

Epidemiologisch bulletin

TIJDSCHRIFT VOOR
VOLKSGEZONDHEID EN ONDERZOEK
IN REGIO HAAGLANDEN

JAARGANG 55
NR 3

2020



Corona in Haaglanden en de inzet van de GGD

Twee jaar ervaring met
100% online behandelen
in de GGZ

Opiaatverstrekkingen in
Haaglanden gedurende
de periode 2015-2017

GGD
Haaglanden

BEWAAKT, BESCHERMT EN BEVORDERT DE GEZONDHEID

IN DIT NUMMER

Corona in Haaglanden en de inzet van de GGD	4
• Corona in Haaglanden: ontwikkelingen en cijfers	5
• Corona en de inzet van GGD Haaglanden	11
<i>Mary Berns, Roelien Beuker, Jos Bodewus, Alette Broekens, Eric de Coster, Frans van Diemen, Kees Dirksen, Irene van der Meer, Hélène Steenhoff, Johan Versteegen en Dianne van der Zande</i>	
Twee jaar ervaring met 100% online behandelen in de GGZ	22
<i>Annet Spijker, Mirjam van Orden en Annemiek van Dijke</i>	
Een persoonlijkheidsstoornis hoeft niet levenslang te zijn	29
Interview met bijzonder hoogleraar Karin Slotema door Marlies Wopereis	
Personen met opiaatverstrekkingen in Haaglanden gedurende de periode 2015-2017.	33
<i>Antoine Meijerman, Paul Uitewaal, Eveline van Dorp, Willem Lijfering en Jeanet Blom</i>	
Gezondheid in cijfers: Alcoholgebruik jongeren	43
Korte berichten	44
Meldingen infectieziekten 1e kwartaal 2020	47
Meldingen infectieziekten 2e kwartaal 2020	48

Wilt u reageren op deze uitgave van het Epidemiologisch Bulletin?

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

Redactioneel

Voor u ligt het derde nummer van het Epidemiologisch Bulletin van 2020. Misschien heeft u het tweede nummer gemist. Dat klopt, want door de uitbraak van corona zijn wij als GGD niet in staat geweest om in juni een nummer uit te geven. De focus van de GGD lag de afgelopen maanden op de bestrijding van corona; het uitgeven van het Epidemiologisch Bulletin kreeg geen prioriteit. Inmiddels starten reguliere werkzaamheden van de GGD langzaam weer op. Dit geldt ook voor de redactie. We vertellen u in dit nummer heel graag over de werkzaamheden van de GGD in de afgelopen periode. Daarom starten we met een reeks artikelen over diverse facetten van de corona-aanpak in Haaglanden. Aan bod komen onder andere de cijfermatige ontwikkelingen in Haaglanden, het testbeleid, het bron- en contactonderzoek en de aanpak voor kwetsbare groepen. Maar naast uitgebreide aandacht voor corona belichten we in dit nummer ook andere thema's.

PsyQ is al in 2018, lang voor de uitbraak van corona, gestart met online behandelingen voor patiënten met angststoornissen en depressie. In dit nummer delen zij hun eerste ervaringen met online zorg in de GGZ en worden de kansen en mogelijkheden voor de toekomst beschreven.

In een interview komt psychiater en bijzonder hoogleraar Karin Slotema aan het woord. Zij zet zich in om het leven van mensen met een persoonlijkheidsstoornis te verbeteren. Er bestaat nog veel onbekendheid over deze stoornissen, en patiënten lopen tegen allerlei vooroordelen aan. Dat moet veranderen, aldus Karin Slotema.

De Nederlandse media signaleerden in 2019 een verontrustende toename van opiaatverstrekkingen in Nederland. Er kleven namelijk belangrijke gezondheidsrisico's aan het gebruik van deze vorm van pijnstillers. Dit nummer bevat een beeld van de trends en ontwikkelingen in Haaglanden op dit terrein en een vergelijking van deze cijfers met het landelijke beeld.

Tot slot besteden we in de rubriek Gezondheid in cijfers aandacht aan alcoholgebruik onder scholieren. Ondanks dat de meeste scholieren nog geen 18 jaar zijn, blijkt een aanzienlijk deel van hen alcohol te drinken.



Corona in Haaglanden en de inzet van de GGD

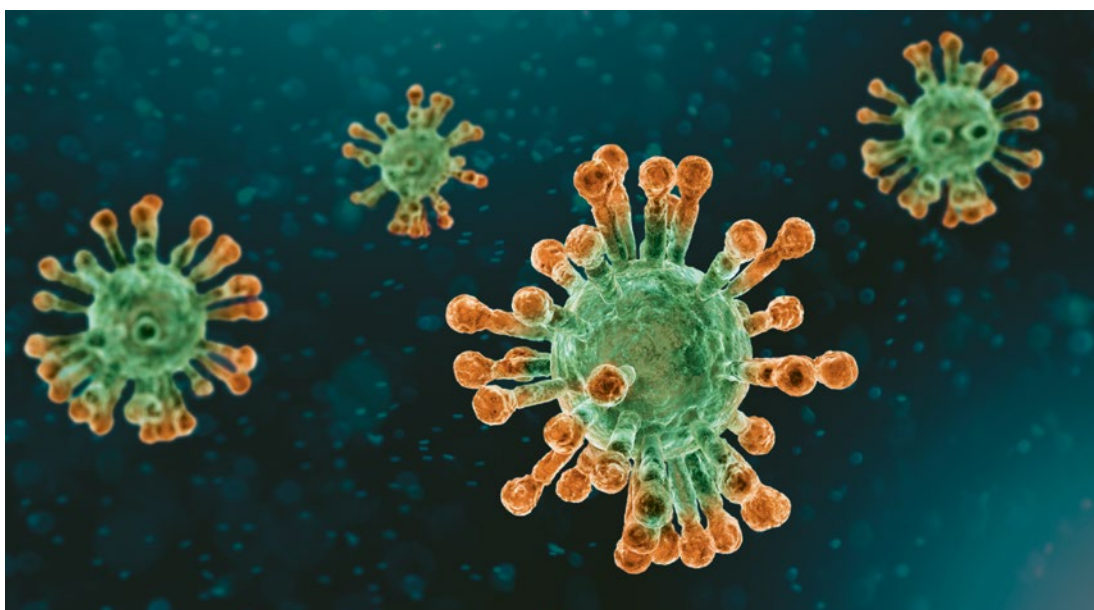
Bij de uitvoering van infectiebestrijding hebben GGD'en een drietal taken. Ze geven gemeenten en het Rijk inzicht in de risico's rond infectieziekten en de mogelijkheden ze te verkleinen. Daarnaast adviseren GGD'en risicovolle instellingen en bedrijven over maatregelen die zij kunnen nemen. Ten derde zorgen ze voor een adequate aanpak bij (dreiging van) een epidemie. Er is specifieke aandacht voor instellingen waar mensen die kwetsbaar zijn voor infectieziekten, verblijven of samenkomen.

Deze uitgave van het Epidemiologisch Bulletin bevat als hoofdartikel 'Corona in Haaglanden en de inzet van de GGD'. Na een korte toelichting op de voorgeschiedenis van het coronavirus en hoe het kon uitgroeien tot een wereldwijde epidemie, geeft dit artikel eerst een – vooral cijfermatig – beeld van de ontwikkeling van de COVID-19 pandemie in Haaglanden.

Vervolgens beschrijven medewerkers van GGD Haaglanden hoe op diverse terreinen de inzet wordt uitgevoerd. Dit betreft het opsporen en isoleren van besmette personen, het uitvoeren van bron- en contactonderzoek om verdere verspreiding te voorkomen, het beantwoorden van vragen door het

Corona-callcenter, de inzet voor verpleeg- en verzorgingshuizen, nieuwe initiatieven om samen te werken met jeugd(instellingen) en scholen, corona-veilige opvang van mensen die dak- en thuisloos zijn en informatievoorziening voor kwetsbare groepen. Dit zijn onder andere mensen met een beperking, kwetsbare arme gezinnen, inwoners met een lage sociaaleconomische status en inwoners van niet-Nederlandse afkomst.

In de bestrijding van deze coronapandemie werkt GGD Haaglanden samen met professionals en instellingen op genoemde terreinen en met regionale ketenpartners zoals de GHOR, laboratoria, huisartsen en ziekenhuizen.



Corona in Haaglanden: ontwikkelingen en cijfers



Het nieuwe coronavirus

Johan Versteegen, arts infectieziekten

Al tientallen jaren is bekend dat coronavirussen de oorzaak kunnen zijn van infectieziekten bij mensen en dieren. Bij mensen gaf dit tot eind 2019 meestal het bekende beeld van neusverkoudheid.

Eind 2002 ontstond in China een nieuwe infectieziekte waarvan de verwekker een coronavirus (SARS-CoV) bleek te zijn. Deze infectieziekte kreeg de naam SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome). De ziekte kon gepaard gaan met een ernstige longontsteking en had in ongeveer 10% een dodelijke afloop. Naarmate de leeftijd hoger was, werd de kans op overlijden groter.

In korte tijd verspreidde SARS zich over meer dan 25 landen. Omdat deze ziekte pas besmettelijk werd als mensen al symptomen hadden, kon deze uitbraak middels isolatie- en quarantainemaatregelen beperkt worden tot ruim 8.000 gevallen. In de zomer van 2003 verdween SARS en daarna zijn er geen personen met deze ziekte meer gezien. Ook toen heeft GGD Haaglanden bij personen met verdenking op SARS bemonsterd. Echter, er hebben zich destijds in Nederland geen gevallen van SARS voorgedaan.

In 2012 werd voor het eerst de ziekte MERS (Middle East Respiratory Syndrome) beschreven. Ook hiervan was de oorzaak een coronavirus (MERS-CoV). Dit virus komt met name in het Midden-Oosten voor en kan gepaard gaan met een ernstige longontsteking die lang niet iedereen overleeft. In 2014 waren er twee gevallen van MERS in Nederland, waarvan een in de regio Haaglanden. Dit betrof personen die terugkwamen van een reis naar Saoedi-Arabië. Nog steeds bestaat het risico dat reizigers naar het Midden-Oosten MERS oplopen, met name als er contact is geweest met dromedarissen of de melk hiervan.

Gezien het feit dat er in 2002 en 2012 nieuwe gevaarlijke coronavirussen werden ontdekt, is het niet helemaal een verrassing dat er op een gegeven moment, en wel eind 2019 in Wuhan in China, een nieuw coronavirus (SARS-CoV-2) opduikt. De nieuwe ziekte wordt COVID-19 (COroNaVirus Infectious Disease - 2019) genoemd. Bij een nieuwe infectieziekte is er in de beginfase weinig bekend en dit maakt de bestrijding in deze fase erg lastig. Doordat het erfelijk materiaal van dit virus voor 80% overeenkomt met het virus van de ziekte SARS, is dit virus SARS-CoV-2 genoemd. De sterfte bij COVID-19 is lager (2-3%) dan bij SARS (10%), maar COVID-19 verspreidt zich makkelijker. Een patiënt met dit nieuwe coronavirus kan al twee dagen voordat er ziekteverschijnselen ontstaan, besmettelijk zijn. Mede hierdoor kon dit virus uitgroeien tot een wereldwijde epidemie.

Op 29 februari 2020 meldde GGD Haaglanden dat het eerste geval van COVID-19 in regio Haaglanden was gediagnosticeerd. Sindsdien werkt de GGD met man en macht aan de aanpak van de epidemie. In de volgende onderdelen van dit artikel worden verschillende aspecten van deze aanpak verder uitgelicht. Omdat de cijfermatige ontwikkeling van de epidemie de basis vormt voor de aanpak van de GGD, wordt gestart met een samenvatting van deze cijfers in de afgelopen periode.

De situatie rondom corona verandert continu. Er wordt in dit artikel een zo actueel mogelijk beeld geschetst. Door recente ontwikkelingen in augustus kan het huidige beeld mogelijk net weer anders zijn.





Ontwikkeling COVID-19 pandemie in Haaglanden

Roelien Beuker, Irene van der Meer, epidemiologen

Bij het monitoren van de epidemie in regio Haaglanden moet GGD Haaglanden het doen met beperkte gegevens. In de maanden maart tot en met mei gaf het terughoudende testbeleid een (onbekende) onderschatting van het aantal besmette personen. Ook het aantal personen dat met Covid-19 is opgenomen in het ziekenhuis of is overleden wordt hierdoor onderschat. Sinds 1 juni kan iedereen met klachten zich laten testen op SARS-CoV-2, wat een vollediger beeld geeft van het verloop van de epidemie. Het is echter niet aannemelijk dat iedereen met klachten zich laat testen, dus ook nu nog zal het werkelijke aantal besmettingen hoger liggen. Ook personen met een asymptomatische infectie zullen zich niet altijd laten testen.

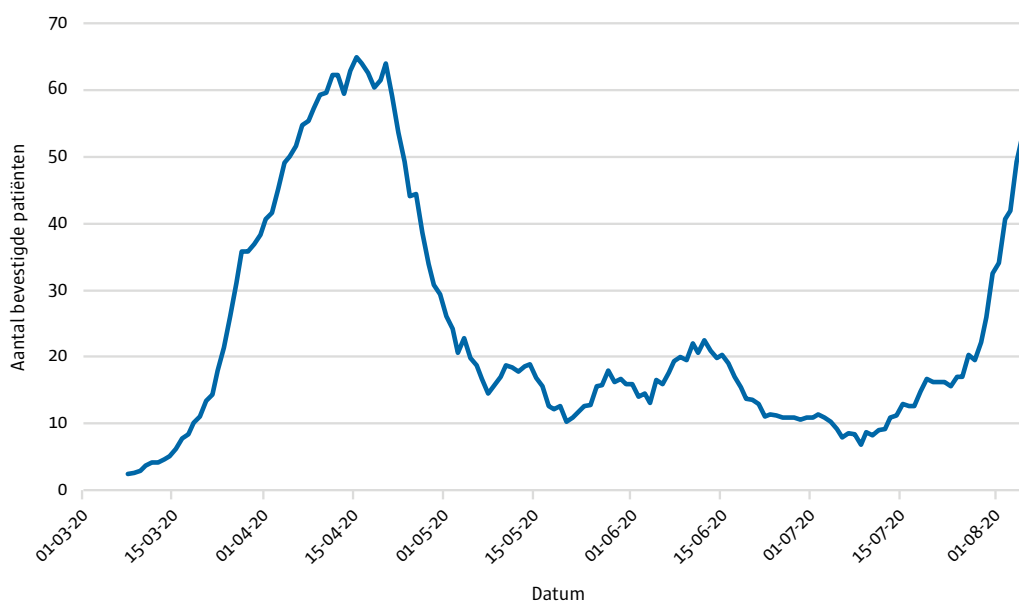
Bevestigde besmettingen

Figuur 1 geeft het 7-daags gemiddelde weer van bevestigde besmettingen in Haaglanden.¹ Sinds de eerste patiënt op 29 februari 2020 is een toename te zien van het aantal bevestigde besmettingen. Voor patiënten en zorgmedewerkers binnen de

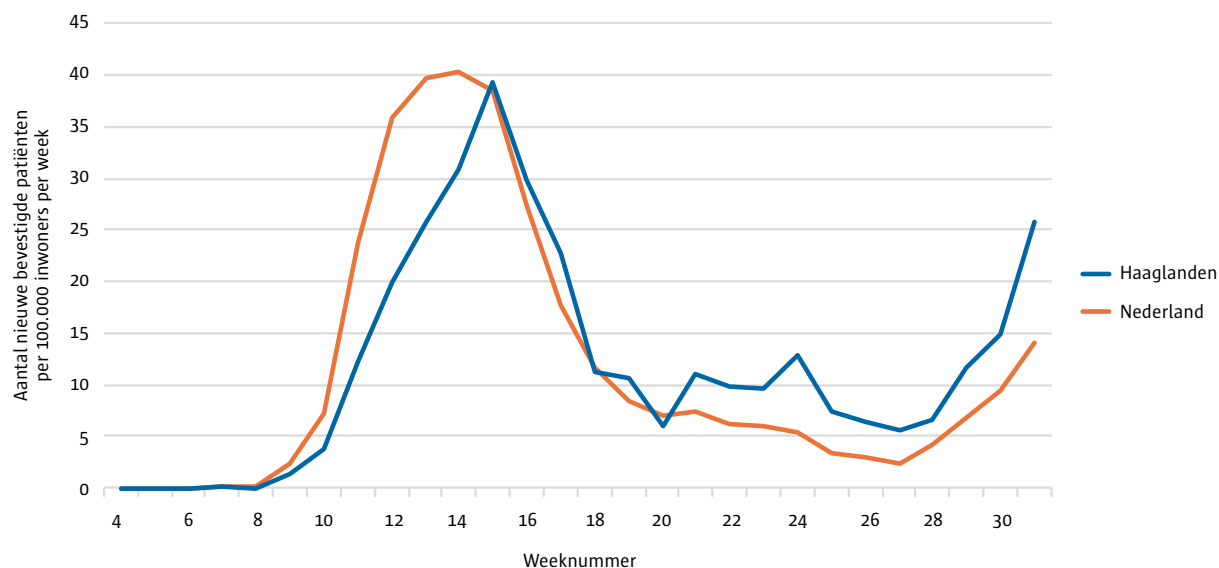
ziekenhuizen is het grootste aantal besmettingen gemeld in de eerste week van april. In de weken erna nam het aantal nieuwe meldingen in deze groep af, maar kwamen er door verruiming van het testbeleid besmettingen bij onder zorgverleners buiten het ziekenhuis en later ook vanuit andere doelgroepen. Het grootste aantal besmettingen werd gemeld op 10 april. Daarna was er een daling tot een gemiddelde van tussen 10 en 20 nieuwe besmettingen per dag, gedurende mei en juni. Sinds half juli is weer een toename te zien van het aantal besmettingen. Deze tweede piek van besmettingen betreft een andere groep dan de eerste. In de periode vanaf de laatste week van juli werd een groot deel (58%) van de nieuwe besmettingen gevonden in de leeftijdsgroep onder de 40 jaar. In de eerste piek van half maart tot en met april ging het vooral om personen boven de 40 jaar en was maar 21% jonger dan 40 jaar.

Het aantal bevestigde patiënten is sterk afhankelijk van het testbeleid. Tot in de eerste week van april werd vooral in ziekenhuizen getest. Op 6 april opende

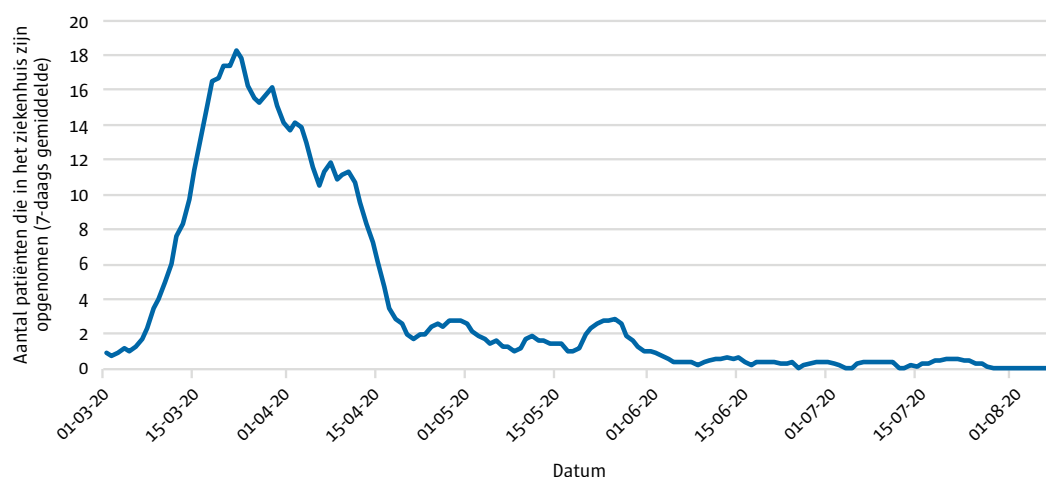
Figuur 1. Aantal nieuwe bevestigde patiënten met COVID-19 in Haaglanden, 7-daags gemiddelde.¹



Figuur 2. Aantal nieuwe bevestigde patiënten met COVID-19 per week per 100.000 inwoners in Haaglanden en in Nederland.²



Figuur 3. Aantal patiënten met COVID-19 in Haaglanden die in het ziekenhuis zijn opgenomen, 7-daags gemiddelde.²



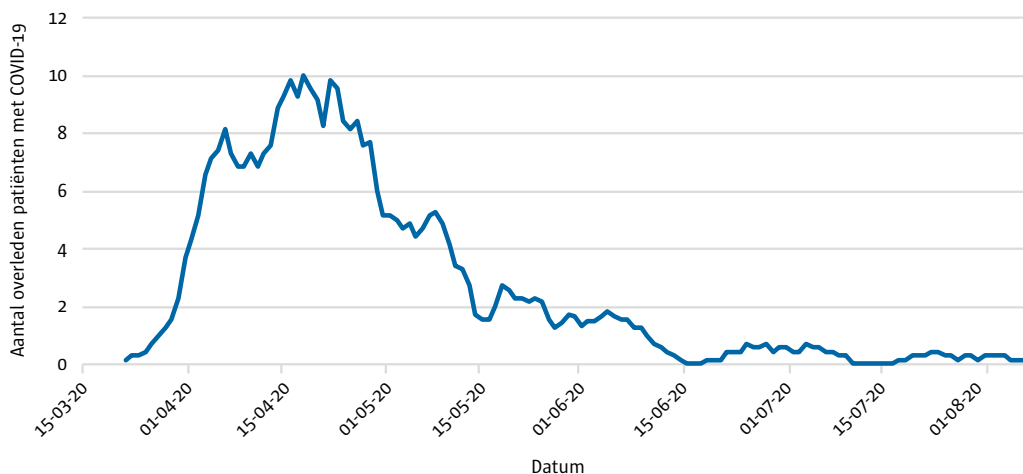
de GGD-testlocatie haar deuren waar in eerste instantie alleen zorgmedewerkers konden worden getest. Op 6 mei werd dit uitgebreid met onder andere onderwijspersoneel en jeugdtrainers, op 11 mei kwamen daar onder andere paramedische beroepen en contactberoepen bij, en op 18 mei mantelzorgers en medewerkers in het openbaar vervoer, handhaving en toezicht. Vanaf 1 juni kan iedereen met klachten zich laten testen op een van de GGD-testlocaties. De effecten van de toename en afname van de circulatie van het virus en de toename van het vindpercentage door een verruimd testbeleid hebben beide invloed op het verloop van de curve in figuur 1 op pagina 6. Dit maakt het lastig om de curve te interpreteren. Het grootste deel van de nieuwe besmettingen vanaf de laatste week van juli werd gevonden via de

GGD-testlocaties. In de beginperiode van de epidemie werd voornamelijk getest binnen de zorgsetting.

