

Epidemiologisch bulletin

TIJDSCHRIFT VOOR
VOLKSGEZONDHEID EN ONDERZOEK
IN REGIO HAAGLANDEN

JAARGANG 57
NR 1

2022

Betere toegang
tot medische zorg
voor dak- en
thuislozen



Straatdokter
Richard Starmans
neemt afscheid

Opvang van dak- en thuislozen in
Haagse hotels, wat valt er te leren

Geïntegreerd behandelen verslaving
en psychiatrische problematiek

E-health en digitale ongelijkheid: voorkom
toename van gezondheidsverschillen

Jaaroverzicht meldingen infectiezieken
2021

IN DIT NUMMER

Stratdokter in Den Haag: Betere toegang tot medische zorg voor dak- en thuislozen <i>Liesbeth van Dalen</i>	4
Opvang van dak- en thuislozen in Haagse hotels. Wat valt ervan te leren? <i>Willy Francissen, Regina van der Meer, Robine Maat, Willemieke Ligtenberg, Ad van Dijk</i>	8
Combinatie van verslaving en psychiatrische problematiek. Is geïntegreerd behandelen van dubbele problematiek de toekomst? <i>Arjen Neven</i>	12
E-health en digitale ongelijkheid: voorkom toename van gezondheidsverschillen <i>Marjolein Donker en Janine Vervoordeldonk</i>	16
Gezondheid in Cijfers: Eenzaamheid	22
Korte berichten	23
Jaaroverzicht 2021 Meldingen infectieziekten	27
Meldingen infectieziekten 4e kwartaal 2021	29

Wilt u reageren op deze uitgave van het Epidemiologisch Bulletin?
Dan kunt u mailen naar: epibul@ggghaaglanden.nl. De redactie stelt uw reactie zeer op prijs.



Redactioneel

In het eerste nummer van 2022 brengen wij de straatdokter en straatverpleegkundigen onder de aandacht. Zij zetten zich in om dakloze mensen meer toegang te geven tot medische zorg. De mensen die zij zien hebben vaak 'groot achterstallig onderhoud', zoals nierproblemen, neurologische problemen of hartfalen, vaak ook verslaving en psychiatrische problemen. Aanleiding voor het interview is dat Richard Starmans na bijna tien jaar zijn rol als straatdokter neerlegt. In het interview leest u over de functie van straatdokter en gespecialiseerde verpleegkundigen vanaf de start tot nu, inclusief aanbevelingen voor in de toekomst.

Met de lockdowns tijdens de coronacrisis veranderde er veel voor de inwoners. Maar hoe doe je dat, thuisblijven als je geen huis hebt? En kun je onderling afstand houden als de nachtopvang ingericht is voor groepen? Voor de dak- en thuislozen uit de regio werd daarom in een aantal hotels opvang geregeld. Dit bood tevens de mogelijkheid om de ervaringen met deze kleinschalige 24-uurs-opvang te onderzoeken. Die waren positief, het gaf bijvoorbeeld rust en professionals zagen de cliënten opbloeien. Lees in het artikel meer over de ervaringen en voorwaarden voor dit type opvang.

Een derde artikel over de meest kwetsbare inwoners betreft een behandelmethode voor mensen met een dubbele diagnose in de psychiatrie: een combinatie van verslaving en andere psychiatrische problematiek. Deze zogenaamde 'dubbele diagnoses' komen vaak voor, bijvoorbeeld schizofrenie en cannabisgebruik, of posttraumatisch stresssyndroom en alcohol. In plaats van de behandelingen van psychiatrie en verslaving naast elkaar of na elkaar uit te voeren, wordt in het artikel ingegaan op een methode die ook in Haaglanden wordt gebruikt, het geïntegreerd behandelen.

Vervolgens een interessant artikel over e-health. De digitale mogelijkheden zijn divers, en de coronapandemie heeft het gebruik van e-health in een stroomversnelling gebracht. In dit artikel over de toepassingen van e-health in de publieke gezondheid wordt duidelijk: bedenk bij het inzetten ervan altijd of je hiermee ook de groepen bereikt die de ondersteuning het hardst nodig hebben. Mensen met beperkte taalvaardigheden, met beperkte gezondheidsvaardigheden, met beperkte digitale vaardigheden en mensen met beperkingen in hun functionele vaardigheden (doof, slechthorend, blind, slechtziend of kleurenblind) kunnen namelijk (behoorlijk) moeite hebben met het gebruik van e-health. Wordt hier geen rekening mee gehouden, dan kan e-health leiden tot toenemende gezondheidsverschillen. Daarom een oproep dit artikel te lezen en aan de slag te gaan met de aandachtspunten en voorbeelden om e-health toegankelijker te maken voor deze groepen.

De rubriek Gezondheid in Cijfers presenteert de meest recente informatie over eenzaamheid. Schokkend is te lezen welk aandeel van de inwoners terecht komt in de categorie eenzaamheid: onvoldoende contacten en/of onvoldoende kwaliteit van de contacten.

Tot slot, zoals jaren, sluit het bulletin af met de meldingen infectieziekten. Voor de afdeling Infectieziektebestrijding werd het jaar 2021 opnieuw gedomineerd door de corona pandemie. Volgens het jaaroverzicht bedroeg het totaal aantal geregistreerde meldingen infectieziekten 140.978, waarvan 140.513 meldingen het coronavirus betroffen.

Irene van der Meer, hoofdredacteur



Straatdokter in Den Haag: Beter toegang tot medische zorg voor dak- en thuislozen

“De mooiste vooruitgang is dat dakloze mensen meer toegang hebben tot medische zorg. Dankzij de inzet van vijf gespecialiseerde straatverpleegkundigen in de maatschappelijke opvang melden zich jaarlijks ruim 400 mensen als patiënt in onze huisartsenpraktijk. Ze kampen vaak met zowel zorgelijke fysieke klachten als ernstige psychiatrische aandoeningen. We hebben goede samenwerkingsafspraken met gespecialiseerde zorg, met verslavingszorg en met psychiatrische zorg”, aldus Richard Starmans, straatdokter in Den Haag.

De vooruitgang is echter kwetsbaar, want de financiering van het werk is niet structureel. Ook pleit hij voor een gezondheidscheck bij de intake van het dak- en thuislozenloket en voor meer aandacht voor de vaak ongeziene verstandelijke beperking van dakloze mensen. Eind december 2021 nam Starmans afscheid als huisarts en straatdokter. In dit interview vertelt hij over de praktijk van het werk, over de zorgmijders en de – voor een deel van hen – onmisbare bemoeizorg.

Liesbeth van Dalen

Epidemioloog en huisarts Richard Starmans werkt ruim twintig jaar als huisarts in het gezondheidscentrum Vaillantplein tussen de Haagse Schilderswijk en Transvaal. Daar hebben Starmans en zijn collega's te maken met mensen met minder gezondheidsvaardigheden en/of die niet verzekerd zijn. Ze voelen zich verantwoordelijk voor mensen die moeilijk goede zorg kunnen krijgen. Starmans werkt als huisarts voor instellingen voor dak- en thuislozen, voor slachtoffers van mensenhandel en seksueel geweld en voor werkers op de tippelzone. Sinds 2012 is hij straatdokter; de laatste jaren samen met huisarts Ronnie Pater in hetzelfde gezondheidscentrum. Pater en zijn collega's zullen na het vertrek van Starmans het werk als straatdokter voortzetten.

De eerste stap richting straatdokter werd gezet toen de Kesslerstichting hem vroeg wekelijks een huisarts-spreekuur over te nemen. Dat doet hij, maar het is van korte duur. “Er kwamen wel af en toe mensen op het spreekuur, maar vooral voor pillen, voor een wondje of om de bloeddruk te meten. Ik vond het geen zinvol werk als je kijkt naar de pittige problemen waar veel dakloze mensen mee te maken hebben en het gebrek aan professionele begeleiding daarbij indertijd.” Starmans besluit er mee te stoppen. Na een lange tijd van overleg lukt het uiteindelijk om de opstelling van de gemeente te vertalen in financiering van een straatdokter. Gekozen wordt voor de inzet van wijkverpleegkundigen die op bezoek gaan en zorg leveren in de opvanglocaties.





Straatverpleegkundigen leggen contacten met dakloze mensen

“Inmiddels werken we met vijf ervaren geweldige wijkverpleegkundigen, zij gaan meer keren per week naar de opvanglocaties inclusief de vanwege corona ingehuurde hotels. Slaapzalen met stapelbedden zijn in coronatijd immers uit den boze. De verpleegkundigen leggen contacten, kijken wat er nodig is, bieden basale medische zorg al dan niet in overleg met ons, of zorgen dat iemand naar ons spreekuur komt.”

‘Groot achterstallig onderhoud’

De groep die bij Starmans en collega’s in het gezondheidscentrum op het spreekuur komt, heeft vaak complexe problemen. Bij veel mensen ziet hij ‘groot achterstallig onderhoud’, nierproblemen, neurologisch problemen of hartfalen. Maar vaak ook verslaving en psychiatrische problemen. Starmans noemt de groep ‘zorgmijndend met slechte zelfzorg’. Verklaarbaar, zo legt hij uit. “Als je geen dak of eten hebt, dan ga je eerst dat proberen te regelen en kom je niet aan je gezondheid toe. Als je verslaafd bent, ben je een groot deel van de dag op zoek naar geld om je middelen te kopen. Heb je dan ergens een wond of heb je het benauwd, dan laat je dat voor wat het is. Ook je psychische klachten geef je geen aandacht. De zorgmijding wordt versterkt door hun vaak slechte ervaringen met zorg, zeker met psychiatrische zorg, waar ze zich niet goed of respectvol behandeld voelen. Door hun leefwijze kunnen ze niet voldoen aan de eisen die een zorginstituut of behandeling

stelt. Op tijd op een afspraak komen vraagt om organisatievermogen wat er niet meer is. Vanwege schulden zijn ze vaak niet verzekerd en op de vraag hoe ze het denken te gaan betalen, hebben ze geen antwoord. Dat is een onmogelijke vraag aan iemand in deze situatie.”

Op dit moment zijn er in Den Haag zo’n 220 opvangplekken. Daarnaast zijn er volgens Starmans wel zo’n duizend mensen die dakloos zijn maar niet in de opvang zitten.

Op jaarbasis komen ruim 400 patiënten uit deze groep naar zijn praktijk. Een deel van hen vormt een vaste groep waarmee Starmans c.s. contact heeft en hun gezondheid in de gaten houdt. Het merendeel is echter een wisselende groep mensen, sommigen zwerven of logeren af en toe bij familie of vrienden elders in het land. Ook ziet hij een groep mensen die naar een verpleeghuis moet (of overlijdt) vanwege enorme aftakeling door ziekte, verslaving en algehele uitputting.

Cruciale functie straatverpleegkundigen

“De straatverpleegkundigen zijn voor ons cruciaal. Die komen op de locaties zelf, kunnen mensen motiveren, en lukt het nu niet, dan misschien volgende week of de week erna. Er groeit vertrouwen, de mensen merken dat de verpleegkundigen terugkomen, en zo bereiken we dat sommigen in zorg komen.”

Ook voor zijn huisartsenzorg is het opbouwen van een relatie essentieel. “Zodat ze me kennen en weten dat ze welkom zijn. Pas dan kun je iets (laten) doen aan de vaak ernstige problematiek, al is het maar het topje ervan. Bij ons gezondheidscentrum kan iedereen terecht, het maakt voor mij niet uit of iemand verzekerd is. Ik doe mijn werk en onze assistentes hier weten waar gedeclareerd kan worden. Dus het staat niet tussen mij en de patiënt.”

Patiëntenzorg, doorverwijzen en samenwerken

Als straatdokter onderscheidt Starmans drie rollen. Ten eerste het bieden van directe patiëntenzorg voor mensen die op het spreekuur komen. Ten tweede het regelen van de benodigde zorg elders, zoals verslavingszorg, psychiatrie of thuiszorg in de opvang voor bijvoorbeeld wondverzorging. Ten derde zet hij zich in om het medisch verpleegkundige gedeelte van de zorg voor dakloze mensen in Den Haag als geheel te laten functioneren.

