



# Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

*jaargang 39, 2004, nummer 2*

## **inhoud**

Redactioneel

## **epidemiologie**

Suicide in Den Haag, 15 jaar gevolgd: 1987 - 2001

## **volksgezondheid**

De toekomst van de huisartsenzorg in Den Haag  
Glashelder of een glazen bol?

Vangnet 0-6: maatwerk in opsporing

Nieuwe vorm van maatschappelijke opvang in Den Haag:  
tandartsenpraktijk voor dak- en thuislozen

## **Korte berichten**

# Colofon

juni 2004, 39ste jaargang nr.2

## Redactie

mw. I. Burger, GGD Den Haag (kernredacteur);  
mw. C.J. Kruijthof, arts, Medisch Centrum  
Haaglanden, lokatie Westeinde;  
mw. F.L. van Leeuwen, arts, Stichting Transmurale  
Zorg Den Haag e.o.;  
dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Den Haag  
(kernredacteur);  
drs. E. Pieters, Parnassia, psycho-medisch centrum  
Den Haag;  
B. Potemans, huisarts in Den Haag  
mw. W. van Rijssel (redactiesecretaris/ eindredacteur)  
prof.dr. W.J. Schudel, GGD Den Haag;  
M.H. Waterman (hoofdredacteur), GGD Den Haag.

## Redactieadres

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn  
GGD, Postbus 12652, 2500 DP Den Haag  
Bezoekadres: Thorbeckelaan 360  
mw. H. Schreiner-Heynen;  
tel.: 070 - 353 71 05  
fax : 070 - 353 72 92  
e-mail: h.schreiner-heyne@ocw.denhaag.nl  
*Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij  
mw. Schreiner.*

## Druk/Lay out

Facilitaire Dienst  
Multimedia-den Haag

## Uitgave

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn,  
GGD Den Haag, Directeur Volksgezondheid

Via het bulletin wil de redactie de communicatie  
aanmoedigen tussen hulpverleners, leidinggevenden,  
beleidsmedewerkers en onderzoekers in de gezondheid  
in de regio Den Haag.

De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en  
vormgeving van het bulletin. Overname van artikelen is  
in vele gevallen mogelijk in overleg met de redactie.  
De richtlijnen voor auteurs kunnen op het  
redactiesecretariaat worden opgevraagd. Bij wijziging van  
tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het  
redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen. Voor het  
bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier.  
Het bulletin verschijnt vier maal per jaar.

ISSN 0921-6219

# Inhoud

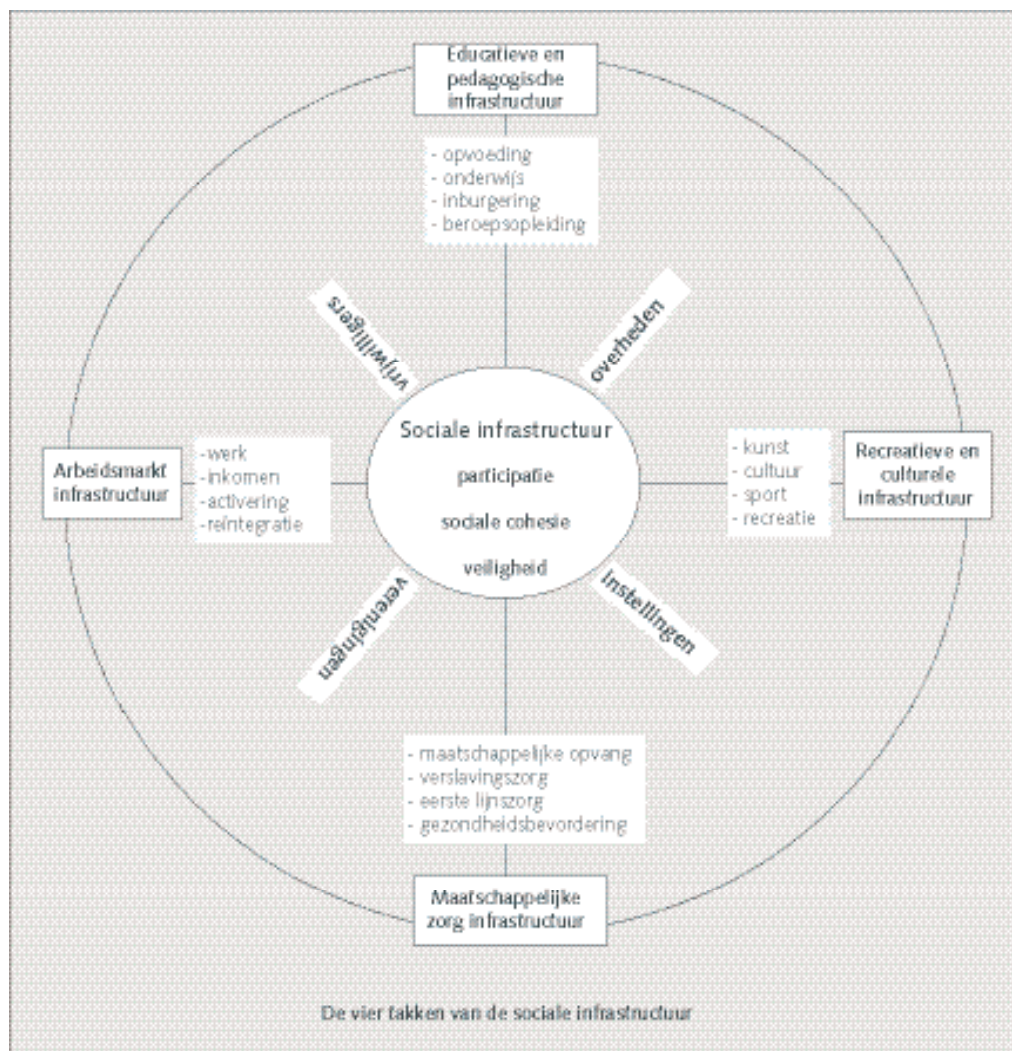
<b>Redactioneel</b>	1
<b>Epidemiologie</b>	
• Suicide in Den Haag, 15 jaar gevolgd: 1987 - 2001 <i>W.J. Schudel</i>	3
<b>Volksgezondheid</b>	
• De toekomst van de huisartsenzorg in Den Haag Glashelder of een glazen bol? <i>B.J.C. Middelkoop</i>	9
• Vangnet 0-6: maatwerk in opsporing <i>N. Schaap</i>	16
• Nieuwe vorm van maatschappelijke opvang in Den Haag: tandartsenpraktijk voor dak- en thuislozen <i>W. van Rijssel</i>	21
<b>Korte berichten</b>	25

# Redactioneel

## Samenhang

In dit bulletin besteden we aandacht aan tandartsenzorg voor dak- en thuislozen, suïcide, huisartsenzorg en het vangnet voor 0- tot 6-jarigen. De diversiteit in het voorliggend nummer is exemplarisch voor de dynamiek in Den Haag en omgeving, en bij uitstek het terrein van het grotestedenbeleid.

Hoezo grotestedenbeleid? Het realiseren van een zorgaanbod voor dak- en thuislozen, het monitoren van suïcidegegevens, het kritisch beschouwen van gesignaleerde problematiek in het zorgaanbod en het bewaken van de gezondheidssituatie van onze jongsten in de samenleving is precies wat de recent verschenen GSBIII-notitie 'Samenwerken aan de Krachtige stad, uitwerking van het stelsel Grotestedenbeleid 2005 – 2009' beoogt samen te brengen binnen de tak 'Maatschappelijke zorg infrastructuur' van de beschreven sociale infrastructuur.



Dat dit geen eenvoudige opgave is moge duidelijk zijn. In de GSB-III notitie wordt aandacht gevraagd voor thema's als maatschappelijke opvang, het verkrijgen van goed zicht op de gezondheidstoestand, mogelijkheden voor het integraal aanpakken van gezondheidsachterstanden, preventie, en versterking van eerste lijnszorg in achterstandssituaties. Een en ander om te voorkomen dat gezondheidsrisico's negatieve gevolgen hebben voor deelname aan de maatschappij. Weerbarstige problematiek!

Uitsluitend bezien vanuit de tak ‘maatschappelijke zorg infrastructuur’ is het al lastig om hier de samenhang te ontdekken en te versterken. Wanneer we ook nog verbanden willen leggen met de andere elementen uit de sociale infrastructuur neemt de complexiteit alleen maar toe.

Uiteraard kan op papier alles. Toch wordt de beoogde samenhang in de dagelijkse praktijk door heel wat professionals gerealiseerd. Die casuïstiek laat zich niet zo makkelijk vangen in modellen. Desondanks ligt daar de komende periode een grote uitdaging: het tot stand brengen van meer evidence based interventies, die de ogenschijnlijke kloof tussen beleid en dagelijkse praktijk verkleinen. Tegelijk dienen we ons te realiseren dat vernieuwing niet uitsluitend tot stand komt binnen het keurslijf van ‘evidence based’ werken. In dit bulletin hopen we de samenhang tussen die twee – evidence based en creatieve innovatie – te laten zien.

# Suïcides in Den Haag, vijftien jaar gevolgd: 1987-2001

W.J. Schudel

Suïcide, zelfmoord of zelfdoding is als verschijnsel van alle tijden en culturen. De belangstelling voor het onderwerp evenwel is onder meer afhankelijk van maatschappelijke ontwikkelingen en psychologische en levensbeschouwelijke opvattingen over leven en dood in relatie tot de menselijke autonomie.

De epidemiologie van suïcide houdt zich bezig met het zo nauwkeurig mogelijk in kaart brengen van de persoon van de overledene en de toedracht en uitvoering van diens suïcidale gedrag, teneinde door aggregatie van gegevens inzicht te verwerven in (veranderingen in) het fenomeen suïcide in een populatie. Zo is suïcidaal gedrag binnen de gemeente Den Haag al vanaf de jaren vijftig van de vorige eeuw door de GG en GD van jaar tot jaar geregistreerd en geanalyseerd.

Drie jaar geleden voor het laatst publiceerde dit Bulletin de Haagse suïcidegegevens over de jaren 1987-1999 (1) (2). Het betreffende artikel ging tevens nader in op de bevindingen en beschouwingen van de meest recente rapportages over suïcide in Den Haag.

In onderstaand artikel pakken we de draad weer op met de gegevens vanaf 1987 tot en met 2001. De reeds gesignaleerde 'trend' lijkt door te zetten: suïcide door mannen ouder dan 55 jaar en vrouwen ouder dan 65 jaar neemt af. Althans in Den Haag.

## Inleiding

Net als in het artikel van drie jaar geleden zijn de hier gepresenteerde gegevens primair afkomstig van de gemeentelijke lijkschouwer. Daarnaast kon over de jaren 1987 t/m 1993 en 1999 t/m 2001 gebruik worden gemaakt van de registratie van de politie in Den Haag. Na de vorming van het regiokorps Haaglanden (in 1993) en de daarmee gepaard gaande reorganisatie werd de registratie op centraal niveau gestaakt, om pas in 1999 door een nieuw opgericht bureau 'Analyse en Research' te worden hervat. Overigens bleek in de jaren waarvoor vergelijking van beide gegevensbestanden mogelijk was, slechts in een enkel geval correctie noodzakelijk. Desalniettemin valt een zekere onderrapportage niet uit te sluiten. Zo zal suïcidaal gedrag

dat pas na geruime tijd tot de dood van betrokkene leidt (te denken valt aan zelfverwonding of -vergiftiging), nogal eens niet als zelfmoord worden geregistreerd. Daarnaast kan het voorkomen dat een behandelend arts in een twijfelgeval (en wellicht ook als er nauwelijks objectief grond voor twijfel is) besluit om toch een verklaring van natuurlijke dood af te geven. Tot onze spijt hebben we moeten vernemen dat de politie inmiddels de registratie van voorvallen van suïcide opnieuw heeft gestaakt. Overigens hanteert het CBS sinds een aantal jaren een soortgelijke methode, namelijk afstemming van de (door artsen aangeleverde) gegevens van de doodsoorzakenstatistiek met die van Justitie (de 'niet-natuurlijke dood' statistiek) (3)(4)(5)(6). Echter, de door het CBS gepubliceerde gegevens over zelfdoding zijn niet (altijd) symmetrisch aan die van de Haagse registratie en bovendien tegenwoordig minder uitgebreid beschikbaar, waardoor vergelijkingen tussen Den Haag en Nederland als geheel moeilijker zijn te maken.

De gegevens over de etnisch-culturele achtergrond van de betrokkenen worden met extra voorzichtigheid gepresenteerd. Voor de stedelijke (deel-)populatie hebben we gebruik gemaakt van de gegevens (en derhalve van de gehanteerde definitie) van de afdeling Burgerzaken van de gemeente Den Haag. In onze suïcideregistratie wordt wel uitgegaan van de nationaliteit, de geboorteplaats en de achternaam van de betrokkene, maar wordt geen rekening gehouden met het land van herkomst van de ouders. Dit kan hebben geleid tot onderrapportage (te kleine 'teller' bij een gelijke 'noemer') bij de categorie niet-Nederlandse suïcideplegers, al lijkt het minder waarschijnlijk dat Hagens afkomstig uit Suriname, Marokko of Turkije werden gemist. Dezelfde kanttekening geldt (wellicht meer) voor de categorie 'overigen', door de jaren heen vooral afkomstig uit diverse Europese landen en niet zelden slechts sinds kort of in het geheel niet woonachtig in Den Haag. Jaarlijks betreft dit gemiddeld 3 à 4 gevallen van suïcide. Door het incidentele

**Tabel 1***Suïcides in Den Haag (absolute aantallen). 1987-1991, 1992-1996 en 1997-2001 (vijfjaarsperiodes)*

Leeftijdsklasse	Mannen			Vrouwen			Totaal		
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-1991	1992-1996	1997-2001	1987-1991	1992-1996	1997-2001
15-19 jaar	3	5	3	3	2	2	6	7	5
20-24 jaar	11	6	4	7	7	3	18	13	7
25-34 jaar	37	29	28	25	14	12	62	43	40
35-44 jaar	38	38	30	27	10	20	65	48	50
45-54 jaar	22	29	34	17	15	15	39	44	49
55-65 jaar	30	19	16	8	12	12	38	31	28
65-74 jaar	15	21	8	18	10	8	33	31	16
75 jaar en ouder	27	20	10	21	22	11	48	42	21
Totaal	183	167	133	126	92	83	309	259	216

karakter hiervan (bijv. suïcide door een niet-uit-Den Haag-afkomstige in een Haagse Penitentiaire Inrichting) heeft een kwantitatieve analyse geen zin.

#### Resultaten

##### Leeftijd en geslacht

In de verslagperiode van 15 jaar (1987-2001) vonden op Haags grondgebied in totaal 784 suïcides plaats; 483 gevallen (61,6 %) betroffen mannen; 301 (38,4 %) waren vrouwen. Per jaar liep het aantal overleden mannen uiteen van 23 tot 43, het aantal vrouwen van 12 tot 32.

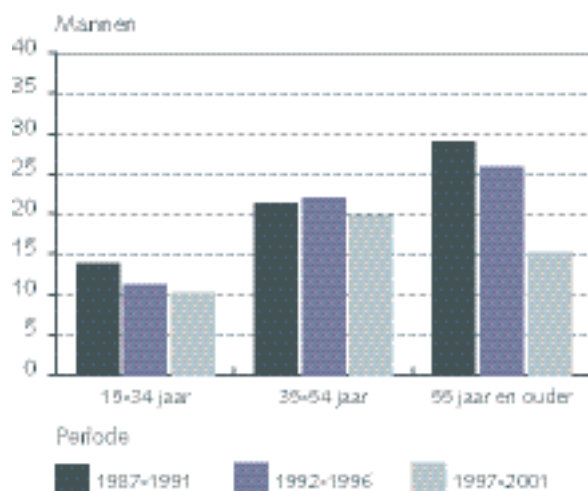
Tabel 1 toont het aantal suïcides naar leeftijd en geslacht verdeeld in drie aaneensluitende perioden van

vijf jaar, te weten 1987-1991, 1992-1996 en 1997-2001. In dezelfde periode is het aantal suïcides onder mannen telkens 1,5 à 2 maal het aantal suïcides door vrouwen, maar in de loop der tijd nemen deze aantallen bij beide geslachten niet onaanzienlijk af. Dit geldt vooral voor de oudere mannen (vanaf 55 jaar) en in iets mindere mate voor oudere vrouwen vanaf 65 jaar. Het overlijden door suïcide is in de afgelopen 10 jaar (1987-1991 t.o.v. 1997-2001) verminderd met gemiddeld ten minste 25 sterfgevallen per jaar.