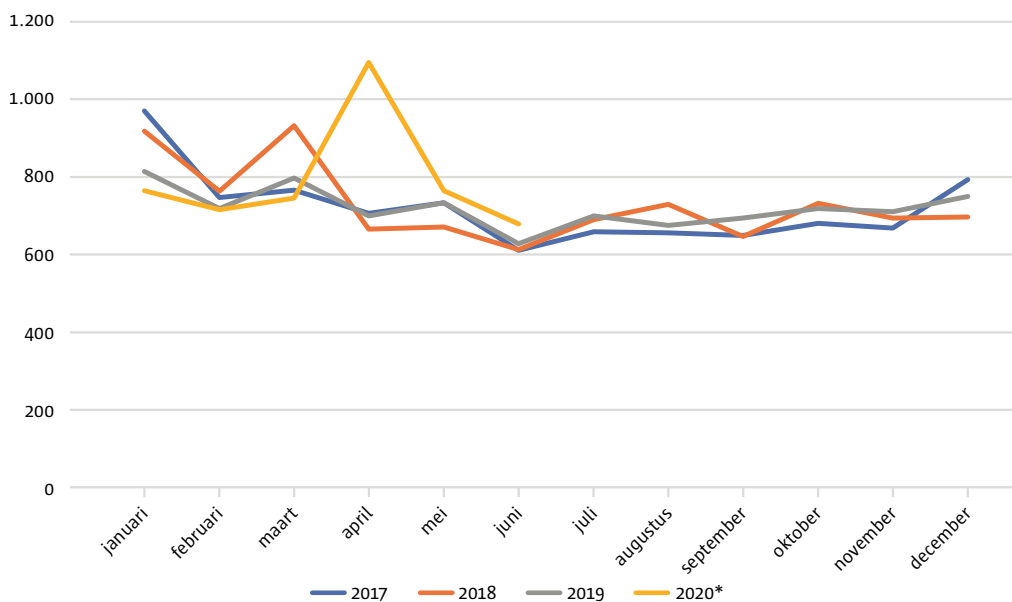
In Haaglanden kwam de verspreiding van het virus wat later op gang dan in een aantal andere regio's. In de eerste paar weken tot half maart werden vooral besmettingen geconstateerd in Noord-Brabant.² De provincies Zuid-Holland, Noord-Holland, Gelderland, Limburg en enkele andere provincies volgden met een tot twee weken vertraging. De geleidelijke verspreiding van de epidemie over Nederland vertaalt zich in een brede piek in het Nederlandse gemiddelde (zie figuur 2). In regio Haaglanden vormen de week-aantallen een smallere piek. In Noord-Brabant wordt het grootste aantal besmettingen gemeld in week 13 (laatste week van maart); dit is twee weken eerder

Figuur 4. Sterfte aan corona, Haaglanden.¹

Aantal patiënten met COVID-19 in Haaglanden dat is overleden, 7-daags gemiddelde.



Figuur 5. Sterfte in Haaglanden per maand, 2017-2020.³



* Voorlopige cijfers

dan in Zuid-Holland (week 15). Vanaf half mei blijft het aantal nieuwe besmettingen per 100.000 inwoners in Haaglanden boven het landelijk gemiddelde. De landelijke toename van het aantal besmettingen vanaf half juli wordt vooral veroorzaakt door een toename in Noord- en Zuid-Holland (waaronder Haaglanden).

Ziekenhuisopnames

Het aantal ziekenhuisopnames geeft een ander beeld van het verloop van de epidemie omdat dit minder

afhankelijk is van het testbeleid. Figuur 3 geeft het 7-daags gemiddelde van het aantal patiënten in Haaglanden dat is opgenomen in het ziekenhuis.² In deze figuur is te zien dat de piek van het aantal ziekenhuisopnames in Haaglanden in de tweede helft van maart lag. Halverwege april nam het aantal patiënten dat met Covid-19 in het ziekenhuis werd opgenomen sterk af en sinds medio juni kwam dit nauwelijks meer voor. Er wordt op dit moment (medio augustus) geen stijging gezien van het aantal ziekenhuisopnames.



Overledenen ten gevolge van corona

Tot en met 6 augustus zijn er in Haaglanden in totaal 366 personen overleden van wie bekend is dat zij besmet waren met het nieuwe coronavirus. Op 22 maart overleed de eerste persoon in Haaglanden aan het coronavirus. Daarna was er een stijging, met een piek van ongeveer tien overledenen per dag rond 18 april. Zie figuur 4. Dit is gebaseerd op het 7-daags gemiddelde, om te corrigeren voor de dagelijkse schommelingen. Vanaf eind april daalde het aantal overledenen weer. Sinds half juni ligt het gemiddeld aantal overledenen met bevestigde coronabesmetting op minder dan één persoon per dag.

Echter, een deel van de mensen die besmet zijn met het coronavirus is niet getest, dit is afhankelijk van het testbeleid wat zeker in het begin beperkter was dan vanaf 1 juni. Als mensen zijn overleden ten gevolge van het coronavirus zonder te zijn getest, zijn zij niet in bovenstaande figuur opgenomen. Een andere manier om een inschatting te maken van het aantal personen dat aan corona is overleden is door te kijken naar de totale sterfte, en dit te vergelijken met de sterfte in dezelfde periode een aantal jaren eerder. Zie figuur 5.

In april 2020 was er een duidelijke piek in het aantal overledenen ten opzichte van de voorgaande jaren. Waar in de voorgaande jaren in Haaglanden in april ongeveer 700 personen overleden, was dit in april 2020 ongeveer 1.100. Deze stijging van 37% ten opzichte van de eerdere jaren zal waarschijnlijk aan de corona-pandemie te wijten zijn.

REFERENTIES

- 1 GGD Haaglanden, afdeling Infectieziekten.
- 2 RIVM. **Covid-19 dataset**. <https://data.rivm.nl/covid-19/>. Bezocht op 10-8-2020.
- 3 CBS Statline. **Bevolkingsontwikkeling, regio per maand**. <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/37230ned/table?ts=1593506841803>. Bezocht op 10-8-2020.

Het corona panelonderzoek

GGD Haaglanden werkt sinds april 2020 mee met het landelijke panelonderzoek van het RIVM en GGD-GHOR Nederland tijdens de coronacrisis. In april tot en met juli zijn ongeveer iedere twee weken gegevens verzameld met behulp van online vragenlijsten. Het onderzoek geeft onder andere informatie over de naleving van de hygiëne- en gedragsmaatregelen, leefstijl en mentaal welbevinden ten opzichte van voor de coronacrisis en over het vertrouwen in de Nederlandse overheid. Over de resultaten van elke meetronde is een factsheet

opgesteld voor regio Haaglanden en heel Nederland. Als meer dan 100 inwoners van een gemeente de vragenlijst hebben ingevuld, zijn ook gemeentelijke resultaten berekend. Daarnaast is er een factsheet opgesteld met daarin de trends, die veranderingen in de tijd laten zien. Alle publicaties zijn te vinden op de Gezondheidsmonitor van GGD Haaglanden onder het kopje 'Coronavirus Actuele cijfers' (<https://gezondheidsmonitor.ggdhaaglanden.nl/coronavirus-actuele-informatie-in-cijfers/>). Na elke meetronde worden er nieuwe cijfers op de website gepubliceerd.





Programma corona GGD Haaglanden

De aanpak van een pandemie is afhankelijk van het verloop ervan. Op het moment dat er keuzes gemaakt moeten worden is het wenselijk om dit te doen op basis van informatie. Informatie die niet altijd beschikbaar is of pas op het laatste moment beschikbaar komt. Om snel en adequaat antwoord te geven op de ontwikkelingen die GGD Haaglanden op zich af zag komen, trad begin februari de crisisorganisatie van GGD Haaglanden in werking (zie kader). Niet kritische werkzaamheden van de GGD werden tijdelijk stilgelegd of in minimale vorm uitgevoerd, waardoor de GGD zich volledig kon focussen op de coronapandemie. Naast de inzet van vaste GGD-medewerkers zijn tientallen externen ingehuurd om alle werkzaamheden te kunnen uitvoeren. Vanaf 1 juli is binnen GGD Haaglanden het Programma corona opgezet, waarmee de crisisfase werd afgesloten. Zo heeft de aanpak om de pandemie terug te dringen voorlopig een eigenstandige plek in de GGD-organisatie.

Teneinde de komende periode voldoende capaciteit beschikbaar te hebben om alle werkzaamheden te verrichten, wordt er vanuit het Programma corona samengewerkt met externe partijen zoals het Rode Kruis en SOS-International. GGD Haaglanden heeft zo ook weer de ruimte om reguliere taken in volle omvang uit te voeren, rekening houdend met landelijke richtlijnen.

Het blijft van essentieel belang dat de burgers zich ondanks de versoepelingen strikt houden aan de regels die door de overheid zijn opgelegd, te weten: altijd en overal minstens 1,5 m afstand houden van elkaar, hoesten in de elleboog, geen handen geven, handen frequent wassen, drukke plaatsen vermijden en bij klachten (koorts, hoest, verkoudheid) thuis blijven en zich onmiddellijk laten testen op het coronavirus. Dit om te voorkomen dat de besmetting door het coronavirus toeneemt. Zodoende kan het Kabinet de versoepelingsmaatregelen handhaven en blijft het sociaaleconomische leven gevrijwaard. Ook wordt voorkomen dat kwetsbare personen ernstig ziek worden en opgenomen moeten worden, en dat uitval van reguliere zorg plaatsvindt. Zowel landelijk als regionaal is daarom continue voorlichting nodig van de bevolking in het algemeen en kwetsbare groepen in het bijzonder.

Door zowel via de teststraten als in de zorginstellingen mensen met klachten vroegtijdig te testen en onmiddellijk de contacten van COVID-19-patiënten op te sporen, is snelle uitbreiding van het coronavirus rond nieuwe patiënten in te dammen. Om op de voet te kunnen volgen of het virus onder controle blijft, is nauwgezette monitoring van de epidemie wereldwijd, landelijk maar juist ook lokaal van cruciaal belang. Het is zaak snel te weten of de verspreiding van het virus toeneemt en waarom, zodat gericht ingegrepen kan worden om verdere uitbreiding te voorkomen. Dit vraagt van alle betrokken partijen dat zij epidemiologisch belangrijke gegevens nauwkeurig registreren en aan de epidemiologen beschikbaar stellen.

Inzet crisisorganisatie GGD Haaglanden

GGD Haaglanden beschikt als zorginstelling over een 24/7 oproep- en inzetbare crisisorganisatie. De crisisorganisatie heeft het doel om in het geval van een crisis of ramp de schadelijke gevolgen op het gebied van de publieke gezondheid in regio Haaglanden weg te nemen of te beperken.

In het geval van de COVID-19-pandemie heeft de crisisorganisatie vanaf eind januari de situatie in Haaglanden nauwkeurig gemonitord en is er begonnen met de voorbereidingen. De daadwerkelijke opschaling naar aanleiding van de eerste besmetting in de regio vond plaats op 1 maart. In het vervolg is het voltallige crisisteam onder leiding van de crisiscoördinator 93 keer (dagelijks) bij elkaar gekomen om de crisisaanpak van GGD Haaglanden met betrekking tot de pandemie vorm te geven en te coördineren. Begin van de zomer is de crisisorganisatie van GGD Haaglanden gedeeltelijk afgeschaald en worden de ontwikkelingen in de regio gemonitord. De frequentie van de crisisteambijeenkomsten is sindsdien teruggebracht naar twee keer per week.



Corona en de inzet van de GGD



Opsporen en isoleren

Eric de Coster, arts infectieziekten, medisch coördinator
Frans van Diemen, secretaris Programma corona

Bij de eerste introductie van het coronavirus in Nederland is getracht middels het testen van personen, die voornamelijk in het buitenland risico hadden gelopen en bij COVID-19 passende klachten hadden, besmette personen te vinden, te isoleren en middels contactonderzoek verdere verspreiding te voorkomen. In die eerste fase, de containmentfase, was het doel de verspreiding van het virus in Nederland tegen te houden. Daarom gebeurde het opsporen, isoleren van patiënten en opleggen van quarantaine aan nauwe contacten zeer intensief.

Toen bleek dat de verspreiding door intensief contactonderzoek niet meer te stuiten was, is de inzet erop gericht om de uitbraak dermate te beperken (mitigeren) dat er geen grote piek kwam in het aantal besmette personen. Dit om te voorkomen dat de zorg overbelast zou geraken en zou leiden tot overlijden bij gebrek aan intensieve zorgen. Tijdens deze fase is wegens de grote aantallen nieuwe patiënten gekozen voor een minder intensieve benadering. Het werd in de regel aan de patiënten gelaten om hun contacten middels voorlichtingsmateriaal van de GGD te waarschuwen en te informeren over de quarantaine, de hygiënemaatregelen en alertheid op klachten.

De overheid heeft aan de hele bevolking stringente maatregelen van social distancing en andere hygiëne maatregelen opgelegd om zo de overdracht van het virus in de bevolking te beperken. Met deze stringente maatregelen en met de opschaling van de acute zorgcapaciteit is het ternauwernood gelukt om de acute zorg voor alle COVID-19-patiënten staande te houden. Daardoor kwam wel de reguliere zorg in het gedrang en is niet-acute zorg sterk aan banden gelegd. Door het gevolgde landelijk beleid is de verspreiding



Werkruimte bij de GGD drive-through-teststraat in Nootdorp

van het coronavirus langzaam teruggedrongen. De overheid heeft op basis van wetenschappelijk advies van het outbreak management team (OMT) besloten de landelijk opgelegde stringente maatregelen geleidelijk te versoepelen. Om te zorgen dat deze versoepeling niet zou leiden tot een heropflakking van de epidemie is besloten het opsporen van nieuwe COVID-19-patiënten en het opleggen van isolatie en quarantaine opnieuw te intensiveren. Daarvoor is de testcapaciteit in het hele land uitgebreid tot het niveau dat alle personen met (luchtweg) klachten passend bij COVID-19 zich gratis en zonder tussenkomst van een arts kunnen laten testen bij de teststraten die onder meer door de GGD'en zijn opgezet. Tevens is de capaciteit van de GGD'en opgeschaald om bij alle nieuwe COVID-19-patiënten opnieuw intensieve bron- en contactopsporing te kunnen doen.

In geen enkele fase van de epidemie is gebruik gemaakt van de mogelijkheid die de Wet publieke gezondheid biedt om COVID-19-patiënten in gedwongen isolatie te plaatsen of hun contacten



aan gedwongen quarantaine te onderwerpen. Dit omdat deze voor het individu zeer ingrijpende maatregelen niet proportioneel werden geacht en moeilijk te handhaven zijn. Het doel van de huidige landelijke aanpak is het aantal besmettingen permanent laag te houden. Dit door middel van continue voorlichting van de bevolking om de maatregelen te blijven toepassen, laagdrempelige mogelijkheid om zich te laten testen en intensief bron- en contactonderzoek bij nieuwe patiënten. Het doel is te voorkomen dat het aantal ernstig zieken zo groot wordt dat er een piek optreedt

die kan leiden tot overbelasting van de zorg en dat veel patiënten aan het virus overlijden dan wel langdurige complicaties ervaren. Doel is ook te voorkomen dat de versoepelingsmaatregelen opnieuw ingeperkt moeten worden en daardoor het sociaaleconomische leven in het gedrang komt. Dit alles in afwachting van een vaccin waarmee de bevolking gevaccineerd kan worden. Hierdoor kan de groepsimmunitet op een dusdanig niveau gebracht en gehouden worden dat er geen grote en oncontroleerbare verheffingen van het coronavirus meer zullen voorkomen.

Testlocaties

Op 9 maart begon GGD Haaglanden op kleine schaal met het testen op COVID-19. Vaak ging een team ter plaatse om monsters af te nemen. Toen de omvang groeide is er in de parkeergarage van hotel Van der Valk Nootdorp een testpunt ingericht waar mensen met de auto langs konden rijden, om dan vanuit de auto bemonsterd te worden. Op deze manier namen GGD-medewerkers enkele tientallen tests per dag af bij zeer selectieve doelgroepen.

In juni werd het doelgroepenbeleid verbreed en konden grotere groepen zich laten testen. Tegelijkertijd ging het hotel weer in bedrijf en was de parkeergarage voor gasten nodig. Bovendien beloofde minister De Jonge dat op 1 juni Nederland toereikende testcapaciteit zou hebben voor grootschalig testen. Voor regio Haaglanden betekende dit een opgave van maximaal 1500 tests per dag.

Hierop is in samenwerking met hotel Van der Valk een nieuwe drive-through-teststraat ingericht achter het hotel. In een enorme tent kon op zes punten monsters afgenomen worden, aangevuld met nog eens twee optionele punten vanuit een kleine extra tent ernaast.

Ook is in juni een mobiele testunit in de vorm van een tent in gebruik genomen, die een dagdeel in Naaldwijk en een dagdeel in Leidschendam bij het ziekenhuis Antoniushove werd gestationeerd. Het dagelijks opzetten en afbreken ervan, de beperkte weersbestendigheid en de veel grotere vraag dan het aanbod waren redenen om de tent te vervangen door portocabines. Nu wordt doordeweeks op elke locatie de hele dag bemonsterd. Tot slot is er met het Rode Kruis een overeenkomst getekend op basis waarvan twee teams mobiel werken en thuis tests uitvoeren.

Met deze voorzieningen werden medio juli soms meer



GGD drive-through-teststraat in Nootdorp

dan 1200 tests per dag uitgevoerd. 15 juli passeerde GGD Haaglanden het totaal van 30.000 uitgevoerde tests. Om voorbereid te zijn op een eventuele tweede golf in het najaar dient de potentiële testcapaciteit in de komende maanden te verdubbelen. Dit is onder andere te realiseren door bestaande testpunten langer in te zetten of uit te breiden, en door nieuwe testlocaties te openen. Eind juli is in Den Haag een kleine centrumlocatie ingericht op de binnenplaats van het Landsteiner Instituut op Lange Lombardstraat 35, vooral voor Haagse voetgangers en fietsers.





Bron- en contactonderzoek

Eric de Coster, arts infectieziekten, medisch coördinator

GGD'en dragen in opdracht van de gemeenten zorg voor infectieziektebestrijding, waaronder het voorkomen van verspreiding door middel van bron- en contactopsporingen bij meldingen van infectieziekten.

Het bron- en contactonderzoek houdt in dat GGD Haaglanden een positief geteste patiënt zo snel mogelijk benadert om de patiënt thuisisolatie op te leggen. Deze duurt doorgaans tot de patiënt minstens 24 uur klachtenvrij is en wordt ten vroegste 7 dagen na de eerste ziektedag opgeheven.

Tijdens het eerste gesprek met de patiënt bespreekt de medewerker van GGD Haaglanden de maatregelen die de patiënt moet nemen om contact te mijden met zijn/haar huisgenoten en andere personen. Alle personen die tijdens de besmettelijke periode contact hebben gehad met de patiënt worden geïnventariseerd. Huisgenoten en andere personen waarmee de patiënt tijdens de besmettelijke periode minstens 15 minuten binnen een afstand van 1,5 m direct contact heeft gehad worden als nauw contact aangeduid.

Zij moeten minstens 14 dagen in thuisisolatie blijven (dit wordt ook quarantaine genoemd) en mogen in principe niet naar school of werk. Zij mogen alleen de strikt noodzakelijke boodschappen verrichten als zij geen klachten hebben. Indien deze nauwe contacten klachten ontwikkelen die passen bij COVID-19 worden zij gevraagd dit bij de GGD te melden. De GGD zal in de regel het contact verzoeken zich te laten testen. De GGD probeert alle nauwe contacten persoonlijk voor te lichten over de quarantaine en andere hygiënemaatregelen.

Personen die langdurig contact (langer dan 15 minuten) hadden met de patiënt op meer dan 1,5 meter afstand in dezelfde ruimte, bijvoorbeeld op kantoor, in de klas of tijdens vergaderingen, worden als overige (niet nauwe) contacten aangeduid. Zij hoeven niet in quarantaine en mogen als zij geen klachten hebben naar werk of school. De voorlichting over de te nemen maatregelen aan deze overige niet nauwe contacten verloopt via de patiënt. Dit gebeurt

met modelbrieven die GGD Haaglanden aan de patiënt stuurt. Ook bij niet nauwe contacten geldt dat zij bij klachten thuis blijven, de GGD daarover terstond informeren en in de regel aangemeld worden voor een test.

Nadat de GGD de patiënt en contacten heeft voorgelicht, zal de GGD de nauwe contacten actief monitoren. Daarbij belt de GGD-medewerker ieder nauw contact op dag 7 van de quarantaineperiode, vraagt of er geen klachten zijn opgetreden en of de quarantaine goed verloopt. Ten slotte belt de GGD-er de contacten op de laatste dag van de quarantaineperiode voor een afsluitende evaluatie.

In bijzondere situaties, zoals bij patiënten in zorginstellingen, wordt het bron- en contactonderzoek naar de contacten binnen de instelling in samenwerking met de GGD door de instelling zelf verricht. Bij situaties van besmet personeel of kinderen van kinderopvang of scholen neemt de GGD doorgaans contact op met de kinderopvang of de school om te adviseren over de te nemen maatregelen inclusief de voorlichting van de ouders. Wanneer uitbraken van COVID-19 in bedrijven of andere werkplekken wordt vermoed of vastgesteld, zal de GGD samen met het bedrijf uitbraakonderzoek verrichten. Naast het bron- en contactonderzoek bij individuele patiënten zoals hierboven geschetst zal de GGD het bedrijf adviseren over eventuele aanvullende hygiënemaatregelen ter voorkoming van verdere verspreiding van het virus in en rond de werkplek.





Corona callcenter GGD Haaglanden

Mary Berns, epidemioloog; Jos Bodewus, coördinator informatiecentrum GGD

Al in januari kwamen op het algemene informatienummer van het Informatiecentrum van GGD Haaglanden de eerste telefoontjes binnen met vragen over het coronavirus. In februari werd de eerste speciale telefoonlijn opengesteld voor coronavirusvragen en was het 'corona callcenter GGD Haaglanden' een feit. In de maanden daarop worden, omdat de situatie snel verandert, meer lijnen geopend voor de diverse soorten vragen en doelgroepen. Er zijn lijnen (geweest) voor: algemene publieksvragen, medische vragen, artslijn (voor vragen van artsen), zorginstellingen, bron- en contactonderzoek, scholen/kinderopvang, testaanvragen, testuitslagen en testvragen. Ook worden bellers gewezen op en later direct doorgeschakeld naar de landelijke informatienummers.

