

Epidemiologisch bulletin

JAARGANG 61
NR 3
2026

VOLKSGEZONDHEID • ONDERZOEK • HAAGLANDEN

Kortdurende EMDR-therapie veelbelovend bij persoonlijkheids- stoornissen



Online gokken na legalisering:
grote zorgen blijken terecht

Zo bereik je kwetsbare vrouwen
voor kankerscreening

Twee vliegen in 1 klap:
coronavaccinatie en valrisicotest

Clënten en zorgprofessionals erg positief
over suïcidepreventieaanpak Sumona

IN DIT NUMMER

Redactioneel	3
<i>Irene van der Meer</i>	
Resultaten van de TEMPO-studie: positieve effecten van kortdurende EMDR-therapie voor persoonlijkheidsstoornissen	4
<i>Christina Slotema, Laurian Hafkemeijer, Simon Hofman, Ad de Jongh</i>	
Online gokken na legalisering: grote zorgen blijken terecht	12
<i>Friso Dik, Willemieke Ligtenberg</i>	
Samen werken aan gelijke kansen in kankerscreening: lessen uit Den Haag	17
<i>Anita Ham, Matthea van Hennik, Irene van der Meer, Shannon Kanis, Zeena Harakeh, Nicole van Kesteren</i>	
Geslaagde valpreventiepilot: effectief opsporen van valrisico bij ouderen op coronavaccinatie locaties 2025	23
<i>Maartje Keetman, Sophie Janssens</i>	
Suicidepreventie in Haaglanden: wat is de meerwaarde van de Sumona-aanpak?	31
<i>Willy Francissen, Regina van der Meer, Viola de Ridder-Hagenaars, Angela van der Windt, Nasra Karamali</i>	
Gezondheid in cijfers: mantelzorg door volwassenen en ouderen	37
Meldingen infectieziekten 2e kwartaal 2026	42

Wilt u reageren op deze uitgave van het Epidemiologisch Bulletin?

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

Redactioneel



Een bomvol bulletin deze septembereditie. De eer om af te trappen gaat naar het artikel over EMDR-therapie bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Deze mensen lopen vaak vast in het dagelijks leven, wat gevolgen heeft voor henzelf en de maatschappij. De behandeling is vaak langdurig en intensief. Maar wat blijkt? Er is ook een minder intensieve methode die gunstig lijkt te zijn voor deze mensen. Te mooi om waar te zijn? Een artikel over het TEMPO-onderzoek geeft meer inzicht.

We vervolgen met een thema waarover we eerder publiceerden: online gokken. Dit artikel uit 2022 beschreef zorgen die leefden kort na het invoeren van de Wet Kansspelen op afstand (Koa). Tip van de sluier: de zorgen die toen leefden waren terecht. Inmiddels tracht men de negatieve effecten te beheersen. Waarbij ik mij vooral afvraag waarom de wet er überhaupt is gekomen. De situatie lijkt er niet door verbeterd, integendeel.

Daarna weer een thema waarover we eerder publiceerden: kankerscreening. De zorg is duur en ook oncologische zorg kost veel geld. Door screening kunnen mensen eerder gediagnosticeerd worden en is er een grotere kans op genezing met minder intensieve behandeling. Echter, screening loont alleen als er voldoende mensen aan deelnemen. Voor verschillende groepen mensen zijn er drempels. Het artikel beschrijft initiatieven die voor hen de toegankelijkheid van de screening verbeteren.

Het artikel over valpreventie illustreert de kracht van gezond verstand en verbinding. Want als we ouderen willen testen op hun valrisico, en veel

van hen komen naar coronavaccinatie locaties, kunnen we daar dan niet ook meteen het valrisico meten? Dit artikel laat zien dat dit inderdaad heel goed kan. Met wat aanpassingen gaat dit initiatief weer van start bij de volgende vaccinatieronde.

Het laatste artikel gaat over Sumona. Het beschrijft wat de meerwaarde is van deze aanpak voor suïcidepreventie. Via interviews met cliënten en betrokken zorgprofessionals zijn hierover inzichten verzameld. Gemeenten in Haaglanden proberen nu zoveel mogelijk gezamenlijk op te trekken bij de implementatie, want zoals een quote in het artikel luidt: 'het mag niet zo zijn dat het, als je suïcidale gedachten hebt, afhankelijk is van je woonplaats of je hulp krijgt of niet.'

Tot slot zoals altijd de rubrieken gezondheid in cijfers en meldingen infectieziekten. 13% van de volwassenen en ouderen in Haaglanden is mantelzorger. Van hen geeft 22% aan 6 tot en met 10 uur per week te mantelzorgen, en 11% zelfs 11 uur of meer. Ga er maar aan staan. Een kwart van de mantelzorgers voelt zich zwaar tot overbelast. Ook een groep om in de gaten te houden.

Veel leesplezier!

Irene van der Meer
Hoofdredacteur



Scan de QR-code en bekijk de e-zine uitvoering van het Epidemiologisch Bulletin.

Positieve effecten van kortdurende EMDR-therapie voor persoonlijkheidsstoornissen

Persoonlijkheidsstoornissen (PS) hebben een grote impact op het dagelijks leven en brengen vaak langdurige, intensieve behandeling met zich mee. Maar wat als er een kortere, traumagerichte therapie bestaat die al in een vroeg stadium betekenisvolle verbetering kan brengen, met weinig uitval? In dit artikel wordt wetenschappelijk bewijs gepubliceerd voor de effectiviteit van eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)-therapie bij mensen met een PS. Dit op basis van een grote gerandomiseerde, gecontroleerde studie die grotendeels werd uitgevoerd in regio Haaglanden.

Christina Slotema, Laurian Hafkemeijer, Simon Hofman, Ad de Jongh

Persoonlijkheidsstoornis (PS)

Een PS is een psychische aandoening waarbij iemand zich anders gedraagt dan de maatschappij van die persoon verwacht. Iemand met deze stoornis heeft een consistent patroon van een negatief beeld van zichzelf, heftige emoties en problemen met het onderhouden van sociale contacten.

Vaak loopt iemand daardoor vast in het dagelijks leven.

Lees hier meer over PS: <https://kenniscentrumpsnl>.

Posttraumatische stressstoornis (PTSS)

Dit is een psychische aandoening die ontstaat na het meemaken van een schokkende gebeurtenis. Klachten uiteten zich onder andere in nachtmerries, hevige herbelevingen, extreme spanning, negatieve gedachten en gevoelens, en het vermijden van situaties die aan de traumatische gebeurtenissen herinneren. De diagnose PTSS kan worden gesteld mits iemand is blootgesteld aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld, het zogenaamde A-criterium voor PTSS. Een voorbeeld kan zijn dat een vrouw

na seksueel misbruik last krijgt van nachtmerries daarover, overdag extreem op haar hoede is en de neiging heeft om situaties te vermijden die aan het misbruik doen denken, zoals tv-kijken, een gesprek met een onbekende man hebben, of de buurt waar het misbruik zich heeft voorgedaan.

Ingrijpende gebeurtenissen

Deze omvatten niet alleen traumatische gebeurtenissen zoals hierboven vermeld, maar ook emotioneel misbruik en emotionele en fysieke verwaarlozing.

EMDR-therapie

Tijdens EMDR-therapie denkt iemand terug aan een nare of traumatische herinnering, terwijl het werkgeheugen tegelijk wordt belast door bijvoorbeeld oogbewegingen of een combinatie van taken. Hierdoor kan de emotionele lading van de herinnering afnemen. EMDR-therapie is een bewezen effectieve behandeling voor PTSS. [14]





Lange wachtlijsten en hoge mate van lijden

PS komen veel voor. Ongeveer 12% van de bevolking voldoet aan de criteria, en binnen de geestelijke gezondheidszorg kan dit oplopen tot ongeveer 50%. [1], [2] Mensen met een PS ervaren vaak een langdurig patroon van problemen in het contact met anderen, bijvoorbeeld binnen hun relatie of op het werk. [3] De gevolgen raken niet alleen de persoon zelf, maar ook familie, naasten en de samenleving.

Psychotherapie is de behandeling van eerste keuze bij PS. Deze behandelingen kunnen effectief zijn, maar duren vaak tenminste een jaar. [4] Veel mensen (rond de 30%) stoppen voortijdig met de behandeling. [5] Onder andere gezien de lange wachtlijsten en hoge mate van lijden is er behoefte aan behandelingen die sneller kunnen helpen.

Onderzoek laat zien dat ingrijpende of traumatische ervaringen, vooral in de jeugd, samenhangen met het ontstaan van PS. [6] Denk aan lichamelijke mis-

handeling, emotionele mishandeling, verwaarlozing, seksueel misbruik of andere langdurig belastende ervaringen. Een deel van de mensen met een PS heeft klachten die passen bij PTSS. [7] PTSS wordt echter soms niet goed herkend bij deze groep. [8] Maar ook wanneer iemand geen PTSS-klachten heeft, kunnen onverwerkte nare ervaringen bijdragen aan klachten van emotionele instabiliteit, angst, somberheid, wantrouwen of problemen in relaties.

TEMPO-studie: Trauma-focused EMDR for Personality disorders among Outpatients

Vanuit dit traumagerichte perspectief is het belangrijk om te onderzoeken of traumagerichte behandelingen effectief zijn bij mensen met een PS. Eerder onderzoek laat zien dat traumagerichte therapieën zowel de ernst van PTSS-klachten als symptomen van een PS kunnen doen verminderen. [7], [9] Dit betrof studies met deelnemers die zowel een PS als een diagnose PTSS hadden, alsook een studie met mensen zonder PTSS.

In laatstgenoemde studie werd door loting bepaald of iemand 5 sessies EMDR-therapie of geen behandeling (wachtlIJst controlegroep) kreeg. Hafkemeijer en collega's vonden dat de ernst van algemene klachten afnam en het persoonlijkheidsfunctioneren verbeterde, ondanks het beperkte aantal EMDR-sessies. [10] Deze studie is relevant, omdat nare herinneringen niet altijd hoeven te voldoen aan de officiële definitie van een traumatische gebeurtenis zoals dat gedefinieerd is voor PTSS. Ook ervaringen zoals emotionele verwaarlozing, afwijzing, gebrek aan steun, langdurige vernedering of emotionele mishandeling kunnen diepe sporen nalaten. Gezien de positieve resultaten van de hierboven genoemde studie werd een aantal jaar later een grote, gerandomiseerde effectstudie uitgevoerd.

TEMPO

Deze effectstudie onderzocht de invloed van EMDR-therapie op mensen met een PS en al dan niet de diagnose PTSS, de zogenoemde TEMPO-studie: *Trauma-focused EMDR for Personality disorders among Outpatients*. [11], [12], [13] Het doel was om te onderzoeken in hoeverre EMDR-therapie, vergeleken met een wachtlIJst, leidt tot minder PS- en PTSS-klachten. Daarnaast werden het herstel van diagnoses, verbetering van persoonlijkheidsfunctioneren, de mate van emotieregulatie en het effect van EMDR-therapie op verschillende soorten nare herinneringen onderzocht.

Methode

De studie werd grotendeels uitgevoerd binnen Parnassia Groep Haaglanden en GGZ Delfland. Middels loting kreeg de helft EMDR-therapie en kwam de andere helft op een wachtlIJst voor therapie. In totaal deden 159 mensen mee. Het grootste deel was woonachtig in Den Haag. Deelnemers moesten 18 jaar of ouder zijn en een vastgestelde PS hebben. Mensen konden niet deelnemen als zij onvoldoende Nederlands spraken of als sprake was van een geschat IQ lager dan 70. Verandering in symptomen werd geanalyseerd met linear mixed models en verandering in diagnostische status met behulp van generalized linear mixed models (zie kader).

Interventie

De EMDR-groep kreeg 10 sessies van 90 minuten. Deze sessies werden 2 keer per week gegeven,

Statistische methodes uitgelegd

Linear mixed models

Deze statistische methode wordt gebruikt om data te analyseren waarbij de waarnemingen niet volledig onafhankelijk van elkaar zijn. Het combineert 'vaste effecten' (algemene trends) en 'willekeurige effecten' (specifieke variaties per groep) om complexe of hiërarchische gegevens nauwkeurig te modelleren en veranderingen te voorspellen.

Generalized linear mixed model

Deze statistische techniek wordt gebruikt om complexe gegevens te analyseren waarbij sprake is van niet-normaal verdeelde data en categorische variabelen, zoals wel of geen diagnose.

gedurende 5 weken. De wachtlIJstgroep kreeg in die 5 weken geen EMDR-therapie of andere behandeling voor de PS. De EMDR-behandeling begon met uitleg over de therapie. Daarna werd samen met de patiënt onderzocht welke herinneringen waarschijnlijk samenhangen met de huidige klachten. Daarbij werd gekeken naar PTSS-klachten, maar ook naar kernproblemen van de PS, zoals emotionele instabiliteit, negatief zelfbeeld, wantrouwen, angst voor afwijzing of problemen in relaties.

Eerst werden traumatische herinneringen behandeld die voldeden aan de officiële PTSS-criteria, zoals bijvoorbeeld die aan fysiek en seksueel geweld. Daarna richtte de behandeling zich op herinneringen aan andere nare of ingrijpende ervaringen die volgens patiënt en therapeut een belangrijke rol speelden in de huidige klachten en gerelateerd zijn aan de PS. Dat konden bijvoorbeeld herinneringen zijn aan emotionele mishandeling, emotionele verwaarlozing, verlies van een dierbare, gepest zijn of andere belastende gebeurtenissen. De behandeling werd gegeven door gecertificeerde EMDR-therapeuten (psychologen en artsen binnen de psychiatrie) die tenminste de basiscursus EMDR hadden gevolgd, voorafgaande aan de studie een dag training hadden gekregen en meededen aan maandelijkse supervisiebijeenkomsten gedurende de studie.



Na de follow-up periode van 3 maanden kregen de deelnemers uit zowel de EMDR- als de wachtlijstgroep een gesprek met degene die de intake had gedaan, om te kijken of en zo ja, welke behandeling (nog) nodig was.

Uitkomstmaten

Op 3 momenten werden vragenlijsten afgenomen: vóór de start van de behandeling (T0), direct na de behandelperiode van 5 weken (T1) en 3 maanden later (T3). De volgende uitkomstmaten werden gebruikt:

- Ernst van de klachten van de PS (*Assessment of DSM-IV Personality Disorders*)
- Ernst van de klachten van PTSS (*Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5*)
- Persoonlijkheidsfunctioneren (op het gebied van de eigen identiteit, zelfsturing, empathie en intimiteit, *Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0*)

- Emotieregulatie (hanteren van intense emoties, *Difficulties in Emotion Regulation Scale*)
- Diagnose PS (*Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders*)
- Nare ervaringen in de jeugd, zoals emotionele verwaarlozing, emotionele mishandeling, lichamelijke verwaarlozing, lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik geïnventariseerd (*Childhood Trauma Questionnaire*)

Resultaten

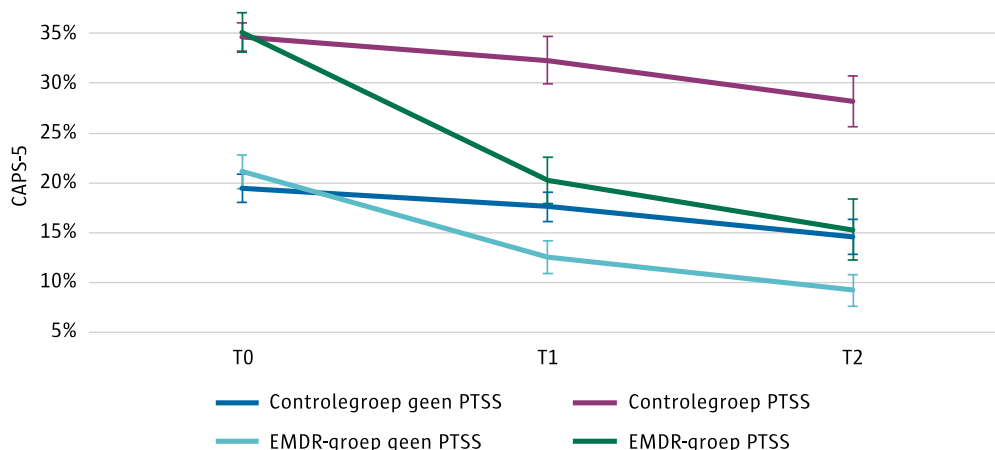
Van de 159 deelnemers kwamen 79 mensen in de EMDR-groep en 80 mensen in de wachtlijstgroep. Zie de beschrijving van de populatie in tabel 1. De gemiddelde leeftijd was 35 jaar. De meeste deelnemers waren vrouw (82%). Het percentage alleenstaanden was hoger in de EMDR-groep.

Tabel 1 Beschrijving karakteristieken van EMDR-groep en wachtlijstgroep (controle)

Karakteristieken	Totaal (n = 159)	EMDR (n = 79)	Controle (n = 80)
Leeftijd gemiddelde (SD)	35.4 (12)	34.3 (11.7)	36.5 (12.2)
Vrouw n (%)	130 (81.8)	64 (81)	66 (82.5)
Westeuropees n (%)	119 (74.8)	60 (75.9)	59 (73.8)
Werkend n (%)	82 (51.6)	40 (50.6)	42 (52.5)
Opleiding			
Geen n (%)	2 (1.3)	1 (1.3)	1 (1.3)
Basisschool n (%)	7 (4.4)	4 (5.1)	3 (3.8)
Middelbare school n (%)	32 (20.1)	21 (26.6)	11 (13.8)
Middelbaar beroepsonderwijs n (%)	63 (39.6)	30 (38)	33 (41.3)
Hoger beroepsonderwijs n (%)	32 (20.1)	16 (20.3)	16 (20)
Universiteit n (%)	23 (14.5)	7 (8.9)	16 (20)
Alleenstaand n (%)	84 (52.8)	47 (59.5)	37 (46.3)
Kinderen ja n (%)	69 (43.4)	36 (45.6)	33 (41.3)
Eerdere behandeling n (%)	143 (89.9)	70 (88.6)	73 (91.3)
Duur eerdere behandeling in weken gemiddelde (SD)	102.6 (166.7)	102.3 (188.9)	102.9 (143.6)
Medicatie n (%)	81 (50.9)	38 (48.1)	43 (53.8)
PS hoofddiagnose			
Vermijdende PS n (%)	58 (36.5)	31 (39.2)	27 (33.8)
Afhankelijke PS n (%)	2 (1.3)	1 (1.3)	1 (1.3)
Obsessieve compulsieve PS n (%)	17 (10.7)	7 (8.9)	10 (12.5)
Paranoïde PS n (%)	3 (1.9)	1 (1.3)	2 (2.5)
Histrionische PS n (%)	1 (0.6)	1 (1.3)	
Borderline PS n (%)	51 (32.1)	25 (31.6)	26 (32.5)
Antisociale PS n (%)	2 (1.3)		2 (2.5)
Andere gespecificeerde PS n (%)	25 (15.7)	13 (16.5)	12 (15)

SD = standaarddeviatie, afwijking van het gemiddelde; PS = persoonlijkheidsstoornis

Figuur 1 Effect op PTSS-symptomen, uitgesplitst naar wel/geen PTSS-diagnose bij aanvang



Totaalscore inclusief afwijkingen van de gemiddelde ernst van PTSS-symptomen met de Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5) vóór de behandelperiode (T0), na de behandelperiode (T1) en na een vervolgperiode van 3 maanden (T2). EMDR-groep: PTSS-diagnose: n = 32 (41%), geen PTSS-diagnose: n = 47 (59%). Wachtlijstgroep: PTSS-diagnose: n = 30 (38%), geen PTSS-diagnose: n = 50 (63%)

Bij 39% van de deelnemers werd bij de start van de studie een PTSS-diagnose vastgesteld (41% in de EMDR-groep en 38% in de wachtlijstgroep). Nare ervaringen in de jeugd, en in het bijzonder emotionele verwaarlozing en emotionele mishandeling, kwamen voor bij bijna alle deelnemers. Van de 79 mensen in de EMDR-groep stopten slechts 4 mensen (5%) voortijdig met de behandeling.