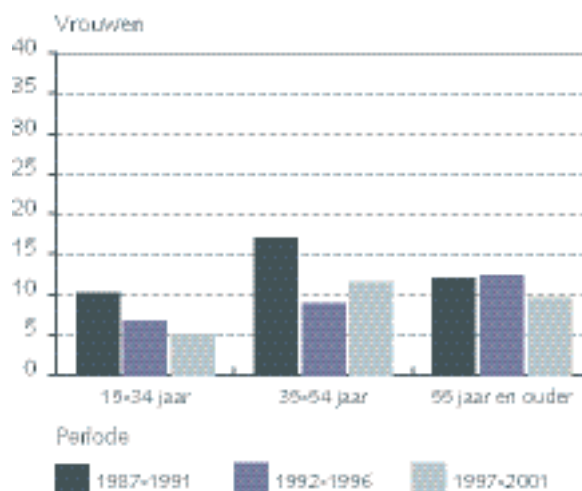
In figuur 1a en 1b wordt de incidentie per 100.000 inwoners van dezelfde leeftijdsgroep voor mannen resp. vrouwen per vijfjaarsperiode weergegeven. Ook hieruit komt de afname van de incidentie bij beide

**Figuur 1a**

*Aantal suïcides per 100.000 mannen naar leeftijdsgroep (in 3 periodes)*

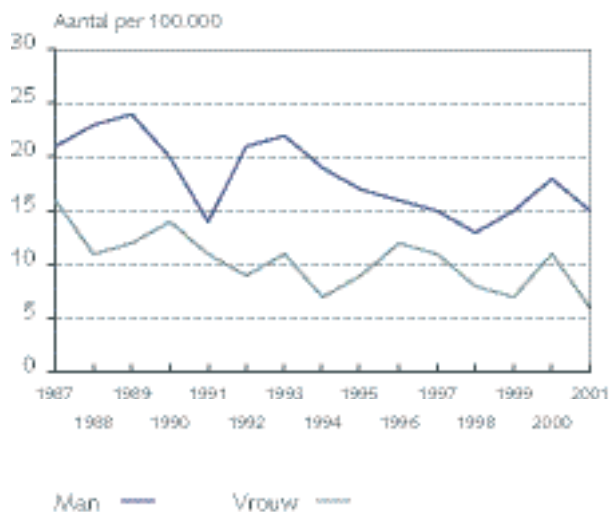
**Figuur 1b**

*Aantal suïcides per 100.000 vrouwen naar leeftijdsgroep (in 3 periodes)*



**Figuur 2**

Aantal suicides per 100.000 inwoners (15 jaar en ouder) per jaar, Den Haag 1987-2001



geslachten naar voren; de afname is het sterkst bij de oudste groep mannen, maar geldt voor mannen en vrouwen en alle leeftijden. Deze dalende tendens wordt in figuur 2 per jaar over de gehele periode van onderzoek grafisch weergegeven voor alle mannen en vrouwen; het verschil tussen beide geslachten lijkt overigens niet duidelijk toe of af te nemen. Zo daalde de incidentie van suicide in Den Haag tussen de tijdvakken 1987-1991 en 1997-2001 voor mannen van 20,4 (per 100.000) tot 15,0; voor vrouwen van 12,7 tot 8,7 en voor alle Hagenaars van 16,4 tot 11,7.

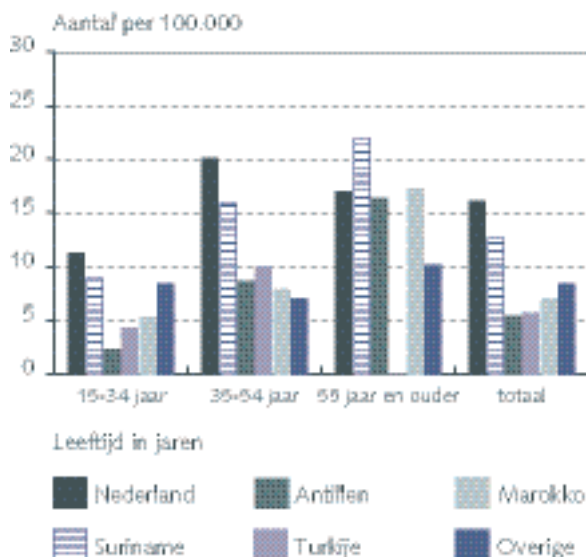
#### Etnisch-culturele afkomst

De etnisch-culturele afkomst van de door suicide in de jaren 1987-2001 overledenen is weergegeven in figuur 3. Het betreft ook hier per leeftijdsklasse en bevolkingsgroep gestandaardiseerde cijfers, ditmaal gezien de soms kleine absolute aantallen, voor mannen en vrouwen samen.

Tot de leeftijd van 55 jaar komt suicide meer voor onder de autochtone bevolking van Den Haag, bij de ouderen is dit mogelijk niet het geval. Uitspraken hierover vereisen echter extra voorzichtigheid, aangezien er nog steeds betrekkelijk weinig oudere allochtone inwoners in Den Haag zijn, waardoor een toe- of afname met enkele gevallen de uitkomst sterk kan beïnvloeden. In totaal pleegden over de gehele periode van vijftien jaar 38 Surinaamse mannen, variërend van 0 tot 7 per jaar en 15 Surinaamse vrouwen (0 tot 3 per jaar), 12 Turken (9 mannen en 3 vrouwen),

**Figuur 3**

Aantal suicides per 100.000 inwoners ouder dan 15 jaar naar etnisch-culturele afkomst. Den Haag 1987-2001



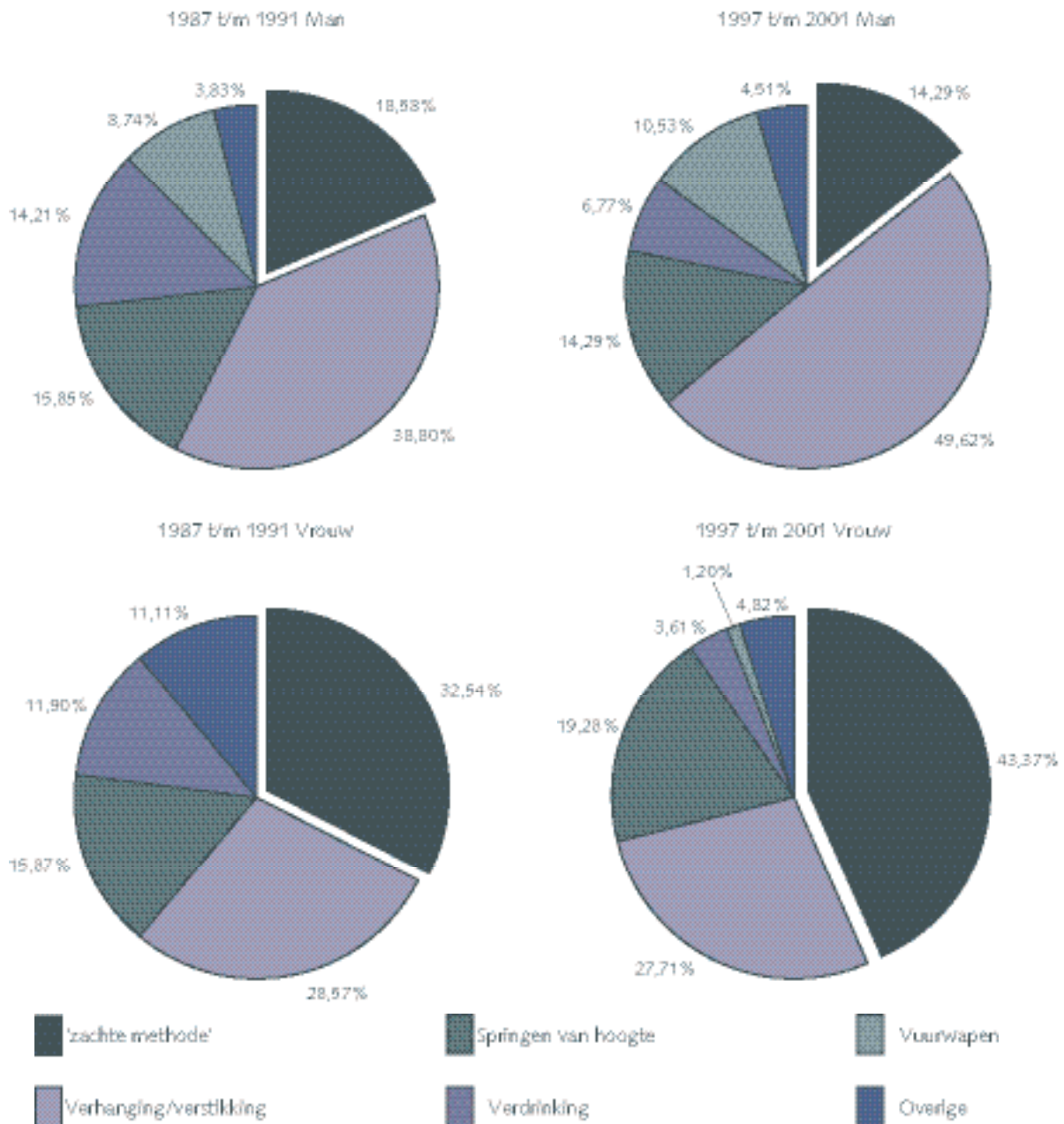
11 Marokkanen (7 mannen en 4 vrouwen) en 4 Antil-lianen (allen mannen) suicide. Voor alle leeftijden tezamen (figuur 3, meest rechtse diagrammen) vertoont de autochtone bevolking relatief de hoogste incidentie van suicide. In de inleiding werd reeds aangegeven dat de cijfers van de categorie 'overigen' weinig betekenis hebben.

#### Gebruikte middelen en methoden

Zoals blijkt uit de figuren 4abcd kiezen mannen steeds vaker en meer dan vrouwen voor ophanging of verstikking als methodiek voor suicide. Bij vrouwen neemt het aandeel van de zogenaamde 'zachte' methoden: medicijnen, al dan niet in combinatie met alcohol, of vergif, nog verder toe, waardoor het verschil tussen beide geslachten in gebruikte methodiek duidelijker is geworden. Springen van een hoog gebouw is bij mannen en vrouwen in frequentie de derde gekozen methode. Verdrinking neemt bij beide geslachten in frequentie af en het gebruik van een vuurwapen door vrouwen blijft zeer zeldzaam. Bij de keuze van de methode speelt de leeftijd geen duidelijke rol, al overlijden naar verhouding meer ouderen door verdrinking. Jonge mannen gebruiken vrijwel nooit 'zachte' methoden. Zowel bij de allochtone mannen als bij de allochtone vrouwen in Den Haag is bij suicide het gebruik van medicijnen relatief ongewoon; autochtone Haagse vrouwen pleegden naar verhouding tenminste twee maal zo vaak suicide met behulp van medicijnen.

Figuur 4 a,b,c,d

Percentage gebruikte middelen naar geslacht en perioden. Den Haag, 1987-1991, 1997-2001



### Beschouwing

Interpretatie van zelfmoordstatistieken, zelfs wanneer deze zijn gebaseerd op een zeer zorgvuldige registratie van individuele gevallen en even betrouwbare bevolkingsgegevens, dient met grote terughoudendheid te geschieden. Niet alleen is overlijden door suïcide onder de Nederlandse bevolking door de jaren heen een betrekkelijk zeldzaam fenomeen (ca.1500 gevallen per jaar: nog niet 1 % van de jaarlijkse sterfte onder de ruim 16 miljoen inwoners), maar de heterogeniteit

van de 'populatie' suïcideplegers is traditioneel aanzienlijk. Geen enkele onderzoeker is er tot dusverre in geslaagd 'de' suïcidepleger herkenbaar te typeren, noch demografisch noch naar motief of achtergrond. Desondanks blijft het belangrijk 'trends' in het voorkomen van suïcidaal gedrag op te sporen en te signaleren, en te blijven zoeken naar achterliggende, mogelijk zulk gedrag beïnvloedende factoren. Met als uiteindelijk doel een op preventie gerichte benadering van (groepen van) de bevolking.



Tegen deze achtergrond kan over de hier gepresenteerde gegevens het volgende worden opgemerkt. Het voorkomen (de incidentie) van suïcide vertoont al ruim tien jaar een neerwaartse tendens, zoals wij al herhaaldelijk meldden (1)(2). Deze daling wordt bij het vergelijken van de drie opeenvolgende perioden van vijf jaar expliciet veroorzaakt door een afname van suïcide bij de jongste en vooral de oudste bevolkingsgroepen, in het bijzonder de mannen van 55 jaar en ouder. Het opmerkelijke van deze bevinding is allereerst dat een soortgelijke tendens voor Nederland, althans in de periode 1995-2000 veel minder duidelijk is (3).

Van een halvering van het aantal 65-plussers dat jaarlijks door suïcide overlijdt, zoals zich dat in de laatste tien jaar in Den Haag heeft voorgedaan, is voor Nederland in elk geval geen sprake. Bovendien is in Europa nog steeds vrijwel overal de incidentie van suïcide onder de oudste bevolkingsgroepen het hoogst (7). Ook in Nederland bestaat er traditioneel een positieve correlatie tussen leeftijd en suïcideratio's, al wordt deze geleidelijk minder uitgesproken.

Een verklaring voor de daling van de Haagse suïcidecijfers voor ouderen kan wellicht worden gevonden als een mogelijke toename van de gevallen van euthanasie daarbij wordt betrokken(2)(8). De meldingsprocedure voor euthanasie, die onder meer voorziet in de verplichting tot melding aan de gemeentelijk lijkschouwer maar waarin tevens uitzicht wordt geboden op een buitengerechtelijke afhandeling, is op 1 maart 1991 van kracht geworden. Sindsdien is het jaarlijks aantal gemelde gevallen van euthanasie onder 55-plussers in Den Haag geleidelijk toegenomen met ca. 30 (mannen en vrouwen) van 16 in 1990 tot 46 in 1999; dit is vrijwel gelijk aan de afname van het absolute aantal suïcides onder Hagenaars van 55 jaar en ouder. De 'legalisering' van euthanasie biedt sommigen, vooral ouderen, een alternatief voor suïcide. Uit een onderzoek onder de nabestaanden van alle in één jaar in Finland (waar euthanasie niet is gelegaliseerd) door suïcide overledenen kwam naar voren dat lichamelijk lijden bij oudere mannen (maar ook vrouwen) als belangrijkste factor aan de suïcide had bijgedragen (9).

