



# Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

*jaargang 40, 2005, nummer 4*

## **inhoud**

Redactioneel

## **epidemiologie**

Parasuïcides in Den Haag

Meldingen in de jaren 2000-2004

## **volksgezondheid**

Onderzoek naar de inzet van nurse practitioners op de Spoedeisende Hulp van Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde

Spoedzorg en de rol van de huisarts: nu en in de toekomst

Medisch specialisten: hun dagelijks werk en hun behoefte aan zeggenschap

## **Korte berichten**

# Colofon

december 2005, 40ste jaargang nr.4

## Redactie

mw. C.J. Kruijthof, arts, Medisch Centrum Haaglanden, locatie 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.*

## Epidemiologisch Bulletin op internet:

[www.denhaag.nl/smartsite.html?id=35469](http://www.denhaag.nl/smartsite.html?id=35469)

## Lay out en productie

Facilitaire Dienst, Multimedia

## Uitgave

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

Via het bulletin wil de redactie de communicatie aanmoedigen tussen hulpverleners, leidinggevendenden, 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>	
• Parasuïcides in Den Haag Meldingen in de jaren 2000-2004 <i>I. Burger, A.M. van Hemert, C.A. Bindraban, W.J. Schudel</i>	2
<b>Volksgezondheid</b>	
• Onderzoek naar de inzet van nurse practitioners op de Spoedeisende Hulp van medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde <i>C. van der Linden</i>	9
• Spoedzorg en de rol van de huisarts: nu en in de toekomst <i>G. van Gelderen, T. Nijenbuis, B. van Ek</i>	14
• Medisch specialisten: hun dagelijks werk en hun behoefte aan zeggenschap <i>C.J. Kruijthof</i>	16
<b>Korte berichten</b>	20

# Redactioneel

## Samenwerken in Den Haag

Het voorliggende nummer van het bulletin gaat voor een groot deel over samenwerking in de zorg voor de volksgezondheid in een grote stad.

Twee artikelen belichten op verschillende manieren de stroomlijning van de patiënten(spoed)zorg. Centrale triage wordt in beide artikelen, zij het vanuit verschillend perspectief, van belang geacht, evenals interne en externe samenwerking.

Een derde artikel biedt een kijkje in de keuken van de medisch specialismen, met name in de aard van het werk en de verschillende professionele waarden die men hanteert. C.J.Kruijthof houdt een pleidooi voor het meer transparant maken van die waarden om daarmee het onderlinge begrip en de samenwerking te versterken.

Interessant zou zijn de bevindingen van Kruijthof over 'negotiated order' toe te passen op de keten van spoedeisende zorg. Wellicht dat op basis hiervan de dialoog wordt vergemakkelijkt over wat men verantwoorde zorg vindt en wie welke rol kan of moet vervullen.

Verder in dit nummer de gegevens over parasuicide in Den Haag over de periode 2000-2004. De hoge incidenties van parasuicide onder jonge Surinaamse en Turkse vrouwen vragen in het licht van deze nieuwe cijfers bijzondere aandacht. Ter voorkoming van (herhaling) van dit gedrag blijft -samen met de directe omgeving van betrokkene- intensieve samenwerking binnen en tussen de eerste- en tweedelijns (geestelijke) gezondheidszorg hard nodig. Het Suicide Nazorg (SUNA)-project (zie korte berichten) is een praktijkvoorbeeld van een dergelijke samenwerking in Den Haag, over de grenzen van de eigen organisaties heen.

Volop samenwerking dus in de Haagse zorg voor de volksgezondheid.

# Parasuïcides in Den Haag

## Meldingen in de jaren 2000-2004

*I. Burger, A.M. van Hemert, C.A. Bindraban, W.J. Schudel*

Een meer dan gemiddeld voorkomen van gevallen van (para)suicide in groepen van de bevolking kan een signaal zijn voor psychisch onwelbevinden binnen een gemeenschap. De registratie van het Haags Suïcidaal Gedrag Register (HSGR) over de jaren 1987 tot halverwege 1994 liet zien dat met name jonge Surinaamse en Turkse vrouwen en ook Marokkaanse meisjes vaker dan hun van oorsprong Nederlandse leeftijdgenoten overgingen tot zelfvergiftiging of zelfverwonding (1)(2)(3). Deze resultaten waren aanleiding voor het opzetten en implementeren van een uitgebreid preventieprogramma binnen de verschillende allochtone gemeenschappen. Diverse initiatieven en projecten zagen het licht onder de naam 'Aan de Grenzen'<sup>1</sup>. Uiteraard was het daarnaast noodzakelijk het voorkomen van gevallen van parasuicide te blijven volgen. Onderstaand artikel beschrijft hiervan de resultaten over de jaren 2000-2004.

De GGD Den Haag heeft een lange traditie in het verzamelen van cijfers van suïcidaal gedrag. Dit geldt zowel voor het in de tijd volgen van zelfdoding als van zelfbeschadiging zonder dodelijke afloop (respectievelijk suïcide en parasuicide). Onderhavig artikel beschrijft de resultaten van een analyse van meldingen van parasuïcides die door Haagse ziekenhuizen zijn gedaan in de jaren 2002, 2003 en 2004 en door de crisisdienst van Parnassia, psycho-medisch centrum, gedurende de periode juli 2000 tot en met december 2003.

Hiervoor is het Parasuicide Registratieproject Den Haag in het leven geroepen, in navolging van het Haags Suïcidaal Gedrag Register (HSGR) dat over de periode 1 januari 1987 - 30 juni 1994 gevallen van parasuicide registreerde. De bevindingen uit het HSGR toonden indertijd aan dat met name 15-24-jarige Surinaamse vrouwen maar ook 15-24-jarige Turkse vrouwen en 15-19-jarige Marokkaanse meisjes vaker dan hun van oorsprong Nederlandse leeftijdsgenoten overgingen tot zelfvergiftiging of zelfverwonding (1)(2)(3). Een studie en een uitgebreid kwalitatief onderzoek naar mogelijke specifieke psycho-sociale

problemen onder 15-20-jarige Hindostaans-Surinaamse meisjes volgden enkele jaren later (4)(5). Voor zover parasuïcidale gedachten en handelingen in de gesprekken naar voren kwamen werd dit in verband gebracht met de binnen de Hindostaanse gemeenschap geldende beperkte keuze- en bewegingsvrijheid voor meisjes en de ervaren gebrekkige communicatie met en stimulering van hun ouders.

### Parasuicide Registratieproject Den Haag

Op verzoek van de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag heeft Parnassia, psycho-medisch centrum, alle bij de crisisdienst aangemelde gebeurtenissen van parasuicide van Hagenaars gemeld. Aanvullend daarop hebben de Haagse ziekenhuizen die gebeurtenissen van parasuicide geregistreerd, waarbij geen psychiater van de crisisdienst was geconsulteerd. Dit betreft de gebeurtenissen van parasuicide met (ernstiger) lichamelijk letsel waarbij opname in een algemeen ziekenhuis noodzakelijk was. Aan de psychiaters van de psychiatrische afdeling van de algemene ziekenhuizen (PAAZ) -die volgens protocol worden geconsulteerd in een dergelijk crisismoment-

Over de auteurs: Mw. I. Burger, wetenschappelijk medewerker, werkzaam op de afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn; dr. A.M. van Hemert, psychiater, hoofd behandelzaken bureau 24-uurszorg, Parnassia, psycho-medisch centrum; mw. drs. C.A. Bindraban, onderzoeksmedewerkster werkzaam op de afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn en Prof. dr. W.J. Schudel, emeritus hoogleraar klinische en sociale psychiatrie, Erasmus Universiteit Rotterdam, tevens werkzaam op de afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn.

<sup>1</sup> Het Haagse project 'Aan de Grenzen' richt zich op de preventie van psychosociale problemen en suïcidepogingen onder allochtone jongeren en op het begeleiden van deze jongeren. Centraal in de aanpak staat een stabiele identiteitsontwikkeling in de Haagse samenleving en in de eigen culturele leefomgeving. Het project richt zich vooral op stille, introverte jonge vrouwen en mannen van 13 tot 25 jaar van onder meer Surinaamse, Turkse en Marokkaanse afkomst. Er wordt samengewerkt met praktijkdeskundigen uit het onderwijs, de gezondheidszorg, de hulpverlening en met instanties/betrokkenen die bekend zijn met de leefwereld van de jongeren. In dit kader is recent het SUNA-project gestart, zie de rubriek de 'Korte Berichten', elders in dit bulletin.

is gevraagd van de Hagenaars een registratie bij te (laten) houden<sup>2</sup>.

Indien een parasuicidepleeg(st)er op de afdeling Spoedeisende Hulp van een algemeen ziekenhuis wordt gezien en een opname niet noodzakelijk is, voorziet de procedure -die bij navraag ook stipt wordt gevolgd- in een consult op de afdeling Spoedeisende Hulp door een psychiater van de crisisdienst, alvorens de persoon mag vertrekken.

Op deze manier kan -met een minimale belasting voor de hulpverlening- een volledige registratie van gebeurtenissen van parasuïcides worden bereikt, in het bijzonder voor de wat ernstiger gevallen van parasuïcide. Gebeurtenissen die uitsluitend door huisartsen of de ambulancedienst worden gezien vallen buiten deze registratie.

De elektronisch aangeleverde gegevens van Parnassia waren afkomstig uit hun reguliere registratiesysteem. De hulpverleners in de ziekenhuizen konden gebruik maken van een speciaal voor het project ontwikkeld registratieformulier. Alle Haagse algemene ziekenhuizen, te weten het Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde, het Hagaziekenhuis, locaties Leyenburg en Rode Kruis en het Bronovo ziekenhuis hebben aan het project hun medewerking verleend.

De volgende definitie is gebruikt voor een gebeurtenis van parasuïcide:

*'Een daad zonder fatale afloop, waarbij een individu uit eigen vrije wil niet-habitueel gedrag vertoont dat zonder interventie van derden inwendige of uitwendige schade aan diens lichaam toebrengt en dat bedoeld is om door de betrokkene gewenste veranderingen te bewerkstelligen door middel van de actuele of te verwachten lichamelijke gevolgen'* (6).

Herhaalde suïcidepogingen (recidieven) zijn bepaald op basis van gegevens over het geslacht, de geboortedatum, de eerste twee letters van de achternaam (bij vrouwen de meisjesnaam) en de etnisch-culturele afkomst<sup>3</sup>. Meldingen die binnen een week plaatsvonden bij éénzelfde persoon zijn als één gebeurtenis oftewel episode van parasuïcide beschouwd. Bij vrou-

wen jonger dan dertig jaar van niet-Nederlandse afkomst -voor zover ze gezien zijn in één van de vier Haagse ziekenhuizen en de crisisdienst van Parnassia niet betrokken is geweest- is tevens informatie gevraagd over de verwijzer, de beslissing van de hulpverlener, de burgerlijke staat, het al dan niet hebben van kinderen, de woon/leefsituatie, het middel of de methode van parasuïcide, de psychiatrische diagnose en een omschrijving van de aanleiding/toedracht die tot de handeling van parasuïcide heeft geleid.

### Parasuïcide 2002-2003

De crisisdienst van Parnassia kon gegevens aanleveren vanaf de tweede helft van 2000 tot eind 2003: drieën-half jaar lang. Anderhalf jaar na de start van de gegevensaanlevering van de crisisdienst startten op 1 januari 2002 de ziekenhuizen met hun registratie die werd stopgezet op 31 december 2004. Het aantal jaren waarover gegevens beschikbaar zijn is dus beperkt, zeker voor wat betreft de jaren waarin over beide bronnen kan worden beschikt. De resultaten beschreven in dit artikel moeten derhalve met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd omdat toevalsfluctuaties in aantallen binnen subpopulaties de uitkomsten kunnen hebben beïnvloed.

In deze paragraaf worden uitsluitend de uitkomsten over de jaren 2002-2003 beschreven. In deze twee jaren kan het aantal gebeurtenissen van parasuïcide per jaar binnen de (sub)populatie het beste worden benaderd (de incidentie). In de jaren 2002 en 2003 samen werden 964 gevallen van parasuïcide geregistreerd. De crisisdienst van Parnassia is daarbij 550 keer betrokken geweest. In de ziekenhuizen deed in de meeste gevallen de PAAZ de melding, in de overige gevallen de afdeling interne geneeskunde, de intensive care en een enkele keer de Spoed Eisende Hulp. In acht gevallen was zowel het geslacht als de leeftijd onbekend en op één na ook de etniciteit, zodat bij hen recidieven niet konden worden vastgesteld.

In tabel 1 zijn de absolute aantallen naar leeftijd, geslacht en etniciteit weergegeven. In de verslagperiode werden 575 parasuïcides geteld bij Nederlan-

<sup>2</sup> Doordat op het registratieformulier van de ziekenhuizen een vraag over de woonplaats ontbrak kon -in tegenstelling tot de crisisdienst waar het gegeven over de woonplaats was meegenomen- bij de meldingen van de ziekenhuizen niet worden nagegaan of alle meldingen ook inderdaad uitsluitend Hagenaars betroffen.