De directe patiëntenzorg richt zich op de vaak complexe problematiek van hartfalen, COPD als gevolg van langdurig roken en middelengebruik, ernstige vermagering, vitaminetekort, soms ook neurologische afwijkingen, trillen, moeilijk kunnen lopen etc. Vaak is er bovendien sprake van ernstige verslavingsproblematiek. Soms besluit Starmans om de verslaving voorlopig te laten rusten en prioriteit te

geven aan ‘urgenter’ klachten of aandoeningen. Als er specialistische zorg nodig is, regelt Starmans met de wijkverpleegkundige dat een persoonlijk begeleider in de opvang de afspraak maakt en er met de patiënt naar toe gaat. “We hebben een goede samenwerking met het Westeinde ziekenhuis, dat als binnenstadsziekenhuis beter voor deze mensen open staat. We bellen elkaar over wat er speelt of wat het beste gedaan kan worden, zodat onze patiënt er op min of meer passende manier ontvangen wordt.”

Voor dakloze mensen met verslavings- of psychiatrische problematiek hebben Brijder Verslavingszorg en het Top Team van Parnassia een outreachend team ingesteld.

Mensen kunnen er zonder de gebruikelijke intake-procedure (en wachttijden) terecht en zorg krijgen. “Voor ons is dat team cruciaal om mensen naar toe te leiden, want de problematiek is groot en wij hebben die expertise niet. We hebben er goed overleg mee.”

Samenwerken aan het systeem van daklozenzorg

Starmans heeft veel energie gestoken in goede samenwerkingsrelaties. Voor daklozenzorg heeft hij naast alle contacten via een beveiligde ‘whatsapp’, wekelijks overleg om de dakloze mensen te bespreken. Twee keer per jaar worden daarbij ook samenwerkingspartners uitgenodigd, zoals mensen van het Daklozenloket, mensen van de outreachende verslavingszorg, het TOP team van Parnassia, het straatpastoraat, STEK - stichting voor stad en kerk, apotheek Transvaal en het Wereldhuis, een plek voor mensen zonder verblijfsvergunning. Ze spelen hierin allemaal een rol. “Het is zo belangrijk dat we elkaar kennen. Je weet, als zij met iemand komen, dan moeten we die gewoon zien.

Dankzij die halfjaarlijkse ontmoeting functioneert het netwerk prima en kun je verder alles makkelijk via de telefoon of de email regelen. Je ontmoet collega’s die ook een stukje van de zorg doen, en daarmee wordt de zorg voor de cliënten ook beter. Het gaf mij de afgelopen jaren heel veel energie.”

Een belangrijke partner in de samenwerking is ook GGD Haaglanden. “De mensen van de afdelingen sociaal medische basiszorg en recent ook de afdeling infectieziekten denken altijd zeer constructief mee. Ik spar graag met hen. Ze hebben ook de rol om richting gemeente de randvoorwaarden te regelen. Mensen van de GGD begrijpen prima waar we het over hebben, ze zijn zeer gemotiveerd.”



Straatverpleegkundige Carlos Alvarez met een patiënt in de winteropvang. Samen met zijn collega's Nisha Arjun, Wim Lelyveld, Braian Stil en Trudy Wijnia vormt hij het team straatverpleegkundigen in Den Haag.



De continuïteit en waar het beter kan

De geboekte vooruitgang in daadwerkelijke zorg en de samenwerking is hoopvol, maar ook kwetsbaar. “Het zijn allemaal tijdelijk gefinancierde projecten, terwijl een structurele aanpak in deze zorg onmisbaar is. Nu doet de gemeente geen structurele toezeggingen en dat maakt alleen al het aantrekken van personeel lastig”, vindt Starmans. Hij wil in dit verband kwijt dat hij soms tonnen geld ziet opgaan aan eigenlijk vanzelfsprekende zaken. Zoals de drie ton voor het opzetten van stedelijke multidisciplinaire overleggen over de daklozenzorg in de stad. “Als huisarts heb ik elke week multidisciplinair overleg over andere patiënten, ik snap niet dat er (zoveel) geld nodig is om het op te zetten.”

De straatdokter is blij dat alle dakloze mensen die contact hebben met een opvanginstelling, meer toegang hebben tot medische zorg. Wel heeft hij wensen om deze zorg te verbeteren. “Nu komen mensen pas in een laat stadium in contact met ons. Ik zou willen dat iedereen die zich meldt bij het daklozenloket (gemeentelijke voorziening waar alle daklozen zich moeten melden en een pasje krijgen om gebruik te kunnen maken van de opvang) op dat moment ook gescreend wordt op zijn of haar gezondheidssituatie. Dan kan men iemand zo nodig in een veel eerdere fase naar ons verwijzen. Mijn collega Pater is erover opnieuw in gesprek en ik hoop dat het nu wel gaat gebeuren.”

Bemoeizorg

Ook ziet Starmans het misverstand bij zorgverleners dat deze mensen nog bij hun eigen huisarts terecht kunnen. Ooit hadden ze een huisarts en denken dat ze die nog hebben. Maar ik weet dat de contacten vrijwel nihil zijn of dat de zorgverzekering is verlopen en dat ze zelden nog naar hun vroegere huisarts kunnen.”

Tot slot hoopt Starmans dat er bij de intake ook een test wordt afgenomen met betrekking tot een verstandelijke beperking. “We weten dat misschien wel vijftig procent van de dakloze mensen verstandelijk beperkt is. Als je dat van iemand weet, dan heb je de plicht als zorgverlener om meer bemoeizorg

te bieden in plaats van te wachten tot men met problemen komt.”

Dat sommige opvanginstellingen vinden dat je deze mensen zo volwassen mogelijk moet benaderen en dat ze hun eigen verantwoordelijkheid moeten nemen, begrijpt Starmans. “Tegelijk merk ik dat veel mensen dat niet meer kunnen. Hun systeem is door dakloosheid, verslaving en psychische problemen zo kwetsbaar en ingestort, dat er echt bemoeizorg nodig is. Niet voor allemaal, maar voor een aantal wel. Daar moeten we wat mij betreft actiever in zijn.” Starmans relateert het puur medische aspect voor de gezondheid van de dakloze mensen. “Meestal is een aanpak van hun problemen met financiën en huisvesting belangrijker. Pas dan krijgen de mensen weer wat veerkracht en ruimte voor hun gezondheid.”

Tot slot doet Starmans na zoveel jaren inzet voor de medische zorg voor dak- en thuislozen een oproep aan het Haags gemeentebestuur. “Ik hoop intens op een structurele en ruimere financiering, zodat we echt extra menskracht kunnen inzetten. Er is nu elke werkdag één verpleegkundige beschikbaar en één dag per week een huisarts. Met meer tijd kunnen we de mensen ook proactief en preventief bereiken zodat ze minder gezondheidsschade oplopen. Dat betekent een win-win-situatie voor zowel de dakloze medemens als voor de (Haagse) samenleving.”

Dhr. dr. R. (Richard) Starmans was tot 31-12-2021 huisarts Gezondheidscentrum Vaillantplein en Haagse straatdokter. Daarnaast is hij hospicearts voor het Jacobshospice, kaderhuisarts GGZ, palliatieve zorg en ouderengeneeskunde, senior-huisartsdocent huisartsopleiding LUMC en adviserend huisarts gezamenlijke Achterstandsfondsen.

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

OVER DE AUTEUR

Mw. E.M. van Dalen is onder andere eindredacteur van het Epidemiologisch Bulletin.



Opvang van dak- en thuislozen in Haagse hotels

Wat valt ervan te leren?

Plotseling waren de straten van Den Haag leeg in maart 2020, na de uitbraak van covid-19. Inwoners bleven thuis en hielden daarbuiten afstand van elkaar. Kwetsbare stadgenoten zónder vaste verblijfplaats konden niet langer met z'n allen terecht in de nachtopvang. De rijksoverheid besloot dat gemeenten dag- en nachtopvang moesten regelen voor álle dak- en thuislozen - ook voor mensen die officieel geen recht hadden op een plek. Snel realiseerde de gemeente Den Haag 24-uursopvang in hotels. De ervaringen daarmee zijn positief, zo wijst onderzoek van GGD Haaglanden uit.

Willy Francissen, Regina van der Meer, Robine Maat, Willemieke Ligtenberg, Ad van Dijk

“Een jonge man sliep maandenlang in een Haags park”, vertelt een casemanager van het Daklozenloket van de gemeente Den Haag. “Hij wilde naar geen enkele opvangvoorziening. Ondertussen ging hij zowel lichamelijk als geestelijk achteruit. Uiteindelijk konden we hem ervan overtuigen om naar hotel Teleport te gaan. Daar is hij enorm bijgekomen. Hij kan weer helder nadenken en zet stappen vooruit.”

Hotel Teleport is een van de Haagse hotels dat – vanwege de lockdown toch zonder klandizie – daklozen kon huisvesten. Dat was een grote verandering ten opzichte van de reguliere nachtopvang, waar cliënten alleen in de avond en nacht terecht konden, altijd op kamers voor meerdere personen. In de hotels verbleven de cliënten 24 uur per dag en kregen ze één-, twee- of vierpersoonskamers toegewezen.

De gemeente Den Haag streeft naar kleinschalige en kwalitatief goede opvang; slaapzalen zijn niet meer van deze tijd. Een van de in het onderzoek geraadpleegde professionals formuleerde het zo: “Als je

cliënten maar op een hoop gooit, onderhoudt dat hun problemen. Het is moeilijk hoor, om daar weer uit te komen.” De voormalige Haagse wethouder Van Alphen stelde in 2019 een Tienpuntenplan op om cliënten beter en op maat te begeleiden.¹ Kleinschaligheid en 24-uursopvang stonden hoog op zijn lijstje. Sindsdien is aan de Schenkweg (voormalig Sportlaan) een dergelijke voorziening gecreëerd. De ‘hotel-opvang’ tijdens de coronacrisis bood de afdeling Epidemiologie van de GGD Haaglanden een uitgelezen mogelijkheid om kleinschalige 24-uursopvang op meerdere locaties te onderzoeken (zie het kader). Het onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van de gemeente Den Haag.

Overigens hebben meerdere gemeenten vanwege de lockdown(s) tijdelijke hotelopvang aangeboden aan dak- en thuislozen: onder andere Groningen, Rotterdam, Haarlem, Utrecht, Ede, Amsterdam, Alkmaar, Zaanstad, Schiedam, Nissewaard. Er zijn ook al resultaten van ander onderzoek naar de gevolgen van covid-19 voor de zorg aan dak- en thuislozen.²



‘Hotelonderzoek’ van de afdeling Epidemiologie van de GGD Haaglanden

Doel van het onderzoek was de beantwoording van twee vragen:

1. Wat zijn de kenmerken van (nieuwe en bekende) cliënten in de hotels Bella Vista, Teleport en Andante?³
2. Wat kunnen we leren van de opvang van rechthebbende dak- en thuislozen in deze drie hotels voor toekomstige kleinschalige 24-uursvoorzieningen?

Voor het beantwoorden van de vragen verzamelden de onderzoekers zowel kwantitatieve gegevens (registratiegegevens van het Daklozenloket, De Kessler Stichting en het Leger des Heils) als kwalitatieve gegevens (via negen interviews met professionals en zes interviews met cliënten).

De conclusie van het onderzoek is vooral gebaseerd op uitspraken gedaan in het grote aantal interviews met de betrokkenen. Het onderzoek had betrekking op de periode juli 2020 tot maart 2021.