Ernst PTSS-symptomen duidelijk minder

Herinneringen aan fysiek misbruik (29,9%), emotioneel misbruik (28,6%) en aan overige ingrijpende gebeurtenissen, zoals verlating of een echtscheiding (37,7%), werden het vaakst behandeld.

De ernst van PTSS-symptomen nam duidelijk af met EMDR-therapie bij zowel de groep met als zonder PTSS-diagnose (figuur 1).

Effect op klachten en diagnostische status PS

EMDR-therapie gaf een vermindering van klachten van PS (figuur 2). Ook het persoonlijkheidsfunctioneren en de emotieregulatie verbeterden meer in de EMDR-groep. 3 maanden na EMDR-therapie voldeed 44% niet meer aan de criteria voor een PS. In de wachtlijstgroep was dit 16%.

Een casus ter illustratie

Een 23-jarige vrouw, bekend met een borderline PS en woonachtig in Den Haag, had met name last van

woedeaanvallen. Zij was seksueel misbruikt door haar voormalige partner, maar had geen herbelevingen daarvan. Haar woedeaanvallen waren begonnen na enkele gebeurtenissen waarbij haar moeder nare opmerkingen over haar maakte. De aanvallen zijn ernstiger geworden tijdens haar schooltijd, toen zij langdurig is gepest. Zij kreeg EMDR-therapie gericht op al deze herinneringen. Na enkele EMDR-sessies voelde zij zich rustiger. Aan het einde van de behandelperiode had zij meer ruimte voor het perspectief van de ander en liep de boosheid minder snel op.

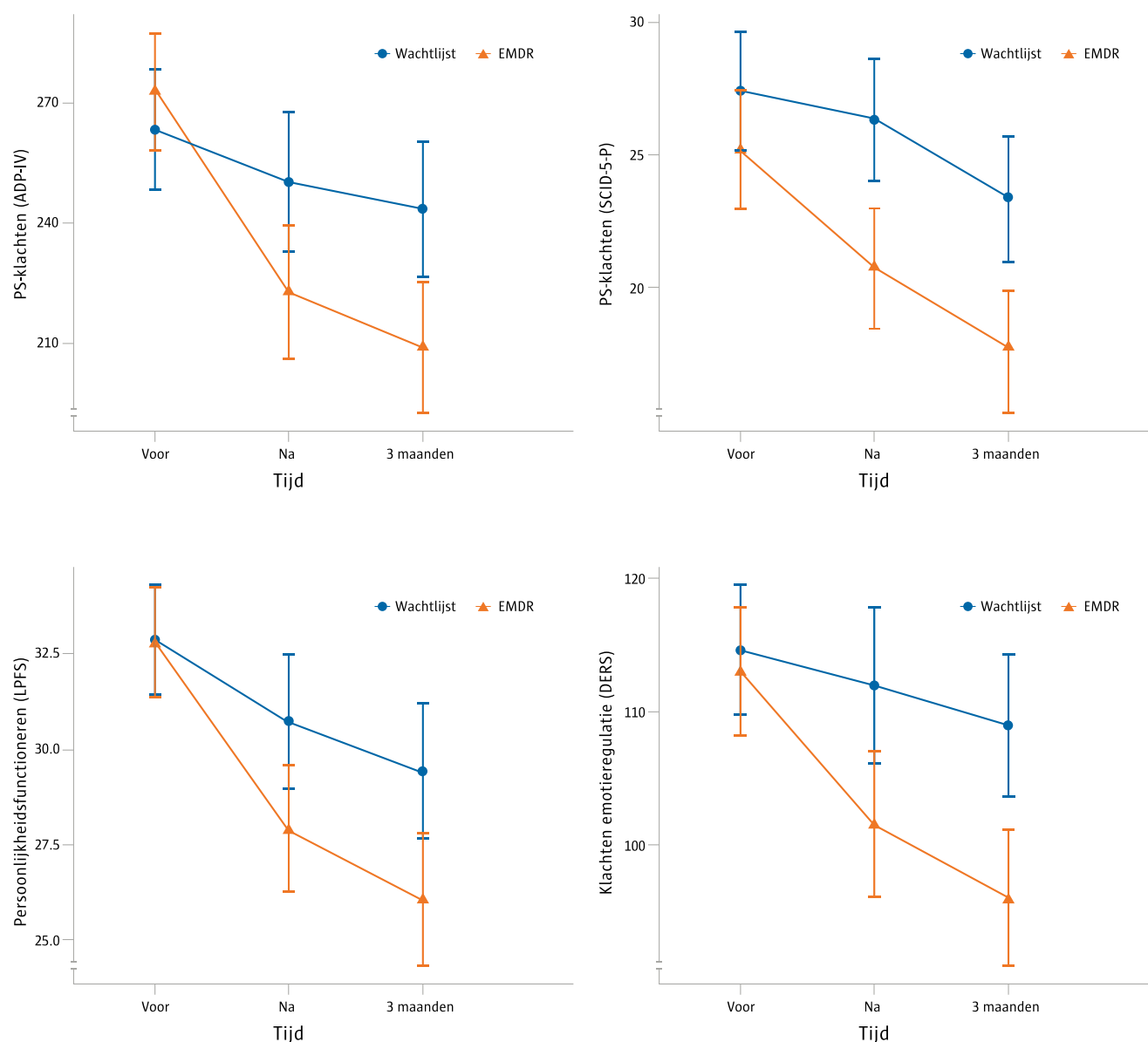
Onverwerkte herinneringen aan nare ervaringen

Deze gerandomiseerde effectstudie laat zien dat EMDR-therapie, gegeven zonder enige andere behandeling, in een korte tijd effectief kan zijn voor mensen met PS. EMDR-therapie verminderde niet alleen PTSS-klachten, maar ook klachten passend bij PS. Het verbeterde ook emotieregulatie en persoonlijkheidsfunctioneren. De positieve veranderingen bleven zichtbaar tot 3 maanden na de behandeling.

3 maanden na EMDR-therapie voldeed 44% niet meer aan de criteria voor een PS



Figuur 2 Effecten op PS-klachten, emotieregulatie en persoonlijkheidsfunctioneren



Totaalscores inclusief afwijkingen van het gemiddelde vóór de behandelperiode (T0), na de behandelperiode (T1) en na een vervolgperiode van 3 maanden (T3) voor PS-klachten (ADP-IV= Assessment of DSM-IV PDs, SCID-5-PD= Structured Clinical Interview for DSM-5 PDs), persoonlijkheidsfunctioneren (LPFS= Level of Personality Functioning Scale—Brief Form 2.0) en problemen met emotieregulatie (DERS= Difficulties in Emotion Regulation Scale). De afname van deze 4 uitkomsten is sterker in de EMDR-therapiegroep dan in de wachtlijstgroep.

Op dat moment voldeed 44% niet meer aan de diagnostische criteria voor een PS en 73% niet meer aan de criteria voor een PTSS-diagnose. De behandeling bleek veilig, de uitval was laag en er werden geen ernstige negatieve gebeurtenissen (bijvoorbeeld suïcidepogingen) gemeld. Ook waren er geen opnames nodig.

De resultaten sluiten aan bij het idee dat onverwerkte herinneringen aan nare ervaringen een belangrijke rol kunnen spelen bij het ontstaan en in stand houden van psychische klachten. [15] Volgens het achterliggende model van EMDR-therapie dragen herinneringen die niet goed zijn verwerkt bij aan klachten in het heden.

Door deze herinneringen van hun emotionele lading te ontdoen, kunnen klachten sterk verminderen.

Een belangrijk punt is dat het niet alleen gaat om gebeurtenissen die officieel als trauma worden gezien volgens de PTSS-criteria, zoals bijvoorbeeld seksueel misbruik. Ook emotionele verwaarlozing, emotionele mishandeling, afwijzing, gebrek aan steun of andere pijnlijke ervaringen kunnen langdurige klachten geven. Juist dit soort ervaringen kwamen bij de patiënten veel voor. De studie ondersteunt daarom het idee dat traumagerichte therapie breder ingezet kan worden bij mensen met een PS, ook wanneer er geen officiële PTSS-diagnose is.

Wat betekenen deze resultaten voor de praktijk?

De resultaten suggereren dat EMDR-therapie een waardevolle bijdrage kan leveren in de behandeling van PS. Omdat de behandeling relatief kort is en toch duidelijke verbeteringen laat zien, zou EMDR goed kunnen passen binnen een stepped-care-aanpak. Dat betekent: eerst een gerichte, relatief korte traumagerichte behandeling inzetten en daarna opnieuw beoordelen of en zo ja, wat iemand nog verder nodig heeft. Sommige mensen hebben daarna misschien voldoende verbetering bereikt. Anderen hebben mogelijk aanvullende behandeling nodig, bijvoorbeeld gericht op relaties, zelfbeeld, emotieregulatie of andere hardnekkige patronen. Aangezien een deel mogelijk geen vervolgbehandeling nodig heeft, is de verwachting dat de lange wachtlijsten, onder andere in de regio Den Haag, zullen afnemen. Bovenal is het heel welkom voor de persoon zelf om in korte tijd een sterke afname van de klachten en problemen te ervaren.

Sterke punten van de studie

Deze studie had verschillende sterke kanten. Het was een onderzoek op meerdere behandellocaties waarbij door loting werd bepaald of iemand EMDR kreeg of niet. Er deden mensen mee met verschillende typen PS, niet alleen mensen met borderline PS. Dat is belangrijk, omdat veel eerder onderzoek vooral op borderline PS gericht was. Ook deden zowel mensen met als zonder PTSS mee. Daardoor kon worden onderzocht of EMDR-therapie ook werkt buiten de klassieke PTSS-doelgroep. Verder werden zowel vragenlijsten als klinische interviews gebruikt. Er werd dus gekeken naar ernst van klachten én naar diagnoses. Tot slot was de behandeluitval zeer laag (5%).

Beperkingen van de studie

Er zijn ook beperkingen. De controlegroep stond op een wachtlijst. Daardoor is niet helemaal zeker of de gevonden effecten specifiek door EMDR-therapie kwamen, of deels door andere niet-specifieke factoren, zoals aandacht, verwachting of het actief bezig zijn met behandeling. Toekomstig onderzoek zou EMDR-therapie moeten vergelijken met andere actieve behandelingen.

Een tweede beperking is dat deelnemers en therapeuten wisten wie EMDR-therapie kreeg. Dat is bij psychotherapie bijna niet te vermijden, maar het kan verwachtingen beïnvloeden. Ook was de follow-up periode van 3 maanden relatief kort en zijn de effecten op lange termijn nog niet bekend. Verder bestond de onderzoeksgroep vooral uit mensen met vermijdende, borderline, obsessieve compulsieve of andere gespecificeerde PS. Daardoor weten we minder goed of de resultaten ook gelden voor zeldzamere PS zoals een schizotypische, schizoïde, paranoïde, antisociale, narcistische, afhankelijke en theatrale PS. Tot slot was de meerderheid van de deelnemers vrouw, waardoor de resultaten minder goed generaliseerbaar zijn naar mannen.

Toekomstig onderzoek

Qua vervolgonderzoek moet worden nagegaan of de effecten van EMDR-therapie bij PS ook op langere termijn blijven bestaan. Ook is het belangrijk om EMDR-therapie te vergelijken met andere behandelingen, zoals gebruikelijke zorg, psychotherapieën voor PS en andere traumagerichte therapieën. Daarnaast moet onderzocht worden wat de beste manier is om EMDR-therapie aan te bieden: hoeveel sessies zijn nodig, hoe vaak per week, op welk moment in het behandeltraject, en welke patiënten profiteren met name? Ook zou verder onderzocht moeten worden of bepaalde soorten herinneringen of klachten voorspellen wie het meeste baat heeft bij deze behandeling.

Conclusie

Deze studie laat zien dat EMDR-therapie veilig en effectief kan worden toegepast bij mensen met een PS. De behandeling leidde tot minder PTSS-klachten, minder klachten van PS, betere emotieregulatie en beter persoonlijkheidsfunctioneren. Deze effecten werden gezien bij mensen met en zonder PTSS. Ook hielp EMDR-therapie bij het verwerken van verschillende soorten nare herinneringen, waaronder die aan ervaringen die niet voldoen aan de officiële PTSS-traumacriteria.



De resultaten ondersteunen het bredere gebruik van traumagerichte behandelingen, zoals EMDR, bij PS. EMDR-therapie kan mogelijk dienen als een korte, veelbelovende eerste stap binnen een behandeltraject, waarna opnieuw bekeken kan worden of en zo ja, welke verdere hulp nodig is. Meer onderzoek is nodig om deze resultaten te bevestigen en EMDR

rechtstreeks te vergelijken met bestaande behandelingen voor PS.

Wilt u reageren? Mail de auteur of de redactie: epibul@ggdhaaglanden.nl

OVER DE AUTEURS

Prof. dr. C.W. Slotema, psychiater, ISP Persoonlijkheidsstoornissen, Parnassia Groep, Erasmus Universiteit Rotterdam;

Dr. L.C.S. Hafkemeijer, FACT, GGZ Delfland;

S. Hofman, MSc, ISP Persoonlijkheidsstoornissen, Parnassia Groep, Erasmus Universiteit Rotterdam;

Prof. dr. em. A. de Jongh, GZ-psycholoog, afdeling Onderzoek, PSYTREC, Academic Centre for Dentistry Amsterdam (ACTA), Universiteit van Amsterdam, VU Amsterdam, University of Salford, Manchester, University of Worcester, Queen's University, Belfast, Northumbria University.

E-mail: c.slotema@psyq.nl

REFERENTIES

De literatuurlijst staat bij dit artikel op <https://epibul.ggdhaaglanden.nl/2026-nr-3/tempo-studie>.



Online gokken na legalisering: grote zorgen blijken terecht

Sinds de legalisering in 2021 van online gokken in Nederland, is er veel veranderd. Het aantal spelers op de onlinegokmarkt is toegenomen, ook onder jongeren en jongvolwassenen. Zij zijn kwetsbaar voor de risico's van online gokken. Veel ontwikkelingen vinden plaats op landelijk niveau, onder andere in wet- en regelgeving. Daarnaast vindt er steeds meer onderzoek plaats naar online gokken. Dit artikel beschrijft een aantal ontwikkelingen die sinds 2021 hebben plaatsgevonden op het gebied van wet- en regelgeving, onderzoek en preventie en zorg.

Friso Dik, Willemieke Ligtenberg

Inleiding

Online gokken is het spelen van een online kansspel, zoals online casino's, online sportweddenschappen (zie kader) en online krasloten. Toeval bepaalt of de speler een prijs (zoals geld) wint. Tactiek speelt hierbij geen rol, de dominante factor is 'geluk'. Online gokken kan altijd en overal worden gedaan via bijvoorbeeld een smartphone of laptop. In 2021 is online gokken in Nederland gelegaliseerd met als doel het illegale aanbod minder interessant te maken, fraude en criminaliteit tegen te gaan en spelers te beschermen. [1], [2] De minimumleeftijd voor online gokken is 18 jaar.

Kansspelen met kenniselement

Er zijn bepaalde kansspelen waarbij het hebben van kennis over het spel kan bijdragen aan de kans om te winnen. Hieronder vallen poker, casino- en tafelspelen en sport- en paardenweddenschappen. [3] Hoewel deze kansspelen elementen van kennis bevatten, wordt de uitkomst bepaald door factoren waar de spelers geen overwegende invloed op hebben. [4]

Gokken kan schadelijke gevolgen hebben, zoals financiële schade, sociale schade, schade rondom werk of studie, gezondheidsschade (stress, ontwenningsverschijnselen, ongunstigere mentale gezondheid) en een gokverslaving. De schade kan tijdelijk en licht zijn, maar ook ernstig en blijvend. Ook nadat iemand gestopt is met gokken, kan schade ervaren worden, zoals door schulden. Gokschade ontstaat niet alleen bij een gokverslaving, maar kan ook voorkomen bij laag-risico gokgedrag. [5]

Zorgen uit 2022 terecht?

In 2022 verscheen in het Epidemiologisch Bulletin (jaargang 57, nr. 3) het artikel 'Grote zorgen over toename online gokken'. [6] Hierin stond dat er nog veel onduidelijkheden waren op het gebied van online gokken, zoals de invloed van reclame, het effect van de zichtbaarheid van online gokken en het effect van meer aanbod. Ook werd de behoefte aan onderzoek en het monitoren van ontwikkelingen benoemd. In het huidige artikel worden ontwikkelingen op het gebied van wet- en regelgeving, onderzoek en preventie en zorg in de afgelopen jaren besproken. Ook wordt besproken of de zorgen uit 2022 terecht waren.





Bron: AdobeStock

Ontwikkelingen in wet- en regelgeving

Sinds de invoering van de Wet Kansspelen op afstand (Koa) in 2021, heeft de Nederlandse overheid de regelgeving meerdere keren aangescherpt om spelers beter te beschermen en risico's, zoals verslaving, fraude en witwassen, te beperken. Met name jongvolwassenen worden gezien als kwetsbare groep die extra bescherming nodig heeft. Door nog onvolgroeide hersenen en aangeleerd gedrag (zoals spelen van games met gokelementen of zien van gokgedrag bij anderen) op jonge leeftijd, raken zij sneller verslaafd en zijn zij kwetsbaarder voor gokschade. Daarnaast proberen 18- tot 20-jarigen vaker verloren geld terug te winnen en zijn zij eerder geneigd meer geld in te zetten dan zij zich kunnen veroorloven. Het verliezen van geld en het maken van schulden op jonge leeftijd kan langdurig negatieve effecten hebben, zoals een grotere kans op financiële onzekerheid en middelengebruik op latere leeftijd. [7], [8]

Gevolgen van strengere maatregelen

In 2024 kregen aanbieders van online kansspelen te maken met strengere maatregelen, waaronder verplichte stortingslimieten (maximaal speelbedrag per speler), een verhoging van de kansspelbelasting en zwaardere sancties voor overtredingen, zoals het aanbieden van kansspelen zonder vergunning. [9] Ook werd een verbod op ongerichte reclame ingevoerd, waardoor tv-, radio- en buitenreclame niet langer zijn toegestaan. Sponsoring door kansspel-aanbieders wordt bovendien sinds 2025 gefaseerd verboden, zodat sectoren zoals sport de tijd krijgen om alternatieve inkomstenbronnen te vinden. [10]

Sinds de aanscherping van deze maatregelen is tussen eind 2025 en begin 2026 een stabilisatie zichtbaar op de vergunde onlinekansspelmarkt. Het aantal vergunninghouders, spelers, de kanalisatiegraad (het aandeel spelers dat legaal speelt) en de totale omzet bleven vrijwel gelijk, terwijl het gemiddelde verlies per speler verder daalde. [11] Dit kan erop wijzen dat beleid gericht op strengere regels, zoals stortingslimieten en reclamebeperkingen, bijdraagt aan risicobeperking binnen de legale markt.

