggz.nl)

Training Angst en depressie bij jongeren | Wat werkt?

Angst en depressie komen veel voor onder jongeren. Uit het overschot van beschikbare programma's voor de behandeling van angst en depressie, zijn nu de werkzame elementen verzameld in een aantal modules. Het werken met modules is een nieuwe manier om jongeren meer op maat te helpen bij angst- en depressie klachten.

Datum: 27 september 2018

Organisatie: Trimbos Instituut

Locatie: Houten

Kosten: geen.

Studiedag Alcohol Toezicht 2018

Tijdens de studiedag kunnen deelnemers kennisnemen van actuele ontwikkelingen en 'good practices' uit het land op het gebied van alcoholpreventie en toezicht. Net als voorgaande jaren staat op deze dag het netwerken en delen van ervaringen tussen verschillende regio's en verschillende disciplines centraal.

Deze jaarlijkse studiedag is bedoeld voor gemeentelijke beleidsmakers, bestuurders, toezichthouders, vergunningverleners en professionals uit de preventiewereld die met de praktijk van toezicht op en handhaving van Drank- en Horecawet te maken hebben.

Datum: 4 oktober 2018

Locatie: Bunnik

Kosten: € 195,-



Stoptober 2018

Op 7 september 2018 start voor de vijfde keer de campagne Stoptober '28 dagen niet roken'. Doel is om rokers aan te moedigen om 28 dagen niet te roken. Wilt u als zorgprofessional dit jaar ook meedoen? De Stoptober Toolkit 2018 met posters, visitekaartjes en flyers is vanaf nu gratis beschikbaar.

Stoptober werkt!

Met Stoptober kunt u het stoppen met roken op een eenvoudige manier onder de aandacht brengen bij uw patiënten in de maanden september en oktober

U kunt deelnemen aan Stoptober door posters op te hangen in de wacht- en spreekkamer. Tijdens consulten kunt u Stoptober onder de aandacht brengen bij uw rokende patiënten en een flyer of

visitekaartje meegeven. Als u Stoptober bespreekt met uw patiënten, kunt u benoemen dat er een vernieuwde Stoptober app is, met een community functie. Stoppers kunnen steun krijgen van de omgeving (bijvoorbeeld hun voetbalteam), kunnen bijhouden hoe lang zij gestopt zijn en kunnen uitrekenen wat het aan geld en gezondheidswinst heeft opgeleverd.

Meer informatie en bestellen van gratis materialen: www.trimbos.nl



Congres ter gelegenheid van VERS 20 jaar in Nederland

Op dinsdag 2 oktober 2018 bestaat Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis (VERS) in Nederland 20 jaar. Tijdens een congres ter gelegenheid hiervan komt u op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen, onderzoek en krijgt u een beeld van hoe VERS breed ingezet kan worden in uw behandelpraktijk. Naast de grondleggers van VERS/STEPPS werken ook prominente Nederlands sprekers, onderzoekers, behandelaren en ervaringsdeskundigen mee aan het programma.

Belangrijke vraag tijdens dit congres is of VERS zowel ingezet kan worden als stabiliserende behandeling of ook als psychotherapeutisch traject.

Accreditatie wordt aangevraagd bij FGzPT, VGct, V&VN en ABAN.

Datum: 2 oktober 2018

Locatie: Deventer

Kosten: € 265,-



Training Onbegrepen gedrag bij dementie in de thuissituatie

Het gedrag van mensen met dementie verandert vaak ingrijpend. Het is belangrijk dat iemand met dementie goed ondersteund wordt, maar ook de ondersteuning van de mantelzorger en van hen samen is heel belangrijk. Het Trimbos-instituut heeft een methode ontwikkeld om gedragsveranderingen bij mensen met dementie die thuis wonen stapsgewijs aan te pakken.

Voor Casemanagers dementie, dementieverpleegkundigen en (zorg)trajectbegeleiders (of vergelijkbare functies) die werkzaam zijn in de thuissituatie bij mensen met dementie en hun naasten en die werkzaam zijn in een multidisciplinair team.

De accreditatie is aangevraagd bij V&VN en VSR.

Data: 19 oktober 2018 en 18 januari 2019

Locatie: Trimbos-instituut Utrecht

Kosten: € 695,-

‘Zorgen voor Welzijn’ – pilot tussen HMC en Xtra

Een oudere dame bezoekt de spoedeisende hulp van het ziekenhuis, omdat ze het niet meer redt thuis. Na triage en onderzoek door de SEH-arts, blijkt er geen medisch probleem te zijn. Wel wordt duidelijk dat mevrouw het moeilijk heeft met de dementie van haar man: het is zwaar om mantelzorger te zijn en ze heeft geen naasten om op terug te vallen.