Conclusie: hotelopvang werkt goed, onder twee voorwaarden

De uitkomst van het onderzoek is dat de hotelopvang zowel voor de gemeente als voor de cliënten goed werkte. De gemeente wilde onder andere weten: werden de drie onderzochte hotels gebruikt door de beoogde doelgroep, namelijk dak- en thuislozen die recht hadden op opvang volgens de Wmo 2015 (anderen, zoals ongedocumenteerden en arbeidsmigranten werden opgevangen in andere hotels, bijvoorbeeld in het Stayokay Hostel Den Haag)? Het antwoord daarop is: ja. Alle tijdelijke bewoners van de drie hotels (gemiddeld 125 per maand in de onderzochte periode) hadden de opvang nodig én voldeden aan de Wmo-vereisten. Er is in deze periode in de drie hotels geen extra toestroom geweest van mensen die er eigenlijk niet hoorden. Voor de meeste cliënten werkte de opvang goed, omdat de hotelkamers rust boden en daarmee perspectief, precies zoals in het voorbeeld hierboven van de casemanager van het Daklozenloket. Betrokken professionals verwachtten dat cliënten daardoor sneller stappen konden zetten op andere leefgebieden. Wel blijkt uit het onderzoek dat de opvang daarvoor aan twee voorwaarden moet voldoen. Er is behoefte aan passende begeleiding op de locatie zelf én aan specifieke faciliteiten, zoals een ontmoetingsruimte voor cliënten en een werkruimte voor begeleiders. Uit een onderzoek naar de opvangvoorziening aan de Sportlaan/Schenkweg komen vergelijkbare bevindingen.⁴

Hotelopvang werkt goed: geen ‘nieuwe’ instroom, wel rust voor cliënten

Om met het eerste punt te beginnen: de drie hotels hebben dak- en thuislozen opgevangen die hiervoor in aanmerking kwamen (dakloos, binding met de gemeente).⁵ Er lijkt geen sprake te zijn van een ‘nieuwe’ instroom, bijvoorbeeld vanuit andere steden. Wel was er een verhoogde vraag naar opvangplekken, maar daar waren deels corona-gerelateerde oorzaken voor. Zo werden ook dak- en thuislozen opgevangen die eerder óf geen plek hadden (deels de enorm toegenomen ‘wachtlIJstgroep’) óf die voorheen in hun eigen netwerk verbleven, maar daar door de pandemie niet meer terecht konden. De geïnterviewde professionals gaven aan dat Den Haag al langer een gebrek aan opvangcapaciteit heeft voor de dak- en thuislozen. De onderzoekrapportage bevat een uitgebreide beschrijving van de cliënten in de drie hotels en ook van de hotels zelf.

Het tweede punt dat duidelijk uit het onderzoek naar voren kwam, was dat de hotelkamers de cliënten rust en privacy gaven. Betrokken professionals zagen hen opbloeien; in de eenpersoonskamers sterker dan in de twee- of meerpersoonskamers. Een cliënt zei daarover zelf: “Als je alleen bent, en je bent rustig, dan is je probleem weg. Maar met je collega naast je, dan moet je praten, en dan komen de problemen bij elkaar. Dan slaap je met twee problemen. Dat staat niet lekker op ‘s ochtends.” De kleine kamers met eigen sanitair en een (gedeeld) keukentje gaven de



cliënten ook enige verantwoordelijkheid, bijvoorbeeld om te koken. Tot slot was er rust bij dak- en thuislozen doordat ze vrijwel altijd een plek konden krijgen - een groot verschil met de periode vóór corona. Dat nam veel stress weg.

De twee voorwaarden die succes vergroten: begeleiding en faciliteiten

Succesvolle kleinschalige 24-uursopvang moet wel, als gezegd, aan twee voorwaarden voldoen. De eerste is dat er op de locatie permanente begeleiding aanwezig is, naast beveiliging. Dat was in twee van de drie onderzochte hotels het geval, in het derde was er alleen beveiliging. Professionals vinden dit laatste onwenselijk. Zonder woonbegeleiding en persoonlijke begeleiding kunnen ze zich geen compleet beeld vormen van hoe cliënten zich in het dagelijks leven gedragen. Dat is wel nodig om cliënten (verder) op weg te helpen naar zelfstandig of beschermd wonen of naar andere vormen van opvang. Daarnaast moeten de beveiligers duidelijke rollen en taken krijgen, en liefst een training in de omgang met de doelgroep. Er waren signalen dat sommige beveiligers de cliënten negatief bejegenden.

Verder bleek de aanpak van (interne) overlast te verschillen: in de twee hotels mét begeleiding werden relatief minder mensen geschorst en kwam de sanctie 'einde verblijf' minder vaak voor. Overigens moeten voor een goede begeleiding de registratie en intake van cliënten op orde zijn. Dat was het geval vanaf de zomer 2020 - na een wat chaotische start door de snelheid waarmee de opvang georganiseerd moest worden.

De tweede voorwaarde voor succesvolle kleinschalige opvang is dat de locatie enkele specifieke faciliteiten of kenmerken heeft. In de interviews werden genoemd: een ontmoetingsruimte voor cliënten, afsluitbare werkkamers voor begeleiders, eten van voldoende kwaliteit en een afstand tot het centrum die te overbruggen is zonder fiets of openbaar vervoer.

Hoe nu verder: kan Den Haag de kleinschaligheid, 24-uur en rust voor cliënten behouden?

De hotels zijn inmiddels bijna allemaal gesloten, andersoortige opvangplekken kwamen ervoor in de plaats. Het hotelonderzoek laat zien, samen met het eerdergenoemde Sportlaanonderzoek, dat kleinschalige 24-uursopvang mét goede begeleiding de cliënten perspectief biedt op herstel. De gemeente Den Haag bekijkt samen met alle betrokkenen welke mogelijkheden er zijn voor de toekomst. Daarbij zal men ook de resultaten betrekken van een nog lopend GGD-onderzoek naar de zogenoemde Permanente winteropvang. Hoe dan ook is opvang een tijdelijke oplossing. Uiteindelijk is het doel dat cliënten zo veel mogelijk uitstromen naar zelfstandige huisvesting in een reguliere woning. De gemeente Den Haag zet hierop in door woonplekken te realiseren voor ex-clieënten in het voormalige zorgcomplex het Willem Dreeshuis en aan de Henry Faasdreef.

Het rapport *Opvang van dak- en thuislozen in Haagse Hotels*⁶ (GGD Haaglanden, december 2021) is te vinden via <https://www.ggdhaaglanden.nl/publicatie/opvang-van-dak-en-thuislozen-in-haagse-hotels/>

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



OVER DE AUTEURS

Mw. drs. W. Francissen, tekstschrijver, -trainer en -adviseur

Mw. drs. R.M. van der Meer, onderzoeker en epidemioloog, afdeling Epidemiologie, GGD Haaglanden

Mw. R. Maat, MSc., epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie, GGD Haaglanden

Mw. W. Ligtenberg, MSc., epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie, GGD Haaglanden

Dhr. drs. A. van Dijk, epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie, GGD Haaglanden

E-mail: regina.vandermeer@ggdhaaglanden.nl

DANKWOORD

De auteurs danken al degenen die het onderzoek mede mogelijk maakten: de cliënten, het Daklozenloket, de Kessler Stichting, het Leger des Heils, professionals van de hotels en de gemeente Den Haag.

REFERENTIES

- 1 Gerrits N, Meer R van der, Gorsel C van, Dekkers C. **Dakloos in Den Haag**. Epidemiologisch Bulletin 2019, 54(4): 4-10.
- 2 Onder meer van het Trimbos-instituut, de Nederlandse Straatdokters Groep en quick scans van organisaties voor maatschappelijke opvang in Amsterdam, Utrecht en Limburg. Zie voor meer informatie: [Werkplaatsen-Sociaal-Domein-Magazine-mrt-2021.pdf](https://www.werkplaatsensociaal-domein.nl/publicatie/werkplaatsensociaal-domein-mrt-2021.pdf) ([werkplaatsensociaal-domein.nl](https://www.werkplaatsensociaal-domein.nl)). De opsomming van gemeenten met hotelopvang voor dak- en thuislozen komt deels uit deze bronnen en deels uit persoonlijke contacten van de GGD-onderzoekers met gemeenten – vooral de G4
- 3 Van de vijf hotels zijn er drie uitgekozen om te onderzoeken welke mensen erin verblijven. Dit vooral met het oog op toekomstige kleinschalige, 24-uursopvang voor dak- en thuislozen. De drie hotels waren bedoeld voor mensen die er voor in aanmerking kwamen volgens de Wmo 2015. Het onderzoek moest aantonen of ze daadwerkelijk door deze doelgroep werden gebruikt.
- 4 Maat R, Ligtenberg W, Meer R van der. **Evaluatie dak- en thuislozenopvang Sportlaan. Onderzoek naar ervaringen van cliënten, professionals en buurtbewoners en de uitstroom van cliënten**. (GGD Haaglanden, juni 2021). <https://www.ggdhaaglanden.nl/publicatie/evaluatie-dak-en-thuislozenopvang-sportlaan/>
- 5 Het is niet mogelijk om precies aantal het dak- en thuislozen in Den Haag aan te geven. Een indicatie hiervoor is het aantal aanmeldingen bij het Daklozenloket. In 2020 waren er 3420 aanmeldingen van unieke personen. (Gegevens Daklozenloket).
- 6 Ligtenberg W, Maat R, Dijk A van, Meer R van der. **Opvang van dak- en thuislozen in Haagse Hotels. Wat valt te leren van kleinschalige 24-uursopvang ten tijde van de coronacrisis?** (GGD Haaglanden, december 2021), hoofdstuk 1 en bijlage 2.



Is geïntegreerd behandelen van dubbele problematiek de toekomst?

Niet zelden is bij zowel GGZ- als verslavingszorgpatiënten sprake van een dubbele diagnose. Dit betekent dat zij te maken hebben met een combinatie van verslaving en andere psychiatrische problematiek. Hoewel het verbetert, vindt behandeling van beide diagnoses nog vaak gescheiden plaats: hetzij tegelijkertijd, hetzij op elkaar aansluitend. Onderstaand artikel laat zien tot welke problematiek een dubbele diagnose kan leiden. De daarbij beschreven geïntegreerde behandelmethode gaat gepaard met een pleidooi om de positieve effecten ervan met wetenschappelijk onderzoek te onderbouwen.

Arjen Neven

Inleiding

In de GGZ wordt gesproken van een dubbele diagnose als er zowel sprake is van verslaving als van andere psychiatrische problematiek. Van oudsher is de zorg voor patiënten met een dubbele diagnose gescheiden: patiënten met een verslaving worden in de verslavingszorg behandeld en patiënten met andere psychiatrische problemen in de GGZ. Hoewel dit in de loop van de tijd is verbeterd, vindt ook tegenwoordig behandeling nog vaak gescheiden plaats, waarbij patiënten tegelijkertijd binnen de verslavingszorg en de GGZ worden behandeld (parallele behandeling) of deze behandelingen na elkaar plaatsvinden (sequentiële behandeling).¹ Het gezamenlijk vóórkomen van verslaving en andere psychiatrische problemen is niet zeldzaam. Grofweg de helft van de patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis in behandeling bij de GGZ heeft ook een verslaving en 60-80% van de patiënten in de verslavingszorg heeft ook andere psychiatrische problemen.^{2,3} (zie kader 1 op pagina 13) Uit verschillende studies blijkt dat beide problemen

elkaar onderling negatief beïnvloeden en dat dubbele diagnose vaak samengaat met sociaal maatschappelijke problemen, justitiële problemen en somatische ziekten.⁴ Onderstaande geïntegreerde behandelmethode kan effectief zijn voor patiënten met een dubbele diagnose.

Casus

Pieter is 38 jaar en is verslaafd aan alcohol en cocaïne. Hij gebruikt deze middelen met als doel zich minder somber te voelen. Antidepressieve medicatie heeft weinig effect. Hij is al meermaals opgenomen geweest in verband van detoxificatie van deze middelen, maar vertrok bijna altijd voortijdig uit de kliniek, omdat hij zich niet begrepen voelde. Ambulant kwam hij niet op zijn afspraken, waardoor diagnostiek en behandeling niet van de grond kwamen en daardoor niet duidelijk werd welke onderliggende mechanismen speelden bij het in standhouden van zijn verslaving.



Kader 1: Combinaties van dubbele problematiek

Een veel voorkomende combinatie van zowel verslaving als andere psychiatrische stoornissen is schizofrenie en cannabisgebruik. Daarnaast gebruiken patiënten met schizofrenie vaker andere drugs en alcohol en roken ze vaker dan de algemene populatie. Verder komt de combinatie posttraumatische stressstoornis (PTSS) en middelengebruik vaak voor, vooral middelen die de PTSS-symptomen dempen, zoals alcohol en cannabis. Cocaïne- en amfetaminegebruik komt vaker voor bij ADHD vanwege het rustgevend effect van deze middelen. Ook cannabis wordt vaak gebruikt door patiënten met ADHD. Hoe vaak een dubbele diagnose voorkomt, is niet goed bekend. Exacte cijfers voor de Nederlandse of Haaglandse situatie ontbreken.