Tegelijkertijd laat onderzoek van de Kansspelautoriteit (Ksa) zien dat deze stabilisatie een vertekend beeld kan geven. Hoewel de kanalisatiegraad op het eerste gezicht stabiel lijkt, blijkt na correctie van vertekende zoekvolumes (bijvoorbeeld door geautomatiseerde zoekopdrachten) dat de illegale markt juist groeit. In de tweede helft van 2025 ging naar schatting 47% van het brutospelresultaat (inzet min de uitgekeerde prijzen) naar illegale aanbieders, tegenover ongeveer 44% begin dat jaar. Daarnaast neemt het aantal spelersaccounts per persoon toe, vooral onder 18-jarigen, wat mogelijk samenhangt met de invoering van stortingslimieten. [11] De overgrote meerderheid (85%) van spelers en niet-spelers is voorstander van het verhogen van de minimumleeftijd naar 21 jaar voor online en fysieke kansspelen. Hoewel een deel van de jongeren mogelijk zou uitwijken naar illegale websites, geeft twee derde van spelers onder de 21 jaar aan dit waarschijnlijk of zeker niet te zullen doen. [3]

Ontwikkelingen in cijfers en trends: meer (jonge) gokkers actief, meer problematiek

Sinds de legalisering van online gokken in oktober 2021 is het aantal spelers op de onlinegokmarkt toegenomen, waarbij een groot deel van de huidige spelers pas na de openstelling is begonnen met online gokken. [1], [12] Uit onderzoek van Ipsos I&O uit 2025 blijkt dat 12% van de Nederlandse bevolking van 16 jaar en ouder het afgelopen jaar ten minste één online kansspel heeft gespeeld. [12] Opvallend is dat vooral 16- tot 35-jarigen actief zijn in de onlinegokmarkt. Cijfers van de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen (16- tot 25-jarigen) uit 2024 laten zien dat 19% van de jongvolwassenen in het afgelopen jaar online heeft gegokt voor geld. Voor jongeren onder de 16 jaar is dit 4%. Daarnaast valt op dat mannen in beide leeftijdscategorieën oververtegenwoordigd zijn (figuur 1). [13]

Sportweddenschappen populairder onder jongvolwassenen

Jongvolwassenen nemen relatief vaker deel aan sportweddenschappen dan oudere groepen. Hun redenen daarvoor wijken af van die voor kansspelen in het algemeen: sportweddenschappen worden vooral gespeeld om de sportbeleving spannender te maken, en vanuit de overtuiging goed te zijn in het voorstellen van uitslagen. Daarnaast speelt sociale beïnvloeding binnen vriendengroepen een grotere rol dan bij algemene gokspellen (21% vs. 6%). [3] Tijdens grote sportevenementen zoals het EK of WK voetbal zijn bovendien duidelijke pieken zichtbaar in het aantal deelnemers. [11]

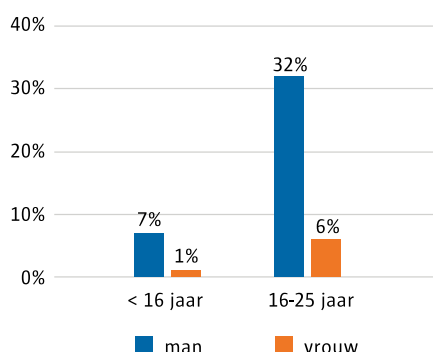
Het stijgende aandeel spelers, in combinatie met motieven die sterk gericht zijn op competitieve en sociale elementen, laat zien hoe sportgokken steeds meer verweven raakt met de sportbeleving. Deze normalisering van online gokken op sportevenementen maakt deelname voor jongeren en jongvolwassenen laagdrempeliger. Dat vergroot hun kwetsbaarheid, omdat gokken in deze context sneller gezien kan worden als vanzelfsprekend en als sociaal onderdeel van het kijken naar de sport.

Bij online gokken vaker gewoontevorming of vluchtgedrag dan bij fysiek gokken

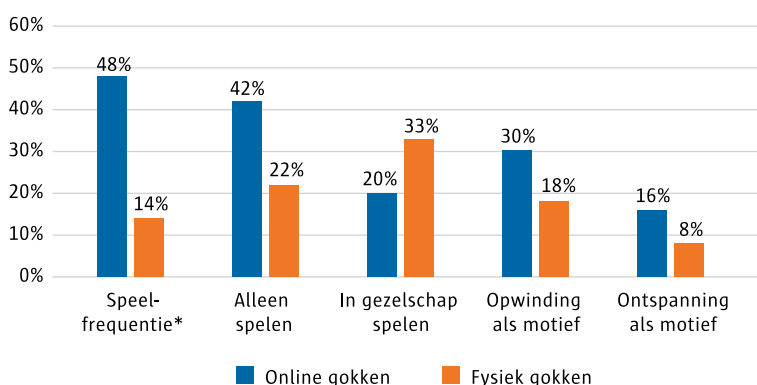
Online gokken is toegankelijker dan fysiek gokken, omdat spelers een kansspel altijd beschikbaar hebben via hun mobiele telefoon. Spelers die uitsluitend online gokken, spelen vaker minstens wekelijks dan spelers die uitsluitend fysiek gokken. Online wordt bovendien vaker alleen gespeeld, terwijl fysiek gokken juist meer in gezelschap plaatsvindt. Online-spelers noemen opwinding en ontspanning vaker als motivatie dan fysieke spelers, wat wijst op patronen die eerder samenhangen met gewoontevorming of vluchtgedrag dan met recreatief vermaak (figuur 2). [3], [11]

Toenemende gokschade door online gokken

Deze dynamiek vertaalt zich in een groter risico op gokschade: 20% van de online-spelers valt in een risicocategorie op de Problem Gambling Severity Index (PGSI), tegenover 4% van de uitsluitend fysiek spelende groep.



Figuur 1 Percentage dat het afgelopen jaar online gokte voor geld, naar geslacht en leeftijd (bron: Gezondheidsmonitors Jeugd en Jongvolwassenen 2024)



Figuur 2 Verschillen in speelgedrag en motivaties tussen online en fysiek gokken [3]

* Speelfrequentie: percentage dat minstens wekelijks uitsluitend online of uitsluitend fysiek gokt.



Rapport Haags Gokonderzoek 2024. Hier online te lezen: <https://gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl/handlers/ballroom.ashx?function=download&id=242>

De ernst hiervan blijkt ook uit de zorgcijfers: het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS), rapporteert dat het aantal mensen dat zich met gokken als primaire problematiek meldde bij de verslavingszorg, tussen 2022 en 2025 met 61% steeg. Deze stijging wordt vooral veroorzaakt door een toename in het online gokken, met name door mannen tussen de 18 en 35 jaar. [14]

Ook Haagse professionals die werken met jongeren en volwassenen met (risico op) gokproblematiek signaleren dat het aantal mensen dat online gokt toeneemt. Steeds vaker behandelen zij cliënten met gokproblemen, waarbij terugval regelmatig voorkomt. [1]

Het Trimbos-instituut heeft eind 2024 het Expertisecentrum Gokken gelanceerd. [15] Een centrale plek waar beleidsmakers, onderzoekers en (zorg)professionals wetenschappelijk onderbouwde kennis over gokken kunnen vinden. Hierbij werken ze aan het vergroten van de wetenschappelijke kennis over (preventie van) gokschaad, gokproblematiek en gokverslaving. [15]

Minder dan 10 procent van de mensen met problematisch gokgedrag zoekt hulp

Ontwikkelingen in preventie en zorg

Naast ontwikkelingen in wet- en regelgeving en onderzoek naar online gokken, groeit ook het aanbod op het gebied van preventie en zorg. Preventie en hulpverlening zijn, samen met wetgeving, nodig om (problematisch) gokken te voorkomen. Minder dan 10 procent van de mensen met problematisch gokgedrag zoekt hulp. Belangrijke drempels zijn schaamte, ontkennen van problemen en een beperkte beschikbaarheid van hulp. [16] In Nederland bestaan diverse online en offline interventies, maar de effectiviteit van veel (zelfhulp)programma's is nog niet empirisch onderbouwd en interventies zijn vaak nog in ontwikkeling. [1] Onderzoek naar interventies laat zien dat verschillende aanpakken effectief zijn om gokgedrag te verminderen, zoals cognitieve gedragstherapie, mindfulness, korte interventies en interventies met persoonlijke feedback. Face-to-face behandelingen lijken beter te werken dan zelfhulp. [15]

Zelfuitsluiting en hulp bij gokken

Een belangrijke maatregel om te minderen of te stoppen met gokken is een inschrijving bij het Centraal Register Uitsluiting Kansspelen (Cruks). Hier kunnen spelers zich registreren voor een gokstop. Hiermee kan een speler voor 6 maanden niet meer gokken bij legale Nederlandse aanbieders, zowel online als op fysieke locaties.

In de afgelopen jaren is het aantal inschrijvingen voor de gokstop gestegen en heeft het Loket Kansspel (nu [Openovergokken.nl](https://openovergokken.nl)) meer hulpgesprekken over gokken en de gokstop gevoerd. Het langetermijneffect van de gokstop is niet bekend. Daarnaast blokkeert de gokstop alleen legale sites en is aanvullende blokkeersoftware nodig om illegale goksites te blokkeren. [1] In september 2025 is de website [Openovergokken.nl](https://openovergokken.nl) van de Ksa gelanceerd. Deze site is bedoeld om informatie te kunnen vinden over gokken, als iemand zich zorgen maakt over het eigen gokgedrag of dat van iemand anders, of als iemand op zoek is naar hulp. [17]

Preventieaanbod en vroegsignalering van gokproblematiek in Haaglanden

Ook lokaal wordt het preventieaanbod voor online gokken verder uitgebreid. Zo is bij Indigo Preventie Haaglanden het aanbod van Moti4 uitgebreid met aanbod dat gericht is op gokken. Moti4 is een gratis, anoniem gesprek met een preventiemedewerker. [18]

Daarnaast zijn preventiemedewerkers van Indigo opgeleid om zorgpersoneel te trainen in het vroegtijdig signaleren van gokproblematiek. Ook biedt Indigo Haaglanden algemene spreekuren, waar men terecht kan met vragen over gokken of gokproblematiek. In de praktijk ontvangt Indigo Haaglanden weinig hulpvragen over minderen of stoppen met gokken. [1]

Noodzaak van versterking van preventie en hulpverlening

Ondanks de beschikbaarheid van interventies, (zelfhulp)programma's en preventieaanbod, blijkt uit onderzoek dat er meer aandacht nodig is voor de preventie van online gokken en de zorg voor mensen met gokschaade of problematisch gokgedrag. [1], [16]

De Nationaal Rapporteur Verslavingen schrijft in een advies onder andere dat het van belang is dat professionals die in contact komen met mensen met (potentiële) gokproblemen, deze problematiek op tijd herkennen, snel kunnen ingrijpen en/of kunnen doorverwijzen. Daarbij is investering in vroegsignalering en verbetering van samenwerking tussen (hulpverlenende) instanties nodig. [19]

Conclusie

De zorgen die in 2022 in het artikel in het Epidemiologisch Bulletin werden geuit over een toename van gokproblematiek, waren terecht. Sinds de legalisering in 2021 zijn er veel veranderingen geweest in het Nederlandse onlinegoklandschap. Een van de belangrijkste gevolgen daarvan is de toename van het aantal spelers, met een relatief sterke groei onder jongvolwassenen en mannen. Een van de genoemde zorgen in het artikel uit 2022 was de toename van gokverslavingen. Cijfers laten inderdaad zien dat sinds 2022 het aantal personen in verslavingszorg met gokken als primaire problematiek, jaarlijks toeneemt. Deze stijging wordt vooral veroorzaakt door een toename in het online gokken.

OVER DE AUTEURS

Ing. F.C. Dik, MSc, werkte tot en met juni 2026 als epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie en Beleidsadvies, GGD Haaglanden;

W. Ligtenberg, MSc, epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie en Beleidsadvies, GGD Haaglanden.

E-mail:

willemieke.ligtenberg@ggdhaaglanden.nl



Recentere markttrends laten zien dat landelijke maatregelen onder andere hebben bijgedragen aan een stabilisering van het aantal spelers en de omzet van aanbieders op de legale markt, terwijl er een groei is op de illegale markt. Aanvullende en strengere maatregelen zijn nodig om te voorkomen dat mensen online gaan gokken en om schade door gokken te beperken. Weinig mensen met problematisch gokgedrag zoeken hulp, onder andere door schaamte, ontkenning van problematiek en de beperkte beschikbaarheid of vindbaarheid van hulp. Een effectievere aanpak vraagt daarom om een combinatie van landelijke regulering en lokale preventieve interventies, zodat risicovol gokgedrag eerder wordt herkend. Ook kan er zo beter worden ingespeeld op de veranderende dynamiek van de gokmarkt. Tot slot is het van belang om via onderzoek de ontwikkelingen en het onlinegokgedrag blijvend te monitoren.

Wilt u reageren? Mail de auteur of de redactie: epibul@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

De literatuurlijst staat bij dit artikel op https://epibul.ggdhaaglanden.nl/2026-nr-3/online_gokken.



Samen werken aan gelijke kansen in kankerscreening: lessen uit Den Haag

De Nederlandse bevolkingsonderzoeken naar borst-, baarmoederhals- en darmkanker zijn belangrijke preventieve gezondheidsprogramma's in ons land. Door kanker of voorstadia daarvan vroegtijdig op te sporen, kunnen behandelingen eerder starten en zijn de kansen op een gunstige uitkomst groter. De bevolkingsonderzoeken zijn vrijwillig, maar hun maatschappelijke opbrengst hangt sterk samen met de mate waarin mensen deelnemen. [1] En deelname is niet voor iedereen vanzelfsprekend. In Den Haag is deze uitdaging extra zichtbaar. Vooral bij vrouwen die te maken hebben met sociale, economische of maatschappelijke kwetsbaarheid, blijft de deelname aan bevolkingsonderzoeken achter. Dit artikel richt zich op initiatieven die in Den Haag worden ingezet om deze groepen beter te bereiken. Aan de hand van praktijkvoorbeelden wordt beschreven welke belemmeringen vrouwen ervaren, welke aanpakken veelbelovend blijken en welke lessen daaruit kunnen worden getrokken voor een meer inclusieve preventiepraktijk.

Anita Ham, Matthea van Hennik, Irene van der Meer, Shannon Kanis, Zeena Harakeh, Nicole van Kesteren

De bevolkingsonderzoeken in Nederland

In Nederland bestaan landelijke bevolkingsonderzoeken (BVO) naar de volgende 3 typen kanker:

- **Borstkanker (BK):** vrouwen van 50 tot en met 75 jaar ontvangen iedere 2 jaar een uitnodiging voor een mammografie.
- **Baarmoederhalskanker (BMHK):** vrouwen van 30 tot en met 60 jaar ontvangen iedere 5 of 10 jaar een uitnodiging voor screening op HPV.
- **Darmkanker (DK):** mannen en vrouwen van 55 tot en met 75 jaar ontvangen iedere 2 jaar een uitnodiging voor een ontlastingstest.

bevolkingsonderzoek



Hoewel de bevolkingsonderzoeken voor iedereen toegankelijk zijn, neemt niet iedereen in gelijke mate deel. Na een periode waarin de landelijke deelname aan verschillende bevolkingsonderzoeken daalde of stagneerde, zijn de deelname aan het bevolkingsonderzoek naar darmkanker (BVO DK) en het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker (BVO BMHK) in 2024 weer licht toegenomen. [2], [3] Landelijk is de gemiddelde participatiegraad voor borstkanker (BK) 75,7%, voor baarmoederhalskanker (BMHK) 60,3% en voor darmkanker (DK) 71,5%. [5], [6], [7]

‘Kwetsbare vrouwen’: oog voor de mensen achter de cijfers

In Den Haag ligt de participatiegraad onder ‘kwetsbare vrouwen’ structureel lager (BK: 64,1%; BMHK: 45,5%; DK: 56,9%). [4] Vooral vrouwen die te maken hebben met sociale, economische of maatschappelijke kwetsbaarheid worden via de reguliere aanpak van bevolkingsonderzoeken minder goed bereikt.

‘Kwetsbare vrouwen’ zijn bijvoorbeeld vrouwen met beperkte gezondheidsvaardigheden, een migratie-achtergrond, laaggeletterdheid, een lage sociaal-economische positie, instabiele huisvesting, betrokkenheid bij sekswork of een onzekere verblijfsstatus. Vaak stapelen verschillende factoren zich op. Daardoor is deelname aan bevolkingsonderzoeken voor hen minder vanzelfsprekend dan voor anderen. [8], [9]

Deze verschillen raken niet alleen preventie, maar ook gezondheidsrechtvaardigheid. [10] Want juist groepen die minder deelnemen aan bevolkingsonderzoeken hebben vaak een verhoogd risico op slechtere gezondheidsuitkomsten. [11] De vraag is daarom niet alleen hoe meer mensen kunnen worden bereikt, maar vooral hoe bevolkingsonderzoeken beter kunnen aansluiten bij de leefwereld, mogelijkheden en behoeften van mensen die nu onvoldoende worden bereikt.

In Den Haag wordt vanuit verschillende invalshoeken gewerkt aan het verhogen van de deelname van ‘kwetsbare vrouwen’ aan borstkanker- en baarmoederhalskankerscreening. Drie initiatieven laten zien dat dit meer vraagt dan een uitnodigingsbrief of een informatiecampagne. Het vraagt om aanwezigheid in

de wijk en op plekken waar de mensen die je wil bereiken komen, aandacht voor praktische belemmeringen, samenwerking tussen organisaties en oog voor de mensen achter de cijfers.

Van uitnodigen naar aansluiten

Onderzoek laat zien dat deelname aan bevolkingsonderzoeken wordt beïnvloed door veel meer factoren dan kennis alleen. Taalbarrières, beperkte gezondheidsvaardigheden, negatieve ervaringen met zorg, wantrouwen tegenover instanties, culturele opvattingen over ziekte en gezondheid en praktische problemen kunnen allemaal een rol spelen. [12], [13]

Voor sommige vrouwen is een uitnodigingsbrief moeilijk leesbaar. Anderen weten niet goed wat het onderzoek inhoudt of ervaren schaamte om erover te praten. Weer anderen hebben geen vast woonadres, waardoor zij überhaupt geen uitnodiging ontvangen. Ook kan de dagelijkse realiteit van werk, schulden, zorg voor kinderen of huisvestingsproblemen ervoor zorgen dat preventieve zorg geen prioriteit krijgt.

Deze factoren staan zelden op zichzelf. Juist de combinatie ervan maakt dat bepaalde groepen structureel minder deelnemen aan bevolkingsonderzoeken. Daarom groeit het besef dat een uniforme aanpak onvoldoende is. Om gezondheidsverschillen te verkleinen zijn benaderingen nodig die aansluiten bij de context waarin mensen leven. [9], [10], [13] De ervaringen in Den Haag laten zien dat 3 elementen daarbij steeds terugkomen: vertrouwen, toegankelijkheid en samenwerking.

De ervaringen in Den Haag laten zien dat 3 elementen steeds terugkomen: vertrouwen, toegankelijkheid en samenwerking



Initiatief 1: Screening the Neighbourhoods – preventie begint in de wijk

Een initiatief is het project *Screening the Neighbourhoods*. Dit project werd uitgevoerd door De Haagse Hogeschool, Stichting Mamarosa en TNO, met financiering van ZonMw. [13]

Het uitgangspunt was eenvoudig: als vrouwen niet vanzelf naar de informatie komen, moet de informatie dichterbij de vrouwen worden gebracht. Binnen het project werd gewerkt in 18 Haagse wijken. Daar werd onderzocht hoe vrouwen met een lage sociaaleconomische positie, beperkte gezondheidsvaardigheden of een migratieachtergrond beter bereikt konden worden rondom de BVO BK en BVO BMHK. In plaats van vooraf vast te leggen welke activiteiten zouden werken, werd gekozen voor een lerende aanpak. Samen met bewoners, vrijwilligers, sleutelfiguren, maatschappelijke organisaties en zorgprofessionals werd gekeken naar welke belemmeringen vrouwen ervaren en welke oplossingen daarbij passen.

De kracht van bestaande netwerken

Een belangrijke les uit het project is dat informatie meer impact heeft wanneer deze wordt gedeeld door mensen die al vertrouwen genieten binnen een gemeenschap. Daarom werd veel samengewerkt met vrouwen die actief zijn in buurthuizen, wijkcentra, scholen, religieuze gemeenschappen en andere sociale netwerken. Zij kennen de vragen, zorgen en dagelijkse realiteit van vrouwen in hun omgeving en kunnen onderwerpen bespreekbaar maken die in formele zorgsettings vaak onbesproken blijven.

Uit gesprekken in de wijk bleek bijvoorbeeld dat sommige vrouwen dachten dat een bevolkingsonderzoek alleen nodig is wanneer er klachten zijn. Anderen waren bang voor pijn, schaamden zich voor het onderzoek of begrepen de uitnodigingsbrief niet volledig. Door ruimte te bieden voor persoonlijke gesprekken, konden misverstanden worden weggenomen en vragen worden besproken. Hierdoor verschuift de focus van het simpelweg verstrekken van informatie naar het voeren van een dialoog.