Het is opmerkelijk dat in de landelijke cijfers niet zo duidelijk sprake is van een afname van suïcide in de oudere bevolkingsgroepen. Wellicht geldt voor de situatie buiten de grote steden dat er een andere relatie is tussen enerzijds sterfte die als suïcide wordt geregistreerd en anderzijds sterfte die als euthanasie wordt geregistreerd. Mogelijk blijft men buiten de steden terughoudender met het naar waarheid opge-

ven van 'euthanasie' als doodsoorzaak. Daarentegen zou, naar onze verwachting, in de drie andere grote steden een met Den Haag vergelijkbaar beeld moeten worden gevonden. Deze hypothese heeft ons ertoe gebracht om ook de situatie in Amsterdam, Rotterdam en Utrecht na te gaan. Hier komt evenwel geen consistent grootstedelijk patroon uit naar voren. Volgens informatie van de GG&GD Amsterdam (ongepubliceerd) is er aldaar geen sprake van een duidelijke afname van suïcide onder ouderen vanaf 55 jaar, althans over de periode 1987-1999. Ook het totaal aantal suïcides in Amsterdam (jaarlijks als regel tussen de 85 en de 115) lijkt sinds 1987 niet eenduidig af (of toe) te nemen. In Rotterdam (bron GGD Rotterdam; periode 1990-1999) zijn er wel aanwijzingen voor een beperkte afname van suïcide onder oudere mannen. Datzelfde geldt voor Utrecht (1987-1999; bron GG&GD Utrecht). Een en ander pleit voor nader gezamenlijk en vergelijkend onderzoek van de grote steden. De vraag of en zo ja in welke mate de incidenties van suïcide en euthanasie een onderlinge relatie vertonen, kan dan tevens worden beantwoord.

De meest recente cijfers van het CBS (6) over 2000 geven een incidentie van suïcide voor de Nederlandse bevolking van 60-69 jaar van 12,4 per 100.000, en van 70 jaar en ouder van 14,2 per 100.000. De WHO schatte de incidentie (de zogenaamde global suïcide rates) in 1995 voor mannen van 55-64 jaar op 33,4 (vrouwen: 16,4); voor mannen van 65-74: 41 (vrouwen: 22,1) en voor mannen van 75+: 66,9 (vrouwen: 29,7) (10). Het CBS berekent voor Nederland een suïcide incidentie in 2000 van 15,8 voor mannen (alle leeftijden) en van 7,6 voor vrouwen, totaal 11,6 (per 100.000). Onze Haagse cijfers wijken daar voor 1997-2001 weinig van af: mannen: 15,0; vrouwen: 8,7; totaal: 11,7 (per 100.000). Amsterdam ligt daar iets boven, Rotterdam iets onder, maar de verschillen zijn klein (bron: GG&GD Amsterdam resp. Rotterdam). De meest recente Nederlandse incidenties zijn dus maar ongeveer eenderde (30 à 40 %) van wat wereldwijd wordt gevonden. Suïcide is in Den Haag (en in Nederland) derhalve een relatief zeldzaam fenomeen (geworden)... .

Bij voorgaande gelegenheden rapporteerden wij over suïcidaal gedrag bij Haagse bevolkingsgroepen met verschillende etnisch-culturele achtergrond (2)(11)(12). Wij vonden destijds een hoge tot zeer hoge incidentie van parasuïcide onder jonge allochtone vrouwen, in het bijzonder van Surinaamse komaf en in iets mindere mate bij Turkse en Marokkaanse

meisjes en jonge vrouwen. De incidentie van suïcide onder dezelfde bevolkingsgroepen was echter steeds lager dan tot hooguit gelijk aan die van de autochtone Haagse bevolking. Nu, inmiddels acht jaar na de sluiting van het betreffende parasuïcide-register, is er (nog steeds) geen sprake van een toename van suïcide onder de allochtone bevolkingsgroepen (zie figuur 3). In elk geval heeft de mogelijk nog steeds hoge parasuïcide-incidentie zich niet vertaald in letaal zelfschadend gedrag; ongerustheid daarover lijkt dan ook onnodig, hoewel parasuïcidaal gedrag op zich voldoende aanleiding geeft voor op preventie gericht beleid.

Tenslotte het gebruik van middelen en methoden in Den Haag (1997-2001) in vergelijking met de landelijke gegevens van het CBS over het jaar 2000 (2). Verhanging of verstikking wordt landelijk, net als in Den Haag, toegepast door circa de helft van de mannen en ruim een kwart van de vrouwen. Landelijk maakt ongeveer een op de vijf vrouwen gebruik van medicijnen, in Den Haag is dat bij ruim tweevijfde van alle vrouwen het geval. Of hier een relatie bestaat met het voorschrijfgedrag van artsen valt niet na te gaan. Overigens zou het belangwekkend zijn dit nader te onderzoeken. Immers, de positieve relatie tussen de beschikbaarheid van een (potentieel letaal) suïcidemiddel (c.q. letale methode) en het zich feitelijk voordoen van suïcide in een (deel-)populatie is in het verleden overtuigend aangetoond, o.a. ten aanzien van steenkoolgas, barbituraten en vuurwapens (13,14). In Nederland springen meer mensen voor de trein en minder van een hoog gebouw dan in Den Haag, hetgeen uit het oogpunt van ruimtelijke ordening niet verbaast. Verdrinking tenslotte blijft als suïcidemethode op de terugtocht. Vrijwel uitsluitend ouderen verdrinken zich en hun aantal neemt toch al af. Jongeren kunnen vrijwel allemaal zwemmen en dan wordt opzettelijk verdrinken een stuk moeilijker. Als een in meerdere opzichten positieve bevinding kan gelden, dat zelfvergiftiging (bijv. met schoonmaakmiddelen of onverdund azijnzuur) nagenoeg niet meer voorkomt. In het verleden leidde dergelijk gedrag vaak tot veel en intensieve ziekenhuiszorg, terwijl de betrokkene later meestal toch nog overleed.

#### Literatuur:

- Schudel WJ. Suïcide in Den Haag. *Epidemiol Bul Grav* 1995; nr. 3: 24-9.
- Schudel WJ, Vroom-Jongerden JM. Suïcide in Den Haag 1987-1999. *Epidemiol. Bul Grav* 2001; nr 3: 10-4.
- Kley I. Zelfdoding in 2000. *Maandstatistiek van de bevolking* 2002; 7. Centraal Bureau voor de Statistiek. Voorburg 2002.
- Hoogenboezem J, Berg WC van den. Zelfdoding in Nederland. *Maandstatistiek van de bevolking* 2000; 4. Centraal Bureau voor de Statistiek. Voorburg, 2000.
- Centraal Bureau voor de Statistiek: Vijf en twintig jaar zelfdoding in statistieken 1970-1994. Centraal Bureau voor de Statistiek. Voorburg, 1995.
- Centraal Bureau voor de Statistiek : *Statistisch Jaarboek* 2003. Centraal Bureau voor de Statistiek. Voorburg, 2003.
- Neulinger K, Leo D de. Suïcide in Elderly and Youth Population: How Do They Differ? In : De Leo D (editor) : *Suïcide and Euthanasia in Older Adults – A Transcultural Journey*. Hogrefe Huber: Seattle, Toronto, Bern, Göttingen, 2001.
- Schudel WJ, Vroom-Jongerden JM. The Elderly and Their Self-Determined Death in the Netherlands : A Brief Update. In : De Leo D (editor) : *Suïcide and Euthanasia in Older Adults – A Transcultural Journey*. Hogrefe Huber: Seattle, Toronto, Bern, Göttingen, 2001.
- Heikkinen ME, Lonquist JK. Recent Life Events in Elderly Suïcide: a Nationwide Study in Finland. *International Psychogeriatrics* 1995; 7 nr 2: 287-300.
- World Health Organisation : *Figures and Facts about Suïcide*. WHO Geneve, 1999.
- Schudel WJ, Struben HWA, Vroom-Jongerden JM. Suïcidaal gedrag en etnisch-culturele afkomst. Den Haag 1987-1993. *Epidemiol Bul Grav* 1998; nr 4: 7-13.
- Schudel WJ, Struben HWA, Vroom-Jongerden JM. *Epidemiologie van parasuïcide in Den Haag*. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999; nr. 28: 1469-74.
- Farmer R, Rohde J. Effect of Availability and Acceptability of Lethal Instruments on Suïcide Mortality. *Acta Psychiat Scand* 1980; 62: 436-46.
- Low AA, Farmer RDT, Jones DR, Rohde JR. Suïcide in England and Wales: an Analysis of 100 Years, 1896-1975. *Psychological Medicine* 1981; 11: 359-68.

# De toekomst van de huisartsenzorg in Den Haag

## Glashelder of een glazen bol?

*B. J. C. Middelkoop*

De huisartsenzorg in Den Haag staat onder druk. Enerzijds voor de huisartsen zelf: vooral in de achterstandswijken ervaren zij een grote werkdruk door sociaal-demografische en culturele veranderingen in de patiëntenpopulatie en, daarmee samenhangend, door steeds complexere problematiek. Anderzijds voor de patiënten. De huisarts heeft het druk. En wanneer hij ermee stopt, wordt niet altijd een opvolger gevonden. In dit opzicht is Den Haag niet uniek. Op veel plaatsen in Nederland bestaat grote zorg over de vraag of de huisartsenzorg de komende jaren gegarandeerd kan worden.

De Provincie Zuid-Holland, de Districts Huisartsen Vereniging Den Haag e.o. (DHV), zorgverzekeraars Delta Lloyd en Azivo en de gemeente Den Haag (Bureau Public Health) hebben opdracht gegeven aan het Tympaan instituut<sup>1</sup> om onderzoek te doen naar de huidige en toekomstige capaciteit in de huisartsenzorg, gerelateerd aan demografische ontwikkelingen. Ook is gevraagd in kaart te brengen welke mogelijke oplossingsrichtingen er zijn voor de knelpunten die zich voordoen. Het Tympaan-onderzoek, uitgevoerd eind 2002, en hoofdzakelijk betaald door de Provincie Zuid-Holland, betrof Den Haag en de omliggende gemeenten (Leidschendam-Voorburg, Rijswijk en Wassenaar) (1). Dit artikel presenteert de belangrijkste cijfermatige bevindingen wat betreft de huidige en verwachte situatie in de gemeente Den Haag.

### Ervaren knelpunten en onderzoeksopdracht

De problemen in de eerstelijnszorg zijn niet louter kwantitatief: het gaat niet alleen om een tekort aan huisartsen. De vragen en problemen die patiënten op het spreekuur presenteren worden ook steeds complexer, en het is de vraag of de gangbare huisartsgeneeskundige zorg nog voldoende geschikt is om hier in alle gevallen antwoord op te bieden. De zorgverzekeraars en de gemeente Den Haag wijzen in dit verband op de bewerkelijkheid van zorgvragen, het soms oneigenlijke karakter van vragen die bij de huisarts worden neergelegd, de groeiende sociale complexiteit, tekortschietende zelfredzaamheid, veeleisend gedrag, groeiende culturele diversiteit en communicatieproblemen (2). Zij spreken zich uit voor nieuwe werkvormen en nieuwe werkwijzen, waarbij onder meer wordt gewezen op de mogelijkheden die multidisciplinaire samenwerkingsverbanden bieden.

In de onderzoeksopdracht aan het Tympaan Instituut werd daarom met nadruk gevraagd om aan te geven in hoeverre er in de regio Den Haag mogelijkheden bestaan om te komen tot uitbreiding van het aantal gezondheidscentra.<sup>2</sup>

De onderzoeksopdracht was dus tweeledig: zowel de vraag hoe het huisartsentekort zich kwantitatief ontwikkelt als de vraag welke mogelijkheden er bestaan om gezondheidscentra te ontwikkelen.

### Werkwijze

Het onderzoek startte met een literatuurstudie. Deze was enerzijds gericht op het in kaart brengen van de ideeën en opvattingen van de betrokken partijen: de lokale en landelijke huisartsenorganisaties, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, de zorgverzekeraars en de gemeente Den Haag. Wat zijn hun analyses van de huidige en de te verwachten problemen,

Over de auteur:

Barend Middelkoop, arts-epidemioloog en hoofd van de afdeling Epidemiologie, GGD, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Den Haag; voorzitter van de begeleidingscommissie van het Tympaan-onderzoek 'HOED- en GOED-vorming'.

<sup>1</sup> Het Tympaan Instituut is een in 1999 opgericht expertisecentrum op het terrein van onderzoek, advies en trainingen voor het zorgbeleid in Zuid-Holland.

<sup>2</sup> Er worden verschillende vormen van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden onderscheiden, aangeduid met termen als 'Gezondheidscentrum', 'Centrum voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' (CGM) en 'Gezondheidszorg Onder Eén Dak'(GOED). Uit oogpunt van leesbaarheid en gezien een zekere overlap tussen deze begrippen is in dit artikel gekozen voor één term: gezondheidscentrum.

**Tabel 1**

Profiel van de responderende huisartsen, in percentages.  
Totale regio Den Haag en buurgemeenten (n=223)

<b>Geslacht</b>	
Man / Vrouw	70 / 30 %
<b>Leeftijd</b>	
≤ 40 jaar	18
41-50 jaar	39
51-60 jaar	39
> 60 jaar	5
<b>Parttime (&lt; 4 dagen per week) / fulltime</b>	
Mannen	6 / 94 %
Vrouwen	50 / 50 %
<b>Praktijkomvang</b>	
≤ 2.350 patiënten	24
2.351-2.750 patiënten	44
2.751-3.150 patiënten	15
> 3.150 patiënten	16
<b>Praktijkvorm</b>	
Solo-praktijk	60
Duo-praktijk	21
Groepspraktijk / Gezondheidscentrum	19

wat zijn hun visies ten aanzien van wenselijke oplossingsrichtingen? Anderzijds verzamelde men in de literatuurstudie cijfers en prognoses omtrent het aantal aanwezige huisartsen, demografische ontwikkelingen en dergelijke.

Het tweede onderdeel van het onderzoek was een enquête die in het najaar van 2002 aan alle in de regio Den Haag gevestigde huisartsen werd gestuurd. De vragen in de enquête hadden betrekking op een aantal achtergrondgegevens zoals leeftijd en geslacht, praktijkomvang, praktijkvorm en omvang van eventueel parttime werken. Vervolgens werd gevraagd naar mogelijke voornemens om de praktijk te beëindigen, of om parttime te gaan werken, dan wel om juist de praktijk te vergroten. Apart werd gevraagd naar eventuele ideeën om in een 'HOED' (Huisartsen Onder Eén Dak, een monodisciplinaire samenwerkingsvorm met vele praktische voordelen boven een solo-prak-

tijk) dan wel in een gezondheidscentrum te gaan werken. Overige vragen in de enquête hadden betrekking op uiteenlopende zaken: plannen om met de praktijk te verhuizen; de mate waarin men geconsulteerd wordt over problematiek die bij andere hulpverleners dan de huisarts thuis hoort; en het percentage 'bijzondere' patiënten, d.w.z. patiënten waarop de zogeheten module achterstandswijken c.q. de module 65-plus van toepassing is, welke recht geven op extra financiering; etc.<sup>3</sup>

Zowel de onderzoeksopzet als de resultaten en aanbevelingen werden besproken in een begeleidingscommissie waarin de opdrachtgevers en het RPCP participeerden.

## De resultaten

### Profiel van de respondenten

Van de 287 benaderde huisartsen in de regio namen er 223 deel aan het onderzoek (78%). Van de 211 Haagse huisartsen deden er 161 mee (76%). Tabel 1 laat de verdeling zien van de respondenten in de regio (waaronder dus 161/223=72% gevestigd in Den Haag) naar leeftijd, geslacht, wel/niet parttime werkend, praktijkomvang en praktijkvorm. Een saillante bevinding is dat maar liefst 76% van de praktijken in onze regio groter is dan de landelijke normpraktijk van 2.350 patiënten. Opvallend is voorts het hoge percentage 50-plussers (ruim 43%). De vrouwen zijn gemiddeld jonger dan de mannen. Zo is slechts 18% van de vrouwelijke huisartsen ouder dan 50 jaar tegenover 54% van hun mannelijke collega's. Verder is interessant dat - in tegenstelling tot de situatie bij de mannen - de vrouwelijke huisartsen een duidelijke samenhang laten zien tussen de variabelen leeftijd en 'werkt minder dan vier dagen per week'<sup>4</sup>: in de leeftijdsgroep ouder dan 50 jaar werkt 20% parttime, in de leeftijdsgroep van 41-50 jaar 40%, terwijl in de leeftijdsgroep tot 40 jaar 80% van de vrouwelijke huisartsen minder dan vier dagen per week werkt. We zien dus in de jongere leeftijdsgroepen een oververtegenwoordiging van vrouwelijke huisartsen en tegelijk het hoogste percentage vrouwelijke huisartsen dat parttime werkt. Dit wijst op een tendens dat parttime werken sterk gaat toenemen.