Kader 2: Fivoor

Fivoor is een GGZ-instelling voor forensische en intensieve psychiatrische zorg. Klinieken van Fivoor bevinden zich in Den Dolder, Poortugaal en Den Haag. In Den Haag gaat het om de klinieken Centrum Intensieve Behandeling (CIB), de Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA) en het Centrum Dubbele Problematiek (CDP). Het CDP valt onder de zogenaamde intensieve tak van Fivoor: de meeste opnames zijn in vrijwillig kader. Wel worden patiënten verplicht opgenomen in het kader van de Wet Verplichte GGZ en hooguit in uitzonderlijke gevallen worden patiënten met een forensische titel vanuit het strafrecht, zoals een voorwaardelijke veroordeling, behandeld op het CDP. Naast de verschillende klinieken heeft Fivoor diverse Ambulante Centra voor forensische patiënten die ambulantly behandeld worden. Eén van deze centra is gesitueerd in Den Haag.

Geïntegreerd behandelen

In het algemeen wordt aangenomen dat het tegelijkertijd en in samenhang behandelen van beide stoornissen de voorkeur heeft boven een parallelle of sequentiële behandeling.^{5,6} Een methode die hierbij gebruikt wordt is Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT); geïntegreerd behandelen van dubbele diagnose. Het IDDT-model is een samenvoeging van verschillende onderdelen van behandelingen uit de verslavingszorg en GGZ met als kern dat zowel de verslaving als andere psychiatrische problematiek binnen één team behandeld wordt. IDDT is breder dan deze gezamenlijke aanpak en bestaat uit verschillende onderdelen die allemaal moeten worden aangeboden om IDDT modelgetrouw toe te passen (tabel 1).⁷ Het Centrum Dubbele Problematiek (CDP) van Fivoor in Den Haag biedt alle patiënten de IDDT behandeling (zie kader 2). Het CDP is lid van het Landelijk Expertise- en implementatiecentrum Dubbele Diagnose (LEDD) van het Trimbos-Instituut. Bij het LEDD zijn verschillende GGZ-instellingen aangesloten die patiënten volgens IDDT behandelen. Er zijn geen cijfers bekend, maar in het algemeen wordt aangenomen dat een geïntegreerde aanpak volgens IDDT in een minderheid van de gevallen plaatsvindt.

Een belangrijk onderdeel van IDDT is fasegerichte behandeling. Dit betekent dat wordt aangesloten bij de fase van motivatie van de patiënt. Als de patiënt

Tabel 1: de verschillende elementen van IDDT.

1a	Multidisciplinair team
1b	Geïntegreerde verslavingsspecialist
2	Fasegerichte behandeling
3	Toegang tot dubbele diagnose behandelvoorzieningen
4	Behandelaanbod ongelimiteerd in tijd
5	Outreachinge zorg
6	Motiverende gespreksvoering
7	Cognitieve gedragstherapie
8	Dubbele diagnose groepsaanbod
9	Familie psycho-educatie over dubbele diagnose
10	Zelfhulpgroepen
11	Farmacologische behandeling
12	Gezondheidsbevorderende interventies
13	Secundaire Interventies voor verslavingsbehandeling bij non-responders

onvoldoende motivatie heeft om bijvoorbeeld te stoppen met drugsgebruik en als dit hardnekkig blijkt, zal dit zoveel mogelijk geaccepteerd moeten worden. Het overtuigen te stoppen met drugs zou contraproductief kunnen werken en kunnen leiden tot het stopzetten van de behandeling door de patiënt, omdat hij zich niet begrepen voelt. Wel kan geprobeerd worden aan te sluiten bij de wensen van de patiënt door hem bijvoorbeeld te helpen met zijn psychische problemen, geld- of huisvestingsproblemen of zijn somatische ziekten te behandelen.



Mochten er te grote gevaren ontstaan, dan kan worden ingegrepen door bijvoorbeeld een verplichte opname in het kader van de Wet Verplichte GGZ, maar zoals gesteld bestaat er het risico dat de motivatie van de patiënt niet verbetert of zelfs verslechtert. Motiverende gespreksvoering kan patiënten verleiden een volgende stap te maken in hun behandeling. Als de patiënt er aan toe is, kunnen cognitieve gedragstherapie en zelfhulpgroepen onder leiding van een ervaringsdeskundige helpen te minderen of te stoppen met middelen.

Vervolg casus

Pieter wordt opgenomen op het Centrum Dubbele Problematiek (CDP). Tijdens de opname wordt de diagnose autisme gesteld. Hiervoor krijgt hij psycho-educatie, waardoor hij meer inzicht krijgt in zijn eigen gevoelens en hoe hij op anderen overkomt en waardoor hij minder snel wordt overvallen door onverwachte gebeurtenissen. In de loop van de ambulante behandeling blijkt dat hij ook los van cocaïnegebruik psychotische symptomen heeft. Deze worden door antipsychotische medicatie minder. Pieter volgt cognitieve gedragstherapie in groepsverband. Hij krijgt hierdoor meer inzicht in zijn verslavingsgevoeligheid. Hij leert bijvoorbeeld dat de kans op terugval vooral verhoogd is als hij ruzie heeft met andere mensen. Ook leert hij dat deze ruzies en stress zijn achterdochtige gedachten kunnen versterken. Pieter heeft door de therapie geleerd zijn achterdochtige gedachten wat meer te relativiseren en te toetsen bij mensen die hij vertrouwt. Hij wordt daarnaast ingesteld op disulfiram, een medicijn wat kan helpen te stoppen met alcohol.

Na vier jaar wordt de antidepressieve en antipsychotische medicatie geleidelijk afgebouwd. Pieter valt nog maximaal één keer per jaar terug in alcoholgebruik. Hij heeft een eigen woning met woonbegeleiding, doet vrijwilligerswerk en heeft goed contact met zijn familie.

Bij Pieter werden de verschillende problemen vanuit één team behandeld, waardoor er meer zicht kwam op de interactie tussen zijn verslaving en andere psychische problemen. In de cognitieve gedragstherapie werd hier specifiek op ingegaan, waarbij inzicht in de interactie tussen stress, trek in drugs, psychosegevoeligheid en het gebruik van drugs Pieter

leerde hoe hij het beste deze cirkel kon doorbreken. De overgang van kliniek naar ambulante verliep vloeierend, doordat dezelfde behandelaren betrokken bleven en de ingezette behandelingen voortgezet werden.

Wetenschappelijk bewijs

Alhoewel de verschillende elementen van IDDT (tabel 1 op pagina 13) in onderzoek effectief bleken, is er opvallend weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de effectiviteit van IDDT als volledig model.⁶ In het overzichtsartikel van Neven e.a. (2018) werden zes oorspronkelijke artikelen geïnccludeerd en werden slechts aanwijzingen voor effectiviteit op sociaal-maatschappelijk gebied gevonden.⁶ Van Wamel e.a. (2021) onderzochten welke elementen van IDDT patiënten als waardevol beschouwen.⁸ Daaruit bleek dat patiënten met name een vertrouwensband en betekenisvolle relatie met het team, de combinatie van behandelonderdelen en de organisatie van de zorg (waaronder maatwerk en continuïteit) als waardevol benoemen.

Ook de Richtlijn Dubbele Diagnose uit 2008 bepleit het toepassen van geïntegreerd behandelen. Een hoofdstuk gaat speciaal over de implementatie hiervan. Daarnaast wordt de nadruk gelegd op de organisatie van de zorg voor deze groep.⁹ Volgens deze richtlijn zijn goede afspraken met verschillende organisaties, zoals bijvoorbeeld de gemeente en de begeleide woonvormen, noodzakelijk om deze patiëntengroep adequaat te behandelen.

IDDT lijkt in de praktijk een waardevolle methode in de behandeling van patiënten met een dubbele diagnose. Meer onderzoek is echter nodig om de effectiviteit van het volledige model aan te tonen.

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

OVER DE AUTEUR

Dhr. Drs. A. Neven is psychiater Centrum Dubbele Problematiek en stage opleider Fivoor.
E-mail: a.neven@fivoor.nl



REFERENTIES

- 1 Petersen E, Thurang A & Berman AH. **Staff experiences of encountering and treating outpatients with substance use disorder in the psychiatric context: a qualitative study.** ADDICT Sci Clin Pract 2021;16(29):1-11.
- 2 Dom G, Dijkhuizen A, Hoorn B van der, Kroon, H, Muusse C, Rooijen S van, et al. **Handboek dubbele diagnose.** Utrecht: De Tijdstroom; 2013.
- 3 National Institute of Drug Abuse (NIDA). **Common Comorbidities with Substance Use Disorders Research Report,** 2020.
- 4 Hakobyan S, Vazirian S, Lee-Cheong S, Krausz M, Honer WG & Schutz CG. **Concurrent Disorder Management Guidelines. Systematic Review.** Journal of Clinical Medicine. 2020;9(8):2406.
- 5 Mueser KT, Noordsy DL, Drake RE & Fox L. **Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice.** New York: Guilford Press; 2013.
- 6 Neven A, Kool N, Bonebakker A & Mulder CL. **Geïntegreerd behandelen van patiënten met dubbele diagnose met integrated dual diagnosis treatment (IDDT): systematische literatuurstudie.** Tijdschrift voor Psychiatrie 2018;60(4):231-240.
- 7 Drake RE, O'Neil EL & Wallach MA. **A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders.** J Subst Ab Treatm 2008;34(1):123-138.
- 8 Wamel van A, Lempens A & Neven A. **Integrated treatment of dual diagnosis in The Netherlands: a qualitative study of client experiences.** Advances in Dual Diagnosis 2021 online voorpublicatie.
- 9 Richtlijn Dubbele Diagnose, 2008. Raadplegen via www.ggzstandaarden.nl.



E-health en digitale ongelijkheid: voorkom toename van gezondheidsverschillen

E-health speelt een steeds belangrijkere rol in onze digitaliserende samenleving. Velen hebben er profijt van, maar vooral kwetsbare groepen kost het vaak moeite om het te gebruiken. Dit beperkt niet alleen hun toegang tot de gezondheidszorg, ook missen ze de (gezondheids)voordelen van e-health. Wanneer de toegankelijkheid van e-health voor deze kwetsbare groepen niet verbetert, zullen gezondheidsverschillen alleen maar toenemen. Dit artikel geeft een beeld van de huidige e-health achterstanden en doet suggesties om deze te verkleinen.

Marjolein Donker en Janine Vervoordeldonk

Steeds meer e-health tijdens coronapandemie

In de afgelopen twee jaar zijn steeds meer e-health-toepassingen in de gezondheidszorg geïmplementeerd. De app 'Ommetje lopen' van de Hersenstichting, een stimulans om vaker te wandelen, werd enorm populair tijdens de coronacrisis en is meer dan een miljoen keer gedownload. Daarnaast zijn in korte tijd apps als de CoronaMelder en de CoronaCheck app ontwikkeld. De overheid is van plan vaker gezondheidsapps in te zetten in het kader van infectieziektebestrijding of bevolkingsonderzoeken.¹ Een afspraak maken voor een coronavaccinatie moest bij voorkeur online plaatsvinden, waarbij digitale vaardigheden en een DigiD vereist waren. In 2021 had de helft van de artsen en verpleegkundigen via videobellen contact met een patiënt of naaste, en werd er zo zorg op afstand geboden. Dit kwam in 2019 nog nauwelijks voor.²

Belang en voordelen van e-health

Om de zorg betaalbaar te houden en aan te sluiten bij de veranderende zorgbehoeften, zal e-health de komende jaren een steeds grotere rol gaan spelen. Ook een aantal voordelen van e-health ten opzichte van reguliere zorg maken het tot een belangrijk middel om de kwaliteit, efficiëntie en toegankelijkheid van de zorg op peil te houden.⁵ Pluspunten zijn bijvoorbeeld het grote bereik (met één app kunnen duizenden burgers bereikt worden), de plaats- en tijdonafhankelijkheid (24 uur per dag beschikbaar, vanuit huis), de lage kosten, anonimiteit (voor preventie, vaak niet voor zorg), toegankelijkheid (geen afspraak/verwijzing nodig), geen afstand of reistijd (bij bezoek aan arts/specialist).⁵



E-health: alle digitale informatie en communicatie op het gebied van gezondheid

E-health is de toepassing van zowel digitale informatie als communicatie om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren.³ Verschillende toepassingen van e-health zijn in te zetten binnen de gezondheidszorg, van (primaire) preventie tot behandeling en langdurige zorg. Er zijn verschillende soorten toepassingen van e-health:

1. Het verkrijgen van kennis over en inzicht in eigen gezondheid; denk aan het zoeken en bijhouden van gezondheidsinformatie over gezonde leefstijl, symptomen, ziekte, behandeling en het monitoren van gezondheidsinformatie (handmatig of via een tracker/smartwatch).
2. Te gebruiken als steun in de communicatie tussen zorggebruiker en zorgverlener; zoals bij het maken van een afspraak, herinnering voor afspraak, herhaalrecepten opvragen, patiënten portaal.

