



Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

jaargang 42, 2007, nummer 3

inhoud

Redactioneel

epidemiologie

Hiv-surveys bij prostituees en bij migrantengroepen in Den Haag

volksgezondheid

ZORGelijke tijden (II)?

De ervaringen van een aantal Haagse sleutelfiguren met het gewijzigde zorgstelsel, en een reactie van wethouder Van Alphen

Mijn zorg < > Jouw zorg

Ontwikkeling en resultaten van de transferpunten in de Haagse regio

Preventie van suïcidaal gedrag

Recente ontwikkelingen in Den Haag

Korte berichten

Colofon

september 2007, 42ste jaargang nr. 3

Redactie

dr. G.A.M. Ariëns, GGD Den Haag (kernredacteur)
drs. A.S.T. Boersma, beleidsmedewerker volksgezondheid, dienst OCW (kernredacteur)
mw. I. Burger, GGD Den Haag (kernredacteur)
dr. C.J. Kruijthof, arts, Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde
mw. F.L. van Leeuwen, arts, Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o.
prof. dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Den Haag
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

Lay out en productie

Facilitaire Dienst / Multimedia
Fotografie: André van den Bos

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

Redactioneel	1
Epidemiologie	
• Hiv-surveys bij prostituees en bij migrantengroepen in Den Haag <i>M.G. van Veen, A.P. van Leeuwen</i>	2
Volksgezondheid	
• ZORGelijke tijden (II)? De ervaringen van een aantal Haagse sleutelfiguren met het gewijzigde zorgstelsel, en een reactie van wethouder Van Alphen <i>A.S.T. Boersma, W.J. Schudel</i>	9
• Mijn zorg < > Jouw zorg Ontwikkelingen en resultaten van de tranferpunten in de Haagse regio <i>F.L. van Leeuwen</i>	18
• Preventie van suïcidaal gedrag Recente ontwikkelingen in Den Haag <i>I. Burger, M. Ferber</i>	25
Korte berichten	29

Redactioneel

Samenwerking in de keten

In dit nummer gaat het diverse keren over de noodzaak van samenwerking bij het aanpakken van grootstedelijke problemen.

Het artikel over de ervaringen met het nieuwe zorgstelsel laat zien wat er is uitgekomen van de verwachtingen van zes sleutelfiguren uit de Haagse zorg, die we eind 2005 in dit bulletin noteerden. Bovendien geeft de Haagse wethouder Welzijn, Volksgezondheid en Emancipatie zijn reflectie op de geschetste ervaringen met het nieuwe zorgstelsel. Een van zijn bevindingen: de komende jaren zal er meer samenwerking moeten komen tussen preventie en curatie om lokale knelpunten op te kunnen lossen.

In het artikel over hiv-surveys wordt een aantal specifieke risicogroepen in Den Haag belicht met betrekking tot het oplopen van een besmetting met hiv. Een belangrijk punt is hoe en waarmee de preventie en de curatieve zorg deze groepen benaderen. Het stimuleren van condoomgebruik zou door beide kanten moeten worden opgepakt. Ook de cultuurspecifieke overdracht van kennis over risico's is niet alleen de verantwoordelijkheid van de professionals in de preventie.

In het artikel over preventie van suïcidaal gedrag komt de samenwerking in de keten eveneens ter sprake. Met diverse partijen bestaan afspraken over het melden van casuïstiek, waarbij een zogenaamde 'warme overdracht' wordt aanbevolen bij de overstap naar de volgende schakel in de keten.

Bij het artikel over de transferpunten gaat het om de toegeleiding vanuit het ziekenhuis naar de zorg in de directe leefomgeving van de patiënt. Het effect van deze toegeleiding -een kortere ligduur in het ziekenhuis- is zowel voor de patiënt als maatschappelijk zeer waardevol. Voor de transferpunten is het de komende tijd de kunst om te anticiperen op nieuwe ontwikkelingen, zoals de WMO. Zolang dergelijke samenwerkingsverbanden niet zijn geïnstitutionaliseerd zal men primair 'volgend' moeten reageren op externe ontwikkelingen.

Als de samenwerking in de keten zo belangrijk is, is er alle reden om gezamenlijk te werken aan ontwikkeling en innovatie binnen de keten. Samenwerking kan de belasting van de afzonderlijke organisaties ook verlichten. Gelukkig hebben we daar in Den Haag een infrastructuur voor met instellingen als Transmuraal, STIOM en LIJN1, die de zorgorganisaties kunnen ondersteunen bij hun innovatie en ontwikkeling.

Hiv-surveys bij prostituees en bij migrantengroepen in Den Haag

M.G. van Veen, A.P. van Leeuwen

Om in Nederland de mensen in kaart te brengen die een verhoogd risico lopen op besmetting met hiv, adviseerde de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) in 2001 om risicogroepen in de bevolking -naast de reeds bekende 'homo-seksuele mannen' en 'injecterende druggebruikers'- te onderzoeken op het voorkomen van hiv en op gedrag. Vanaf 2002 zijn hiertoe in Rotterdam, Amsterdam en Den Haag surveys uitgevoerd onder migranten uit landen waar hiv vaker voorkomt dan in Nederland, en onder prostituees. Onderstaand artikel beschrijft de survey in Den Haag.

Inleiding

Volgens de criteria van de Wereld Gezondheids Organisatie (WHO) heeft Nederland een geconcentreerde hiv-epidemie met een lage hiv-prevalentie in de algemene bevolking, maar een relatief hoge prevalentie (meer dan 5%) in tenminste één subpopulatie. Van de gehele Nederlandse bevolking (tussen 15-49 jaar) is naar schatting 0,2% besmet met hiv. Om de geconcentreerde hiv-epidemie in Nederland te kunnen monitoren beveelt de WHO aan hiv-serosurveillance en gedragssurveillance uit te voeren bij zogenaamde hoog-risicogroepen. Tot 2002 was de hiv-surveillance in Nederland gebaseerd op een vrijwillige aangifte van nieuwe patiënten met aids, aangevuld met surveys naar hiv-infectie en risicogedrag onder vooral injecterende druggebruikers en bezoekers van soa-poliklinieken. In Nederland bleek de hiv-prevalentie hoog onder mannen die seks hebben met mannen en injecterende druggebruikers. In 2001 heeft de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) een advies uitgebracht over de toekomst van hiv-surveillance in Nederland. De commissie adviseerde om de hiv-surveillance uit te breiden met een landelijke registratie. Daarnaast achtte de RGO-commissie het gewenst om ook hiv-surveillance en gedragsonderzoek te verrichten bij andere hoog-risicogroepen, zoals prostituees en migranten uit landen waar de hiv-prevalentie hoger wordt geschat dan in Nederland (hiv-endemische landen), mede omdat deze groepen een brugfunctie kunnen vervullen voor verspreiding van hiv naar de algemene bevolking. Tussen 2002 en 2004 zijn in Rotterdam en Amsterdam surveys uitgevoerd onder prostituees en onder

migranten afkomstig uit hiv-endemische landen. In 2005 volgde Den Haag. Het doel van deze hiv-surveys is het onderzoeken van de hiv-prevalentie en het vóórkomen van risicogedrag bij hoog-risicogroepen, teneinde inzicht te krijgen in de omvang van de hiv-epidemie in deze groepen en het risico op verdere verspreiding. Op basis hiervan kunnen gerichte preventies worden ingezet. In dit artikel beschrijven wij de resultaten van de Haagse hiv-survey in 2005. Het onderzoek is uitgevoerd door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu in samenwerking met de GGD Den Haag.

Onderzoeksopzet

De hiv-survey is opgezet als een dwarsdoorsnede onderzoek, waarbij aangenomen is dat de hiv-prevalentie in de doelgroepen dermate stabiel is dat een onderzoeksperiode van zes maanden een goede puntprevalentie oplevert. Zowel de prostituees als de migranten zijn benaderd op locatie. Voor prostituees was dit noodzakelijk vanwege het ontbreken van een geschikt steekproefkader. Voor de migrantengroepen bestaat wel een steekproefkader wanneer gebruik wordt gemaakt van de Gemeentelijke Basisadministratie, maar daarbij zou de gewenste anonimiteit in het geding komen, met een verwachte lagere respons tot gevolg, en zouden migranten zonder verblijfsvergunning niet worden bereikt. In nauwe samenwerking met de GGD Den Haag en sleutelorganisaties is aan de hand van een sociale kaart van de doelgroepen de keuze van geschikte werflocaties en -tijden gemaakt. Voor de survey onder migranten in Den Haag is gekozen voor Surinamers, Antillianen en Ghanezen, de drie grootste

Over de auteurs:

Maaïke van Veen is epidemioloog, werkzaam op de afdeling Epidemiologie en Surveillance van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Centrum voor Infectieziektenbestrijding; Petra van Leeuwen is arts Maatschappij en Gezondheid, werkzaam op de afdeling Infectieziektenbestrijding bij de Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, gemeente Den Haag.

migrantengroepen in Den Haag die afkomstig zijn uit hiv-endemische gebieden.

Prostituees zijn benaderd op verschillende werkplekken (tippelzone, raamprostitutie en clubs). De migranten zijn geworven op een diversiteit van (culturele) ontmoetingsplaatsen. Voor de bepaling van de steekproefgrootte is gebruikt gemaakt van uitkomsten van eerdere surveys in Rotterdam en Amsterdam. Goed getrainde interviewers, die de taal van de doelgroep beheersen hebben de doelgroep op de werflocaties actief benaderd voor (vrijwillige en anonieme) deelname. Er is op verschillende dagdelen geworven, om de kans op een mogelijke selectiebias te verkleinen. In geval van een positieve reactie werd een vragenlijst afgenomen met vragen over demografische kenmerken (geslacht, geboortjaar, woonplaats, geboorteland deelnemer en van ouders, opleiding, burgerlijke staat), seksueel gedrag (informatie over vaste partner, losse partner(s) en bij prostituees informatie over betaalde contacten) en overig (risico)gedrag (druggebruik, eerdere soa-test en -behandeling, eerdere hiv-test). In geval van een negatieve reactie vulde de interviewer een non-responslijst in. Van elke deelnemer is ter plekke een speekselmonster afgenomen met behulp van een Salivette (Figuur 1). Dit speekselmonster werd onderzocht op aanwezigheid van hiv-antistoffen.

Figuur 1
Salivette® (Sarstedt Nederland)



Vanwege het anonieme karakter van de survey kregen deelnemers zelf geen uitslag van de speekseltest. Bovendien was de speekseltest op hiv-antistoffen (nog) niet geschikt voor individuele testdiagnoses. Voor epidemiologisch onderzoek volstaat de speekseltest (voldoende sensitiviteit en specificiteit). De deelnemers werden door de interviewers geïnformeerd over de (gratis) testfaciliteiten voor soa en hiv in Den Haag. Voorafgaand aan het onderzoek werd de deelnemer gevraagd een bereidverklaring te paraferen (zonder opgaaf van naam), waarmee ze verklaarden op de hoogte te zijn gebracht van het doel van het onderzoek en waarmee ze toestemming gaven voor het testen van het speekselmonster. Na deelname werd een onkostenvergoeding van tien euro verstrekt. De Medisch Ethische Toetsingscommissie van het Universitair Medisch Centrum in Utrecht heeft met het onderzoek ingestemd. Met deze manier van veldwerk is in het verleden ruime ervaring opgedaan tijdens hiv-surveys bij geïnjecteerde druggebruikers in verschillende steden in Nederland.

Hiv-survey bij prostituees

In 2005 zijn in totaal 201 prostituees geïnterviewd (ten tijde van de survey waren in Den Haag naar schatting 1.500 prostituees werkzaam): 63 op de (voormalige) tippelzone, 100 in de raamprostitutie en 27 in clubs. Elf prostituees zijn op andere plaatsen geïnterviewd, zoals bij het hepatitis B vaccinatiesprekuur bij de GGD en bij het gezondheidscentrum aan de Koningsstraat. Ongeveer ¹ 60 prostituees weigerden deelname aan de survey (responsrate 77%). De respons op de tippelzone was het hoogst en in de clubs het laagst.