Slechts 41 van de responderende huisartsen in de regio (19%) werken in een HOED of in een gezondheidscentrum. Tabel 2 laat zien dat 37 van deze 41

<sup>3</sup> Een derde studie-onderdeel bestond uit het enquêteren van sleutelfiguren uit betrokken organisaties over hun visies en meningen; hier wordt in het kader van dit artikel verder niet op ingegaan.

<sup>4</sup> In de praktijk blijkt dat huisartsen die vier dagen per week werken een zelfde praktijkomvang hebben als fulltime werkzame huisartsen. Daarom wordt pas van parttime werken gesproken indien de huisarts minder dan vier dagen per week werkt.

**Tabel 2***Praktijkvorm van de responderende huisartsen in Den Haag, absolute aantallen per stadsdeel (n=158)*

Stadsdeel	Solo-praktijk	Duo-praktijk	Groepspraktijk / Gezondheidscentrum
Centrum	16	3	12
Escamp	17	8	3
Haagse Hout	7	3	1
Laak	4	3	4
Loosduinen	6	4	9
Scheveningen	17	7	3
Segbroek	22	3	1
Ypenburg / Leidschenveen	-	1	4
Totaal Den Haag	89 (56%)	32 (20%)	37 (23%)

huisartsen in Den Haag gevestigd zijn en geeft verder de verdeling van de praktijkvormen per stadsdeel weer.

**Praktijkbeëindiging of -vermindering**

Op basis van de gegevens van de respondenten wordt het percentage huisartsen in de gemeente Den Haag dat parttime werkt, op 22 geschat. Afgaande op de antwoorden op de vraag of men in de toekomst parttime wil gaan werken, loopt dit percentage op tot 47% in 2007 en 62% in 2012.

Het percentage huisartsen in Den Haag dat de praktijk denkt te beëindigen vóór 2007 bedraagt 16, oplopend tot in totaal 50% verwachte praktijkbeëindiging

tussen 2002 en 2012. Volgens landelijke gegevens verwacht men dat tussen 2000 en 2010 circa eenderde van de huisartsen de praktijk neerlegt. De Haagse cijfers liggen hier dus duidelijk boven.

De overwegingen die huisartsen aanvoeren om de praktijk te beëindigen zijn bekend op het niveau van de gehele regio. In eenderde van de gevallen is pensionering de reden. In eenvierde van de gevallen wordt de te hoge werkdruk genoemd. Andere overwegingen zijn dat men 'wel eens iets anders wil', onvrede met de avond-, nacht- en weekend (ANW-)diensten, en irritatie over toenemende bureaucratie en/of onvoldoende steun van de zijde van verzekeraars, overheid en beroepsorganisatie.

**Tabel 3***Aanwezige en benodigde aantallen Haagse huisartsen, uitgedrukt als fulltime werkzame huisartsen (fth), 2003 en prognose 2010, naar stadsdeel.<sup>5</sup>*

Stadsdeel	Aanwezig	Volgens model	Berekend	Prognose	Volgens model	Berekend
	aantal	benodigd	tekort	aanwezig	benodigd	tekort
	fth, 2003	aantal fth, 2003	fth, 2003	aantal fth, 2010	aantal fth, 2010	fth, 2010
Centrum	36	42	6	37	42	5
Escamp	34	44	10	35	50	15
Haagse Hout	17	15	- 2	18	15	- 3
Laak	9	16	7	9	16	7
Loosduinen	17	20	3	18	21	3
Scheveningen	32	25	- 7	33	25	- 8
Segbroek	30	25	- 5	31	24	- 6
Ypenburg / Leidschenveen	9	11	2	9	18	9
Totaal Den Haag	184	199	15	190	211	21

<sup>5</sup> Het aanwezige aantal fulltime huisartsen is berekend op basis van de opgave van de DHV, vermenigvuldigd met de landelijk gehanteerde deeltijdfactor van 0,87. Het benodigde aantal is berekend door de (verwachte) bevolkingsaantallen te delen door de omvang van een normpraktijk (2.350 patiënten).

### Kwantitatieve ontwikkeling huisartsentekort in Den Haag

De kwantitatieve schattingen in het onderzoek zijn gebaseerd op:

- de bevolkingsaantallen;
- de landelijke norm van 2.350 patiënten per full time huisarts (fth); en
- de landelijke schatting dat de huisartsen gemiddeld genomen 0,87 werken (de 'deeltijdfactor').

Hiervan uitgaande heeft Den Haag in 2003 een tekort van 15 huisartsen, ofwel een 'onvervulde vraag' van 8% (tabel 3). Het aldus berekende tekort is niet gelijkmatig over de stad verdeeld. Per stadsdeel bekeken varieert het van een overschot van 7 fth in Scheveningen tot een tekort van 10 in Escamp (inclusief Wateringseveld). Op wijkniveau zijn de tekorten in absolute aantallen het grootst in het Laakkwartier (7 fth), Schilderswijk (7 fth) en Transvaal (inclusief Groente- en Fruitmarkt; 6 fth).

Bij deze cijfers op stadsdeelniveau, en zeker wanneer we kijken op wijkniveau, dient men te bedenken dat de berekeningen gebaseerd zijn op bewonersaantallen en gevestigde huisartsen in het desbetreffende gebied. Er is dus geen rekening gehouden met het verschijnsel dat patiënten in dit opzicht grenzen overschrijden. Dit doet zich in Den Haag veelvuldig voor, zeker (maar niet alleen) bij huisartsen die hun praktijk hebben in de nabijheid van een wijkgrens. Bovendien is voor de bepaling van het praktijkadres uitgegaan van de postcode van de praktijk, zoals door de huisarts ingevuld op het enquêteformulier. In Den Haag heeft een aantal huisartsen meerdere praktijkadressen, en het is niet altijd bekend hoe men bij het invullen van het formulier met dit gegeven is omgegaan: er was slechts plaats voor één postcode op het formulier. Dit vraagt wederom om de nodige voorzichtigheid bij het interpreteren van gegevens op wijkniveau.

Een laatste kanttekening betreft het gegeven dat uit eerder onderzoek bekend is dat de gemiddelde praktijkgrootte in Den Haag zeer ruim ligt boven de landelijke norm van 2.350 patiënten (3). Op dit aspect wordt later in dit artikel teruggekomen.

De onderzoekers hebben een schatting gemaakt hoe het tekort zich zal ontwikkelen, zowel voor de gemeente Den Haag als voor de afzonderlijke stadsdelen. Er zijn geen tekorten berekend op wijkniveau, en de onderzoekers hebben niet verder willen kijken dan 2010, omdat dergelijke middellange termijn prognoses veel onnauwkeurigheid kennen, zeker op wijkniveau. Men is uitgegaan van dezelfde veronderstellingen als hierboven. Wel heeft men aangenomen dat het

parttime werken zal toenemen, en de deeltijdfactor dus zal dalen. Dit komt naar voren uit landelijk onderzoek, terwijl ook het onderhavige Haagse onderzoek juist aangeeft dat het aantal parttimers gaat stijgen (zie subparagraaf 'Praktijkbeëindiging of -vermindering'). Voorts is men ervan uitgegaan dat de huisarts gemiddeld op 59-jarige leeftijd de praktijk neerlegt. Voor de instroom van huisartsen is dit onderzoek uitgegaan van de landelijke verwachting van een toename van 7% tot 2010, die echter slechts resulteert in een toename in fth van 3% als gevolg van de ontwikkelingen op het gebied van deeltijdwerken.

Aldus rekenend verwachten de onderzoekers in 2010 een tekort van 21 fth in Den Haag, variërend van een overschot van 8 fth in Scheveningen tot een tekort van 15 fth in Escamp. In Ypenburg / Leidschenveen lijkt een tekort te komen van 9 fth, in Laak van 7 fth (tabel 3). Het globale beeld is dat in de meer welgestelde wijken geen huisartsentekort bestaat (veeleer een overschot) en dat het tekort het meest nijpend is in de achterstandswijken. Ander punt van aandacht wordt gevormd door de VINEX-lokaties.

### Knelpunten bij ontwikkeling HOED-en en gezondheidscentra

Anno 2002 waren van de Haagse responderende huisartsen 43 (dat is 36% van degenen die nu werken als solist of in een duo-praktijk) betrokken bij een initiatief voor een HOED, waarvan 15 in stadsdeel Scheveningen en 11 in Escamp. In Laak betreft het geen enkele huisarts en in heel stadsdeel Centrum slechts drie (tabel 4).

Van alle responderende huisartsen blijkt 28% ooit te hebben deelgenomen aan een mislukt initiatief tot HOED-vorming. Hiervan wijt de helft de mislukking aan financiële problemen; 38% van deze groep noemt als oorzaak van het mislukken de gebrekkige samenwerking met de gemeente bij het vinden van een geschikte lokatie.

Van de Haagse respondenten overwegen 16 huisartsen deelname in een gezondheidscentrum; 14 zijn daadwerkelijk bij een initiatief betrokken. Er zijn echter aanzienlijk meer huisartsen die mee zouden willen denken over een gezondheidscentrum indien aan de daarvoor noodzakelijke voorwaarden kan worden voldaan: 38, tamelijk gelijk verdeeld over de stadsdelen (uitgezonderd Laak en Loosduinen, waar weinig belangstelling blijkt te bestaan). Tabel 4 geeft de situatie beknopt weer.

Tabel 4

Aantallen potentieel deelnemende Haagse huisartsen voor HOED-en en gezondheidscentra, naar stadsdeel

Stadsdeel (met aantal huisartsen volgens DHV-opgave)	Aantal huisartsen dat deelneemt aan een initiatief voor een HOED	Aantal huisartsen dat deelname aan een HOED overweegt	Aantal huisartsen dat deelneemt aan een initiatief voor een gezondheidscentrum	Aantal huisartsen dat deelname aan een gezondheidscentrum overweegt	Aantal huisartsen dat onder voorwaarden wil deelnemen aan een gezondheidscentrum
Centrum (41)	3	4	1	1	6
Escamp (39)	11	13	2	4	6
Haagse Hout (20)	5	5	3	3	6
Laak (10)	0	1	0	1	2
Loosduinen (20)	2	3	1	1	1
Scheveningen (37)	15	9	5	4	8
Segbroek (34)	7	10	1	2	8
Ypenburg / Leidschenveen (10)	0	0	1	0	1
Totaal Den Haag (211)	43	45	14	16	38

Door een vergelijking van de antwoorden van respondenten die nu in een gezondheidscentrum werken met antwoorden van respondenten die bij initiatieven zijn betrokken en/of in principe geïnteresseerd zijn, ontstaat de indruk dat de belemmeringen voor een flink deel liggen in het traject om tot een gezondheidscentrum te komen. De huisartsen die al in een gezondheidscentrum werken, ondervinden de problemen niet (meer) die huisartsen noemen die in een beginfase zitten.

Van de 15 huisartsen (14 in Den Haag, één in Voorburg) die betrokken zijn bij een initiatief voor een gezondheidscentrum, geven 11 financiële problemen aan en ondervinden zeven problemen in de samenwerking met de gemeente.

#### Glashelder of glazen bol?

Niets is zo moeilijk voorspelbaar als de toekomst, maar het jaar 2003 ligt inmiddels al weer achter ons. Dat maakt het mogelijk om na te gaan of de in dit onderzoek berekende tekorten daadwerkelijk zichtbaar waren in 2003. Waren er veel patiënten in Den Haag die niet ingeschreven stonden bij een huisarts? Hadden alle of vrijwel alle huisartsen hun praktijk gesloten voor nieuwe patiënten? Zaten praktijken van zich nieuw vestigende huisartsen binnen de kortste keren vol?

Navraag bij de Districts Huisartsen Vereniging leert dat dit allemaal nogal meeviel. Bij de twee belangrijkste verzekeraars, Delta Lloyd en Azivo, stonden 2.000 personen ingeschreven die geen eigen huisarts had-

den; te weinig om zelfs maar één nieuwe huisartspraktijk te vullen. En een huisarts die zich nieuw had gevestigd kreeg niet een enorme toestroom van patiënten. Deze gegevens dwingen tot grote terughoudendheid bij de interpretatie van de onderzoeksgegevens. Blijkbaar lossen de Haagse huisartsen voorsnog het kwantitatieve probleem op door hun praktijkomvang te vergroten. Hoe lang deze situatie zo zal blijven bestaan is uiteraard onzeker; de resultaten van dit onderzoek (bijvoorbeeld wat betreft de wensen om op termijn parttime te gaan werken of de praktijk te beëindigen) geven aanleiding te veronderstellen dat vroeg of laat de rek er uit zal zijn. Weliswaar is het te vroeg om alarm te slaan, maar er is zeker reden om de vinger goed aan de pols te houden.

#### Aanbevelingen van het onderzoek

Het onderzoek leidde tot een aantal conclusies en aanbevelingen. Deze hebben betrekking op gewenste organisatorische structuren om het gewenste beleid te kunnen ontwikkelen (regiegroep, kerngroep, projectgroepen), monitoring van de situatie en de noodzaak van visie- en beleidsontwikkeling. Daarnaast geeft het onderzoek enkele praktische aanbevelingen, waarvan de belangrijkste hierna worden weergegeven.

1. Bij de oudere huisartsen, een vrij hoog percentage, is het weinig reëel om te verwachten dat zij nog sterk van praktijkvorm zullen veranderen. Sommigen zullen misschien geïnteresseerd kunnen raken in een HOED, zeker wanneer dat betekent dat in sommige opzichten de ervaren werkdruk vermindert en/of de

aanwezigheid van collega-huisartsen de draagkracht positief beïnvloedt. Soms ook is deelname aan een HOED een brug te ver en zou men ermee moeten volstaan de voorwaarden voor deze huisartsen zodanig te maken dat zij het langer kunnen volhouden. Als het zou lukken om de gemiddelde leeftijd waarop de Haagse huisarts de praktijk neerlegt, met één jaar te verhogen, zou al een flink deel van het kwantitatieve probleem kunnen worden opgelost.

De stadsdelen Haagse Hout en Scheveningen moeten in dit verband apart worden vermeld, omdat zij een wel zeer hoog percentage oudere huisartsen kennen.

2. Ook indien een oudere huisarts als solist blijft werken, kan men anticiperen op de situatie na pensionering. Bepaalde veranderingen kunnen de praktijk aantrekkelijker maken om te worden overgenomen.

Hieronder valt ook de voorbereiding op een verandering van praktijkvorm in de richting van een multidisciplinair samenwerkingsverband.

3. Relatief veel huisartsen overwegen om met hun praktijk te verhuizen. Hierop kan worden ingespeeld indien men hen wil betrekken bij een initiatief voor een HOED of een gezondheidscentrum.

4. Huisartsen die geïnteresseerd zijn in een initiatief voor een HOED, moeten hierin worden gestimuleerd. Verzekeraars en gemeente kunnen iets betekenen in de sfeer van financiën en/of het realiseren van een geschikte lokatie. Weliswaar biedt een HOED een beperkter antwoord op de geconstateerde knelpunten dan een gezondheidscentrum, maar daar staat tegenover dat een HOED voordelen heeft boven een solo-praktijk. Bovendien biedt een HOED vaak een goed uitgangspunt om eventueel te worden omgebouwd tot een gezondheidscentrum.