3. Het krijgen van een behandeling en diagnostiek zonder fysieke afspraak; bijvoorbeeld met een online consult, zelfhulpprogramma, zelftesten.
4. Het ontvangen van ondersteuning of zorg op afstand; waaronder telemonitoring bij chronische zieke patiënten.

Een artikel in het Epidemiologisch Bulletin in 2017 over e-health ging met name over e-health-toepassingen in de eerste categorie.⁴ De afgelopen jaren zijn de toepassingen binnen de tweede, derde en vierde categorie steeds meer geïmplementeerd; de coronapandemie heeft dit een extra impuls gegeven.²

Kwetsbare groepen hebben vaak onvoldoende vaardigheden om e-health te gebruiken

Hoewel het gebruik van e-health de afgelopen jaren is toegenomen, blijven kwetsbare groepen zoals ouderen en lager opgeleiden achter.^{2,6} Voor deze groepen is e-health niet of onvoldoende toegankelijk, doordat zij (een deel van) de vaardigheden missen om e-health te gebruiken.⁵ Dit geldt vooral voor ouderen, lager opgeleiden, chronisch zieken, mensen met een migratieachtergrond en mensen met lichamelijke of geestelijke beperkingen. Deze mensen hebben bijvoorbeeld te weinig taal-, gezondheids- en/of digitale vaardigheden of hebben functionele beperkingen. Bovendien is bekend dat deze vaardigheden vaak clusteren, waardoor een deel van de mensen moeite heeft met meerdere vaardigheden.⁷

1. Taalvaardigheden/laaggeletterden

Mensen met beperkte taalvaardigheden worden ook wel laaggeletterden genoemd. Zij hebben moeite met lezen en schrijven en/of rekenen. In Nederland zijn ongeveer 2,5 miljoen mensen laaggeletterd, 25% van de bevolking is onvoldoende geletterd.⁷

2. Gezondheidsvaardigheden

Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben moeite om (digitale) informatie over hun gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en deze informatie toe te passen, bijvoorbeeld

bij het nemen van beslissingen. Denk hierbij aan het lezen van instructies voor medicijngebruik, een gesprek met de (huis)arts of behandeling in het ziekenhuis. Ongeveer een op de drie Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden (36%).⁷ In 2020 beschreef een artikel in het Epidemiologisch Bulletin gezondheidsvaardigheden als 'de uitdaging voor publieke gezondheid'.⁸

3. Digitale vaardigheden

Digitale vaardigheden zijn nodig om gebruik te kunnen maken van bijvoorbeeld een computer, laptop, tablet en smartphone. Om online de juiste (gezondheids)informatie te vinden, apps te downloaden of gebruik te maken van beeldbellen via het internet zijn ook digitale vaardigheden op het gebied van informatie en communicatie vereist. In Den Haag gebruikt 75% van de inwoners het internet voor het opzoeken van medische informatie.⁹ Terwijl 96% van de Nederlandse huishoudens thuis internet heeft en 88% het dagelijks gebruikt, haalt ruim 20% van de Nederlanders tussen de 16 en 65 jaar het basisniveau voor digitale vaardigheden echter niet.¹⁰ Wanneer verder gekeken wordt dan basisvaardigheden, blijkt dat ruim vijf miljoen volwassen Nederlanders niet mediawijs zijn en moeite hebben om bewust, kritisch en actief om te gaan met digitale media.¹¹



4. Functionele vaardigheden/beperkingen

Mensen met auditieve of visuele beperkingen (zoals doof, slechthorend, blind, slechthorend of kleurenblind), en mensen met autisme, dyslexie of een kort werkgeheugen, kunnen vastlopen met het gebruik van e-health. Ook zijn er mensen die door een motorische beperking, trillen of andere reden geen muis of touchscreen kunnen gebruiken en op een fysiek toetsenbord of andere apparatuur zijn aangewezen. In Nederland hebben meer dan twee miljoen mensen een beperking waardoor ze problemen kunnen ervaren bij het gebruik van digitale toepassingen in het algemeen en e-health in het bijzonder.¹² In de regio Haaglanden geeft 16,5% van de inwoners van 18 jaar en ouder aan functionele beperkingen te hebben; 5% heeft gehoorbeperkingen, 6,8% heeft visuele beperkingen.¹³

Maak e-health toegankelijk voor kwetsbare groepen

Zoals eerder gesteld: vooral ouderen, lager opgeleiden, chronisch zieken, mensen met een migratieachtergrond en mensen met lichamelijke, functionele of geestelijke beperkingen kunnen moeite hebben met het gebruik van e-health. Opvallend is dat bovenstaande groepen met beperkte vaardigheden vaak ook een slechtere (ervaren) gezondheid hebben, en het juist voor deze groepen belangrijk is om de gezondheid te verbeteren.⁵

Om gelijke kansen op een goede gezondheid te creëren, móét e-health voor iedereen toegankelijk zijn.

E-health kan helpen om het gezondheidspotentieel van deze kwetsbare groepen optimaal te benutten en gezondheidswinst te behalen.⁵ Daarnaast biedt e-health bij uitstek mogelijkheden om informatie op een duidelijke manier over te brengen, informatie op maat te bieden (persoonsgericht), gebruik te maken van ondersteunde beelden (combinatie van beeld en geluid) en om informatie te herhalen. Ook spraakherkenning, een voorleesfunctie/schermlezer en gedoseerde informatie zijn voordelen van e-health die voor deze kwetsbare groepen zeer nuttig kunnen zijn.¹⁴

Om gelijke kansen op een goede gezondheid te creëren, móét e-health voor iedereen toegankelijk zijn. Als dat niet het geval is, zullen kwetsbare

groepen door het gebrek aan vaardigheden geen of minder voordeel hebben van e-health-toepassingen dan de gezondere mensen. Deze digitale ongelijkheid draagt dan bij aan het vergroten van de gezondheidsverschillen.

Aandachtspunten en voorbeelden om e-health toegankelijker te maken

Er zijn uiteenlopende aandachtspunten en tips om de toegankelijkheid van e-health-toepassingen voor eerder genoemde kwetsbare groepen te verbeteren. Ook diverse websites en checklists kunnen hierbij helpen, zie het kader op pagina 20. Een belangrijke voorwaarde hierbij is dat mensen beschikken over apparatuur en faciliteiten om e-health te gebruiken, zoals een smartphone of tablet met internet. Dat is niet altijd het geval. Zo had in 2018 13% van de Nederlanders geen smartphone in bezit, van de 75+ers heeft 1 op de 5 geen toegang tot internet thuis.^{15,16}

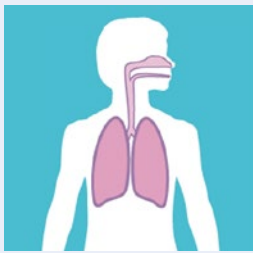
Voor wie werkt aan de ontwikkeling van e-health-toepassingen, is het van belang zich in de doelgroep te verdiepen; co-creatie is een mooie manier om samen met de doelgroep een toepassing te ontwikkelen. Advies is daarbij een behoeftepeiling en gebruikerstest uit te voeren.

Qua inhoud (tekst en beeld) en vorm zijn er eenvoudige opties om de toegankelijkheid en gebruiksvriendelijkheid van e-health-toepassingen te verbeteren. Deze punten, gebaseerd op de Checklist Toegankelijke informatie van Pharos en ervaringen binnen de GGD AppStore, zijn:

- **Tekst:** gebruik eenvoudige tekst, heldere opmaak van tekst met kopjes, pas de verhaalvorm toe en beperk de hoeveelheid informatie tot kernpunten. Zoals woorden op A2/B1 niveau, een duidelijk en schreefloos lettertype (Arial, Calibri of Verdana, dit zijn lettertypes zonder dunne dwarsstreepjes aan het uiteinde van een letter), zinnen links uitlijnen, vermijd spreekwoorden en woorden uit een andere taal.
- **Beeld:** eenvoudige afbeeldingen/foto's/pictogrammen, sluit aan bij leefwereld van gebruiker, zorg voor samenhang tussen tekst en beeld. Let bijvoorbeeld op waarheidsgetrouwe kleuren en vermijd afleidende details.
- **Vorm:** eenvoudige navigatie, voorleesfunctie, instructiefilmpje, zoekfunctie. Zorg voor duidelijke knoppen en kaders, eenvoudig menu's en de mogelijkheid om offline te gebruiken.



Aandachtspunten en voorbeelden om e-health toegankelijker te maken



(bron: huisarts-migrant.nl)



(bron: hyperventilatie.eu)

Twee afbeeldingen van longen.

De linker afbeelding heeft waarheidsgetrouwe kleuren en geeft context over waar de longen zich in het lichaam bevinden, waardoor deze beter is om te gebruiken. Bij de rechter afbeelding ontbreekt de context en zijn de kleuren niet waarheidsgetrouw, waardoor het niet voor iedereen duidelijk is dat dit longen zijn.



In deze screenshots van twee verschillende apps vallen de volgende punten op:

Links: Het woord zoeken heeft een lettertype met schreef wat minder duidelijk is, de tekst in de zoekbalk heeft een laag contrast, er is geen terugknop en er wordt een Engelse term gebruikt (TAG).

Rechts: Duidelijk lettertype en voldoende contrast, ondersteunende iconen die passen bij de tekst, er is een terugknop en een knop voor extra uitleg bij de pagina (linksboven)

Veel van deze aandachtspunten zijn sowieso zeer nuttig om (gezondheids)informatie over te brengen naar verschillende doelgroepen. Denk aan gezondheidsbevordering/preventie, uitnodiging voor een afspraak, zowel in de eerstelijnszorg als in de publieke gezondheidszorg (zoals uitnodiging voor vaccinaties). Uit onderzoek blijkt bovendien dat informatie die duidelijk is voor groepen met verminderde vaardigheden, ook bijdraagt aan beter begrip en gebruikersgemak van doelgroepen die wel voldoende vaardigheden hebben.¹⁷

De genoemde punten liggen aan de kant van de ontwikkelaar/zorgverlener om de toegankelijkheid van e-health toepassingen op een eenvoudige manier te verbeteren. Om het gebruik van e-health aan de kant van de gebruiker te stimuleren, kan er ook gedacht worden aan het vergroten van de vaardigheden bij kwetsbare groepen, zoals een training in digitale vaardigheden of Taalschool. Dit valt echter buiten de reikwijdte van dit artikel.

Tot slot: het is goed te beseffen dat het toegankelijker maken van e-health er niet voor gaat zorgen dat de gezondheidsverschillen verdwijnen. Het kan echter wel bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsverschillen, of deze in ieder geval niet verder laten toenemen.

Conclusie

Voor mensen met weinig taal-, gezondheids- en/of digitale vaardigheden en mensen met functionele beperkingen is e-health niet altijd toegankelijk.

Wanneer de toegankelijkheid van e-health geen aandacht krijgt, zal dit leiden tot toename van gezondheidsverschillen. Dit kan worden verbeterd door bij de ontwikkeling van e-health-toepassingen de doelgroep actief te betrekken en rekening te houden met de aandachtspunten ten aanzien van inhoud en vorm.

Op die manier zal de digitale ongelijkheid op het gebied van e-health afnemen en bijdragen aan gelijke kansen op een goede gezondheid.



Websites en checklists om toegankelijkheid van e-health te verbeteren

■ De **GGD AppStore** geeft een overzicht van **relevante, betrouwbare en gebruiksvriendelijke gezondheidsapps en websites** en is een website van alle 25 GGD'en en GGD GHOR Nederland. Apps en websites worden aanbevolen als ze voldoen aan de criteria voor gebruiksvriendelijkheid, privacy, betrouwbaarheid en onderbouwing. Binnen het toetsingskader is er ook aandacht voor de toegankelijkheid van apps voor de verschillende kwetsbare groepen, zoals laaggeletterden (zoals: worden er geen moeilijke woorden gebruikt/taalniveau, worden beelden gebruikt ter ondersteuning van de inhoud), mensen met beperkte digitale vaardigheden (is het bijvoorbeeld duidelijk hoe je binnen de app moet navigeren, waar je op kan klikken (buttons) en mensen met functionele beperkingen (zoals of het scherm meedraait en video's worden ondertiteld).

■ Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), directie Publieke gezondheid heeft het National e-healthLiving Lab (NeLL) gevraagd om in samenwerking met veldpartijen (waaronder de GGD AppStore) te komen tot één breed gedragen **landelijk toetsingskader voor gezondheidsapps**. Dit toetsingskader heeft als basis de internationale norm voor toetsing van gezondheidsapps (CEN-ISO/DTS 82304-2 (CEN-ISO)), uitgebreid met criteria toegespitst op de Nederlandse situatie. Het doel is om met diverse partners (zoals NeLL, GGD AppStore, GGZ appwijzer, Thuisarts.nl, Patiëntenfederatie) een **landelijke bibliotheek voor gezondheidsapps** op te zetten. Hierin komen zowel medische apps die gebruikt worden bij behandeling als leefstijl-consumenten apps. Het doel is om preventie en publieke gezondheid ook heel herkenbaar te borgen in deze centrale app bibliotheek. Het verschil in zwaarte van toetsing, label en keurmerk zal zichtbaar worden voor de verschillende soorten apps.

■ De **Checklist Toegankelijke informatie** van Pharos kun je gebruiken bij het ontwikkelen van e-health-toepassingen. De volledige checklist bestaat uit 78 items en is online te vinden en in te vullen via: <https://checklisttoegankelijkeinfo.pharos.nl/checklist>.

■ Daarnaast heeft Pharos ook de **Checklist digitale vaardigheden**, die digitale vaardigheden (van patiënten) in kaart brengt, zodat zorgverleners beter kunnen inschatten welke vorm(en) van e-health geadviseerd kunnen worden aan de patiënt. <https://www.pharos.nl/kennisbank/quickscan-digitale-vaardigheden-van-uw-patienten/>

■ Op de website <https://www.ishetb1.nl/> kan men **checken of een woord een B1-woord** is, dat bijna iedereen begrijpt.

■ Stichting Appt heeft een **zelftest om eenvoudig de toegankelijk van een app** te toetsen, zie <https://appt.nl/kennisbank/testen/zelftest>. Deze is gebaseerd op onderdelen uit de Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) en gaat in op de digitale toegankelijkheid: websites en mobiele apps van Nederlandse overheidsinstanties moeten voldoen aan de toegankelijkheidseisen, zodat deze ook toegankelijk zijn voor mensen met functionele beperkingen.



OVER DE AUTEURS

Mw. M.S. Donker MSc is junior epidemiologisch onderzoeker GGD Haaglanden en onderzoeker GGD Appstore.

Mw. drs. J.E.C.M. Vervoordeldonk is senior adviseur Gezondheidsbevordering en stuurgroep lid GGD Appstore.

E-mail: marjolein.donker@ggdhaaglanden.nl

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

REFERENTIES

- 1 Blokhuis P. Kamerbrief reactie op advies verantwoorde inzet apps voor publieke gezondheid [Online]. 2021 (bezoekt op 3 nov 2021). Beschikbaar op URL: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/10/19/kamerbrief-over-standpunt-op-het-advies-van-de-gezondheidsraad-over-verantwoorde-inzet-van-apps-voor-publieke-gezondheid>
- 2 RIVM. E-health monitor 2021: Stand van zaken digitale zorg [Online] 2022. (Bezoekt op 3 feb 2022). Beschikbaar op URL: <https://www.rivm.nl/documenten/e-healthmonitor-2021-stand-van-zaken-digitale-zorg>
- 3 Lettow B van, Wouters M, Sinnige J. **E-health, wat is dat?** [Online] 2019. (Bezoekt op 7 dec 2021). Beschikbaar op URL: <https://www.nictiz.nl/rapporten/e-health-wat-is-dat/>
- 4 Leuven D van, Dijk A van. **e-healthvaardigheden en gezondheidsverschillen**. Epidemiologisch Bulletin 2017, 52(1): 15-24
- 5 Bolman C. Oratie **E-health bij kwetsbare groepen: een uitdaging** [Online] 2019. (Bezoekt op 4 nov 2021). Beschikbaar op URL: https://www.ou.nl/documents/40554/724769/Oratieboekje_Catherine_Bolman_DEF_15012019.pdf/48046c78-622a-400f-213d-46995a221b46
- 6 Centraal Bureau voor de Statistiek. Vaker online afspraak met arts [Online]. 2022 (Bezoekt op 4 feb 2022). Beschikbaar op URL: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/04/vaker-online-afspraak-met-arts>
- 7 Pharos. **Laaggeletterdheid & beperkte gezondheidsverschillen** [Factsheet]. 2020.
- 8 Uitwaal P, Broekens A. **Gezondheidsvaardigheden: de uitdaging voor publieke gezondheid**. Epidemiologisch Bulletin 2020, 55(1): 4-10.
- 9 UDC Den Haag. Internetactiviteiten in Den Haag, 2019 [Online]. 2021 (bezoekt op 6 dec 2021). Beschikbaar op URL: <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2021/49/internetactiviteiten-in-den-haag-2019>
- 10 Non M, Dinkova M. **Aanzienlijk deel beroepsbevolking kampt met lage digitale vaardigheden**. [Online] 2021. (Bezoekt op 4 nov 2021). Beschikbaar op URL: <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/ESB-artikel-Aanzienlijk-deel-beroepsbevolking-kampt-met-lage-digitale-vaardigheden.pdf>
- 11 Bibliotheek in zicht. De bibliotheek en digitale vaardigheden [Online] 2021. (bezoekt op 24 nov 2021). Beschikbaar op URL: <https://www.bibliotheekinzicht.nl/maatschappelijke-functies/de-bibliotheek-en-digitale-vaardigheden>
- 12 De Gebruiker centraal. Webinar toegankelijkheid van apps [Online]. 2021 (bezoekt op 3 nov 2021). Beschikbaar op URL: <https://www.gebruikercentraal.nl/blog/terugblik-op-webinar-wettelijke-verplichting-toegankelijkheid-apps/>
- 13 GGD Haaglanden. Functionele beperkingen, Gezondheidsmeter 2020 [Online]. 2021 (Bezoekt op 4 nov 2021). Beschikbaar op URL: <https://gezondheidsqids.ggdhaaglanden.nl/mosaic/dashboard/functionele-beperkingen/>
- 14 Pharos. Wanneer is een app begrijpelijk en gebruiksvriendelijk? 2020 [Presentatie gegeven aan GGD AppStore].
- 15 Sociaal Cultureel Planbureau. Trends in mediatijd: media-apparaten [Online]. 2021 (Bezoekt op 20 jan 2022). Beschikbaar op URL: <https://digitaal.scp.nl/trends-in-mediatijd/media-apparaten/>
- 16 Centraal Bureau voor de Statistiek: ICT-gebruik van huishoudens en personen: Internettoegang en Internetgebruik [Online]. 2022 (Bezoekt op 4 feb 2022). Beschikbaar op <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/84888NED?dl=5B7F3>
- 17 ZonMW. Wat moet er op het etiket? [Online] 2018. (bezoekt op 24 nov 2021). Beschikbaar op URL: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/doelmatigheidsonderzoek/programmas/project-detail/goed-gebruik-geneesmiddelen/wat-moet-er-op-het-etiket-onderzoek-naar-begrijpelijke-etiketteksten-en-implementatie-ervan-in-de-a/>



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.

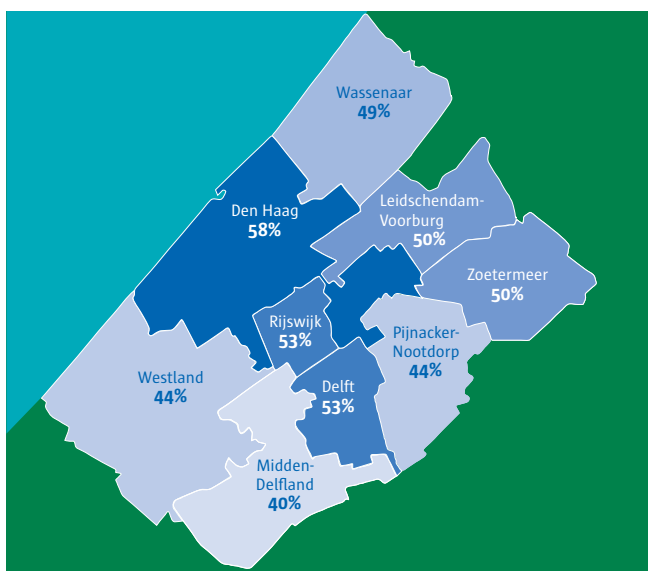
Eenzaamheid

Eenzaamheid is een persoonlijke, subjectieve ervaring waarin bestaande relaties worden afgewogen tegen de eigen wensen of verwachtingen ten aanzien van relaties. Het gevoel van gemis in kwaliteit van bestaande relaties of in het aantal bestaande contacten kan leiden tot eenzaamheid. Het ervaren van eenzaamheid kan gevolgen hebben voor de gezondheid, zoals een mogelijk verhoogd risico op de ziekte van Alzheimer en hartaandoeningen en kan leiden tot depressie, suïcide en een hogere kans op overlijden.¹

Uit de Gezondheidsmeter 2020 blijkt dat in Haaglanden meer dan de helft (53%) van de inwoners van 18 jaar en ouder zich matig tot (zeer) ernstig eenzaam voelt, 39,5% matig eenzaam en 13,5% (zeer) ernstig eenzaam. Het percentage inwoners dat zich matig tot (zeer) ernstig eenzaam voelt varieert van 40% in Midden-Delfland tot 58% in Den Haag. Het percentage inwoners in Haaglanden dat zich matig tot (zeer) ernstig eenzaam voelt is hoger dan landelijk (47%) en ook hoger dan bij de metingen in Haaglanden in 2016 en 2012 (48%, respectievelijk 41% bij 19 jaar en ouder).

De Gezondheidsmeter 2020 is uitgevoerd in het najaar van 2020, gedurende de corona-epidemie en deels tijdens de lockdown; dat kan van invloed zijn geweest op de toename van het aandeel

Figuur 1. Percentage inwoners van Haaglanden van 18 jaar en ouder dat zich matig tot (zeer) ernstig eenzaam voelt.



inwoners dat zich eenzaam voelt. De cijfers uit 2012 en 2016 laten echter zien dat het aandeel inwoners dat zich eenzaam voelt al sinds 2012 toeneemt en dat mogelijk niet alleen de lockdown de toename verklaart. Uit het GGD-RIVM gedragsonderzoek naar de houding ten aanzien van en acceptatie van de coronamaatregelen blijkt dat gedurende de verschillende lockdowns meer mensen zich eenzaam voelden maar dit aantal weer afnam na versoepeling van de coronamaatregelen.²

Iets meer mannen dan vrouwen zijn eenzaam (54% versus 52%) en iets minder ouderen dan jongeren (54% bij de 18 tot en met 34-jarigen en de 35 tot en met 64-jarigen en 51% bij de 65-plussers). Veel inwoners met een Turkse migratieachtergrond voelen zich eenzaam (76%), gevolgd door die met een Marokkaanse (64%) of Surinaamse migratieachtergrond (60%); van de inwoners zonder migratieachtergrond voelt 46% zich eenzaam.

Hoe hoger opgeleid, hoe minder inwoners zich eenzaam voelen: 59% van degenen met een lage opleiding, 52% met een gemiddelde opleiding en 49% van degenen met een hoge opleiding. Van degenen die moeite hebben met rondkomen voelt 74% zich eenzaam versus 49% van degenen die geen moeite hebben met rondkomen. Vooral inwoners die alleenstaand zijn voelen zich eenzaam (62% versus 47% van de inwoners die gehuwd zijn of samenwonen).

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

Meer informatie over het GGD-RIVM gedragsonderzoek corona (panelonderzoek) is te vinden op het coronadashboard: [Corona - Corona panelonderzoek - Haaglanden \(ggdhaaglanden.nl\)](https://corona-panelonderzoek-haaglanden.ggdhaaglanden.nl)

Bron: Gezondheidsmeter Volwassenen & Ouderen 2020

1. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Eenzaamheid; cijfers en context; gevolgen van eenzaamheid (bezocht op 9-12-2021). <https://www.vzinfo.nl/eenzaamheid/oorzaken-gevolg>
2. Vrijburg KL, Karamali NS, Pomeroy T van, Donker M. **Gedragsonderzoek in Haaglanden naar de houding ten aanzien van de coronamaatregelen en de acceptatie ervan.** Epidemiologisch Bulletin, 2021 (56), 18-24.