<sup>3</sup> De etnisch-culturele afkomst is vastgesteld op basis van zelfrapportage en indien deze informatie niet voorhanden was op basis van het geboorteland van betrokkene en van diens ouder(s), dit laatste in geval cliënt in Nederland was geboren. In sommige gevallen waren de gegevens over de geboortelands ontleend aan de Gemeentelijke Basis Administratie. In de hiërarchie van de geboortelands is de VNG-systematiek gevolgd, waarbij niet-Nederland voorgaat op Nederland, niet-westers prevaleert boven westers en in volgorde van belangrijkheid achtereenvolgens het geboorteland van betrokkene wordt bekeken en daarna van de moeder en de vader.

Tabel 1.

Aantal parasuïcides (episodes) naar etniciteit en leeftijd voor mannen en vrouwen. Den Haag 2002-2003.

Leeftijd in jaren	Ned.		Sur.		Ant.		Turks		Mar.		Overig		Onb.		Totaal	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
10-14	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
15-19	9	22	6	19	0	3	1	14	0	5	0	6	3	8	19	77
20-24	7	36	2	17	1	1	2	23	2	5	6	13	2	2	22	97
25-34	41	61	9	15	2	3	13	11	0	6	10	13	6	7	81	116
35-44	71	107	8	9	1	1	3	16	2	1	9	17	5	6	99	157
45-54	49	74	9	5	1	0	1	1	0	0	5	6	5	4	70	90
55-64	25	32	2	2	0	0	1	0	1	0	3	10	1	2	33	46
65-74	6	15	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	2	9	17
>= 75	7	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	10
Onb.	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Totaal	215	360	36	70	5	8	21	65	5	17	35	65	23	31	340	616

ders. In de groep niet-Nederlanders waren er 106 Surinamer, 86 Turk, 22 Marokkaan, 13 Antilliaan en 100 mensen behoorden tot de divers samengestelde groep 'overigen'. Bij 54 gevallen (6%) was de etniciteit onbekend. Binnen alle bevolkingsgroepen doen meer vrouwen dan mannen een suïcidepoging. Drie meisjes waren nog geen vijftien (een Nederlandse en twee Surinaamse). Boven de 65 jaar is een gebeurtenis van parasuïcide vrij zeldzaam.

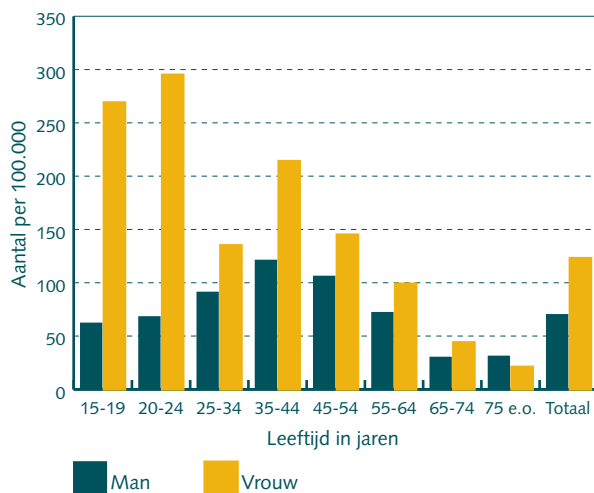
In figuur 1 zijn de aantallen parasuïcides per 100.000 Hagenaars per jaar onderscheiden naar leeftijd en geslacht (incidentie). Met uitzondering van de leeftijds-

groep van 75 jaar en ouder zijn de incidenties bij de vrouwen hoger dan bij de mannen. In de leeftijdsgroepen 15-19 en 20-24 jaar is dit verschil het meest manifest (man - vrouw verhouding circa 1 : 5). Ook over de jaren 1987-1993 constateerden de onderzoekers vergelijkbare verschillen in incidentie tussen de geslachten.

Figuur 2 bevat afzonderlijk voor mannen en voor vrouwen -ook weer naar leeftijd onderscheiden- de incidenties van de Nederlandse, Surinaamse, Turkse en Marokkaanse etnisch-culturele afkomst. Bij de mannen varieert het aantal parasuïcides per 100.000 Hagenaars uit de desbetreffende bevolkingsgroep tussen de 50 à 200 gebeurtenissen per jaar. In de groep van 25-34-jarige Turken is de incidentie het hoogst. Gezien de verontrustende uitkomsten in 1987-1993 ten aanzien van de allochtone meisjes en jonge vrouwen was de interesse in het bijzonder gericht op het vóórkomen onder deze bevolkingsgroepen. De hoge incidenties van parasuïcide onder vrouwen in de Surinaamse als ook in de Turkse bevolkingsgroep in de twee jongste leeftijdsgroepen vallen het meeste op. Er werden vier gebeurtenissen van parasuïcide geteld per duizend 15-19-jarige en 20-24-jarige vrouwen van Surinaamse afkomst per jaar en respectievelijk vijf en zeven bij de Turkse vrouwen. Ook in 1987-1993 vonden de onderzoekers onder de 15-19-jarige en 20-24-jarige vrouwen van Surinaamse en Turkse etnisch-culturele afkomst de hoogste incidenties (circa vier tot zeven per duizend per jaar). Alleen zijn nu de incidenties onder Turkse jonge vrouwen hoger dan onder hun Surinaamse leeftijdgenoten. Uit tabel 1 blijkt dat het in de jongste twee leeftijdsgroepen om 19 en 17 gebeurtenissen van parasuïcide gaat bij de Surinaamse

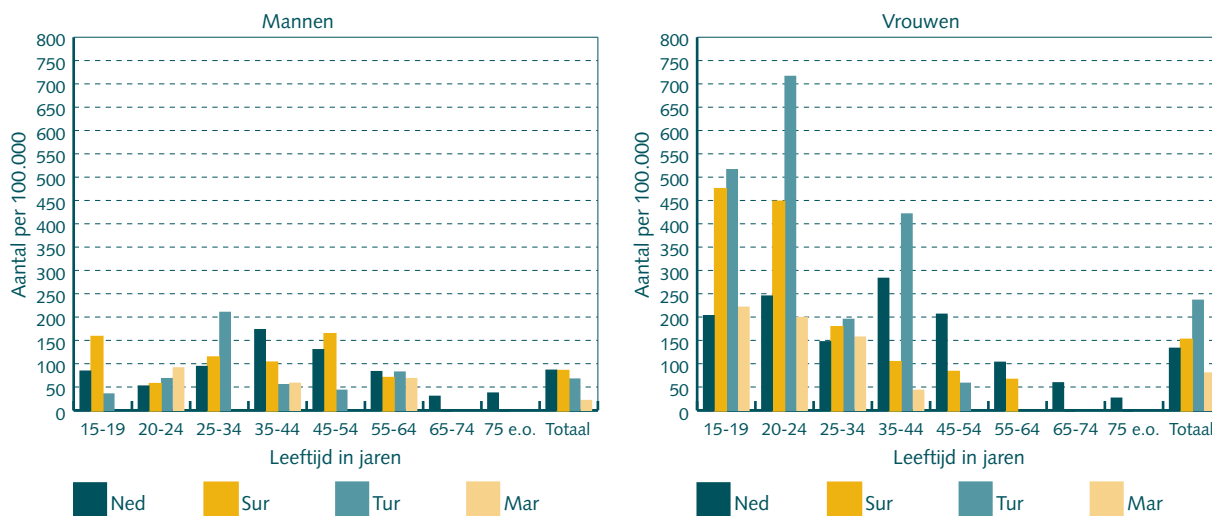
Figuur 1.

Aantal parasuïcides (episodes) per 100.000 Hagenaars (15 jaar en ouder) per jaar naar leeftijd en geslacht. Den Haag 2002-2003.



**Figuur 2.**

Aantal parasuicides (episodes) per 100.000 Hagenaars (15 jaar en ouder) per jaar naar leeftijd voor mannen (links) en vrouwen (rechts). Den Haag 2002-2003.



vrouwen, en om 14 en 23 gebeurtenissen bij de Turkse. Dit zijn respectievelijk 17 en 15 Surinaamse vrouwen en 14 en 22 Turkse vrouwen die op basis van alle beschikbare gegevens<sup>4</sup> over 2000-2004 één of meer parasuicides pleegden. Het aantal recidieven in al deze vier groepen is dus beperkt, dat geldt zeker voor de Turkse vrouwen. De hogere incidentie van gebeurtenissen van parasuicide bij de Turkse vrouwen kan dus niet zijn veroorzaakt doordat één of enkele vrouwen veelvuldig parasuicidaal gedrag vertoonden. Ook in de leeftijdsgroep van 35-44-jarige vrouwen valt de hogere incidentie onder Turkse vrouwen op (16 gebeurtenissen). Ten minste één op de vier gebeurtenissen is daarbij een recidieve poging.

#### Meer onderzoeksjaren

Behalve in de jaren 2002 en 2003 heeft de crisisdienst over de voorafgaande anderhalf jaar gegevens aangeleverd. En de ziekenhuizen hebben dit ook gedaan in 2004.

Dit biedt de mogelijkheid binnen grotere aantallen gebeurtenissen van parasuicide te kijken naar verschillen in voorkomen tussen etnisch-culturele groepen. Daaruit blijkt dat, vergeleken met hun Nederlandse leeftijd- en geslachtsgenoten (=referentiegroep), het

relatieve voorkomen (aantallen per 100.000<sup>5</sup>) van gebeurtenissen van parasuicide zowel bij de 15-19-jarige als bij de 20-24-jarige Turkse vrouwen twee en een half keer hoger ligt (zie tabel 2). Voor de Surinaamse vrouwen in de leeftijdsgroep van 15-19 jaar en 20-24 jaar ligt deze factor lager: beide anderhalf keer hoger. Op basis van deze grotere aantallen blijkt wederom het hogere voorkomen onder Turkse en ook, op deze wijze bekeken, het (minder) verhoogde voorkomen onder Surinaamse jonge vrouwen. Wanneer dezelfde berekening wordt uitgevoerd voor de meldingen van de crisisdienst<sup>6</sup> en die van de ziekenhuizen<sup>7</sup> afzonderlijk, dan blijkt het hogere voorkomen bij de Turkse vrouwen alsook de Surinaamse vrouwen vooral uit de (reguliere) registratie van de crisisdienst. Het in vergelijking met de crisisdienst kleinere relatieve risico bij de ziekenhuizen kan mogelijk zijn beïnvloed doordat bij de ziekenhuizen enkele niet-Hagenaars zijn opgegeven, waardoor vooral het voorkomen in de referentiegroep is verhoogd. Ook kan de referentiegroep zijn verhoogd doordat in vergelijking met de Surinaamse en de Turkse jonge vrouwen het lichamelijke letsel bij de Nederlandse jonge vrouwen ernstiger was en vaker aanleiding gaf tot opname in een algemeen ziekenhuis.

<sup>4</sup> Dit betreft behalve de geregistreerde parasuicides in 2002 en 2003 van de crisisdienst en de ziekenhuizen dus ook de gevallen van de crisisdienst over de voorliggende anderhalf jaar als ook de opgave van de ziekenhuizen over 2004.

<sup>5</sup> Bevolking Den Haag: gemiddelde van de standstatistiek van de Dienst Burgerzaken van 31-12-2001 en 31-12-2002.

<sup>6</sup> Betreft de periode van half 2000 t/m eind 2003. Bevolking Den Haag: gemiddelde van standstatistiek van de Dienst Burgerzaken van 31-12-2001 en 1-1-2002. Deze opeenvolgende data zijn gekozen omdat m.i.v. 1 januari 2002 ook de gebieden Ypenburg en Leidschenvveen bij de gemeente Den Haag horen.

<sup>7</sup> Zijn de jaren 2002, 2003 en 2004. Bevolking Den Haag: gemiddelde van standstatistiek van de Dienst Burgerzaken van 31-12-2002 en 31-12-2003.

Tabel 2.

Voorbeelden van het relatieve risico van een gebeurtenis van parasuicide bij Turkse vrouwen en bij Surinaamse vrouwen (referentie Nederlandse vrouwen) naar aanmeldende instantie. Den Haag 2000-2004<sup>8</sup>.

	Ref. Nederlandse vrouwen	Turkse vrouwen	Surinaamse vrouwen
<i>Crisisdienst en ziekenhuizen (crisisdienst juli 2000 tot en met 2003 en ziekenhuizen 2002 - 2004)</i>			
15-19 jaar	1	2.5	1.8
20-24 jaar	1	2.5	1.6
<i>Crisisdienst ( juli 2000 tot en met 2003)</i>			
15-19 jaar	1	4.4	2.5
20-24 jaar	1	2.8	1.8
<i>Ziekenhuizen ( 2002 - 2004)</i>			
15-19 jaar	1	0.9	1.2
20-24 jaar	1	1.9	1.3

#### Aanvullende informatie allochtone meisjes/jonge vrouwen

Aan de medewerkers van de ziekenhuizen is gevraagd nog enkele extra vragen te beantwoorden wanneer de melding een allochtone vrouw betrof jonger dan dertig jaar (zie eerder in dit artikel). Dat was in 2002, 2003 en 2004 samen 67 keer het geval. De meeste meldingen van allochtone jonge vrouwen kwamen van het Leyenburg ziekenhuis (34), gevolgd door het Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde (19), het Rode Kruis en Bronovo ziekenhuis (ieder 7). Vier keer betrof de poging eenzelfde persoon (2 maal een Surinaamse jonge vrouw, 1 keer een Afghaanse en 1 Brits meisje).