5. Het is duidelijk dat gezondheidscentra de meeste voordelen bieden, wanneer men terugkijkt naar de knelpunten die aan het begin van dit artikel werden beschreven. Immers, voor een huisarts in een gezondheidscentrum is het veel gemakkelijker om patiënten door te verwijzen naar een andere hulpverlener, indien het gepresenteerde probleem niet, of maar zeer ten dele, op het terrein van de huisartsgeneeskunde ligt. Ook bieden gezondheidscentra betere mogelijkheden voor multidisciplinaire samenwerking, wat in een aantal gevallen een adequaat antwoord kan bieden op complexe zorgvragen.

Wederom kunnen verzekeraars en gemeente iets betekenen op het gebied van financiën en/of lokatie.

Vooral vele zich nog te vestigen huisartsen hebben volgens eerder verricht onderzoek, een sterke voorkeur om zich te vestigen in een gezondheidscentrum.

## Slot

Het onderzoek heeft laten zien dat er de nodige discrepantie bestaat tussen gewenst beleid en praktische mogelijkheden. De gemeente Den Haag en de zorgverzekeraars hebben elkaar inmiddels gevonden in een gemeenschappelijk visiedocument (2). Op basis hiervan en mede gevoed door de informatie uit dit onderzoek, werken deze partijen verder aan de ontwikkeling van wat men is gaan noemen 'een toekomstbestendige eerstelijnszorg'. Een voorttrekkersrol wordt in dit verband gespeeld door Bureau Public Health van de gemeente, samen met ontwikkelingsorganisatie STIOM. Op de in dit kader ontwikkelde activiteiten zal in latere edities van dit bulletin worden teruggekeken.

Het volledige rapport kan men opvragen bij het Tympaan Instituut, Deernsstraat 1, 2273 VC Voorburg, tel. 070 - 337 1000, e-mail info@tympaan.nl. Het rapport kost € 20,70; bestellen o.v.v. nummer 0080.

## Literatuur

1. Hijnekamp-Van Tiel MJG, Sluijs LM, Ligtvoet-Janssen MGA. HOED- en GOED-vorming. Onderzoek naar de mogelijkheden van optimalisering van de huisartsen- en eerstelijnszorg in de regio Den Haag. Voorburg: Tympaan Instituut 2003.
2. Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Modernisering eerstelijnszorg in Den Haag. Een visiedocument van de gemeente Den Haag en de zorgverzekeraars Delta Lloyd/Ohra en Azivo. Den Haag 2003.
3. Bureau Obelon. Huisartsenzorg in beweging. Rotterdam: Bureau Obelon 1999.

De redactie van het Epidemiologisch Bulletin heeft redactielid en huisarts B.J.M. Potemans gevraagd te reageren op bovenstaand artikel. Hieronder zijn reactie. Graag vernemen wij nog meer geluiden uit de hoek van de huisartsen.

## Svp meer faciliteiten voor multidisciplinaire samenwerking

Toekomst voorspellen is altijd een hachelijke onderneming. Dit onderzoek geeft een prognose betreffende de uitstroom van huisartsen. Vast staat dat Den Haag meer oudere huisartsen telt. Hierdoor zal de uitstroom in Den Haag sneller voelbaar worden. Even



belangrijk is echter de instroom van nieuwe huisartsen. Hierover geeft dit onderzoek geen uitsluitsel. Pas afgestudeerde huisartsen en huisartsen in opleiding geven massaal aan parttime te willen werken. Een kleine minderheid van hen kiest voor het zelfstandig ondernemerschap. Mijn conclusie is dat de Haagse huisartsenzorg het volgende decennium een drastische reorganisatie behoeft. Immers, op korte termijn dreigt de huisarts uit de op zich al kwetsbare achterstandsgedebieden te verdwijnen.

Multidisciplinaire centra lijken mij het beste concept, mits er een efficiencyslag kan worden gemaakt. Nu bestaan er nog teveel schotten in de zorg, met onnodige vertragingen en dubbel werk.

In de praktijk loopt men echter tegen een aantal problemen aan:

- geschikte panden of lokaties zijn amper te vinden en/of de kosten voor huur of aanbouw zijn nauwelijks op te brengen.

- Huidige praktijklokaties moeten worden ontmanteld, met kapitaalvernietiging tot gevolg.

- Samenwerken op grote schaal vraagt meer tijd voor overleg, wat leidt tot hogere overheadkosten. Vele zittende huisartsen willen mede daarom ook liever op de oude vertrouwde manier doorgaan tot hun pensioen.

- De Districts Huisartsen Vereniging Den Haag heeft de afgelopen jaren expertise verworven op dit terrein. Voorbeelden zijn de Rubenshoek en de Piuskerk. Deze kennis dreigt echter verloren te gaan door de gedwongen ontslagen van het personeel op 1 juli 2004.

Er zal hoe dan ook een oplossing moeten worden gezocht worden om bestaande problemen te tackelen. Hierin zal de gemeente haar rol moeten vervullen.

Essentieel is het aanwijzen van geschikte panden of lokaties in elke wijk voor gezondheidscentra (bestemmingsplannen!). Vervolgens moeten de huisvestingskosten binnen de perken blijven. Momenteel behandelt men huisartsen en andere zorgverleners nog als commerciële instellingen, met bijbehorende hoge huur- en aankooprijzen. Zorgverzekeraars zullen ongetwijfeld ook over de brug moeten komen om dit alles financieel en organisatorisch (regelgeving) mogelijk te maken. Dan zijn er vast wel voldoende ondernemende huisartsen, waaronder ondergetekende, te vinden die hun steentje willen bijdragen.

*B. J. M. Potemans, huisarts*

# Vangnet 0-6: maatwerk in opsporing

N. Schaap

De Jeugdgezondheidszorg 0-6-jarigen houdt zich onder andere bezig met voorlichting over verzorging, voeding en opvoeding, en geeft adviezen gericht op de ontwikkeling en groei van het kind (individueel belang). Zo kunnen eventuele afwijkingen of stoornissen in een vroeg stadium worden gesignaleerd. Daarnaast worden de kinderen op het consultatiebureau ingeënt tegen de belangrijkste infectieziekten (collectief belang). De consultatiebureaus in Nederland halen een opkomst van 97%.

Vangnet 0-6 is een initiatief van Thuiszorg Den Haag, naar aanleiding van ervaringen van consultatiebureaus dat sommige ouders niet (meer) met hun kinderen op het bureau komen en vervolgens ook niet (meer) kunnen worden bereikt. Om te voorkomen dat deze kinderen verstoken blijven van de noodzakelijke zorg is in oktober 2002 Vangnet 0-6 van start gegaan. Vangnet 0-6 werkt aanvullend op de Jeugdgezondheidszorg voor de leeftijdsgroep van 0-6 jaar. De 0-4-jarigen vallen onder de zorg van de consultatiebureaus van Thuiszorg Den Haag, de 4-6-jarigen onder de zorg van de afdeling Jeugdgezondheidszorg van de GGD Den Haag. Vangnet 0-6 wordt ingeschakeld nadat binnen de JGZ de vastgestelde acties zijn ondernomen om gezinnen te bereiken of te motiveren. Vangnet 0-6 wordt voornamelijk ingezet om ouders op te sporen en ertoe te bewegen contact te houden met de Jeugdgezondheidszorg. Voorzover er geen andere instanties met het gezin of kind bezig zijn kan Vangnet 0-6 ook hulp bieden bij het zoeken van passende zorg of het verhelderen van problemen.

**Hieronder het relaas van een jaar maatwerk in opsporing.**

In alle stadsdelen van Den Haag zijn consultatiebureaus gevestigd (dertien in totaal). Als regel worden de bureaus via de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) geïnformeerd over de kinderen die in hun werkgebied in Den Haag worden geboren of komen wonen. Daarnaast meldt het ziekenhuis kinderen aan of komen ouders zelf spontaan (zonder oproep) aan de balie van het consultatiebureau. Tegenwoordig kunnen ouders kiezen voor een op hun behoeften afgestemd zorgpakket met een bijbehorend oproep-

schema. Het zorgaanbod omvat minimaal dertien tot maximaal negentien contactmomenten (waaronder zes voor vaccinaties). Ouders bevestigen dit zorgaanbod door middel van ondertekening. Het consultatiebureau draagt het gezondheidsdossier over aan de GGD als het kind 4 jaar en 3 maanden oud is.

Dan neemt de afdeling Jeugdgezondheidszorg 4-6 het over. De afdeling Jeugdgezondheidszorg van de GGD Den Haag heeft vijf rayonkantoren waar kinderen vanaf het moment dat ze naar de basisschool gaan kunnen deelnemen aan het onderzoeksprogramma van de Jeugdgezondheidszorg. Dit programma voor 4-19-jarigen sluit aan bij het onderzoek van het consultatiebureau. De eerste oproep voor een onderzoek door de jeugdarts komt als het kind 5 jaar is. Kinderen over wie het consultatiebureau zich zorgen maakt worden door middel van een speciaal overdrachtsformulier aan de GGD overgedragen en al met 4,5 jaar opgeroepen (onderzoek op indicatie).

Zo hoort het te gaan maar zo gaat het dus niet altijd.

## Aanmeldingsvoorwaarden

Vangnet 0-6 wordt ingeschakeld nadat de reguliere zorg een aantal vergeefse pogingen heeft gedaan om het gezin te bereiken of te motiveren. Het aantal pogingen verschilt per gezin maar in principe is er drie keer actie ondernomen zonder resultaat, voordat het gezin wordt aangemeld bij Vangnet 0-6. Het uitblijven van resultaat kan komen doordat er niet wordt gereageerd op oproepen van de Jeugdgezondheidszorg (zorgmijdend gedrag), doordat gezinnen zonder bericht zijn verhuisd, doordat een geboorte niet is aangegeven bij de gemeente, door illegaliteit, etc. Het gezin/kind wordt door de verpleegkundige aangemeld met een formulier dat speciaal door Vangnet 0-6 is ontwikkeld. Er vindt geen dossieroverdracht plaats. Vangnet 0-6 neemt vervolgens contact op met de jeugdverpleegkundige om eventuele problematiek of achtergronden van het gezin te bespreken.

## Inspanningen Vangnet 0-6

Hierna raadpleegt Vangnet allereerst gegevensbestanden, zoals het Thuiszorg Informatie Systeem (TIS), de Centrale Ondersteuning en Dossierbehandeling

Over de auteur:

drs. N. Schaap, Spaans letterkundige en psycholoog in opleiding, werkzaam bij Vangnet 0-6, Thuiszorg Den Haag.

(COD), het GBA, en de CD-foongids. Als dit geen resultaat oplevert zoekt Vangnet contact met de huisarts, de scholen en/of andere instanties die eventueel bemoeienis hebben of bekend zijn met het gezin, zoals Medisch Opvang Asielzoekers (MOA), de Jeugdzorg, de Vreemdelingendienst, etc. In het contact met andere instanties wordt expliciet rekening gehouden met de privacywetgeving, zonder het belang van het kind uit het oog te verliezen. Medische of psychosociale gegevens over het kind /gezin worden niet uitgewisseld.

Vangnet begeleidt de gezinnen terug naar de JGZ of traceert hen buiten Den Haag (tot aan de landsgrens) tot er zekerheid bestaat dat het kind daar in zorg is of komt. Daardoor wordt voorkomen dat situaties uit de hand lopen omdat niemand zicht heeft op een gezin. Nadat een aanmelding is afgerond en terugverwezen naar de Jeugdgezondheidszorg, bewaakt de jeugdverpleegkundige van het bureau of het rayon weer de voortgang.

Van oktober 2002 tot begin maart 2004 zijn er 500 gezinnen aangemeld waarvan er op dat moment nog 45 in behandeling waren.

#### Kenmerken zorgpopulatie 2003

In de periode januari - december 2003 zijn er in totaal 323 aanmeldingen binnengekomen, variërend van vijftien tot ruim veertig aanmeldingen per maand. Gedurende de zomermaanden waren er minder aanmeldingen. In dit artikel worden uitsluitend die aanmeldingen beschreven die zijn afgerond, dit betreft 281 aanmeldingen (waaronder één aanmelding van de afdeling Jeugdgezondheidszorg van de GGD, die bij de presentatie van de resultaten buiten beschouwing wordt gelaten). De aanmeldingen hebben steeds betrekking op een gezin en kunnen dus verschillende kinderen omvatten. Bij de afsluiting van 2003 bleken nog 42 (13%) casussen in behandeling.

De 280 afgesloten casussen van de consultatiebureaus betroffen in bijna driekwart van de gevallen niet-traceerbare gezinnen; voor een kwart waren het gezinnen die niet reageerden op eerdere oproepen en als zorgmijddend konden worden omschreven. Van de 280 aanmeldingen die Vangnet 0-6 heeft opgelost ging het in 85% van de aanmeldingen om één kind, in 14% om twee kinderen en in 1% om drie kinderen binnen één

**Tabel 1**

*Aantal 0-4-jarige kinderen dat een consultatiebureau in een wijk heeft bezocht en het aantal (en percentage) gezinnen dat door het bureau is aangemeld bij Vangnet 0-6. Den Haag, 2003.*

Wijk waar het consultatiebureau zich bevindt	Aantal kinderen <sup>1</sup>	Aantal aanmeldingen Vangnet 0-6	%	Achterstandscore wijk
Morgenstond (Orveltestr.)	3.010	71	2,4	gemiddeld
Schildersbuurt (Koningsstr.)	1.796	30	1,7	grote achterstand
Schildersbuurt (Van der Neerstr.)	2.833	44	1,5	grote achterstand
Valkenboskwartier (Weimarstr.)	1.319	19	1,4	achterstand
Spoorwijk (Peilstraat)	795	10	1,3	achterstand
Waldeck (Strausslaan)	1.473	18	1,2	bovengemiddeld
Laakkwartier (Van Zeggelenlaan)	1.583	17	1,1	achterstand
Bomen- en Bloemenbuurt (Hanenburglaan)	1.320	11	0,8	bovengemiddeld
Leyenburg (Hoogkarspelstr.)	1.906	12	0,6	bovengemiddeld
Zeeheldenkwartier (Witte de Withstraat)	1.227	6	0,5	gemiddeld
Scheveningen (Duinstraat)	1.916	9	0,5	gemiddeld
Wateringse veld	936	3	0,3	bovengemiddeld
Bezuidenhout (Haagsche Hout)	1.815	5	0,3	gemiddeld
Overig <sup>2</sup>	-	25	-	
Totaal/gemiddeld	21929	280	1,27	

<sup>1</sup> Gemiddeld aantal kinderen over 2003.

<sup>2</sup> Archief van de Thuiszorg (7,9%) (als dossiers binnenkomen zonder adres in Den Haag); Vangnet Zoetermeer (0,7%) en Leidschenveen (0,4%).

gezin; in totaal had Vangnet 0-6 te maken met 325 kinderen in de leeftijd van nul tot vier jaar.

#### Consultatiebureau van aanmelding

In tabel 1 staat per wijk waar het consultatiebureau is gevestigd, het aantal kinderen dat dit bureau in 2003 heeft bezocht, en het aantal aanmeldingen bij Vangnet 0-6. De consultatiebureaus aan de Van der Neerstraat en de Orveltestraat hebben de grootste caseload. Zij hebben samen met het bureau in de Koningsstraat zowel in absolute als in relatieve zin in 2003 ook de meeste gezinnen aangemeld bij Vangnet 0-6. Wanneer we het aantal geconsulteerde kinderen in aanmerking nemen, zien we dat de bureaus in de wijken Scheveningen, Wateringse veld en Bezuidenhout de minste meldingen hebben gedaan. De wijkpercentages laten echter geen bijzonder grote spreiding zien. Ook de (relatieve) achterstandscores van de wijk (laatste kolom in tabel) geven niet een consequent scherp onderscheiden beeld en moeten bovendien uitsluitend als een indicatie worden gezien omdat de grenzen van de wijk waar het consultatiebureau ligt, en waarop de achterstandscore is gebaseerd, niet parallel lopen aan de grenzen van het verzorgingsgebied van een consultatiebureau. Wel zien we met uitzondering van het consultatiebureau in Morgenstond dat (relatief) de meeste meldingen komen uit wijken met (grote) achterstand.