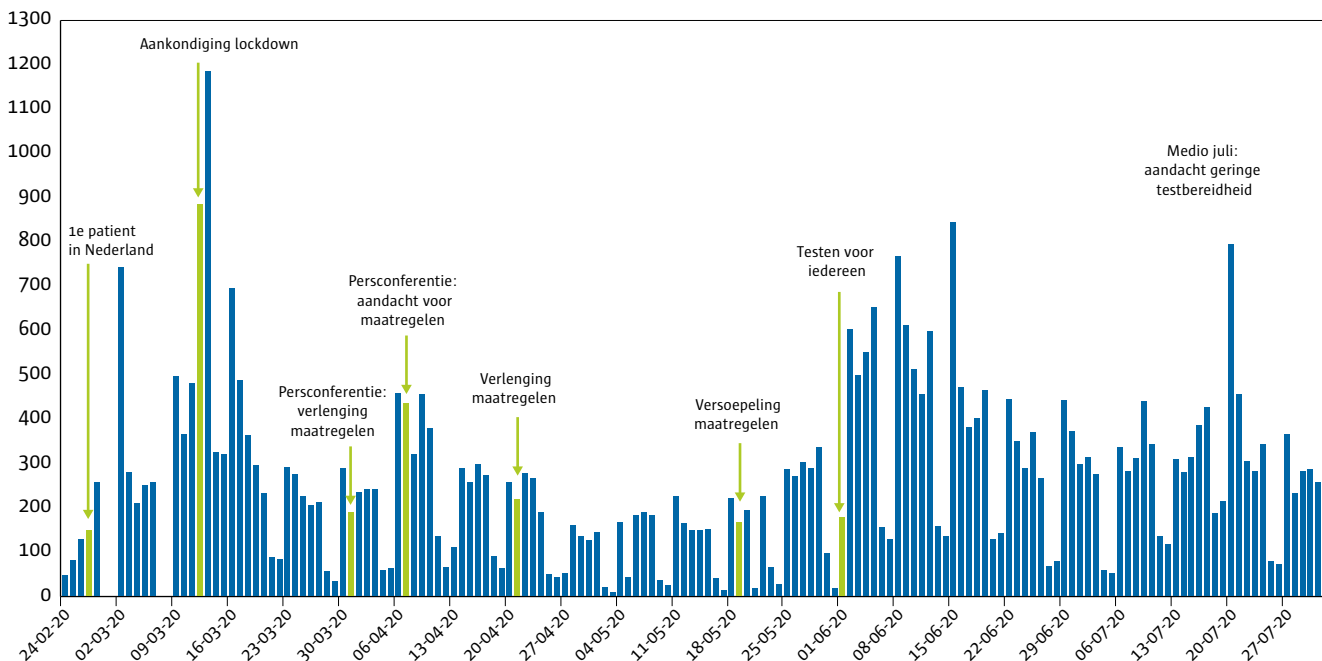
Vanaf begin maart is het callcenter zeven dagen per week bereikbaar, in de eerste drukke maanden ook 's avonds. De lijnen worden bemenst met vooral veel

GGD-medewerkers aangevuld met collega's van de ketenpartners JMO Den Haag (Jeugd en Maatschappelijke Ontwikkeling) en JGZ Zuid-Holland West.

In de periode eind januari-eind juni krijgt het corona callcenter ruim 31.000 telefoontjes, een gemiddelde van 227 telefoontjes per dag! De stroom telefoontjes kent een aantal pieken (zie figuur 6). Die pieken hangen samen met de diagnostisering van de eerste coronaviruspatiënt in Nederland en het verruimen van de testmogelijkheden voor zorgpersoneel, later gevolgd door testen voor andere doelgroepen en uiteindelijk testen voor iedereen met klachten. Er blijkt ook een zeer duidelijke relatie met de persconferenties van premier Rutte waarop coronavirusmaatregelen worden aangekondigd. Zo is het corona callcenter op de dag na de aankondiging van de 'lockdown' maar liefst 1.182 keer gebeld.

De aard van de vragen verandert in de loop van de maanden. In het begin zijn het vooral vragen met

Figuur 6. Aantal telefoontjes corona callcenter GGD Haaglanden.



betrekking tot klachten die op corona leken ('Ik hoest maar heb geen koorts, is het corona en wat moet ik doen') of over het doorwerken van zorgpersoneel en huisgenoten met klachten ('Mijn man heeft koorts, mag ik gaan werken in het verpleeghuis'). Naarmate er meer personen het coronavirus krijgen worden vragen gesteld over de quarantaineregels: 'De vrouw van een collega heeft corona, moet ik in quarantaine', 'Mijn burens houden zich niet aan de quarantaine'. Na een persconferentie betreft het vaak vragen over de uitwerking van bepaalde maatregelen ('Met hoeveel mensen mogen we in een auto', 'Kan ik bij mijn hoogbejaarde ouders op bezoek'). Bij de uitbreiding van de testmogelijkheden gaat het veel over aanmeldprocedure ('Ik wil me aanmelden, waar kan ik me laten testen'), testen voor buitenlandse

reizen ('Oostenrijk eist een bewijs van een negatieve test'). Na opening van de scholen en kinderopvang, gecombineerd met de verruiming van de testmogelijkheden wordt er veel gebeld over (chronisch) verkouden kinderen die geweigerd worden bij school/kinderopvang ('School wil bewijs dat mijn kind geen corona heeft'). En bij de openstelling van het testen voor iedereen met klachten wordt GGD Haaglanden overspoeld met aanvragen van testen of opvragen van testresultaten omdat de landelijke testlijn lange wachttijden kent. De lijnen voor zorginstellingen en de scholen/kinderopvang krijgen vooral vragen over wat te doen bij medewerkers, bewoners, ouders of leerlingen met (mogelijk) het coronavirus.



Verpleeg- en verzorgingshuizen

Dianne van der Zande, Arts M&G, profiel infectieziektebestrijding

Ouderen en mensen met onderliggend lijden zijn kwetsbaar voor de gevolgen van een besmetting met het nieuwe coronavirus. Bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen behoren daarom tot de risicogroep. Nadat er in maart steeds meer besmettingen met het coronavirus werden vastgesteld, zijn per 20 maart in heel Nederland de deuren van verpleeg- en verzorgingshuizen voor bezoek gesloten. De praktijk in Noord-Brabant en Limburg had uitgewezen dat een beperking van het bezoek aan verpleeghuizen noodzakelijk was om het groeiend aantal besmettingen in te dammen. Deze ingrijpende maatregel, mede op advies van Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso), vond men nodig om de bewoners, hun naasten en medewerkers te beschermen.

Op grond van artikel 26 van de Wet publieke gezondheid (WPG) moeten verpleeg- en verzorgingshuizen besmettingen melden bij de GGD. Rond het moment van sluiting van de huizen voor bezoek kwamen bij GGD Haaglanden de eerste meldingen van besmettingen in deze sector binnen.

Na een melding van een besmetting in een verpleeg- of verzorgingshuis neemt de GGD contact op met de betreffende instelling. Er wordt geïnventariseerd welke maatregelen de instelling genomen heeft om verdere verspreiding te voorkomen; vragen van de

instelling worden beantwoord en er wordt gekeken of er nog verdere ondersteuning vanuit de GGD nodig is. Zo nodig wordt hierbij ook de deskundige infectiepreventie van de GGD betrokken.

De eerste periode was het zoeken naar de juiste aanpak voor deze nieuwe ziekte binnen de verpleeg- en verzorgingshuizen. In het begin hanteerde men het griepprotocol bij bevestigde bewoners; al vrij snel ontwikkelde Verenso een eigen protocol en behandelingsadvies en is dit protocol steeds verder aangepast op basis van nieuwe inzichten.

Het isoleren van zieken, cohorteren en dragen van persoonlijke beschermingsmiddelen door de medewerkers zijn de uitgangspunten bij de voorkoming van verdere verspreiding. Op afdelingen met bewoners met een psycho-geriatrische aandoening kan deze aanpak ingewikkeld zijn, omdat de bewoners door hun ziekte niet instrueerbaar zijn en de maatregelen niet kunnen begrijpen en opvolgen.

Een zorg in de eerste maanden voor de verpleeg- en verzorgingshuizen was het tekort aan beschermende materialen voor de medewerkers. Het is niet uit te sluiten dat dit heeft bijgedragen aan de verspreiding binnen de huizen.



Het testbeleid binnen de sector was in de eerste periode restrictief. Bij een of twee bevestigde gevallen vond men het niet nodig om andere bewoners met vergelijkbare klachten te testen. Men ging er vanuit dat zij de ziekte ook zouden hebben. Hierdoor was er de eerste maanden zeker sprake van een onderrapportage van het aantal daadwerkelijk besmette bewoners. Momenteel is er voldoende testcapaciteit en kunnen alle verdachte bewoners ook getest worden op het virus.

Vanaf mei werd bezoek in de huizen beperkt weer mogelijk en vanaf 15 juni mag een bewoner van een verpleeghuis meerdere bezoekers ontvangen, indien het verpleeghuis vrij van coronabesmettingen is. Voorwaarde is wel dat er 1,5 meter afstand wordt gehouden. De sector heeft een handreiking ontwikkeld om de instellingen te helpen bij het vormgeven van hun bezoeksregeling. Hierin is ruimte voor maatwerk per verpleeg-/verzorgingshuis. Bij een nieuwe besmetting van één of meerdere bewoners zal een huis opnieuw gedeeltelijk of in zijn geheel gesloten moeten worden voor bezoek. De GGD

heeft als taak om nieuwe besmettingen binnen de sector te monitoren, lokale en regionale prevalentie te registreren en bestuurlijk terug te koppelen. Ook nu neemt de GGD na een melding van een besmetting van een bewoner of zorgmedewerker contact op met de betreffende instelling. Conform het huidige bron- en contactonderzoek rondom de besmette persoon worden dan met de instelling afspraken gemaakt over het monitoren van de contacten. Contacten binnen de instelling (medebewoners en medewerkers) worden veelal door de instelling zelf gemonitord. De GGD benadert en monitort contacten buiten de instelling. Daarnaast inventariseert de GGD welke maatregelen de instelling genomen heeft om verdere verspreiding te voorkomen, worden vragen van de instelling beantwoord en wordt gekeken of er aanvullende ondersteuning vanuit de GGD nodig is.

Tot op heden (medio augustus) is het aantal huizen in de regio Haaglanden wat geheel of gedeeltelijk de deuren opnieuw heeft moeten sluiten voor bezoek beperkt gebleven.



Maatschappelijke opvang

Alette Broekens, MPH, adviseur Sociaal Medische Basiszorg
Kees Dirksen, arts infectieziektebestrijding

Er is vrijwel geen bevolkingsgroep, waar de coronacrisis onopgemerkt aan voorbij is gegaan. Dat neemt niet weg, dat er bepaalde groepen bestaan, die door hun verhoogde kwetsbaarheid of beperkte zelfredzaamheid om speciale aandacht vragen. De populatie van dak- en thuislozen behoort hier toe. Het gaat immers om personen met een veelal broze gezondheid, die vaak ook nog eens de reguliere zorg uit de weg gaan. Daarbij doet zich het praktische probleem voor dat, wanneer deze mensen COVID-19-verdachte klachten ontwikkelen of COVID-19 oplopen, zij zich niet kunnen afzonderen, zoals stadgenoten met een dak boven hun hoofd dit wel kunnen. Daklozen hebben immers per definitie geen (t)huis en dus geen plek om volledig uit te zieken zonder daarbij het risico te lopen om weer anderen te besmetten. Bovendien zijn de preventieve maatregelen, die bij

de niet dakloze bevolking tot een effectieve 'afvlakking van de curve' hebben geleid, binnen deze groep niet zo gemakkelijk af te dwingen of te handhaven. Er waren aan het begin van de epidemie nog meer tegenvallers te noteren: veel daklozen die voor de uitbraak nog tijdelijk bij familie of bekenden konden verblijven, belandden nu op straat. Ook groepen die tijdelijk in Nederland verblijven, zoals seizoensarbeiders, konden door het wegvallen van hun werk en het sluiten van grenzen niet meer terug naar hun eigen land en werden werk- en dakloos. Ook moesten veel voorzieningen, zoals de Soepbus en de meeste dagopvangcentra, noodgedwongen hun deuren sluiten. Een belangrijk deel van het vangnet, waaraan in het vaak hectische daklozenbestaan nog enigszins steun en structuur kon worden ontleend, viel hierdoor weg. Zelfs de meest basale voorzieningen



als openbare toiletten werden gesloten.

Bij het voorkomen van COVID-19-uitbraken onder kwetsbare groepen is niet louter de gezondheid van de individuele patiënt of de veiligheid van de eigen doelgroep in het geding, maar gaat het net zo goed om een publiek gezondheidsbelang. Patiënten met een in potentie dodelijke infectieziekte wil iedereen het liefst zo snel mogelijk van straat hebben, zowel voor hun eigen welzijn als voor het besmettingsrisico dat zij voor hun omgeving vormen. De gemeente heeft in deze bijzondere tijd dan ook besloten om dak- en thuisloosheid als enig criterium voor maatschappelijke ondersteuning aan te merken. Ze heeft in die zin geen nader onderscheid gemaakt tussen de diverse subgroepen zoals rechthebbenden en niet rechthebbenden. Vanuit het oogpunt van de infectieziektebestrijding is dit zonder meer de juiste beleidslijn geweest.

Ten aanzien van het te voeren beleid zijn de volgende uitgangspunten geformuleerd en in een werkprotocol vastgelegd:

- Dak- en thuisloze mensen in centrumgemeente Den Haag worden op een zo veilig mogelijke manier opgevangen, waarbij besmetting met en verspreiding van het coronavirus zoveel mogelijk wordt voorkomen.
- Signalering en opsporing van dak- en thuislozen die verdacht worden van COVID-19 of reeds met het virus besmet zijn geraakt, vinden zo snel en goed mogelijk plaats.
- Besmette dak- en thuisloze patiënten worden zo effectief mogelijk afgezonderd van de nog niet besmette dak- en thuislozen. Zij krijgen daarbij het toezicht en de zorg die zij nodig hebben.
- Personeel en vrijwilligers die met deze doelgroep werken hebben een veilige werkomgeving en lopen een zo gering mogelijk besmettingsrisico.

Het eerste punt hield een opsplitsing van de doelgroep in kleinere woon- en verblijfseenheden in. Dit had de hoogste urgentie en is met grote voortvarendheid opgepakt. Nog voordat de eerste positieve melding bij GGD Haaglanden binnenkwam, was de daklozenpopulatie al in kleinere groepen van maximaal 50 personen opgedeeld en geherhuisvest. De hulp van diverse hotels, die hiertoe veelal belangeloos woonruimte ter beschikking stelden, is bij die verhuisoperatie van doorslaggevende betekenis geweest. Maar zelfs met die noodzakelijke schaalverkleining bleef de populatie kwetsbaar voor groepsbesmetting en was er behoefte aan een

‘ziekenboek’, waarin de van COVID-19-verdachte patiënten geïsoleerd de uitslag van hun test konden afwachten en de bevestigde COVID-19-patiënten hun infectie in cohort-verzorging konden uitzieken.

Nu de hotels hun deuren weer openen voor reguliere klanten, de oude structuren zich geleidelijk weer herstellen en de eerste pandemiefase over haar hoogtepunt heen lijkt, is het tijd om voorzichtig een eerste balans op te maken. Het aantal COVID-gevallen onder de dak- en thuislozenpopulatie heeft zich in die eerste fase tot een handjevol patiënten beperkt. Doordat ze snel opgespoord en geïsoleerd konden worden, zijn er nauwelijks secundaire besmettingen opgetreden en zijn er, voorzover GGD Haaglanden kan nagaan, geen door COVID-19 veroorzaakte overlijdens geweest. Eigenlijk kwamen die cijfers als een aangename verrassing, want bij andere op voorhand kwetsbare groepen zoals ouderen en arbeidsmigranten zijn die sombere verwachtingen helaas wel uitgekomen. Deze trend is ook landelijk terug te vinden, ook in Amsterdam en Rotterdam zijn grootschalige besmettingen en uitbraken onder de groep dak- en thuislozen uitgebleven. Desalniettemin blijft alertheid geboden om te voorkomen dat alsnog nieuwe brandhaarden ontstaan.

Als er naar aanleiding van het begin van deze crisis al van ‘voordelen’ gesproken mag worden, dan is dit zeker de manier, waarop de hulpdiensten elkaar in korte tijd hebben weten te vinden en elkaar ook beter hebben leren kennen. De gemeente Den Haag, de Kessler-stichting, de Haagse Wijk- en Woonzorg, de straatdokters, het daklozenloket, het Leger des Heils en GGD Haaglanden hebben al vroeg de handen ineengeslagen en elkaars expertise, mogelijkheden en doorzettingsmacht op een goede manier benut. Ook voor de dak- en thuislozen zelf zijn er enkele lichtpuntjes te onderkennen. Er is meer aandacht gekomen voor hun specifieke problematiek en voor de diverse te onderscheiden groepen zelf. Doorgaans mogen ze zich in een niet al te grote populariteit verheugen. Dat er nu een reeks aan warme burgerinitiatieven van de grond is gekomen wordt als een grote mentale opsteker ervaren. Veel dak- en thuislozen, die tot voor de crisis nog onder de radar verbleven, zijn nu bekend en bij reguliere zorginstanties ingeschreven. Uit een eerste evaluatie van de straatdokters komt naar voren dat veel daklozen door de tijdelijke verbetering van hun woonsituatie meer rust ervaren, zich fysiek gezonder



Het 'ADO-dorp', waarin voor daklozen uit zowel de veiligheidsregio Haaglanden als Hollands Midden isolatie- en quarantaineruimte beschikbaar is.

voelen en beter gemotiveerd zijn om iets aan hun leefomstandigheden te veranderen.⁴

Natuurlijk verliep lang niet alles even vlekkeloos of volgens plan: vanwege overlast moest één woongroep weer vanuit een hotel naar de reguliere opvang worden teruggeplaatst. Dit bleek op de korte termijn alleen mogelijk op een afdeling van de Kessler-stichting, die nu juist als ziekenboeg was bedoeld. Gelukkig kwam er hulp uit onverwachte hoek, toen een particuliere ondernemer met een groot hart voor de doelgroep zich bereid toonde om elders een soortgelijke voorziening op te zetten en in te richten. Dat is het inmiddels welbekende 'ADO-dorp', waarin voor daklozen uit zowel de veiligheidsregio Haaglanden als Hollands Midden isolatie- en quarantaineruimte beschikbaar is.

GGD Haaglanden komt momenteel tot de conclusie dat de grootste risicofactor om besmet te raken het delen van het huishouden is met een positief bevonden iemand waarbij de huisvesting ongeschikt is om in thuisisolatie uit te zieken. Dit geldt bijvoorbeeld voor de groep arbeidsmigranten en grote huishoudens bestaande uit meerdere generaties. Hoe omvangrijker het aantal huisgenoten en hoe krappere de behuizing, des te groter de transmissiekans. Het is lang niet altijd onwil, soms lenen de gezinssamenstelling en/of woningindeling zich er eenvoudigweg niet voor om een zelfisolatie tot een goed einde te brengen. De vraag dringt zich dan op of het niet beter zou zijn om deze patiënten het aanbod te doen om niet thuis, maar elders van hun corona-infectie te genezen.

⁴ Corona op Straat – lessen 6e Straatdokers Symposium, 30 juni 2020



Voor jeugd en scholen

Hélène Steenhoff, senior adviseur Gezondheidsbevordering

Als gevolg van de lockdown konden diverse gezondheidsbevorderende activiteiten plotseling niet meer door gaan. Denk bijvoorbeeld aan trainingen en gezondheidsvoorlichting voor groepen. Daarnaast was er juist tijdens de lockdown behoefte aan aandacht voor gezonde leefstijl. Grote groepen kinderen en jongeren zaten ineens thuis waardoor bijvoorbeeld

fietsen naar school, buitenspelen met vriendjes en sporten bij de sportvereniging niet meer vanzelfsprekend waren. GGD Haaglanden heeft daarom nieuwe initiatieven ontwikkeld om een gezonde leefstijl bij de jeugd voort te zetten ten tijde van een lockdown. Een indruk van de nieuwe initiatieven.



Met het lanceren van de GGD-nieuwsbrief 'Gezonde leefstijl' kregen scholen de mogelijkheid om aandacht te schenken aan een Gezonde Leefstijl (thuis). Deze nieuwsbrief voor professionals staat vol tips en links voor alle leeftijden en wordt verspreid onder alle partners en contactpersonen in de regio Haaglanden uit het brede netwerk van de GGD (ruim 2.400 adressen).

Link: <https://mailchi.mp/1d66a78b2539/gezondeleefstijl13juli?e=84b85167ad>



Streetsportcoaches zorgen normaal voor laagdrempelig beweegaanbod voor de jeugd op pleinen en playgrounds. Na de oproep om zoveel mogelijk binnen te blijven, zochten ze naar alternatieve tijdsbesteding. Online schoten sportfilmpjes en challenges als paddenstoelen uit de grond, maar op straat gebeurde weinig. GGD Haaglanden heeft de streetsportcoaches geadviseerd om de wijk in te gaan en balkonsessies te organiseren. Met een draagbare muziekinstallatie gingen ze op pad en enthousiasmeerden bewoners om vanaf hun balkon mee te bewegen op muziek. Dat zorgde voor mooie momenten van verbinding.

GGD Haaglanden heeft een aparte pagina op de website ingericht met informatie voor scholen en kinderopvang over het coronavirus. Onder andere over wat te doen bij neusverkoudheid, wat te vragen bij een ziekmelding en wat een schoolleider moet doen bij drie of meer gevallen van verdenking COVID-19 of als een besmetting is vastgesteld. Ook staat er informatie over vakantie in landen met een oranje of rood reisadvies en eventuele quarantaine.

Hierbij is gebruikgemaakt van informatie uit betrouwbare bronnen zoals de rijksoverheid, Steffie.nl, etc. Scholen kunnen de informatie gebruiken voor een schoolbulletin of ter informatie van ouders. Link: <https://www.ggdhaaglanden.nl/coronavirus/informatie-coronavirus-voor-scholen-en-kinderopvang.htm>

GGD Haaglanden heeft een 'Scholen en Kinderopvangteam' (SKOT-team) samengesteld waar scholen en kinderopvangorganisaties met hun vragen terecht kunnen. Het multidisciplinaire team, bestaande uit onder andere deskundigen van de afdeling Infectieziekten, Toezicht kinderopvang en Gezondheidsbevordering van GGD Haaglanden, adviseert en handelt op vragen omtrent de coronamaatregelen, bij besmettingen en meldplicht op maat. Dit is aanvullend op de informatie op de website.

Scholen hebben de plicht om als zich een cluster van infectieziekten voordoet dit bij de GGD te melden. Bij corona is dit het geval als er drie of meer kinderen ziekgemeld zijn met corona gerelateerde klachten. Na het aannemen van een melding en het inschatten van de risico's door artsen infectieziekten, neemt het SKOT opnieuw contact op met de school en worden vervolgacties uitgezet.

De afhandeling van een cluster melding kan impliceren dat een groep leerlingen proactief wordt benaderd voor een test. Medisch gerelateerde vragen worden opgepakt door medisch geschoolde collega's. Ook ouders bellen met vragen rond besmetting op school. Kinderopvangorganisaties hebben veel vragen over de veranderende richtlijnen, zoals wat te doen wanneer een groot aantal kinderen met een snotneus rondloopt.

Een andere activiteit van GGD Haaglanden was het informeren van alle basis- en VO-scholen en Kinderopvangorganisaties over de ondersteuning die zij bij de herstart kunnen verwachten van JGZ en GGD op het terrein van collectieve preventie, testbeleid en hygiëne.

Ook heeft het team van de Haagse Aanpak Gezond Gewicht voor de meivakantie een Fit & Fun challenge ontwikkeld voor kinderen met voor iedere vrije dag een leuke en gezonde uitdaging. Deze zijn onder andere uitgedeeld via wijkcentra die pakketjes samenstelden voor kinderen van gezinnen die wat extra's konden gebruiken.