De meisjes/jonge vrouwen zijn in de meeste gevallen van Surinaamse (22 gebeurtenissen) of Turkse afkomst (18 gebeurtenissen). Bij vrouwen beneden de dertig jaar met een etnische achtergrond 'Overigen' -een divers samengestelde groep en niet behorend tot de voornaamste niet-Nederlandse bevolkingsgroepen in Den Haag- werden 16 gebeurtenissen van parasuicide gemeld.

In de meeste gevallen heeft een geconsulteerde psychiater in het algemene ziekenhuis de melding gedaan, zo niet dan deed een arts op een interne afdeling dit, respectievelijk 75% en 13% (12% onbekend). De patiënten verbleven op dat moment -voor zover bekend- op een verpleegafdeling van het ziekenhuis, in een enkel geval was dit de intensive care.

Bij geen van de gevallen bleek de plaats van het eerste contact de afdeling Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis, hetgeen erop wijst dat de meldingen van gevallen van parasuicide hebben plaatsgevonden nadat er een psychiater van het ziekenhuis was geconsulteerd. Bij ten minste één van de drie gevallen is de patiënt per ambulance naar het ziekenhuis vervoerd.

Bij één op de acht gevallen kon het middel/de methode niet worden gemeld. De Marokkaanse en Turkse jonge vrouwen gebruikten in meerderheid niet-voorgeschreven geneesmiddelen (zoals bij de drogist verkrijgbare); de Surinaamsen vooral medicijnen-op-recept. Eén op de tien vrouwen nam vergif (acht gebeurtenissen). Op één Marokkaans meisje na waren zij allen van Surinaamse afkomst. Geen van de allochtone vrouwen heeft zichzelf verwond. Ook uit de registratie over de jaren 1987-1994 bleek dat 'verwonding'(snijden/verbranden) minder vaak voorkwam bij Marokkanen, Turken en Surinamers dan bij Nederlanders (2).

Op het moment van parasuicide waren de meesten ongehuwd. Dit geldt in bijzonder voor de Surinaamse jonge vrouwen. Onder hen was -voor zover bekend- slechts één gehuwd. De (negen) Marokkaanse meisjes/jonge vrouwen waren in meerderheid gehuwd en hadden ook bijna altijd kinderen. Het leefverband van de Turkse meisjes/jonge vrouwen neemt in dit opzicht een 'tussenpositie' in.

<sup>8</sup> Doordat in alle drie de voorbeelden gedurende de gehele of de gedeeltelijke periode meldingen van óf de crisisdienst óf de ziekenhuizen missen is steeds sprake van een beperktere registratie in vergelijking tot de periode 2002-2003.



In een minderheid van de gevallen stelde de beoordelend psychiater een psychiatrische diagnose (zoals depressie) vast. De Surinaamsen werden vervolgens meestal doorverwezen naar de reguliere GGZ, de overigen werden vaker naar het maatschappelijke werk, de jeugdzorg of in het geheel niet verwezen.

In de meldingen is opgave gedaan van de situatie die tot de suïcidepoging heeft geleid. Bij een vijfde van de gevallen kon geen specifieke aanleiding worden genoemd. De aanleiding bij de andere gevallen had vooral te maken met problemen in de omgang met vriend of partner (28 keer) als ook -maar minder- met (één van de) ouders (14 keer). Deze problemen in de relationele sfeer hadden vooral betrekking op de Surinaamse en Turkse vrouwen. Bij de negen Marokkaanse vrouwen kwamen deze aspecten minder naar voren en bleek het beeld gevarieerder, met geldzorgen, huisvestingsproblemen en gevoelens van ontheemdheid als aanleiding.

### Bespreking

Het Parasuïcide Registratieproject Den Haag beoogde -in navolging van het 'Haags Suïcidaal Gedrag Register'- het vóórkomen van gebeurtenissen van parasuïcide bij (subgroepen) Hagenaars in de tijd te volgen. Een verhoogd voorkomen van parasuïcides onder (een deel van) de bevolking kan een signaal zijn voor een meer dan gemiddelde vorm van psychosociale problematiek. Overigens kunnen gemeenschappen onderling sterk verschillen in de wijze waarop zij nood tot uitdrukking brengen. De gepresenteerde uitkomsten over de jaren 2000-2004 wijzen opnieuw op het beduidend meer voorkomen van parasuïcidale handelingen onder 15-19- en 20-24-jarige Surinaamse jonge vrouwen. Opvallend is verder dat op basis van deze recentere cijfers Turkse jonge vrouwen in dezelfde leeftijdsgroepen nu ook -en sterker dan eerder werd geconstateerd- een duidelijk bovengemiddeld voorkomen laten zien van gebeurtenissen van parasuïcides. De incidentie onder jonge Turkse vrouwen is nu zelfs hoger dan onder Surinaamse jonge vrouwen. Dit beeld zien we niet terug bij Marokkaanse jonge vrouwen. Dit is een uitkomst die (opnieuw) om aandacht vraagt omdat het kan wijzen op (ernstige) psycho-emotionele problemen onder Surinaamse en Turkse jonge vrouwen.

Enkele kritische beschouwingen op de gevonden

resultaten zijn hier op zijn plaats: allereerst het bereik en de volledigheid van het Parasuïcide Registratieproject Den Haag. De registratie bestrijkt die gebeurtenissen van parasuïcide die een crisisinterventie en/of een opname in de tweedelijnszorg noodzakelijk maakte. Buiten dit registratieproject vallen de gebeurtenissen van parasuïcide waarbij geen medische hulp is ingeroepen, alleen de huisarts is geconsulteerd of de ambulance is opgeroepen zonder dat behandeling in het ziekenhuis of interventie van de crisisdienst volgde. Dit zullen naar verwachting vooral situaties zijn met licht lichamelijk letsel. In aantal en mogelijke psychosociale problematiek zijn ze in de context van dit artikel wel betekenisvol. Zo bleek uit onderzoek in 1989 onder Haagse huisartsen dat bij ongeveer één op de vier gevallen van parasuïcide geen behandeling/beoordeling in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis volgde (7). Ook uit een door Schudel eerder gerefereerde recentere studie in Leiden bleek het aandeel parasuïcides dat alleen bij de huisarts bekend was, van gelijke grootte (1).

In het Parasuïcide Registratie Project Den Haag is een volledige registratie van de crisisdienst en de ziekenhuizen nagestreefd maar een aantal condities kan de (on)volledigheid van deze registratie in de tweedelijnszorg hebben beïnvloed. Zo vallen gebeurtenissen van parasuïcide bij Hagenaars die hun handeling hebben verricht buiten het verzorgingsgebied van de deelnemende instellingen en als gevolg daarvan niet met deze Haagse instanties in contact zijn gekomen, buiten de registratie. Daartegenover staat dat niet-Hagenaars bij opname in één van de deelnemende Haagse ziekenhuizen mogelijk wel zijn meegenomen<sup>9</sup>. Voor de hulpverleners in de ziekenhuizen betekende deelname aan het registratieproject het invullen en insturen van een extra formulier, buiten de normale routine. In hoeverre dit met alle werkdruk en miscommunicatie tussen collega's, in alle ziekenhuizen altijd even goed is gelukt kan op basis van de beschikbare gegevens niet worden vastgesteld. We kunnen dus niet uitsluiten dat er gevallen van parasuïcide zijn gemist. Een strikte of minder strikte organisatie binnen de ziekenhuizen kan hier invloed op hebben gehad. In tegenstelling tot de procedure in het Haags Suïcidaal Gedrag Register waar in principe aan alle betrokken instanties -ook de ambulancedienst en de afdeling Spoed Eisende Hulp van de algemene ziekenhuizen- was gevraagd gebeurtenissen van parasuïcidaal

<sup>9</sup> Op het registratieformulier van de ziekenhuizen ontbrak de informatie over de woonplaats van cliënt.

gedrag te registreren, hebben we hier te maken met een complementaire registratie: één gebeurtenis wordt slechts door één instantie gemeld. Dit beperkt - hetgeen de reden was- de werkbelasting van hulpverleners in het project, maar vergroot wel de kans op het missen van gevallen van parasuicide.

Gezien de uitkomst van een verhoogd vóórkomen van parasuicide onder jonge Surinaamse (twee keer zo hoog in vergelijking tot de jonge Nederlandse vrouwen) en jonge Turkse vrouwen (bijna drie keer zo hoog) is het van groter belang dat deze vormen van onvolledige registratie zich niet ongelijk hebben voorgedaan onder subgroepen in de Haagse bevolking. Dit lijkt niet aannemelijk. Maar de mogelijkheid kan niet worden uitgesloten dat er wellicht wel -in relatie tot het gebruikte middel/de methode- verschillen tussen etnische (sub)groepen bestaan in het wel of niet inroepen van medische hulp in een dergelijke probleemsituatie. In dat geval kunnen de resultaten het werkelijke voorkomen in de bevolking incorrect weergeven.

#### Conclusie

De hoge incidenties van parasuicide onder jonge Surinaamse en Turkse vrouwen vragen bijzondere aandacht: het risico op parasuicide is bij hen het hoogst. Er werden vier gebeurtenissen van parasuicide in een jaar geteld per duizend 15-19-jarige en 20-24-jarige vrouwen van Surinaamse afkomst en respectievelijk vijf en zeven bij de Turkse vrouwen (Nederlandse jonge vrouwen ruim twee per duizend in deze leeftijdsgroepen in een jaar). In 1987-1993 vonden de onderzoekers in relatie tot de Nederlandse vrouwen onder de 15-19-jarige en 20-24-jarige vrouwen van Surinaamse en Turkse etnisch-culturele afkomst ook verhoogde incidenties. Alleen zijn nu de incidenties onder Turkse jonge vrouwen hoger dan onder hun Surinaamse leeftijdgenoten (1987-1993: per jaar zeven op de duizend 15-19-jarige en 20-24-jarige Surinaamse vrouwen en respectievelijk vijf en vier bij de Turkse 15-19-jarigen en 20-24-jarigen).

Deze resultaten zijn nog steeds zorgwekkend en onderstrepen het belang om de aandacht te (blijven) richten op de leefcondities en risicofactoren en -gedragingen van in het bijzonder jonge Surinaamse en Turkse vrouwen die mogelijk aanleiding geven tot dit voor henzelf en hun omgeving destructieve gedrag. Ter voorkoming van (herhaling) van dit gedrag blijft - samen met de directe omgeving van betrokkene- intensieve samenwerking binnen en tussen de eerste- en tweedelijns (geestelijke) gezondheidszorg hard

nodig. In hoeverre cultuurelementen en/of emancipatieprocessen daarbij een rol spelen zou ook bij de Turkse jonge vrouwen verder moeten worden onderzocht. Daarnaast is het van belang uitingen van parasuïcidaal gedrag te blijven registreren om trends tussen en binnen subgroepen van de (Haagse) bevolking te kunnen blijven volgen.

#### Literatuur:

1. Schudel WJ en HWA Struben. Suïcidaal gedrag in Den Haag. *Epidemiol Bul Grav* 1997; 32 nr. 3: 18-25.
2. Schudel WJ, Struben HWA en JM Vroom-Jongerden. Suïcidaal gedrag en etnisch-culturele afkomst Den Haag 1987-1993. *Epidemiol Bul Grav* 1998; 33 nr. 4: 7-13.
3. Schudel WJ, Struben HWA en JM Vroom-Jongerden. Epidemiologie van parasuicide in Den Haag. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999; 143 nr. 28: 1469- 74.
4. Krikke H, Nijhuis HGJ, Wesenbeek R (red.). Aan de Grenzen: suïcidaal gedrag onder allochtone meisjes en jonge vrouwen. Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, Bureau Public Health. Reeks Maatschappelijke Gezondheidszorg Den Haag nr 1. Amrit 2000.
5. Salverda E. Laat me los, hou me vast: verslag van een kwalitatief onderzoek naar het psychisch welbevinden van dertig Haagse meisjes van Hindostaanse afkomst. Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, GGD, afdeling Epidemiologie. Den Haag, maart 2004.
6. International Classification of Diseases-10. Wereldgezondheidsorganisatie. Kopenhagen.
7. Schudel WJ. Suïcidaal gedrag. *Epidemiol Bul Grav* 1990; 25 nr.2: 19-21.

#### Dankwoord:

Het Parasuicide Registratieproject Den Haag had geen kans van slagen gehad zonder de intensieve en consciëntieuze inzet van medewerkers van Parnassia en de hulpverleners van de deelnemende ziekenhuizen. Wij danken hen hartelijk voor hun bereidheid tot deelname en hun inzet bij de gegevensaanlevering.