#### Ouders (on)bekend

Van 99 aanmeldingen (35%) is de correcte naam, geboortedatum en etnische herkomst van de moeder (en vader) onbekend gebleven. Deze gezinnen waren niet eerder op het consultatiebureau geweest en waren daar aangemeld op bijvoorbeeld een van de volgende manieren:

- geboorten waarbij het GBA het consultatiebureau geen informatie over de ouders leverde;
- pasgeborenen die door het ziekenhuis waren aangemeld bij het consultatiebureau.

In deze laatste situatie ging het in een aantal gevallen om bevallingen die in het MCH Westeinde hadden plaatsgevonden na een ongecontroleerde zwangerschap (een zwangerschap zonder verloskundige of gynaecologische zorg) en waarbij het kind op medische indicatie werd doorverwezen naar het consultatiebureau. Alleen de naam en de geboortedatum van het kind waren bekend, niet die van de ouders. Wanneer Vangnet 0-6 navraag deed in het ziekenhuis naar het aldaar opgegeven adres bleek regelmatig dat het gezin op dat adres niet bekend was. Waarschijnlijk betrof het hier illegaal verblijvende moeders. Het mag

**Tabel 2**

*Etnische herkomst van de bij Vangnet 0-6 aangemelde gezinnen. Den Haag, 2003.*

Land van herkomst	Aantal	%
Nederland	61	33,7
Afrika	27	14,9
Caribisch gebied (w.o. Antillen)	18	9,9
Marokko	13	7,2
Turkije	13	7,2
Suriname	12	6,6
Europa	9	5,0
Zuid-Amerika	8	4,4
Azië	6	3,3
Midden-Oosten	5	2,8
Irak	5	2,8
Oost-Europa/ Rusland	4	2,2
Totaal	181	100

duidelijk zijn dat zij er belang bij hebben om meteen bij een bevalling informatie te krijgen over de gratis zorg op het consultatiebureau, met de daaraan verbonden privacybescherming.

#### Land van herkomst van de ouders

Van 181 gezinnen (65%) kon de etnische herkomst worden vastgesteld. Indien deze tussen de ouders verschilde is de herkomst van de moeder doorslaggevend geweest. De meeste aanmeldingen betroffen kinderen van ouders met een niet-Nederlandse afkomst: tweederde is niet-Nederlands. Uit de aangeleverde gegevens van de Nederlandse groep bleek dat het in meerderheid sociaal zwakkere gezinnen betrof. Onder de niet-Nederlandse kinderen zien we een grote diversiteit van landen en werelddelen (tabel 2).

Bij ten minste 27 aanmeldingen ging het om Afrikaanse gezinnen. Dit waren vooral Somaliërs en Ghanaese. De Somalische gezinnen bleken vaak zonder bericht naar het buitenland (vooral Engeland) vertrokken. In de Ghanaese gezinnen viel op dat kinderen vaak bij familie waren achtergelaten en dat de moeder werkte of tijdelijk terug was naar Ghana. De illegale status van de moeder en/of het gezin kan hier verantwoordelijk voor zijn geweest. Aanmelding bij Vangnet 0-6 blijkt dikwijls samen te hangen met het ontbreken van een verblijfstatus van het gezin, waardoor ze regelmatig verhuizen, weer vertrekken of onderduiken.

Onder de Aziaten bleken met name de Chinese gezinnen moeilijk te traceren. Zelfs als het adres bekend was waar het gezin woonde, bleek het nog heel moei-

lijk om ze ook feitelijk te bereiken. Dit ondanks herhaalde huisbezoeken en brieven met oproepen.

#### Problematiek binnen het aangemelde gezin

Bij 165 aangemelde gezinnen (59%) was er geen problematiek of zorgwekkende situatie binnen het gezin bekend (noch bij aanmelding, noch na bemoeienis van Vangnet 0-6). Bij de overige 115 gezinnen was Vangnet 0-6 bekend met één of meer probleemsituaties binnen het gezin (totaal 190 probleemsituaties). In 76 probleemsituaties (40%) betrof dit het niet (meer) verschijnen van het gezin op het consultatiebureau. Dit leidde tot de zorg dat de vaccinaties niet op tijd gegeven konden worden en de reguliere medische controles niet konden worden uitgevoerd. Eventuele achterliggende problematiek bleef daarbij in de meeste gevallen onontdekt.

Bij 11 (andere) kinderen (6%) was sprake van een ontwikkelingsachterstand. Drie kinderen hadden gedragsproblemen. Ten slotte baarde het ontbreken van reguliere verzorging van een kind en zelfs verwaarlozing in een enkel geval de verpleegkundige zorgen.

De (leef)situatie van de ouder(s) gaf ook geregeld aanleiding tot zorg. In 20 gezinnen (10%) speelden relatieproblemen. In gelijke mate was sprake van psychische/psychiatrische problematiek bij (één van) de ouder(s). Vanzelfsprekend is een onzekere verblijfstatus ongunstig voor het kind. Dat deed zich in 17 van de 190 probleemsituaties voor (9%). Hetzelfde geldt voor slechte huisvesting en financiële zorgen, in 14 gevallen (7%) was hiervan sprake. Verder werd Vangnet geconfronteerd met ernstige problematiek in de zin van (seksueel) geweld (8 keer), verslaving (7 maal) en onder toezicht stelling dan wel bemoeienis van de Raad voor de Kinderbescherming (samen 7 maal). Van prostitutie (3 maal) en detentie (3 maal) was sprake in enkele gevallen.

#### Afronding melding

Bijna de helft van de aanmeldingen kon binnen een week door Vangnet 0-6 worden opgelost en afgehandeld. Zeker een kwart van de aanmeldingen daarentegen stond meer dan vier weken uit bij Vangnet 0-6. Dit waren voor het merendeel de niet- of moeilijk op te sporen gezinnen zonder verblijfsvergunning of kans op een verblijfsvergunning. In vier gevallen kon Vangnet 0-6 de situatie niet verhelderen en bleef de melding onopgelost.

Er is een afspraak gemaakt met het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) dat Vangnet 0-6 bij onopgeloste zaken de afweging maakt of er sprake kan

zijn van zorgwekkende omstandigheden binnen een gezin. Wanneer dit het geval is wordt het gezin aangemeld bij het AMK. Het AMK meldt dit vervolgens bij de Raad van de Kinderbescherming als zij het gezin evenmin kunnen traceren en ze de omstandigheden zorgwekkend genoeg vinden. De Raad kan dan het gezin aanmelden bij de politie voor officiële opsporing.

Tot slot geven we een opsomming van de geregistreerde redenen van uitschrijving van de 280 afgeronde aanmeldingen

Binnen Den Haag	Aantal	%
Gezin bereikbaar gemaakt:	44	15,7
Zorgmijndend gedrag opgelost:	36	12,9
Adres kunnen traceren:	30	10,7
Zorg op ander consultatiebureau in Den Haag:	23	8,2
Consultatiebureau krijgt zelf nieuwe gegevens:	19	6,8
Verhuizing binnen Den Haag:	18	6,4
Administratieve fout:	7	2,5
Verhuizing naar Vinexlokatie*:	7	2,5
Niet te traceren na 3 mnd.:	4	1,4
Verhuizing + zorgmijndend:	2	0,7
In zorg bij HA/Ziekenhuis:	1	0,4
Buiten Den Haag		
Verhuizing binnen Nederland:	49	17,5
Terug naar land van herkomst:	23	8,2
Verhuizing buiten Nederland:	12	4,3
Vertrokken met onbekende bestemming:	4	1,4
Tijdelijk in het buitenland:	1	0,4

\* Stadsdeel Leidschenveen/Ypenburg valt onder Maatzorg.

In het geval van uitkomsten als 'Verhuizing binnen Den Haag', 'Verhuizing binnen Nederland' en 'Verhuizing naar Vinex-lokatie' werd altijd gecontroleerd of het gezin ter plekke in zorg was bij het consultatiebureau aldaar. En mocht er speciale aandacht nodig zijn dan werd dit gemeld.

#### Ervaringen tot nu toe

Vangnet 0-6 voorziet in een behoefte en blijkt in staat om kinderen waar de Jeugdgezondheidszorg het zicht op kwijt is geraakt in vrij korte tijd te traceren. In het kader van het individueel belang van het kind kan worden geconcludeerd dat het risico op het voortbestaan van zorgwekkende situaties binnen een gezin op deze manier wordt verkleind. Wat het collectief

belang aangaat is de terugkeer van kinderen op het consultatiebureau die niet of niet volledig gevaccineerd zijn, risicoverkleinend in verband met de verspreiding van infectieziekten.

Bij de vraag waarom ouders hun kind de zorg van het consultatiebureau ontzeggen kunnen verschillende motieven worden genoemd:

- Onbekendheid met het consultatiebureau of een verouderd beeld van wat het consultatiebureau inhoudt (advies: voorlichting intensiveren; eventueel landelijke campagne);
- Nalatigheid van de ouders (advies: in de voorlichting eventueel nadruk leggen op noodzaak tot vaccineren);
- Te veel aandachtopeisende problemen binnen een gezin (advies: in de voorlichting ouders eventueel bekend maken met doorverwijzende functie van de jeugdverpleegkundigen);
- Angst voor registratie in het geval van illegaliteit (advies: voorlichting door organisaties die met illegalen te maken hebben, al dan niet via een folder).

De indruk die de vangnetmedewerkers hebben in het contact met de aangemelde gezinnen is, dat deze niet negatief staan tegenover hun bemoeienissen om het consultatiebureaubezoek te stimuleren. De bemiddeling van Vangnet 0-6 wordt bovendien vergemakkelijkt door hun 'onpartijdige rol', voor zover er misverstanden bestaan tussen de jeugdverpleegkundigen en de ouders. Bij het traceren van de kinderen blijkt geregeld dat er niet eerder bekende problemen binnen de gezinnen naar boven komen. Dit is in het kader van preventieve zorg voor risicogezinnen een niet onbelangrijk gegeven. Het succes van het Haagse Vangnet 0-6 heeft er al toe geleid dat ook in andere steden het initiatief wordt overgenomen.

#### Aandachtpunten

Vanwege de privacywetgeving hebben op een gegeven moment (onder andere) de Vreemdelingendienst en de Sociale Verzekeringsbank hun samenwerking met Vangnet 0-6 beëindigd. Inmiddels zijn met hen afspraken gemaakt over de omgang met de privacygegevens van de gezinnen en is de samenwerking hersteld. Uiteraard kunnen deze organisaties een belangrijke rol spelen in het geven van duidelijkheid over het al dan niet in Nederland verblijven van de gezinnen. Voor Vangnet 0-6 is het genoeg om te weten of het gezin nog in Nederland is, zonder dat daarbij privacygevoelige gegevens worden verstrekt.

In veel gevallen bleken de gezinnen hun verhuizing niet te hebben doorgegeven aan het GBA, met als

gevolg dat de GBA-gegevens niet up-to-date waren. Verder constateerden de vangnetmedewerkers dat noodzakelijke gegevens bij geboorten in het MCH Westeinde vaak ontbraken. Juist omdat het in het geval van melding vanuit het MCH Westeinde aan het consultatiebureau om een kind gaat met een medische indicatie, is het belangrijk dat deze kinderen alsnog worden getraceerd.

Bij illegaliteit van de ouders kan het aanleveren van onjuiste adresgegevens voor de hand liggen. Bij navraag bleek in een aantal gevallen echter ook dat de naam van de moeder en haar geboortedatum niet bekend waren. Dit zou in de toekomst wellicht kunnen worden ondervangen door wel de gegevens van de moeder te noteren (en eventueel de vader) en deze aan de hand van identiteitspapieren te controleren.

Ten slotte is het opvallend dat er maar één aanmelding van de afdeling Jeugdgezondheidszorg van de GGD Den Haag is binnengekomen. Dit zijn de 4-6 jarigen. Uit een evaluatieformulier verstrekt door Vangnet 0-6 aan de afdeling Jeugdgezondheidszorg bleek dat kinderen met 5 jaar worden opgeroepen voor een preventief gezondheidsonderzoek. Wanneer de ouders niet verschijnen en ook niet reageren wordt daar in de regel niets mee gedaan. Als kinderen op indicatie op jongere leeftijd worden opgeroepen bepaalt de indicatie en de op school ingewonnen informatie, of er actie wordt ondernomen. Dit betreft ook kinderen die met een zorgopdracht binnenkomen. Aangezien kinderen pas met 5 jaar leerplichtig zijn kan het dus voorkomen dat kinderen in de leeftijd van 4 en 5 jaar niet 'in zicht' komen, terwijl er over hen wel zorgen bestaan. Voor deze kinderen zou de afdeling Jeugdgezondheidszorg actie moeten ondernemen en zo nodig Vangnet 0-6 inschakelen. Mogelijk moet binnen JGZ nog meer bekendheid worden gegeven aan het bestaan van Vangnet 0-6.

Vangnet 0-6 bestaat uit twee medewerkers Hanita Wiegel en Natasja Schaap. U kunt hen bereiken op dinsdag, woensdag en vrijdag onder nummer: 070 – 379 55 14 tussen 9.00 en 17.00 uur (fax: 070 379 55 16; email Vangnet@tzdh.nl).

# Nieuwe vorm van maatschappelijke opvang in Den Haag: tandartsenpraktijk voor dak- en thuislozen

W. van Rijssel

Vanaf april 2002 beschikt Den Haag over een unieke gezondheidsvoorziening: een tandartsenpraktijk voor dak- en thuislozen. Wie op straat leeft komt meestal niet meer bij de tandarts. Wel bezoekt men noodgedwongen met enige regelmaat het Leger des Heils, de Kessler Stichting of een andere instelling voor maatschappelijke opvang. Sinds twee jaar krijgt men daar te horen dat er een mogelijkheid bestaat om naar de tandarts te gaan. Wie dat wil moet zich aanmelden bij de GGD en kan daarna naar het tandartsensprekuur in het MCH Westeinde. Zolang je maar ingeschreven staat in de gemeente Den Haag en zolang je maar verzekerd bent.

Dak- en thuislozen hebben door de situatie waarin ze zijn beland vaak al langere tijd geen tandarts meer, tot wie ze zich kunnen wenden. Met als gevolg sterk verwaarloosde gebitten, een sjofel uiterlijk, schaamte om openlijk te praten en te lachen, gebrek aan zelfvertrouwen. Het maakt enige vorm van weer deelnemen aan het maatschappelijk verkeer nog eens zo moeilijk. Dak- en thuislozen zelf beseffen dat maar al te goed, want sinds de opening van het spreekuur in april 2002 zit het vol. De wachttijd is ongeveer drie maanden, ongeveer net zolang als bij de 'gewone' tandarts. Veel aansporing heeft men niet nodig: ook de controlebezoekjes worden doorgaans afgelegd.

Een gesprek met Willem Beaumont, sociaal geneeskundige bij de GGD, die op verzoek van de Haagse gemeenteraad dit tandartsensprekuur heeft opgezet en nog altijd begeleidt.

Het idee voor een tandartsenvoorziening voor dak- en thuislozen kwam van de gemeenteraadscommissie Volksgezondheid, die eind 2000 op bezoek ging bij de collega's in Berlijn en constateerde dat daar zo'n spreekuur functioneerde. Bij terugkomst vroeg wet-

houder Klijnsma aan GGD-arts Willem Beaumont iets dergelijks voor Den Haag op te zetten. Vermoed werd dat veel Haagse daklozen niet naar de tandarts gingen, terwijl ze via hun bijstandsuitkering wel waren verzekerd.