Bij de beschrijving van de resultaten is de groep prostituees op basis van mogelijk risicogedrag en potentiële transmissieroutes voor de overdracht van hiv, onderscheiden in drie groepen:

1. 'niet-verslaafde' vrouwen, 167 prostituees (83%): vrouwen die nooit drugs hebben geïnjecteerd;
2. 'verslaafde' vrouwen, 9 prostituees (4%): vrouwen die recent harddrugs hebben gebruikt en ooit drugs hebben geïnjecteerd. Hiv kan in deze groep mogelijk door gebruik van besmette naalden worden overgebracht;
3. transgenders, 25 prostituees (12%), die gedeeltelijk een geslachtsverandering hebben ondergaan. Hiv kan bij hen mogelijk door onbeschermde anale seksuele contacten of door gebruik van besmette naalden bij zelftoediening van hormonen worden overgebracht.

¹ Onzeker is of voor alle non-respondenten ook een non-responslijst is ingevuld waarop dit aantal is gebaseerd.

De mediane leeftijd van de prostituees was 34 jaar (interkwartiel range 26-41 jaar). Ongeveer een vierde van de prostituees had geen vast adres, dit was het hoogst bij de transgenders (36%). Bijna een kwart van de prostituees heeft de Nederlandse etniciteit, 53% is Latijns-Amerikaans, 8% Oost-Europees, 6% West/Zuid-Europees, 5% Aziatisch, 4% Afrikaans en 1% is van een andere etniciteit. Eenderde van de prostituees gaf aan dat men geen ziektekostenverzekering had.

Hiv-prevalentie bij prostituees

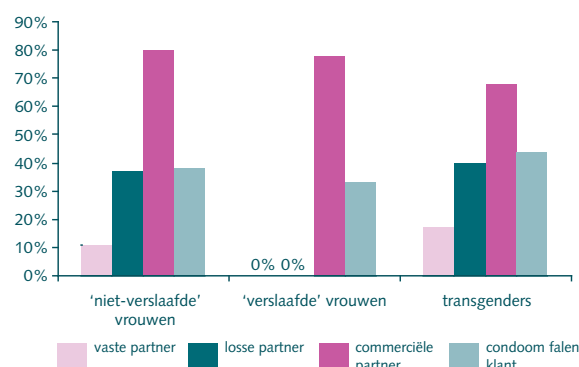
In totaal hadden 7 prostituees een positief speekselmonster resulterend in een hiv-prevalentie van 3,5%. Geen van de 'niet-verslaafde' vrouwen had een positief speekselmonster. Twee van de 'verslaafde' vrouwen waren hiv-positief (22,2%) en 5 transgenders (20,0%). Alle 7 hiv-positieve prostituees waren werkzaam op de tippelzone. Drie hiv-positieve prostituees waren het voorgaande jaar ook werkzaam geweest in de raamprostitutie en één had in een club gewerkt. Zes van de 7 hiv-positieve prostituees rapporteerden dat ze niet bekend waren met hun positieve sero-status. Alle 7 prostituees waren in het voorgaande jaar gecontroleerd op soa, één van hen was ook behandeld voor een soa. Alle 5 hiv-positieve transgenders hadden ooit injectienaalden gebruikt voor het toedienen van hormonen. Van alle 201 prostituees rapporteerden 180 (90%) een eerdere hiv-test. Bij 176 van hen (98%) was de uitslag van de laatste test hiv-negatief, bij 2 prostituees was deze hiv-positief (1%)² en 2 prostituees wisten de uitslag niet (1%).

Seksueel (risico)gedrag met klanten en privé partners

De gerapporteerde mediane leeftijd van het starten met prostitutiewerk was 28 jaar. 'Verslaafde' vrouwen waren langer werkzaam in de prostitutie dan 'niet-verslaafde' vrouwen en transgenders. Het mediane aantal klanten van alle prostituees was 20 per week. Van de 'niet-verslaafde' vrouwen gebruikte 80% altijd condooms met klanten, dit is bij 'verslaafde' vrouwen 78% en bij transgenders 68% (figuur 2). Van alle prostituees zei 39% dat het condoom wel eens (soms tot vaak) stuk was gegaan tijdens contact met de klant ('niet-verslaafde' vrouwen 38%, 'verslaafde' vrouwen 33%, transgenders 44%). Prostituees gaven aan dat bij de laatste 10 sekscontacten gemiddeld 0,6 keer het condoom stuk was gegaan (=6%).

Figuur 2

Consistent (= 'altijd') condoomgebruik per subgroep prostituees



Bijna tweederde (61%) van de prostituees rapporteerde het hebben van een vaste partner. Elf procent van deze prostituees zei altijd een condoom te gebruiken met de vaste partner. Zestien procent van de prostituees rapporteerde seksueel contact met losse partner(s) in de voorgaande zes maanden, ruim eenderde (36%) van hen gebruikte hierbij altijd een condoom.

Soa-onderzoek en -behandeling

Een groot deel van de prostituees (87%) was in het voorgaande jaar op soa onderzocht. Van alle prostituees waren er 31 (15%) in het voorgaande jaar behandeld voor een soa.

Hiv-survey bij migranten

In 2005 zijn in totaal 1.039 migranten geïnterviewd; 616 mannen (59%) en 423 vrouwen (41%); 357 deelnemers van Antilliaanse/Arubaanse etniciteit (34%), 425 Surinamers (41%) en 256 Ghaneezen (25%). 31% van de interviews met de migranten vond plaats op de Haagse Markt, 27% op festivals, zoals het jaarlijkse Milanfestival, het Concordia festival en een Ghanee festival, en 23% op straat. Andere locaties waren kerken, buurthuizen, discotheken en sportclubs. Bij de Antillianen/Arubanen zijn de meeste deelnemers geïnterviewd op de Haagse Markt (23%) en op straat (23%). Surinamers zijn veelal geworven op festivals (45% van de deelnemers), vooral het Milanfestival, en veel Ghanese deelnemers zijn geïnterviewd op straat (35%), maar ook op een Ghanee festival. 555 migranten weigerden deelname aan de survey (responsrate 65%).

De gerapporteerde mediane leeftijd van

² Bij één van hen was het speekselmonster in de survey HIV-negatief.

Antillianen/Arubanen was 28 jaar, van Surinamers 33 jaar en van Ghanezen 26 jaar. Van de Surinamers was 40% in Nederland geboren. Ghanezen en Antillianen/Arubanen waren minder vaak in Nederland geboren (8% en 13%).

Hiv-prevalentie bij migranten

Bij 9 deelnemers was de uitslag van het speekselmonster hiv-positief. De hiv-prevalentie in de survey was onder Antillianen 0,6%, onder Surinamers 0,7% en onder Ghanezen 1,8%.

Van alle migranten rapporteerden 389 (37%) een eerdere hiv-test. Bij 383 van hen (98%) was de uitslag hiv-negatief, bij één hiv-positief³ en 5 wisten de uitslag van de test niet. Antillianen/Arubanen hadden vaker een eerdere hiv-test gehad (44%) dan Surinamers (34%) en Ghanezen (35%).

Seksueel (risico)gedrag

Ongeveer tweederde van iedere migrantengroep had een vaste partner (tabel 1). Met de vaste partner zei 12% altijd een condoom te gebruiken.

Condoomgebruik werd vaker door mannen dan door vrouwen gemeld (tabel 1 en figuur 3).

Mannen rapporteerden vaker dan vrouwen contacten met losse partners in de voorgaande zes maanden. Met losse partners werd vaker condooms gebruikt dan met vaste partners. De vrouwen rapporteerden, net als dat het geval was bij vaste partners, minder vaak condoomgebruik dan mannen. Van de Antillianen/Arubanen had 16% onbeschermd seksuele contacten gehad met losse partners in de voorgaande zes maanden, dit is 21% bij Surinamers en 8% bij Ghanezen.

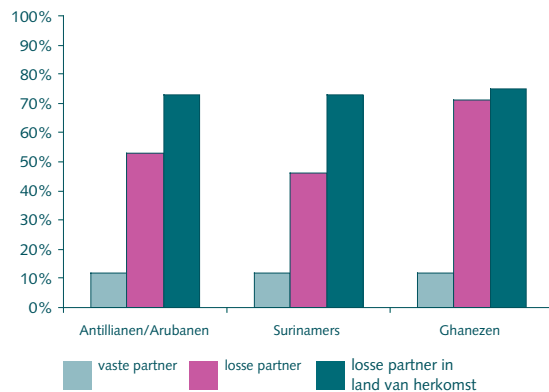
Van de Antillianen/Arubanen rapporteerde 17% meerdere partners tegelijkertijd, bij Surinamers was dit 14% en bij Ghanezen 10%. Bij vrouwen liggen deze percentages lager dan bij mannen. Onbeschermd seksuele contacten met meer dan één partner in de voorgaande zes maanden werd door 15% van de Antilliaanse/Arubanen, 20% van de Surinaamse en 6% van de Ghanese mannen gerapporteerd. Bij de vrouwen lagen deze percentages lager, respectievelijk 11%, 8% en 4%.

Tabel 1

Seksueel gedrag bij migranten

	Antillianen/Arubanen			Surinamers			Ghanezen		
	Tot. %	Man %	Vrouw %	Tot. %	Man %	Vrouw %	Tot. %	Man %	Vrouw %
Vaste partner	59	60	59	64	62	67	57	53	67
Condoomgebruik vaste partner (altijd)	12	14	10	12	15	8	12	13	9
Losse partner in de laatste 6 mnd	36	45	26	39	51	25	29	35	13
Condoomgebruik losse partner (altijd)	53	58	42	45	48	38	71	77	25
Meerdere partners tegelijkertijd	17	22	11	14	20	6	10	11	8
Onbeschermd sekscontacten met meer dan 1 partner in de laatste 6 mnd	17	15	11	20	20	8	7	6	4

³ Het speekselmonster in de survey was hiv-positief.

Figuur 3*Consistent (= 'altijd') condoomgebruik per migrantengroep*

Meer dan de helft van de migranten die vijf jaar of langer in Nederland woonden, rapporteerde in de voorgaande vijf jaar een bezoek te hebben gebracht aan het land van herkomst. Vrouwen reisden vaker naar het land van herkomst dan mannen. Van de Antillianen/Arubanen die een bezoek hadden gebracht had 13% een vaste partner in het land van herkomst, bij Surinamers was dit 3% en bij Ghanezen 9%. Ongeveer een vijfde van de migranten had tijdens het laatste bezoek in het land van herkomst seksueel contact gehad met een losse partner, mannen vaker dan vrouwen. Van de Antillianen/Arubanen, Surinamers en Ghanezen gebruikte ongeveer driekwart hierbij altijd een condoom. In alle migrantengroepen was dit meer dan bij losse partners (in Nederland) en beduidend meer dan in geval van een vaste partner (figuur 3).

Soa-onderzoek, voorlichting en kennis over hiv/aids en soa

Van de migranten rapporteerde 13% een soa-onderzoek in de afgelopen 12 maanden. Bij 34% van deze onderzoeken was een soa vastgesteld. Tweederde van de migranten had soa-voorlichting gehad in het voorgaande jaar. Eenderde van de migranten meldde dat ze via radio en televisie voorlichting over soa hadden gehad, 18% via school, 11% via internet. Een klein aantal deelnemers gaf aan dat ze op festivals of feesten voorlichting hadden gehad.