Vertrouwen als werkzame factor

Een gesprek met een buurvrouw, vrijwilliger of gastvrouw uit de wijk heeft vaak meer impact dan een folder of website. Vanuit deze inzichten ontwikkelde Stichting Mamarosa een aanpak die rust op 7 kernprincipes:

1. Vertrouwen opbouwen
2. Cultuursensitief werken
3. De relatie centraal stellen
4. Samen ontwikkelen
5. Aanwezig zijn in de leefwereld van mensen
6. Eigenaarschap bij de doelgroep laten
7. Werken vanuit herkenning en empathie

Hoewel deze principes eenvoudig klinken, vragen zij om een andere manier van werken. Niet de boodschap staat centraal, maar de relatie waarbinnen die boodschap wordt gedeeld.

Samen ontwikkelen

Binnen *Screening the Neighbourhoods* werden oplossingen niet bedacht vóór de doelgroep, maar samen mét de doelgroep ontwikkeld. In totaal waren 73 studenten van De Haagse Hogeschool betrokken bij interviews, groepsgesprekken en praktijkonderzoek in de wijken. Dankzij hun diverse achtergronden en talenkennis konden zij contacten leggen met groepen die vaak moeilijk bereikbaar zijn.

Dit resulteerde in uiteenlopende materialen en activiteiten, waaronder meertalige voorlichtingsmaterialen, podcasts, video's in verschillende talen en trainingen voor vrijwilligers en sleutelfiguren. Wat deze activiteiten gemeen hadden, was dat zij voortkwamen uit signalen en behoeften uit de praktijk. Daardoor sloten ze beter aan bij de leefwereld van de doelgroep dan traditionele voorlichtingscampagnes.



Van project naar duurzame beweging

Een belangrijke vraag bij veel projecten is wat er gebeurt wanneer de financiering stopt. Om de opgedane kennis duurzaam te verankeren werd daarom in 2025 de Mamarosa Academy gestart. Binnen deze Academy worden vrouwen uit de doelgroep opgeleid tot gastvrouw en sleutelfiguur. Ze leren hoe zij gesprekken kunnen voeren over gezondheid, preventie en bevolkingsonderzoeken binnen hun eigen netwerk. Op het moment van schrijven zijn 22 vrouwen gestart met het programma en hebben zich nieuwe kandidaten aangemeld. Zes vrouwen zijn inmiddels gecertificeerd en actief als gastvrouw. Hiermee ontstaat een duurzaam netwerk van vrouwen die gezondheidsinformatie kunnen delen op plekken waar reguliere zorg en voorlichting niet altijd vanzelfsprekend aanwezig zijn.

De Academy laat zien hoe een tijdelijk project kan uitgroeien tot een bredere beweging waarin bewoners zelf een actieve rol spelen bij gezondheidsbevordering. Voor de structurele inbedding en borging van de Mammarosa Academy is externe financiering noodzakelijk. Hoewel de inzet van de gastvrouwen grotendeels vrijwillig plaatsvindt, zijn er kosten verbonden aan opleiding, begeleiding, coördinatie en de ontwikkeling van materialen. Daarnaast is het van belang rekening te houden met een passende (vrijwilligers) vergoeding voor de betrokken vrouwen. Om de Academy duurzaam te kunnen laten voortbestaan en verder uit te bouwen, is structureel budget essentieel.

Effecten die verder gaan dan deelnamecijfers

Het meten van de effecten van wijkgerichte projecten is niet eenvoudig. De impact beperkt zich namelijk niet tot het aantal deelnemers aan een bevolkingsonderzoek. Binnen *Screening the Neighbourhoods* werd daarom gebruikgemaakt van een methode die ook bredere effecten zichtbaar maakt. [14] Daarbij werd samen met betrokkenen gekeken welke veranderingen het project had teweeggebracht.

Uit deze evaluaties kwam naar voren dat niet alleen kennis over bevolkingsonderzoeken was toegenomen, maar ook de samenwerking tussen organisaties was versterkt. Nieuwe contacten ontstonden tussen bewoners, vrijwilligers, welzijnsorganisaties, zorgprofessionals en onderwijsinstellingen. Daarnaast groeide het wederzijdse vertrouwen tussen bewoners en professionals. Ook ontstonden nieuwe initiatieven die voortbouwen op de opgedane ervaringen, zoals de Mammarosa Academy en wijkgericht werken in het hoger onderwijs. Daarmee werd duidelijk dat investeren in preventie tegelijkertijd kan bijdragen aan sterkere netwerken in de wijk. Deze uitkomsten laten zien dat succesvolle preventie niet alleen gaat over individuele keuzes, maar ook over de sociale omgeving waarin die keuzes worden gemaakt.

Initiatief 2: Screening the Metropolitan: toegang tot screening voor gemarginaliseerde vrouwen

Screening the Metropolitan is een vervolg op *Screening the CITY*, waarover eerder in dit bulletin is gepubliceerd. [15] *Screening the Metropolitan* richt zich op het toegankelijker maken van de screening op BMHK voor vrouwen zonder vast woonadres (dakloze vrouwen), arbeidsmigranten en vrouwen zonder verblijfsvergunning en sekswerkers met wisselende verblijfplaatsen. Dit is een subgroep van kwets-

bare vrouwen, die ook wel omschreven wordt als 'gemarginaliseerde vrouwen'.

Voor deze groepen bestaat een fundamenteel probleem. Velen ontvangen nooit een uitnodiging voor deelname aan een bevolkingsonderzoek. Als ze deze al wel ontvangen, weten ze de uitnodiging niet te interpreteren of weten ze niet wat ze hiermee moeten doen. Het systeem van uitnodigen veronderstelt immers: 1) een geregistreerd woonadres; 2) begrip van de Nederlandse taal en organiserend vermogen, en 3) dat je de weg kent in het reguliere zorgsysteem. Juist daardoor vallen sommige vrouwen buiten de bestaande preventiestructuren. Terwijl uit *Screening the CITY* blijkt dat bij deze vrouwen ruim 4 keer vaker afwijkingen worden gezien dan bij de algemene populatie vrouwen die deelnemen aan het BVO BMHK. [16]

Screening the Metropolitan is een uitbreiding van *Screening the CITY* naar de 4 grootste steden in Nederland: Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht. Ook zijn niet alleen straatdokters betrokken.

Flexibiliteit als uitgangspunt

In plaats van te wachten tot vrouwen zich melden, wordt aangesloten bij plekken waar deze vrouwen al in contact komen met zorgverleners. Denk hierbij aan straatdokters, Dokters van de Wereld, centra voor seksuele gezondheid (CSG) van de GGD'en, daklozenorganisaties, maatschappelijke opvang en organisaties die werken met sekswerkers of ongedocumenteerde personen.

Zorgverleners informeren vrouwen proactief over de mogelijkheden van screening en bieden deze aan op een manier die past bij hun situatie. Daarbij wordt rekening gehouden met taal, bereikbaarheid, geslacht van de zorgverlener (vrouwen), eventuele persoonlijke voorkeuren, alsook met eventuele eerdere negatieve (seksuele) ervaringen. Ook vervolcontacten worden flexibel ingericht. Uitslagen kunnen bijvoorbeeld telefonisch, via WhatsApp, of e-mail worden besproken of tijdens een persoonlijk gesprek op een locatie die voor de vrouw toegankelijk is. Deze terugkoppeling of vervolgbegeleiding wordt zoveel mogelijk door dezelfde zorgverlener gedaan als degene die het uitstrijkje afnam.

Bereiken is pas het begin

Tussen november 2022 en december 2025 werden via deze aanpak ongeveer 750 vrouwen met een uitstrijkje



bereikt die anders waarschijnlijk niet zouden hebben deelgenomen aan baarmoederhalskankerscreening. Tegelijkertijd maakt het project duidelijk dat toegang tot screening slechts één onderdeel is van het grotere vraagstuk.

Voor vrouwen die vervolgonderzoek nodig hebben, blijken praktische en sociale belemmeringen vaak opnieuw een rol te spelen. Het maken van afspraken, het reizen naar een ziekenhuis, het inschrijfproces bij het ziekenhuis, of het begrijpen van de medische informatie en die over de behandeling, kunnen ingewikkeld zijn. Daarom wordt steeds vaker gewerkt met informele ondersteuning vanuit het eigen netwerk of met begeleiders die vrouwen helpen bij vervolgzorg.

De ervaringen laten zien dat inclusieve preventie niet stopt bij het aanbieden van screening, maar vraagt om aandacht voor het volledige zorgtraject. Dit betekent dat voor implementatie van dit project zowel informatie bij de doelgroep opgehaald moet worden, als bij de zorgverleners. Middels kwalitatief onderzoek zal dit onderwerp in 2026 onderzocht worden. Zo kan de implementatie van dit project toekomstbestendig ingericht worden, met de behoeften van de vrouwen uit de beoogde doelgroep en hun zorgverleners als uitgangspunt.

Initiatief 3: Professionals als schakel in inclusieve preventie

Naast het bereiken van vrouwen zelf, is ook de rol van professionals van belang. De manier waarop zorg wordt georganiseerd bepaalt mede wie wordt bereikt en wie buiten beeld blijft. Daarom is het belangrijk dat zorgprofessionals, naast hun medische kennis, ook bewust zijn van gezondheidsverschillen en de drempels tot toegang tot zorg.

De Johannes Wier Stichting (JWS) is een onafhankelijke mensenrechtenorganisatie van en voor zorgprofessionals, die zich focust op inclusieve zorg vanuit het mensenrechtenperspectief. Dit recht gaat ervan uit dat gezondheidszorg beschikbaar, toegankelijk, aanvaardbaar en van goede kwaliteit moet zijn voor iedereen. [17], [18]



Voor bevolkingsonderzoeken betekent dit dat niet alleen het aanbod aanwezig moet zijn, maar dat mensen ook daadwerkelijk in staat moeten zijn om er gebruik van te maken. De stichting draagt hieraan

bij via onderwijs, trainingen en workshops voor studenten en professionals in de zorg- en welzijnssector, onder meer in samenwerking met De Haagse Hogeschool. [19] Hierdoor maken studenten van De Haagse Hogeschool vroeg in hun toekomstige carrière als professionals al kennis met mensenrechten binnen de preventieve zorg. Deze bewustwording stelt de toekomstige zorgprofessionals in staat om bruggen te bouwen tussen het zorgsysteem en inclusieve preventie.

De onderwijsactiviteiten, trainingen en workshops besteden aandacht aan vragen als:

- Welke groepen bereiken we niet?
- Welke aannames maken we over deelname?
- En hoe kunnen professionals beter aansluiten bij mensen die minder vanzelfsprekend toegang hebben tot zorg?

Het onderwijsprogramma van de JWS voor De Haagse Hogeschool is toepasbaar binnen de gehele zorg- en welzijnssector. De JWS heeft als doel dit programma breder te gaan uitdragen, door samenwerkingen aan te gaan met meerdere zorg- en welzijnsopleidingen binnen Nederland. Hoewel scholing alleen niet voldoende is om gezondheidsverschillen te verkleinen, draagt dit wel bij aan een bredere bewustwording van de mechanismen die ongelijkheid in de gezondheid en toegang tot zorg in stand houden.

Wat werkt in de praktijk? Lessen voor de toekomst

Hoewel de beschreven aanpakken verschillen in doelgroep en uitvoering, laten zij opvallend vergelijkbare succesfactoren zien.

Vertrouwen

De eerste succesfactor is vertrouwen. Zowel binnen *Screening the Neighbourhoods* als *Screening the Metropolitan* blijkt dat persoonlijke relaties, herkenning en langdurige aanwezigheid in de leefwereld van mensen, essentieel zijn om gezondheidsinformatie bespreekbaar en deelname aan screening mogelijk te maken. Vertrouwen ontstaat niet door een eenmalige campagne, maar door mensen te ontmoeten op plekken waar zij zich veilig voelen en door aan te sluiten bij bestaande sociale netwerken.

Toegankelijkheid

Een tweede succesfactor is toegankelijkheid. Praktische belemmeringen, zoals beperkingen in taalbegrip, gezondheidsvaardigheden, bereikbaar

heid, huisvesting of kennis van het zorgsysteem, kunnen deelname in de weg staan. Effectieve preventie vraagt daarom om maatwerk, flexibiliteit en ondersteuning gedurende het gehele traject, van uitnodiging tot eventuele vervolgzorg.

Samenwerking

Daarnaast blijkt samenwerking cruciaal. Geen enkele organisatie beschikt over alle kennis, contacten en mogelijkheden die nodig zijn om gezondheidsverschillen te verkleinen. Juist de samenwerking tussen bewoners, vrijwilligers, zorgorganisaties, welzijnsinstellingen, onderwijsinstellingen en informele netwerken, maakt het mogelijk om groepen te bereiken die via reguliere kanalen vaak buiten beeld blijven. Ook is het van belang om zorgprofessionals te betrekken bij goede toegang tot preventieve zorg. Alleen wanneer zij bewust zijn van mensenrechten en de bestaande gezondheidsverschillen, kunnen ze pas fungeren als schakel tussen het zorgsysteem en inclusieve preventie. Aandacht besteden aan deze onderwerpen binnen opleidingen in de zorg- en welzijnssector draagt hieraan bij.

De ervaringen in Den Haag laten zien dat het vergroten van deelname aan bevolkingsonderzoeken meer vraagt dan betere communicatie alleen. Het vraagt om een benadering waarbij mensen centraal staan en niet het systeem. Investeren in lokale netwerken,

gezondheidsvaardigheden, professionele bewustwording en duurzame relaties, blijkt daarbij minstens zo belangrijk als het aanbieden van screening zelf.

Tegelijkertijd laten de initiatieven zien dat succesvolle werkwijzen niet afhankelijk mogen blijven van tijdelijke projectfinanciering. Het opbouwen van vertrouwen en onderhouden van netwerken kosten tijd en vragen om continuïteit. Voor de toekomst ligt er daarom een belangrijke opgave om veelbelovende aanpakken structureel te verankeren in beleid, financiering en praktijk.

Gelijke toegang leidt niet automatisch tot gelijke kansen

De belangrijkste les uit Den Haag is dat gelijke toegang niet automatisch leidt tot gelijke kansen. Wie gezondheidsverschillen wil verkleinen, moet bereid zijn verschillen in uitgangspositie serieus te nemen en preventie actief aan te passen aan de leefwereld van mensen. Juist daarin ligt de kracht van de beschreven initiatieven: zij verplaatsen de focus van uitnodigen naar aansluiten, van informeren naar verbinden en van bereik naar echte toegankelijkheid.

Wilt u reageren? Mail de auteur of de redactie: epibul@ggdhaaglanden.nl

DANKWOORD

Dank aan alle vrouwen, sleutelfiguren, vrijwilligers, gastvrouwen, zorgprofessionals en maatschappelijke organisaties, waaronder Stichting Mammarosa, de betrokken buurt- en gebedshuizen, centra seksuele gezondheid van GGD'en, Dokters van de Wereld en diverse lokale partners, die hebben bijgedragen aan de verschillende initiatieven. Hun inzet, ervaringen en samenwerking waren van grote waarde voor de uitvoering en ontwikkeling van deze initiatieven.

OVER DE AUTEURS

A. Ham, PhD, Senior onderzoeker, lectoraat Grootstedelijke Ontwikkelingen, De Haagse Hogeschool; **M.M. van Hennik, MD/MSc international health**, arts seksuele gezondheid GGD Haaglanden, arts-onderzoeker Leids Universitair Medisch Centrum; **I.M. van der Meer, PhD, MPH**, senior epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie en Beleidsadvies, GGD Haaglanden; **S.L. Kanis, PhD**, huisarts, MSc Health Economics, Policy and Law; **Z. Harakeh, PhD**, senior onderzoeker, TNO, unit Health & Work; **N. van Kesteren, PhD**, senior onderzoeker, TNO, unit Health & Work.

E-mail: a.ham@hhs.nl

REFERENTIES

De literatuurlijst staat bij dit artikel op <https://epibul.ggdhaaglanden.nl/2026-nr-3/kankerscreening>.



Geslaagde valpreventiepilot: effectief opsporen van valrisico bij ouderen op coronavaccinatielocaties 2025

In Nederland belandt elke 4 minuten een 65-plusser op de spoedeisende hulp na een val. Valincidenten hebben vaak ingrijpende gevolgen voor de gezondheid, zelfstandigheid en kwaliteit van leven van ouderen. Met een snel vergrijzende bevolking in regio Haaglanden, groeit het aantal mensen met een verhoogd valrisico en daarmee de druk op de zorg. Daarom is het essentieel om valrisico's vroegtijdig te signaleren en om ouderen tijdig te ondersteunen in het nemen van valpreventieve maatregelen. Maar hoe bereik je deze doelgroep effectief? En welke kansen liggen er in bestaande contactmomenten met de zorg? Dit artikel beschrijft een innovatieve pilot van GGD Haaglanden waarin coronavaccinatielocaties in 2025 zijn benut om het valrisico van ouderen op te sporen. De resultaten laten zien dat dit niet alleen een praktische aanpak is, maar ook een kansrijke stap richting een sterkere Ketenaanpak Valpreventie in de regio.

Maartje Keetman, Sophie Janssens

Urgentie valpreventie

In 2024 werden 119.000 65-plussers in Nederland behandeld op de spoedeisende hulp (SEH) na een val. Dit aantal was nog nooit zo hoog en het is slechts het topje van de ijsberg: naar schatting komt slechts 10 procent van alle ouderen na een valincident op de spoedeisende hulp. [1] Valongelukken bij ouderen hebben vaak grote gevolgen. Ze leiden tot verwondingen, ziekenhuisopnames en soms vroegtijdig overlijden. Ook verminderen de zelfstandigheid, de mobiliteit en het zelfvertrouwen na het doormaken van een valincident, waardoor de kans op nieuwe gezondheidsproblemen toeneemt en de kwaliteit van leven daalt. Hierdoor worden ouderen afhankelijker van (mantel)zorg en kunnen zij minder lang zelfstandig blijven.

Met het toenemen van de leeftijd wordt het risico op vallen groter. Ook het aandeel ouderen woonachtig in regio Haaglanden neemt de komende jaren naar verwachting toe: van 18% 65-plussers in 2026 naar 22% in 2040. [2] Daarmee groeit ook het aantal ouderen met een verhoogd valrisico, dat voor regio Haaglanden in 2025 naar schatting 30% is, wat neerkomt op 62.510 individuen. Geschat wordt dat de zorgkosten naar aanleiding van een val in regio Haaglanden in 2035 op zo'n 161,7 miljoen euro zullen uitkomen. [3] Deze cijfers, getoond in tabel 1, onderstrepen de urgentie om valrisico's vroegtijdig op te sporen en passende ondersteuning te bieden.



Tabel 1 Aantal inwoners 65 jaar en ouder totaal en met geschat verhoogd valrisico (2025) en prognose zorgkosten n.a.v. een val (2035). [3]

	Totaal aantal 65-plussers (2025)	Schatting 65-plussers met verhoogd valrisico (2025)	Prognose totale zorgkosten bij ouderen door vallen (miljoen €) (2035)
Delft	17.950	36% 6.400	16,9
Den Haag	85.180	29% 24.980	70,1
Leidschendam-Voorburg	17.960	28% 5.030	11,1
Midden-Delfland	4.420	29% 1.300	3,1
Pijnacker-Nootdorp	9.640	31% 3.020	9,1
Rijswijk (ZH.)	12.120	33% 4.020	9,4
Wassenaar	6.820	31% 2.100	6,2
Westland	23.770	33% 7.820	17,8
Zoetermeer	27.760	28% 7.840	18,0
Totaal regio Haaglanden	205.620	30% 62.510	161,7

Verantwoording rekenmethode VeiligheidNL:

- **Valrisico:** Er is een landelijke risicoschatting gemaakt van 33%, op basis van wetenschappelijk onderzoek en bevestigd door de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen. Voor de schattingen per gemeente is gecorrigeerd voor o.a. leeftijd. Als een gemeente bijvoorbeeld een hoger aandeel 80-plussers heeft, is het geschatte valrisico hoger.
- **Zorgkosten:** Op basis van het aantal spoedeisendehulpbezoeken en het aantal ziekenhuisopnamen, is per gemeente berekend hoeveel thuiswonende 65-plussers in het ziekenhuis zijn behandeld na een val. Met behulp van het Letsellastmodel zijn de totale zorgkosten na een val per gemeente berekend. Bij totale zorgkosten gaat het om de behandeling én nazorg van patiënten op de SEH en/of bij ziekenhuisopname. Hieronder vallen kosten voor ziekenhuis, thuiszorg, verpleeghuis, revalidatie en overige eerstelijnszorg.