*- Aan wat voor eisen moest de nieuwe voorziening voldoen?*

De procedure moest vooral eenvoudig zijn, met zo min mogelijk barrières, want iedere extra afspraak of voorwaarde kan een reden vormen om weg te blijven. Dus niet, zoals gebruikelijk bij een sanering boven de 450 euro, eerst naar de tandarts voor een schatting, dan naar de adviserend tandarts van de verzekering en dan weer naar de behandelend tandarts. Ik regelde met twee Haagse verzekeraars, dat de mensen na aanmelding bij de GGD, meteen opgeroepen konden worden voor een behandeling. Ze zouden weliswaar

op een wachtlijst komen, maar als ze eenmaal op het spreekuur kwamen, werden ze ook behan-

deld. De tandartsen declareren bij de verzekering, die uitkeert op de gezamenlijke rekening van de tandartsen. Kosten die niet door de verzekering worden vergoed, maar bijvoorbeeld via bijzondere bijstand, worden door de GGD betaald en later verrekend. De twee Haagse verzekeraars, AZIVO en Delta Lloyd/OHRA, hebben over dit project en de vereenvoudigde procedure een brief opgesteld aan de andere verzekeraars, met het verzoek om mee te doen. Over het algemeen wilden de verzekeraars graag meewerken, want een situatie zoals die bleek te bestaan, waarin praktisch geen enkele dakloze naar de tandarts ging, terwijl er via bijstand en ziektekostenverzekering wel premie werd betaald, is ook voor de verzekeraars compleet uit balans. Met de sociale dienst hebben we afgesproken het geld voor eigen bijdragen, zoals voor een prothese, niet langer aan de patiënt uit te keren.

*'Mensen durven letterlijk weer hun mond open te doen, te lachen, zich te laten zien'*

Over de auteur:

Wiky van Rijssel is freelance journalist en eindredacteur, tevens redactiesecretaris van het Epidemiologisch Bulletin

De GGD betaalt de rekening uit de jaarlijkse bijdrage van de gemeente aan het tandartsenspreekuur en krijgt voor personen die daarvoor in aanmerking komen, dit voorschot terug.

Naast een vereenvoudigde procedure moest ook heel duidelijk zijn aan wat voor voorwaarden men moet voldoen om in aanmerking te komen voor deze voorziening.

Vrijwel alle dak- en thuislozen vallen onder artikel 8, lid 2 van de regeling Bijzondere Tandheelkunde. Dat betekent dat ze gezien

hun achtergrond in aanmerking komen voor sanering. De enige voorwaarden die we hebben

gesteld is dat de mensen ingeschreven staan in de gemeente Den Haag, en dat ze verzekerd zijn. Wie naar de tandarts wil moet zich aanmelden bij de GGD, waar wordt gecontroleerd of men aan de voorwaarden voldoet en of er tot op dat moment premie is betaald. Aanmelden kan ook namens de betrokkene door een hulpverlener worden gedaan. De GGD noteert bij voorkeur tevens de naam van een contactpersoon, die goed bereikbaar is en die regelmatig contact heeft met de betrokkene. Als alles in orde is komt

***‘Na twee keer niet opdagen moet men een jaar wachten, vaak meldt men zich dan uit zichzelf weer aan’***

men op de wachtlijst van de coördinerend tandartsassistente en wordt men op volgorde van binnenkomst opgeroepen. Bijna altijd gebeurt dat via de contactpersoon.

*- en hoe kwam u aan een lokatie en aan tandartsen?*

Uit mijn eigen netwerk kon ik meteen al vier tandartsen en twee tandartsassistenten recrutereren. Met elkaar verzorgen zij acht uur per week spreekuur, al twee jaar lang dezelfde mensen. Volgende punt was de lokatie

en inrichting. Vanaf het begin was duidelijk dat de lokatie moest voldoen aan voorwaarden die bij een praktijk aan huis niet

vervuld kunnen worden (zoals veiligheid en het vermijden van invloed op de eigen praktijk van de tandarts). Het MCH Westeinde stelde een ruimte ter beschikking. Vanaf de start van het overleg met de ziektekostenverzekeraars tot aan de start van het spreekuur heeft het nog anderhalf jaar geduurd voordat het overleg was afgerond, het ziekenhuis de gang van zaken had ingepast en de ruimte was verbouwd tot tandartsenpraktijk. De gemeenteraad had hiervoor een budget van 150.000 gulden ter beschikking gesteld, plus per jaar 50.000 gulden -inmiddels is het 23.000 euro- voor onvoorziene, niet-gedekte, direct aan de patiënt gerelateerde kosten. De kosten voor de behandeling worden in principe vergoed door de urenverklaringen van de tandartsen bij de verzekering.

Op deze manier verzorgen reguliere tandartsen, verzekeraars en een regulier ziekenhuis samen met de GGD, via een in hoofdzaak reguliere financiering deze vorm van maatschappelijke opvang in Den Haag. Het doel van de voorziening is ook nadrukkelijk bij te dragen aan het maatschappelijk functioneren van de dak- en thuislozen.

Beaumont: Het spreekuur, één dag per week, is niet bedoeld voor hulpverlening in acute gevallen, daarvoor moet men zich tot een regulier spreekuur wenden. Het tandartsenspreekuur voor dak- en thuislozen is er voor herstel en onderhoud van het gebit van de betreffende mensen, dat wil zeggen van het kauwvermogen en het frontale deel van het gebit. Na de sanering vinden er preventieve controles plaats. Daarmee streven we uiteraard een gezondheidsdoel na - een slecht gebit leidt tot infecties en een overall slechte conditie -, maar zeker zo belangrijk is het maatschappelijk effect. Een gesaneerd gebit leidt tot meer zelfvertrouwen, mensen durven letterlijk weer hun mond



(foto ANP)



Tabel 1

Samenvatting resultaten april 2002 t/m augustus 2003

aangemelde dak- thuislozen	223
opgeroepen door tandarts	129
reeds behandeld (b.v bij opname Parnassia)	11
niet in aanmerking (zie hieronder)	35*
wachttijdst 31-8-2003	48
<b>*niet in aanmerking</b>	<b>35</b>
voldoet niet aan criteria	4
niet verzekerd/niet bekend bij verzekering	15
verdwenen	10
ontbrekende gegevens/contactpersoon	6
<b>Opgeroepen door tandarts</b>	<b>129</b>
behandeld en klaar	93
in behandeling	19
1 tot 3 behandelingen,	
2x niet verschenen of weg	*7
4 tot 6 behandelingen,	
2x niet verschenen of weg	2
nooit geweest	5
durft niet	3
TOTAAL	129

\*1 x opname in Parnassia (daar behandeld)

aangemeld door	Totaal	klaar	in behand.	wacht- lijst	elders	uit	niet in aanmerking toelichting
Cornax, sociaal pensioen	13	10	1			2*	*afwezig of durft niet
Dienst SocZakenWerkgr	18	5	1	5	2	1	4* *voldoen niet aan criteria of geen contact
Stichting Drugpunt	4	2					2* *niet verzekerd Kessler
Kessler Stichting	50	28	7	3		3	9* *verdwenen/niet verzekerd
Parnassia methadon	33	7	5	16	3		2* *verzekering klopt niet
Parnassia (overig)	13		1	6	1	1	4* *niet verzekerd/geen contact
Leger des Heils	10	7		2	1*		*behandeling Parnassia
Sticht. Eliezer	1	1					
MW	2			1			1* *niet verzekerd
Vangnet GGD	68	30	2	15	3	10*	8** **niet verzekerd; *afwezig
andere artsen	3	1	1				1* *verdwenen
RIJ Haaglanden	2	1					1* *niet verzekerd
zelf	5	1	1		1		2* * voldoen niet aan criteria
niet bekend	1						1* * niet te traceren melder
Totaal	223	93	19	48	11	17	35

klaar=afbehandeld; elders=elders behandeld; uit=uit programma

open te doen, te lachen, zich te laten zien. Ze durven weer relaties aan te gaan, een baan te zoeken. Dat effect, daar gaat het om.

*- Kunt u al vaststellen of dat effect ook wordt bereikt?*

Ja, dat kunnen we van verschillende kanten beamen. In de eerste plaats hebben enkele mensen van wie het gebit bij het spreekuur is gesaneerd, inderdaad een baan gevonden. Daarbij merken we het aan de mensen als ze voor vervolgb bezoeken komen. Doordat ze door de tandartsen respectvol en menselijk worden behandeld, neemt niet alleen het gevoel van eigenwaarde toe. Men krijgt ook weer vertrouwen in de hulpverlening en staat daar meer voor open. En anders dan je misschien zou verwachten van dak- en thuislozen, komt bijna iedereen schoon en gewassen naar de tandarts. Over het algemeen zijn de patiënten erg aardig, blij dat ze worden geholpen. Dat valt op zijn minst de kaakchirurgen in het ziekenhuis op, die tegenwoordig van hun reguliere patiënten veel meer een eisende houding gewend zijn 'ik betaal ervoor, dan wil ik ook het beste'. Professioneel is het voor de tandartsen natuurlijk ook interessant: hoe groter de verwaarlozing van het gebit, hoe meer eer er aan te behalen valt.

*- Is het zo erg?*

De onderhoudsachterstand is doorgaans groot, gemiddeld is de tandarts zo'n vier uur bezig om een gebit een beetje op te knappen. Sommigen zijn tien jaar niet bij de tandarts geweest. Als het gebit redde-loos verloren is, wordt er een prothese gemaakt.

*- Hoe zorgt u ervoor dat de mensen terug komen voor de controles?*

De motivatie om het gebit goed te houden is bij de meesten erg groot. Over het algemeen lukt het om de behandeling af te maken. Bij de jaarlijkse controle zijn het vooral de mensen met protheses, die wegblijven. De anderen verschijnen doorgaans, mits ze bereikt kunnen worden, op de gemaakte afspraak. En we zijn streng: twee keer niet op komen dagen betekent een jaar uitstel. Die lijn hebben we vanaf het begin strikt gevolgd en we hebben gemerkt dat men zich na een jaar vaak uit zichzelf weer aanmeldt.

Zoals gezegd probeert de GGD bij aanmelding altijd een contactpersoon te achterhalen, via wie de betreffende persoon kan worden opgeroepen. Ze moeten dan wel geregeld contact hebben met elkaar, zeg eens per week. Eens in de twee weken is al te weinig om effectief afspraken te kunnen maken. Vaak fungeren hulpverleners van de opvanginstellingen als contactpersoon, soms komen ze ook mee als begeleider. Redenen om niet op een afspraak te verschijnen kunnen, behalve angst voor de tandarts, zijn dat men inmiddels is opgenomen bij Parnassia of in de gevangenis, of dat men naar een ander deel van het land is getrokken.

Van de 223 dak- en thuislozen die zich van april 2002 tot en met augustus 2003 voor de tandarts hebben aangemeld, zijn er 129 opgeroepen voor een behandeling, 48 staan nog op de wachtlijst en 35 kwamen om

diverse redenen niet in aanmerking (voornaamste reden: niet bekend bij de verzekering, of verdwenen). Van die 129 opgeroepen zijn er slechts 9 meer dan twee keer niet verschenen; zij mogen dus pas na een jaar een nieuwe afspraak maken. Acht mensen zijn opgeroepen en nooit op komen dagen (zie tabel 1).

*- Zijn er nog knelpunten bij dit project?*

Knelpunten zijn er vooral financieel. De financiering is nog niet kostendekkend, met name de kosten van de spreekkamer en de extra uren die het de coördinerend tandartsassistente kost om de mensen op het juiste tijdstip op het spreekuur te krijgen, zitten niet in het uurtarief. Tot 1 juli 2004 is dat geen probleem. Voor de periode daarna moet nog een definitieve oplossing worden gevonden. Ook de kosten van het niet op komen dagen van mensen - waardoor spreekkamer en uren van de tandarts niet optimaal kunnen worden benut - zitten niet in het uurtarief. We schatten dat de uurvergoeding in totaal hiervoor met 20 tot 30 euro moet worden verhoogd.

De wachtlijst is drie tot vier maanden, wat niet buitensporig lang is voor tandartsenhulp.

Het overleg tussen alle betrokken partijen vindt structureel eens per jaar plaats en verder wanneer het nodig is.

Waarmee Den Haag behoorlijk tevreden kan zijn over het functioneren van deze voorziening. Rotterdam en Utrecht hebben al belangstelling getoond.

## korte berichten

### Nieuw verschenen

#### Vernieuwd groeiboek voor Wouter Bos

In het consultatiebureau aan de Van der Neerstraat kreeg kersverse vader Wouter Bos op 8 april j.l. van partijgenoot Jetta Klijnsma, wethouder van Volksgezondheid in Den Haag, het eerste exemplaar van het vernieuwde 'Groeiboek' in handen. Het 'Groeiboek' geeft de gemeente Den Haag sinds 1978 uit. Elk jaar ontvangen ongeveer 200.000 jonge ouders in Nederland het boekje bij de aangifte van hun kind of op het consultatiebureau. Tot nu toe zijn er 4,5 miljoen exemplaren verspreid. Vanwege vele nieuwe ontwikkelingen was het hoog tijd voor een vernieuwde versie. Alweer de 24ste druk. Het boekje geeft ouders veel praktische tips over de ontwikkeling en opvoeding van hun kind in de leeftijd van 0-4 jaar. Dit keer wordt onder andere ingespeeld op de veranderde opvoedingssituatie. De samenleving is drukker geworden, met veel prikkels van beeld en geluid en een strak dagschema, waaraan het kind zich moet aanpassen. Het boekje geeft tips voor rust en regelmaat, evenals vernieuwd voedingsadvies, zoals niet voor de zesde maand beginnen met vaste voeding. Bij voorkeur zelf klaargemaakte voeding, eventueel potjesvoeding. Het *Groeiboekje* fungeert ook als communicatiemiddel tussen de ouders en het consultatiebureau. Het consultatiebureau noteert gegevens over de ontwikkeling van het kind en eventueel voedingsadviezen erin, ouders kunnen er aantekeningen in maken en vragen noteren voor de consultatiebureaumedewerker.

### Actuele informatie

#### 'Week van de liefde' krijgt Stimuleringsprijs OGZ

'De week van de liefde', die vorig jaar oktober voor jongeren werd gehouden, heeft tijdens het Nederlands congres Volksgezondheid in Rotterdam op 15 april de *Stimuleringsprijs OGZ* gekregen. De prijs is een initiatief van het Fonds OGZ (Openbare Gezondheidszorg) en wordt ondersteund door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en GGD Nederland. De 'Week' is een initiatief van het Jongeren Informatie Punt Den Haag, Delft en Zoetermeer en wordt gefinancierd door deze gemeenten en Fonds 1818. Veel scholen en organisaties, zoals de bibliotheek, GGD Den Haag, Rutgersstichting en het COC sloten zich bij het initiatief aan. Op deze wijze werden zo'n 5.000 jongeren bereikt. Nog eens 9.000 bezoekers bekeken de speciale website [www.weekvandeliefde.nl](http://www.weekvandeliefde.nl). Het project omvatte veel uiteenlopende activiteiten voor jongeren over seksualiteit, liefde en voorbehoedmiddelen. Een liefdesbus met allerlei informatie ging langs de scholen en er werd onder andere een discussieavond over het onderwerp *Loveboys* gehouden. Voor de *Stimuleringsprijs* waren 104 inzendingen, waarvan vijf genomineerd. De prijs, € 15.000 en een beeld van Renée van Leusden werd uitgereikt door de juryvoorzitter mevrouw mr. W. Sorgdrager. De jury waardeerde het project vanwege het thema, de betrokkenheid van jongeren en vele organisaties, het rendement en de mogelijkheid om het elders in Nederland op te zetten. De vol-

gende 'Week van de liefde' is voor Den Haag, Delft, Zoetermeer gepland voor 12 t/m 20 februari 2005 en wordt nog grootser opgezet.