Informatievoorziening andere kwetsbare groepen

Hélène Steenhoff, senior adviseur Gezondheidsbevordering

Hoe kan GGD Haaglanden kwetsbare groepen in haar negen gemeenten beter bereiken met informatie over preventiemaatregelen en gewenst gedrag in verband met het coronavirus? Deze vraag stond centraal bij de aanvang van de pandemie. GGD Haaglanden heeft daarbij een intermediaire rol en richt zich op professionals en sleutelpersonen die met kwetsbare groepen contact hebben. Het gaat daarbij om de volgende kwetsbare groepen:

- Inwoners regio Haaglanden met lage sociaal-economische status/laaggeletterden/bepaalde gezondheidsvaardigheden
- Inwoners regio Haaglanden van niet-Nederlandse afkomst
- Kwetsbare arme gezinnen
- Ouderen met lage sociaaleconomische status
- Personen met een psychische beperking
- Personen met visuele/auditieve beperking.

Uitgangspunten in de aanpak is het benutten van voorlichtingsmaterialen uit betrouwbare, landelijke, regionale en lokale informatiebronnen. De RIVM-richtlijnen en hygiënische maatregelen zijn in korte tijd uitstekend vertaald naar bruikbare posters, filmpjes en beeldmateriaal, onder andere van Pharos, de Stichting Lezen en Schrijven en het Rode Kruis. GGD Haaglanden neemt vanaf de corona-uitbraak haar rol als verspreider van informatie op maat voor bepaalde doelgroepen en faciliteert hiermee haar netwerkpartners die in direct contact staan met de doelgroep. Enerzijds door verbinding met netwerkpartners op te zoeken, anderzijds door zoveel mogelijk via de eigen kanalen te communiceren.

Eet gezond!

- ✓ Probeer elke dag een warme maaltijd te eten.
- ✓ Eet voldoende groente, fruit en volkoren producten.
- ✓ Drink voldoende water
- ✓ Vergeet uw mondgezondheid niet (tandenpoetsen).

Zie ook onze folder gezond ouder worden!

Blijf zoveel mogelijk in beweging!

- ✓ Ook nu u misschien niet zo makkelijk naar buiten kan is het toch goed om in beweging te blijven!
- ✓ Leuke oefeningen voor in huis vindt u op de beweegposter.

Belangrijke telefoonnummers!

GGD Haaglanden: 088-355 0100 voor algemene vragen

Servicepunten XL Welzijn: 070-205 3003 voor hulpvragen of een goed gesprek.

Rode Kruis: 070-445 5888 voor een luisterend oor en praktische tips

Luisterlijn: 0900-0767 voor iedereen dag en nacht beschikbaar voor een luisterend oor

Ouderenbond ANBO: 0348-466 666 voor algemene vragen

KBO-PCOB: 030-3 400 600 Voor ouderen met migratieachtergrond

Dagritme!

- ✓ Probeer, ook nu u meer thuis bent, voor uzelf een dagritme aan te houden!

Zie het voorbeeld op de achterkant van deze placemat!

GGD
Haaglanden

Placemat voor ouderen, op de achterzijde staat een dagritme.



GGD Haaglanden probeert zoveel mogelijk aan te sluiten bij contacten en voorzieningen van netwerkpartners, zoals professionals, sleutelpersonen en vrijwilligers bij welzijns- en migrantenorganisaties, religieuze instellingen, wijkteams, buurtcoaches, (ouderen)voorlichters en studenten. De GGD heeft bijvoorbeeld een informatiepakket ontwikkeld voor ruim 2000 kwetsbare ouderen in Den Haag en Scheveningen. Het pakket bevat informatie over gezonde voeding, beweging, een gezond dagritme en belangrijke telefoonnummers en is verspreid via de maaltijdenbezorgservice van Ben Lachhab, welzijnsorganisatie Xtra en ouderenconsulenten.

Aangezien fysiek contact nauwelijks nog mogelijk was tijdens de lockdown, heeft GGD Haaglanden de inzet van digitale communicatiemiddelen geïntensiveerd door onder andere onderstaande initiatieven:

- Er is een 'WhatsApp groep sleutelpersonen' opgezet om onderling goed contact te houden, best practices te delen en signalen uit te wisselen. Sleutelpersonen zijn belangrijk voor het bereiken van inwoners met een niet-westerse achtergrond.
- Er is een speciale nieuwsbrief gemaakt met een overzicht van informatie die geschikt is voor laaggeletterden, anderstaligen en mensen met een licht verstandelijke beperking. Hiermee zijn 200 organisaties en (religieuze) instellingen bereikt. Dit overzicht kan ingezet worden voor het bereiken van kwetsbare personen.
- Vanwege het toegenomen risico op kindermishandeling nu ouders en kinderen gedwongen thuis moeten blijven, is relevante informatie over corona, geweld en de meldcode gebundeld in een 'pagina corona' voor professionals en vrijwilligers op de website Meldcode Haaglanden <https://www.meldcodehaaglanden.nl/achtergrond/corona>.

Twee jaar ervaring met 100% online behandelen in de GGZ

Sinds januari 2018 biedt de 'PsyQ online poli' volledig online Specialistische GGZ (SGGZ) behandelingen aan voor patiënten met angststoornissen en depressie. Deze behandelingen omvatten evidence-based protocollen aangevuld met de voordelen van een online omgeving. Nu, na twee jaar met vallen en opstaan en een stuk wijzer, worden de ervaringen gebruikt bij het breed implementeren van online behandelmogelijkheden na de COVID-19 uitbraak. Dit artikel geeft een beeld van de opgedane ervaringen en de meerwaarde ervan in de coronacrisis. Samen met de cijfers van de eerste evaluatie van deze vorm van zorg schetsen de auteurs de mogelijkheden die online zorg patiënten in de GGZ biedt en de huidige stand van zaken.

Annet Spijker, Mirjam van Orden en Annemiek van Dijke

Werkwijze online poli's

Bij de online poli's van PsyQ en i-psy krijgen patiënten een online behandeling voor angst- en/of stemmingsklachten aangeboden. Om een indruk te krijgen van deze manier van behandelen: klik deze link aan <https://vimeo.com/394463515>.

In de online poli vindt het contact tussen behandelaar en patiënt in principe niet meer plaats in de behandelkamer, maar via beeldbellen alsmede via de chatfunctie en online activiteitenregistraties zoals de registraties van emoties en de gedachtenschema's. Face-to-face contacten blijven mogelijk en worden, op indicatie, nog steeds gedaan, onder andere in geval van een crisisbeoordeling. De vorm van het contact is dan ook flexibel en volgt de behoefte van de patiënt. De behandeling wordt ondersteund door de NiceDay app. De beeldbel behandelsessies worden bij voorkeur gepersonaliseerd ingericht. Dit wil zeggen dat op momenten dat het er voor de patiënt toe doet, een beeldbel-contact met de behandelaar

wordt ingepland. De patiënt krijgt opdrachten en registreert in de periode tussen de beeldbel-contacten of en hoe succesvol deze opdrachten zijn verlopen in de app. De behandelaar volgt de voortgang in een desktopversie van de app op een laptop en geeft tussen de beeldbel-contacten door al feedback op het verloop van de week en het resultaat van de opdrachten. Zo kan de behandelaar beschikbaar zijn op momenten die ertoe doen voor de patiënten en de behandeling. De patiënt hoeft niet meer naar de GGZ-vestiging te komen en heeft daardoor geen reistijd, geen parkeerkosten, geen wachttijd en dergelijke. Bovendien is er geen wachtlijst voor de online behandeling.

De behandeling kan overal gevolgd worden via een smartphone met een goede internetverbinding, zelfs tijdens een vakantie. Voorwaarde is natuurlijk wel dat iemand een rustige omgeving heeft waarin over persoonlijke onderwerpen kan worden gesproken.



Sessies met mensen op een terrasje aan het strand of met de kinderen in het zwembad bijvoorbeeld zijn niet mogelijk. Enige ervaring met het werken met apps (WhatsApp, sms, facetime, gezondheidsapp) strekt tot aanbeveling. De app is te downloaden via de apple store of googleplay.

Behandelingen

Voor patiënten met angst- en/of depressieve klachten bestaat het behandel aanbod uit cognitieve en gedragstherapeutische interventies volgens de landelijke richtlijnen. Cognitieve interventies, zoals het werken met gedachtenschema's enerzijds en exposure-oefeningen anderzijds vormen hierbij de basis. Daarnaast zijn lifestyle-interventies (denk aan stappenteller, activiteitenplanner en het werken met concrete doelen) en interpersoonlijke psychotherapie bij depressie mogelijk. Al deze interventies zijn aangepast vanuit de mogelijkheden die online werken biedt. Het voordeel is namelijk dat het mogelijk is om real-time in de wereld van de patiënt mee te kijken naar stemmingswisselingen, belangrijke gebeurtenissen in het leven van de patiënt en hoe die van invloed zijn op gevoel en gedrag. Exposure oefeningen en gedachtenschema's kunnen zo direct in het dagelijks leven van de patiënt ingang vinden, en maakt dat de interventies gepersonaliseerd en dus heel krachtig toegepast kunnen worden. Een belangrijke kans die het registreren van de dagelijkse gang van zaken van de patiënt biedt, is het krijgen van inzicht in de lifestyle van de patiënt. Hier liggen potentiële uitlokkende en/of in stand houdende factoren waar de behandelaar op kan interveniëren om het behandel succes te bewerkstelligen of zelfs te vergroten. Daarnaast biedt dit ook inzicht in gedragingen die opgenomen kunnen worden in een terugval preventie plan. Naast patiënten met angst- dan wel depressieve klachten, behandelt het online team sinds een jaar ook patiënten met een angststoornis en depressie met comorbide traumaklachten en patiënten met PTSS (posttraumatische stressstoornis) als hoofd diagnose.¹ In de tweede helft van 2020 wordt daar het aanbod voor Somatische Symptoom Stoornissen (SSS) aan toegevoegd. Naast de behandel protocollen uit de cognitieve gedragstherapie (CGT) en interpersoonlijke psychotherapie (IPT), wordt nu ook een online variant van Eye Movement Desensitisatie and Reprocessing (EMDR) toegepast: de interactieve visuele werkgeheugen belastingstaak.

De eerste resultaten zijn veelbelovend en momenteel vindt nader wetenschappelijk onderzoek plaats naar de werkingsmechanismen, het effect van de interactie tussen behandelaar en patiënt en de effectiviteit. Voor meer uitleg en om een indruk te krijgen van wat inmiddels ontwikkeld is: klik op deze link voor het webinar https://digitale-poli-niceday.webinargeek.com/webinar/replay/Hn_OgjMMkgw/

De therapeutische interactie bij deze manier van werken is net even iets anders. Zo is het niet mogelijk om letterlijk iemand een hand te geven, te helpen bij het aan-/ uittrekken van de jas of een kopje thee of koffie aan te bieden. Aan de andere kant is de behandelaar (virtueel) op bezoek in de private leefomgeving van de patiënt. Vooralsnog geven patiënten aan de face-to-face interactie niet te missen en zich meer op hun gemak te voelen in de eigen omgeving.

Therapeutische relatie

Het real-time meekijken in het dagelijkse leven van de patiënt vergroot niet alleen de waarde van de registraties, het vergroot ook het effect van de interacties tussen therapeut en patiënt. Het is mogelijk om voor of na een oefening een bemoedigend bericht of juist een digitale pluim te geven. Behandelaar en patiënt kunnen voorafgaand aan een oefening nog even de instructies samen doorlopen. Via beeldbellen kan de behandelaar tijdens een exposure-opdracht meekijken bij de patiënt thuis en zo de uitvoering van de oefening bijsturen waar nodig, of juist de patiënt aanmoedigen om door te gaan op het moment dat de patiënt neigt te stoppen

Het is een samenspel van digitalisering, automatisering en intermenselijk contact.

met de oefening. Zo kunnen patiënt en behandelaar samen een beter rendement behalen uit het oefenen en de voortgang van de behandeling versnellen. Het is een samenspel van digitalisering, automatisering en intermenselijk contact. De flexibele inzet van het contact maakt het mogelijk dat de zorg veel meer gepersonaliseerd, gefocusseerd en onder regie van de patiënt kan worden ingezet. Het accent in de therapeutische relatie verandert van regie bij de hulpverlener op het herstelproces naar regie bij de patiënt. Dit omvat veel meer dan alleen het omzetten van de vorm van het contact van face-to-face naar



beeldbellen. Om een indruk te krijgen van de mogelijkheden van de online therapeutische relatie: klik op deze link voor het webinar <https://vimeo.com/371863579>.

Kansen voor online medicatieconsulten en lichamelijk onderzoek in samenwerking met de huisartsen

Tot slot biedt het PsyQ online team ook medicatiecontacten aan binnen de online omgeving. Aanvankelijk werden patiënten uitgenodigd voor een eerste face-to-face consult om zo nodig ook het lichamelijk onderzoek te kunnen uitvoeren. Vervolgcontacten vonden wel allemaal online plaats. Zo zijn de eerste ervaringen opgedaan met online uitvoeren van somatische onderzoek, dat in nauwe samenwerking met de huisarts/huisartsen praktijk/praktijkondersteuner huisarts (POH) ook goed mogelijk is gebleken. Bovendien voorkomt deze samenwerking dubbele onderzoeken en verbetert hiermee de afstemming met de huisarts. Een driegesprek met de huisarts behoort ook tot de mogelijkheden. Dit gaat het team in de loop van het jaar verder uitwerken in een praktische werkwijze.

Hoe is de implementatie tot dusver gelopen?

E-health wordt in de wetenschappelijke literatuur beschouwd als betrouwbaar alternatief voor reguliere behandeling voor angststoornissen en depressie.² In de zomer van 2017 werd echter duidelijk dat de implementatie van E-health in aanvulling op reguliere behandelingen niet goed gelukt was binnen PsyQ. Ondanks veel verschillende pogingen tot implementatie van het werken met apps en e-modules, gingen behandelaren maar mondjesmaat met patiënten aan de slag met online middelen in de behandeling. Hoewel nieuwe digitale en online toepassingen werden ontwikkeld, zoals diverse app omgevingen, wilde de inhoudelijke inbedding in de dagelijkse behandelpraktijk niet goed lukken en bleef een fundamentele digitale hulpverleningsverandering uit.

De urgentie was er echter niet minder om: e-health is steeds gezien als belangrijk middel om patiënttevredenheid te vergroten, de behandelduur te verkorten en daarmee de wachtlijsten aan te pakken. In beleidsstukken over de aanpak wachtlijsten werd steevast een oproep gedaan om e-health meer in te zetten.

Vanuit dit besef hebben enkele behandelaren het initiatief genomen en de implementatiestrategie

omgekeerd. Daarbij zijn de volgende principes leidend geweest: 1) Er komt een apart team van enthousiaste behandelaren voor online zorg; 2) Dit team ontwerpt een inhoudelijk zorgaanbod volgens de landelijke geldende richtlijnen voor angst en depressie, middels beeldbellen en registreren in de Niceday (toen nog Goalie) omgeving tussen beeldbelsessies door³; en 3) Het team doet dit in een samenwerkingsverband tussen GGZ aanbieder en techbedrijf Sense Health. Hierdoor kwam de focus te liggen op het ontwikkelen en het leveren van een dienst (dus niet primair op ontwikkeling van nieuwe technische mogelijkheden) om deze behandelwijze daadwerkelijk mogelijk te maken. Bij de implementatie koos het team voor een strategie om snel en adequaat te kunnen reageren en wijzigingen door te kunnen voeren in de werkwijze.

Met deze drie principes is in januari 2018 gestart met het eerste digitale politeam, dat volledig online behandelingen aanbiedt voor SGGZ patiënten met angst- of depressieve klachten. Aanvankelijk is gestart met een uitgewerkt aanbod gestoeld op cognitieve gedragstherapie, leefstijlinterventies en zo nodig medicatie. Een aantal exclusiecriteria, zoals crisisevoeligheid, suïcidaliteit, niet in het bezit van een smart telefoon en niet voldoende de Nederlandse taal machtig om met een app te werken, werden bij aanvang aangehouden. Deze hebben zeker in het begin ook geholpen om veilig ervaring op te doen in de behandelingen.

Toen in maart 2020 de COVID-19 uitbraak het noodzakelijk maakte om de poliklinische GGZ binnen PsyQ op andere manieren te continueren, bleken met name het 2de en 3de principe van grote waarde om binnen zeer korte tijd de hele organisatie te laten overschakelen op het online werken met patiënten. In twee weken tijd zijn 1400 behandelaren en tussen de 5000 en 6000 patiënten overgestapt op beeldbellen om de behandelingen te kunnen continueren. De kennis die in de online poli's beschikbaar was, is ingezet om de collega's in de breedte inhoudelijk en technisch te kunnen ondersteunen en te scholen op het online werken. Stap één was het breed adopteren van videobellen als waardig alternatief voor het gesprek in de spreekkamer. De komende tijd moeten verdere vervolgstappen gezet worden om combinaties van online mogelijkheden en face-to-face zorg inhoudelijk verder uit te werken. Principe 2 en 3, het inhoudelijke ontwerp en de samenwerking met het techbedrijf, zijn daarbij essentieel om vaart te kunnen maken en het draagvlak te kunnen behouden. Daarbij is de kwaliteit van zorg leidend.



Thema's in het proces van opstarten

Het volledig online behandelen riep in het eerste jaar een aantal thema's op:

- Is een consult via beeldbellen vergelijkbaar met een consult face-to-face? Volgens de NZa richtlijnen wel, de KNMG is daar minder uitgesproken over. De ervaring van het PsyQ-team leert dat het beeldbellen gelijkwaardig is aan het gesprek in de spreekkamer, maar niet hetzelfde. Zo is met beeldbellen het oogcontact minder 'direct' en ontbreekt informatie ten aanzien van geur. In de spreekkamer ontbreekt daarentegen informatie ten aanzien van het huishouden van de patiënt. Bovendien blijken de naasten van de patiënten eenvoudiger mee te kunnen doen in de gesprekken, de drempel is lager.
- De ervaring leert dat het therapeutisch contact tussen de patiënt en zijn behandelaar gelijkwaardig is met het contact dat in de spreekkamer ontstaat. Patiënten en behandelaars merken dat het voor patiënten soms eenvoudiger is om over hun problemen te praten vanuit hun eigen woonkamer of vertrouwde omgeving. Er lijkt minder schaamte te zijn en de behandelaar komt sneller tot de doelstelling/hulpvraag van de patiënt. De patiënt heeft meer regie over zijn behandeling, doordat de contactfrequentie op zijn behoefte wordt ingezet.
- Hoe wordt het vergoed? Online behandelen verloopt niet alleen via beeldbellen, ook de chatfunctie is belangrijk: korte contacten op het moment dat patiënten daar behoefte aan hebben. Dat is heel mooi, maar het levert ook een toename aan administratie op om al deze minuten te registreren. Samen met zorgverzekeraar DSW is door de Nederlandse Zorgautoriteit een betaaltitel ingesteld, om binnen de Diagnose Behandeling Combinatie een tijdsblok te kunnen declareren zonder minutenregistratie (gepersonaliseerd werken). Overigens heeft het administratief meer dan een jaar geduurd voordat er binnen de organisatie gewerkt kon worden met een registratiecode en dus de betaling van deze titel een feit was.
- Behandelaars hebben vanaf het begin gewerkt vanuit behandelkamers op de locatie van PsyQ Rotterdam en vanaf juni 2018 ook PsyQ Zaandam. Echter, zowel door kamergebrek als vanuit de wens van behandelaars deelden de behandelaars hun werk steeds flexibeler in. Zij begonnen te werken vanuit huis en flexibiliseerden hun werktijden, hetgeen ook voor patiënten een voordeel kon zijn in verband met bijvoorbeeld eigen werktijden.

De locatie van PsyQ werd voor het behandelteam een locatie om elkaar live te ontmoeten, een teambespreking te houden of multidisciplinair overleg te voeren. Zeker sinds COVID-19 is een herbezinning nodig op een definitie en ondersteuning van een mobiele werkplek, thuis of op locatie.

- Hoe kunnen steeds meer behandelaars enthousiast gemaakt worden? Vanaf het begin is gekozen voor verbinding met de reguliere zorg. Zeker ook als het gaat om achterwachtfuncties, doorverwijzingen onderling en overleg met reguliere teams. Een trainingsprogramma om specifieke werkwijze en competenties te leren is nu standaard voor een nieuw te starten team. Daarnaast zijn er twee keer per jaar ontmoetingsdagen. Sinds COVID-19 is het enthousiasmeren van behandelaars overigens minder nodig. De uitdaging wordt nu vooral om de kansen vast te houden en inhoudelijke ontwikkelingen goed te kunnen inbedden.

Groei

Binnen twee jaar telt PsyQ vier online regio-polis: PsyQ online Rotterdam-Rijnmond, PsyQ online Haaglanden, PsyQ online Amsterdam/Noord Holland en PsyQ online Utrecht/Brabant; de vijfde vestiging in de regio Limburg vanuit Mondriaan en MetGGZ is per februari 2020 gestart. In Friesland is Synaeda online in 2019 gestart. Ook i-psy (transculturele psychiatrie) is gestart met i-psy online polis in de regio's Rotterdam-/Rijnmond en in Amsterdam/Noord Holland. Deze regionale aanpak is vooralsnog aangehouden om de verbinding met de lokale reguliere 'face-to-face' teams te kunnen onderhouden in de samenwerking rond behandeling. Sinds kort is online aanmelding mogelijk via de website, en werken de online polis naadloos samen met de poliklinieken op locaties, om mogelijk te maken wat patiënten nodig hebben.

Eerste evaluatie

Om de online polis te kunnen evalueren zijn vanaf januari 2018 gegevens bijgehouden van een aantal klinische en bedrijfsmatige parameters. Naast deze zogeheten voortgangsmonitor die een keer per kwartaal gemaakt wordt, wordt momenteel een wetenschappelijke onderzoekslijn opgezet om het beloop van de behandeling, de effectiviteit en tevredenheid op langere termijn goed te kunnen onderbouwen. Daarnaast vindt onderzoek plaats naar de kwaliteit van de online therapeutische interacties in de vorm van beeldbellen, chatten en registreren in de app en het effect daarvan op behandelresultaat en



patiënttevredenheid. Dit gebeurt in samenwerking met onder andere het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC).

De eerste resultaten uit de voortgangsmonitor

In onderstaande presentatie van de resultaten uit de meest recente voortgangsmonitor worden gegevens gebruikt van de periode januari 2018 t/m eind september 2019. Deze gegevens worden vergeleken met een op hoofddiagnose vergelijkbare populatie die face-to-face behandeling krijgt binnen PsyQ voor angst en/of depressie. Deze cijfers tonen geen wetenschappelijke data, maar een eerste evaluatie van onze 100% online zorg in vergelijking met de resultaten van de PsyQ reguliere zorg.

Populatie

De eerste resultaten laten zien dat er geen verschil is tussen de patiëntengroepen. De patiënten die door reguliere teams worden behandeld zijn vergelijkbaar met de patiënten die door de 100% online teams werden behandeld voor angst en depressie. Er is dus geen sprake van selectie bias of een 'lichtere' populatie in de online zorg. De ernst van de psychopathologie zoals gemeten met de OQ-45 (Outcome Questionnaire-45 items) is bijna gelijk (online totaal score = 90.8 versus reguliere zorg 91.6). Ook zijn er procentueel evenveel behandelingen afgesloten vergeleken met reguliere zorg (40-41%). In totaal zijn 10 patiënten afgehaakt na intake. De patiënten die nog niet zijn afgesloten zijn op het moment van meting nog in zorg.