Ketenaanpak Valpreventie

Vanuit het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) hebben gemeenten en zorgverzekeraars de opdracht gekregen om een sluitende Ketenaanpak Valpreventie in te richten, met als doel het terugdringen van het hoge aantal valincidenten onder ouderen.

Voor de Ketenaanpak Valpreventie staan in het GALA 2 doelstellingen beschreven: [4]

1. Jaarlijks krijgt 14% van alle thuiswonende ouderen (65+) een risico-inschatting (valrisicotest)
2. Jaarlijks volgt 3% van alle thuiswonende ouderen (65+) waarbij een verhoogd valrisico is vastgesteld, een erkende valpreventieve beweeginterventie

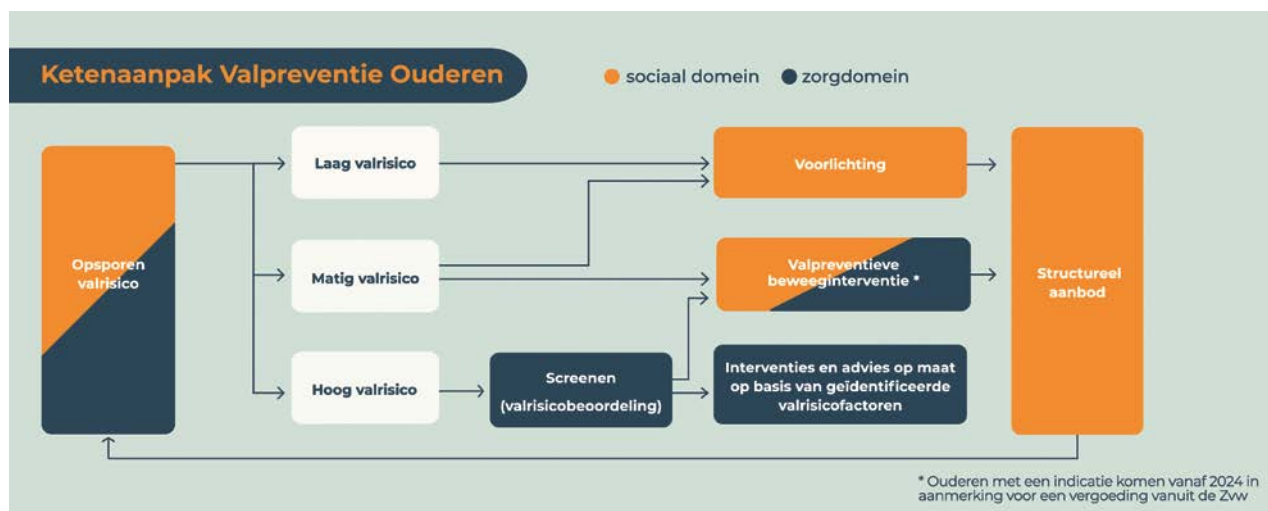
Dit betreft landelijke percentages. Deze inzet is noodzakelijk om de potentiële besparingen, onder andere binnen de Zorgverzekeringswet, te kunnen realiseren. Dit is ook de minimale inzet om te komen tot minder druk op de zorg, waaronder SEH-bezoeken naar aanleiding van een val.

VeiligheidNL heeft een handreiking Ketenaanpak Valpreventie opgesteld. [5] Deze bestaat uit 4 stappen (figuur 1):

1. Opsporen en bepalen van de mate van valrisico met de valrisicotest;
2. Screenen van 65-plussers met een hoog valrisico (valrisicobeoordeling);
3. Interventies: hieronder vallen voorlichting over valrisicofactoren, erkende beweeginterventies (zoals op loketgezondleven.nl van het RIVM), en waar nodig aanvullend met interventies op andere valrisicofactoren.
4. Actieve begeleiding en doorverwijzing naar structureel beweegaanbod.

In het artikel 'Vitaal ouder worden: valpreventie' in het Epidemiologisch Bulletin (nr 2 van 2024), werd eerder een uitgebreide beschrijving van de Ketenaanpak Valpreventie in regio Haaglanden gegeven. [6]

Figuur 1 Schematische weergave Ketenaanpak Valpreventie van VeiligheidNL. [5]



Pilot valpreventie op corona-vaccinatielocaties

De doelgroep voor de Ketenaanpak Valpreventie bestaat uit thuiswonende 65-plussers. Deze doelgroep wordt bij voorkeur bereikt op locaties waar veel 65-plussers al komen. Een voorbeeld daarvan zijn de coronavaccinatielocaties van GGD Haaglanden. In 2025 kwamen namelijk alle 60-plussers in aanmerking voor een coronavaccinatie. Een goed moment om dan ook een valrisicotest aan te bieden en zo

gemeenten te ondersteunen bij het behalen van de GALA-doelstelling m.b.t. valrisico.

In 2025 had GGD Haaglanden 13 vaccinatielocaties in de regio, waarvan 5 in Den Haag, 2 in Delft en 2 in Westland. Midden-Delfland en Wassenaar hadden geen eigen priklocaties. De overige gemeenten (Leidschendam-Voorburg, Pijnacker-Nootdorp, Rijswijk, Zoetermeer) hadden er 1. De coronavaccinatie mag gehaald worden op een vaccinatielocatie naar keuze.

Figuur 2 Stappen valrisicotest en de bijbehorende uitslag. [7]

Valrisicotest		Origineel		Digitaal	
Stap 1	1. Bent u in het afgelopen jaar gevallen? 2. Bent u bang om te vallen? 3. Heeft u moeite met bewegen, lopen of balans houden?	3x nee	Laag valrisico	3x nee	Laag valrisico
		1x of meer ja	Stap 2	Ja op vraag 1	Stap 2
Stap 2	4. Heeft u iets overgehouden aan de val? 5. Bent u twee of meer keer gevallen in het afgelopen jaar? 6. Was wegraking de oorzaak van de val? Verloor u bijvoorbeeld even het bewustzijn of viel u flauw? 7. Had u hulp nodig bij opstaan na de val? 8. Heeft u hulp nodig bij een of meer van de volgende taken doen: koken, tuinieren, stofzuigen of dweilen, boodschappen doen?	1x of meer ja	Hoog valrisico	Ja op vraag 2 of 3	Waarschijnlijk matig valrisico
		5x nee	Stap 3	1x of meer ja	Hoog valrisico
Stap 3	Looptest: 4 meter lopen	Binnen 4 sec	Laag valrisico	5x nee	Waarschijnlijk matig valrisico
		4 sec of meer	Matig valrisico		

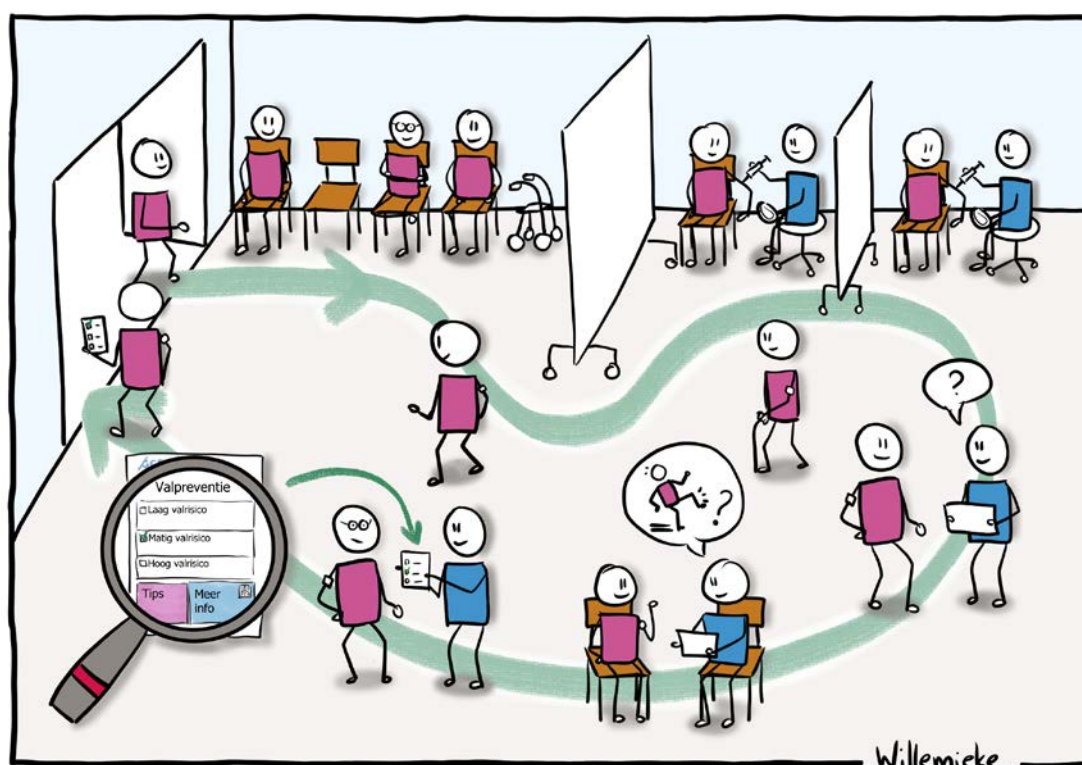
Dat hoeft niet in de eigen woonplaats of regio te zijn. Inwoners uit Midden-Delfland en Wassenaar konden in buurgemeenten terecht. Alle gemeenten in Haaglanden werkten mee aan de pilot.

Uitvoering pilot

Op de vaccinatielocaties ontvingen de inwoners eerst de vaccinatie. Na het zetten van de vaccinatie benaderde het vaccinatiepersoneel de inwoners voor deelname aan de valrisicotest. Met de valrisicotest

wordt ingeschat of iemand een laag, (waarschijnlijk) matig of hoog valrisico heeft (figuur 2). [7]

Bij (waarschijnlijk) matig of een hoog valrisico wordt er gesproken van een verhoogd valrisico. Inwoners konden zelf beslissen of zij aan de test wilden meedoen. Het vaccinatiepersoneel nam de valrisicotest niet structureel af, maar wanneer tijd en capaciteit dat toelieten.



Bezoek aan coronavaccinatielocatie met aansluitend valrisicotest (illustratie: Willemieke Ligtenberg)

De looptest (4 meter lopen) werd op de coronavaccinaties niet afgenomen. Deze werd achterwege gelaten omdat het kan voorkomen dat men zich wat minder belastbaar voelt na het krijgen van een vaccinatie. Ook speelde mee dat er op sommige vaccinatielocaties onvoldoende ruimte was om looptesten uit te voeren. Om de aanpak uniform te houden, is daarom besloten om de digitale valrisicotest van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en VeiligheidNL af te nemen. [8]

Na het doorlopen van de vragenlijst volgden er direct een uitslag over het valrisico (laag, matig of hoog) en passend advies. De mate van valrisico en de bijbehorende adviezen werden na afloop van de test mondeling medegedeeld. Het advies werd ondersteund door het meegeven van een flyer (zie kader) waar het valrisico op aangewezen staat met aanvullende tips. De flyer verwijst naar de website van GGD Haaglanden, waar inwoners zich via de gemeentelijke

webpagina kunnen aanmelden voor deelname aan een valpreventieve beweeginterventie, en waar een overzicht van het reguliere sport- en beweegaanbod staat. Zie: <https://www.ggdhaaglanden.nl/inwoner/inwoners/gezond-leven/vitaal-ouder-worden/valpreventie/>.

Resultaten

In de periode van 29 september tot en met 5 december 2025 zijn er op de coronavaccinatielocaties in regio Haaglanden in totaal 1.873 valrisicotesten bij ouderen afgenomen, waarvan 1.804 bij inwoners uit de regio Haaglanden. De analyses zijn gedaan op deze laatste groep.

Ruim de helft van de deelnemers was vrouw (57%) en in de leeftijd van 65-79 jaar (58%). De meeste mensen woonden in Den Haag (45%) of Zoetermeer (22%) (tabel 2).

Flyer valpreventie

U heeft een laag valrisico

Dat is goed nieuws! Blijf actief en oefen uw evenwicht en spieren. Zo blijft u fit en sterk. Het is belangrijk minstens 30 minuten per dag te bewegen. Wandelen, fietsen, tuinieren of dansen: doe iets actiefs waar u plezier in hebt. Zo blijft u fit en houdt u uw spieren soepel en sterk. Dat zorgt ervoor dat u minder snel valt. Bekijk het beweegaanbod in uw gemeente.

U heeft een matig valrisico

Het is belangrijk dat uw valrisico niet verder toeneemt. Door te oefenen kunt u dit voorkomen. Meldt u aan voor een beweegprogramma binnen uw gemeente. Hier krijgt u tips en adviezen over valpreventie en gaat u onder begeleiding met oefeningen aan de slag. Bekijk het aanbod in uw gemeente.

U heeft een hoog valrisico

Gelukkig kunt u daar wat aan doen. Neem contact op met uw huisarts om het hoge valrisico te bespreken. De huisarts bekijkt samen met u wat u kunt doen om het risico op vallen te verkleinen.



The flyer is titled 'Valpreventie' and features the GGD Haaglanden logo. It is divided into three main sections based on risk level: 'U heeft een laag valrisico', 'U heeft een matig valrisico', and 'U heeft een hoog valrisico'. Each section contains specific advice and a checkbox. At the bottom, there are two boxes: 'Tips om vallen te voorkomen' with a list of five tips, and 'Meer informatie' with a website link and a QR code. The footer states 'Bewaakt, beschermt en bevordert de gezondheid'.

GGD Haaglanden

Valpreventie

☐ **U heeft een laag valrisico**
Dat is goed nieuws! Blijf actief en oefen uw evenwicht en spieren. Zo blijft u fit en sterk. Het is belangrijk minstens 30 minuten per dag te bewegen. Wandelen, fietsen, tuinieren of dansen: doe iets actiefs waar u plezier in hebt. Zo blijft u fit en houdt u uw spieren soepel en sterk. Dat zorgt ervoor dat u minder snel valt. Bekijk het beweegaanbod in uw gemeente.

☐ **U heeft een matig valrisico**
Het is belangrijk dat uw valrisico niet verder toeneemt. Door te oefenen kunt u dit voorkomen. Meldt u aan voor een beweegprogramma binnen uw gemeente. Hier krijgt u tips en adviezen over valpreventie en gaat u onder begeleiding met oefeningen aan de slag. Bekijk het aanbod in uw gemeente.

☐ **U heeft een hoog valrisico**
Gelukkig kunt u daar wat aan doen. Neem contact op met uw huisarts om het hoge valrisico te bespreken. De huisarts bekijkt samen met u wat u kunt doen om het risico op vallen te verkleinen.

Tips om vallen te voorkomen

- Beweeg voldoende
- Draag goed passende schoenen
- Controleer uw ogen
- Controleer uw medicijnen
- Eet gezond
- Maak het huis veilig

Meer informatie
www.ggdhaaglanden.nl/valpreventie

- Bekijk het aanbod in uw gemeente
- Doe de valrisicotest voor uzelf of uw naaste
- Lees meer over de tips om vallen te voorkomen

Bewaakt, beschermt en bevordert de gezondheid

Tabel 2 Achtergrondkenmerken deelnemers valrisicotesten, Haaglanden 2025

		Aantal	Percentage
Totaal regio Haaglanden		1.804	100
Geslacht	Man	766	43
	Vrouw	1.027	57
	Onbekend	11	-
Leeftijd	Jonger dan 65	199	11
	65-79 jaar	1.049	58
	80 jaar en ouder	550	31
	Onbekend	6	-
Woonplaats	Delft	96	5
	Den Haag	805	45
	Leidschendam-Voorburg	133	7
	Midden-Delfland	18	1
	Pijnacker-Nootdorp	119	7
	Rijswijk	142	8
	Wassenaar	18	1
	Westland	81	5
	Zoetermeer	392	22

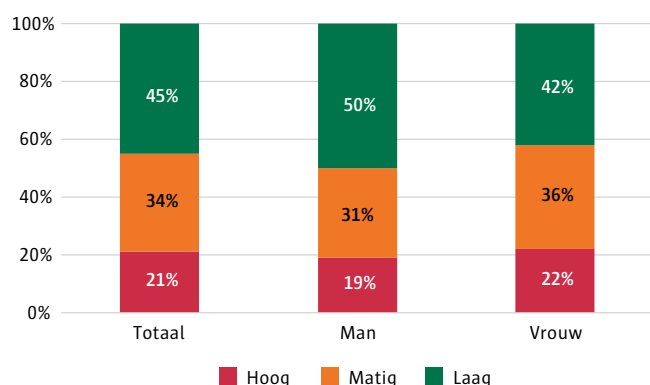
Valrisico

Ruim de helft van de deelnemers had een verhoogd valrisico: 34% een matig en 21% een hoog valrisico. Bij de vrouwen waren deze percentages hoger dan bij de mannen (figuur 3). Ook namen deze percentages toe met de leeftijd (figuur 4).

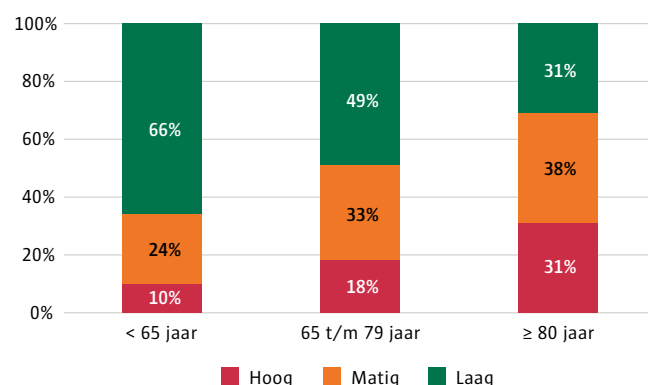
Evaluatie

Na afloop van de pilotperiode is door GGD Haaglanden een evaluatie gedaan onder het vaccinatiepersoneel en de ketenpartners vanuit gemeenten, sociaal

domein en zorgdomein, zoals beleidsmedewerkers, buurtsportcoaches, vitaliteitscoaches, fysiotherapeuten en huisartsenorganisaties. Het vaccinatiepersoneel kreeg het verzoek een digitale vragenlijst in te vullen. Voor de ketenpartners zijn 2 digitale bijeenkomsten georganiseerd om de pilot te bespreken. Hierin zijn aan bod gekomen: redenen om mee te doen aan de pilot, wat zij als positief of minder positief hebben ervaren, welke verbeterpunten zij zagen en of deze pilot in 2026 herhaald zou moeten worden.



Figuur 3 Valrisico naar geslacht op de coronavaccinatie locaties, Haaglanden 2025.



Figuur 4 Valrisico naar leeftijd op de coronavaccinatie locaties, Haaglanden 2025.

Uitkomst

De pilot is positief beoordeeld en voor herhaling vatbaar. Het bereiken van de juiste doelgroep (ruim de helft had een verhoogd valrisico) werd als een groot voordeel gezien. Het vaccinatiepersoneel gaf aan het waardevol te vinden iets 'extra's' te kunnen bieden aan de ouderen op de locaties. Ouderen gaven aan de extra aandacht die er door het gesprek over valpreventie voor hen was, prettig te vinden.

Het vaccinatiepersoneel benoemde dat zij graag meer achtergrondinformatie over valpreventie willen krijgen om het gesprek hierover met ouderen aan te gaan en dat er niet altijd tijd was om de valrisicotest af te nemen. Vanuit de ketenpartners werd benoemd dat er geen zichtbare doorstroom vanaf de locaties op gang is gekomen. Zij zagen geen extra inschrijvingen voor de valpreventieve beweeginterventie of aanmeldingen bij het structurele sport- en beweegaanbod.

Voor de terugkoppeling van de evaluatie is een regiobijeenkomst georganiseerd voor ketenpartners. De resultaten van de pilot en de uitkomsten van de evaluatie werden besproken. Middels een plenaire discussie was er tijdens deze bijeenkomst direct ruimte om met elkaar in gesprek te gaan over knelpunten, oplossingen en aanbevelingen.