#### Woonzorgzone Moerwijk knapt aardig op

Op 25 maart j.l. nam wethouder Jetta Klijnsma het eerste exemplaar in ontvangst van de brochure 'Moerwijk knapt aardig op'. Hierin presenteert Stichting Woonzorgzone Moerwijk de resultaten van de afgelopen drie jaar. Op een symposium in het Zuiderpark werd de methodiek uiteengezet die de Stichting heeft gehanteerd bij het opzetten van de woonzorgzone in Moerwijk: de methodiek van de lerende organisatie, van het betrekken van bewoners bij de invulling van de woonzorgzone. "Moerwijk wordt steeds begaarder sinds het een woonzorgzone is. Ondertussen zitten ze in de rest van Den Haag niet stil. De gemeenteraad heeft besloten meer woonzorgzones te stimuleren, om te beginnen in Transvaal en Wateringse Veld. Die kunnen van woonzorgzone Moerwijk leren. Ik weet dat u zich inspent om het estafettestokje door te geven, niet alleen in Den Haag, maar ook daarbuiten, waar ze dit initiatief met argusogen hebben gevolgd. Ik ga dit boekje met kennis over het ontwikkelen van een woonzorgzone uitventen als best practice.", aldus Klijnsma. Na drie jaar is de proefperiode in Moerwijk voorbij. De deelnemende instanties hebben besloten de Stichting Woonzorgzone op eigen kosten te continueren, omdat de samenwerking veel heeft opgeleverd.



In een woonzorgzone werken corporaties, zorginstellingen en welzijnsorganisaties samen om een wijk levensloopbestendig te maken, zodat mensen in hun huis kunnen blijven, ook als ze hulpbehoevend worden. Daarvoor wordt een aantal concrete voorzieningen in de wijk gecreëerd. Zo kwam er in Moerwijk een laagdrempelig servicepunt waar bewoners terecht kunnen met al hun vragen over voorzieningen voor ouderen in de wijk.

De Stichting Buurtbeheer werd gevormd, die vrijwel dagelijks de buurt schoonhoudt. Woningen en wegen zijn rollatorvriendelijk gemaakt en de verkeerssituatie langs de wijk is veiliger gemaakt. Daarnaast is met succes gewerkt aan de sociale factor: de bewoners werden daadwerkelijk betrokken bij de invulling van de woonzorgzone Moerwijk. Via discussiecafé's, het buurtbeheer en het servicepunt hoorde men wat de bewoners bezighoudt, en vroeg men de Moerwijkers op de man af wat zij nodig hebben om 'goed oud te kunnen worden'.

Meer informatie over de woonzorgzone staat in de brochure *'Moerwijk knapt aardig op'* En op de gelijknamige video/dvd.

Bestellen via  
wozozo@hm-advies.nl.

#### Cursussen

##### Reizigersadvisering en -immunisatie voor artsen

Module over preventie en theoretische achtergronden van ziekten bij reizigers. Over zaken die van essentieel belang zijn voor het goed laten functioneren van het reizigersadviesbureau: bedrijfsvoering, beleidsmatige organisatie, kwaliteitsbewaking en de waarborgen voor klantvriendelijkheid. Andere onderwerpen: epidemiologie van reizigersziekten, vaccinatiestrategieën, malaria, hoogteziekte en de categorie bijzondere reizigers.

Doelgroep: artsen met minimaal een jaar ervaring als uitvoerder of supervisor bij een reizigeradviesbureau van een GGD of een Arbo-dienst. De module is geaccrediteerd door de LHV en is ook interessant voor huisartsen die zelf reizigers adviseren.

Data: Woensdag 8, 15, 29 september, 3, 10 november 2004. Examen 1 december 2004

Lokatie: NSPOH te Amsterdam.  
Informatie: [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl),  
tel. 020-5664949, [info@nspoh.nl](mailto:info@nspoh.nl).

##### Master of Public Health

De MPH opleiding is bedoeld voor professionals met de ambitie om zich te ontwikkelen tot belangrijke 'stuurders' in het veld: als competente professionals en beleidsadviseurs of als idem leidinggevenden. Vier samenhangende trajecten van ca. vier maanden onderwijs, ook geschikt voor bij- en nascholing.

Doelgroep: midcareer professionals in de Nederlandse Openbare Gezondheidszorg zoals artsen algemene gezondheidszorg, jeugdartsen, leidinggevenden, gezondheidsbevorderaars, beleidsmedewerkers, epidemiologen, huisartsen en andere werkers in de openbare gezondheidszorg.

Data: start opleiding van 2<sup>1/2</sup> jaar op 16 september 2004, één dag per twee weken.

Lokatie: NSPOH te Amsterdam  
Informatie: [www.nspoh.nl/mph](http://www.nspoh.nl/mph),  
tel. 020-5664949, [mph@nspoh.nl](mailto:mph@nspoh.nl).

##### Traject Strategisch opereren in de politiek-bestuurlijke context van de OGZ

Hoe vergroot ik mijn invloed bij de besluitvorming over de prioriteiten in de OGZ? Hoe maak ik een krachtenveldanalyse, welke personen moet ik wanneer aanspreken via welk kanaal? Hoe zet ik een effectieve lobby op? Vergroot je persoonlijke effectiviteit in strategisch opereren in een bestuurlijke en politieke omgeving.

Docenten afkomstig uit politiek, communicatie, Public Affairs en lobby, Openbaar Bestuur en Openbare Gezondheidszorg. Doelgroep: midcareer professionals in de Nederlandse Openbare Gezondheidszorg zoals artsen algemene gezondheidszorg, jeugdartsen, leidinggevenden, gezondheidsbevorderaars, beleidsmedewerkers, epidemiologen, huisartsen en andere werkers in de openbare gezondheidszorg.

Data: 7 donderdagen tussen 16 september en 16 december 2004  
 Lokatie: NSPOH te Amsterdam  
 Informatie: www.nspoh.nl,  
 tel. 020-5664949, info@nspoh.nl.

### Aangiften infectieziekten regio Haaglanden

#### Meldingen tijdens het eerste kwartaal 2004, voor de stad Den Haag

Het aantal aangifteplichtige infectieziekten, door de GGD

Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het eerste kwartaal 2004 gemeld (135) is wat lager dan het aantal in dezelfde periode in 2003 (150). De aantallen per ziekte zijn zeer vergelijkbaar, uitgezonderd een significante toename in Den Haag van het aantal meldingen van kinkhoest, enigszins gecompenseerd door een afname in het aantal meldingen van hepatitis C. Deze laatste aandoening hoeft sinds november 2003 slechts bij de IGZ te worden gemeld indien het om een acute vorm gaat, welke uiterst zeldzaam is.

Hieronder volgen commentaren op enkele gemelde infectieziekten.

#### *Bacillaire dysenterie*

Vijf gevallen, 4 mannen en 1 vrouw, van alle leeftijdscategorieën.

Bij 2 vond de besmetting plaats in het buitenland. De 3 andere, mannen tussen 40 en 49 jaar, werden in Nederland besmet, waarvan minstens 1 door homoseksuele contacten.

#### *Brucellose*

Eénmaal gemeld, het betreft waarschijnlijk een oud geval van deze ziekte. De bron was niet meer te achterhalen.

#### *Buiktyfus*

Het gaat om 1 vrouw, besmet in Indonesië.

#### *Hepatitis A*

Er zijn 12 gevallen van hepatitis A aangegeven waarvan er 1 besmet is in het buitenland. Vijf van de 6 volwassen mannen zijn homoseksueel, maar slechts in 1 geval werd risicovol contact als mogelijke besmettingsbron aangeduid. Mogelijk circuleert dit zeer besmettelijk virus in homoseksuele kringen. De GGD biedt naast (gratis) vaccinatie tegen hepatitis B ook vaccinatie tegen hepatitis A aan homoseksuele mannen. De overige besmettingen betreffen vooral schoolgaande kinderen. In 3 scholen zijn extra hygiënemaatregelen ingesteld om verdere verspreiding te voorkomen.

#### *Hepatitis B*

Het aantal hepatitis B meldingen in Den Haag is licht gedaald (35). Beide geslachten zijn gelijk vertegenwoordigd, men is vooral in de leeftijdscategorie 20-39 jaar, en hoofdzakelijk afkomstig uit landen waar deze ziekte veel voorkomt. Bij de 1 van de 2 acute gevallen ging het om een besmetting te wijten aan onbeschermd homoseksueel contact. Over de besmettingsweg tast men meestal in het duister.

#### *Kinkhoest*

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (44) is dit kwartaal genomen vergeleken met het vorige kwartaal (41), en volgt daarmee de stijgende lijn die ook landelijk de laatste kwartalen is ingezet. Die stijgende lijn lijkt deel uit te maken van een cyclus, waarbij er ongeveer elke drie jaar een piek is in het aantal gevallen.

#### *Legionellose*

Gedurende het eerste kwartaal is 1 geval gemeld. De bron is niet gevonden.

#### *Leptospirose*

Eén geval van leptospirose is gemeld. Het betrof een militair duiker die veelvuldig in zoet- en zout water duikt. Leptospirose, ook wel ziekte van Weil of modderkoorts genoemd, is een zeldzame aandoening waarvan de verwekker doorgaans via urine van ratten in het milieu terecht komt en zo de mens besmet. De ziekte kan een grote waaier aan symptomen geven, zoals een griepachtige aandoening, hepatitis, en aantasting van diverse andere organen. In 5% van de gevallen in Nederland loopt de ziekte dodelijk af. Eenderde van de gevallen wordt opgelopen tijdens reizen in de tropen.

#### *Malaria*

Het aantal gemelde malariagevallen (4) was vergelijkbaar met dezelfde periode vorig jaar. Het betreft volwassenen die in Afrika zijn besmet. Bij alle patiënten kon de ziekte worden toegeschreven aan het niet of onvolledig innemen van profylaxe.

#### *Meningokokken*

Gedurende het eerste kwartaal 2004 is 1 geval van hersenvliesontsteking vastgesteld veroorzaakt door meningokokken. Het gaat om een volwassene die ziek geworden is door een meningokok type B. De C-variant, waartegen in 2002 massaal gevaccineerd is onder jongeren, werd wederom niet vastgesteld.

#### *Voedselinfecties*

Er is 1 voedselinfectie gemeld bij de Inspectie. Het ging om 2 personen uit het zelfde gezin die waarschijnlijk via het bereiden van gevogelte een besmetting met campylobacterie opgelopen hebben.

Ziekte	aantal meldingen	Totaal aantal gevallen
Bof vermoeden	1	1
Gastro-enteritis ander	6	171
Hepatitis A	1	5
Luchtweginfectie	1	2
Mazelen vermoeden	1	1
Meningitis viraal vermoeden	1	1
Roodvonk vermoeden	4	8
Rubella vermoeden	1	1
Vijfde ziekte vermoeden	3	3
Totaal	19	193

#### *Infectieziekten gemeld door instellingen*

In bovenstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het eerste kwartaal 2004.

Gastro-enteritis blijft de belangrijkste aanleiding om te melden. Het gaat meestal om kleine epidemieën van buikgriep in verpleeghuizen. Vlekjesziekten betrof vermoedens van de vijfde ziekte in kinderdagverblijven en van roodvonk in scholen. Bij geelzucht ging het om een gezinsvervangend tehuis waar alleen 5 opvoeders ziek waren geworden, en waar alle bewoners en personeel preventief zijn ingeënt.

#### **Meldingen tijdens het eerste kwartaal 2004, regio Zuid-Holland West**

##### **Bacillaire dysenterie**

Er is 1 melding geweest van bacillaire dysenterie, veroorzaakt door de *Shigella flexneri*. De patiënt is met een reisgezelschap op vakantie geweest in Zuid-Afrika. Geen van de andere personen uit het gezelschap is ziek geworden.

##### *Hepatitis A*

Zes gevallen van hepatitis A werden gemeld bij de GGD. Een kind van elf jaar heeft de besmetting opgelopen in Egypte. De andere

meldingen betreffen mannen met een leeftijd variërend tussen de 19 en 40 jaar, die in Nederland zijn besmet. Voor 2 van hen is de meest waarschijnlijke bron de jeugdinstelling waar zij werken. Van de 3 andere mannen heeft de GGD geen verdachte bron kunnen achterhalen. Twee van hen zijn homo-seksueel.

##### *Hepatitis B*

Er zijn 21 hepatitis meldingen binnengekomen. De meeste meldingen gaan over dragers van het virus die de besmetting hebben opgelopen in hun geboorteland. Screening bij zwangerschap of bij een IVF behandeling is regelmatig aanleiding voor het vinden van het dragerschap. De enige acute hepatitis B is door een heteroseksueel contact in het buitenland opgelopen.

##### *Kinkhoest*

Het aantal kinkhoest meldingen (86) laat weer een stijging zien ten opzichte van de laatste kwartalen van 2003. Deze stijging is ook landelijk zichtbaar.

##### *Malaria*

Er is 1 melding van malaria van een medewerker van een vliegmaatschappij die malaria tropica (*Plasmodium falciparum*) in Kameroen heeft opgelopen. De vliegmaatschappij heeft haar eigen

richtlijnen voor profylaxe. De richtlijnen zijn herzien en aangepast naar aanleiding van deze en verschillende andere meldingen.

##### *Meningokokkose*

Er zijn 3 gevallen van meningokokkose gemeld. Het gaat om personen van 66, 67 en 74 jaar. Tweemaal is een type W 135 gevonden en eenmaal een type C. Er zijn dus geen kinderen met meningokokkose gemeld.

##### *Tuberculose*

Er zijn 5 meldingen van tuberculose bij de GGD binnengekomen.

*Aan deze rubriek werkten mee:*

*E.J.M. de Coster*

*E.M. Huisman*

*Mw. P. van Leeuwen*

*K.B. Yap (GGD Zuid-Holland West)*

## Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte		Het eerste kwartaal 2004			De vier voorafgaande kwartalen				t/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar	
		GGD Den Haag	GGD-Zuid-Holl. West	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden	Tot. regio Haaglanden
		1e kw. 2004	1e kw. 2004	1e kw. 2004	1e kw. 2003**)	2e kw. 2003**)	3e kw. 2003**)	4e kw. 2003**)	1e kw. 2004	1e kw. 2003**)
B-ziekten	bacillaire dysenterie	5	1	6	6	5	16	12	6	6
	buiktifus	1		1	1	4	7		1	1
	cholera									
	Creutzfeld-J's disease				1					1
	hepatitis A	12	6	18	13	13	20	15	18	13
	hepatitis B *)	35	21	56	54	75	45	71	56	54
	hepatitis C				18	19	10			18
	kinkhoest	44	86	130	52	43	58	90	130	52
	legionella pneumonie	1		1	1	5	3	5	1	1
	mazelen				2					2
	meningokokkose	1	3	4	9	11	4	5	4	9
	paratyfus A				1	1	2	1		1
	paratyfus B(C)				1	1	2	1		1
	tuberculose	29	5	34	34	55	40	43	34	34
	voedselvergiftiging of voedselinfectie	1		1	6	5	4	3	1	6
C-ziekten	brucellose	1		1					1	
	E.coli 0157									
	leptospirose	1		1					1	
	malaria	4	1	5	6	3	11	14	5	6
	ornithose/psittacose				5		3	1		5
	Q-koorts									
	rode hond									
<b>totaal</b>		<b>135</b>	<b>123</b>	<b>258</b>	<b>210</b>	<b>240</b>	<b>225</b>	<b>261</b>	<b>258</b>	<b>210</b>

\*) Inclusief dragers

\*\*) Deze cijfers kunnen afwijken van eerder gepubliceerde cijfers, als gevolg van verandering van bron.

De GGD Den Haag doet opgave over de gemeente Den Haag en de GGD Zuid-Holland West over de gemeenten Rijswijk, Voorburg, Wassenaar, Zoetermeer, Leidschendam, Delft, de Lier, 's-Gravenzande, Maasland, Monster, Naaldwijk, Nootdorp, Schipluiden, Wateringen en Pijnacker (de laatste 10 gemeenten vanaf het vierde kwartaal 2002).