In de vragenlijst is een aantal stellingen opgenomen over hiv/aids en over condoomgebruik. De antwoorden laten zien dat er misverstanden bestaan over de transmissie van hiv/aids. Een kwart van de migranten dacht dat hiv door zoenen kan worden overgedragen, afhankelijk van de migrantengroep dacht 29-42% dat muggen hiv kunnen overdragen en 20-33% dacht dat iemand die besmet is met hiv er niet

gezond uit kan zien. Meer dan 74% wist dat een condoom beschermt tegen hiv/aids en 73-86% tegen soa. Echter, niet minder dan 15-27% van de deelnemers dacht minder risico te lopen op een soa wanneer ze voor of na seksueel contact een douche nemen. En 16-25% vond dat een vrouw met wisselende contacten die de pil slikt, geen condooms hoeft te gebruiken. Bijna een vijfde van alle deelnemers gaf aan dat de hoge prijs van condooms een reden is om ze niet te kopen.

Beschouwing van de resultaten

Prostituees

Omdat er geen steekproefkader bestaat voor prostituees is ervoor gekozen deze doelgroep te benaderen op de verschillende plaatsen waar ze werkzaam zijn. De responsrate is ons inziens hoog (78%) maar verschilt per werfplek. De respons op de tippelzone was het hoogst, bijna alle vrouwen wilden deelnemen aan het onderzoek. Bij de raamprostituees lag dit anders. Veel Latijns-Amerikaanse prostituees wilden hier deelnemen, maar de respons onder Nederlandse prostituees was hier laag. Tenslotte bleek het erg lastig om prostituees in clubs te interviewen. De uitkomsten in de hiv-survey onder prostituees behoeven als gevolg hiervan niet algemeen geldend te zijn voor alle Haagse prostituees.

De hiv-survey onder prostituees in Den Haag laat zien dat hiv relatief vaak voorkomt bij verslaafde prostituees en transgenders en dat er geen hiv-infecties zijn gevonden bij de rest van de (niet-verslaafde) prostituees. Vijftien procent van de prostituees was het voorgaande jaar behandeld voor een soa. Met klanten werden vaak condooms gebruikt, echter ruim eenderde van de prostituees gaf aan dat deze soms tot vaak stuk gaan. De resultaten van de survey laten overeenkomsten zien met eerdere surveys onder prostituees in Amsterdam en Rotterdam (9)(10). In deze steden werden ook hogere hiv-prevalenties gevonden bij verslaafde vrouwen en transgenders dan bij niet-verslaafde prostituees. Condoomfalen was ook in deze steden een probleem bij alle groepen prostituees.

Soa/ Aids Nederland is naar aanleiding van deze resultaten een project gestart waarbij prostituees geïnformeerd worden hoe ze condoomfalen kunnen voorkómen. Ook is er extra belangstelling gekomen voor de groep transgenders, met als belangrijk aandachtspunt het veilig spuiten van hormonen. En voor de GGD Den Haag zijn prostituees een

belangrijke doelgroep in de soa-bestrijding. Aandachtspunten voor preventie bij prostituees zijn het reduceren van condoomfalen en het bevorderen van condoomgebruik ook bij vaste partners.

Migranten

Binnen de onderzoeksopzet (geen aselechte steekproef) is ernaar gestreefd selectiebias zoveel mogelijk te voorkomen. De werving heeft plaatsgevonden op verschillende tijden op verschillende ontmoetingsplaatsen van migranten in Den Haag. Ook voor de migranten geldt dat via de gekozen weg op zichzelf een acceptabele responsrate van 65% is behaald. Maar of de onderzoekskenmerken van de niet-deelnemers van die van de deelnemers verschillen is niet bekend (migranten thuis zijn bijvoorbeeld niet benaderd). Het benaderen van Ghanezen (vooral Ghaneze vrouwen) was volgens de veldwerkers moeilijk. Van de drie migrantengroepen vormen Ghanezen de kleinste gemeenschap in Den Haag. Ze zijn mogelijk lastig te benaderen door het gesloten karakter van deze gemeenschap. Schaamte of angst dat anderen zien dat je deelneemt aan het onderzoek kan hierbij meespelen. Dus ook voor het onderzoek onder migranten geldt dat de uitkomsten niet algemeen geldend behoeven te zijn voor de hele doelgroep.

Uit de survey onder migranten bleek 0,6% van de Antillianen hiv-seropositief, onder Surinamers was dat 0,7% en onder Ghanezen 1,8%. Vergelijkbare waarden werden gevonden in de surveys onder migranten in Amsterdam en Rotterdam. Uit de Haagse survey bleek dat mannen meer partners rapporteren dan vrouwen, en meerdere partners tegelijkertijd. Vrouwen gaven minder vaak condoomgebruik op dan mannen, zowel met vaste als met losse partners. Deze uitkomsten werden ook gezien bij migranten in Amsterdam en Rotterdam. Uit een nationaal onderzoek 'Seksuele gezondheid in Nederland 2006' van de RutgersNisso groep onder volwassen Nederlanders van 19 tot 70 jaar, blijkt ook dat vrouwen minder condoomgebruik rapporteren dan mannen. De percentages condoomgebruik bij vaste en losse partners van de nationale studie zijn vergelijkbaar met die van de hiv-survey, zowel voor mannen als voor vrouwen. Onbeschermde sekscontacten met losse partners in de voorgaande zes maanden worden vaker gerapporteerd in de onderhavige hiv-survey (Antillianen 16%, Surinamers 21% en Ghanezen 8%) dan in de nationale studie (7%). Van de migranten die een soa-onderzoek hebben gehad rapporteerde een groot deel (ongeveer eenderde) een soa-diagnose. Uit

de registratie van soa-consulten bleek dat Surinamers en Antillianen ook relatief vaker een positieve testuitslag hebben voor chlamydia en gonorroe. De antwoorden op de stellingen over hiv en soa laten zien dat er veel misverstanden bestaan over de overdrachtsweg. Door vele seksuele contacten binnen en tussen verschillende etnische groepen bestaat de kans op verdere verspreiding van soa en mogelijk hiv. De GGD Den Haag zal de komende jaren in de preventie aan migrantengroepen aandacht geven aan het verhogen van kennis op het gebied van soa en hiv-transmissie en het stimuleren van condoomgebruik. Het continueren van het huidige soa- en hiv-testbeleid blijft van belang. Er zijn diverse voorlichtingsprojecten gestart gericht op verschillende migrantengroepen, onder andere Antillianen, Surinamers en Franstalige Afrikanen. De GGD gaat zich ervoor inspannen dat de komende jaren meer prostituees en mensen uit hiv-endemische gebieden de weg naar het regionaal soa-centrum Den Haag van de GGD zullen vinden (zie kader), waar gratis en anoniem op soa en hiv wordt getest en waar professionele individuele preventie plaatsvindt.

Haagse activiteiten

Sinds oktober 2006 is het nieuwe regionaal soa-centrum van de GGD Den Haag dagelijks geopend. Dit is een laagdrempelige voorziening op het terrein van het Medisch Centrum Haaglanden

(www.soa-centrumdenhaag.nl) waar anoniem en kosteloos wordt getest op soa en hiv en waar gratis hepatitis B vaccinaties worden aangeboden aan prostituees, mannen die seks hebben met mannen en druggebruikers. Ook worden er motiverende gesprekken gevoerd gericht op seksueel risicogedrag.

Om ook de Spaanstalige prostituees in de straten goed te kunnen bereiken wordt door Spaanstalige huisartsen in het gezondheidscentrum Nieuw-Schilderswijk dagelijks een prostitutiesprekkuur gehouden waar naast huisartsenzorg dezelfde soa-zorg wordt aangeboden als in het soa-centrum. Verslaafde en transgender prostituees werden vóór de sluiting van de tippelzone via de huiskamer bereikt voor voorlichting en soa-onderzoek.

Deze groepen zijn na de sluiting moeilijker bereikbaar. In de 24-uursopvang voor verslaafde prostituees in de Zamenhofstraat is wekelijks een medisch spreekuur en de medewerkers van SHOP worden door de GGD bijgeschoold over veilig seksueel gedrag. Specifiek voor de transgenders organiseert de Stichting Hulpverlening en Opvang Prostituees (SHOP) sinds begin 2007 een inloop.

Literatuur:

1. UNAIDS/WHO. Guidelines for Second Generation Hiv Surveillance. Geneva, Switzerland: UNAIDS/WHO, 2000.
2. Op de Coul ELM, Sighem A van, Laar MJW van de. Schatting van het aantal volwassenen met hiv/aids in Nederland in 2005. Infectieziekten Bulletin 2006; 17 nr11: 398-403.
3. Beuker RJ, Berns MP, Hoebe CJ, Jansen M., Laar MJW van de. Hiv-prevalentie onder injecterende druggebruikers in Zuid-Limburg 1994-1998/1999: stijgende trend in Heerlen, niet in Maastricht. Ned Tijdschr voor Geneeskunde 2002; 146: 567-70.
4. Boer IM de, Op de Coul ELM, Beuker RJ, Zwart O de, Al Taqatqa W, Laar MJW van de. Trends in hiv-prevalentie en risicogedrag onder injecterende druggebruikers in Rotterdam: 1994-2002. Ned Tijdschr voor Geneeskunde 2004; 148: 2325-30.
5. Op de Coul ELM, Beuker RJ, Prins M, et al. Hiv-infectie en aids in Nederland: 1987- 2001. Ned Tijdschr Geneesk 2003; 147: 1071-6.
6. Stolte IG, Dukers NHTM, Wit JBF de, Fennema JSA, Coutinho RA. Increase in sexually transmitted infections among homosexual men in Amsterdam in relation to HAART. Sex Transm Infect 2001; 77 nr 3: 184-6.
7. Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies hiv-surveillance in Nederland. Den Haag: RGO, 2001.
8. Leeuwen AP van. Wakker worden! Aandacht nodig voor toename hiv in Den Haag. Epidemiologisch Bulletin, tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag 2004; 39 nr. 1: 2-8.
9. Veen MG van, Beuker R, Brito O de, et al. Hiv-surveys bij hoog-risicogroepen in Rotterdam 2002-2003. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 2005.
10. Veen MG van, Wagemans MAJ, Op de Coul ELM, et al. Hiv-surveys bij hoog- risicogroepen in Amsterdam 2003-2004. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2005.
11. Bakker F, Vanwesenbeeck I. Seksuele Gezondheid in Nederland 2006. Rutgers Nisso Groep, Utrecht: Eburon Delft, 2006.
12. Boer IM de, Op de Coul ELM, Koedijk F, Veen MG van, Sighem A van, Laar MJW van de. Hiv and Sexually Transmitted Infections in the Netherlands in 2005. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment, 2006.

ZORGelijke tijden (II)?

De ervaringen van een aantal Haagse sleutelfiguren met het gewijzigde zorgstelsel

A.S.T. Boersma en W.J. Schudel

Het Nederlandse zorgstelsel is per 1 januari 2006 grondig gewijzigd door de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet. De overheid heeft deze stelselwijziging doorgevoerd om de gezondheidszorg op termijn betaalbaar en van goede kwaliteit te houden.

Eind 2005 werden zes personen geïnterviewd, allen in een positie waarin zij de gevolgen van het nieuwe stelsel direct zouden ondervinden. Het Epidemiologisch Bulletin publiceerde (in het eerste nummer van 2006) hun verwachtingen. In dit artikel spraken deze Haagse sleutelfiguren zich uit over de voor- en nadelen die het zorgstelsel met zich mee kan brengen voor zowel patiënten als zorgverleners. Ook vertelden de geïnterviewden over de organisatorische consequenties en de waarborging van de solidariteit die zij verwachtten. Het artikel sloot af met de belofte om in 2007 de lezers van het Epidemiologisch Bulletin te informeren in hoeverre de verwachtingen van de geïnterviewden ook daadwerkelijk waren uitgekomen.

Dit jaar hebben we dezelfde interviewvragen gesteld aan de hieronder genoemde personen:

- een huisarts van het gezondheidscentrum Nieuw Schilderswijk
- een fysiotherapeut van Transvaal Fysiotherapiepraktijk
- een specialist (gynaecoloog) van het Medisch Centrum Haaglanden
- een lid van de Raad van Bestuur van het Medisch Centrum Haaglanden
- de voorzitter van de Cliëntenraad Meavita Thuiszorg, tevens actief lid van Zorgbelang Zuid-Holland West en Voor All

Tijdens de verschillende gesprekken stond opnieuw het verzoek centraal om op persoonlijke titel aan te geven welke gevolgen de stelselwijziging heeft (gehad) voor zowel de patiënt als de zorgverlener.