# Onderzoek naar de inzet van nurse practitioners op de Spoedeisende Hulp van Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde

*C. van der Linden*

De organisatie van de zorg voor spoedeisende patiënten in Nederland is aan het veranderen. Het lijkt een onomkeerbaar maatschappelijk fenomeen dat steeds meer mensen met acuut ervaren medische klachten zich direct -zonder tussenkomst van hun huisarts- tot de Spoedeisende Hulpafdeling van een ziekenhuis wenden. Alleen al in het Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde (MCH Westeinde) is het aantal 'zelfverwijzers' momenteel zo'n 80 patiënten per dag. Voor velen is deze vorm van specialistische zorg niet nodig. Om de toestroom zelfverwijzers goed op te vangen kiest men op verschillende plaatsen in het land voor het integreren van huisartsenposten bij Spoedeisende Hulp afdelingen in ziekenhuizen. Zelfverwijzers die geen tweedelijns zorg van het ziekenhuis nodig hebben kunnen dan ter plaatse direct worden doorverwezen naar de huisarts op de spoedzorg. Een andere manier om de stroom zelfverwijzers te behandelen is het werken met een low care unit, waar de nurse practitioner centraal staat.

Met deze ontwikkelingen in de spoedzorg krijgen 'nieuwe' functies zoals de Spoedeisende Hulp arts (SEH) en de nurse practitioner een steeds prominentere plaats in de Spoedeisende zorgteams. Onderstaand artikel gaat over het opzetten van zo'n low care unit, en over mogelijke verschillen in het verwijzen van patiënten naar de nurse practitioner op de low care unit en de huisarts van de huisartsenpost.

In het MCH Westeinde komt (vooralsnog) geen huisartsenpost. In de Haagse regio hebben de zorgverzekeraars ervoor gekozen de huisartsen spoedzorg te integreren bij de Spoedeisende Hulpafdelingen van de ziekenhuizen Antoniushove, Bronovo en Haga Leyenburg, omdat daar de belangrijkste huisartsenposten zijn gevestigd. Om de grotere toeloop van patiënten goed op te vangen heeft MCH Westeinde ervoor gekozen een eigen acuut centrum op de Spoedeisende Hulp (SEH) te ontwikkelen, waar gedifferentieerde zorg zal worden geboden. Vooruitlopend hierop is men enige jaren geleden begonnen met het ontwikkelen van een triage (het bepalen van de urgentie van de klacht van de patiënt) en het opleiden van SEH-artsen en nurse practitioners (1).

De patiëntenstromen zullen worden gescheiden in *low care*, *medium care* en *high care*, waarbij op de *low care unit* nurse practitioners gaan werken (1). Voor de zorg door nurse practitioners zou een ander tarief gedeclareerd kunnen worden dan voor *medium* en *high care*

zodat dit ook voor de zorgverzekeraars aantrekkelijk wordt. In het buitenland is al enige jaren ervaring opgedaan met *low care units* (4)(5). Afname van de wachttijden, een grotere patiëntentevredenheid en toename van de gezondheidsvoorlichting blijken het effect te zijn. Hierdoor zijn de door nurse practitioners gerunde *low care units* niet meer weg te denken uit de Engelse en Ierse gezondheidszorg (2)(3)(6). Een belangrijke reden om binnen MCH Westeinde een *low care unit* te starten is de wens om tegemoet te komen aan de behoefte van de cliënt. De toenemende druk op de huisartsen in de Haagse binnenstad, de groeiende aantallen zelfverwijzers en de als gevolg daarvan nog steeds toenemende werkdruk op de SEH afdeling, maken het opzetten nodig van een laagdrempelige voorziening, waar mensen kwalitatief goede en snelle zorg kunnen krijgen. Bovendien biedt zo'n voorziening huisartsen de mogelijkheid om patiënten door te sturen voor kleine ingrepen en behandelingen waarvoor zij zelf niet de faciliteiten of het personeel

Over de auteur:

Christien van der Linden, unitcoördinator en nurse practitioner Spoedeisende Hulp van Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde

hebben. Een *low care unit* is vooral bedoeld voor patiënten met niet-complexe hulpvragen die op een SEH afdeling vaak lang moeten wachten op hulp omdat alle 'meer urgente' patiënten vóór gaan. De logische reactie op deze situatie is een taakherschikking en het inzetten van personeel met een passende opleiding en ervaring.

#### De inventarisatie

Om te bepalen hoeveel patiënten in aanmerking zouden kunnen komen voor onderzoek en behandeling door een nurse practitioner op de *low care unit* is gedurende een week een inventarisatie gedaan. De resultaten hiervan zijn vergeleken met de cijfers zoals deze verwacht zouden kunnen worden wanneer op de SEH een geïntegreerde huisartsenpost zou functioneren. Hierbij is gekeken naar verschillende openingstijden.

#### Materiaal en methode

Het onderzoek vond plaats in de eerste week van april 2005 op de SEH van MCH Westeinde.

Bij de verdeling van de patiënten in verschillende stromen speelt de triageverpleegkundige een belangrijke rol. Deze bepaalt aan de hand van het Manchester Triage Systeem (MTS) welke functionaris de patiënt kan behandelen: de assistent specialist of de SEH arts op de *medium of high care unit*, of de nurse practitioner op de *low care unit*.

Het MTS selecteert eerst patiënten met de hoogste prioriteit en doet dit aan de hand van de klachten van de patiënt, zonder enige veronderstelling over de medische diagnose. Aan de hand van de klacht van de patiënt kiest de triageverpleegkundige één van de 52 stroomschema's en wordt de klacht verder 'uitgevraagd' met behulp van zogenaamde discriminatoren. Dit zijn factoren waarmee de patiënt kan worden ingedeeld in een urgentiecategorie. Voorbeelden van discriminatoren zijn: zwelling, afwijkende stand, pijn op de borst, braken, afwijkende polsslag, inadequate ademhaling, bloedverlies.

Om te bepalen welke zorg op de SEH nodig is en welke functionaris moet worden ingezet, is voor dit onderzoek de ingezette hulp achteraf gecodeerd met behulp van het MTS. Alle klachten of letsels waarmee de patiënten naar de SEH kwamen, zijn beoordeeld op 'passend binnen de protocollen van de *low care unit*' en 'getriëerd met een discriminator die onder de nurse practitioner valt'.

Van elke discriminator die gebruikt wordt bij de stroomschema's is vastgesteld of de patiënt door de

triageverpleegkundige naar de nurse practitioner kon worden verwezen, of dat de patiënt toch op de *medium of high care unit* behandeld had moeten worden.

Hetzelfde is gedaan voor de verwijzingen naar de huisarts, dit in samenwerking met Gré van Gelderen, huisarts in Den Haag. Om de MTS discriminatoren in te delen in 'geschikt voor de huisarts' en 'geschikt voor de nurse practitioner' is een minimale aanpassing nodig van enkele stroomschema's. Bovendien moet de triageverpleegkundige de patiënten op meer dan alleen de discriminator 'pijn' indelen, om te kunnen bepalen bij welke functionaris de patiënt terecht kan. Voor dit onderzoek zijn de triagebeslissingen en de aantekeningen van de triageverpleegkundige meegenomen om een indeling te maken in 'behandelbaar door de nurse practitioner', 'behandelbaar door de huisarts', en 'indicatie voor behandeling op de SEH'. Om te bepalen of de patiënt na onderzoek door de nurse practitioner of de huisarts alsnog verwezen zou moeten worden naar de SEH is, in het kader van het onderzoek, steeds uitgegaan van de uiteindelijke diagnose en de ziekenhuisnormen voor opname en doorverwijzen. Zo bleven bijvoorbeeld teenfracturen bij de huisarts staan, zonder doorverwijzing, omdat een teenfractuur geen consequenties heeft in de behandeling. Ook een patiënt met maagpijn werd in dit onderzoek niet als doorverwezen beschouwd als uit het gemaakte cardiogram geen verdenking van hartklachten bleek. Een patiënt met hoofdpijn bleef bij de huisarts staan, zonder doorverwijzing, als er geen afwijkingen werden gevonden op de gemaakte CT scan. In de dagelijkse praktijk zullen derhalve meer mensen doorgestuurd worden voor aanvullend onderzoek dan uit de retrospectieve gegevens van dit onderzoek blijkt.

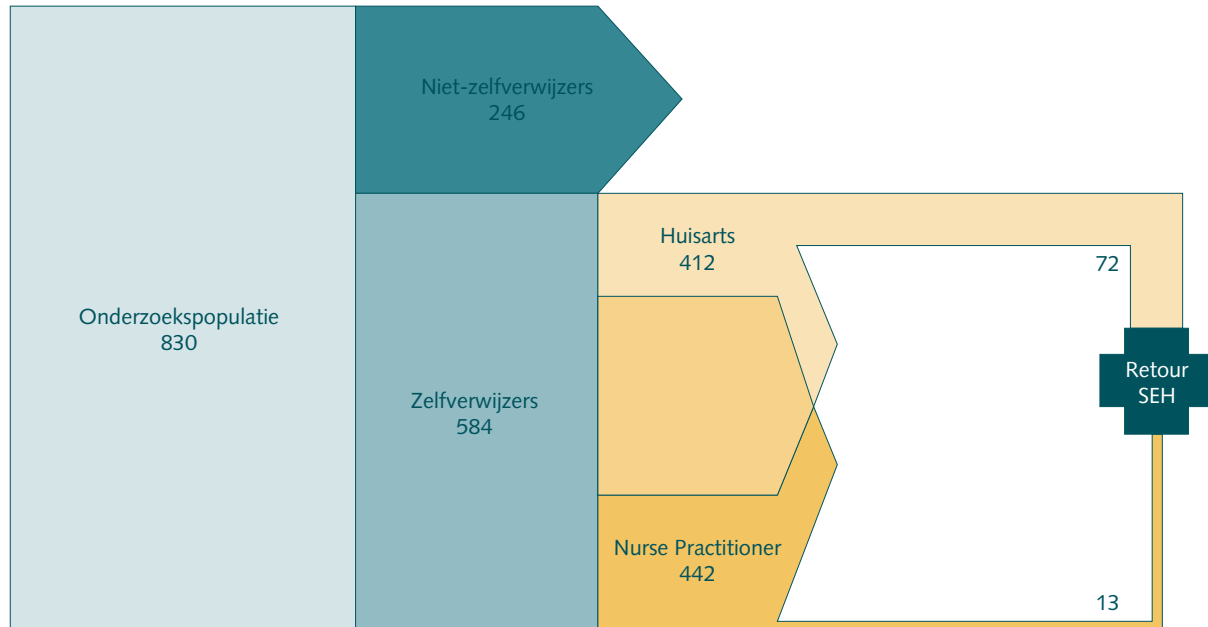
#### Onderzoekspopulatie

Totaal vroegen 830 personen om acute zorg in de eerste week van april 2005 bij de Spoedeisende Hulpafdeling van het MCH Westeinde, gemiddeld 118 patiënten per dag. Hiervan was iets meer dan de helft man (51%), en bijna één op de acht jonger dan twaalf jaar (13,2%). De meeste mensen kwamen tussen 12 uur 's middags en 20 uur 's avonds (52,7%) en in het weekeinde (37%).

De meeste patiënten (n=584: 70,4%) kwamen op eigen initiatief en met eigen vervoer naar de Spoedeisende Hulpafdeling van het MCH Westeinde (zie figuur 1). De anderen (n=246: 29,6%) kwamen per ambulance (10,2%), waren verwezen door een huisarts (8,9%) of door andere professionals, zoals poliklinieken, politie, röntgenafdeling en ambulanceverpleeg-

**Figuur 1**

Onderzoekspopulatie naar insturende instantie en verwacht vervolgtraject op basis van de discriminatoren in de stroomschema's van het Manchester Triage Systeem.



kundigen (12,2%). (Enkelen waren verwezen door een professional en per ambulance vervoerd).

Van de 584 zelfverwijzers werden 38 patiënten (6,5 %) opgenomen op een afdeling (waarvan 7 patiënten op een ICU/CCU afdeling), 50 patiënten (8,6%) kregen gips, en 109 (18,7%) kwamen naar de SEH met een wond. In totaal kwam dus een derde (197 patiënten) van de groep 'zelfverwijzers' in aanmerking voor zorg die alleen op de SEH te krijgen was.

De verdeling in de urgentiecategorieën van het totale aantal patiënten (n=830) was als volgt (zie figuur 2): één patiënt werd binnengebracht met levensbedreigend letsel, 109 patiënten met zeer urgent letsel (lichtgeel), 284 patiënten met urgent letsel (groen), 415 patiënten met standaard letsel (donkergeel) en 21 patiënten met niet-urgent letsel (lichtgroen).