Verbeterpunten

Naar aanleiding van de evaluatie zijn de volgende verbeterpunten geformuleerd:

Afname valrisicotest als vast onderdeel van de werkzaamheden in plaats van optioneel

Omdat het een pilot betrof, was de afname van de valrisicotest optioneel. In het vervolg is het wenselijk dat het gehele vaccinatieteam de valrisicotest structureel afneemt.

Aanscherpen training vaccinatiepersoneel

De training van het vaccinatiepersoneel was vooral gericht op de uitvoering van de valrisicotest. Dit bleek te beperkt. De training zou ook aandacht moeten besteden aan de Ketenaanpak Valpreventie en over de samenwerkingsafspraken hieromtrent in regio Haaglanden. Met deze kennis kan het vaccinatiepersoneel beter adviseren en bijdragen aan de doorstroming naar aanbod.

Doorstroom bevorderen

De regie voor het nemen van vervolgstappen na de valrisicotest lag bij de inwoner. Niet elke inwoner kan

dit. Het is daarom wenselijk dat de inwoner op de vaccinatielocaties begeleiding krijgt bij het direct inschrijven op het aanbod. Opties hiervoor zijn:

- Een buurtsportcoach op de locatie voor nadere toelichting en directe toeleiding;
- Het vaccinatiepersoneel schrijft de inwoner direct in bij het passende aanbod.

Meer bewustwording en betere communicatie

De communicatie kan worden aangescherpt. Zowel de onderlinge afstemming met de ketenpartners, als het tijdiger informeren van de inwoners. Dat kan bijvoorbeeld door het plaatsen van een nieuwsbericht op (gemeentelijke) websites, de communicatie over valpreventie mee te nemen in de informatie over de coronavaccinatie (GGD-website) en op de locaties zelf door het onderwerp valpreventie zichtbaar te maken middels bijvoorbeeld een banner in de buurt van de wachtrij.

Beschouwing

Op de coronavaccinatielocaties bleek 55% een verhoogd valrisico te hebben. Dit percentage is hoger dan er bij andere gelegenheden in de gemeenten wordt gezien, zoals bijvoorbeeld tijdens de vitaliteitsdagen. Het percentage is ook hoger dan de schatting van VeiligheidNL voor regio Haaglanden (30%, tabel 1).

Mogelijk is met de pilot een voor vallen meer kwetsbare doelgroep bereikt, doordat mensen vanuit gezondheidsredenen bij de vaccinatielocatie komen. Mogelijk zijn van alle bezoekers vooral die mensen benaderd die langer op de locatie bleven, omdat zij bijvoorbeeld moesten bijkomen van de vaccinatie of omdat zij wachtten op vervoer naar huis.

Wat ook aan een hoger percentage kan hebben bijgedragen is de keuze om de digitale valrisicotest af te nemen, waarbij een 'waarschijnlijk matig valrisico' ook een uitkomst is (figuur 2). De looptest, die onderscheid kan maken tussen matig valrisico of laag valrisico, is immers niet uitgevoerd op de locaties. Dit kan hebben geleid tot een hoger percentage matig valrisico en daarmee een hoger percentage verhoogd valrisico.

Verhoogd valrisico bij vrouwen

Het percentage verhoogd valrisico is in de pilot bij vrouwen hoger dan bij mannen. Landelijk belanden 2 keer zoveel vrouwen als mannen van 65-plus op de eerste hulp na een val. Vrouwen hebben een groter valrisico dan mannen.

Dit hangt samen met verlies van spierkracht, meer chronische aandoeningen en meer medicijngebruik in vergelijking met mannen. Daarnaast stijgt na de overgang het risico op botontkalking, waardoor vrouwen na een val vaker een botbreuk oplopen. [1]

Conclusie

De pilot op de coronavaccinatie locaties laat zien dat de priklocaties zeer geschikt zijn om de meer kwetsbare ouderen met een verhoogd valrisico in beeld te krijgen. De pilot krijgt dan ook een vervolg in 2026. Met de ketenpartners worden afspraken gemaakt om de verbeterpunten door te kunnen voeren.

Wilt u reageren? Mail de auteur of de redactie: epibul@ggdhaaglanden.nl

DANKWOORD

Dank aan iedereen die een waardevolle bijdrage heeft geleverd aan de pilot. In het bijzonder zijn dat Roy Post en Margret Belien (afdeling Infectieziektebestrijding GGD Haaglanden) voor het denken in mogelijkheden en hun betrokken aansturing en uitvoering van werkzaamheden op de locaties. Daarnaast danken wij Michiel van den Dries (afdeling Epidemiologie en Beleidsadvies GGD Haaglanden) voor zijn hulp en toelichting bij het analyseren van de resultaten.

OVER DE AUTEURS

M. Keetman, coördinator Vitaal Ouder Worden;
S.A. Janssens, regionaal coördinator Ketenaanpak Valpreventie; beide afdeling Gezondheidsbevordering GGD Haaglanden.

E-mail: sophie.janssens@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

De literatuurlijst staat bij dit artikel op <https://epibul.ggdhaaglanden.nl/2026-nr-3/valpreventie-pilot>.



Wat is de meerwaarde van de Sumona-aanpak?

Het is een verdrietig cijfer: in Nederland maken elk jaar ongeveer 1.800 mensen een einde aan hun leven. Onder jongeren tot 30 jaar is suïcide zelfs de belangrijkste doodsoorzaak. Gemeenten zijn sinds 1 januari 2026 wettelijk verplicht om zelfdoding tegen te gaan. Alle gemeenten in Haaglanden maken daarvoor beleid; de ene is daar verder mee dan de andere. Den Haag hanteert (net als Wassenaar) al een aantal jaren een aanpak voor suïcidepreventie, genaamd Sumona. Wat levert dit op?

Willy Francissen, Regina van der Meer, Viola de Ridder-Hagenaars, Angela van der Windt, Nasra Karamali

‘De aanpak is anders’, zegt een cliënt van het programma Sumona (suïcidepreventie, monitoring en nazorg). ‘Misschien is het omdat mensen een nare ervaring hebben bij andere organisaties en dat ze zoiets hebben van: ik heb geen zin meer in iemand die me niet snapt en gericht is op zijn eigen visie. Maar Sumona is anders dan dat [...] Ik denk dat als je je wel hiervoor openstelt, het je heel veel ondersteunt.’

Deze positieve ervaring staat niet op zichzelf, zo blijkt uit een onderzoek dat GGD Haaglanden deed naar Sumona in de gemeente Den Haag. Daarover later meer.

Eerst terug naar het begin. In 2008 startte de gemeente Den Haag met een voorloper van Sumona: het programma Suïcide Nazorg (SuNa), dat later ook in Wassenaar begon. Mensen die na een suïcidepoging terechtkwamen in het ziekenhuis, konden via dit programma ondersteuning krijgen. In Wassenaar konden vanaf de start ook huisartsen mensen aanmelden voor SuNa. In 2023 is de aanpak omgedoopt tot Sumona en verbreed: inmiddels kunnen ook mensen die kampen met suïcidale gedachten begeleiding krijgen. Den Haag, financier van het programma in de eigen gemeente, stelde in 2024 de vraag: wat is de meerwaarde ervan voor cliënten en



Bron: Shutterstock

doorverwijzende ketenpartners? In dat jaar overleden 98 personen in de regio Haaglanden door suïcide en waren bij Sumona honderden mensen aangemeld voor begeleiding. [1], [2] GGD Haaglanden ging op onderzoek uit. [2] Eerder was al een onderzoek uitgevoerd naar voorloper SuNa in Wassenaar. [3]

Conclusie van het onderzoek: zeer positieve ervaringen door laagdrempelige, domeinoverstijgende en flexibele aanpak

Cliënten en betrokken zorgprofessionals zijn erg positief over Sumona, dat is de belangrijkste conclusie van het onderzoek. Veel cliënten zeggen dat ze dankzij de gesprekken met de Sumona-casemanagers weer perspectief kregen en beter kunnen omgaan met somberheid. Ze hebben bovendien iemand op wie ze kunnen rekenen als het niet goed gaat. Zorgprofessionals vinden het geruststellend dat er een vangnet is voor de patiënten* die ze hebben gezien. Ze hebben vertrouwen in de Sumona-casemanagers.

Waar zijn deze ervaringen op gebaseerd? Respondenten zeggen dat Sumona anders werkt dan andere

hulpverlening. Belangrijk is dat de casemanager het initiatief neemt om contact te leggen met de cliënt, al binnen 5 dagen na aanmelding. Vervolgens kan een traject vaak direct starten en is er nauwelijks een wachtlijst. Professionals denken dat deze ‘out-reachende’ werkwijze de drempel verlaagt om hulp te aanvaarden. Ook belangrijk is dat de cliënten het gevoel hebben dat de casemanager ‘naast ze gaat staan’, als een gelijkwaardige gesprekspartner. De casemanager biedt een luisterend oor en vraagt wat er nodig is om problemen aan te pakken. Er is ondersteuning voor mentale, maar ook voor andere problemen, zoals huisvesting, schulden of praktische gevolgen van verbroken relaties. De cliënt bepaalt de inhoud van de gesprekken. Verder zijn de frequentie, duur en locatie van de gesprekken flexibel. Sumona gaat dus een stapje verder dan andere (zorg)hulp.

Leidt dit alles tot minder suïcides of recidieven? Helaas konden de onderzoekers deze vraag niet beantwoorden met de beschikbare data. Het lijkt er wel op dat zeer weinig Sumona-clieënten een nieuwe suïcidepoging deden; het is althans van slechts een enkeling bekend.

* De term ‘patiënt’ is gangbaar in het ziekenhuis en bij de crisisdienst, bij Sumona spreekt men over ‘cliënt’.

Het onderzoek naar de Sumona-aanpak in Den Haag, uitgevoerd door GGD Haaglanden

Het onderzoek beantwoordt 2 vragen: (1) wat is de meerwaarde van de aanpak voor cliënten en verwijzers, en (2) wat zijn de succes- en verbeterpunten? De onderzoekers interviewden 19 cliënten, 8 verwijzers (van HagaZiekenhuis, het Haaglanden Medisch Centrum (HMC) en de Haagse crisisdienst) en 5 Sumona-casemanagers. Van de crisisdienst vulden 6 zorgprofessionals vragenlijsten in. De onderzoekers analyseerden ook geanonimiseerde registratiedata van 599 (ex-)cliënten. Ze focusten op de periode mei 2023 tot en met oktober 2024.

Huisartsen zijn in dit onderzoek niet bevraagd, want zij hadden nog te weinig doorverwezen naar Sumona en ze hadden eerder al meegewerkt aan onderzoek naar suïcidepreventie. [3], [4] Verder wilden de onderzoekers zeker weten dat de cliënten psychisch in staat waren mee te werken. Daarom namen ze voor de interviews geen steekproef uit het cliëntenbestand, maar vroegen de casemanagers van Sumona een diverse groep cliënten of zij wilden meedoen. Mogelijk heeft dit de uitkomsten beïnvloed. Wel kwam er een eenduidig beeld uit de interviews en de vragenlijsten: positieve ervaringen sprongen eruit.

Onderzoeksrapport

Het gehele onderzoeksrapport is hier te lezen: [https://gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl/document/de-aanpak-van-suicidepreventie-in-den-haag-%E2%80%93-wat-is-de-meerwaarde-van-sumona-\(2025\)/241](https://gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl/document/de-aanpak-van-suicidepreventie-in-den-haag-%E2%80%93-wat-is-de-meerwaarde-van-sumona-(2025)/241)



De stappen in de Sumona-aanpak in Den Haag

1. Verwijzers met wie afspraken zijn gemaakt, melden patiënten (met hun toestemming) aan bij Sumona.
2. De Sumona-casemanager neemt binnen 5 werkdagen contact op met de cliënt en voert 1 of 2 oriënterende gesprekken.
3. Een van de volgende vormen van begeleiding start (en vaak een combinatie daarvan):
 - **Monitoring:** een jaar lang regelmatig (telefonisch) contact als extra vangnet en om te volgen hoe het gaat met de cliënt;
 - **Suicidepreventie:** gesprekken die als doel hebben de cliënt te leren omgaan met suïcidaliteit;
 - **'Casemanagement':** bredere gesprekken over verschillende onderwerpen naast het bespreken van suïcidaliteit. Naar aanleiding daarvan kan Sumona, als het nodig is, de cliënt toeleiden naar passende zorg (bijvoorbeeld in de ggz) of andere vormen van hulp (bijvoorbeeld in het sociale domein). De casemanager biedt ook praktische ondersteuning. [5]

De casemanager

De casemanager is de schakel tussen de cliënt, behandelaar en eventuele andere hulpverleners. Hij of zij is zelf geen behandelaar. Naasten kunnen ook worden betrokken en ondersteund.

In Den Haag begeleidt een casemanager gemiddeld 10 weken een cliënt, maar de verschillen tussen cliënten zijn groot. Ongeveer 50 procent krijgt meer dan 16 weken begeleiding, met een maximum van 64 weken. Het team van 6 casemanagers bestaat uit sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen, maatschappelijk en sociaal werkers/jeugdwerkers en een praktijkondersteuner ggz. Ze zijn werkzaam bij Indigo Preventie Haaglanden.



Hoge waarderingen voor de aanpak

De Sumona-casemanagers krijgen van de cliënten gemiddeld het rapportcijfer 9.1 en van de verwijzers een 8.3. Allemaal vinden ze de casemanagers deskundig, bevlogen en goed bereikbaar.

Veel cliënten voelen zich tijdens de gesprekken gezien en veilig, en hebben het gevoel dat ze alles kunnen bespreken, ook een doodswens. Een casemanager zegt dat ze vaak van cliënten hoort dat die bij andere hulpverleners een open gesprek over suïcidaliteit missen. Een cliënt verwoordt het als volgt: 'Juist omdat er iemand was die daar niet op reageerde, van – als ik zei, ik wil dood – dat je niet iemand tegenover je had die dacht: ze wil dood, we moeten nu alle crisishulp inschakelen en er moet nu wat gebeuren. [...] Dat gesprek wat je dan hebt met haar over dood willen gaan en zijn, [...] dat haalt de lading er al af'

Dat dit gesprek snel kan plaatsvinden, geeft zorgprofessionals die patiënten met suïcidaal gedrag doorverwijzen, een gerust gevoel. Dat waarderen ze.

Als de professionals verwijzen naar de ggz weten ze niet hoe snel iemand daar terecht kan en wie dat regelt. Van Sumona is bekend dat er snel iemand contact opneemt en de aanmelding is eenvoudig. De zorgprofessionals hebben ook waardering voor de trainingen (over omgang met suïcide) die de Sumona-casemanagers geven en voor de 'vraagbaakfunctie' die het programma vervult. Wel vinden de professionals dat Sumona meer bekendheid kan krijgen.

Laagdrempelige ondersteuning aangeboden op het juiste moment

Het moment waarop de Sumona-casemanager contact legt, is volgens de geïnterviewden van groot belang. Een professional zegt: 'Als je patiënten gelijk belt [...] zijn ze nog een beetje in crisis, dus dan willen ze wel wat.' Als de casemanager niet direct een reactie krijgt op het telefoontje, dan blijft hij of zij het proberen, als het moet wekenlang. Het helpt dat er, als het contact is gelegd, slechts een korte wachttijd is voor de gesprekken.

Om hoeveel mensen gaat het?

Ten tijde van het onderzoek (mei 2023 tot en met oktober 2024) kregen 374 aangemelde cliënten begeleiding van Sumona, 78 procent van het totaal aantal aangemelde personen. 22 procent was al goed ‘in zorg’, had toch geen interesse of behoorde niet tot de doelgroep (ze woonden bijvoorbeeld niet in Den Haag of kampten met een ernstige psychiatrische aandoening). De meerderheid van de cliënten die ondersteuning kregen, doorliep een casemanagementtraject (69 procent, namelijk 257 van de 374 aangemelde personen). De overige 31 procent kreeg een andere vorm van ondersteuning (zie kader ‘Stappen in de Sumona-aanpak’). [2]

In 2024 overleden in de regio Haaglanden 98 personen door suïcide (ruim 5 procent van het totaal aantal zelfdodingen in Nederland). In Den Haag ging het dat jaar om minder mensen dan in de voorgaande jaren: 44 (in de jaren daarvoor waren het er meer dan 60). Naar schatting deden in Haaglanden dat jaar 1.960 personen een suïcidepoging, in Den Haag 880. Van de volwassenen in de regio rapporteerde 11 procent suïcidale gedachten, net als in Den Haag (ook 11 procent). [1], [6], [7] Opvallend is dat uit landelijke cijfers blijkt dat 60 procent van de mensen die overlijden door zelfdoding, niet in beeld was bij de geestelijke gezondheidszorg. [7]

Maar hoe leg je op een spoedeisende hulp aan een patiënt uit wat Sumona voor ze kan doen? Als professionals en cliënten een punt van kritiek moeten noemen, is het dit. Ze vinden dat de sterke punten van de aanpak beter uit de verf kunnen komen.

Relatie met casemanager wordt wezenlijk anders ervaren dan met andere hulpverleners

De cliënten ervaren de gesprekken met de casemanager als gelijkwaardig en meer op maat dan bij andere hulpverleners. Een cliënt voelde zich voor het eerst begrepen omdat ze niet ‘werd toegesproken alsof ze een kind was.’ De casemanager neemt volgens de cliënten een open houding aan en denkt mee over de te bespreken onderwerpen. De gesprekken kunnen overal over gaan, ook over hobby’s en praktische dingen. Een cliënt zegt: ‘Bij Sumona kom ik om [...] te sparren eigenlijk, van wat kan ik doen om het voor mijzelf beter te maken?’

Wat hierin een rol speelt, is dat de casemanager geen behandeldoel heeft. De cliënt hoeft geen diagnostiek of medicatie te accepteren. Het elektronisch patiëntendossier komt er ook niet aan te pas. ‘Ik vind het fijn dat ik gewoon niets weet [...]’, zegt een casemanager. ‘Kom jij maar kijken hoe veilig het hier voor jou is, en wat je kwijt wilt en wat niet.’

Het enige vaste gespreksonderwerp is suïcidaliteit – juist het thema waarvan geïnterviewden aangeven

Sumona staat aan de kant van het leven

dat het elders moeilijk bespreekbaar is. De casemanager geeft ook uitleg over hoe het werkt bij gedachten rondom zelfdoding: die komen en gaan. Een euthanasietraject is bespreekbaar, maar als iemand zo’n traject in wil, is een verwijzing naar andere hulpverleners noodzakelijk. Sumona staat aan de kant van het leven.

Voor veel mensen is deze ondersteuning heel belangrijk tijdens het wachten op andere vormen van hulp, omdat het in deze periode heel donker kan worden. De casemanager is dan een stabiele, goed bereikbare factor.

Domeinoverstijgende en flexibele aanpak

De gesprekken kunnen dus overal over gaan. De casemanager helpt om overzicht te creëren in mentale en praktische problemen. Hij of zij kan mee naar een gesprek met een mentor op school, een stagebegeleider, een leidinggevende, een bedrijfsarts, een behandelaar of een vertegenwoordiger van een instantie. De casemanager geeft ook adviezen over zelfzorg, dagstructuur en de voorbereiding op verdere behandeling.



Ook de frequentie, duur en locatie van de gesprekken hangen samen met wat nodig is, al zit er wel een maximum aan de duur van de begeleiding: 64 weken (gemiddeld gaat het om 10 weken). Omdat Sumona geen productienormen of vaste regels heeft, kan de casemanager de eigen tijd indelen. Het is geen probleem als een gesprek uitloopt. Er gaan geen rekeningen naar de cliënten, ook niet bij een no-show. De casemanagers vinden dit een heel belangrijk aspect van Sumona. Contacten kunnen face-to-face plaatsvinden, bij een cliënt thuis, maar ook tijdens wandelingen in het park. De cliënt bepaalt of naasten worden betrokken.

Tot slot ervaren de cliënten het als heel waardevol dat ze altijd kunnen appen of bellen. Casemanagers werken niet in de avonden of in het weekend, maar reageren de eerstvolgende werkdag. Ook als de gesprekken zijn afgerond, blijft een cliënt welkom. Hoe dan ook houdt de casemanager na een intensief traject de vinger aan de pols door regelmatig te bellen.