Welke voordelen biedt het zorgstelsel voor (uw) patiënten?

Lid Raad van Bestuur: het grootste voordeel is dat iedere Nederlander nu toegang heeft tot zorg. In principe is iedere Nederlander verzekerd.

Fysiotherapeut: verzekeraars moesten iedereen toelaten tot hun (aanvullende) verzekering. Bij sommige verzekeraars zijn de quota zelfs losgelaten. Sommige cliënten mogen nu een onbeperkt aantal fysiotherapiebehandelingen hebben.

Voorzitter cliëntenraad/ lid ZZ-HW&VA: over de inhoud van het pakket zijn de meningen niet onverdeeld slecht. En het is fijn dat je medicatie van de apotheek niet meer zelf hoeft te declareren bij de verzekering. Maar eigenlijk zijn er verder geen voordelen. Ik verwachtte een grote chaos, gelukkig is die uitgebleven. Verder kun je, tenminste als je handig en mondig bent, op internet de kwaliteit van de zorg van

een bepaalde zorgverlener uitzoeken. Dat is natuurlijk heel klantvriendelijk. Ik vraag me echter af of de stelselwijziging daar aan heeft bijgedragen, zelf zag ik die tendens de laatste jaren sowieso al ontstaan. Wat me de laatste tijd wel opvalt, is dat het melden van een klacht helpt. Daar wordt door de zorgverzekeraar op gereageerd. Vaak wordt de klacht zelfs binnen korte tijd verholpen.

‘Wat me de laatste tijd wel opvalt, is dat het melden van een klacht helpt. Daar wordt door de zorgverzekeraar op gereageerd. Vaak wordt de klacht zelfs binnen korte tijd verholpen’

Huisarts: door de collectieve verzekering die de gemeente heeft afgesloten, betalen cliënten in een krappe financiële positie nu een lagere prijs voor hun

Over de auteurs:

drs. A.S.T. Boersma, beleidsmedewerker volksgezondheid, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, gemeente Den Haag en prof.dr. W.J. Schudel, emeritus hoogleraar klinische en sociale psychiatrie, Erasmus Universiteit Rotterdam tevens werkzaam bij de afdeling epidemiologie, GGD Den Haag Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn.

verzekering. Ik zie het ook als een voordeel dat er meer mensen aanvullend verzekerd zijn. Verder merk ik dat het gemakkelijker is geworden om afspraken te maken, bijvoorbeeld voor een MRI-scan of een echo. Meerdere deels particuliere deels aan het ziekenhuis verbonden praktijken hebben een dergelijk apparaat staan. Gelijktijdig rijst de vraag of deze verandering in essentie wel beter is. Er staan nu meerdere dure apparaten in de stad die wellicht een gedeelte van de dag niet worden gebruikt... Hetzelfde geldt voor de 'health check'. Veel verzekeraars betalen voor hun verzekerden desgewenst een uitvoerige analyse van de gezondheidstoestand, fitheid en leefstijl. Aangezien het budget van de verzekeraar niet omhoog is gegaan, vraag ik mij dan direct af wat er nu niet meer wordt betaald. Ik ben van mening dat er fouten zitten in het nieuwe stelsel. Marktwerving maakt enkelen rijker en anderen juist niet.

Specialist: vorig jaar noemde ik als voordeel dat er nu één basispakket is voor iedereen. Volgens mij is dat nog steeds het enige voordeel.

Welke nadelen heeft het zorgstelsel voor (uw) patiënten?

Specialist: Vorig jaar heb ik veel patiënten geadviseerd over de zorgverzekering. Ik heb aangegeven waar ze op moeten letten, wat er in de polisvoorwaarden moet staan. Dat was belangrijk want patiënten met een kleine beurs gingen er op achteruit. Een IVF-behandeling werd bijvoorbeeld na de stelselwijziging niet meer vergoed. Niet iedere Hagenaar kan echter zelf het bedrag voor zo'n behandeling opbrengen. In 2006 had onze maatschap dan ook een flinke dip in het aantal uitgevoerde IVF-behandelingen. Gelukkig is de behandeling nu weer in de basisverzekering opgenomen. Sinds 1 januari van dit jaar worden weer drie IVF-behandelingen per verzekerde vergoed. Het aantal patiënten is gelijk weer gestegen. Ik vind het geen goede ontwikkeling dat patiënten de keuze voor een behandeling laten afhangen van de inhoud van de verzekering. Inseminatie wordt bijvoorbeeld niet vergoed en IVF wel. Patiënten stellen mij nu soms voor om direct met IVF te beginnen en inseminatie over te slaan. Het medische advies is dan niet langer leidend in de keuze van de patiënt voor een behandeling.

Op werkbezoek verbaasde ik mij over de wijze waarop in de Verenigde Staten zorg werd geleverd. Zelfs in een hoogstaande kliniek als die van Harvard was de tendens toch vooral: u vraagt, wij draaien. Men wist dat een patiënt anders naar een ander ziekenhuis zou gaan. Gelukkig zijn op dit moment in Nederland de

indicaties van de arts in het algemeen nog wel steeds doorslaggevend (conform de richtlijnen van de beroepsvereniging).

Huisarts: er zijn nu veel mogelijkheden voor relatief 'simpele' behandelingen (zoals MRI-scans). Het aanbod van de specialistische zorg van neurochirurgie is daarentegen heel erg uitgedaasd in onze regio. Ik heb een patiënt in mijn praktijk die al achttien maanden wacht op een behandeling!

Een ander nadeel is dat patiënten nu veel vaker een machtiging nodig hebben van hun zorgverlener. Eigenlijk vraagt de verzekering om een machtiging bij alles wat ook maar enigszins buiten het simpele programma valt. Verder moeten patiënten wel erg veel zelf regelen. Ze moeten bijvoorbeeld zelf behandelingen declareren en ook zelf nazoeke hoe veel behandelingen worden vergoed. Daar zijn niet alle patiënten even goed toe in staat, helemaal niet in deze wijk.

Raad van Bestuur: ik zou mij voor kunnen stellen dat de gemiddelde Hagenaar nog niet zoveel snapt van het nieuwe stelsel. Minister Borst wilde destijds graag dat patiënten thuis een rekening van hun ziekenhuisbezoek ontvingen zodat ze wisten wat een ingreep precies kost. Er wordt nu inderdaad een factuur thuis gestuurd, maar ik vraag mij af of het doel van Borst wordt bereikt.

Voorzitter cliëntenraad: zo'n rekening van een ziekenhuisbezoek roept volgens mij alleen maar vragen op. Neem bijvoorbeeld een rekening voor het afnemen van bloed om te achterhalen of er bij jou sprake is van reuma. Zo'n rekening is niet alleen heel hoog, er worden ook kosten in vermeld voor onderzoek van andere specialismen. Als patiënt vraag je je dan toch af wat die specialismen met jouw bloed doen en of dat niet goedkoper kan.

Een ander voorbeeld van een nadeel betreft het uitschrijven van goedkope medicatie. Chronische patiënten hebben over het algemeen veel ervaring met verschillende soorten medicatie. Het kan dan zijn dat je veel baat hebt bij een bepaald soort pijnstiller. Een apotheek kan je echter goedkopere medicatie meegeven waarbij je veel meer bijwerkingen hebt. Bijvoorbeeld hoofdpijn of misselijkheid. Je moet dan als patiënt heel goed opletten en ook erg mondig zijn om de medicatie mee te krijgen die de arts je heeft voorgeschreven.

Chronisch zieken en gehandicapten waren het afgelopen jaar ook niet blij met de no claim. Zij kregen immers nooit iets terug maar moesten wel, als alle verzekerden, meebetalen aan het no-claimfonds. Gelukkig geldt deze regeling nu niet meer.

Een ander voorbeeld is de verstrekking van incontinentiemateriaal. Het kan zijn dat je (ondanks een aanvullende verzekering) meer materiaal nodig hebt dan wordt vergoed. Verzekeraars zijn uitgegaan van een gemiddelde bij het berekenen van de hoeveelheid incontinentiemateriaal die in het pakket zit. Als je door omstandigheden meer nodig hebt, moet je bijbetalen. Wat mij persoonlijk daaraan het meeste stoort is dat je al te maken hebt met beperkingen en dat dan de verwachting van zo'n aanvullend pakket niet wordt waargemaakt. Dat is toch hartstikke sneu!

'Je moet als patiënt heel goed opletten en ook heel mondig zijn om de medicatie te krijgen die de arts je heeft voorgeschreven'

Wat je ook merkt is dat de huisarts minder tijd per patiënt heeft. Volgens mij komt dat omdat hij per diagnose wordt betaald. Vaak zie je dat men dingen opspaat voordat men naar de huisarts gaat. De huisarts kan echter, volgens mij, maar twee behandelingen declareren. Dat is toch niet uit te leggen aan een patiënt, het kost toch veel meer om twee verschillende afspraken te maken in plaats van vier dingen tegelijk te laten onderzoeken. Volgens mij is het ook niet wenselijk dat hulpvragen worden versnipperd door het systeem. En zou het ook niet zo kunnen zijn dat artsen daardoor eventuele verbanden tussen de klachten missen?

Het systeem is verder ontzettend verzakelijk. Het vervelende van het nieuwe stelsel is dat problemen nu eigenlijk altijd over de rug van de patiënt gaan. Eerst werd er nog wel eens iets geregeld tussen de arts en de verzekeraar. Zij besloten dan bijvoorbeeld om toch zorg te verlenen en de benodigde papieren achteraf te regelen. Dat wordt nu echt niet meer gedaan.

Fysiotherapeut: voor een heleboel mensen is de verzekering een stuk duurder geworden. Ook is de keuzevrijheid van bepaalde Hagenaars niet zo groot. De gemeente heeft bij bijstandsgerechtigden ernstig benadrukt dat ze voor een bepaalde verzekering moesten kiezen. Deze verzekering lijkt heel voordelig maar de dekking voor bijvoorbeeld fysiotherapie behandelingen is vrij beperkt. Per jaar worden slechts twaalf behandelingen vergoed. Het is voor de patiënt én voor de zorgverlener heel vervelend als je dan de

behandeling niet kan afmaken. Dit geldt overigens niet voor chronische patiënten, zij krijgen wel een onbeperkt aantal behandelingen vergoed.

Welke voordelen heeft het zorgstelsel voor zorgverleners?

Huisarts: ons gezondheidscentrum is een non-profit instelling, wij werken zonder winstoogmerk. Het afgelopen jaar hebben wij 40% meer omzet gedraaid. Maar tegelijkertijd gaan de komende jaren de vaste subsidies fors omlaag. Onze directeur heeft onze belangen vervolgens heel goed vertegenwoordigd in onderhandelingen met zorgverzekeraars. De komende jaren krijgen we extra middelen voor allerlei zorgvernieuwend projecten van ze. Daardoor kan onze koffiekamer bijvoorbeeld blijven bestaan. In zo'n multidisciplinair gezondheidscentrum is dat de plek waar we elkaar ontmoeten om zorg te coördineren en samenwerkingsvoordelen te realiseren. Zowel multidisciplinariteit als kwaliteit scoort gelukkig bij verzekeraars. Maar de opzet en uitvoering van al die projecten kosten altijd meer tijd en energie dan gedacht of begroot.

Fysiotherapeut: wij zijn er financieel niet slechter van geworden. In theorie zijn de tarieven vrij onderhandelbaar maar dat is slechts een schijnvoordeel. Ik ben benieuwd of de Zorgautoriteit daar binnenkort ook eens naar gaat kijken. We zijn voorlopig in ieder geval vrijer in de beslissingen die we nemen. Ik verwacht echter dat de verzekeraars nog flink wat macht naar zich toe gaan trekken.