### Resultaten

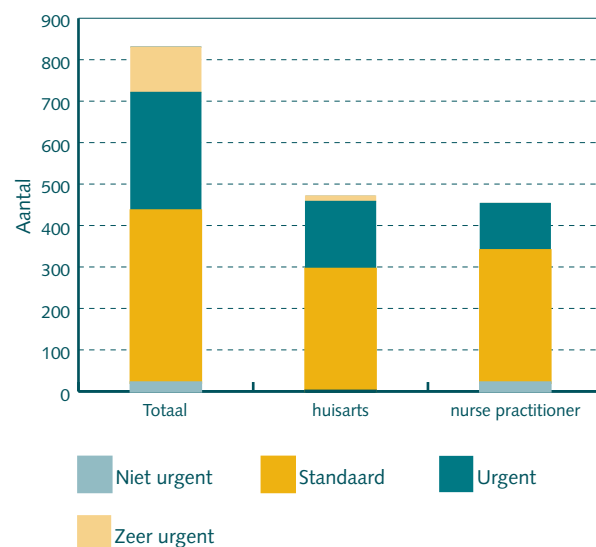
In geval van een huisartsenpost in het ziekenhuis, zouden 412 patiënten door de triageverpleegkundige naar de huisarts kunnen worden verwezen, op basis van de discriminatoren in de stroomschema's van het MTS (zie figuur 1). Van deze groep zou de huisarts 72 patiënten (17,5%) hebben moeten doorsturen naar de SEH. 32 patiënten zouden zijn opgenomen op de

afdeling en 40 patiënten zouden gips moeten krijgen op de SEH.

Bij het inzetten van een nurse practitioner komen de cijfers er iets anders uit te zien: 442 patiënten zouden, weer op basis van de discriminatoren in de stroomschema's van het MTS, door de triageverpleegkundige naar de nurse practitioner kunnen worden verwezen.

**Figuur 2**

Verdeling patiënten in urgentiecategorieën.



Hiervan zou de nurse practitioner 13 patiënten (2,9%) hebben moeten doorsturen naar de SEH.

Bij de verdeling van de patiënten onder de huisarts en de nurse practitioner is sprake van enige overlap: patiënten die volgens de discriminatoren zowel geschikt zijn om door de huisarts als door de nurse practitioner behandeld te worden. Dit is bij 259 patiënten (31,2%) het geval.

Rekening houdend met de openingstijden van de eventuele *low care unit* bemand door nurse practitioners van 10 uur 's ochtends tot 22 uur 's avonds, zouden 349 patiënten (42%) kunnen worden behandeld door de nurse practitioner.

Dit kunnen we afzetten tegen de openingstijden van een eventuele huisartsenpost in het ziekenhuis: bij openingstijden van 18 uur tot 23 uur zouden 142 patiënten (17,1%) behandeld kunnen worden door de huisarts, en bij openingstijden van 18 uur tot 8 uur de volgende ochtend en 24 uur in het weekend zouden dit 295 patiënten (35,5%) zijn.

Het hogere getal van doorverwijzingen naar de huisarts is te verklaren door het feit dat de huisarts bij de triage complexere problematiek zal krijgen toegewezen op basis van de discriminatoren. Hiervan zal bij een gedeelte meer diagnostiek noodzakelijk zijn en zal de patiënt dus worden doorverwezen. Van de groep met problemen van een lagere complexiteit, zoals de patiënten met extremiteitenletsel, zal de huisarts een gedeelte door moeten sturen naar de SEH voor een röntgenfoto of voor gips. De nurse practitioner behandelt patiënten met een lagere complexiteit, bijvoorbeeld patiënten met wonden en extremiteitenletsels, waarbij hij/zij vrijwel alles zelfstandig kan afhandelen omdat hij/zij de beschikking heeft over röntgenfaciliteiten, hechtmateriaal en gipsmogelijkheden.

Over het algemeen fungeert de huisarts in iets hogere urgentiecategorieën dan de nurse practitioner (zie figuur 2). De consequentie hiervan is dat meer patiënten van de huisarts doorverwezen moeten worden naar de SEH.

#### Discussiepunten

Bovenstaand onderzoek is een retrospectieve inventarisatie van de gegevens in de patiëntendossiers. Rekening moet worden gehouden met enige vertekening. Wat betreft het verwijzen is echter uitgegaan van minimale verwijzingen door de huisarts voor aanvullende diagnostiek, omdat in veel gevallen de huisarts,

vergeleken met de assistent op de SEH, de patiënt zal kunnen behandelen met minder diagnostische hulpmiddelen. Daarom is in dit onderzoek de keuze gemaakt uit te gaan van de uiteindelijke diagnose, en niet van de verrichte diagnostiek. Het retrospectieve aspect van het onderzoek maakt dat het maar een ruwe schatting is, maar het aantal doorverwijzingen zal in werkelijkheid eerder meer dan minder zijn. Hoewel het gegeven van de mogelijk soms 'onnodige' diagnostiek de laatste jaren lijkt te veranderen door de komst van de (meer ervaren) SEH artsen, is dit nog niet onderbouwd met cijfers. De indruk bestaat echter dat de SEH arts, net als de huisarts, met veel minder diagnostiek en zeker minder doorverwijzingen naar andere specialisten de patiënt goed kan behandelen. Dit is nu van grote waarde voor de SEH afdeling van MCH Westeinde. Bij het opzetten van een *low care unit* op de SEH, bemand door nurse practitioners, is de SEH arts bij uitstek geschikt als *supervisor*. Voordat de nurse practitioners volledig zelfstandig kunnen functioneren op de unit hebben zij veel begeleiding nodig. Omdat op de unit niet alleen heekunde problematiek behandeld zal worden, maar ook bijvoorbeeld KNO, urologie, neurologie en oogheelkunde, is de begeleiding van een generalist met veel ervaring, zoals een huisarts of een SEH arts, noodzakelijk.

De uitkomsten van dit onderzoek zijn van toepassing op de SEH van MCH Westeinde, een binnenstad ziekenhuis met een heel hoog percentage zelfverwijzers, en een hoog percentage zogenaamde *low care*. De vraag kan worden gesteld hoeveel patiënten 'ten onrechte' zijn gezien bij de SEH. Alle zelfverwijzers? Echter, ook bij de groep zelfverwijzers zijn patiënten met ernstig letsel. Of een zelfverwijzer terecht of onterecht naar een SEH is gekomen, kan vaak alleen achteraf worden beoordeeld, en eigenlijk doet het er ook niet toe. Het ziekenhuis is verplicht om alle patiënten die zich melden zorg te geven, wat betekent dat er eigenlijk geen 'onterechte patiënten' zijn. Eén van de doelstellingen van de nurse practitioner op de *low care unit* is het geven van voorlichting over gezondheid en preventie van ziekten en trauma, waardoor hier aandacht wordt besteed aan de mogelijkheden van zelfhulp en de eerstelijnszorg wanneer zich een volgende keer een zelfde probleem bij de patiënt voordoet. Met het reguleren van de stromen moet het proces op de SEH afdeling zo worden georganiseerd dat alle patiënten de juiste zorg krijgen op het juiste moment en door de juiste persoon tegen een passend tarief.

De meetperiode betrof slechts één week. Er is uitgegaan van het indelen van de patiënten tijdens de triage, aan de hand van discriminatoren in het MTS, naar nurse practitioner, huisarts en SEH, waarbij de indeling van de discriminatoren is gemaakt door één huisarts en één nurse practitioner.

Het is niet de bedoeling van dit onderzoek om de competenties van de nurse practitioner te vergelijken met de kennis, kunde en opleiding van de huisarts. De nurse practitioner op de Spoedeisende Hulp kan de huisartsenpost net zo min vervangen als andersom. Hoewel er, zeker buiten kantoor tijden, enige overlap in de patiëntengroep is, blijft de nurse practitioner gebonden aan het werken volgens protocol bij duidelijk omschreven letsels. Bovendien heeft de nurse practitioner, naast medische verrichtingen, ook een groot deel verpleegkundige werkzaamheden. Dat betekent een andere categorie patiënten dan de huisarts en heeft invloed op de consulttijd. Een *low care unit* is alleen mogelijk bij voldoende vraag van de voor nurse practitioners geschikte categorie patiënten, zoals bij MCH Westeinde het geval blijkt te zijn.

#### Literatuur

1. Voeght F de, Linden C van der. Ontwikkelingen op de Spoedeisende Hulp van Medisch Centrum Haaglanden. *Epidemiologisch Bulletin* 2004; 39 nr.3:19-21.
2. Tye C. The emergency nurse practitioner role in major accident and emergency departments: professional issues and the research agenda. *Journal of Advanced Nursing* 1998; 26: 364-70.
3. Barr M, Johnston D, McConnell D. Patient satisfaction with a new nurse practitioner service. *Accident and Emergency Nursing* 2000; 8: 144-7.
4. Beales J. Innovation in Accident and Emergency management: establishing a nurse practitioner-run minor injuries / primary care unit. *Accident and Emergency Nursing* 1997; 5: 71-5.
5. Beales J. Setting up an ENP service: options, planning and pitfalls. *Emergency Nurse* 1998; 6 nr 7: 20-3.
6. Dolan B, Dale J, Morley V. Nurse Practitioners: the role in A&E and primary care. *Nursing Standard* 1997; 11 nr 17: 33-8.

# Spoedzorg en de rol van de huisarts: nu en in de toekomst

*G. van Gelderen, T. Nijenhuis, B. van Ek*

Het aantal patiënten dat zich zonder voorafgaande verwijzing van hun huisarts met een acute zorgvraag op de Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) van het ziekenhuis meldt, is in de loop der jaren flink toegenomen. Veel van deze zelfverwijzers (metingen lopen uiteen van 50 tot 75%) zouden overdag gewoon bij de eigen huisarts terecht kunnen, en na kantooruren bij de huisartsenpost.

Van oudsher zorgen huisartsen voor bereikbaarheid en beschikbaarheid op momenten waarop ze zelf afwezig zijn. In Den Haag is vanaf 1943 de oudste huisartsenpost van Nederland actief. Onderstaand artikel beschrijft hoe de huidige huisartsenpost werkt en schetst mogelijke ontwikkelingen voor de toekomst.

## Huisartsenpost Haaglanden

Sinds 2002 werken de huisartsen uit Den Haag, Leidschendam, Rijswijk, Voorburg, Voorschoten en Wassenaar buiten kantooruren samen via de SMASH: de Stichting Mobile Artsen Service Haaglanden. Hierin participeren 310 huisartsen, voor zo'n 635.000 patiënten. De werkwijze is als volgt. Patiënten nemen telefonisch contact op met SMASH. De doktersassistente die de patiënt aan de lijn krijgt stelt vragen volgens de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap en kan op deze wijze snel het spoedeisende karakter van een hulpvraag achterhalen. Alle telefoongesprekken worden opgenomen. Een dienstdoende telefoonarts houdt de supervisie en adviseert de doktersassistentes; ook fiatteert deze arts de zelfstandig door de assistente afgehandelde hulpvragen.

Alleen na een telefonische afspraak kunnen patiënten één van de huisartsenposten bij de ziekenhuizen Antoniushove, Bronovo en Leyenburg bezoeken. Indien nodig komt een visite-arts bij de patiënt langs. Deze arts wordt door een chauffeur naar de patiënt gebracht. De auto is uitgerust met een koffer met spoedmedicatie, verbandmiddelen, zuurstof en een defibrillator in geval van hartproblemen. De informa-

tie over de patiënt krijgt de visite-arts per fax in de auto. De eigen huisarts van de patiënt krijgt standaard na ieder contact een elektronisch waarneembericht. De patiëntgegevens worden in de computer opgeslagen.

In 2004 namen 92.500 patiënten contact op met SMASH. Van hun hulpvragen kon 46% via de telefoon worden beantwoord, 43% van de patiënten kreeg het advies naar een huisartsenpost te komen en 11% werd thuis bezocht.

## Samenwerking met andere organisaties in Den Haag

Om de zorg voor de patiënt optimaal en efficiënt te organiseren vindt nauwe samenwerking plaats met andere organisaties in de spoedzorg. Zo kan de MKA (Meldkamer Ambulancezorg) bij SMASH informatie opvragen uit de patiëntendossiers die SMASH beheert. De MKA via '112' kan na triage (selectie op medische urgentie) patiënten overdragen aan SMASH. Bij patiënten met een recent CVA (cerebrovasculair accident) of een mogelijk recent myocardinfarct, is het uiteraard van groot belang dat deze zo snel mogelijk in het ziekenhuis komen. Om maximale tijdswinst te behalen is met de MKA de afspraak gemaakt dat de huisartsenpost na telefonische triage deze patiënten gelijk overdraagt aan de MKA. Dit gebeurt zo'n 45 keer per maand. En met Parnassia, psycho-medisch centrum, is de afspraak gemaakt dat psychiatrische patiënten die contact opnemen met SMASH volgens een vastgesteld protocol door SMASH worden beoordeeld op lichamelijke aandoeningen en indien nodig worden behandeld. Voor de psychiatrische problematiek neemt Parnassia de hulpverlening over. In 2003 werd 611 maal naar Parnassia verwezen.