In de pilot ‘Zorgen voor Welzijn’ wordt een vangnet gecreëerd voor kwetsbare mensen die de SEH van het HMC bezoeken. Ook als er geen reden voor behandeling in het ziekenhuis is, kunnen deze mensen nu geholpen worden, namelijk door een verwijzing naar Xtra. Deze verbinding is gemaakt in het kader van project Vitaal Thuis, van Stichting Transmurale Zorg.

De pilot heeft gelopen van april tot en met augustus 2018. Tot en met juni zijn 13 mensen doorverwezen naar en geholpen door Xtra. Zowel het HMC als Xtra werken inmiddels aan een evaluatie van de pilot, waarvan de resultaten binnenkort bekend zullen worden. Afhankelijk van dat resultaat wordt besloten of ‘Zorgen voor Welzijn’ onderdeel wordt van de reguliere zorg in het HMC.

Voor meer informatie kunt u terecht bij Willeke Glas, projectleider bij Stichting Transmurale Zorg, willeke.glas@transmuralezorg.nl.

Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 2e kwartaal 2018

Ziekte	2e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 2e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	2e kwartaal 2018	2e kwartaal 2017	2e kwartaal 2016	1e t/m 2e kwartaal 2018	1e t/m 2e kwartaal 2017	1e t/m 2e kwartaal 2016
A-ZIEKTEN						
MERS-CoV						
Pokken						
Poliomyelitis anterior acuta						
SARS						
Virala haemorrhagische koorts						
B-ZIEKTEN						
(humane infectie)avaire influenza						
Difterie						
Pest						
Rabies						
Tuberculose	25	11	37	44	32	64
Buiktyfus	1		1	3		1
Cholera						
Hepatitis A	3	9	1	8	13	1
Hepatitis B acuut en chronisch	36	41	35	68	83	75
Hepatitis C acuut	2		1	3	3	1
Kinkhoest	58	81	120	99	164	202
Mazelen						
Paratyfus A,B,C	1	2		2	2	1
Rubella						
STEC (e-coli)	4		4	12		8
Shigellose	2	15	7	12	23	8
Invasieve GAS	2	6	3	6	14	5
Voedselinfectie		2	3		2	4
C-ZIEKTEN						
Antrax (miltvuur)						
Bof			1	1	2	1
Botulisme						
Brucellose						
Ziekte van Creutzfeld-Jacob klassiek	1			2	1	
Ziekte van Creutzfeld-Jacob variant						
Gele koorts					1	
Invasieve HIB		1		1	1	
Hantavirusinfectie						



Vervolg overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 2e kwartaal 2018

Ziekte	2e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 2e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	2e kwartaal 2018	2e kwartaal 2017	2e kwartaal 2016	1e t/m 2e kwartaal 2018	1e t/m 2e kwartaal 2017	1e t/m 2e kwartaal 2016
Legionellose/legionella pneumonie	7	2	5	12	4	6
Leptospirose		1			1	1
Listeriose	1	3	4	2	5	5
Malaria	3	5	4	6	14	6
Meningokokkose	2	1	1	10	14	5
MRSA-infectie (cluster buiten ziekenhuis)						
Invasieve pneumokokken (bij kinderen)		1		2	3	
Psittacose		2	1		3	1
Q-koorts						
Tetanus						
Trichinose						
West-Nilevirus						
Zikavirus					1	
Totaal	148	183	228	255	386	395

Infectieziekten gemeld door instellingen 1e en 2e kwartaal 2018

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

Scenario	Kinderopvang	Onderwijsinstelling	AWBZ zorginstelling	Ziekenhuis	Eindtotaal
Huiduitslag/exanthemen	29	17			46
Impetigo (krentenbaard)	4	3			7
Gastro-enteritis	11		31	1	43
Schimmelinfectie		2			2
Luchtweginfectie	1		2		3
Anders*	3	1	2		6
Influenza(-achtig) ziektebeeld	1		16		17
Eindtotaal	49	23	51	1	124

*Anders = 2x BRMO, conjunctivitis, pfeiffer, otitis, parotitis



Meldingen infectieziekten

Meningokokkose

Meningokokkose 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.