Een ander voordeel is de directe toegankelijkheid van fysiotherapie. Iedere Hagenaar mag nu zonder tussenkomst van een arts naar een fysiotherapeut. Ik schat in dat ongeveer 10% van de patiënten ons rechtstreeks benadert. Docenten van scholen sturen bijvoorbeeld leerlingen door met ontwikkelingsstoornissen. En (vaak hogeropgeleide) patiënten met klachten aan het bewegingsapparaat benaderen ons rechtstreeks. Jammer genoeg is het grootste gedeelte van de bewoners van deze wijk daar toch nog vrij traditioneel in. Zij komen via de huisarts.

Raad van Bestuur: wij hebben de wijziging van het stelsel en de invoering van het DBC-systeem¹ omarmd. De sfeer in ons ziekenhuis is positief, dit type wijzigingen zien wij als een uitdaging. We hebben bijvoorbeeld van de gelegenheid gebruik gemaakt om te organiseren dat het opvragen van informatie veel sneller gaat. Ook is er meer transparantie in de

¹ Vanaf 2005 krijgt elk ziekenhuis geld voor de 'zorgproducten' die zij leveren aan patiënten. Deze zorgproducten bestaan uit zogeheten Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). Een DBC is een code die in het ziekenhuis wordt gebruikt om de diagnose en behandeling die bij de gezondheidsklacht horen, vast te leggen. Dit nieuwe systeem van vastleggen is wettelijk verplicht.

kwaliteit. We moeten echt met de billen bloot. Dit vraagt wel een cultuuromslag, met name van de specialisten.

Wij vinden het DBC systeem overwegend positief. Er komt een schat aan informatie uit. Het maakt een hoop dingen inzichtelijk en voor de transparantie is het ook beter. Bijvoorbeeld het aantal MRI's dat een specialist aanvraagt voor een patiënt. Een gemiddelde specialist vraagt één MRI aan om een knie te onderzoeken, maar er zijn ook specialisten (in dezelfde maatschap) die gemiddeld drie tot vijf MRI's aanvragen. De voorschriften hebben ze zelf opgesteld. Door het DBC systeem konden we het bespreekbaar maken.

Een ander voorbeeld is de klinische chemie. Voorheen kon je als zorgverlener op het formulier voor een bloedonderzoek met één kruisje alle verschillende testen aanvragen. Nu is dat kruisje verdwenen en moeten artsen bewust een vinkje zetten bij de test die ze willen afnemen. Toch zijn er specialisten die wel tien verschillende testen aanvragen om bloed te onderzoeken terwijl dat niet altijd nodig is. Op basis van de gegevens kunnen we nu het bewustzijn of de kennis van deze artsen vergroten. Ik realiseer mij wel dat ik vooral voordelen voor het management noem. De zorgverzekeraars maken overigens nog niet echt gebruik van de sturingsinformatie. In de toekomst zouden zij echter wel per ingreep kunnen beslissen naar welk ziekenhuis zij de patiënten sturen.

Specialist: de omslag naar meer aanbodgerichte zorg, meer verlenen van service is nog niet van de grond gekomen. Toch geloof ik wel dat dat alsnog zal gebeuren. Met name als het gaat om laag complexe zorg zullen we meer servicegericht moeten werken. Anders is er een grote kans dat private organisaties adequater kunnen helpen. Wie weet komt er ooit nog eens een zelfstandig behandelcentrum in de stad om de complexe structuur van het ziekenhuis te ontlopen. Vooralsnog is een dergelijke kwaliteitsimpuls uitgebleven maar we moeten ons daar al wel op voorbereiden.

Welke nadelen heeft het zorgstelsel voor zorgverleners?

Specialist: ons grootste probleem is dat we het afgelopen jaar meer patiënten hebben gezien maar dat het budget gelijk is gebleven. Daar wordt nu wel over onderhandeld maar het grote voordeel van de DBC's is dus niet bewaarheid. Het budget is gefixeerd, terwijl het aantal behandelingen is toegenomen. Voorheen kwamen we al niet uit en dat is niets veranderd door de DBC's.

Ook dreigt het gevaar dat er te goedkope DBC's

worden aangeboden. Wat gebeurt er als een ziekenhuis op een gegeven moment wordt gedwongen om de prijzen te verlagen (met het oog op de concurrentie), wat gaat dat betekenen voor de zorg? Iedereen kan nu zelf kiezen waar hij behandeld wil worden. Maar de beoogde marktwerking op prijs werkt helemaal niet! Nog steeds wordt alle medicatie voorgeschreven. Hagenaars worden overladen met preventieve screeningen en alle gevraagde behandelingen worden uitgevoerd. Welke prikkels heeft de zorgverlener dan om zo effectief en efficiënt mogelijk te behandelen?

De wijziging van het zorgstelsel heeft er ook niet voor gezorgd dat de kwaliteit is toegenomen. Misschien gebeurt dat als er meer private partijen komen. Eigenlijk zouden we ons daar al op moeten instellen en voorbereiden maar dat gebeurt nog erg weinig. Een ander nadeel is dat er nog steeds geen DBC's zijn voor multidisciplinaire (en vaak complexe) patiëntenzorg. De multidisciplinaire zorg voor bijvoorbeeld bekkenbodempromptiek wordt nog wel gecontinueerd maar de financiering ervoor is niet geregeld. We werken met verschillende specialisten aan een dergelijke behandeling maar we kunnen niet allemaal een eigen DBC invullen voor dezelfde patiënt. Natuurlijk kunnen we zelf ook een rol spelen in de ontwikkeling daarvan.

Fysiotherapeut: er zijn nu zoveel verschillende zorgverzekeringen dat wij door de bomen het bos niet meer zien. We moeten heel vaak opzoeken welke dekking de betreffende verzekering biedt.

Huisarts: er zitten geen prikkels in dit systeem om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. De focus ligt op productie, niets meer en niets minder. Laatst hadden we een bijeenkomst over betere samenwerking tussen de zorgverleners in de wijk. Iedereen die denkt in termen van productie komt dan niet opdagen. Bevriende huisartsen uit Rotterdam vertelden mij laatst dat ze maar één probleem per behandeling tackelen. Voor andere problemen wordt een nieuwe afspraak gemaakt. Nu geldt dat absoluut niet voor dit centrum, onze patiënten hebben erg vaak meerdere problemen tegelijk. Je kunt dan een dubbelconsult gebruiken en met die twintig minuten consulttijd kom je een heel eind.

Vorige keer sprak ik de verwachting uit dat de prijs van een consult wel eens naar beneden zou kunnen gaan. Dat is ook geprobeerd. Halverwege het afgelopen jaar bleek dat er een veel hogere productie gedraaid zou worden dan men had verwacht. Men wilde toen de consultprijs terugschroeven van negen naar zeven euro. Gelukkig is er geluisterd naar ons

massale protest en is die korting niet doorgevoerd. We werken nu bijna achttien jaar in deze praktijk en we hebben het nog nooit zo druk gehad als nu. Natuurlijk heeft dat ook te maken met de onzekerheid die het nieuwe stelsel met zich meebracht voor ons zorgverleners. Het eerste half jaar hebben echt productie gedraaid. We wilden kijken hoe we ervoor stonden. We vroegen ons af of we het zo konden redden. Die manier van werken kostte veel energie en tijd. Gelukkig is er nu dus goed onderhandeld en hebben we weer een beetje ruimte. Maar toch, als je kijkt naar ons schema. De werkdruk is hier zo hoog door de taalbarrière, de multiproblematiek en ga zo maar door. Hetzelfde geldt voor veel huisartsen. Welke huisarts je ook spreekt, het gaat alleen maar over die productie. Er zit bij veel huisartsen een hoop frustratie. Ik vind dat je op een gegeven moment toch moet erkennen dat er een extra huisarts bij moet komen om kwaliteit te kunnen leveren. In Zweden werkt dat ook zo. Hier moet de arts een tandje harder werken, daar zorgt de overheid ervoor dat er een nieuwe arts bij kan komen.

‘Een paar jaar geleden waren we innovatief, zochten we naar zorgvernieuwend en verbeterende projecten. Nu is bij ieder plan meteen de vraag, wat levert het ons op en wat kost het ons?’

Een paar jaar geleden waren we innovatief, zochten we naar zorgvernieuwend en verbeterende projecten. Nu is bij ieder plan meteen de vraag, wat levert het ons op en wat kost het ons? In ons vorige gesprek noemde ik dit zorgstelsel een wangedrocht. En dat vind ik nog steeds. Op macro niveau is alles misschien goed door te rekenen maar op micro niveau klopt er niets van. Het idee van marktwerking is er absoluut niet.

Welke organisatorische consequenties heeft het zorgstelsel?

Raad van Bestuur: de dynamiek van het DBC systeem is onnavolgbaar. Er zijn zoveel veranderingen. De wijze waarop je een diagnose moet stellen, kan voordat je het weet weer anders zijn. Wij hebben zeven mensen aangenomen om zich bezig te houden met alle wijzigingen die het DBC systeem met zich meebrengt. Op hoogtijdagen zijn er in dit ziekenhuis zelfs vijftien personen extra aan het werk om de perikelen rondom de DBC systematiek uit te leggen.

Het verhaal dat er op de tien specialisten één iemand rondloopt die voltijs met de DBC bezig is, geloof ik

echter niet. Op dit moment maken we nog gebruik van twee systemen tegelijk en dat is altijd lastig. Dat vraagt veel van de administratie.

De administratie is echt flink toegenomen. Zo zijn bij de debiteuren administratie drie personen continu bezig met de rekeningen. We moesten extra mensen regelen om alle wijzigingen als gevolg van de Zorgverzekeringswet toe te lichten en te helpen problemen op te lossen.

Specialist: het kost alle artsen nog steeds veel tijd om met patiënten en zorgverzekeraars te bellen of brieven te schrijven over de vergoeding van ingrepen. Het doel van de DBC's is om inzichtelijk te maken wat er (ook financieel) door medici wordt gedaan. Ik vind dit een legitiem doel. Er zijn echter wel heel veel personen met de administratie bezig. In ons ziekenhuis is een projectorganisatie van tien personen extra in dienst genomen. En ook in onze maatschap van tien specialisten en twaalf assistenten was er het afgelopen jaar gemiddeld één gynaecoloog continu bezig met de sores rondom de DBC's.

Al die administratie werkt demotiverend maar een goede registratie is wel van groot belang. Daarom controleren elke dag twee of drie maten de administratie (duur ongeveer een half uur). Op dit moment is er geen mogelijkheid om de administratie door anderen te laten doen. Ten eerste is daar geen ruimte voor. Een tweede probleem is dat er nog veel discussie is over de DBC's. Er zitten behoorlijk wat haken en ogen aan veel DBC's en het zijn er gewoon te veel. Vanaf volgend jaar werken we alleen nog maar met DBC's en vervalt ons honorariumbudget. Vandaar dat er nog steeds enorm veel, buitensporig veel energie in de administratie gaat zitten. Dat is echt een punt van zorg, het moet simpeler! Er is geen slag gemaakt om de DBC's te vereenvoudigen, ze zijn nog steeds even complex als vorig jaar en er zitten nog net zoveel haken en ogen aan.

‘Er gaat nog steeds buitensporig veel energie in de administratie zitten. Dat is echt een punt van zorg, het moet simpeler!’

En er wordt zoveel tijd besteed aan vergaderen over productiecijfers, budgettaire discussies in plaats van medisch inhoudelijke afwegingen. Mijn zorg over het ondersneeuwen van zaken als het aanbieden van onderwijs zie ik absoluut uitkomen. Ik voorzie wel weer meer samenwerking tussen de ziekenhuizen om de macht van de zorgverzekeraars te keren. Er gaat zoveel aandacht uit naar al dit soort overleg en onderwerpen.