Met de thuiszorg heeft SMASH afspraken gemaakt over het vervangen van een urinekatheter als deze niet meer functioneert. Ongeveer 150 keer per jaar krijgt de thuiszorg het verzoek van SMASH een nieuwe katheter bij een patiënt te plaatsen. Ook met RIBW-

Over de auteurs:

Gré van Gelderen is (tot 1 oktober 2005) huisarts/ kwaliteitsmedewerker van SMASH, Tjeerd Nijenhuis is voorzitter bestuur SMASH, Bruno van Ek is bestuurslid SMASH.



instellingen (Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen) wordt nauw samengewerkt in verband met de kwetsbaarheid van de bewoners van deze instellingen en hun risico op ernstige lichamelijke aandoeningen. De samenwerking met de gemeentelijk lijkschouwers is vastgelegd in de Leidraad schouwen. In geval van emotionele problemen en wanneer de patiënt uitsluitend behoefte heeft aan een luisterend oor vindt verwijzing plaats naar de telefonische hulpdienst Teletrust. En ten slotte is recent een samenwerkingsafspraken gemaakt met het Juliana Kinderziekenhuis, waarbij hulpzoekende ouders van een kind met een nieuw medisch probleem telefonisch worden doorverbonden met de huisartsenpost.

#### Ontwikkelingen binnen de spoedzorg in Haaglanden

Op verzoek van de zorgverzekeraars heeft begin 2005 een werkgroep bestaande uit een vertegenwoordiging van de SEH van de Haagse ziekenhuizen, huisartsen en ambulancevervoerders een rapport samengesteld over de noodzaak van verdergaande samenwerking in de acute zorg. Uitgangspunt was door meer samenwerking in de acute zorgketen de patiënt met een spoedeisende zorgvraag buiten kantooruren de juiste zorg te bieden, op de juiste tijd, door de juiste persoon en op de juiste plaats.

De werkgroep onderscheidde daarbij de drie manieren waarop de patiënt nu spoedeisende zorg ontvangt.

- Telefonische hulpverlening: de huisartsenpost en de MKA '112' zijn in de telefonische spoedzorg de belangrijkste organisaties. Patiënten blijken vaak niet goed geïnformeerd waar ze met hun hulpvraag naar toe moeten. Het is dikwijls 'toevallig' of een patiënt '112' belt, de huisartsenpost of het ziekenhuis. Door betere onderlinge samenwerking streven de organisaties ernaar dat de hulpvraag op de juiste plek terecht komt.

- Bezoek aan de huisartsenpost of de SEH van het ziekenhuis: op de SEH's komen veel patiënten die aan huisartsgeneeskundige zorg door een doktersassistente of een huisarts genoeg hebben. Voor deze patiënten is zorg door de huisarts dan het meest geëigend en ook goedkoper. Daartoe zou één spoedloket, waarin huisartsenpost en SEH directer met elkaar kunnen samenwerken, wenselijk zijn. De huisartsen houden daarbij de triage van de patiënten richting SEH of huisarts het liefst in eigen hand. In de werkgroep werd hierover geen overeenstemming bereikt; na veel discussie zijn uiteindelijk gezamenlijk gedragen protocollen ontwikkeld. Invoering van dit model zou betekenen dat de Haagse huisartsen meer consultdiensten gaan doen.

- Visites aan huis: deze worden gedaan door de huisartsenpost en het ambulancevervoer. Op dit vlak blijft de huidige intensieve samenwerking bestaan.

Een aantal gewenste veranderingen in de spoedzorg kan niet meteen worden ingevoerd. Zo zijn huisartsenposten en SEH's van ziekenhuizen op dit moment fysiek gescheiden werkplekken. Ook is sprake van cultuurverschillen en is de bereidheid tot samenwerking niet overal even groot. Verder veronderstelt dit model een herlocatie van financiële middelen van ziekenhuizen naar huisartsen. Een obstakel is ook dat de computertechnologie van de verschillende organisaties niet op elkaar aansluit.

#### Tot slot

Vanuit de patiënt gezien is het in de spoedzorg vooral van belang dat deze zo snel mogelijk de adequate zorg krijgt die voor haar of hem nodig is zonder dat bestaande schotten in de gezondheidszorg hierbij een belemmering vormen. De telefonische hulpverlening bij spoedvragen is door nauwere samenwerking tussen de MKA en de huisartsenpost al éénduidiger geworden. Een directe samenwerking tussen huisartsenpost en SEH kan evenzeer leiden tot één spoedloket met een centrale triage, waarbij de huisarts graag zijn verantwoordelijkheid neemt.

# Medisch specialisten: hun dagelijks werk en hun behoefte aan zeggenschap

C.J. Kruijthof

Artsen zijn 'professionals'. Ze behoren tot een beroepsgroep (professie) met een exclusief werkveld, waar abstracte kennis en specialistische vaardigheden voor nodig zijn. Mensen die die kennis en vaardigheden niet hebben, kunnen niet zomaar beslissingen nemen over het werk in een professie. Daarom hebben professionals relatief veel zeggenschap over hun eigen werk ('professionele autonomie'). Wat zijn eigenlijk de karakteristieken van het dagelijks werk van specialisten in Nederlandse ziekenhuizen? En over welke onderwerpen willen zij zeggenschap hebben? Het proefschrift 'Doctors' orders. Specialists' day to day work and their jurisdictional claims in Dutch hospitals' gaat over deze vragen en biedt een momentopname van het werk en de rol van medisch specialisten in Nederlandse ziekenhuizen (1). De conclusies zijn gebaseerd op directe observaties van 'specialistenwerk' in verschillende ziekenhuizen (onder andere het Medisch Centrum Haaglanden), en op een landelijk vragenlijstonderzoek dat in samenwerking met de Orde van Medisch Specialisten werd uitgevoerd in het kader van 'Medisch Specialist in Perspectief' (2). In onderstaand artikel een korte weergave van het onderzoek, om de lezer van het Epidemiologisch Bulletin een indruk te geven van 'dokterspraktijken' in ziekenhuizen.

## Werk en zeggenschap

De inhoud van het werk van medisch specialisten wordt, net als in andere professies, gekenmerkt door drie soorten handelingen: diagnosticeren, behandelen en redeneren (3). 'Diagnosticeren' is de serie activiteiten waarin het probleem van de patiënt door de specialist wordt vertaald in medische termen. De uitkomst is een diagnose of een aantal hypothesen. 'Behandelen' is de serie handelingen waarin medische kennis wordt terugvertaald in mogelijke oplossingen voor het probleem van de patiënt. Soms bieden geneesmiddelen een oplossing, of leefregels. Soms is er meer nodig, bijvoorbeeld een operatie. 'Redeneren' is in de geneeskunde het nadenken over en bespreken van diagnoses en behandeling. In het 'redeneren' wordt de algemeen geldende medische kennis specifiek gekoppeld aan de individuele patiënt. En op basis daarvan worden diagnose en behandeling zoveel mogelijk op individuele maat gemaakt. Het 'cognitieve werk' van het redeneren is precies het proces waarmee professies zich onderscheiden van andere soorten beroepen. De drie handelingen staan in het dagelijks werk niet los van elkaar.

De mensen die in ziekenhuizen samenwerken vormen 'social orders', sociale systemen die berusten op geschreven en ongeschreven regels. De vorming van

zo'n 'order' (de term is moeilijk in het Nederlands te vertalen) is een proces waarin alle deelnemers proberen hun belangen te beschermen. Zo ook de specialisten. Die belangen kunnen tegenstrijdig zijn, en ze kunnen veranderen. Daarom worden 'social orders' in stand gehouden door middel van dagelijkse kleine (en soms grote) onderhandelingen. Het zijn 'negotiated orders' (4). Op elk moment in de tijd vormt de uitkomst van de onderhandelingen het begin van de volgende ronde. Om er achter te komen waar specialisten zeggenschap over willen hebben en houden, heb ik onderzocht waar specialisten in hun dagelijks werk over onderhandelen. Die onderhandelingen, klein of groot, zijn soms doelgericht gestart, maar heel vaak worden ze juist gevoerd zonder dat de deelnemers zich daar helemaal bewust van zijn.

## Het dagelijks werkproces in verschillende vakgebieden

'Redeneren' is in dit verband de activiteit die een professie exclusieve zeggenschap verleent. Daarom heb ik het dagelijks het werk van specialisten vooral onderzocht in een analyse van 'redeneren' in de patiëntenzorg. Ik heb onderscheid gemaakt tussen beschouwende, snijdende en ondersteunende vakgebieden. De hier beschreven verschillen zijn niet 'exclusief'. Wat voor beschouwende vakgebieden wordt beschreven is niet volstrekt afwezig voor snijdende vakgebieden.

Over de auteur:

Dr. C.J. (Karen) Kruijthof is arts en bestuurskundige. Zij promoveerde op 10 juni jongstleden op het onderzoek 'Doctors' orders. Specialists' day to day work and their jurisdictional claims in Dutch hospitals'. Momenteel is zij directeur van het Landsteiner Instituut, het centrum voor opleiding en onderzoek van het Medisch Centrum Haaglanden.

den. Het gaat om graduele verschillen die samen zorgen voor accenten in de verschillende disciplines.

In *beschouwende vakgebieden* is de essentie van redeneren vooral argumenteren. Het verband tussen diagnostiek en behandeling wordt zoveel mogelijk gelegd in een sluitend betoog, een volledig verhaal over elke individuele patiënt. De problemen waar patiënten mee komen bij de beschouwers zijn niet één op één in medische termen te vertalen, en de aard van problemen is vaak langdurig (relatief veel chroniciteit). Deze karakteristieken kleuren het werk in de patiëntenzorg. Zowel in grote lijnen als in details willen specialisten in beschouwende vakgebieden het hele verhaal van de individuele patiënt kunnen relateren aan hun medische kennis en kunde. Dat beïnvloedt bijvoorbeeld hun onderlinge bijeenkomsten (grote visite of overdracht): ze werken dan samen aan de (re)constructie van het betoog over individuele patiënten. Het beïnvloedt ook de accenten in de begeleiding van arts-assistenten. Een voorbeeld uit de observaties:

*Eén van de arts-assistenten overlegt met de specialist over een patiënt. De resultaten van aanvullend onderzoek zijn bekend en de arts-assistent vertelt over de 'leverfuncties'. "Nee", zegt de specialist, "je moet het niet over 'leverfuncties' hebben. Er zijn maar weinig parameters die ons echt over het functioneren van de lever informeren. We hebben het over 'enzymen'. Als je praat over 'leverfuncties' laat je zien dat je niet nadenkt over wat je zegt. En dat is nou precies wat we in ons specialisme wel moeten doen: nadenken over wat we zeggen en doen."*

In de *snijdende vakgebieden* is het nemen van besluiten essentieel in het redeneren. Elke toepassing van chirurgie in diagnostiek of in de behandeling van een patiënt moet voortkomen uit een duidelijke 'ja of nee' beslissing. Maar ook buiten die centrale beslissing over operatief ingrijpen is de redeneertrant van snijders meer gericht op besluitvorming over wat er moet gebeuren dan op het opbouwen van het hele verhaal. Ook deze karakteristiek heeft gevolgen voor verschillende aspecten van het dagelijks werk. De communicatie met patiënten is gericht op het aantonen of uitsluiten van bepaalde feiten. De dagelijkse visite ook. Onderlinge communicatie is, meer dan in de beschouwende vakgebieden, het gezamenlijk opbouwen en toetsen van besluitvorming. Zowel voorafgaand aan operaties als achteraf worden in patiëntenbesprekingen de feiten gepresenteerd en beoordeeld die leiden tot behandelbeslissingen. Uit de observaties:

*Eén van de snijders geeft toelichting op de aard van onderling overleg: "Patiëntenzorg in ons vakgebied leent zich voor gezamenlijke toetsing en evaluatie: je discussieert met elkaar over de operatie-indicaties voordat je een patiënt opereert. Die indicaties zijn duidelijk, vaak zelfs zichtbaar. Daarom zijn we in snijdende vakgebieden gewend elkaar te toetsen. In andere vakgebieden is dat minder logisch."*

Het redeneren in *ondersteunende vakken* is 'dubbel denken'. Ondersteuners zijn gespecialiseerd in de toepassing van een techniek, als onderdeel van diagnose en/of behandeling. Ze sluiten daarmee aan op een patiëntenzorgproces waar een andere specialist 'eigenaar' van is. De toepassing van de techniek en de beoordeling van de uitkomsten kunnen daarom nooit 'los' van de aanvraag staan.

*In de beschrijving van beeldvorming letten bijvoorbeeld radiologen zorgvuldig op hun woordkeuze. Ze leggen in hun verslag niet alleen vast wat ze zien, maar relateren dat ook aan de aanvraag. Of ze leggen uit dat een bepaalde constatering geen afwijking op zich is, maar passend bij de individuele patiënt (bijvoorbeeld vanwege leeftijd, of vetzucht).*

De (klinische) relevantie van het werk van de ondersteuners wordt bepaald door de mate waarin ze de verbinding leggen tussen het redeneren in hun eigen kennis en het 'redeneren' in de vakgebieden van de aanvragers.

#### Behoeftte aan zeggenschap in patiëntenzorg

Over welke onderwerpen maken specialisten zich druk in hun patiëntenzorg? Waar willen ze zeggenschap over hebben in de 'negotiated order' van het ziekenhuis? In het algemeen is dat over de inhoud van patiëntenzorg zelf en over de logistiek van de patiëntenzorg.