Preventieprogramma Helder op school

Helder op School is het preventieprogramma over roken, alcohol, drugs en gamen voor onderwijsinstellingen. In deze introductie cursus maken nieuwe preventiewerkers kennis met de beginselen en uitgangspunten van Helder op School. Daarna kunnen zij een start maken met het deskundig begeleiden van scholen bij de invoering van het programma.

Helder op school biedt een integrale aanpak om leerlingen of studenten te stimuleren niet te roken of drinken, geen drugs te gebruiken en niet te veel te gamen. Onder deskundige begeleiding van preventiewerkers van GGD of verslavingszorg wordt stap voor stap gewerkt aan het creëren van een gezond klimaat op school. De integrale aanpak behelst het opstellen van goed beleid, het signaleren en begeleiden van

leerlingen met problematisch gebruik, het inzetten van effectieve lesprogramma's en materialen die zijn afgestemd op niveau en leeftijd, en het betrekken en inrichten van de fysieke en sociale omgeving van de leerlingen of studenten. Helder op School boogt al op meer dan 30 jaar ervaring en is een onderdeel van de Gezonde School, het landelijke initiatief voor verbetering van gezondheid op scholen.

Datum: 12 april 2022 14.00 – 16.00 uur

Locatie: Online (MS Teams)

E-mail: academie@trimbos.nl

Kosten: geen

Bron: Trimbos.nl

Mini-interventies Beter slapen, Minder stress en Minder piekeren

Slaap-, stress- en piekerklachten hangen aantoonbaar samen met het ontstaan van depressie. Door het aanpakken van deze klachten worden ook depressieve gevoelens verminderd en kan een mogelijke depressie worden voorkomen. Met dit doel ontwikkelde het Trimbos-instituut – samen met preventiefunctionarissen uit het veld – drie korte cursussen, ook wel Klachtgerichte Mini-interventies of KMI's genoemd. In deze training leert u als professional deze cursussen aan uw cliënten te geven, zowel individueel als in groepsverband.

Datum: 13 juni 2022

Kosten: € 395,-

Locatie: Online

Bron: Trimbos-instituut

Dag van de Forensische Zorg 24 mei 2022 Thema: Lerend Leven

De Dag van de Forensische Zorg is vanwege corona verplaatst van dinsdag 25 januari naar dinsdag 24 mei 2022.

Het thema is Leven Leren. Het thema lerend leven kan je op verschillende manieren benaderen.

We onderscheiden vier niveaus: leren als mens (werknemer/cliënt), leren als organisatie, leren als sector en leren als samenleving.

Organisatie: Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Justitie en Veiligheid

Bron: dagvandeforensischezorg.nl

Minder seks en meer seksueel geweld onder jongeren tijdens avondklok

Tijdens de avondklokperiode van begin 2021 hadden jongeren minder seks en vond er meer seksueel geweld plaats. Dat blijkt uit een derde onderzoek naar de invloed van de coronacrisis op seksuele gezondheid door Rutgers en Soa Aids Nederland onder bijna 2500 jongeren van 16-24 jaar. Daarnaast vierden jongeren ondanks de coronamaatregelen toch een summer of love. Eén op de vijf jongeren die zich wilden laten testen, geven aan dat ze door corona niet terecht konden voor een soa-test.

Meer seksueel geweld

Tijdens de avondklokperiode maakten 3% van de jongens en 8% van de meisjes seksueel geweld mee. Dat is meer dan tijdens de zomerperiode (respectievelijk 1% en 5%). De mogelijkheden om te feesten of om af te spreken met een date waren mogelijk minder veilig door de ingestelde avondklok. Daarnaast was er in deze periode ook meer sprake van online grensoverschrijding. Jongeren ontvingen vooral meer ongewilde seksueel getinte beelden en verzoeken.

Minder seks tijdens de lockdown periodes

Net als in de andere lockdown periodes hadden singles ook tijdens de avondklok periode minder seks dan voor de coronacrisis. Het percentage singles dat seks had gehad, was het laagst tijdens de eerste lockdown periode (18%). In de zomer 2020 steeg dit percentage naar 30% en tijdens de tweede lockdown van eind 2020 daalde het weer (23%). Tijdens de avondklok is het percentage iets gestegen naar 25%.

Toch een 'summer of love'

Jongeren hebben de draad van hun liefdes- en seksleven tijdens de zomermaanden van 2021 weer opgepakt. Ondanks dat de versoepelingen van begin juni, vooral in het uitgaansleven, vrijwel direct werden teruggedraaid. Met flirten, daten en seks zitten singles weer bijna op hetzelfde niveau als vóór de coronacrisis. Zo heeft 35% van de singles van 16-20 jaar in de zomer 2021 seks gehad, tegenover 36% in de maanden vóór corona. Ook wat mentaal welbevinden betreft zien de onderzoekers een duidelijke dip tijdens de avondklok. Maar tijdens de zomermaanden in 2021 verbetert het mentaal welbevinden weer flink. Jongeren blijken veerkrachtig. Toch zijn jongeren nog steeds iets somberder en eenzamer dan vóór de coronacrisis.

Zorg nog niet helemaal op peil

Tot slot zijn de onderzoekers bezorgd over de groep jongeren die zich wilden laten testen op soa's, maar dit nog niet hebben gedaan. Binnen deze groep geeft een op de vijf jongeren aan dat hij zich vanwege coronagerelateerde redenen niet heeft laten testen.

De data voor dit onderzoek zijn verzameld tussen 8 en 26 september 2021, vlak voor de laatste ronde van versoepelingen. 2.464 jongeren van 16-24 jaar vulden de vragenlijst in. Deze jongeren zijn geworven via social media, waardoor het onderzoek niet representatief is voor alle jongeren in Nederland.

Bron: rutgers.nl



Europese Week van de Volksgezondheid van 16 – 20 mei 2022

De Europese Week van de Volksgezondheid 2022 richt zich op 'Gezondheid gedurende de hele levensloop'. Het vijf dagen durende programma kent elke dag een thema:

- Maandag 16 mei - Een gezonde en gezondheidsvaardige jeugd
- Dinsdag 17 mei - Vaccinatie als belangrijkste preventiestrategie
- Woensdag 18 mei - Klimaatverandering tast onze gezondheid aan
- Donderdag 19 mei - Geen gezondheid zonder geestelijke gezondheid
- Vrijdag 20 mei - Veerkrachtige gezondheidsstelsels bouwen

Voor meer info zie: <https://eupha.org/EUPHW>

De Europese week van de Volksgezondheid wordt ondersteund door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO).



HMC: meer patiënten met herseninfarct sneller geholpen

De specialisten in het HMC Neurocentrum hebben in 2021 200 patiënten met een herseninfarct met een IAT-behandeling geholpen. Het Haagse topklinische ziekenhuis staat met deze mijlpaal in de top van Nederland. Dankzij het multidisciplinaire team dat deze bijzondere operatie uitvoert en een goede samenwerking met de ambulancediensten werden patiënten met een herseninfarct bovendien nog sneller geholpen.

Een IAT is een zogenaamde intra-arteriële trombectomie, een behandeling bij een herseninfarct waarbij het stolsel via de lies uit de slagader in de hersenen wordt verwijderd. HMC is een van de 17 ziekenhuizen in Nederland met een IAT-centrum en voldoet aan de hoogste eisen om 24 uur per dag een IAT-behandeling uit te voeren. Op basis van aantallen behandelingen per jaar heeft HMC het grootste IAT-centrum van de regio Haaglanden en staat het in de top-5 van Nederland. HMC werkt daarnaast samen met LUMC in het Universitair Neuro-Vasculair Centrum (UNVC). In die samenwerking werden door het HMC-LUMC-team meer dan 300 IAT-behandelingen uitgevoerd: de meeste van Nederland.

Wanneer een patiënt ernstige neurologische uitvalsverschijnselen heeft wordt hij met de ambulance met spoed naar het ziekenhuis gebracht. Om geen kostbare tijd te verliezen, worden patiënten met een verdenking op een acute beroerte door de ambulancemedewerkers tijdens het vervoer getest op verschillende indicatoren. Uit gezamenlijk wetenschappelijk onderzoek van de ziekenhuizen in de regio blijkt dat hoe hoger de score op deze klinische schaal, hoe beter het is om direct naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met een specialistisch IAT-centrum te gaan. De ambulancediensten RAV Haaglanden en RAV Hollands Midden zijn de eerste twee ambulancediensten in Nederland die deze werkwijze vorig jaar hebben ingevoerd.

Door de goede samenwerking met de ambulancediensten werd het afgelopen jaar gemiddeld weer 20 minuten sneller met de behandeling gestart.

Bron: haaglandenmc.nl

Cursussen NSPOH

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

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

Leergang toekomstgerichte publieke gezondheid

Een zevendaagse opleiding voor wie zijn of haar rol als GGD-professional in de regio wil verstevigen en samen met anderen de ingewikkelde problemen hanteerbaar wil maken. Een bijdrage wil leveren aan een toekomstbestendige public health.

Voor ambitieuze professionals, beleidsadviseurs of projectleiders die graag uitgedaagd en verleid worden om anders te denken.

Data: 28 en 29 maart, 25 april, 23 mei, 20 juni, 12 september en 3 oktober 2022

Kosten: € 4.200,-

Locatie: Utrecht

Het recept voor online interactie

Online werken, we ontkomen er niet meer aan. De basale dingen lukken nu waarschijnlijk wel. Maar hoe zit dat met grotere overleggen? Voorlichtingen of onderwijs verzorgen? Hoe houd je dit levendig en effectief? Hoe zorg je voor interactie als iedereen naar een scherm kijkt? Een module met hét recept voor online interactie.

Voor professionals in occupational en public health die willen leren hoe je online meer interactie creëert in bijeenkomsten en/of onderwijs.

Data: 21 april 2022 (13:00-17:00 uur)

Kosten: € 210,-

Locatie: Online

Seksuele gezondheid voor artsen

Een scholing voor wie de hulpvraag van een individuele cliënt wil plaatsen in het bredere public health perspectief en daarbij wil kijken naar de samenhang tussen de preventie en behandeling van soa en seksualiteitshulpverlening. Ook de achtergronden van de diagnostiek en behandeling van de meest voorkomende soa en het Soa Ids gespreksmodel komen aan de orde.

Voor artsen en verpleegkundig specialisten op het Centrum seksuele gezondheid (CSG) van een GGD.

Data: 10, 19, 24 en 30 mei, 7 en 14 juni 2022

Kosten: € 2.595,-

Locatie: Utrecht

Infectieziekten: van cel tot melding

Maak kennis met de keten van infectieziektebestrijding: van besmetting en verspreiding tot en met contactonderzoek en surveillance. Praktische verdiepingmodule voor verpleegkundigen werkzaam bij GGD, zorginstelling of kennisinstituut die zich verder willen specialiseren in het complexe werkveld van de AGZ.

Data: 10, 17 en 24 mei en 7 juni 2022

Kosten: € 1.660,-

Locatie: Utrecht en online

Training debatteren en discussiëren

Werk je in de public of occupational health en loop je er wel eens tegenaan dat je zaken niet voldoende overtuigend kunt bepleiten? Wil je leren hoe je een (beleids-)stelling verdedigt of juist aanvalt? Doe dan deze eendaagse training debatteren en leer hoe je je visie verwoordt en met argumenten onderbouwt.

Voor artsen, beleidsmedewerkers, epidemiologen, gezondheidswetenschappers, leidinggevendenden, projectleiders en andere professionals – werkzaam in de publieke gezondheidszorg of op het terrein van arbeid & gezondheid – die hun verbale presentatie en argumentatie willen verbeteren.

Data: 3 juni 2022

Kosten: € 415,-

Locatie: Utrecht

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



Jaaroverzicht 2021 meldingen en vragen

afdeling Infectieziektebestrijding GGD Haaglanden

In 2021 heeft GGD Haaglanden in totaal 140.513 meldingen van het corona virus ontvangen. Het aantal andere meldingsplichtige ziekten, gemeld bij de afdeling Infectieziektebestrijding van GGD Haaglanden in 2021 was 380 excl. 85 meldingen Tuberculose (2020: 299 excl. 88 meldingen Tuberculose).