Wat betekenen de onderzoeks-uitkomsten voor de regio Haaglanden?

De GGD-onderzoekers gaven de gemeente Den Haag een aantal adviezen. De kern daarvan was: behoud Sumona in de bestaande, unieke vorm, zorg voor structurele financiering en meer bekendheid. Zoek ook de samenwerking met de omliggende gemeenten en zorg voor een niet-tijdroven, maar wel meer uniforme registratie van cliëntgegevens.

Wat vond de gemeente Den Haag van het onderzoek toen het in 2025 werd gepubliceerd? 'Fijn, we waren er blij mee!', zegt Saskia Oostrom, programma-manager Mentale Gezondheid in Den Haag. 'De ggz-problematiek is hier best groot en er wordt goed in het terugdringen hiervan geïnvesteerd. Dit onderzoek liet vanuit de inhoud en de cijfers zien dat we op de goede weg zitten. En dat vlak voor het ingaan van de nieuwe wet [per 1 januari 2026, red.]'

De gemeente heeft sindsdien veel tijd gestoken in uitbreiding van Sumona in de regio. Wassenaar was in 2021 al begonnen met de nazorgaanpak SuNa en werkt inmiddels met het bredere Sumona. Ook Zoetermeer, Rijswijk en Leidschendam-Voorburg hebben een start gemaakt. Oostrom: 'We proberen zo veel mogelijk gezamenlijk op te trekken. Zo kopen we gezamenlijk trainingen in voor betrokken zorg-professionals en andere sleutelfiguren, om ze hand-

vatten te geven voor de omgang met mensen die suïcidale gedachten hebben. Dat maakt ons flexibel, want we werven deelnemers uit meerdere gemeenten zodat we voldoende belangstelling hebben om trainingen door te laten gaan.'

Het mag niet zo zijn dat het, als je suïcidale gedachten hebt, afhankelijk is van je woonplaats of je hulp krijgt of niet

Een van de gemeenten die zich onlangs aansloot, is Zoetermeer. Valesca Kuling is daar als senior netwerk-regisseur medeverantwoordelijk voor het gezondheidsbeleid. 'Het mag niet zo zijn dat het, als je suïcidale gedachten hebt, afhankelijk is van je woonplaats of je hulp krijgt of niet. Wij wilden iets bieden dat aansluit op het regionale netwerk en de collega's in Den Haag waren enthousiast over Sumona.' Zoetermeer richt zich allereerst op mensen die een suïcidepoging hebben gedaan, maar is bezig met een bredere preventieaanpak. Kuling: 'Ik vond het Sumona-onderzoek interessant en verhelderend. Tegelijkertijd roepen de opgetekende ervaringen vragen op. Hoe verhoudt deze aanpak zich bijvoorbeeld tot andere vormen van hulp?'

Ook Oostrom heeft vanuit Den Haag vervolgvragen. 'De onderzoekers signaleerden al dat de casemanagers hun cliënten heel divers registreren. Daar zijn we druk mee bezig, om de dataregistratie te verbeteren. We willen er meer uithalen, bijvoorbeeld wat precies helpt om suïcidale gedachten tegen te gaan.' Den Haag en Zoetermeer zijn ook bezig met andere preventiemaatregelen. Denk aan de lokalisering en aanpassing van fysieke plekken waar vaker suïcidepogingen worden gedaan.

Steeds meer gemeenten die werken met Sumona en interesse tonen

Ook buiten Haaglanden werken gemeenten met Sumona, zoals Voorschoten, Rotterdam-Rijnmond en Zaanstreek en Waterland. Steeds meer gemeenten tonen er belangstelling voor. Voorbeelden zijn Vught, Gooi en Vechtstreek en (in de regio Haaglanden) Delft en Westland. De door Stichting 113 Zelfmoordpreventie aanbevolen netwerkbrede, regionale samenwerking staat daarbij in Haaglanden hoog op de agenda.

Wet integrale suïcidepreventie van kracht sinds 1 januari 2026

Dagelijks overlijden in Nederland gemiddeld 5 of 6 mensen door suïcide. Het totaal aantal suïcidepogingen wordt geschat op minimaal 40.000 per jaar. De mentale gezondheid van Nederlanders staat onder toenemende druk, mede door hoge maatschappelijke verwachtingen en zorgen over bijvoorbeeld klimaatverandering en geopolitieke ontwikkelingen. [7]

De sinds 1 januari 2026 van kracht zijnde Wet integrale suïcidepreventie verplicht de rijksoverheid een samenhangend landelijk beleid te maken. Ook gemeenten moeten lokaal beleid ontwikkelen om signalen van suïcide in een vroeg stadium te herkennen en zelfdoding te voorkomen. Dat doen ze door een netwerk te vormen met ervaringsdeskundigen, naasten en professionals in de zorg, het onderwijs, het sociaal domein, werkgevers en sportverenigingen. Gemeenten kunnen met de netwerken campagnes opzetten, trainingen voor sleutelfiguren organiseren, de

doelgroep in kaart brengen en onderzoek doen. Er is jaarlijks 10 miljoen euro voor beschikbaar.

Stichting 113 kan helpen met de plannen. [8] Het EAAD-model (van de European Alliance Against Depression) is een bewezen effectief, integraal interventie-instrument dat 113 aanbeveelt voor gemeenten. Een bouwsteen ervan is het trainen van sleutelfiguren ('gatekeepers') als huisartsen, ggz-medewerkers, leraren, jongerenwerkers, geestelijk verzorgers en politieagenten. Ook een onderdeel is het bevorderen van gemeenschapsprojecten voor betere mentale gezondheid. Andere bouwstenen zijn: het publiek informeren en mensen met suïcidale gedachten actief benaderen en ondersteunen. Onderdelen van de Sumona-aanpak komen overeen met bouwstenen uit het EAAD-model, zoals de actieve benadering en ondersteuning van cliënten, de domeinoverstijgende aanpak en de training van sleutelfiguren.

Wilt u reageren? Mail de auteur of de redactie: epibul@ggdhaaglanden.nl

DANKWOORD

Met dank aan Angelique van Ravesteijn, Sumona-casemanager, Indigo Preventie Haaglanden.

OVER DE AUTEURS

Drs. W. Francissen, zelfstandig tektschrijver en begeleider onderzoeks- en adviesrapporten;

Drs. R.M. van der Meer, epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie & Beleidsadvies, GGD Haaglanden;

V.C. de Ridder-Hagenaars, MSc, epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie & Beleidsadvies, GGD Haaglanden;

A. van der Windt, MSc, werkte tot en met december 2025 als epidemiologisch onderzoeker op de afdeling Epidemiologie en Beleidsadvies bij GGD Haaglanden;

N. Karamali, MSc, epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie & Beleidsadvies, GGD Haaglanden.

E-mail: regina.vandermeer@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

De literatuurlijst staat bij dit artikel op <https://epibul.ggdhaaglanden.nl/2026-nr-3/sumona>.



Denk je aan zelfdoding?

We zijn er voor je.
Neem dan 24/7 gratis en anoniem contact op:

Chat via 113.nl

Bel gratis 113

113



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.

Mantelzorg door volwassenen en ouderen

Mantelzorg is vrijwillige en onbetaalde zorg aan mensen die voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt zijn. Deze zorg wordt gegeven aan bekenden, zoals bijvoorbeeld familieleden, vrienden of burens. Huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging, vervoer en het regelen van geldzaken zijn voorbeelden waaruit de mantelzorg kan bestaan. Iemand is mantelzorger als diegene minimaal 8 uur in de week of al minimaal 3 maanden voor een ander zorgt. [1]

Het verlenen van mantelzorg kent positieve aspecten. Het geeft een goed gevoel, levert leuke momenten op en biedt gelegenheid om nieuwe mensen te leren kennen en nieuwe dingen te leren. De mantelzorg kan echter ook leiden tot overbelasting en ten koste gaan van de eigen gezondheid van de mantelzorger. [2]

In de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2024 is aan inwoners van 18 jaar en ouder gevraagd of ze mantelzorg geven, hoeveel uur dat gemiddeld per week is, hoe lang ze dit al doen en in hoeverre ze zich belast voelen door het geven van mantelzorg. Mantelzorg is daarbij gedefinieerd als: 'de zorg die u geeft aan bekenden die voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt zijn. Denk aan uw partner, ouders, kind, burens of vrienden. Deze zorg kan bestaan uit het huishouden doen, wassen en aankleden, gezelschap houden, vervoer, geldzaken regelen, enzovoorts. Mantelzorg wordt niet betaald. Een vrijwilliger vanuit een vrijwilligerscentrale is geen mantelzorger.'

13% van de volwassenen en ouderen in Haaglanden is mantelzorger. Dit varieert van 10% in Delft tot 15% in Zoetermeer, Westland, Rijswijk en Midden-Delfland. Landelijk is 14% mantelzorger. In 2022 was in Haaglanden 12% en landelijk 13% mantelzorger.

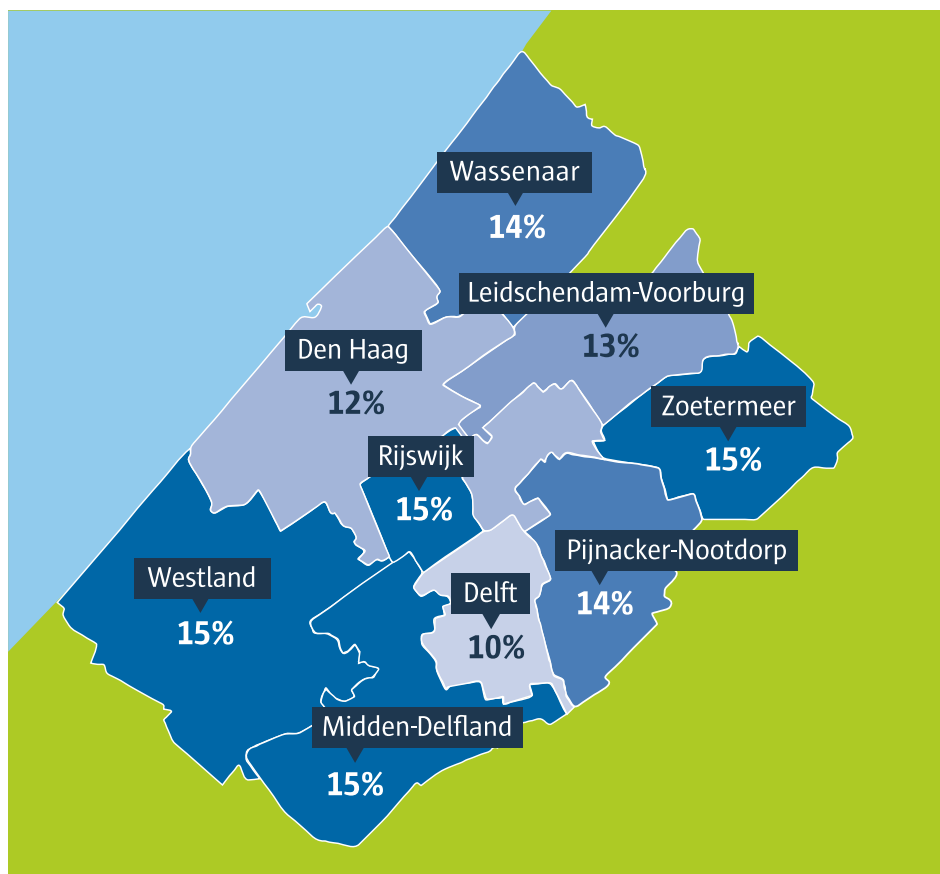
Het percentage mantelzorgers is bij vrouwen hoger (15%) dan bij mannen (10%). Het percentage mantelzorgers stijgt met de leeftijd. Bij de 18-34-jarigen is

Een kwart van de mantelzorgers geeft aan zich zwaar- tot overbelast te voelen

dat 4%, bij de 35-64-jarigen en 65-plussers is dat 16%. Van de 18-24-jarigen is 2% mantelzorger - de jonge mantelzorgers.

Er zijn geen verschillen in percentages mantelzorgers naar opleiding. Vergeleken met het percentage mantelzorgers onder inwoners die moeite hebben met rondkomen (11%), ligt dit percentage bij inwoners die geen moeite hebben met rondkomen iets hoger (13%). Relatief meer inwoners die gehuwd zijn of samenwonen zijn mantelzorger dan inwoners die ongehuwd, gescheiden, weduwe of weduwnaar zijn (17% versus 10%).

Van de mantelzorgers geeft 55% per week gemiddeld 5 uur of minder mantelzorg, 22% geeft 6 tot en met 10 uur mantelzorg en 11% 11 uur of meer.



Figuur 1. Percentage volwassenen en ouderen in Haaglanden dat mantelzorger is (minimaal 8 uur in de week of al minimaal 3 maanden voor een ander zorgen)

Intensief en langdurig zorgen kan als zwaar worden ervaren. In Haaglanden voelt een kwart (25%) van de mantelzorgers zich zwaar- tot overbelast. Dit zijn vaker vrouwen dan mannen (29% versus 20%). Vergeleken met 2022 is het aandeel zwaar- tot overbelaste mantelzorgers toegenomen (toen 21%).

De Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2024 is in de periode september tot en met december 2024 uitgevoerd door alle GGD'en in Nederland, om de gezondheid, het welzijn, de leefstijl en leefomgeving van inwoners van 18 jaar en ouder in kaart te brengen. Inwoners van 18 jaar en ouder is gevraagd om een digitale of papieren vragenlijst in te vullen. In Haaglanden hebben ruim 15.000 volwassenen en ouderen meegedaan. Meer resultaten van deze Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen zijn te vinden op gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl.

REFERENTIES

1. Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). **Hoeveel mensen zijn mantelzorger** [Online]. (Bezocht op 12 mei 2026); beschikbaar via URL: <https://longreads.cbs.nl/nederland-in-cijfers-2024/hoeveel-mensen-zijn-mantelzorger/>
2. De Klerk M, de Boer A, Plaisier I, Schyns P, Kooiker S. Sociaal en Cultureel Planbureau. **Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014** [Online]. 2015 (Bezocht op 12 mei 2026); Beschikbaar via URL: (PDF) [Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014](#)

Gevraagd: kopij

Wilt u een artikel schrijven ter publicatie in het Epidemiologisch Bulletin? Of heeft u kopij voor de rubriek Korte Berichten (bijvoorbeeld cursussen of trainingen, publicaties of vernieuwingen binnen uw organisatie die interessant zijn voor de lezers van ons Bulletin)?

Mail de redactie: epibul@ggdhaaglanden.nl

Eerstvolgende edities:

Editie	Verschijnt	Deadline aanleveren artikelen	Deadline aanleveren korte berichten
December 2026	10 december 2026	11 september 2026	3 november 2026
Maart 2027	11 maart 2027	27 november 2026	4 februari 2027

Ggz-congres Kennis in beweging (1 oktober 2026)

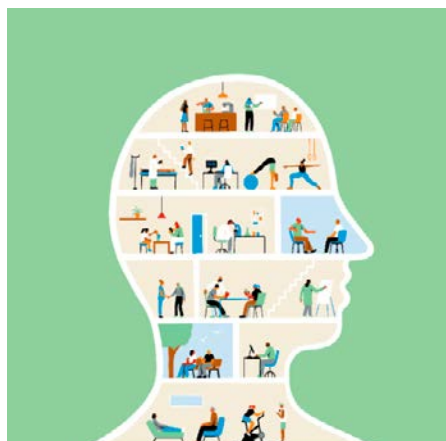
Wat heeft de ggz nodig om responsief en toegankelijk te blijven en worden? Hoe kunnen we meebewegen met uitdagingen van vandaag? Deze en meer vragen staan centraal tijdens het ggz-congres *Kennis in beweging*, dat ZonMw, MIND en de Nederlandse ggz organiseren. Dit congres is bedoeld voor de ggz in de volle breedte. Denk aan spv'ers, psychologen, ervaringsdeskundigen, beleidsmakers, sociaal werkers, psychiaters en onderzoekers. Kom uw kennis verdiepen tijdens workshops, uw blik verbreden tijdens gesprekken en nieuwe inzichten opdoen!

Wanneer: 1 oktober 2026, 09:30 - 17:30 uur

Waar: Gooiland, Hilversum

Meer informatie en aanmelden:

<https://www.zonmw.nl/nl/agenda/ggz-congres-kennis-beweging>



Lustrumsymposium Van kennis naar praktijk - 20 jaar awpg Lumens (15 oktober 2026)

Al 20 jaar verbindt awpg Lumens (de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid van de regio's Haaglanden en Hollands Midden) onderzoek, praktijk, beleid en onderwijs rondom publieke gezondheid in de regio. Tijdens het lustrumsymposium *Van kennis naar praktijk - 20 jaar awpg Lumens* komen onderzoekers, inwoners, beleidsmakers, praktijkprofessionals, docenten en studenten samen. Met elkaar gaan ze in gesprek over hoe we ervoor kunnen zorgen dat kennis uit onderzoek daadwerkelijk terechtkomt in beleid, onderwijs en de dagelijkse praktijk.

Wanneer: 15 oktober 2026, 13:00 - 18:00 uur

Waar: De Haagse Hogeschool, Den Haag

Meer informatie en aanmelden:

<https://awpglumens.nl/evenement/lustrumsymposium/>



Database Pharos met gezondheidsinformatie getest op leesbaarheid en toegankelijkheid

Pharos is een landelijk expertisecentrum dat bijdraagt aan het terugdringen van grote gezondheidsverschillen. Pharos test samen met mensen die moeite hebben met lezen en schrijven of vragenlijsten, brieven, afbeeldingen, medische woorden en onderdelen van apps te begrijpen zijn. Na het testen zijn deze aantoonbaar verbeterd. De afgelopen jaren zijn meer dan 1.000 materialen getest. Deze zijn nu te vinden in een unieke database.

Bekijk de database:

<https://getestmateriaal.pharos.nl/kennisbank/>



European Public Health (EPH) Conference (11 t/m 13 november 2026)

In Bilbao vindt dit jaar voor de 19e keer de European Public Health (EPH) conference plaats. De conferentie brengt Europese wetenschappers, ngo's en andere organisaties samen om kennis uit te wisselen over uitdagingen in de publieke gezondheid. Het thema is dit keer: *Urban and global synergies: shaping the future of public health with climate resilience, equity and innovation*.

Wanneer: 11-13 november 2026

Waar: Bilbao, Spanje

Meer informatie en aanmelden: <https://ephconference.eu/>



Jaarverslag Haagse Aanpak Gezond Gewicht (HAGG) 2025



In het nieuwste jaarverslag leest u hoe HAGG samen met partners werkt aan een gezondere omgeving en aan het makkelijker maken van de gezonde keuze. In dit jaarverslag staan vooral de verhalen achter de cijfers centraal. Verhalen van partners, professionals en plekken in de stad waar kleine veranderingen iets groters in beweging brengen.

Lees het jaarverslag: <https://www.ggdhaaglanden.nl/hagg/wp-content/uploads/sites/8/2026/07/2025-jaarversag-HAGG.pdf>

Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen

Het Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen (TSG) is het enige Nederlandstalige tijdschrift dat multidisciplinaire informatie bevat op het gebied van de volksgezondheid, maatschappij en zorg. Naast de multidisciplinaire oriëntatie is de combinatie van wetenschap, beleid en praktijk uniek. TSG bevat wetenschappelijke artikelen, bijdragen over beleid en de praktijk, opiniërende beschouwingen en commentaren. Het tijdschrift is Open Access en Online Only. U kunt zich ook aanmelden voor de nieuwsbrief om op de hoogte te blijven van nieuwe publicaties.

Naar het Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen: <https://link.springer.com/journal/12508>



Aantal 'blikverwondingen' statiegeldblikjes fors gegroeid



Artsen slaan alarm over de snijwonden die dak- en thuisloze mensen vaak oplopen bij hun zoektochten naar statiegeldblikjes. Onderzoekster Christien van der Linden van het Haaglanden Medisch Centrum (HMC) deed uitgebreid onderzoek en concludeert dat sinds de invoering van het statiegeldbeleid het aantal 'blikverwondingen' fors is gegroeid. Zij denkt dat het probleem flink wordt onderschat en publiceerde daarover in *European Journal of Emergency Medicine*. Het onderzoek is geen pleidooi tegen statiegeld. Wel laat het zien dat goedbedoeld beleid onverwachte gevolgen kan hebben voor een kwetsbare groep.