Dat komt de patiëntenzorg niet ten goede.

Huisarts: na de invoering van het zorgstelsel was het belangrijk om zo snel mogelijk je patiëntendomein te claimen. Het was dus van belang om direct een rekening te sturen. Een verklaring van de patiënt was nodig om inschrijving gedaan te krijgen.

De assistente is tot drie maanden na de invoering van het zorgstelsel ongeveer één tot twee dagen per week bezig geweest met de administratie. Daarvóór was dat maar een paar uur per week.

Nu zou ik zeggen dat we in totaal drie keer zoveel tijd besteden aan administratie. En er gaat nog veel meer rompslomp komen want vanaf 1 juni a.s. gaan de onverzekerde patiënten automatisch over naar een andere verzekering. Al die mutaties kosten enorm veel tijd.

We krijgen veel meer brieven van de zorgverzekeraars, misschien wel twee of drie keer zoveel. Dat betekent dus ook dat we veel meer tijd kwijt zijn met de beantwoording. Sowieso al die machtigingen maar bijvoorbeeld ook de registratie van de consulten. Wanneer je twee consulten op een dag hebt met dezelfde patiënt dan krijg je direct een brief van de verzekeraar dat er een onregelmatigheid zit in je administratie en moet je het dus toelichten. In sommige gevallen is er inderdaad sprake van een foutje maar wanneer het wel klopt is het verrekke irritant. Die machtigingen waar ik het zojuist al over had zijn voor ons echt een crime. Wij worden zo vaak benaderd voor zo'n machtiging. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld overstapt naar een nieuwe zorgverzekering moet er weer een nieuwe machtiging komen voor fysiotherapie, zo blijf je echt bezig.

Fysiotherapeut: ik schat in dat wij ten opzichte van 2006 (het eerste jaar van het nieuwe stelsel) 25% meer tijd kwijt zijn met de administratie. Het invoeren van patiëntgegevens kost veel tijd. Verzekeraars vragen steeds meer informatie. Een collega van ons is op dit moment niet in staat om haar werkzaamheden als fysiotherapeut te verrichten. Zij is nu twee dagen in de week bezig met de administratie. Er moeten ook zoveel formulieren worden ingevuld. Voor veel daarvan hebben we inmiddels een standaard gemaakt zodat dat relatief snel kan, maar toch. We hebben nu echt veel meer administratieve handelingen.

Voorzitter cliëntenraad: de organisatorische consequenties die ik heb gehoord, betreffen vooral de patiënt. Bijvoorbeeld het verwerken van mutaties door de zorgverzekeraars. Veel patiënten hadden helemaal geen bericht gekregen dat ze aangenomen waren en waren dus nog op zoek naar een andere verzekeraar. Die kruisten elkaar dan weer.

Verder zijn patiënten nu zelf boekhouder, ze moeten alle handelingen zelf doen.

Ook heb ik meerdere verhalen gehoord van Harenaars die in 2007 naheffingen kregen uit 2005. Het schijnt dat zorgverzekeraars tot en met 2008 mogen naheffen, dus zelfs nadat de no claim al is terugbetaald. Daar is helemaal geen voorlichting over geweest. Bij de belastingdienst is het wel duidelijk dat het gaat om een voorlopige teruggave.

In hoeverre is de solidariteit (voldoende) gewaarborgd?

Huisarts: de beter gesitueerde patiënt redt zich wel. Maar er is geen tijd en geen budget voor de patiënt die de taal niet spreekt of een tolk nodig heeft. Vorige week was ik met mijn collega's op een training voor huisartsen om kindermishandeling te herkennen. Daar kwam naar boven dat veel van de risicofactoren voor kindermishandeling terug te vinden zijn in onze patiëntenpopulatie. Daar werden we met zijn allen een beetje moedeloos van. We werken zo hard en dan zie je eigenlijk ook nog dat er iets ontbreekt waar je toch echt wel je aandacht op zou moeten richten. We besteden in veel consulten al extra aandacht aan de taalproblemen en de achterstand in kennis van ziekte en gezondheid. En dan moet er eigenlijk aan het einde van een dergelijk gesprek ook nog ruimte zijn om voorzichtig te informeren of er sprake is van kindermishandeling! We hebben eigenlijk onvoldoende tijd om alert te zijn op risicogroepen, bijvoorbeeld huiselijk geweld.

Fysiotherapeut: je kunt zoveel zorg inkopen als je kunt betalen. Ik ben dan ook van mening dat de solidariteit niet wordt gewaarborgd met dit stelsel. In deze wijk wonen veel mensen die hun basisverzekering nét kunnen betalen. Als de overheid daar een rol in wil spelen, is dat natuurlijk goed. Maar zorg er dan wel voor dat zij een goede polis hebben en geen armoedepolis. Dan is de solidariteit echt zoek.

'In theorie moeten Harenaars die hun premie niet hebben betaald over worden genomen door een andere verzekeraar. Ik vraag me echter af of het in de praktijk wel zo werkt'

In theorie moeten Harenaars die hun premie niet hebben betaald over worden genomen door een andere verzekeraar. Ik vraag me echter af of het in de praktijk wel zo werkt. Deze mensen krijgen een kans maar is het ook een reële kans? De groep bevindt zich in een heel risicovolle situatie, ze zijn speelbal geworden van de verzekeraars. Ik hoop dat de

overheid nog iets extra's gaat doen voor deze groep om ze binnen boord te houden. Bijvoorbeeld iets met schuldsanering of zorgen dat ze minder premie hoeven te betalen.

Raad van Bestuur: vanaf 1 juli mogen burgers inderdaad door de zorgverzekering geroyeerd worden. Schattingen wijzen uit dat tussen de 250.000 en 300.000 Nederlanders de verzekering niet hebben betaald. Nu is nog in de wet opgenomen dat deze onverzekerden binnen een bepaalde termijn weer moeten worden opgenomen door een andere verzekering. Ik ben heel benieuwd of ze dan wel betalen. Anders ontstaan er zogenaamde draaideuronverzekerden.

Op de SEH passen we zogenaamde triage toe en kijken daarmee naar de ernst van de klacht. Tevens controleren we of iemand verzekerd is. Is iemand niet verzekerd en is de medische situatie niet levensbedreigend dan vragen we eerst een financiële bijdrage van 50 euro.

Specialist: ik kan alleen maar hopen dat de solidariteit in stand blijft. Dat er een vrij ruim basispakket blijft bestaan en dat er niet wordt geconcurrereerd ten aanzien van acute zorg zoals trauma's, hartinfarcten, kanker etc.

Voorzitter cliëntenraad: veel mensen hebben zich niet gerealiseerd dat de voormalige ziekenfondsverzekering niet gelijk stond aan de nieuwe basisverzekering. De basisverzekering was een uitgedeelde versie van de ziekenfondsverzekering. Zij waren daardoor, naar hun mening, onderverzekerd. Verder ben ik blij dat we MEE in Den Haag hebben. MEE biedt informatie, advies en ondersteuning aan mensen met een handicap. De organisatie doet goed werk voor mensen die problemen hebben met de boekhouding van bijvoorbeeld hun zorgverzekering.

Welke verwachtingen had u vorig jaar die (nog) niet zijn uitgekomen?

Specialist: de zorg dat de inhoud van het basispakket speelbal zou zijn van de politiek, is voor alsnog niet uitgekomen. Ook al kan de minister via een algemene maatregel van bestuur een wijziging in het basispakket doorvoeren, het aantal wijzigingen in het basispakket valt tot nu toe erg mee.

En gelukkig wordt de keuze voor een goedkopere operatie ook nog niet altijd gemaakt. Er vindt nog steeds endoscopische chirurgie plaats. Deze wijze van opereren heeft veel voordelen voor een patiënt. Het kost alleen meer tijd en meer geld waardoor er geen financieel voordeel is voor een ziekenhuis.

Fysiotherapeut: de verwachting van de aantasting van de

privacy kan ik niet hard maken, privacy blijft wel een heikel punt. Diagnoses worden weliswaar gecodeerd aangeleverd maar de betekenis van de codes is volgens mij bekend bij alle professionals die een patiënt behandelen. Daarnaast worden de codes opgenomen in een centrale databank bij de zorgverzekeraars. Naar onze mening komt de privacy van de patiënt daarmee toch in het geding.

Voorzitter cliëntenraad: Ik hoor de laatste tijd zoveel organisaties die fusieplannen hebben. Als die plannen doorgaan, dan zal er sprake zijn van minder kleinschaligheid. Dan word je als patiënt gedwongen om naar een bepaalde zorgverlener te gaan. Sowieso wat die keuzevrijheid betreft. Stel dat een zorgverzekeraar afspraken maakt met twee zorginstellingen, één (Langeland) voor 70% en één (MCH) voor 30% van de heupingrepen. Wanneer de zorgverzekering vervolgens zegt over drie weken kunt u in het Langeland terecht en pas over zes maanden bij het MCH dan is er sprake van een inbreuk op de keuzevrijheid.

Resumerend

In 2005 hebben we verkend welke voor- en nadelen de wijziging van het zorgstelsel kan hebben voor Haagse patiënten en zorgverleners. Daartoe werden personen geïnterviewd in een positie waarin ze de gevolgen van het nieuwe stelsel direct zouden ondervinden. In 2007 zijn deze geïnterviewden gevraagd om te reflecteren op de verwachtingen die ze in 2005 uitspraken. De verwachtingen en ervaringen van de Haagse sleutelfiguren leiden tot de volgende mening over de wijziging van de Zorgverzekeringswet:

Huisarts: er is veel en veel te veel administratieve chaos. Het systeem inspireert en enthousiasmeert niet. Huisartsen onderling spreken enkel over frustraties. Misschien kan het systeem in sommige dingen toevallig een beetje goed uitpakken. Ons type centra staat bijvoorbeeld sterker dan voorheen. De vraag is echter of dat opweegt tegen 10% meer burn-out onder huisartsen. In mijn gezondheidscentrum zetten we ons al heel lang in voor een betere kwaliteit van zorg voor achtergestelde Hagenaars. Alle wijzigingen die daar nadelig voor uitpakten, hebben we hard bestreden. Nu merk ik na achttien jaar dat het een gebed zonder einde is. Pas na een paar jaar, als de financiering stabiel is, komt er weer rust en ruimte voor kwaliteit. Misschien is het goed als er dan nog eens een artikel over de praktische uitwerking van het zorgstelsel wordt geschreven.

Specialist: ik ben niet alleen maar negatief. Maar mijn

zorgen over een ultra-liberale gezondheidszorg en de solidariteit heb ik nog steeds. Gezondheidszorg staat nu gelijk aan geld verdienen. Ik vind dat de overheid een belangrijke rol moet blijven spelen.

‘Ik ben niet alleen maar negatief. Maar mijn zorgen over een ultra-liberale gezondheidszorg en de solidariteit heb ik nog steeds’

Hoogervorst zei dat de regie naar de zorgverzekeraars kan. Daar ben ik het niet mee eens. De regie moet bij de artsen liggen. We pakken deze regierol nu nog niet altijd voldoende op, maar dat is wel de wijze waarop het moet.

Voorzitter cliëntenraad: mijn aanbeveling aan zorgverzekeraars is, blijf informatie geven want het stelsel is ingewikkeld.

Verder wil ik de zorgverleners meegeven dat ze niet alleen de verplichte klanttevredenheidsonderzoeken doen, maar ook verdiepingsonderzoeken.

Zorgverleners worden nu ook afgerekend op certificering (proces) en klachten (negatief). Om de kwaliteit daadwerkelijk te verhogen moeten zorgverleners zoeken naar het antwoord op de vraag hoe de patiënt de zorg echt heeft beleefd!

Fysiotherapeut: ondanks de zware administratieve druk is het nu toch een stuk beter. De stelselwijziging heeft veel mensen bewust laten nadenken over hun situatie. Mensen zijn in de gelegenheid gesteld om zich aanvullend te verzekeren, dus we kunnen nu ook aan deze mensen de benodigde zorg leveren.