Behandeltijd afgeronde trajecten

Hoewel in de online poli's net iets meer sessies zijn geweest vergeleken met reguliere zorg (13 sessies versus 11) blijkt dat het totaal aantal behandelingen bijna 30 minuten lager ligt voor online zorg behandelingen. De totale behandelduur is korter in de online poli's (24 weken versus 32 weken) vergeleken met de reguliere zorg.

Effectiviteit van de behandelingen

De eerste resultaten laten zien dat de 100% online behandelingen voor angststoornissen en depressie even effectief blijken te zijn vergeleken met de behandelingen in de reguliere zorg. In beide gevallen zijn de lijnen even stijl. Bij aanvang echter zijn de ernstscores van de patiënten in de 100% online poli's zelfs iets hoger vergeleken met reguliere zorg; nog een aanwijzing dat patiënten in de online poli's niet 'lichter' zijn dan in de reguliere zorg. Zie figuur 1 op pagina 27.

Patiënttevredenheid

De voortgangsmonitor laat verder zien dat de patiënttevredenheid over de online behandelingen hoog is (8,5 voor het aanraden aan anderen, en een 7,8 voor het effect van de behandeling). Dit is vergelijkbaar met de reguliere zorg.

Voorzichtige conclusies op basis van deze voortgangsmonitor

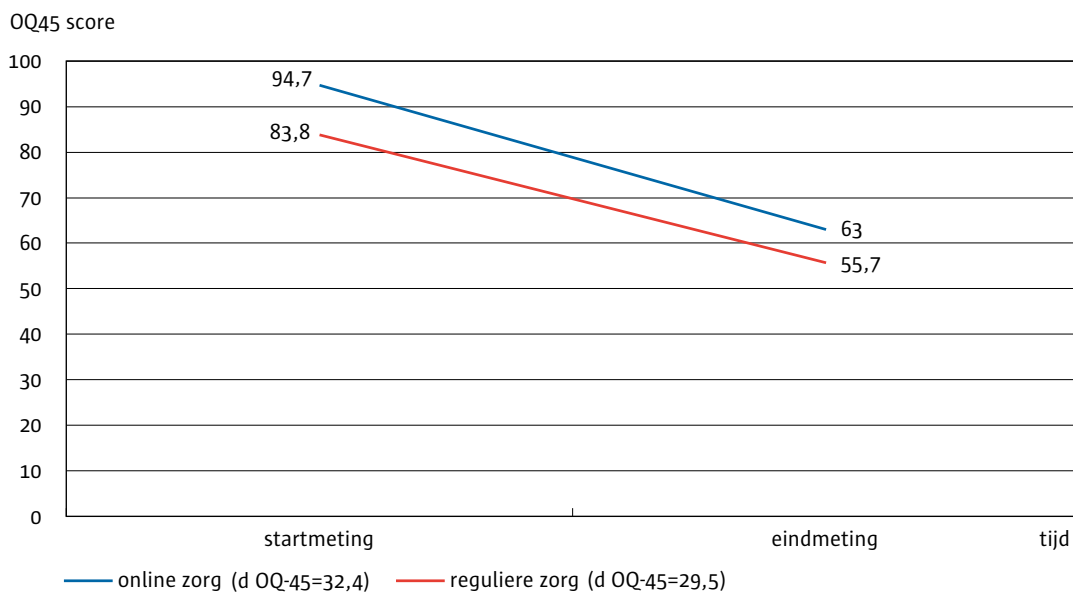
De eerste bevindingen na twee jaar online behandelen in de GGZ zijn veelbelovend. Voorlopige conclusies zijn dat de patiëntengroep die voor online behandeling

Tabel 1: Vergelijking patiëntengroepen die online behandeling en reguliere behandeling krijgen.

		Online zorg		Reguliere zorg	
		n	%	n	%
Totaal aantal zorgtoewijzingen (patiënten met hoofddiagnose unipolaire depressie of angststoornis)		425		9824	
Sekse:	Man	137	32	3595	37
	Vrouw	288	68	6229	63
Leeftijd:	gemiddelde	35.7		40.9	
	SD	±12.0		±12.9	
Hoofddiagnose:	Unipol. stemmingsst.	212	50	6643	68
	Angststoornis	213	50	3181	32
OQ-45 totaalscore begin behandeling:	n	296		3947	
	gemiddelde ±SD	90.8 ±23.8		91.6 ±21.7	
Aantal afgesloten zorgtoewijzingen in deze periode (% van de zorgtoewijzingen)		169	40	4053	41



Figuur 1: Effectiviteit van behandelingen voor de online patiënten vergeleken met de reguliere patiënten.



Startmeting is aan het begin van de behandeling, eindmeting na het laatste consult.

wordt verwezen vergelijkbaar is met groep die regulier wordt behandeld wat betreft ernst van klachten, verdeling sekse en leeftijd. Echter, de aantallen zijn nog laag, dus het is niet met zekerheid te zeggen of er sprake is van enige selectiebias. De eerste resultaten tonen dat online zorg intensiever, doch efficiënter en korter is (dat wil zeggen meer kortere contacten, minder behandel-tijd). De verschillen zijn echter niet groot als het gaat om behandel-minuten. Wel blijkt een verschuiving naar intensieve-re contacten aan het begin van de behandeling. Ook laten de eerste resultaten zien dat er sprake lijkt te zijn van vergelijkbare effectiviteit van online behandeling vergeleken met de reguliere behande-lingen door PsyQ.

Hoewel de online zorg nog onbekend was bij patiënten en de patiënten in de afgelopen fase actief zijn uitgenodigd om via onze online poli's behande-ling te krijgen, laten de resultaten zien dat patiënten net zo tevreden zijn over de online behandeling als over de reguliere behandelingen van PsyQ. De hoop is dat patiënten in de nabije toekomst zelf naar het online aanbod zullen vragen om goede zorg op een moderne manier te kunnen krijgen.

Geleerde lessen en de nabije toekomst

Van doelgroepen naar interventies

De belangrijkste les uit deze twee jaar is dat naarmate behandelaren zich deze methode van behandelen meer eigen maken, de doelgroep meer divers kan

worden. Na een voorzichtig begin met het include-ren van patiëntengroepen, werd deze gaandeweg steeds uitgebreid. Zo zijn ook patiënten bereikt die het huis niet meer uitkwamen en via de online poli gewerkt hebben aan het verminderen van de klachten en het weer oppakken van levensdoelen. Het is de ambitie voor 2020 de online zorg voor PTSS, verslaving en somatische symptoomstoornissen steviger neer te zetten. Zeker gezien de grootschalige implementatie van videobellen sinds COVID-19, is het zaak dit niet zozeer alleen vanuit doelgroepen te ontwikkelen. Het is nu van belang om steeds meer inhoudelijk te kijken hoe technologie specifieke interventies (EMDR, CGT, schematherapie, motiverende gespreksvoering) kan ondersteunen om te komen tot gepersonaliseerde zorg waarin de patiënt de regie heeft.

Wetenschappelijke onderbouwing (kosten)effectiviteit

Voorts is het belangrijk de eerste positieve ervaringen met online behandelingen en resultaten uit de voortgangsmeter verder te onderbouwen met wetenschappelijke evidentie naar therapie-effect en kosteneffectiviteit. Het streven is effectief bewezen behandelingen nog sneller effectief te maken voor patiënten die de behandeling goed oppakken. Daarnaast is de wens om patiënten voor wie eerder in het leven cognitieve gedragstherapie onvoldoende of weinig effect gehad heeft, de werking van behandeling te bewerkstelligen door middel van



registraties en online meekijken tijdens de behandeling om zo de ecologische validiteit van de zelf-rapportage te vergroten en toe te werken naar een behandeling op maat: gepersonaliseerde behandeling. Bij een gelijkwaardige evidentie zou al maatschappelijke relevantie gevonden kunnen worden voor deze wijze van behandelen omdat behandelingen doelgerichter plaatsvinden en bovendien bespaard kan worden op kosten als woon-werk verkeer, huisvesting, etc.

Informatieveiligheid blijven borgen

Hoewel de app aan alle veiligheidseisen voldoet en AVG-proof is, blijven informatieveiligheid en gedragsregels vanuit beroepscodes 'werk-in-uitvoering'. Het is de bedoeling om in rondetafelconferenties met de belangrijkste stakeholders deze onderwerpen op te pakken.

Behandelaren scholen in online behandelen

Het online werken vraagt ook andere competenties van de behandelaren en een andere werkomgeving. Deze behandelcompetenties moeten nader geoperationaliseerd en opgenomen worden in post master opleidingen. Daarnaast zal met de behandelaren geëvalueerd worden hoe tevreden zij zijn met deze manier van werken. Het streven is om meer behandelaren aan te trekken en op te leiden in het online behandelen en zo weer meer patiënten te kunnen behandelen.

Samenwerking uitbouwen

Ook is het voornemen om de online samenwerking met de huisartsen (-praktijk) verder uit te breiden met betrekking tot somatisch onderzoek, online consulten, en huisartsen bij verwijzing de gelegenheid te bieden aan te geven of de patiënt interesse zou hebben voor 100% online behandeling. En last-but-not-least is de wens: tevreden verwijzers en patiënten.

Conclusie

Het inzetten van E-health in de SGGZ is uitvoerbaar gebleken. Verdere uitbreiding van doelgroepen en specifieke interventies zal bijdragen aan het succes van de online poli's en het online werken in de brede zin. Patiënten zijn tevreden en hun klachten verminderen. Nadere wetenschappelijke onderbouwing naar (kosten)effectiviteit is nodig. Er liggen kansen voor samenwerking met partners en verdere ontwikkeling van de online zorg.

De komende tijd hoopt PsyQ de brede implementatie van online werken te bestendigen en voor een brede doelgroep beschikbaar te maken.

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

OVER DE AUTEURS

Mw. Dr. A.T. Spijker, psychiater en bestuurder i-psy, psyQ en Brijder. E-mail: a.spijker@parnassiagroep.nl

Mw. Dr. M.L. van Orden, psycholoog en informatiemanager ICT. E-mail: m.vanorden@parnassiagroep.nl

Mw. Dr. A. van Dijke, klinisch (neuro) psycholoog-psychotherapeut en hoofdonderzoeker online poli's. E-mail: a.vandijke@psyq.nl

REFERENTIES

- 1 Van Dijke, & Van Lankveld (2019). **Videoconferencing psychotherapy in an app-environment for trauma-related psychopathology**. In: Psychological Trauma. IntechOpen ISBN 978-1-78984-370-5. DOI: <https://dx.doi.org/10.5772/intechopen.86364>.
- 2 Weisel KK, Zarski AC, Berger T, Krieger T, Schaub MP, Moser CT, Berking M, Et al, (2019) **Efficacy and cost-effectiveness of guided and unguided internet- and mobile-based indicated transdiagnostic prevention of depression and anxiety** (ICare Prevent): A three-armed randomized controlled trial in four European countries Internet Interventions. 16, p. 52-64 13 p.
- 3 Quero S, Rachyla I, Molés M, Mor S, Tur C, Cuijpers P, Et al (2019). **Can between-session homework be delivered digitally? A pilot randomized clinical trial of CBT for adjustment disorders**. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20, 1-19.



“Een persoonlijkheidsstoornis hoeft niet levenslang te zijn”

Naar schatting heeft 3 tot 15 procent van de bevolking een persoonlijkheidsstoornis.¹ De kans is dus groot dat je iemand tegenkomt die hieraan lijdt. Toch bestaat er nog veel onbekendheid over deze stoornissen en lopen patiënten tegen allerlei vooroordelen aan. Dat moet veranderen, vindt dr. Karin Slotema. Als psychiater en bijzonder hoogleraar zet zij zich ervoor in om het leven van mensen met een persoonlijkheidsstoornis te verbeteren.

Marlies Wopereis

Aanvankelijk wilde Karin Slotema neuroloog worden. Maar tijdens haar opleiding tot specialist liep ze een stage psychiatrie bij de Parnassia Groep. Dat bleek zo'n fascinerend vakgebied te zijn dat ze besloot om over te stappen. Daar heeft ze geen moment spijt van gehad. “Wat ik aantrekkelijk vind aan de psychiatrie is dat het zo breed is. Er bestaan tal van behandelingen en interventies en het is steeds weer de kunst om per patiënt te bepalen waar hij* het meeste baat bij heeft. Dat vraagt om creativiteit en een ruime blik. Dat vind ik uitdagend.”

Aandacht voor persoonlijkheidsstoornissen

Die fascinatie betreft in het bijzonder persoonlijkheidsstoornissen. Tijdens haar stage kwam Slotema daar al mee in aanraking en inmiddels is ze psychiater bij het Programma Persoonlijkheidsstoornissen van de Parnassia Groep. Ook is zij sinds 1 juli 2019 bijzonder hoogleraar persoonlijkheidsstoornissen aan de Erasmus School of Social and Behavioural Sciences, Erasmus University Rotterdam. Deze leerstoel is door de Parnassia Groep ingesteld.

* Voor het leesgemak gebruiken we overal de hij-vorm. Uiteraard kunt u voor ‘hij’ ook ‘zij’ lezen.



Karin Slotema: “Door het stigma wordt het leven van iemand met een persoonlijkheidsstoornis nog moeilijker dan het al is.”

Wat is een persoonlijkheidsstoornis en hoe herken je het?

- De betreffende persoon heeft problemen met het reguleren van zijn emoties, waardoor hij regelmatig de controle verliest. Dit uit zich bijvoorbeeld in woede- of angstaanvallen of juist in het uitblijven van emoties.
- De betreffende persoon vertoont extreme eigenschappen of extreem gedrag. Hij is bijvoorbeeld uitzonderlijk verlegen, achterdochtig, afhankelijk of impulsief.
- De betreffende persoon ondervindt door deze eigenschappen en emoties problemen in de omgang met anderen, op het werk of in zijn sociale omgeving. Hij heeft bijvoorbeeld vaak ruzie of hij isoleert zich van anderen.
- Deze problemen treden regelmatig op en er is sprake van een langdurig patroon dat vaak al dateert van de kinderleeftijd of de adolescentie.

Een persoonlijkheidsstoornis kan ontstaan door erfelijke factoren en/of door trauma's in het verleden, zoals seksueel misbruik of verwaarlozing. Een persoonlijkheidsstoornis gaat regelmatig gepaard met andere psychiatrische aandoeningen, zoals een posttraumatische stressstoornis.

“Ik ben blij dat de Parnassia Groep zo veel aandacht besteedt aan dit thema, want mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben een hoge lijdensdruk en kunnen veel problemen ervaren in het dagelijks leven. Ook voor hun omgeving en de maatschappij is het niet makkelijk. Het mooie is dat ik in mijn onderzoek mijn praktijkervaringen kan gebruiken. En andersom: dat ik de onderzoeksresultaten meteen kan toepassen in de praktijk.” Karin Slotema houdt haar oratie ‘Bijzondere leerstoel Persoonlijkheidsstoornissen’ op 11 september 2020.

Herstel goed mogelijk

Nog maar een paar decennia geleden dacht men dat een persoonlijkheidsstoornis niet te verhelpen was. Maar inmiddels is bekend dat herstel wel degelijk mogelijk is. Zo toonde onderzoek aan dat de helft tot twee derde van een groep mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis deze diagnose na twee tot drie jaar behandeling niet meer had. Bij twee derde van de patiënten werd een betekenisvolle verbetering bereikt.^{2,3}

“Het is dus zeker zinvol als mensen die aan een persoonlijkheidsstoornis lijden, hulp zoeken”, aldus Slotema. “Maar daarvoor moet de stoornis wel eerst

herkend worden. Dat is lastig, want mensen melden zich niet met een persoonlijkheidsstoornis, maar met klachten die daar het gevolg van zijn, zoals somberheid, paniekaanvallen of middelenmisbruik. Doordat die klachten niet meteen aan een persoonlijkheidsstoornis gekoppeld worden, worden deze mensen minder snel doorverwezen of krijgen ze soms de verkeerde behandeling.”

‘Stel je niet zo aan’

Slotema heeft dan ook als missie om meer bekendheid te geven aan persoonlijkheidsstoornissen, zowel in haar colleges als bij het brede publiek. Bovendien wil ze het stigma verminderen waar veel mensen met een persoonlijkheidsstoornis tegenaan lopen.⁴ “Over persoonlijkheidsstoornissen gaan tal van vooroordelen de ronde, onder het brede publiek en soms ook onder hulpverleners.

Denk aan de uitspraak dat iemand met bijvoorbeeld een borderline persoonlijkheidsstoornis niet ziek is, maar zich gewoon beter moet leren gedragen. Of juist het omgekeerde: dat iemand met deze aandoening onmogelijk te behandelen is. Ook wordt vaak gedacht dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis zich aanstellen om aandacht te krijgen, hun problemen zelf oproepen en niet op de werkvloer kunnen functioneren.”

Die vooroordelen zorgen ervoor dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis een negatief label krijgen. Dat label wordt van buitenaf opgelegd, maar leidt ook tot zelfstigma. “Zelfstigma houdt in dat de betreffende personen gaan geloven dat die vooroordelen kloppen en dat ze nu eenmaal zo zijn. Daardoor blijft hun zelfbeeld laag en hebben ze er geen vertrouwen in dat ze hun situatie kunnen verbeteren. Zo wordt hun leven door dat stigma nog moeilijker dan het al is. Bovendien leidt het ertoe dat zij zich minder snel aanmelden voor een behandeling. Daarom vind ik het belangrijk om het stigma te verminderen.”

Samen sterk zonder stigma

In die strijd werkt Slotema samen met de stichting Samen sterk zonder stigma. “Deze stichting doet al

“Ik ben blij dat de Parnassia Groep zo veel aandacht besteedt aan dit thema, want mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben een hoge lijdensdruk en kunnen veel problemen ervaren in het dagelijks leven.”



Welke persoonlijkheidsstoornissen zijn er?

De DSM-IV, het diagnostisch en statistisch handboek voor psychische stoornissen, onderscheidt tien persoonlijkheidsstoornissen:

- **Paranoïde persoonlijkheidsstoornis:** deze personen zijn vaak achterdochtig en vinden het moeilijk om open te staan voor contact met anderen.
- **Schizoïde persoonlijkheidsstoornis:** deze personen hebben weinig behoefte aan contact en relaties met anderen en ervaren vaak weinig plezier in dingen.
- **Schizotypische persoonlijkheidsstoornis:** deze personen zijn vaak angstig en wantrouwig en voelen zich ongemakkelijk in gezelschap.
- **Borderline persoonlijkheidsstoornis:** deze personen zijn vaak instabiel en onvoorspelbaar en hebben weinig grip op hun emoties.
- **Antisociale persoonlijkheidsstoornis:** deze personen zijn vaak prikkelbaar, impulsief of agressief, en hebben een beperkt ontwikkeld geweten.
- **Theatrale persoonlijkheidsstoornis:** deze personen hebben de behoefte om in het middelpunt van de aandacht te staan en presenteren hun gevoelens daarom regelmatig op een dramatische wijze.
- **Narcistische persoonlijkheidsstoornis:** deze personen hebben enerzijds een grote zucht naar bewondering en anderzijds een extreem minderwaardigheidsgevoel.
- **Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis:** deze personen hebben behoefte aan contact, maar zijn bang voor afwijzing en vernedering. Vaak zijn ze erg verlegen en geremd.
- **Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis:** deze personen hebben het gevoel dat ze het leven alleen maar aan kunnen met de hulp van anderen.
- **Dwangmatige/obsessief compulsieve persoonlijkheidsstoornis:** deze personen streven naar perfectie en kunnen moeilijk ontspannen.
- **Persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven:** deze personen vertonen kenmerken die niet binnen één specifieke persoonlijkheidsstoornis passen.

Kijk voor een uitgebreidere beschrijving van de verschillende persoonlijkheidsstoornissen op www.psyq.nl/persoonlijkheidsstoornis/verschillende-persoonlijkheidsstoornissen.

veel goed werk om het stigma van mensen met een psychiatrische stoornis te ontcrachten. Bijvoorbeeld door ervaringsdeskundigen aan het woord te laten, informatie te geven en het thema bespreekbaar te maken. Zelf wil ik samen met patiënten kijken wat we nog meer kunnen doen: wat is er volgens hen nodig aan interventies of voorlichting? Wat kunnen hulpverleners anders doen? En wat moeten we vooral niet doen? Wij kunnen dit allemaal wel zelf gaan bedenken, maar zij weten zelf heel goed wat er nodig is. Hebben we de behoeften eenmaal in kaart, dan kunnen we gerichte acties ondernemen.”

Welke behandeling voor wie?

Als bijzonder hoogleraar heeft Slotema voor de komende jaren een aantal projecten op de agenda. Zo wil ze onderzoek gaan doen naar de vraag welke behandeling effectief is voor wie. “Er zijn veel goede behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen. De meeste zijn vormen van gesprekstherapie, in een groep of individueel. Wat opvalt, is dat bepaalde behandelingen bij sommige patiënten heel effectief zijn en bij andere veel minder. We weten echter niet precies waar dat in zit. Graag willen we daar meer inzicht in krijgen, zodat je na een diagnose beter weet welke behandeling je het best kunt inzetten.” Een van de projecten die Slotema daartoe gaat doen, is het

onderzoeken van een groep patiënten die schematherapie krijgt. Met de therapie leren deze patiënten hun eigen schema's – patronen in hun gedrag en in de manier waarop ze naar zichzelf en de wereld kijken – te doorgronden en te veranderen. Het is een therapie die veel wordt toegepast bij persoonlijkheidsstoornissen. “Onder leiding van Wendelien Merens, klinisch psycholoog, gaan we bij deze groep precies monitoren wie er veel profijt hebben van de therapie en wie minder. Zo hopen we een exacter beeld te krijgen van het type personen bij wie de therapie goed werkt.”

EMDR bij trauma en persoonlijkheidsstoornis

Ondanks de diverse goede behandelingen zijn er ook patiënten die niet verder komen omdat ze naast de persoonlijkheidsstoornis te ernstig getraumatiseerd zijn. Deze trauma's zitten dan in de weg om de therapie goed te kunnen volgen en er echt voor open te staan. Daarom doet Slotema ook onderzoek naar de vraag welke alternatieve interventies er mogelijk zijn om deze mensen toch te helpen. Zo kijkt ze onder meer naar de effecten van EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) aan het begin van een behandeltraject. EMDR is een therapie voor mensen die last hebben van traumatische ervaringen. Tijdens de therapie wordt hen gevraagd om het beeld van de heftige ervaring op te



roepen en tegelijkertijd met hun ogen de vingers van de therapeut te volgen. Hierdoor komt een verwerkingsproces op gang en verliest de herinnering de emotionele lading.

“EMDR is een wetenschappelijk bewezen effectieve therapie voor posttraumatische stressstoornissen (PTSS)”, aldus Slotema. “We passen het nu toe bij een aantal patiënten die zowel een persoonlijkheidsstoornis hebben als een PTSS. De eerste resultaten zijn positief en de behandeling is veilig. We zien dat de ernst van de traumatische herbelevingen afneemt, waardoor de patiënten mogelijk meer kunnen profiteren van de behandeling van hun persoonlijkheidsstoornis.”