Lees het artikel: <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000001318>

Cursussen NSPOH



De Netherlands School of Public & Occupational Health (NSPOH) 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.

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

Stress sensitief werken voor medisch professionals

Regelmatig presenteren cliënten zich in de spreekkamer waarbij stress de meest waarschijnlijke oorzaak is van de klachten. Het gesprek hierover aangaan kan als lastig worden ervaren. Bij een verkeerde aanpak voelt de cliënt zich beoordeeld en niet serieus genomen. In deze scholing staat chronische stress centraal: wat is chronische stress? Wat is de impact op gezondheid? En welke mogelijke oorzaken heeft het? U krijgt effectieve methoden aangereikt om stress op een constructieve wijze te bespreken.

Voor wie: artsen, verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en praktijkondersteuners werkzaam met cliënten in de spreekkamer

Datum: 29 oktober 2026

Locatie: NSPOH, Utrecht

Kosten: € 525,-

Link: <https://www.nspoh.nl/uitvoering/stress-sensitief-werken-voor-medisch-professionals-2/>

Omgaan met weerstand

Als professional krijgt u te maken met weerstand. Eigen weerstand bij veranderingen, maar misschien ook weerstand tegen veranderingen die u doorvoert. In deze module leert u meer over uw eigen weerstand, waar het vandaan komt en wat u ermee kunt. Daarnaast gaat de module over weerstand jegens u en uw rol of taak en over weerstand tegen organisatieveranderingen.

Voor wie: iedereen werkzaam in de publieke gezondheid en arbeid en gezondheid

Datum: 3 en 17 november 2026 (tweedaagse)

Locatie: NSPOH, Utrecht

Kosten: € 1.050,-

Link: <https://www.nspoh.nl/uitvoering/omgaan-met-weerstand-6/>

Introductie in de publieke gezondheid

Deze module neemt u mee in de bouw en werking van de publieke gezondheidszorg in Nederland: hoe is deze georganiseerd en gefinancierd? Welke actuele ontwikkelingen spelen een rol? U krijgt zicht op perspectieven van waaruit naar volksgezondheidsproblemen gekeken kan worden en handvatten voor het omgaan met ethische dilemma's.

Voor wie: onder andere beleidsmedewerkers, gezondheidsbevorderaars, inhoudelijk teamleiders, verpleegkundigen, projectleiders, onderzoekers en adviseurs bij GGD, gemeente, jeugdgezondheidsorganisatie en samenwerkingsverbanden in de zorg

Datum: 5 en 26 november 2026

Locatie: NSPOH, Utrecht

Kosten: € 1.050,-

Link: <https://www.nspoh.nl/uitvoering/introductie-in-de-publieke-gezondheidszorg-2/>

Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden (1e t/m) 2e kwartaal 2026

Ziekte	2e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 2e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	2e kwartaal 2026	2e kwartaal 2025	2e kwartaal 2024	1e t/m 2e kwartaal 2026	1e t/m 2e kwartaal 2025	1e t/m 2e kwartaal 2024
A-ZIEKTEN						
MERS-CoV						
Pokken						
Poliomyelitis anterior acuta						
SARS						
Virale hemorrhagische koorts						
COVID-19						
B-ZIEKTEN						
(humane infectie) aviaire influenza						
Difterie				1		
Pest						
Mpox (MPXV)	1	2		2	4	
Rabiës (hondsdoelheid)						
Tuberculose	21	23	27	42	46	50
Buiktyfus	1		5	1		6
Cholera						
Hepatitis A	4	2	3	5	4	5
Hepatitis B acuut	2	3	3	5	4	7
Hepatitis B chronisch	20	20	21	45	42	32
Hepatitis C acuut			2			2
Hepatitis C chronisch	12	11	7	17	19	13
Kinkhoest	4	12	807	7	22	1.272
Mazelen		2	21		24	21
Paratyfus A,B,C		1		1	1	1
Rubella						
STEC (E. coli)	8	7	13	13	13	24
Shigellose	8	8	4	21	23	17
Invasieve GAS	12	11	20	21	37	50
Voedselinfectie						
C-ZIEKTEN						
Antrax (miltvuur)						
Bof	1	2	5	3	2	7
Botulisme						
Brucellose			1			1
TBE (tekenencefalitis)						
CPE	18	7	5	41	25	15
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob klassiek						1
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob variant						
Gele koorts						
Invasieve Hib	1	4		2	4	1
Hantavirusinfectie						

Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden (1e t/m) 2e kwartaal 2026 (vervolg)

Ziekte	2e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 2e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	2e kwartaal 2026	2e kwartaal 2025	2e kwartaal 2024	1e t/m 2e kwartaal 2026	1e t/m 2e kwartaal 2025	1e t/m 2e kwartaal 2024
Legionellose	11	13	14	17	18	19
Leptospirose	1	2	1	2	2	1
Listeriose	2	5		5	6	1
Malaria	7	3	7	8	7	16
Meningokokkose	2	6	2	6	12	7
MRSA-infectie (cluster buiten ziekenhuis)			1			1
Invasieve pneumokokken (IPD)	11	22	21	40	54	50
Psittacose		3			3	1
Q-koorts	1	1		1	1	
Tetanus						
Tularemie						
Trichinose						
West-Nilevirus						
Zikavirus						
Totaal	148	170	990	306	373	1.621

Infectieziekten gemeld door instellingen in het 1e halfjaar van 2026

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen per type situatie (N=172, waaronder artikel 26-meldingen, N=158). Deze instellingen behoren tot instellingen waar ‘kwetsbare’ groepen verblijven, zoals kinderen, ouderen of zieken. Op grond van artikel 26 van de Wet publieke gezondheid (Wpg), moeten die instellingen sommige infectieziekten melden bij de GGD. In het eerste halfjaar van 2026 zijn 172 meldingen gedaan, waaronder 158 artikel 26-meldingen. Het grootste gedeelte van de meldingen in het eerste halfjaar van 2026 zijn van huiduitslag/exanthemen binnen de kinderopvang en meldingen van enterovirus, varicellazostervirus en scabiës.

Scenario	Kinder-opvang	Onderwijs-instelling	Vluchtelingen-opvang	Zorg-instelling	Zieken-huis	Gezins-situatie	Vereniging ¹	Overig ²	Eind-totaal
Huiduitslag/exanthemen	55	5	5	1		3		1	70
Impetigo (krentenbaard)	11	1							12
Gastro-enteritis	19			34				1	54
Prik/Besmettingsincident									0
Luchtweginfectie/influenza-achtig ziektebeeld	4			11					15
Meningitis								1	1
ABR: MRSA/BRMO ³				3	1				4
Anders*	6	4			1			5	16
Eindtotaal	95	10	5	49	2	3	0	8	172

1) O.a. sport- en studentenvereniging, padvinderij

2) C.q. stichting, medische KDV, werkplek. Meningitis: naar aanleiding van de verheffing van meningokokken (mogelijk type B) in de UK, specifiek in Kent, zijn er berichten in de pers en op social media die onrust geven

3) ABR: antibioticaresistentie; MRSA: Multiresistente Staphylococcus Aureus; BRMO: Bijzonder Resistente Micro-organismen

* Schimmelinfectie, worminfectie, hepatitis A, groep A-streptococci

Toelichting Meldingen Infectieziekten

2e kwartaal 2026

Auteurs: Kevin Wassing, Celine van de Ven, Felix Kern, Mariska Petrignani

Hantavirus

Samenvatting Eurosurveillance artikel: Andes orthohantavirus uitbraak gelinkt aan MV Hondius cruiseschip

Op 18 juni 2026 waren er 13 gevallen (12 bevestigd, 1 waarschijnlijk) van het Andes orthohantavirus (ANDV) gemeld, met 3 sterfgevallen (23% mortaliteit). De infecties met dit type hantavirus waren gekoppeld aan het onder Nederlandse vlag varende expeditie-cruiseschip MV Hondius. De uitbraak werd voor het eerst vastgesteld op 2 mei 2026. Autoriteiten uit het Verenigd Koninkrijk en Nederland informeerden toen de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) en het Europees Centrum voor Infectieziekte Bestrijding & Preventie (ECDC) over een cluster van ernstige luchtwegaandoeningen van onbekende oorzaak onder passagiers en bemanning. Het schip was op 1 april 2026 vertrokken vanuit Ushuaia, Argentinië, en voer via Zuid-Georgia, Tristan da Cunha, Sint-Helena en Ascension naar Praia, Kaapverdië. Laboratorium-analyse in Zuid-Afrika en Zwitserland bevestigde dat de verwekker ANDV was.

Het meest waarschijnlijke besmettingsmoment van de eerste patiënt (patiënt 1) was zoönotische overdracht, via het inademen van aerosolen (besmette waterdruppeltjes) afkomstig van urine, ontlasting of speeksel van besmette knaagdieren, waarschijnlijk in Zuid-Amerika in de weken voorafgaand aan het inschepen. Vervolgens zijn de meeste andere gevallen hoogstwaarschijnlijk ontstaan door overdracht van mens op mens aan boord van het schip, een ongebruikelijke maar bekende eigenschap van ANDV binnen de hantavirussen. Genoomsequencing van 5 gevallen liet een zeer hoge genetische gelijkheid zien (maximaal 1 nucleotideverschil). Dat wijst op een gemeenschappelijke bron of nauw verwante transmissieketen, hoewel er geen knaagdieren op het schip zijn aangetroffen. De mediane leeftijd van de patiënten was 65 jaar, met 9 mannen en 4 vrouwen.

De volksgezondheidsrespons omvatte uitgebreid contactonderzoek in meerdere landen, nadat passagiers waren uitgestapt in onder meer Tristan da Cunha, Sint-Helena en Ascension. In totaal werden 188 hoogrisicocontacten geïdentificeerd in 7 landen. Zij zijn allen in quarantaine geplaatst met wekelijkse testen. De WHO en het ECDC schatten het risico voor de algemene bevolking laag in, maar bestempelden vóór de definitieve ontscheping op 9 mei alle opvarenden als hoogrisicocontact. Op 10 mei bereikte het schip Tenerife, met 147 mensen aan boord. Gefaseerde ontscheping en repatriëring volgden naar diverse landen (Nederland, Verenigd Koninkrijk, Canada, Duitsland, Spanje, Frankrijk, Zwitserland, Ierland, Turkije en de Verenigde Staten). Een medisch team en volksgezondheidsteam gingen in Praia aan boord om risicobeoordelingen uit te voeren. Voor meerdere zieke personen werden medische evacuatie geregeld. Ook werden 12 zorg- en laboratoriummedewerkers in Nederland in quarantaine geplaatst nadat zij klinisch materiaal van een bevestigd geval hadden gehanteerd zonder juiste persoonlijke beschermingsmiddelen.

Op 18 juni was voor een groot deel van de personen in Nederland de quarantaine opgeheven. De overige contacten in andere landen zouden hun quarantaine eind juni of begin juli afronden. Sinds 31 mei zijn er geen nieuwe gevallen meer vastgesteld, en er is geen overdracht waargenomen buiten de aan het schip gerelateerde groep, ook niet onder vliegtuigcontacten.

Deze gebeurtenis vormt een zeldzaam voorbeeld van aanhoudende overdracht van ANDV van mens op mens in een afgesloten omgeving, namelijk een cruiseschip. Het onderstreept de noodzaak van betere paraatheidsprotocollen voor expeditie- en cruiseschepen. Dit omvat vroegtijdige herkenning van ongewone ziekteclusters, snelle internationale melding, robuuste infectiepreventie en -bestrijding



aan boord, tijdige medische evacuatie, gestructureerde risicocommunicatie, en gecoördineerde reparatie en opvolging. Een lopend cohortonderzoek onder alle 182 passagiers en bemanningsleden moet meer duidelijkheid geven over de transmissieroutes en bijdragen aan toekomstige strategieën voor uitbraakbestrijding. [1]

Q-Koorts

In regio Haaglanden is in het tweede kwartaal van 2026 1 geval van acute Q-koorts vastgesteld. Deze persoon had sinds 8 mei 2026 gedurende een week klachten van koorts, koude rillingen en nachtzweeten.

In de bronperiode heeft de patiënt een fietstocht gemaakt door een agrarisch gebied ten noorden van Parijs (Frankrijk, regio Hauts-de-France). De patiënt zegt aldaar geen direct contact met vee gehad te hebben (koeien, geiten, schapen). Ter aanvulling is contact gelegd met de regionale veterinaire consulent van de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA), om de vaccinatiestatus van geiten, schapen en koeien in het betreffende gebied in Frankrijk na te gaan. Gezien de reisanamnese door Frankrijk binnen de incubatieperiode, kon de bron van infectie niet met zekerheid worden vastgesteld.

Q-koorts is een infectieziekte veroorzaakt door de bacterie *Coxiella burnetii*, die vooral voorkomt bij herkauwers zoals geiten, schapen en koeien en via mest, urine, vruchtwater en melk kan worden uitgescheiden, met name rond de bevalling. Besmetting bij mensen vindt vooral plaats door het inademen van besmet stof of aerosolen in de omgeving van boerderijen, weilanden of vee-/geitenmarkten. Direct dierencontact is niet noodzakelijk en overdracht van mens op mens komt vrijwel niet voor. De meeste infecties verlopen zonder klachten of mild, met een incubatietijd van 2 tot 3 weken. Wanneer klachten optreden gaat het meestal om koorts, hoofdpijn, spierpijn, vermoeidheid en soms longontsteking of hepatitis. Bij een klein deel van de patiënten, met name mensen met een hartklep- of vaatafwijking of verminderde weerstand, kan de infectie chronisch worden, met kans op ernstige complicaties zoals endocarditis. Ook zwangere vrouwen lopen een verhoogd risico.

Legionella

In het eerste halfjaar van 2026 zijn er in regio Haaglanden 17 legionellameldingen gedaan. Dit is nagenoeg gelijk aan voorgaande jaren: in het eerste halfjaar van 2025 waren dit 18 meldingen, en in dezelfde periode in 2024 19.

Legionellose is een infectieziekte veroorzaakt door de bacterie *Legionella*, met name *Legionella pneumophila*. De bacterie komt van nature voor in water en aarde en kan zich vermeerderen in kunstmatige waterinstallaties, zoals koeltorens, sauna's, douches, bevochtigingsinstallaties en fontein, vooral bij watertemperaturen tussen de 25 en 45°C en bij stilstaand water. Besmetting vindt plaats door het inademen van fijne, met legionellabacteriën besmette waterdruppeltjes (aerosolen). Overdracht van mens op mens vindt niet plaats.

De ziekte kent 2 verschijningsvormen. De ernstige vorm, legionellapneumonie, uit zich met klachten als hoge koorts, hoesten, kortademigheid, spierpijn en soms verwardheid. De mildere vorm, Pontiac fever, geeft griepachtige klachten en gaat vanzelf over. De incubatietijd bedraagt doorgaans 2 tot 10 dagen. Vooral ouderen, rokers, mensen met een chronische longziekte of een verminderde weerstand lopen een verhoogd risico op een ernstig beloop. Goed beheer en onderhoud van waterinstallaties (temperatuurbeheersing, doorspoelen, reiniging) zijn essentieel om verspreiding te voorkomen.

Hepatitis C

In het eerste halfjaar van 2026 zijn er in regio Haaglanden 17 meldingen van hepatitis C gedaan. Dit is vergelijkbaar met voorgaande jaren: in het eerste halfjaar van 2025 waren dit 19 meldingen, en in dezelfde periode in 2024 13.

Hepatitis C is een leverontsteking veroorzaakt door het hepatitis C-virus (HCV). Overdracht vindt plaats via bloed-bloedcontact, bijvoorbeeld door het delen van naalden en spuitmateriaal bij drugsgebruik, via onveilige medische of cosmetische ingrepen (zoals tatoeages of piercings met besmet materiaal), of minder vaak, via seksueel contact waarbij bloedcontact optreedt. Van moeder op kind tijdens de

bevalling is eveneens mogelijk. Een acute infectie verloopt vaak zonder duidelijke klachten, waardoor de infectie lang onopgemerkt kan blijven. Bij een deel van de besmette personen (ongeveer 15-25%) klaart het lichaam het virus vanzelf. Bij de rest ontstaat een chronische infectie, die onbehandeld op termijn kan leiden tot leverfibrose, levercirrose of leverkanker.

Personen die ooit drugs hebben geïnjecteerd, mensen met risicovol seksueel contact (met name mannen die seks hebben met mannen (MSM) met hiv), en personen afkomstig uit landen met een hogere prevalentie van hepatitis C, lopen een verhoogd risico op infectie. Met de komst van direct werkende antivirale middelen (DAA's) is hepatitis C tegenwoordig in de meeste gevallen met een kortdurende behandeling goed te genezen. Vroegtijdige opsporing en behandeling zijn dan ook belangrijk om leverschade en verdere transmissie te voorkomen.

i-GAS (invasieve groep A-streptokokkeninfectie)

In het eerste halfjaar van 2026 zijn er in regio Haaglanden 21 meldingen van invasieve groep A-streptokokkeninfecties (iGAS) gedaan. Dit oogt als een daling ten opzichte van voorgaande jaren: in het eerste halfjaar van 2025 waren dit 37 meldingen, en in diezelfde periode in 2024 50. Ondanks deze daling blijft waakzaamheid rond iGAS van belang, gezien het potentieel ernstige beloop van de infectie.

Groep A-streptokokken (*Streptococcus pyogenes*) zijn bacteriën die uiteenlopende infecties kunnen veroorzaken. Van milde keelontsteking en huidinfecties tot ernstige, invasieve ziektebeelden, zoals bloedvergiftiging, necrotiserende fasciitis ('vleesetende bacterie') en het streptokokkale toxischeshocksyndroom.

Overdracht vindt plaats via druppeltjes uit de lucht (hoesten, niezen) of via direct contact met wonden of huidlaesies. Vooral jonge kinderen, ouderen, mensen met een verminderde weerstand en personen met open wonden (zoals na een operatie of bevalling) lopen een verhoogd risico op een ernstig beloop.

Tijdige herkenning en behandeling met antibiotica zijn essentieel om complicaties te voorkomen.

Bij clusters van iGAS-infecties, bijvoorbeeld binnen zorginstellingen, kraamzorg of gezinnen, is snelle bron- en contactopsporing belangrijk om verdere verspreiding tegen te gaan.

REFERENTIE

1. Van den Berg OE, UKHSA ANDV Team, Ettore S, et al. **Andes virus outbreak linked to expedition cruise ship travel, multi-country investigation and response, April to June 2026.** Euro Surveill. 2026, 31 (24): pii=2600477. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2026.31.24.2600477>



COLOFON

September 2026, 61^{ste} jaargang nr. 3

REDACTIE

drs. Mary P.H. Berns, GGD Haaglanden (kernredacteur)
dr. Sytske van Bruggen, Hadoks en senior onderzoeker Health Campus Den Haag
dr. Prataap K. Chandie Shaw, internist, Haaglanden Medisch Centrum
Thomas Eckhardt MPH, arts, GGD Haaglanden
drs. Joop de Jong, psychiater, PsyQ / Parnassia Groep
Maartje Keetman MSc, gezondheidsbevorderaar, GGD Haaglanden
Willemieke Ligtenberg MSc, GGD Haaglanden (kernredacteur)
drs. Merel Mattousch MPH, arts M&G, jeugdarts CJG Den Haag
dr. ir. Irene M. van der Meer, GGD Haaglanden (hoofdredacteur)
Nelly van der Meer MSc, GGD Haaglanden (redactiesecretaris/eindredacteur)
drs. Regina M. van der Meer, GGD Haaglanden (kernredacteur)
Niels van Veen MSc, 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

Uitgave
GGD Haaglanden

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

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 vindt u hier:
<https://www.ggdhaaglanden.nl/publicatie/richtlijnen-voorauteurs-epibul/>.

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



BEZOEKADRES
Westeinde 128
2512 HE Den Haag

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

POSTADRES
Postbus 16130
2500 BC Den Haag

www.ggdhaaglanden.nl



**Bewaakt, beschermt en
bevordert de gezondheid**