Er is echter een nadeel voor mensen die de verzekering niet kunnen betalen. Er bestaat een kans dat zij in een tweederangs situatie komen of worden gebracht. Zij vallen buiten een deel van de basiszorg en krijgen bepaalde medicatie niet vergoed.

Raad van Bestuur: de uitspraak van mijn collega vorig jaar: een nieuw elan, meer mogelijkheden spreekt ook mij heel erg aan. Volgens mij is die spreuk ook werkelijkheid geworden.

Naar aanleiding van bovenstaand artikel hebben we de Haagse wethouder van Welzijn, Volksgezondheid en Emancipatie, Bert van Alphen, een aantal vragen gesteld:

Wat vindt u de belangrijkste les van het artikel?

Wat hebben we het ingewikkeld gemaakt! Helaas zie ik mijn eigen verwachting over de invoering van het nieuwe zorgstelsel bevestigd in de ervaringen uit ‘het veld’, zoals beschreven in dit artikel. De vrees voor toename van allerlei administratieve rompslomp komt

uit, maar persoonlijk verontrusten mij vooral de on(der)verzekerden en de verhalen uit de oude wijken. Ik kom als wethouder volksgezondheid ook veel in contact met huisartsen uit bijvoorbeeld het stadsdeel Centrum. Van hen krijg ik precies dezelfde signalen. Dat er steeds minder tijd is. Tijd die nodig is om bijvoorbeeld achterliggende oorzaken van gezondheidsklachten bij patiënten te kunnen ontdekken.

In deze wijken zijn we als gemeente met diezelfde huisartsen actief om gezondheidsachterstanden weg te werken. Daar boeken we goede resultaten mee, maar tegelijkertijd zie je dat die door landelijke wetgeving weer onder druk komen te staan.

Het is geen geheim dat ik altijd kritisch tegenover het nieuwe zorgstelsel heb gestaan. Commercie en solidariteit zijn moeilijk tot onmogelijk te combineren begrippen. Dat zie je in dit artikel naar mijn mening klip en klaar geïllustreerd.

De toegankelijkheid van de zorg is meer onder druk komen te staan. Er wordt van de patiënt veel meer inzicht en eigen initiatief verwacht. Het is niet iedereen gegeven om daar goed mee overweg te kunnen. Ook op dit punt zie ik het nieuwe stelsel zeker niet als een verbetering.

Wat is uw mening over de on(der)verzekerdenproblematiek in de gemeente Den Haag?

Voor alle duidelijkheid: Het is goed dat maatregelen getroffen worden om het zorgstelsel in Nederland betaalbaar te houden. Er is kort voor invoering van de nieuwe wet onder druk van de Tweede én de Eerste Kamer nog wel het een en ander gerepareerd en toegezegd, om te voorkomen dat mensen onverzekerd raken.

Desalniettemin wordt nu in dit artikel geconstateerd dat mensen met een laag inkomen door het nieuwe stelsel in een moeilijke positie verkeren. Veel van hen kunnen maar nét de basisverzekering betalen. De situatie dat zij onverzekerd raken moet echt worden voorkomen en ik vind dat verzekeraars daar veel meer bovenop moeten zitten. Simpelweg aan het begin van de maand inhouden van zorgpremies op inkomen of uitkering zonder achterliggende problematiek te beschouwen brengt maar de helft van de oplossing. Als gemeente komen wij bewoners met betalingsproblemen ook op verschillende manieren tegen. Bijvoorbeeld bij dreigende huisuitzettingen. Eigenlijk ben je dan al veel te laat. We zijn al een tijd bezig om samen met bijvoorbeeld de corporaties signalen veel eerder op te pakken. Je moet voorkomen dat een probleem onoplosbaar wordt. Ik zie hierin ook

een dwingende opdracht weggelegd voor de verzekeraars zelf, want de dreiging van grote groepen mensen die als gevolg van de invoering van het nieuwe ziektekostenstelsel onverzekerd raken is nog steeds een spookbeeld voor mij.

Precies dat was voor ons als college een reden waarom is besloten om met ingang van 1 januari 2007 een collectieve ziektekostenverzekering af te sluiten, juist voor personen met een laag inkomen. Door een gemeentelijke bijdrage is de premie betaalbaar gebleven. Daarnaast worden personen met een betalingsachterstand aangesproken op hun betalingsplicht en zo nodig wordt de premie ingehouden op de uitkering.

De intentie van de gemeente Den Haag is om on(der)verzekerdheid tegen te gaan, we hebben een ondersteunende rol in dit proces. De verantwoordelijkheid om de premie te betalen ligt primair bij de burger en voor de incasso primair bij de zorgverzekeraar. In juni praat de gemeente Den Haag samen met andere gemeenten met het ministerie van SZW mee over dit onderwerp.

Op welke wijze kan de gemeente professionals in achterstandswijken (zoals huisartsen en fysiotherapeuten) steunen?

Sommige zaken kan de gemeente zelf oplossen, andere zaken moeten met andere partijen worden opgepakt.

De gemeente kan in elk geval een rol spelen om ervoor te zorgen dat het gesprek tussen bewoners, werkers en gemeente over knelpunten en oplossingen op gang komt.

Bijvoorbeeld door initiatief te nemen met de oprichting van platforms. Maar het kan ook heel praktisch met het beschikbaar stellen van een ruimte in de wijk waar hulpverleners hun activiteiten kunnen aanbieden.

In de huidige tijdsgeest heeft de gemeente steeds vaker partijen nodig die invloed hebben op de financiële stromen. Dat is allereerst het ministerie, maar in toenemende mate zijn dat ook zorgverzekeraars. De komende jaren staan we voor de uitdaging om meer samenwerking tussen preventie en curatie te organiseren. Dat is best ingewikkeld want marktpartijen, zoals verzekeraars, worden door heel andere doelen gestimuleerd dan gemeenten. Een verzekeraar die overal in het land verzekeren heeft, hoeft zich niet direct aangesproken te voelen op een lokaal knelpunt. Die let vooral op de premie-polis verhoudingen. Tegelijkertijd vind ik dat wij als gemeente moeten voorkomen dat werkers gefrustreerd raken of dat zelfs hun batterij leeg loopt.

Mijn Zorg ← → Jouw Zorg

Ontwikkeling en resultaten van de transferpunten in de Haagse regio

F.L. van Leeuwen

In de Haagse zorg zijn transferpunten niet meer weg te denken als schakel tussen ziekenhuizen en zorginstellingen. De transfermedewerkers bewaken de aansluiting tussen de zorg in het ziekenhuis en die na het ziekenhuisverblijf. Ze bewerkstelligen dat de patiënt op de juiste plaats, op het juiste tijdstip, de juiste zorg ontvangt en dragen zo bij aan kwaliteit en doelmatigheid. Door hun kennis van de mogelijkheden in aansluiting op de ziekenhuiszorg zijn de transfermedewerkers een belangrijke bron van informatie voor de patiënt en voor de mantelzorger. Vervolgens begeleiden ze het traject van indicatiestelling en zorgtoewijzing, waardoor ze de patiënt veel administratieve rompslomp uit handen nemen. Ook dragen ze samen met de verpleegafdeling van het ziekenhuis zorg voor een goede overdracht zodat de continuïteit van zorg verzekerd is.

Dit is niet altijd zo geweest. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de ontwikkeling van de transferpunten in de Haagse regio. Die startte in 1988 met een onderzoek naar substitutiemogelijkheden in een ziekenhuis en de aanstelling van een liaisonverpleegkundige. Vanaf 2001 zijn er regionaal afspraken vastgelegd op bestuurlijk niveau over de ontwikkeling van transferpunten onder regie van Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. Vanaf de start van de transferpunten in alle ziekenhuizen in 2003 wordt het werk geregistreerd aan de hand van prestatie-indicatoren. Daardoor kunnen we in dit artikel een kwantitatief overzicht geven van het werk van de transferpunten. De ontwikkeling van de transferpunten heeft na de implementatie niet stilgestaan. Aan het slot van het artikel een schets van de voortgang en de prioriteiten in de nabije toekomst.

Aanloop naar transferpunten: de eerste liaison-verpleegkundige

De ontwikkeling van transferpunten start in 1988 met een onderzoek naar substitutiemogelijkheden in het Rode Kruis Ziekenhuis in Den Haag (1), nu onderdeel van het HagaZiekenhuis. In dit onderzoek is gedurende acht weken op drie afdelingen van het ziekenhuis vanuit de verpleegkundige optiek gekeken welke patiënten voor vervroegd ontslag naar huis in aanmerking zouden kunnen komen en welke voorwaarden dan thuis gerealiseerd zouden moeten worden om dat mogelijk te maken. Er werden 91 patiënten in het onderzoek geïnccludeerd, met een gemiddelde opnametijd van 25 dagen en een gemiddelde leeftijd van 68 jaar. Naar de mening van de verpleegkundigen konden 35 van deze 91 patiënten eerder naar huis. Van deze 35 wilden 26 patiënten ook daadwerkelijk eerder naar huis. De groep patiënten die eerder naar huis kon en wilde, verbleef gemiddeld 35 dagen in het ziekenhuis en was gemiddeld 70 jaar oud. Op basis van de resultaten van dit onderzoek is in 1989 in samenwerking met het Haags Kruiswerk (nu onderdeel van Meavita) het project 'Van Rode Kruis

Ziekenhuiszorg naar 'Thuiszorg' (2) gestart. Het doel was een betere doorstroming van patiënten uit het ziekenhuis naar huis door een optimale afstemming tussen intra- en extramurale zorg. Omdat onderkend werd dat voor deze afstemming niemand daadwerkelijk verantwoordelijk was, werd hiervoor de functie van liaisonverpleegkundige gecreëerd. Als taken van de liaisonverpleegkundige werden omschreven:

- Signaleren van potentiële patiënten
- Oriënteren op de situatie van de patiënt en zijn omgeving, wenselijkheid van ontslag bezien
- Plannen en organiseren van zorg thuis
- Overdracht organiseren
- Definitief ontslag regelen
- Evalueren van de zorg na 1 week thuis
- Registreren van gegevens

Na het eerste jaar is aan de verpleegkundigen van de afdelingen gevraagd in hoeverre door de inzet van de liaisonverpleegkundige per patiënt opnamedagen werden bespaard. De verpleegkundigen waren van mening dat voor ongeveer 40% van de patiënten opnamedagen werden bespaard, ongeveer 10% van het

Over de auteurs:

Mia van Leeuwen is arts maatschappij en gezondheid, en directeur van de Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o.

totaal aantal ligdagen van de groep. Als belangrijkste reden voor deze besparing gaven ze aan het snel en adequaat organiseren van thuiszorg door de liaisonverpleegkundige.

De conclusie van het project was dat de inzet van een liaisonverpleegkundige bijdraagt aan het optimaal gebruik van ziekenhuisbedden, door verkorting van de opnameduur, en aan het effectief inzetten van de mogelijkheden van thuiszorg. Deze zorg is vanuit het ziekenhuis zo georganiseerd dat zowel de extramurale hulpverleners als de patiënten zeer tevreden zijn.