Hersenstimulatie bij psychotische verschijnselen

Een andere reden waarom de behandeling van een persoonlijkheidsstoornis soms niet aanslaat, is omdat de patiënt last heeft van psychotische verschijnselen zoals het horen van stemmen. “Dit komt regelmatig voor bij mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis, maar er wordt vaak geen aandacht aan besteed tijdens de behandeling”, vertelt Slotema.

“De eerste stap is dus om deze verschijnselen serieus te nemen. Daarnaast wil ik onderzoek doen naar het effect van hersenstimulatie bij deze doelgroep.”

Bij hersenstimulatie worden er vijf dagen lang twee keer per dag elektrodes op het hoofd van de patiënt geplaatst. Daartussen wordt een zwakke elektrische stroom opgewekt. Hierdoor wordt de hersenactiviteit zodanig beïnvloed dat de patiënt minder stemmen hoort. “Bij patiënten met schizofrenie is hier al onderzoek naar gedaan en de resultaten daarvan zijn positief. Ook geeft de behandeling weinig bijwerkingen. Of het bij mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis ook goed werkt, moet nog nader onderzocht worden. Met dat onderzoek gaan we binnenkort beginnen.”

Lichaamsgerichte therapie

Tot slot gaat Slotema onderzoek doen naar het effect van lichaamsgerichte behandelingen die nu nog weinig worden toegepast bij persoonlijkheidsstoornissen, zoals psychomotorische therapie. “Deze therapie is er onder andere op gericht om met lichaamsgerichte technieken contact te maken met de emoties. Daardoor leren de patiënten deze eerder en beter te herkennen en te begrijpen, en krijgen ze er meer controle over. Een dergelijke therapie is erg welkom, omdat juist mensen met een persoonlijkheidsstoornis zulke heftige emoties ervaren.”

“Als iemand met een persoonlijkheidsstoornis geen of niet de juiste behandeling krijgt, stapelen de problemen zich steeds meer op.”

Werk aan de winkel

Al met al heeft Karin Slotema de komende jaren nog veel te doen. En dat is nodig ook, vindt ze: “Als iemand met een persoonlijkheidsstoornis geen of niet de juiste behandeling krijgt, stapelen de problemen zich steeds meer op. De kans is groot dat hij vastloopt, problemen krijgt met zijn werk, gezin of sociale contacten, of alcohol of drugs gaat gebruiken. Hij kan zich niet goed ontwikkelen en zijn levensverwachting is lager dan bij andere mensen. Het is belangrijk dat persoonlijkheidsstoornissen herkend worden en dat behandelingen effectief zijn. Daar wordt de betreffende persoon, zijn omgeving en de maatschappij een stuk beter van. Ik ga er alles aan doen om daar mijn steentje aan bij te dragen.”

Wilt u reageren op dit artikel?

Dan kunt u mailen naar de redactie:
epibul@ggdhaaglanden.nl

OVER DE AUTEUR

Marlies Wopereis, bureau Lopende teksten Den Haag

REFERENTIES

1. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. **Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder**. Lancet 2015, 385(9969):717-726.
2. Giesen-Bloo J, Dyck R van, Spinhoven P, Tilburg W van, Dirksen C, Asselt T van, et al. **Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy**. Archives of General Psychiatry 2006, 63(6): 649-658.
3. McMain SF, Guimond T, Streiner DL, Cardish RJ, Links PS. **Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up**. Am J Psychiatry 2012, 169(6):650-661.
4. Sheehan L, Niewegłowski K, Corrigan P. **The Stigma of Personality Disorders**. Curr Psychiatry Rep. 2016, 18(1):11.



SAMENVATTING**INLEIDING**

Media en wetenschappelijke instituten melden een sterke landelijke toename in verstrekkingen opiaten gedurende de afgelopen jaren. Omdat opiaten gezondheidsrisico's meebrengen, is het van belang te weten aan hoeveel personen opiaten verstrekt zijn. Dit artikel geeft inzage in omvang en trends van het aantal inwoners per 1.000 inwoners met opiaatverstrekkingen gedurende 2015-2017 binnen regio Haaglanden.

METHODE

Geanalyseerde gegevens betreffen personen van 19 jaar en ouder met één of meer, en drie of meer verstrekkingen opiaten in de periode 2015-2017. Daarnaast is gekeken binnen de natuurlijke opioïde alkaloidengroep (waaronder het middel oxycodon) en binnen bevolkingsgroepen op basis van geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen, arbeidsparticipatie en huishoudsamenstelling.

RESULTATEN

Er was een toename in het aantal personen per 1.000 inwoners waaraan opiaten zijn verstrekt gedurende de periode. De toename in personen met één of meer verstrekkingen betrof 12%, bij drie of meer 25%. De toenames in de onderzochte periode zijn vergelijkbaar met landelijke toenames. Dit onderzoek rapporteert per jaar een hoger aantal personen met verstrekkingen onder vrouwen, ouderen, mensen met lagere opleiding en inkomen, werklozen, en éénpersoonshuishoudens. Personen met meervoudige verstrekkingen namen verhoudingsgewijs sterker toe onder jongeren, werkenden en hoogopgeleiden ten opzichte van één of meer verstrekkingen. Er is sprake van een toename groter dan landelijk van het aantal personen met één of meer en meervoudige verstrekkingen binnen de natuurlijke opioïde alkaloidengroep.

CONCLUSIE

Regio Haaglanden kent een toename in het aantal personen met verstrekkingen opiaten gedurende 2015-2017. Verklaringen hiervoor liggen mogelijk bij arts, patiënt en beleid. Blijvende aandacht dient geschonken te worden aan herhaalreceptuur en het voorschrijven aan bovenstaande bevolkingsgroepen.

Personen met opiaatverstrekkingen in Haaglanden gedurende de periode 2015-2017

Nederlandse media signaleerden in 2019 een verontrustende toename van opiaatverstrekkingen in Nederland: een toename die ook werd gevonden bij onderzoek door verschillende onderzoeksinstituten. Aan opiaatgebruik zitten diverse gezondheidsrisico's. Cijfers over opiaatgebruik in Haaglanden zijn echter nog onvoldoende bekend. Om een passend preventief beleid te kunnen voeren is het van belang om de omvang van het aantal verstrekkingen in Haaglanden in beeld te brengen. Dit artikel laat de omvang en trend zien van het aantal personen per 1.000 inwoners met opiaatverstrekkingen aan mensen van 19 jaar en ouder in de periode 2015-2017.

Antoine Meijerman, Paul Uitewaal, Eveline van Dorp, Willem Lijfering en Jeanet Blom

Inleiding

Opiaten vallen in Nederland onder de Opium Wet¹ en kunnen uitsluitend op recept worden voorgeschreven door (tand)artsen, medisch specialisten en sommige verlos- of verpleegkundigen. Opiaten zijn zeer effectieve pijnstillers en worden voorgeschreven bij ernstige acute en postoperatieve pijn, chronische pijn of bij palliatie. In vergelijking met andere gangbare pijnstillers, de 'non-steroidal anti-inflammatory drugs' (NSAIDs), bezitten opiaten minder bijwerkingen en contra-indicaties. Aan gebruik van opiaten kleven echter wel andere gezondheidsrisico's, namelijk een toenemende kans op ongelukken en ziekteverzuim, invloed op psyche en sociale omgeving, afhankelijkheid, verslavingsproblematiek²⁻³ tot een verhoogd risico op zelfdoding.⁴ Ook kan gebruik leiden tot overdosis⁵, met een groter risico voor jonge gebruikers met familieleden die ook gebruiken.⁶

De V.S. kenden gedurende 2000-2009 een toename in het aantal opiaatvoorschriften met 35% van 62 tot 84 per 100 personen.⁷ Het aantal voorschriften van het populaire opiaat oxycodon nam daarin met 70% zelfs explosief toe.⁷⁻⁸ In Amerika is



opiatverslaving de belangrijkste oorzaak van niet natuurlijke dood waarvan twee vijfde deel gerelateerd is aan opiaatvoorschriften.⁹⁻¹⁰ Amerikaans onderzoek laat tevens zien dat deze problematieken niet gelijk verdeeld zijn over de bevolking.¹²

In Nederland lijkt de situatie vooralsnog minder verontrustend. Dit is vooral te danken aan conservatief voorschrijfbeleid, mindere publieke medicijnmarketing¹¹ en de afwezigheid van de zogenaamde 'pill mills'¹³⁻¹⁵: centra die opiaten verstrekken zonder diagnosestelling of inachtneming van een medisch dossier. Toch werd er in 2019 door de Nederlandse media (onder andere NOS, De Volkskrant, NRC en Trouw) meer aandacht besteed aan een landelijke toename van opiaatvoorschriften en gerelateerde gebruiksproblematiek.¹⁶⁻¹⁹ Wetenschappelijke publicaties van het LUMC²⁰ en het Radboud²¹ bevestigden een landelijke toename van opiaatverstrekkingen. Volgens de Stichting Farmaceutische Kentallen (SFK) nam daarbij vooral het aantal verstrekkingen van het (zeer verslavende) middel *oxycodon*, een middel uit de natuurlijke opiatengroep, sterk toe.²²

Een toename van opiaatvoorschriften, en daarmee een veronderstelde toename van gebruik, vormt een potentieel gezondheidsrisico voor de bevolking. Met het oog op de publieke gezondheid was deze landelijke cijfermatige ontwikkeling voor GGD Haaglanden aanleiding om nader onderzoek te doen naar de regionale situatie. Omdat opiaatgebruik lastig is te meten, is in dit onderzoek gekeken naar het aantal opiaatverstrekkingen om opiaatgebruik te benaderen. Dit artikel geeft inzage in hoeveelheid en trends van het aantal personen per 1.000 inwoners van 19 jaar en ouder met opiaatverstrekkingen in Haaglanden gedurende 2015-2017. Hierbij is gekeken naar het aantal personen met één of meer verstrekkingen en personen met 'meervoudige' verstrekkingen (drie of meer) waarbij het verslavingsrisico bij meervoudige verstrekkingen groter is. Daarnaast beoogt dit artikel antwoord te geven op de vraag of er specifieke groepen onder de bevolking zijn aan te wijzen die relatief vaak een opiaat krijgen voorgeschreven. Hetgeen zou betekenen, dat wanneer dit het geval is, de kans op opiaat gerelateerde gezondheidsproblematiek ook ongelijk verdeeld is. Dit is van belang met het oog op het nemen van eventuele preventieve maatregelen.

Methode

Onderzoekspopulatie

De dataverzameling betrof personen van 19 jaar en ouder woonachtig binnen regio Haaglanden (gemeenten Den Haag, Wassenaar, Leidschendam-Voorburg, Zoetermeer, Rijswijk, Westland, Delft, Midden-Delfland en Pijnacker-Nootdorp) waaraan opiaten zijn verstrekt per (kalender)jaar in de periode 2015-2017.

Dataverzameling

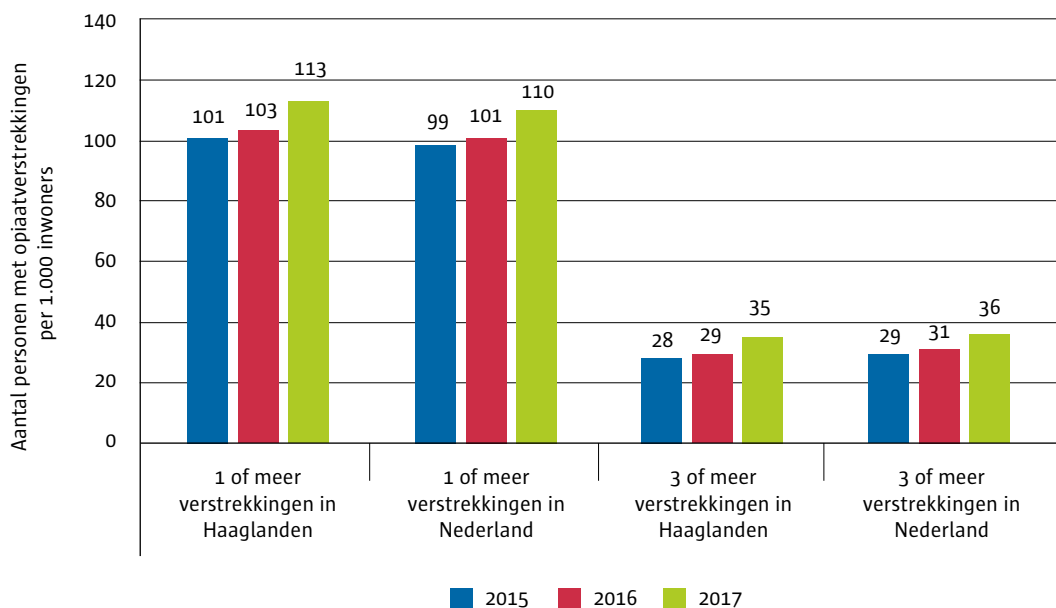
Sinds 2017 werken de gemeente Den Haag en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) samen in het Urban Data Center Den Haag (UDC) met het doel met lokaal beschikbare data effectiever beleid te kunnen maken.²³ In opdracht van GGD Haaglanden verzamelde het UDC gegevens over opiaatverstrekkingen afkomstig uit 'risicovereveningsbestanden' van het Zorginstituut Nederland. Deze gegevens omvatten alle opgenomen geneesmiddelenverstrekkingen die worden vergoed uit de basisverzekering volgens de afspraak op farmaceutische zorg. Gegevens uit ziekenhuisapotheken zijn hierbij niet inbegrepen. Om de vraag te kunnen beantwoorden of er specifieke risicogroepen onder de bevolking zijn aan te wijzen voor (chronisch) opiatengebruik, zijn achtergrondgegevens van de personen meegenomen in de dataverzameling. Het UDC putte hiervoor uit diverse bronnen: demografische informatie uit de basisregistratie personen, informatie over integraal huishoudinkomen uit de Belastingdienst en Dienst Uitvoering Onderwijs, en informatie over opleidingsniveau uit diverse onderwijsregistraties. Alle instanties verleenden het UDC hun toestemming voor dataafdracht. Het UDC voerde voor afdracht kwaliteitscontroles op gegevens uit, en leverde alleen gegevens die noodzakelijk waren voor de onderzoeksvraag. Toegang tot herleidbare gegevens waren daarbij exclusief toegankelijk voor UDC-medewerkers. De afdeling Epidemiologie van GGD Haaglanden ontving geanonimiseerde data waaruit alleen groepsstatistieken te berekenen zijn. Voor analyse werd gebruik gemaakt van het programma Excel 2010.

Epidemiologische analyse

Als eerste stap is gekeken naar het totaal aantal personen per 1.000 inwoners per kalenderjaar waaraan in de periode 2015-2017 één of meer hoeveelheid opiaten is verstrekt. Deze gegevens zijn vervolgens uitgesplitst naar leeftijd, opleidingsniveau, geslacht, type huishouden, huishoudinkomen en



Figuur 1. Personen per 1.000 inwoners (19 jaar en ouder) met één of meer en meervoudige (drie of meer) verstrekkingen opiaten per jaar. Haaglanden, Nederland. 2015-2017.



arbeidsparticipatie (werk, uitkering). (Zie ook kader ‘Definities’ op pagina 39).

Als tweede stap is gekeken naar het totaal aantal personen per 1.000 inwoners per kalenderjaar waaraan in de periode 2015–2017 meervoudig opiaten zijn verstrekt. Meervoudige verstrekkingen zijn gedefinieerd als drie of meer verstrekkingen per kalenderjaar per persoon. Dit is een maat om opiaatgebruik te benaderen als chronisch.²⁴⁻²⁵

Personen met meervoudige verstrekkingen betreffen tevens personen die jaarlijks één of meer verstrekkingen hebben gehad.

Aantal personen per 1.000 inwoners met een opiaatverstrekking in Haaglanden met 12% toegenomen.

Als laatste stap is gekeken naar het totaal aantal personen per 1.000 inwoners per kalenderjaar waaraan in de periode 2015–2017 één of meer en meervoudig (drie of meer) een opiaat afkomstig uit de groep natuurlijke opiaten verstrekt is. (Deze farmacologische groep bevat onder andere het populaire geneesmiddel *oxycodon*, maar ook *morfine* en *hydromorphon*.) Het was door (CBS-)regelgeving niet mogelijk om naar één specifiek geneesmiddel te kijken. Trends worden weergegeven als verschillen tussen

het percentage personen met voorschriften in het jaar 2015 en 2017. Doordat onderzoeksgegevens alle geregistreerde (werkelijke) verstrekkingen omvatten, is het (statistisch) toetsen van verschillen niet van toepassing.

Resultaten

Personen met één of meer verstrekkingen en personen met meervoudige verstrekkingen opiaten

Het aantal personen (19 jaar en ouder) per 1.000 inwoners met één of meer verstrekkingen lag in 2017 binnen Haaglanden op 113 per 1.000. Dit is een fractie hoger dan het landelijk gemiddelde (zie figuur 1). In de periode 2015-2017 nam het aantal personen met opiaatverstrekkingen per 1.000 inwoners binnen Haaglanden toe met 12%.

Het aantal personen met meervoudige verstrekkingen (drie of meer) nam met 25% toe tot 35 per 1.000 inwoners. Dit is een sterkere toename dan het aantal personen met één of meer verstrekkingen voor regio Haaglanden, maar vergelijkbaar met de landelijke toename van meervoudige verstrekkingen in de periode 2015-2017.

Resultaten analyses van personen met één of meer verstrekkingen opiaten naar achtergrondkenmerken

Tabel 1 op pagina 36 toont het aantal personen per 1.000 inwoners (19 jaar en ouder) met één of meer verstrekkingen van opiaten uitgesplitst naar een



Tabel 1. Personen per 1.000 inwoners (19 jaar en ouder) met één of meer verstrekkingen opiaten* naar geslacht, leeftijd, opleiding, arbeidsparticipatie, inkomensgrens en type huishouden. Haaglanden, 2015-2017.

1 of meer verstrekkingen per jaar (personen per 1.000 inw.)	2015	2016	2017	% verschil 2015-2017
totaal opiaten naar geslacht				
Man	80	81	90	13%
Vrouw	122	125	136	11%
totaal opiaten naar leeftijd				
19-39 jaar	53	57	59	11%
40-64 jaar	113	113	124	10%
65 jaar en ouder	164	167	187	14%
totaal opiaten naar opleiding				
Laag opgeleid	133	141	161	21%
Middelbaar opgeleid	76	85	92	21%
Hoog opgeleid	49	56	58	18%
totaal opiaten naar arbeidsparticipatie				
Werk	74	76	81	9%
Uitkering	164	168	191	16%
totaal opiaten naar inkomensgrens				
Beneden de lage inkomensgrens**	135	138	164	21%
Boven of gelijk aan de lage inkomensgrens	101	103	114	13%
totaal opiaten naar type huishouden				
Eenpersoonshuishouden	103	107	120	17%
Eenoudergezin	110	114	125	14%
Paar met thuiswonende kinderen	82	85	90	10%
Paar zonder thuiswonende kinderen	119	120	132	11%

* Ingesloten opiaten in ons onderzoek betreffen opiaten met ATC codes N01AH01, N01AH02, N01AH03, N02AA01 (morfine) N02AA03 (hydromorphon) N02AA05 (oxycodon), N02AA51, N02AB02, N02AB03, N02AC01, N02AC03, N02AD01, N02AE01, N02AJ13, N02AX02, N02AX06, N07BC01, N07BC02, N07BC51 en R05DA04.

** lage inkomensgrens: Zie kader 'definities' op pagina 39

aantal demografische achtergrondkenmerken. Het aantal personen per 1.000 met één of meer verstrekkingen opiaten in 2017 was bij vrouwen hoger dan bij mannen, steeg met de leeftijd en was hoger bij mensen met een lager opleidingsniveau. Niet-werkenden kregen vaker één of meer verstrekkingen dan werkenden, en inwoners met een laag inkomen kregen vaker één of meer verstrekkingen dan personen met een hoog inkomen. Voor wat betreft huishoudsamenstelling was het aantal personen per 1.000 met verstrekkingen in 2017 het hoogste bij een paar zonder thuiswonende kinderen.

Tabel 1 laat tevens het verschil zien in het aantal personen per 1.000 inwoners (19 jaar en ouder) met één of meer opiaatverstrekkingen tussen het jaar 2015 en 2017, uitgedrukt in een percentage. In deze periode was de grootste toename te zien bij mannen (13%), ouderen van 65 jaar en ouder (14%), lager en middelbaar opgeleiden (21%), personen met een

uitkering (16%), personen met een inkomen beneden de lage inkomensgrens (21%) en binnen éénpersoonshuishoudens (17%).

Resultaten analyses personen met meervoudige verstrekkingen opiaten naar achtergrondkenmerken

Tabel 2 op pagina 37 toont het aantal personen per 1.000 inwoners (19 jaar en ouder) met meervoudige (drie of meer) verstrekkingen opiaten uitgesplitst naar dezelfde demografische kenmerken als bij personen met één of meer verstrekkingen. Dit laat eenzelfde beeld zien als bij personen met één of meer verstrekkingen. Een verschil tussen personen met één of meer en meervoudige verstrekkingen is te zien bij jonge mensen, werkenden en hoogopgeleiden. In deze groepen is er een verhoudingsgewijze grotere toename te zien van het aantal personen per 1.000 tussen 2015 en 2017 met meervoudige verstrekkingen ten opzichte van die met één of meer verstrekkingen.



Tabel 2. Personen per 1.000 inwoners (19 jaar en ouder) met meervoudige (drie of meer) verstrekkingen opiaten* naar geslacht, leeftijd, opleiding, arbeidsparticipatie, inkomensgrens en type huishouden. Haaglanden, 2015-2017.

3 of meer verstrekkingen per jaar (personen per 1.000 inw.)	2015	2016	2017	% verschil 2015-2017
totaal opiaten naar geslacht				
Man	21	23	27	29%
Vrouw	34	35	43	21%
totaal opiaten naar leeftijd				
19-39 jaar	7	8	11	57%
40-64 jaar	19	22	25	32%
65 jaar en ouder	43	51	58	35%
totaal opiaten naar opleiding				
Laag opgeleid	41	43	55	34%
Middelbaar opgeleid	17	18	23	35%
Hoog opgeleid	7	8	10	43%
totaal opiaten naar arbeidsparticipatie **				
Werk	11	12	15	36%
Uitkering	59	63	75	27%
totaal opiaten naar inkomensgrens ***				
Beneden de lage inkomensgrens ****	38	46	61	61%
Boven of gelijk aan de lage inkomensgrens	19	26	32	68%
totaal opiaten naar type huishouden				
Eenpersoonshuishouden	35	38	46	31%
Eenoudergezin	26	29	34	31%
Paar met thuiswonende kinderen	15	16	20	33%
Paar zonder thuiswonende kinderen	33	35	42	27%

* Ingesloten opiaten in ons onderzoek betreffen opiaten met ATC-codes N01AH01, N01AH02, N01AH03, N02AA01 (morfine) N02AA03 (hydromorphon) N02AA05 (oxycodon), N02AA51, N02AB02, N02AB03, N02AC01, N02AC03, N02AD01, N02AE01, N02AJ13, N02AX02, N02AX06, N07BC01, N07BC02, N07BC51 en R05DA04.