De volgende omschrijvingen geven een beeld van de onderwerpen of domeinen waar het specialisten om gaat. Het gaat opnieuw niet om exclusieve karakteristieken. Alle vormen van 'zeggenschapsbewaking' komen namelijk voor in alle vakgebieden maar niet in dezelfde intensiteit.

Beschouwende specialisten doen in hun patiëntenzorg aan *toegangsbewaking*. Zij willen iets te zeggen hebben over de toegang van patiënten tot hun vakgebied en tot hun spreekkamer en over de problemen waar patiënten vervolgens mee komen. De verklaring hiervoor ligt in de karakteristieken van het werk. 'Redeneren' gaat in hun vakken vooral om 'argumenteren'.

Medisch inhoudelijk moet het verhaal over elke patiënt kloppen. Daarom moeten de specialisten er bij een nieuwe patiënt op letten dat het verhaal aansluit bij de medische inhoud van hun specialisme. Als het probleem van de patiënt nog niet helemaal duidelijk is, kan de keuze voor het juiste specialisme moeilijk zijn. Specialisten van verschillende vakgebieden onderhandelen dan met elkaar over waar de patiënt het beste terecht kan. Patiënten willen soms ook problemen aan de orde stellen die wel met hun gezondheid te maken hebben, maar niet met het vakgebied van de specialist (verkoudheid!). Dan onderhandelen arts en patiënt er over. Vaak vinden de specialisten dat zo'n probleem beter met de huisarts kan worden besproken. Een voorbeeld uit de observaties:

*Aan het begin van een 'observatiedag' op de poli vraag ik de specialist om aan patiënten te vragen of het akkoord is dat ik er bij ben. De specialist: "Ach, ik denk niet dat mensen daar problemen mee hebben. De enige intimiteit die hier aan de orde zou kunnen komen is seks. Veel mensen zijn daar niet eens verlegen mee. Het is toch de hele tijd op televisie. En als ze er over beginnen..., meestal zeg ik dat ze het met de huisarts moeten bespreken. Ik ben er namelijk niet voor alle problemen."*

Beschouwende specialisten willen iets te zeggen hebben over de inhoud van hun patiëntenzorg, omdat de inhoud van hun werk in lijn moet zijn met de inhoud van hun vakgebied.

Snijdende specialisten doen aan *verkeersleiding* in de logistiek van hun patiëntenzorg. Zij willen zeggenschap over de 'doorloop' van patiënten door het ziekenhuis. Dit accent is te herleiden tot het werk van snijders: meestal wordt één patiënt maar één keer geopereerd. Het opereren is de essentie van het vakgebied en daarom is het van belang dat er steeds genoeg patiënten zijn. De onderhandelingen van snijders gaan over opnames en ontslag, over de beschikbaarheid van operatiekamers en bedden, en over de informatie die nodig is in de patiëntenzorg, zoals dossiers, laboratoriumuitslagen of röntgenfoto's. Ze onderhandelen daarover bijvoorbeeld met managers en medewerkers van het opnamebureau. Ze hebben ook, meer dan andere specialisten, uitgesproken ideeën over de voortgang van logistiek. Uit de observaties:

*Een snijder legt uit hoe je soms met moeilijke patiënten om moet gaan: "Lastige en claimende patiënten die bellen omdat ze plotseling klachten hebben kun je vaak maar beter meteen zien. Ook al*

*betekent dat dat je ze bij je spreekuurschema moet proppen. Ik ben meestal bereid om dat toch maar toe doen. Als je ze weigert, heb je kans dat ze 's avonds naar de spoedeisende hulp komen. En dan zien ze waarschijnlijk eerst de arts-assistent. En die is er dan veel tijd mee kwijt en doet aanvullend onderzoek wat niet strikt noodzakelijk is."*

Snijdende specialisten willen vooral iets te zeggen hebben over de voortgang van de patiëntenstromen en over ziekenhuiscapaciteit, omdat ze willen blijven opereren.

In de onderhandelingen in de patiëntenzorg doen ondersteunende specialisten aan *positiebewaking*. Hun werk ondersteunt de patiëntenzorg van de specialisten die de aanvragen doen. Die hebben de neiging het ondersteunende werk vanzelfsprekend te vinden en soms weinig rekening te houden met de specialistische kennis die daarvoor nodig is. Maar het eigen deskundigheidsgebied maakt het onmogelijk om werk te baseren op het principe van "U vraagt, wij draaien". Ondersteunende specialisten bewaken daarom in de relatie met de aanvragers hun positie en de exclusiviteit van hun werk.

*Een ondersteuner: "Ons vakgebied heeft een goede positie in dit ziekenhuis. Die positie heeft bescherming nodig. Ik kan dus niet altijd aardig zijn voor collega's van andere vakgebieden, zeker niet als het hogere doel aan de orde is: ons vakgebied. Wij kunnen bijvoorbeeld niet accepteren dat er patiëntenzorg gepland wordt waar onze bijdrage voor nodig is, zonder dat dat met ons is overlegd."*

Ze willen iets te zeggen hebben over hun positie ten aanzien van de aanvragers, omdat zij willen gaan over de toepassing van hun vakgebied, kennis, technieken en apparatuur.

### Beschouwing

Als je in de geneeskunde werkt, is het lastig om nog stil te staan bij de specifieke karakteristieken van je vakgebied en patiëntenzorg. En voor buitenstaanders is het lastig om die karakteristieken te kennen en te erkennen. Daarom worden medisch specialistische geneeskunde en patiëntenzorg vaak als homogene activiteit benaderd.

Dat doet geen recht aan de verschillen tussen specialisten. Alle betrokken werkers in het ziekenhuis moeten manieren vinden om 'van binnen naar buiten' te denken (en weer terug): wat zijn de specifieke kenmerken van het werk en op welke manier kunnen we het werk dan het beste ondersteunen, organiseren en

verbeteren? Deze vraag heeft betrekking op vele aspecten van de geneeskunde die nu op de agenda staan. Hoe kunnen we gaan samenwerken met 'nieuwe functies' (bijvoorbeeld nurse practitioners en physician assistants). Welke taken kunnen we herverdelen, en hoe? Hoe (her)verdelen we werk tussen eerste en tweede lijn? Hoe richten we de toepassing van onze kennis en vaardigheden 'vraaggericht' of zelfs 'marktgericht' in? Hoe gaan we in toenemende mate in deeltijd werken?

Voor meer 'denken van binnenuit' zijn tenminste de volgende twee zaken vereist. Specialisten moeten af en toe stil staan bij de specifieke karakteristieken van hun vakgebied en hun patiëntenzorg. Dat is nodig om greep te houden op de organisatie van hun dagelijks werk, en om de zeggenschap te behouden die daarvoor noodzakelijk is. Vertel elkaar wat je het allerbelangrijkste vindt om zeggenschap over te hebben en probeer uit te vinden waarom. Zoek, bijvoorbeeld in de vakgroep of de maatschap, ook uit of er een 'grootste gemene deler' is als het gaat om de prioriteiten in het dagelijks werk. Managers moeten zich realiseren dat zij in de 'negotiated order' van het ziekenhuis betrouwbare partners voor specialisten en anderen moeten zijn, die de belangen van patiëntenzorg en geneeskunde serieus nemen. Het is voor 'buitenstaanders' lastig om de karakteristieken van medisch werk te kennen en te erkennen, maar in dialoog met de 'binnenkant' kunnen ze de vragen stellen waarmee de essenties duidelijk worden. Wat vinden we goede patiëntenzorg en geneeskunde? En waarom? Die vraag zouden specialisten en managers - samen met andere betrokkenen, ook patiënten - af en toe moeten bespreken en beantwoorden.

#### Literatuur:

1. Kruijthof K. Doctors' orders. Specialists' day to day work and their jurisdictional claims in Dutch hospitals. Proefschrift, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam. 2005.
2. Meijer GR, Heesen, B.J. Medisch specialist in perspectief. Een visie op de toekomst van de medisch-specialistische zorg. Orde van Medisch Specialisten, Utrecht. 2005.
3. Abbott A. The system of professions. An essay on the division of expertlabor. The university Chicago press, Chicago, London. 1988.
4. Strauss A, Schatzman L, Ehrlich D, Bucher R, Sabshin M. The hospital and its negotiated order. In: Salaman, G., Thompson, K. (eds). People and organisations. Longman / The Open University Press, London. 1973.

## korte berichten

### Actueel

#### Suicide Nazorg project (SUNA)

Als onderdeel van het project 'Aan de Grenzen'<sup>1</sup> is in september 2005 de pilot 'Suicide Nazorg' (SUNA) gestart. Dit initiatief is gericht op 13-25-jarige Haagse jongeren die recent een poging tot zelfdoding hebben gedaan of die zichzelf ernstig hebben beschadigd. Het doel is er (mede) voor te zorgen dat deze jongeren de noodzakelijke hulp krijgen en niet in herhaling vallen. De dagelijkse praktijk laat zien dat de jongeren soms moeilijk te benaderen zijn en dat ze de weg naar de hulpverlening niet weten te vinden. Schaamte, schande, wantrouwen en loyaliteit spelen een belangrijke rol.

Veel van deze jongeren belanden op de spoedeisende hulp van een algemeen ziekenhuis. Het protocol geeft aan dat voordat de jongere naar huis mag eerst beoordeling door een psychiater plaats moet vinden. Nieuw aan het SUNA-project is dat de naam en het telefoonnummer van de jongere doorgegeven mag worden aan de preventiecoördinator en casemanager van de GGD. Deze neemt binnen één maand en na drie en zes maanden contact op met de jongere om de vinger aan de pols te houden en (zodig) hulp te coördineren of de jongere te motiveren tot hulp. Om dit mogelijk te maken is het privacy-reglement in de ziekenhuizen aangepast. Deze afspraken in Den Haag zijn vastgelegd in een

convenant tussen de gemeente Den Haag en Medisch Centrum Haaglanden (locaties Westeinde en Antoniusshove) en het Hagaziekenhuis (locaties Leyenburg en Rode Kruis/Juliana kindziekenhuis). Mogelijk volgen in de naaste toekomst nog de andere ziekenhuizen in de regio en de ambulancedienst. Tussen de GGZ, de ziekenhuizen en de GGD zijn bovendien werkafspraken gemaakt om de drempel naar de GGZ en gespecialiseerde hulp voor deze groep zo laag mogelijk te maken (zoals snelle in- en doorstroom en werken met vaste contactpersonen). Het project SUNA loopt tot 1 juni 2006.

#### Zorgzaamheid in de verdrukking

Op 3 november hield de socioloog Kees Schuyt de tweede G-lezing, onder de titel '*Zorgzaamheid in verdrukking door nadruk op beheersing kosten*'. Schuyt betoogde dat onze zorg uit evenwicht dreigt te raken door de sterke nadruk op efficiëntie en kostenbeheersing. Ook stelde hij dat de invulling van de eigen verantwoordelijkheid in de zorg, waarin het eigen belang domineert, tot afkalving leidt van de solidariteit en tot aantasting van de zorgzaamheid. "Eigen verantwoordelijkheid betekent medeverantwoordelijk zijn", aldus Schuyt, en "Dat je alles in de hand hebt, dat je *recht* hebt op de beste zorg voor je eigen gezondheid, en dat je je leven en lichaam als een maakbare machine kunt beschouwen, dat beeld is absoluut onwerkelijk.

Maar het gaat wél steeds meer de gezondheidszorg sturen." Prof. dr. Mr. Kees Schuyt is lid van de Raad van State en op persoonlijke titel hoogleraar sociologie aan de Universiteit van Amsterdam. De complete tekst van de lezing is gepubliceerd in een boekje. Meer informatie op [www.g-online.nl](http://www.g-online.nl).

### Verschenen

#### Persoonlijkhedsstoornissen mogelijk behandelbaar

Enkele maanden geleden verscheen het Jaarboek 2004 van de *Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid* van het Trimbos-instituut. Het beschrijft de recente stand van zaken rond een aantal persoonlijkheidsstoornissen. Opvallend in deze uitgave is het bericht dat er sinds kort aanwijzingen bestaan dat bepaalde psychotherapeutische behandelingen werken voor persoonlijkheidsstoornissen. Mensen met persoonlijkheidsstoornissen werden lange tijd gezien als onbehandelbaar. Zo lijkt cognitieve gedragstherapie te werken bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis (APS). Deze komt vooral voor bij mannen tussen 20 en 40 jaar. Zij tonen in hun gedrag een diepgaand gebrek aan achting voor de rechten van anderen en zijn onverschillig voor de gevolgen van hun vaak gewelddadige gedrag. Er is een duidelijk verband met criminaliteit. Van de gedetineerden in Nederlandse gevangenissen lijdt meer dan de

<sup>1</sup> Het Haagse project 'Aan de Grenzen' richt zich op de preventie van psychosociale problemen en suïcidepogingen onder allochtone jongeren en het begeleiden van deze jongeren. Centraal in de aanpak staat een stabiele identiteitsontwikkeling in de Haagse samenleving en in de eigen culturele leefomgeving. Het project richt zich vooral op stille, introverte jonge vrouwen en mannen van 13 tot 25 jaar van onder meer Surinaamse, Turkse en Marokkaanse afkomst. Er wordt samengewerkt met praktijkdeskundigen uit het onderwijs, de gezondheidszorg, de hulpverlening en de leefwereld van de jongeren.

helpt aan ASP. Belangrijkste doel van de behandelingen is het aanleren van woedebeheersing. Inmiddels zijn er enkele cognitief-gedragstherapeutische methoden ontwikkeld waarmee de agressie daadwerkelijk vermindert.