Sinds oktober 2015 is er landelijk een stijging te zien van het aantal patiënten met meningokokkenziekte type W. Vóór 2015 waren er gemiddeld 4 patiënten per jaar met dit specifieke type. Van oktober 2015 tot en met juni 2018 werden er 200 patiënten met meningokokkenziekte type W in het land gemeld. Deze ziekte komt meer voor bij kinderen jonger dan 5 jaar en adolescenten, maar ook vanaf 45-50 jaar neemt het aantal met de leeftijd toe. Sinds oktober 2015 zijn er 32 patiënten overleden aan meningokokkenziekte type W.

De patiënten wonen verspreid over Nederland, er is dus geen sprake van geografische clustering. Ook is het niet voorgekomen dat een gezinslid of een ander persoon in de omgeving van een patiënt met meningokokkenziekte serogroep W, ziek is geworden.

Er is een vaccin beschikbaar dat beschermt tegen meningokokkenziekte type W, het quadrivalente MenACWY vaccin. Vanwege de toename in meningokokkenziekte type W is de MenC vaccinatie voor kinderen op de leeftijd van 14 maanden vanaf 1 mei 2018 vervangen door een MenACWY vaccinatie. Vanaf oktober 2018 krijgen tieners, geboren tussen 1 mei 2004 en 31 december 2004 een MenACWY vaccinatie aangeboden. Mogelijk wordt de vaccinatiecampagne voor adolescenten in 2019 verder uitgebreid.

Onlangs is er in de landelijke media veel aandacht geweest voor de toename van deze ernstige ziekte. Dit heeft geleid tot vele vragen vanuit het publiek aan de afdeling infectieziektebestrijding. Ondanks het feit dat de kans op het krijgen van deze ziekte heel klein is, wilden veel mensen gebruikmaken van de mogelijkheid om zich op eigen kosten tegen meningokokken W te laten vaccineren. De GGD heeft hierop één ochtend per week een apart spreekuur opengezet om aan deze vraag te kunnen voldoen.

Mazelen

In juni 2018 heeft GGD Haaglanden 6 meldingen van mazelen ontvangen. Dit betrof twee verschillende clusters met verspreiding in familieverband. Bij een van de clusters lijkt de infectie in het buitenland te zijn opgelopen. Bij het andere cluster is geen aanwijsbare bron gevonden voor de eerste zieke.

Mazelen is een infectieziekte die veroorzaakt wordt door het mazelenvirus. Het wordt overgedragen door besmette druppeltjes vocht die mazelenpatiënten uitademen, niezen of hoesten.

Mazelen is een van de meest besmettelijke ziekten die er bestaan. Het is vele malen besmettelijker dan bijvoorbeeld griep, rodehond of bof. Een patiënt met mazelen is besmettelijk zodra de eerste symptomen beginnen.

In een aantal Europese landen zijn momenteel uitbraken van mazelen, met name in Roemenië, Italië of Frankrijk. Ook in Griekenland wordt, vooral in de Roma-gemeenschap, een toename van mazelengevallen gemeld.

Omdat de mazelenepidemieën in deze landen vooral voorkomen onder de lokale bevolking is het risico op besmetting tijdens een vakantie gering. Alleen bij nauw contact met de lokale bevolking, bijvoorbeeld door te logeren bij mensen thuis, kan voor kinderen tussen 6 en 14 maanden een vervroegde vaccinatie overwogen worden.



COLOFON

September 2018, 53^{ste} jaargang nr. 3

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)
mw. dr. M. Kamphuis, JGZ Zuid-Holland West
dhr. drs. M. Lemmink, GGD Haaglanden
mw. dr. ir. I.M. van der Meer, GGD Haaglanden (kernredacteur)
dhr. prof. dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Haaglanden (hoofdredacteur)
mw. dr. C.W. Slotema, PsyQ
dhr. dr. R. Starmans, huisarts
mw. drs. E. Vlagsma, GGD Haaglanden (kernredacteur)

REDACTIEADRES

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

Epidemiologisch Bulletin op internet

www.ggdhaaglanden.nl/epibul

Ontwerp

Ontwerpwerk

Uitgave

GGD Haaglanden

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

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

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

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

ISSN 0921-6219



BEZOEKADRESSEN

Westeinde 128
2512 HE Den Haag

Reinier de Graafweg 5
2625 AD Delft

Croesinckplein 24-26
2722 EA Zoetermeer

POSTADRES

Postbus 16130
2500 BC Den Haag

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

www.ggdhaaglanden.nl