** lage inkomensgrens: Zie kader 'definities' op pagina 39

*** Voor de indicator arbeidsparticipatie zijn geen cijfers omtrent verstrekkingen meegenomen in de gemeente Midden-Delfland en Wassenaar door te kleine aantallen personen met verstrekkingen bij zowel werkenden als bij personen met een uitkering. De cijfers per 1.000 in de groep arbeidsparticipatie hier gepresenteerd vormt daardoor mogelijk een lichte onderschatting op het werkelijke aantal in Haaglanden, omdat in de calculatie voor Haaglanden gerekend is naar het aantal inwoners inclusief deze twee gemeenten.

**** Voor de indicator inkomensgrens zijn geen cijfers omtrent verstrekkingen meegenomen in de gemeente Pijnacker-Nootdorp, Midden-Delfland en Wassenaar door te kleine aantallen personen met verstrekkingen onder lage inkomens. De cijfers per 1.000 in de gehele groep inkomensgrens hier gepresenteerd vormt daardoor mogelijk een lichte onderschatting van het werkelijke aantal in Haaglanden, omdat in de calculatie voor Haaglanden gerekend is naar het aantal inwoners inclusief deze drie gemeenten.

Aantal personen met één of meer en meervoudige verstrekkingen opiaten uit de natuurlijke opiatengroep

Het aantal personen (19 jaar en ouder) in Haaglanden waaraan één of meer *natuurlijke opioïde alkaloiden* zijn verstrekt (deze groep opiaten bevatten onder andere de geneesmiddelen oxycodon, morfine en hydromorphon, zie kader definities op pagina 39), lag in 2017 op 27 per 1.000 inwoners. Dit is lager dan het landelijk gemiddelde (36 per 1.000) (zie figuur 2 op pagina 38). Het aantal personen met één of meer verstrekkingen voor deze opiatengroep per 1.000 nam binnen Haaglanden toe met 42% in dezelfde

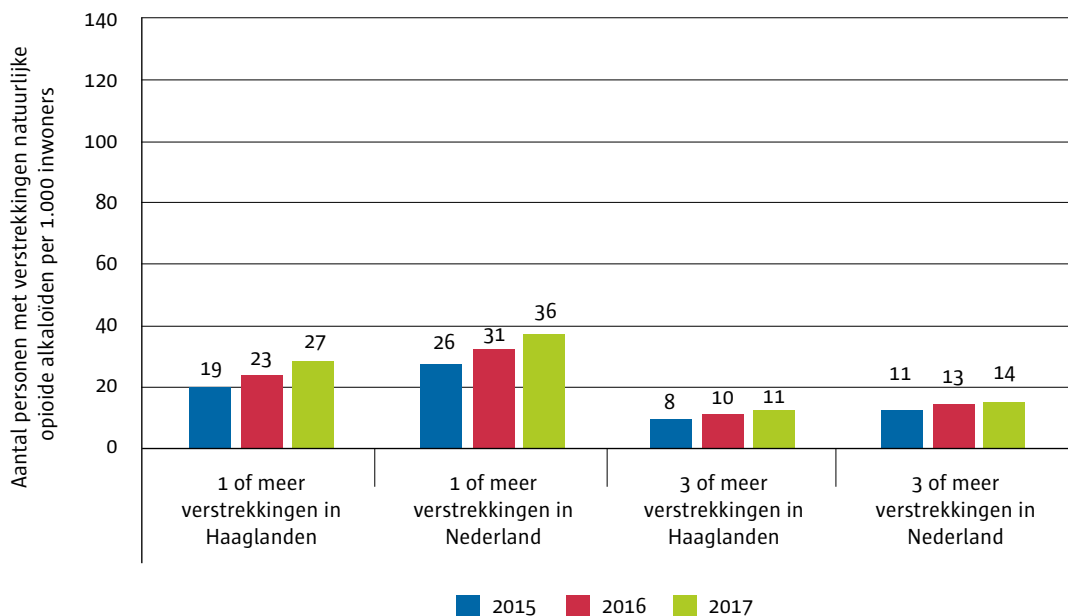
periode. Deze toename was groter dan de landelijke toename van 38% voor deze opiatengroep. Het aantal personen in Haaglanden waaraan meervoudig (drie of meer) uit deze groep is verstrekt, nam toe met 38%, van 8 personen per 1.000 naar 11 personen per 1.000 inwoners. Ook deze toename was groter dan de landelijke toename (27%).

Discussie

Het doel van dit onderzoek was inzicht te bieden in het aantal personen per 1.000 inwoners met opiaatverstrekkingen in Haaglanden in de periode 2015-2017. Daarbij is gekeken naar één of meer en



Figuur 2. Personen per 1.000 inwoners (19 jaar en ouder) met één of meer en meervoudige (3 of meer) verstrekkingen natuurlijke opioïde alkaloiden. Haaglanden, Nederland. 2015-2017.



drie of meer verstrekkingen. De conclusie van dit onderzoek is dat het aantal personen waaraan één keer of vaker een opiaat is verstrekt is toegenomen met 12% (van 101 per 1.000 naar 113 per 1.000 inwoners) en het aantal personen waaraan meervoudig (drie keer of vaker) is verstrekt is toegenomen met 25% (van 28 per 1.000 naar 35 per 1.000 inwoners). Deze gevonden toenames volgen een landelijk waargenomen trend in toenames zoals gerapporteerd in onderzoeken door het LUMC²⁰ en het Radboud UMC²¹. Het onderzoek van het Radboud liet een bijna verdubbeling zien van personen met voorschriften van 41 naar 75 per 1.000 inwoners, terwijl het LUMC-onderzoek een toename liet zien van personen met voorschriften van 4,9% tot 6,0%. Verschillen in toenames tussen dit GGD-onderzoek en deze twee genoemde landelijke onderzoeken worden onder andere veroorzaakt door enkele methodologische verschillen. In de landelijke onderzoeken werd een langer tijdbestek onderzocht dan in het GGD-onderzoek. Ook is in laatstgenoemd onderzoek gekozen voor personen van 19 jaar en ouder, omdat onder jongeren veel minder vaak opiaten worden voorgeschreven.²⁶⁻²⁷ Trendverschillen tussen groepen zouden hiermee minder groot zijn. Hoewel in deze GGD-studie gekeken is naar personen met verstrekkingen van alle opiaten, sloot ook de daarin geobserveerde toename binnen de natuurlijke opiatengroep (waaronder onder andere *oxycodon*) aan bij de lijn van de landelijk gerapporteerde sterke toenames van

verstrekkingen en gebruikers van *oxycodon*.^{22,28} Een toename van verstrekkingen van opiaten wordt ook gevonden in ons omliggende landen, zoals in het Verenigd Koninkrijk, Duitsland en Scandinavië.²⁹⁻³¹ Artsen (zowel in de 1e als in de 2e lijns zorg) zijn steeds vaker opiaten gaan voorschrijven.^{32,33} Dit houdt mogelijk verband met toegenomen maatschappelijke aandacht voor het patiëntenwelzijn in het begin van het afgelopen decennium, de introductie van nieuwe krachtige middelen (zoals *oxycodon* en *fantanyl*) bij pijnmanagement en meer recentelijk de aandacht voor bijwerkingen en contra-indicaties van NSAID's. Ook groeide bij patiënten in het laatste decennium de bewustwording van de mogelijkheid van het voorschrijven van sterkwerkende pijnmedicatie, en praten patiënten steeds vaker mee bij de keuze van het voorschrijven zelf. Dit kan allemaal meewegen in de keuze van de arts om opiaten voor te schrijven in plaats van NSAID's, ondanks dat opiaten ook de genoemde gezondheidsrisico's met zich mee brengen. Veranderingen in richtlijnen hebben echter ook bijgedragen aan de toenames in voorschriften.^{34,35} Zo kregen sterkwerkende opiaten een plaats in de *Standaard Pijn* van het Nederlands Huisartsen genootschap (NHG) (2013), in de *richtlijn Postoperatieve Pijn* (2013) en in de opzet van het VMS Patiënt Veiligheidsprogramma. Verder verdween de paracetamol-codeïne tablet in 2013 en namen geautomatiseerde (herhaal-)recepten toe.^{21,36,37} Uit dit GGD-onderzoek bleek ook dat er verschillen



zijn in het aantal personen per 1.000 inwoners met opiaatverstrekkingen tussen bepaalde bevolkingsgroepen. Dit onderzoek toonde ten eerste een hoger aantal één of meer opiaatverstrekkingen onder vrouwen en ouderen. Literatuur bevestigt dat vrouwen in het algemeen meer medicatie gebruiken hetgeen is gerelateerd aan het relatief vaker voorkomen van pijnklachten en depressie.³⁸ Voor wat betreft toenemende leeftijd is er ook frequenter sprake van ziekte gerelateerde indicatie (zoals maligniteiten en

onbehandelbare oorzaken van pijn), waarbij er voor deze groep een grotere kans is op bijwerkingen of contra-indicaties voor alternatieve pijnmedicatie. Ook onder mensen met een lagere opleiding, met een uitkering of met een laag inkomen (lagere sociaal-economische status; SES) zijn er meer personen per 1.000 inwoners met één of meer verstrekkingen. Deze bevinding sluit aan bij andere onderzoeken waarin een omgekeerd verband werd gevonden tussen SES en hoeveelheid opiaatvoorschriften.³⁹⁻⁴¹

Definities

Achterstandswijken

Het gaat hier om de wijken Stationsbuurt, Schildersbuurt, Transvaalkwartier, Bouwlust/Vrederust, Morgenstond, Moerwijk, Regentessekwartier, Groente- en Fruitmarkt en Laakkwartier/Spoorwijk die in 2016 als wijken met achterstand door de gemeente zijn aangewezen.

Opleidingsniveau

Laag: onderwijs op het niveau van basisonderwijs, het vmbo, de eerste 3 leerjaren van havo/vwo en de entreeopleiding, de voormalige assistentenopleiding (mbo1).

Middelbaar: de bovenbouw van havo/vwo, de basisberoepsopleiding (mbo2), de vakopleiding (mbo3) en de middenkader- en specialistenopleidingen (mbo4).

Hoog: onderwijs op het niveau van hbo of wo.

Lage inkomensgrens

De lage-inkomensgrens betreft een vast bedrag dat voor alle jaren en alle typen huishoudens een gelijke koopkracht vertegenwoordigt. De hoogte ervan is geënt op de bijstandsuitkering van een alleenstaande in 1979, toen deze op een hoog niveau lag. In prijzen van 2000 gaat het om een bedrag van 9250 euro per jaar.

Persoon met een migratieachtergrond

Persoon van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren. Er wordt onderscheid gemaakt tussen personen met een westerse migratieachtergrond en personen met een niet-westerse migratieachtergrond. Wanneer beide ouders in een ander land zijn geboren, wordt uitgegaan van het geboorteland van de moeder.

Inkomensbron

Indeling van huishoudens naar het inkomensbestanddeel met het hoogste bedrag, waarin de inkomensbestanddelen van

alle leden van het huishouden worden samengeteld.

De navolgende inkomensbestanddelen worden onderscheiden: 1 Inkomen uit arbeid, 2 Inkomen uit eigen onderneming. Het hoogste bedrag van deze inkomensbestanddelen bepaalt de voornaamste inkomensbron, waarbij eerst de totalen per hoofdgroepering onderling worden vergeleken. Indien sprake is van inkomen uit eigen onderneming is dit bestanddeel steeds als voornaamste inkomensbron aangemerkt, ook al is er sprake van een gering of zelfs negatief inkomen.

Huishoudens

Studentenhuishoudens en institutionele huishoudens zijn niet inbegrepen in de dataverzameling.

Extra noot betreffende bescherming persoonsgegevens door middel van meegenomen aantallen: Om onthulling van informatie over individuele personen te voorkomen, zijn door het CBS aantallen afgerond op vijftallen. Daarnaast zijn cijfers over subpopulaties kleiner dan tien personen niet geïncludeerd in de dataverzameling. Aantallen personen met betrekking tot de lage-inkomensgrens en voornaamste inkomensbron zijn afgerond op honderdtallen en aantallen kleiner dan 100 niet geïncludeerd.

Natuurlijke opioïde alkaloiden (Natuurlijke opiaten)

Een specifieke farmacologische groep (dit zijn medicijnen met gelijksoortige werkzame eigenschappen) opiaten waaronder de medicijnen oxycodon, morfine en hydromorphon.

ATC

Anatomical Therapeutic Classification. De Anatomisch Therapeutisch Chemisch Classificatie is een indeling voor geneesmiddelen. In de ATC-code worden geneesmiddelen eerst ingedeeld in groepen naar het orgaan of systeem waarop ze werkzaam zijn en daarna op therapeutische en chemische eigenschappen.

Uit het onderzoek bleek ook een grotere toename van personen met méérvoudige verstrekkingen (drie of meer) onder de groep jongeren, werkenden en hoogopgeleiden. E-health vaardigheden zouden hieraan kunnen bijdragen. Hoewel dit nog niet voldoende is onderzocht, is wel bekend dat jongeren en hoogopgeleiden meer online vaardigheden bezitten⁴² en verdient bij toekenning van (online) herhaalreceptuur extra aandacht om daarmee het risico op onder andere verslavingsproblematiek als gevolg van chronischer gebruik te verminderen. Ook spelen onvoldoende kwalificaties van zorgpersoneel bij beoordeling van herhaalreceptuur, onvoldoende registratie en monitoring van herhaalreceptuur mogelijk een rol bij de toename van meervoudige verstrekkingen.⁴³

De gegevensverzameling in dit onderzoek reikt tot en met 2017. Omdat er nog geen bruikbare cijfers beschikbaar waren na 2017, is het niet goed te zeggen of de gevonden toename van personen met opiaat-verstrekkingen zich heeft voortzet. Er zijn signalen dat de landelijke toename sinds 2018 voor het eerst lijkt te stagneren.⁴⁴ Dit kan verband houden met landelijk in gang gezette maatregelen (onder andere door de kennis en bewustzijn te vergroten over opiaten bij arts en patiënt, het signaleren van oneigenlijk gebruik en het harmoniseren van beleid

omtrent opiaten) om toenames in verstrekkingen een halt toe te roepen.⁴⁵ Ondanks het veronderstelde blijven zowel het aantal personen met één of meer verstrekkingen als het aantal personen met meervoudige verstrekkingen in de bevolking hoog. Dit hoge aantal blijft onwenselijk door het bijkomende risico op gezondheidsproblematiek bij gebruik onder de bevolking. Naast de al ingezette landelijke maatregelen zou er daarom extra aandacht moeten zijn bij voorschrijven (en voorschrijfgedrag) aan specifieke groepen, te weten vrouwen, ouderen, laagopgeleiden, huishoudens met laag inkomen, werklozen en éénpersoonshuishoudens. Mogelijk dat het vaker voorschrijven van opiaten bij sommige van deze specifieke groepen leidt tot onevenredig meer opiaat gerelateerde problematiek door gebruik binnen een groep. Indien onderzoek dit uitwijst kunnen ook gerichte preventieve maatregelen worden ontwikkeld.

Wilt u reageren op dit artikel?

Dan kunt u mailen naar de redactie:

epibul@ggdhaaglanden.nl

OVER DE AUTEURS

Dhr. drs. A. Meijerman is medisch bioloog en epidemioloog, werkzaam als epidemiologisch onderzoeker bij GGD Haaglanden.

Dhr. dr. P.J.M. Uitewaal is huisarts en werkzaam als senior epidemiologisch onderzoeker bij GGD Haaglanden.

Mw. dr. E.L.A. van Dorp is anesthesioloog-epidemioloog en werkzaam als anesthesioloog op de afdeling anesthesiologie van het Leidsch Universitair Medisch Centrum.

Dhr dr. W.M. Lijfering is epidemioloog en werkzaam als klinisch epidemioloog op de afdeling klinische epidemiologie van het Leidsch Universitair Medisch Centrum.

Mw. dr. J.W. Blom is huisarts en werkzaam als associate professor op de afdeling huisartsgeneeskunde van het Leidsch Universitair Medisch Centrum.

DANKWOORD

Auteurs bedanken het Urban Data Center Den Haag voor de samenwerking en de dataverzameling bij dit onderzoek.



REFERENTIES

- 1 Overheid.nl, **Opiumwet** [Online]. 2018 (bezoekt op 21-jan-2020); <https://wetten.overheid.nl/BWBR0001941/2020-01-01>.
- 2 Info.nu, **Opioïden en opiaten: geneesmiddelen die pijn verlichten**. 2020 (bezoekt op 21-jan-2020); <https://mens-en-gezondheid.infonu.nl/diversen/189288-opioiden-en-opiaten-geneesmiddelen-die-pijn-verlichten.html>.
- 3 Goossens FX. **Verlaving: Maatschappelijke gevolgen. Overlast, geweld, wervingscriminaliteit, verkeersongevallen en ziekteverzuim**. Trimbos Instituut, Utrecht, 2012.
- 4 Ilgen MA, Bohnert ASB, Ganoczy D, Blair MJ, McCarthy JF, Blow FC. **Opioid dose and risk of suicide**. *Pain*. 2016 May; 157(5): 1079–1084.
- 5 Olivia EM, Manhapra A, Kertesz S, Hah JM, Henderson P, Robinson A, Park M, Sandbrink F, Gordon AJ, Trafton JA. **Associations between stopping prescriptions for opioids, length of opioid treatment, and overdose or suicide deaths in US veterans: observational evaluation**. *BMJ*. 2020; (368).
- 6 Nguyen AP, Glanz JM, Narwaney KJ. **Association of Opioids Prescribed to Family Members With Opioid Overdose Among Adolescents and Young Adults**. *JAMA Netw Open*. 2020; 3(3).
- 7 Kenan K, Mack K. **Trends in prescriptions for oxycodone and other commonly used opioids in the United States, 2000–2010**. *Open med*. 2012; 6(2): e41–e47.
- 8 NOS. **Trump wil vaccin in strijd tegen medicijnverlaving 2018** (bezoekt op 21 jan-2020); Beschikbaar op URL <https://nos.nl/artikel/2223377-trump-wil-vaccin-in-strijd-tegen-medicijnverlaving.html>.
- 9 **Opioid Addiction 2016 Facts and Figures**. American Society of Addiction Medicine, 2016.
- 10 Van Zee, A. **The promotion and marketing of OxyContin: Commercial Triumph, Public Health Tragedy**. *Am J Public Health*. 2009 February; 99(2): 221–227.
- 11 De Volkskrant. **Boete voor farmaceut is mijlpaal, maar zal de opioïden crisis niet oplossen**. 2019 (bezoekt op 21-jan-2020); Beschikbaar op URL www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/boete-voor-farmaceut-is-mijlpaal-maar-zal-de-opioidencrisis-niet-oplossen~b086889c.
- 12 Lippold KM, Jones CM, O'Malley Olsen E, Giroir BP. **Racial/Ethnic and Age Group Differences in Opioid and Synthetic Opioid-Involved Overdose Deaths Among Adults Aged ≥18 Years in Metropolitan Areas — United States, 2015–2017**. *MMWR Morb Mortl Wkly Rep* 2019.68(43): 967-73.
- 13 Rigg KK, March SJ, Inciardi JA **Prescription Drug Abuse & Diversion: Role of the Pain Clinic**. *J Drug Issues*. 2010; 40(3): 681–702.
- 14 ABC News, **Florida pill mills were gas on fire of the opioid crisis** [Online]. 2019 (bezoekt op 21-jan-2020); Beschikbaar op URL <https://abcnews.go.com/US/wireStory/floridas-pill-mills-gateway-opioid-crisis-64456927>.
- 15 Kennedy-Hendricks A, Richey M, McGinthy EE, Stuart EA, Barry CL, Webster DW. **Opioid Overdose Deaths and Florida's Crackdown on Pill Mills**. *Am J Public Health* 2016 February 106(2): 291-297.
- 16 De Volkskrant, **De dokter als dealer: "In Nederland is allang sprake van een stille opioïde-epidemie"** [Online]. 2018 (bezoekt op 21-jan-2020); Beschikbaar op URL <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/de-dokter-als-dealer-in-nederland-is-allang-sprake-van-een-stille-opioide-epidemie~b7012083>.
- 17 Trouw, **Meer dan een miljoen Nederlanders gebruiken zware pijnstillers** [Online]. 2019 (bezoekt op 21-jan-2020); <https://www.trouw.nl/binnenland/meer-dan-een-miljoen-nederlanders-gebruiken-zware-pijnstillers~b2deff07>.
- 18 De Volkskrant, **Bruins wil rem op gebruik zware pijnstillers na explosieve toename gebruikers en overdosis** [Online]. 2019 (bezoekt op 21-jan-2020); Beschikbaar op URL <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/bruins-wil-rem-op-gebruik-zware-pijnstillers-na-explosieve-toename-gebruikers-en-overdoses~b293eaf6>.
- 19 NRC, **Minister wil gebruik opioïden terugdringen** [Online]. 2019 (bezoekt op 21-jan-2020); Beschikbaar op URL <https://www.nrc.nl/nieuws/2019/02/04/pijnstillers-minister-wil-gebruik-opioiden-terugdringen-a3652808>.
- 20 Bedene A, Lijfering WM, Niesters M, Van Velzen M, Rosendaal FR, Bouvy ML, et al. **Opioid Prescription Patterns and Risk Factors Associated With Opioid Use in the Netherlands**. *JAMA Netw Open*. 2019 Aug; 2(8): e1910223.
- 21 Kalkman GA, Kramers C, Van Dongen RT, Van den Brink W, Schellekens A. **Trends in use and misuse of opioids in The Netherlands: a retrospective, multi-source database study**. *Lancet Public Health*. 2019 Oct;4(10):e498-e505.
- 22 SFK. **Aantal oxycodon-gebruikers in drie jaar tijd verdubbeld**. *Pharmaceutisch Weekblad*, 2016; Jaargang 151 (10).
- 23 CBS, **Urban Data Center Den Haag**. [Online]. (bezoekt op 21-jan-2020); Beschikbaar op URL <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/cbs-urban-data-centers/locaties/cbs-urban-data-center-den-haag>.
- 24 KNMP. **KNMP-richtlijn medicatiebeoordeling**. Geautoriseerd 28 nov 2013. [Online] (bezoekt op 22-jun-2020).