Dianne van der Zande

COVID-19

Het jaar 2021 was voor de afdeling Infectieziektebestrijding (IZB) opnieuw een hectisch jaar, dat nog steeds werd gedomineerd door de corona pandemie. Er passeerden meerdere golven met hoge aantallen besmettingen door verschillende varianten. Begin 2021 was het de alphavariant, na de zomer de deltavariant en tegen het einde van dit jaar begon de omikronvariant.

Dit heeft in totaal binnen de regio Haaglanden geleid tot 140.513 geregistreerde meldingen van het corona virus met de hoogste piek in de laatste drie maanden van 2021.

Meldingen andere ziekten (geen COVID)

Het aantal andere meldingsplichtige ziekten, gemeld bij de afdeling infectieziektebestrijding van de GGD Haaglanden steeg in 2021 naar 380, maar is nog niet terug op het niveau van voor de pandemie (2020: 299, 2019: 816).

Dit is verklaarbaar vanuit de algemene hygiëneadviezen en landelijke maatregelen zoals de lockdown in Nederland, waardoor er ook voor andere airborne infectieziekten een kleinere kans op transmissie is.

Het meest opvallende hierin blijft de afname van het aantal kinkhoestmeldingen; in heel 2021 is er slechts bij 2 personen een laboratorium bevestigde kinkhoest gemeld bij de GGD (2020: 65; 2019: 400).

De aantallen meldingen van hepatitis B en C zijn terug naar het niveau van voor de coronapandemie; hepatitis B 117 (2020: 86; 2019: 129) en hepatitis C 53 (2020: 26; 2019: 52).

Dit jaar zijn er 5 meldingen van hepatitis A geweest (besmettelijke geelzucht). Eén van de meldingen van

hepatitis A betrof een kind uit de kleutergroep van een basisschool. Conform de landelijke richtlijn heeft de GGD daarop de kinderen uit de klassen, die gebruik maken van hetzelfde toiletblok als de besmette leerling, een hepatitis A vaccinatie aangeboden.

Het aantal infecties met besmettelijke maag-darm-pathogenen, zoals shigellose en Shigatoxineproducerende E. coli (STEC)-infecties laten in 2021 een stijging zien. Shigellose 33 (2020: 16; 2019: 54) en Shigatoxineproducerende E. coli (STEC)-infecties 32 (2020 en 2019: 15).

Shigellose besmetting verloopt fecaal-oraal en hangt vaak samen met minder hygiënische omstandigheden. Daarnaast was deze infectie ook regelmatig bij de MSM (mannen die seks hebben met mannen) populatie te zien.

De STEC infecties zijn meestal voedsel gerelateerd en worden in verband gebracht met consumptie van bijvoorbeeld onvoldoende verhit vlees, ongepasteuriseerde zuivelproducten of onvoldoende gewassen groenten.

Het aantal meldingen van legionellose is met 35 hoog in 2021 (2020: 24; 2019: 27). De helft hiervan is in het 3e kwartaal van 2021 gemeld. Op zich is dit een stijging die elk jaar tijdens deze periode blijkt; mogelijk samenhangend met de natte, warmere zomermaanden. Legionellose wordt niet van mens-op-mens overgedragen maar vanuit de leefomgeving via wateraerosolen.

Per 1 april 2021 is de meldingsplicht voor invasieve pneumokokkenziekte (IPD) uitgebreid, in navolging van het pneumokokkenvaccinatieprogramma bij ouderen dat in het najaar 2020 van start is gegaan.



Per 1 april 2021 is IPD bij mensen vanaf 60 jaar of ouder meldingsplichtig, naast de al bestaande meldingsplicht bij kinderen geboren vanaf 2006. Deze uitbreiding waarborgt een goede evaluatie van het nieuwe vaccinatieprogramma bij ouderen. Door de verandering in de meldingsplicht is het aantal meldingen van IPD gestegen naar 23, waarvan 17 mensen van 60 jaar en ouder en 6 kinderen geboren na 2006. In 2019 en 2020 waren dit achter- evenvolgens 4 en 5 kinderen.

Sinds de invoering van de meldplicht Carbapenemase-producerende Enterobacteriaceae (CPE) per 1 juli 2019 varieert het jaarlijks aantal meldingen tussen de 10 en 20 (2019: 15; 2020: 13; 2021: 19). CPE vormen een belangrijke dreiging voor de volksgezondheid doordat de behandel mogelijkheden van infecties, veroorzaakt door deze zeer resistente bacteriën, uitermate beperkt zijn. In Nederland komt CPE nog weinig voor, maar in andere delen van de wereld en in de ons omringende Europese landen komen infecties en dragerschap met CPE steeds meer voor. Hierdoor neemt de kans op introductie in Nederland toe. Het is belangrijk om CPE snel op te sporen en als deze wordt aangetroffen ervoor te zorgen dat verspreiding naar andere mensen wordt voorkomen.

Het reisgedrag is veranderd sinds de coronapandemie. In 2021 is het aantal malariameldingen gestegen naar 17 (2020: 7; 2019: 19) Dit zijn vooral besmettingen bij mensen die op familiebezoek in de tropen zijn geweest zonder goede profylaxe.

Tevens heeft het verminderde/andere reizen een duidelijk effect gehad op het aantal vragen van personen, die in het buitenland gebeten of gekrabbd waren door een zoogdier. Na een verwonding door een dier in het buitenland beoordeelt de GGD of er kans bestaat op rabiës (hondsdoelheid) en geeft de noodzakelijke post-expositieprofylaxe. Het aantal meldingen en afhandelingen van rabiës is sinds corona gedaald naar respectievelijk 25 en 21 in 2021 en 2020 (2019: 119).

In 2021 is er één melding van meningokokken bij de GGD ontvangen. Deze melding betrof een type B. Dit is in lijn met de landelijke daling van meningokokken W, na de verheffing in de jaren 2016-2019.

Artikel 26 meldingen door instellingen

In 2021 is het totaal aantal meldingen uit instellingen (op basis van artikel 26 van de Wet publieke gezondheid) opnieuw gestegen. Dit jaar waren het er 1040 (2020: 728; 2019: 237).

Ongeveer 80% hiervan betrof luchtwegklachten (COVID-19 of COVID-19 gerelateerde klachten). Dit waren meldingen zowel uit de langdurige zorg als de kinderopvang en het onderwijs.

Het aantal meldingen van gastro-enteritis is in 2021 gestegen naar 112 (2020: 42; 2019: 59), waarvan ongeveer 75% door de kinderopvang gemeld. Hetzelfde geldt voor de uitbraken van huidaan- doeningen; dit jaar 106 (2020: 55; 2019: 98), waarvan ook rond de 75% op naam van de kinderopvang. Helaas blijft scabiës voor zorginstellingen een terugkerend en hardnekkig probleem. Dit jaar waren er 14 meldingen uit de langdurige zorg. Eén patiënt of medewerker met schurft kan soms leiden tot grote uitbraken in zorginstellingen. Daarom worden vaak al bij één melding van scabiës binnen een zorginstelling meerdere personen preventief behandeld om verdere verspreiding tegen te gaan. De rol van de GGD is hierbij met name gericht op advisering en preventieve behandeling van contacten buiten de instellingen.

Publieksvragen

De afdeling IZB heeft een grote publieksfunctie. Het algemeen publiek, instellingen en ketenpartners weten de GGD goed te vinden. De afdeling IZB is in 2021 bijna 1000 keer benaderd (telefonisch of per mail) met vragen (2020: 2300; 2019: 1657). Ongeveer een kwart van dit aantal betrof vragen rondom het COVID-virus. Dit is het aantal vragen dat bij de afdeling IZB is binnengekomen. De vragen aan het corona callcenter, de specialistische teams of het BCO-team van het coronaprogramma zijn hierin niet meegenomen.

De overige 75% vragen gingen over tal van infectie- ziekten of onderwerpen gerelateerd aan infectieziekten, zoals vaccinaties, hepatitis, scabiës, rabiës, besmet- tingsaccidenten, RS-virus, waterpokken en gordelroos.

OVER DE AUTEUR

Mw. Drs. A.M. van der Zande is Arts Maatschappij & Gezondheid, profiel infectieziektebestrijding GGD Haaglanden



Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 4e kwartaal 2021

Ziekte	4e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 4e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	4e kwartaal 2021	4e kwartaal 2020	4e kwartaal 2019	1e t/m 4e kwartaal 2021	1e t/m 4e kwartaal 2020	1e t/m 4e kwartaal 2019
A-ZIEKTEN						
MERS-CoV						
Pokken						
Poliomyelitis anterior acuta						
SARS						
Virale hemorrhagische koorts						
COVID-19	64.054	45.593		140.513	57.735	
B-ZIEKTEN						
(humane infectie) avaire influenza						
Difterie						
Pest						
Rabiës (hondsdolheid)						
Tuberculose	23	27	22	85	88	72
Buiktyfus			1	1	1	3
Cholera						
Hepatitis A	3		8	5	1	10
Hepatitis B acuut			2	2	3	6
Hepatitis B chronisch	35	21	33	115	86	129
Hepatitis C acuut						2
Hepatitis C chronisch	22	9	14	53	26	52
Kinkhoest	1	1	76	2	65	400
Mazelen						6
Paratyfus A,B,C	2			3		3
Rubella						
STEC (E. coli)	16	2	1	32	15	15
Shigellose	7	1	8	33	16	54
Invasieve GAS	3	2	2	13	8	26
Voedselinfectie	1			3	1	3
C-ZIEKTEN						
Antrax (miltvuur)						
Bof			3		5	7
Botulisme						
Brucellose					2	1
CPE	9	6	11	19	13	15
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob klassiek				1	2	1
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob variant						
Gele koorts						
Invasieve Hib	3	3	1	3	3	3
Hantavirusinfectie					1	

Vervolg overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 4e kwartaal 2021

Ziekte	4e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 4e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	4e kwartaal 2021	4e kwartaal 2020	4e kwartaal 2019	1e t/m 4e kwartaal 2021	1e t/m 4e kwartaal 2020	1e t/m 4e kwartaal 2019
Legionellose	8	6	10	35	24	27
Leptospirose	2	2	2	4	3	4
Listeriose		2	2	6	5	4
Malaria	3		3	17	7	19
Meningokokkose			4	1	3	16
MRSA-infectie (cluster buiten ziekenhuis)						
Invasieve pneumokokken	9	2	1	23	5	4
Psittacose	3		1	9	4	6
Q-koorts						
Tetanus						
Tularemie						
Trichinose						
West-Nilevirus						
Zikavirus						
Totaal	64.204	45.677	205	140.978	58.122	888

Infectieziekten gemeld door instellingen in 2021

Onderstaande tabel bevat een overzicht van de meldingen door instellingen in het jaar 2021. 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.

Het grootste gedeelte van de luchtweginfecties/influenza-achtig ziektebeelden zijn meldingen van COVID-19 in de instelling.

Scenario	Kinderopvang	Onderwijsinstelling	Vluchtelingenopvang	AWBZ zorginstelling	Ziekenhuis	Eindtotaal
Huiduitslag/exanthenen	77	13		14	2	106
Impetigo (krentenbaard)	16	5				21
Gastro-enteritis	83	2		27		112
Schimmelinfectie	2					2
Luchtweginfectie/ influenza-achtig ziektebeeld	164	402	2	217	13	798
Anders		1				1
Eindtotaal	342	423	2	258	15	1040



COLOFON

Maart 2022, 57^{ste} jaargang nr. 1

REDACTIE

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)
mw. dr. ir. I.M. van der Meer, GGD Haaglanden (hoofdredacteur)
mw. drs. R.M. van der Meer, GGD Haaglanden (kernredacteur)
dhr. dr. R. Starmans, huisarts
mw. drs. E.C. van Veen, arts M&G, JMO Den Haag
mw. drs. J.E.C.M. Vervoordeldonk, GGD Haaglanden
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

Sjoerd van der Hucht
H. Mostert

Uitgave

GGD Haaglanden

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

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

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

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

ISSN 0921-6219



BEZOEKADRESSEN

Westeinde 128
2512 HE Den Haag

Reinier de Graafweg 5
2625 AD Delft

Croesinckplein 24-26
2722 EA Zoetermeer

POSTADRES

Postbus 16130
2500 BC Den Haag

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

www.ggdhaaglanden.nl