*Meer hierover in de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid. Jaarboek 2004.* Te bestellen via [www.trimbos.nl/producten](http://www.trimbos.nl/producten), bestelnummer AF 0556.

### Cursussen

#### Inleiding in de epidemiologie

In deze module leert u meer over de methoden en technieken van epidemiologisch onderzoek. De module kan dienen ter voorbereiding van *Evidence based werken in de OGZ*, het tweede traject in de Opleiding Master Public Health. Doelgroep: midcareer professionals in de openbare gezondheidszorg, arts, begeleider, epidemioloog, GVO-functionaris, (project-)manager of een (project-)coördinator. U beschikt over vier jaar werkervaring op academisch of management niveau in de openbare gezondheidszorg.

Kosten: € 1.180

Data: Onder voorbehoud: maandag, dinsdag, donderdag, vrijdag 12, 16 en 17 januari

#### Visie op de Public Health

U leert hoe u met huidige ontwikkelingen kunt omgaan, uitgaande van de recente geschiedenis van bevordering en bescherming van gezondheid.

Doelgroep: alle professionals werkzaam in de Openbare Gezondheidszorg zoals artsen algemene gezondheidszorg, jeugdartsen, leidinggevend, beleidsmedewerkers, epidemiologen, huisartsen, professionals werkzaam in de GHOR, gezondheidsbevor-

deraars en preventiemedewerkers, onderzoekers en gemeentebestuurders en artsen Arbeid & Gezondheid.

Kosten: € 825

Data: 23, 24 en 30 januari 2006

#### Evidence based werken in de OGZ

In dit tweede traject in de Opleiding Master Public Health leert u verantwoord, transparant en onderbouwd werken. In de OGZ wordt steeds meer gewerkt op basis van effectief gebleken methoden. Maar waar vindt u informatie over effectiviteit, hoe is deze te interpreteren en hoe kunt u zelf een bijdrage leveren aan het opbouwen van dergelijke kennis voor evidence based werken? Juist het vinden van harde bewijsvoering voor het onderbouwen van keuzes is vaak moeilijk in de openbare gezondheidszorg. Beleid en beleidskeuzes kunnen op andere argumenten gebaseerd zijn dan op zuiver rationele, wetenschappelijke kennis.

Doelgroep: midcareer professionals in de Nederlandse Openbare Gezondheidszorg zoals sociaal geneeskundigen, leidinggevend, gezondheidsbevorderaars, beleidsmedewerkers, epidemiologen, huisartsen en andere werkers in de openbare gezondheidszorg.

Kosten: € 3.000

Data: 6 donderdagen: 26 januari, 2 en 16 februari, 9 en 23 maart en 6 april 2006.

#### Financieel management in de public health

Bijscholing en training op het gebied van financieel management in instellingen in de (openbare) gezondheidszorg. Na afloop heeft u zich basisvaardigheden van financieel management eigen gemaakt, waaronder: opstellen en lezen van begrotingen, analyseren van financiële jaarverslagen en

bepalen van financiële indicatoren. Doelgroep: professionals en beleidsmakers in de openbare gezondheidszorg

Kosten: € 590

Data: 31 januari en 7 februari 2006

*Locatie voor alle cursussen is de NSPOH te Amsterdam. Nadere informatie op [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl), tel. 020 - 5664949, [info@nspoh.nl](mailto:info@nspoh.nl).*

### Aangiften infectieziekten regio Haaglanden

#### Meldingen tijdens het derde kwartaal 2005, voor de stad Den Haag

Het aantal aangifteplichtige infectieziekten (exclusief TBC), door de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het derde kwartaal 2005 gemeld (67), is opvallend lager dan het aantal in dezelfde periode in 2004 (201). Dit verschil is hoofdzakelijk toe te schrijven aan een verlaagd aantal kinkhoestgevallen, en deels ook aan minder hepatitis B meldingen. Hieronder volgen commentaren op enkele gemelde infectieziekten.

#### Bacillaire dysenterie

Vijf gevallen werden gemeld, 4 mannen en 1 vrouw. Bij 4 vond de besmetting plaats in het buitenland. Van 1 patiënt die in Nederland is besmet is geen bron achterhaald. Het gaat om een persoon afkomstig uit Suriname.

#### Hepatitis A

Er is 1 geval van hepatitis A aangegeven, een meisje van 7 dat waarschijnlijk in Eritrea is besmet.

#### Hepatitis B

Het aantal hepatitis B meldingen (29 gevallen: 28 chronisch en 1 acuut geval) is vergelijkbaar met het vorige kwartaal. In de catego-

ziektecategorie	Aantal meldingen door instellingen, derde kwartaal 2005, Den Haag				Totale aantal zieken
	KDV	overig	peuterspeelzaal	school	
Ander				1	1
Geelzucht			1		1
Huidziekten	2			1	11
Maag- darmaandoening	1	1			3
Vlekjesziekten	5				13

rie chronische gevallen zijn de vrouwen iets meer vertegenwoordigd. Hun overige kenmerken zoals afkomst, besmettingsbron en aanleiding tot het testen op hepatitis B virus zijn vergelijkbaar met het vorige kwartaal.

De enige patiënt met acute hepatitis B is waarschijnlijk besmet door zijn partner.

#### Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (19) is slechts een fractie van het aantal gevallen in het zelfde kwartaal van 2004 (113). De dalende trend, die ook landelijk bestaat, lijkt zich voort te zetten. Het betreft bijna allemaal gevaccineerde personen.

#### Legionellose

Gedurende het derde kwartaal zijn 3 gevallen gemeld. Besmetting heeft bij alledrie zeer waarschijnlijk in het buitenland plaatsgevonden.

#### Leptospirose

Eén geval van leptospirose is gemeld. Het betrof een toerist die in Latijns America in open water gezwommen heeft. 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 aantas-

ting van diverse andere organen. In 5% van de gevallen in Nederland loopt de ziekte dodelijk af. Een derde van de gevallen wordt tijdens reizen in de tropen opgelopen.

#### Malaria

Het aantal gemelde malariagevallen (7) is vergelijkbaar met dezelfde periode vorig jaar. Het betreft 3 mannelijke en 3 vrouwelijke personen die in hun land van herkomst (Ghana) in Afrika zijn besmet. Bij 4 op 7 patiënten kon de ziekte worden toegeschreven aan het niet of onvolledig innemen van profylaxe. Twee personen zouden hun profylaxe wel goed hebben ingenomen: in hun geval zou sprake kunnen zijn van resistentie van de malariaparasiet tegen de malariamedicijnen.

#### Meningokokken

Gedurende het derde kwartaal 2005 is 1 geval van hersenvliesontsteking vastgesteld veroorzaakt door meningokokken. Het gaat om een jongetje van 2 jaar.

#### Voedselinfecties

Er is 1 voedselinfectie gemeld waarbij 3 personen van een gezin salmonella hebben opgelopen, waarschijnlijk door het eten van eieren.

#### Infectieziekten gemeld door instellingen

In de bovenstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de mel-

dingen door instellingen in het derde kwartaal 2005.

Het aantal meldingen uit instellingen nam toe vergeleken met het vorige kwartaal.

Vlekjesziekten en andere huiduitslag waren de belangrijkste aanleiding om te melden. Het betrof waterpokken (2), impetigo (2) en vermoedens op de vijfde of zesde ziekte (3). Het waren dan ook vooral kinderdagverblijven die gemeld hebben (8). Er waren ook 3 kleine uitbraken van buikgriep.

#### Meldingen tijdens het derde kwartaal 2005, voor de regio Zuid-Holland West

##### Bacillaire dysenterie

Er zijn 32 gevallen van bacillaire dysenterie gemeld bij de GGD. Het merendeel bestond uit één cluster waarbij allen de *Shigella sonnei* hadden opgelopen in Egypte. De transmissie heeft naar verschillende andere families plaatsgevonden, veelal via jonge kinderen. Daarnaast was er een klein cluster (drie personen in een familie) waarbij de betreffende familie in Egypte was geweest en verspreiding binnen het gezin heeft plaatsgevonden (*Shigella sonnei*). Verder waren er meldingen waarbij een *Shigella flexneri* in India, een *Shigella sonnei* in Marokko en een *Shigella sonnei* in Indonesië was opgelopen.

Bacillaire dysenterie is zeer



besmettelijk. Hygiënische maatregelen zijn belangrijk om transmissie te voorkomen en, mits goed opgevolgd, effectief. Bij kinderen onder de zes jaar wordt geadviseerd hen thuis te houden van kinderdagverblijf en school, totdat er twee negatieve kweken zijn. Bij werk in de voedselbereiding of in de zorg gelden deze maatregelen ook.

### **Hepatitis A**

Er is twee keer melding gedaan van hepatitis A. Het ging hierbij om een kind van vier dat in Egypte was geweest, en een jongeman die niet in het buitenland was geweest.

### **Hepatitis B**

Twee keer meldingen van een acute hepatitis B. Bij één patiënt was de transmissieweg zeer waarschijnlijk seksueel. Bij de andere patiënt wordt dit nog verder onderzocht. Acht keer ging het om dragerschap. De GGD doet altijd contactonderzoek, ook bij dragerschap, en geeft voorlichting en advies.

### **Kinkhoest**

Het aantal meldingen van kinkhoest in het derde kwartaal was 47. Ter vergelijking: in het derde kwartaal van 2004 waren het er 213.

### **Legionellose**

Zeven keer is er Legionellose gemeld. In Nederland was in het derde kwartaal de incidentie van Legionella hoger dan verwacht. In onze regio was het aantal ook hoger dan gemiddeld. De waarschijnlijke bron lag vier maal in het buitenland en drie maal in Nederland.

### **Meningokokkose**

Er waren 2 meldingen van meningokokkose: een kind van vier jaar

en een baby van zes maanden. In beide gevallen ging het om type B, de subtypering was verschillend.

### **Paratyfus B**

Er is 1 geval van paratyfus B gemeld waarbij de patiënt in Peru was geweest.

### **Paratyfus C**

Er is 1 geval van paratyfus C gemeld waarbij de patiënt in Turkije was geweest.

### **Tuberculose**

Er was 1 melding van tuberculose in de regio van de GGD Zuid-Holland West.

### **Voedselinfectie**

Er zijn 4 Salmonella infecties geconstateerd die meldingsplichtig waren, omdat meerdere mensen ziek waren geworden na het eten van een maaltijd of omdat ze in de verzorging werkten.

*Aan deze rubriek werkten mee:*

*E.J.M. de Coster*

*E.M. Huisman*

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



## Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte		Het derde kwartaal 2005			De voorgaande 4 kwartalen				t/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar	
		GGD Den Haag 3e kw. 2005	GGD-Zuid-Holl.West 3e kw. 2005	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2005	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2004**)	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2004**)	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2005**)	Tot. regio Haaglanden 2e kw. 2005**)	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 3e kw. 2005	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 3e kw. 2004 **)
B-ziekten	bacillaire dysenterie	5	32	37	12	16	18	14	69	27
	buiktyfus									1
	cholera									
	Creutzfeld-J's disease							1	1	
	hepatitis A	1	2	3	8	6	2	3	8	33
	hepatitis B *)	29	10	39	78	69	54	48	141	189
	hepatitis C									
	kinkhoest	19	47	66	326	249	110	71	247	672
	legionella pneumonie	3	7	10	6	3	2	5	17	8
	mazelen									
	meningokokkose	1	2	3	3	2	7		10	11
	paratyfus A				3	3				3
	paratyfus B (C)		2	2	1	1	1		3	1
	tuberculose	38	1	39	48	41	27	72	138	135
	voedselvergiftiging of voedselinfectie	1	4	5	6	8	2	5	12	16
C-ziekten	brucellose				1	1				2
	E.coli 0157									
	leptospirose	1		1		1			1	5
	malaria	7		7	8	6	9	5	21	21
	ornithose/psittacose					1		1	1	
	Q-koorts						3	9	12	
	rode hond									
<b>totaal</b>	<b>105</b>	<b>107</b>	<b>214</b>	<b>503</b>	<b>408</b>	<b>235</b>	<b>234</b>	<b>683</b>	<b>1124</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, Leidschendam-Voorburg, Wassenaar, Zoetermeer, Delft, De Lier, 's-Gravenzande, Maasland, Monster, Naaldwijk, Nootdorp, Schipluiden, Wateringen en Pijnacker (de laatste 10 gemeenten vanaf het vierde kwartaal 2002).