- 25 SFK. **Polyfarmacie**. Pharmaceutisch Weekblad, 2005, Jaargang 140 (32).
- 26 SFK. **Data en Feiten 2019**. [Online] (bezocht op 22-jun-2020); Beschikbaar op URL <https://www.sfk.nl/publicaties/data-en-feiten/data-en-feiten-2019>.
- 27 Weesie Y, van Dijk L, Flinterman L, Hek K. **Voorschrijven van opioïden in de huisartsenpraktijk**. Nivel. 2016.
- 28 Schepens MHJ, Luesink M, de Vries SE, Van Erlekens JA, Eleveld H, Prenger A, et al. **Toename in extramuraal opioïdgebruik in Nederland**. Ned Tijdschr Geneeskd. 2019 (163): D3854.
- 29 Ruscitto A, Smith BH, Guthrie B. **Changes in opioid and other analgesic use 1995-2010: repeated cross-sectional analysis of dispensed prescribing for a large geographical population in Scotland**. Eur J Pain 2015;(19): 59–66.
- 30 Zin CS, Chen LC, Knaggs RD. **Changes in trends and pattern of strong opioid prescribing in primary care**. Eur J Pain 2014;(18): 1343–51.
- 31 Schubert I, Ihle P, Sabatowski R. **Increase in opiate prescription in Germany between 2000 and 2010: a study based on insurance data**. Dtsch Arztebl Int 2013; (110): 45–51.
- 32 Van Bommel J. **De opioïdenepidemie**. Huisarts en Wetenschap 2019 (4): 24-25.
- 33 Van Weesie Y, Van Dijk L, Flinterman L, Hek K. **Voorschrijven van opioïden in de huisartsenpraktijk**. Nivel 2016, Utrecht.
- 34 Jarlbaek L. Opioid prescribing habits differ between Denmark, Sweden and Norway - and they change over time. Scand J Pain. 2019 Jul 26;19(3):491-499.
- 35 Waagemakers F, Hollingworth SA, Krijekamp-Kaspers S, Tee EHL, Leendertse AJ, Van Driel ML. **Opioid analgesic use in Australia and The Netherlands: a cross-country comparison**. Int. Journal of Clinical Pharmacy 2017 (39): 874–880.
- 36 Houweling PL, Molag ML, van Boekel RLM, Verbrugge SJC, Van Haelst IMM, Hollmann MW. **Herziene Richtlijn 'Postoperative Pijn'**. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2013 (157): A7005.
- 37 VWS. Veiligheidsmanagementsysteem (VMS). **VMS veiligheidsprogramma: vroege herkenning en behandeling van pijn**. 2019 (bezocht op 21-jan-2020); Beschikbaar op https://www.vmszorg.nl/wp-content/uploads/2017/11/web_2009.0109_praktijkids_pijn.pdf.
- 38 Roe CM, McNamara AM, Motheral BR. **Gender and age-related prescription drug use patterns**. Ann. Pharmacotherapy 2002; 36(1): 30-39.
- 39 Mordecai L, Reynolds C, Donaldson L, Williams AC. **Patterns of regional variation of opioid prescribing in primary care in England: a retrospective observational study**. British Journal of General Practice 2018; 68 (668) e225-e233.
- 40 Chen TC, Chen LC, Kerry M, Knaggs RD. **Prescription opioids: Regional variation and socioeconomic status – evidence from primary care in England**. International Journal of Drug Policy 2019 (64): 87-94.
- 41 Popma H. **De 'S' Factor: chronische pijnervaringen bij zeven Turkse Nederlanders**. Medische Antropologie. 2012; 24 (2) 349-369.
- 42 Kontos E, Blake KD, Chou WY, Prestin A. **Predictors of e-health usage: Insights in the digital divide from the Health information National Trends Survey 2012**. Journal of Medical Internet Research 2014; 16 (7) e172.
- 43 Prince J, Man SL, Bartlett S, Taylor K, Dinwoodie M, Bowie P. **Repeat prescribing of medications: A system-centred risk management model for primary care organisations**. J Eval Clin Pract. 2017 (23): 779–796.
- 44 SFK. **Aantal oxycodon gebruikers vrijwel ongewijzigd in 2018**. Pharmaceutisch Weekblad 2019(15):13.
- 45 Bruins B. Ministerie van VWS. **Actie-agenda verantwoord gebruik opioïden**, 1 februari 2019 (brief aan Tweede Kamer).



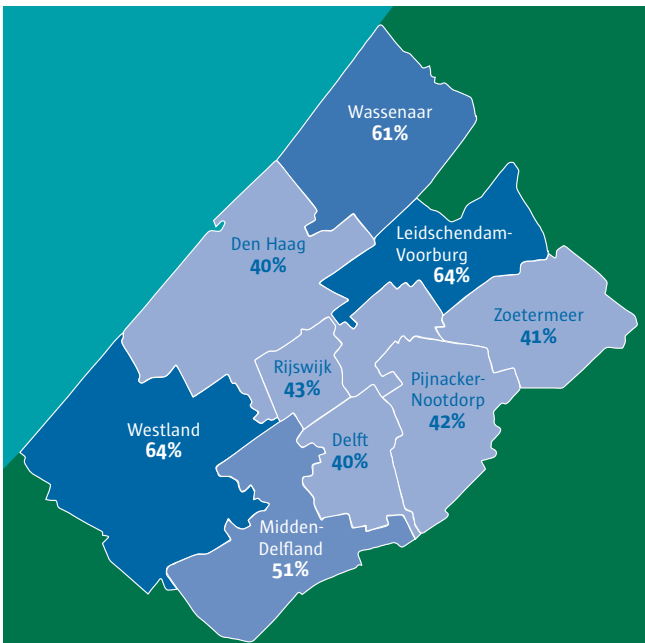
De rubriek Gezondheid in cijfers belicht kort een thema met betrekking tot de gezondheid van de inwoners van de regio Haaglanden. De cijfers zijn afkomstig uit recent onderzoek.

Alcoholgebruik jongeren

Het drinken van alcohol brengt serieuze gezondheidsrisico's met zich mee, waaronder een verstoorde hersenontwikkeling, leer- en geheugenproblemen en een verhoogd risico op verslaving op latere leeftijd. Vooral jongeren zijn gevoelig voor de schadelijke effecten, omdat hun hersenen nog in ontwikkeling zijn.

In Haaglanden heeft in het schooljaar 2018-2019 40% van de scholieren uit de 3e klas vmbo (gemiddelde leeftijd 15,1 jaar) ooit alcohol gedronken en een op de drie (33%) heeft dit recent gedaan (in de vier weken voor het onderzoek). Binnen Haaglanden varieert het percentage recente drinkers onder vmbo-scholieren van 21% in Den Haag tot 52% in Westland.

Figuur 1. Percentage scholieren uit 4e klas havo/vwo dat recent (in de laatste 4 weken) alcohol heeft gedronken.



Onder scholieren uit de 4e klas havo/vwo (gemiddelde leeftijd 16,0 jaar) ligt het alcoholgebruik hoger. In Haaglanden heeft ruim de helft van hen (56%) ooit alcohol gedronken en bijna de helft (46%) recent. Het percentage recente drinkers onder havo-vwo-scholieren varieert van 40% in Den Haag en in Delft tot 64% in Westland en in Leidschendam-Voorburg (figuur 1).

Er zijn geen grote verschillen tussen jongens en meisjes op zowel het vmbo als havo/vwo in het ooit en recent alcohol drinken. Die verschillen zijn wel te zien tussen scholieren van Nederlandse of niet-Nederlandse herkomst. Op het vmbo heeft 47% en op havo/vwo 52% van de scholieren van Nederlandse herkomst recent alcohol gedronken versus 14%, respectievelijk 32% van de scholieren van niet-Nederlandse herkomst.

Binge drinken is het drinken van minimaal vijf glazen alcohol bij één gelegenheid.

In Haaglanden heeft 14% van de 3-vmbo-scholieren recent, in de laatste 4 weken, aan binge drinken gedaan, variërend van 7% in Delft tot 25% in Westland. Van de 4-havo/vwo-scholieren heeft een op de vijf (21%) dit recent gedaan, variërend van 10% in Zoetermeer tot 37% in Westland.

Meer informatie over de gezondheid en leefstijl van onder meer de jongeren in Haaglanden maar ook van volwassenen en ouderen is te vinden in de Gezondheidsmonitor Haaglanden <https://gezondheidsmonitor.ggdhaaglanden.nl/>

Bron: **JongerenPeiling 2019***

* Dit onderzoek is uitgevoerd vóór de uitbraak van corona. De eventuele invloed van de epidemie op het alcoholgebruik is dan ook niet te zien in bovenstaande cijfers.

Training Informatiecoördinatoren zorginstellingen bij rampen en crises

De informatiecoördinator (ICO) binnen een zorginstelling heeft een belangrijke rol tijdens rampen en crises die (mede) jouw organisatie treffen. Wat betekent dit in de praktijk, wat wordt er van jou verwacht vanuit de eigen organisatie en de GHOR? Wat moet je kunnen en hoe kan je de schakel zijn tussen de crisisbeheersing en rampenbestrijding en de eigen organisatie? Tijdens de training informatiecoördinator zorginstellingen bij rampen en crises leer je alles wat je moet weten en train je jouw vaardigheden. Bedoeld voor Informatiecoördinator van zorginstellingen als GGD, ziekenhuizen, RAV en huisartsenposten

die verantwoordelijk zijn voor informatiemanagement tijdens ramp/crisis en voor informatiecoördinatoren van zorginstellingen die structureel aangesloten zijn op de netcentrische werkwijze of deze werkwijze op dit moment implementeren. Organisatie Instituut Fysieke Veiligheid IFV (ivf.nl)

Data: 7 en 8 oktober 2020

Kosten: € 1390,-

Locatie: IFV

Nieuwsbrief Academische Werkplaats

Werkt u bij een gemeente, zorg- of welzijnsinstelling, GGD of kennisinstelling en blijft u graag op de hoogte van de kennisontwikkeling en onderzoek in de publieke gezondheid in de regio's Haaglanden en Hollands Midden, dan kunt u zich abonneren op de tweemaandelijks nieuwsbrief van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland (AWPG NZH). De AWPG NZH is een samenwerkingsverband van GGD Haaglanden en GGD Hollands Midden met het LUMC, de Universiteit Leiden en TNO. Professionals uit de lokale praktijk en uit de wetenschap doen er onderzoek naar vraagstukken binnen het sociale domein en de publieke gezondheid. Nieuwsgierig? U kunt zich aanmelden via: <https://www.awpgnzh.nl/ontvang-de-awpg-nzh-nieuwsbrief>.

Suïcidepreventie: van goedbedoeld naar professioneel

Op Wereld Suïcidepreventiedag organiseert RINO Amsterdam het congres 'Van goedbedoeld naar professioneel'. Het congres staat geheel in het teken van het opleiden van ggz-professionals die vanuit hun werk te maken kunnen krijgen met suïcidaliteit en suïcidepreventie. Organisaties als 113 zelfmoordpreventie, de IASP (internationale organisatie voor suïcidepreventie), GGZ Rivierduinen en het Nederlands Instituut van Psychologen zijn betrokken bij de organisatie. Voor meer informatie zie www.suicidepreventiecongres.nl

Datum: 10 september 2020

Kosten € 325,-

Locatie: Utrecht



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.

Privacybewustzijn voor professionals

Wil jij leren hoe je privacyrisico's voor de patiënt/cliënt kunt vermijden? Hoe mooi zou het zijn als je je collega's daarin mee zou krijgen? Volg deze module en leer een privacybewustwordingsproces op te zetten in jouw organisatie. Voor professionals in public en occupational health die willen leren hoe ze zorg kunnen dragen voor gegevensbescherming, de privacy van de cliënt kunnen waarborgen en de eigen organisatie daarin mee kunnen krijgen.

Datum: 7 oktober 2020

Locatie: Utrecht

Kosten: € 410,-

Samenwerken met bloggers, vloggers en social influencers

Facebook en Twitter hebben gelijkgestemden met elkaar verbonden in online communities. Vaak zijn die georganiseerd rond niche-thema's, zoals sport of voeding. Hierin zijn ook social influencers (bloggers en vloggers) actief. Werk je in de publieke gezondheid en wil je leren hoe je met hen kunt samenwerken om je boodschap bij een breder publiek onder de aandacht te brengen? Doe dan deze eendaagse module. Voor professionals in de publieke gezondheid die de mogelijkheden willen verkennen van samenwerking met zogenaamde social influencers.

Datum: 8 oktober 2020

Locatie: Gouda

Kosten: € 410,-

Hoe benut je e-health in de praktijk

E-health en e-mental health maken razendsnelle ontwikkelingen door. Ook organisaties in de public en occupational health hebben te maken met deze innovatie. Maar wat houdt e-health precies in? Welke (on-)mogelijkheden zijn er en hoe kun je de toepassingen benutten in de praktijk? In deze geaccrediteerde, tweedaagse module krijg je antwoorden op deze en andere vragen.

Datum: 2 en 23 november 2020

Locatie: Utrecht

Kosten: € 820,-

Publieke gezondheidszorg: kansen en effectiviteit van preventie

Iedereen wil gezond oud worden. Tegelijkertijd probeert de overheid de kosten voor de gezondheidszorg binnen de perken te houden. Preventie in de gezondheidszorg is dus een belangrijk onderwerp in de hedendaagse maatschappij. Een module voor professionals in de public health die meer willen leren over de kansen en de effectiviteit van gezondheidsbevordering en voor beleidsmakers op het gebied van volksgezondheid en andere (medische) professionals in de public health die preventie in de gezondheidszorg nastreven.

Datum: 5, 12, 19, 20 en 26 november,
3 en 10 december 2020

Locatie: Utrecht

Kosten: € 3.990,-

De vertrouwde adviseur

Wil je dat jouw organisatie een sterkere rol krijgt in advisering? Of ben je als (medisch) professional expert in het sociale of fysieke domein en wil je meer impact? In deze module verbind je jouw dagelijkse praktijk aan concrete acties om je te ontwikkelen tot een vertrouwde adviseur. Voor beleidsmedewerkers, adviseurs en onderzoekers bij een GGD of Veiligheidsregio.

Datum: 10 november en 1 december 2020

Locatie: Utrecht

Kosten: € 820,-

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



Inspiratiedag voorkomen en beperken alcohol en drugsgebruik studenten

Wat kunnen hogescholen en universiteiten, introductiecommissies, besturen van studentenverenigingen en instellingen voor verslavingszorg concreet doen om problemen door alcohol- en drugsgebruik te voorkomen, te beperken en te verhelpen? Op deze inspiratiedag wordt u bijgepraat over onder andere recente kennis, wet- en regelgeving, signaleren en bespreekbaar maken van riskant middelengebruik. De dag is interessant voor iedereen die zich professioneel bezighoudt met studenten en middelengebruik vanuit universiteiten en hogescholen, studentenorganisaties en instellingen voor (verslavings-)zorg. Zie voor een terugblik op 13 november 2019 de website van de Inspiratiedag studenten, alcohol, drugs en tabak.

Datum: 2 november 2020

Locatie: Utrecht

Kosten: € 100,- excl. btw

Bron: www.trimbos.nl

Congres Duurzame Zorg

Op donderdagmiddag 1 oktober 2020 vindt het online-congres Duurzame Zorg plaats. Elk jaar kijken de partners van de Green Deal Duurzame Zorg terug op de afgelopen tijd.

Tijd om kennis en goede voorbeelden te delen, te leren van elkaars ervaringen en nieuwe partijen te verwelkomen. Meer algemene informatie over de Green Deal Zorg vindt u op <https://dezorgduurzaam.milieuplatformzorg.nl/>

(Bron: denederlandseggz.nl)

‘Op zoek naar zin’ in de huisartsenpraktijk

Verminder depressieve klachten en vergroot het welbevinden van ouderen in de huisartsenpraktijk met de cursus ‘Op zoek naar zin’. Ouderen met depressieve klachten bezoeken vaak de huisartsenpraktijk. De groepscursus ‘Op zoek naar zin’ is een mooie methode waarmee ouderen in de wijk onder begeleiding van praktijkondersteuners (POH GGZ) aan de slag kunnen gaan met hun lichte depressieve klachten. De cursus bestaat uit acht bijeenkomsten met vaste thema’s en creatieve opdrachten op het gebied van zingeving. Het eigen levensverhaal staat centraal. In deze training van twee dagen leert u als POH GGZ om de cursus ‘Op zoek naar zin’ bij u in de huisartsenpraktijk te organiseren en ouderen te begeleiden bij het volgen van deze cursus.

Wat leert u?

- Opzet en inhoud van de cursus ‘Op zoek naar zin’
- Trainingsvaardigheden (groepen en ouderen)
- Werken met creatieve opdrachten
- Werken met live-review technieken (levensverhaal)
- Organiseren van de cursus binnen uw eigen praktijk

Datum: 5 oktober 2020

Locatie: Utrecht

Kosten: € 695,- excl. btw

www.trimbos.nl



Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 1e kwartaal 2020

Ziekte	1e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren		
	1e kwartaal 2020	1e kwartaal 2019	1e kwartaal 2018
A-ZIEKTEN			
MERS-CoV			
Pokken			
Poliomyelitis anterior acuta			
SARS			
Virale hemorrhagische koorts			
COVID-19	464		
B-ZIEKTEN			
(humane infectie) Aviaire influenza			
Difterie			
Pest			
Rabiës (hondsdolheid)			
Tuberculose	24	17	19
Buiktyfus	1		2
Cholera			
Hepatitis A			5
Hepatitis B acuut		40	33
Hepatitis B chronisch	28		
Hepatitis C acuut		1	1
Hepatitis C chronisch	6	10	
Kinkhoest	46	86	42
Mazelen		5	
Paratyfus A,B,C		2	1
Rubella			
STEC (E. coli)	4	0	8
Shigellose	11	12	10
Invasieve GAS	4	10	4
Voedselinfectie		1	
C-ZIEKTEN			
Antrax (miltvuur)			
Bof	5	1	1
Botulisme			
Brucellose	1	1	
CPE	4		
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob klassiek	1		1
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob variant			
Gele koorts			
Invasieve Hib		1	1
Hantavirusinfectie	1		

Vervolg overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 1e kwartaal 2020

Ziekte	1e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren		
	1e kwartaal 2020	1e kwartaal 2019	1e kwartaal 2018
Legionellose	1	5	5
Leptospirose			
Listeriose	1		2
Malaria	6	3	3
Meningokokkose	2	3	8
MRSA-infectie (cluster buiten ziekenhuis)			
Invasieve pneumokokken (bij kinderen)	3	2	2
Psittacose	4	1	
Q-koorts			
Tetanus			
Tularemie			
Trichinose			
West-Nilevirus			
Zikavirus			
Totaal	617	201	148

Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 2e kwartaal 2020

Ziekte	2e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 2e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	2e kwartaal 2020	2e kwartaal 2019	2e kwartaal 2018	1e en 2e kwartaal 2020	1e en 2e kwartaal 2019	1e en 2e kwartaal 2018
A-ZIEKTEN						
MERS-CoV						
Pokken						
Poliomyelitis anterior acuta						
SARS						
Virale hemorrhagische koorts						
COVID-19	2520			2984		
B-ZIEKTEN						
(humane infectie) Aviaire influenza						
Difterie						
Pest						
Rabiës (hondsdolheid)						
Tuberculose	22	13	25	46	30	44
Buiktyfus		1	1	1	1	3
Cholera						
Hepatitis A			3			8



Vervolg overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 2e kwartaal 2020

Ziekte	2e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 2e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	2e kwartaal 2020	2e kwartaal 2019	2e kwartaal 2018	1e en 2e kwartaal 2020	1e en 2e kwartaal 2019	1e en 2e kwartaal 2018
Hepatitis B acuut	3	28	36	3	68	69
Hepatitis B acuut en chronisch	23			51		
Hepatitis C acuut			2		1	3
Hepatitis C chronisch	6	15		12	25	
Kinkhoest	15	120	58	61	206	100
Mazelen		1	1		6	
Paratyfus A,B,C					2	2
Rubella						
STEC (E. coli)	5	7	4	9	7	12
Shigellose	2	16	2	13	28	12
Invasieve GAS	2	11	2	6	21	6
Voedselinfectie		1			2	
C-ZIEKTEN						
Antrax (miltvuur)						
Bof		2		5	3	1
Botulisme						
Brucellose	1			2	1	
CPE				4		
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob klassiek	1	1	1	2	1	2
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob variant						
Gele koorts						
Invasieve Hib		1			2	1
Hantavirusinfectie				1		
Legionellose	6	3	7	7	8	12
Leptospirose	1			1		
Listeriose	1		1	2		3
Malaria	1	8	3	7	11	6
Meningokokkose	1	4	2	3	7	10
MRSA-infectie (cluster buiten ziekenhuis)						
Invasieve pneumokokken (bij kinderen)				3	2	2
Psittacose		3		4	4	
Q-koorts						
Tetanus						
Tularemie						
Trichinose						
West-Nilevirus						
Zikavirus						
Totaal	2610	235	148	3227	436	296



Infectieziekten gemeld door instellingen in 2020

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het 1e en 2e kwartaal 2020. Deze instellingen behoren tot instellingen waar 'kwetsbare' groepen zoals kinderen, ouderen of zieken verblijven. Op grond van artikel 26 van de Wet publieke gezondheid (WPG) moeten die instellingen sommige infectieziekten melden bij de GGD.

Scenario	Kinderopvang	Onderwijsinstelling	Vluchtelingenopvang	AWBZ zorginstelling	Ziekenhuis	Eindtotaal
Huiduitslag/exanthemen	26	7		2	1	36
Impetigo (krentenbaard)	3	1				4
Gastro-enteritis	7			19		26
Schimmelinfectie						
Luchtweginfectie/ influenza-achtig ziektebeeld	34	72	1	96		203
Anders*				1		1
Eindtotaal	70	80		118	1	270

*Anders = bijvoorbeeld hoofdluis, streptococcon groep A, BRMO, otitis.

Meldingen infectieziekten eerste halfjaar 2020

Het eerste half jaar van 2020 staat in het teken van het nieuwe COVID-19 virus.

In de regio Wuhan in China startte in december 2019 een uitbraak van een nieuw coronavirus.

Op 30 januari 2020 heeft de WHO de uitbraak tot een internationale bedreiging voor de volksgezondheid uitgeroepen, op 11 maart verklaarde de WHO COVID-19 tot een pandemie.

Op 27 februari 2020 was de eerste patiënt in Nederland.

Op 29 februari 2020 meldde GGD Haaglanden dat het eerste geval van COVID-19 in regio Haaglanden was gediagnosticeerd. Daarna steeg het aantal meldingen snel (februari 1; maart 463; april 1571; mei 485; juni 464).

Het aantal meldingen van de andere infectieziekten laat vanaf maart een daling zien en blijft achter ten opzichte van vorige jaren. Dit is verklaarbaar vanuit de algemene hygiëne-adviezen en lockdown in Nederland, waardoor er ook voor andere infectieziekten een kleinere kans op transmissie is. Daarnaast is de gezondheidszorg een periode voor niet-spoed geminimaliseerd. Hierdoor zijn er bijvoorbeeld minder onderzoeken op hepatitis B en C verricht.

Op basis van artikel 26 zijn er het eerste half jaar 270 meldingen bij de GGD gedaan. 75% hiervan betrof luchtwegklachten (COVID-19 of COVID-19 gerelateerde klachten). In de maanden maart en april kwamen deze meldingen vooral uit de langdurige zorg. In mei zijn de kinderopvang en basisscholen weer open gegaan en heeft de GGD ook vanuit deze sector de nodige meldingen binnen gekregen.



COLOFON

September 2020, 55^{ste} jaargang nr. 3

REDACTIE

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

REDACTIEADRES

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

Epidemiologisch Bulletin op internet
www.ggdhaaglanden.nl/epibul

Vormgeving
Haagsblauw

Fotografie
ANP
Getty Images
Henriëtte Guest
Ed van Rijswijk

Uitgave
GGD Haaglanden

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

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

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

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

ISSN 0921-6219



BEZOEKADRESSEN

Westeinde 128
2512 HE Den Haag

Reinier de Graafweg 5
2625 AD Delft

Croesinckplein 24-26
2722 EA Zoetermeer

POSTADRES

Postbus 16130
2500 BC Den Haag

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

www.ggahaaglanden.nl