Uitbreiding van de inzet van de liaisonverpleegkundige in de regio

Na het project in het Rode Kruis Ziekenhuis is de functie van liaisonverpleegkundige hier gehandhaafd, gefinancierd door het betreffende ziekenhuis en de thuiszorginstelling. In de jaren daarop werden ook liaisonverpleegkundigen aangesteld in het Westeinde Ziekenhuis (nu onderdeel van Medisch Centrum Haaglanden) en in Ziekenhuis Leyenburg (nu onderdeel van HagaZiekenhuis), in samenwerking met het Haags Kruiswerk (nu Meavita). Ook kregen de liaisonverpleegkundigen regelmatig verzoeken om elders in Nederland te komen vertellen over hun ervaringen. Doordat de indicatiestelling en de rol van het ZorgKantoor in de zorgtoewijzing belangrijker werden, groeide de behoefte aan regionale afspraken tussen de ziekenhuizen, thuiszorgorganisaties, indicatieorganen en het zorgkantoor. Hiervoor bestond geen platform. Procedures van de verschillende onderdelen in de ontslagketen overlaptten elkaar en waren niet voor iedereen duidelijk. Langzamerhand begonnen de ziekenhuizen meer waarde te hechten aan ontslagmanagement en kwam bij de thuiszorgorganisaties de vraag op of zij wel blijvend wilden betalen aan de inzet van de liaisonverpleegkundige. Zo ontstond bij alle partijen de behoefte aan een eenduidige structuur in de ziekenhuizen, om alle patiënten die na ontslag professionele zorg thuis of elders nodig hebben, te begeleiden. In 2000 gaven de betrokken partijen in de regio Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. opdracht een regionaal projectplan te maken. Deze stichting was in 1999 in de regio opgericht door de ziekenhuizen, het revalidatiecentrum, de beide thuiszorgorganisaties en de huisartsenvereniging, met als doel de samenhang in de zorg te verbeteren. Daarmee was Transmuraal bij uitstek geschikt om een dergelijk voorstel te ontwikkelen en de besluitvorming te organiseren.

Ontwerp transferpunten

Voor deze structuur introduceerde de projectgroep het begrip transferpunt. Centrale vraag was: hoe krijgen patiënten op de meest effectieve en efficiënte wijze professionele zorg, aansluitend op het ontslag uit het ziekenhuis. Het resultaat zou moeten zijn een snel, efficiënt en patiëntvriendelijk ontslagproces. Als organisaties die daarin ieder een verantwoordelijkheid hebben, werden benoemd: de ziekenhuizen de thuiszorginstellingen, de verzorgings- en verpleeghuizen, de indicatieorganen, het zorgkantoor en de verzekeraars. Het transferpunt werd gezien als een samenvoeging van de primaire en/of ondersteunende werkprocessen van deze organisaties. Uitgangspunten bij de invulling van het concept transferpunten waren:

- Ieder ziekenhuis heeft een transferpunt dat de expertise ten behoeve van het ontslagproces bundelt
- De inrichting van ieder transferpunt in kennis en kwaliteit is gelijk
- De procesgang in ieder transferpunt is identiek in de regio
- De continuïteit van zorg voor de patiënt bij ontslag is gewaarborgd
- Er zijn afspraken over regionale evaluatie en bijstelling



In het project werd eerst het gewenste ontslagproces in kaart gebracht, met de termijnen voor de afhandeling van de afzonderlijke stappen. Vervolgens werd de organisatie omschreven: wat werd er lokaal in ieder ziekenhuis van het transferpunt verwacht, hoe moest de regionale coördinatie worden ingevuld en wat waren de bestuurlijke verantwoordelijkheden. Uitgangspunt was: lokaal organiseren en regionaal faciliteren. De nieuwe structuur moest flexibel zijn, vanuit de verwachting werd dat er in de tijd door veranderende regelgeving aanpassingen nodig zouden zijn. Dus geen eenmalig vastgesteld concept, maar afspraken over de borging in de tijd. Tenslotte werd een inschatting gemaakt van de financiële consequenties.

Het complete ontwerp van de transferpunten werd aangeboden aan de opdrachtgevers. Deze namen het ontwerp over en ondertekenden in december 2001 een convenant, waarin ze gezamenlijk de verantwoordelijkheid op zich namen om binnen een jaar op alle ziekenhuislocaties een transferpunt in te richten volgens het voorgestelde ontwerp. De implementatie van het plan werd ondergebracht in een projectorganisatie bij Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o.

Realisatie en borging

Alvorens de eerste transfermedewerker kon worden aangesteld, diende het ontwerp transferpunten te worden geconcretiseerd. Zo werden er afspraken gemaakt over de informatieverzameling tijdens het ontslagproces. Wie heeft welke informatie wanneer nodig, vanaf de verpleegafdeling tot aan de instelling die de zorg overneemt en alle stappen daartussen. Ook over de termijnen waarbinnen bepaalde stappen moeten worden afgerond, werden afspraken gemaakt. Een ander onderdeel dat nadere uitwerking behoeft, was de personele invulling van de transferpunten. Er werd een formatieberekening gemaakt op basis van het te verwachten aantal aanvragen per ziekenhuis, en er werd een functieomschrijving van de transfermedewerker opgesteld.

Vervolgens organiseerde ieder ziekenhuis lokaal de huisvesting en aansturing en kreeg de selectieprocedure voor de transfermedewerkers vorm. Eind 2002 stelden de ziekenhuizen de eerste transfermedewerkers aan, onder wie ook de tot dan toe werkzame liaisonverpleegkundigen.

Om de aangestelde transfermedewerkers goed voor te bereiden op hun functie werd regionaal een cursus georganiseerd door een extern onderwijsinstituut. Voor de uitvoering van de werkzaamheden werden alle

afspraken en te hanteren instrumenten bijeengebracht in een handboek. Vanaf 2003 functioneren in alle ziekenhuizen transferpunten.

Als voorbereiding op de borging zijn in deze periode ook kwaliteitsstandaarden en prestatie-indicatoren voor de transferpunten ontwikkeld, die voor het grootste deel nog steeds van kracht zijn. Om de resultaten te borgen en de verdere ontwikkeling van de transferpunten te bevorderen besloten de deelnemende organisaties begin 2004 de afspraken over voortzetting vast te leggen in een nieuw convenant.

Uitgangspunt daarbij was een mix van maximale vrijheid van de deelnemende organisaties en centrale, regionaal vastgestelde werkafspraken. Daarom werd in het convenant het gebruik van de ontwikkelde werkwijze en de daarvoor te hanteren instrumenten vastgelegd. Ook werden afspraken opgenomen over de realisatie van de ontwikkelde prestatienormen. Om daarop te kunnen sturen werd afgesproken een elektronisch registratiesysteem te ontwikkelen en de gegevens ieder half jaar te rapporteren.

In 2006, toen het convenant afliep, zijn de afspraken geactualiseerd en is een nieuw convenant ondertekend, met een looptijd van 5 jaar.

Organisaties die Convenant Transferpunten 2006 - 2010 ondertekend hebben:

Azivo

Centrum Indicatiestelling Zorg regio 10

Delta Lloyd Zorgverzekeringen

Florence

HagaZiekenhuis

Huisartsen Kring Haaglanden

Meavita

Medisch Centrum Haaglanden

Sophia Revalidatie

Ziekenhuis Bronovo

Zorgkantoor Haaglanden

Resultaten

Vanaf de tweede helft van 2003 hebben de transfermedewerkers iedere aanvraag vastgelegd in het Transferpunt Registratie Systeem (TRS). Dit systeem is ontwikkeld in opdracht van de samenwerkingspartners en is de afgelopen jaren verder aangepast op basis van de behoefte van de deelnemers. Op basis van de gegevens uit TRS worden halfjaarlijks overzichten gemaakt van de verzamelde gegevens. Deze worden regionaal en per ziekenhuislocatie

opgesteld zodat ook vergelijking tussen de locaties mogelijk is en iedere locatie kan bepalen welk onderdeel van het proces verbetering behoeft.

Ontwikkeling van het aantal aanvragen en van de caseload

Bij de start van de transferpunten in 2003 werd geschat dat het aantal transfers ongeveer 5000 per jaar zou zijn. In de eerste jaren van hun bestaan blijkt dat dit aantal aanzienlijk hoger ligt en ieder jaar verder toeneemt.

In totaal werken er op de 6 transferpuntlocaties in 2004 15,8 FTE (transfermedewerkers en administratieve ondersteuning). Hun gemiddelde caseload is 371/FTE. In 2005 betreft het 16,4 FTE met een caseload van gemiddeld 449/FTE en in 2006 is het aantal FTE gelijk gebleven. De caseload is dan 485/FTE

	2004	2005	2006
Totaal aantal aanvragen	5890	7383	7951
Caseload per FTE	371	449	485

Prestatienormen gericht op de output van het werkproces

Bij de ontwikkeling van de transferpunten zijn per stap in het ontslagproces standaarden opgesteld en prestatienormen ontwikkeld:

Stap 1 Aanvraag

70% van de aanvragen die binnenkomen op het transferpunt is 1 dag na binnenkomst op het transferpunt doorgestuurd naar het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

95 % van de aanvragen die binnenkomen op het transferpunt is 3 dagen na binnenkomst op het transferpunt doorgestuurd naar het CIZ.

Stap 2 Indicatiestelling

65% van de aanvragen die bij het CIZ binnengekomen zijn is 1 dag na binnenkomst bij het CIZ voorzien van een indicatiebesluit.

95% van de aanvragen die bij het CIZ binnengekomen zijn is 3 dagen na binnenkomst bij het CIZ voorzien van een indicatiebesluit.

Stap 3 Ontslaguitvoering

75% van de patiënten is ontslagen uit het ziekenhuis 4 dagen na binnenkomst van de aanvraag op het transferpunt.

100% van de patiënten is ontslagen uit het ziekenhuis 7 dagen na binnenkomst van de aanvraag op het transferpunt.

Gerapporteerde prestaties

Jaar	2004	2005	2006	Prestatie-indicator Norm%
% aangeboden aan CIZ op dag 1	67%	68%	58%	70%
% aangeboden aan CIZ op dag 3	81%	82%	75%	95%
Indicaties afgegeven op dag 1	81%	82%	73%	65%
Indicaties afgegeven op dag 3	93%	94%	89%	95%
Ontslag 4 dagen na aanmelding bij transferpunt	42%	45%	47%	75%
Ontslag 6 dagen na aanmelding bij transferpunt	58%	60%	61%	100%

Uit de tabel blijkt dat de prestatienormen in de meeste gevallen niet gehaald worden. Vooral de termijn van het daadwerkelijke ontslag van de patiënten laat nog te wensen over. Daarom is er in 2005 een aparte analyse gemaakt van patiënten die langer dan 7 dagen na de aanvraag bij het transferpunt nog in het ziekenhuis verblijven. Het betreft voor een deel patiënten voor wie de functie 'verblijf' wordt geïndiceerd en die wachten op overplaatsing.

De cijfers van 2006 laten een lichte achteruitgang zien, vooral in de termijnen van het indicatieproces. Dit heeft te maken gehad met de wijzigingen in de organisatiestructuur van het Centrum Indicatiestelling Zorg, waardoor er voortdurend achterstand was. Het is duidelijk dat het continue registreren en regelmatig rapporteren van de prestaties noodzakelijk is om de deelnemende instellingen op hun verplichtingen aan te spreken en waar mogelijk het proces verder te verbeteren.

Patiëntenprofiel

In de registratie wordt ook een aantal kenmerken vastgelegd van patiënten die gebruik maken van het transferpunt. Uit de gegevens over 2004, 2005 en 2006 blijkt het volgende:

70% van de gehele groep is ouder dan 70 jaar en 40% is ouder dan 80 jaar, tweederde is vrouw. De afdelingen in het ziekenhuis die de meeste patiënten aanmelden zijn: heelkunde (23%), interne geneeskunde (19%), orthopedie (18%), neurologie (10%) en cardiologie (9%).

De gemiddelde opnameduur is betrekkelijk lang, in 2004 ruim 20 dagen, in 2005 17 dagen en in 2006 17,1

dag. Voor de groep met een indicatie voor een psychogeriatisch verpleeghuis is de opnametijd gemiddeld een aantal dagen langer. In 2006 is dat 25,9 dagen. Ongeveer 80% van de patiënten die de verpleegafdeling aanmeldt, heeft een of meer AWBZ functies nodig. In het systeem wordt alleen de zwaarste geïndiceerde functie per patiënt geregistreerd, maar vaak worden meerdere functies tegelijkertijd aangevraagd. Voor 27% van de patiënten wordt de functie verblijf geïndiceerd, voor 19% de functie verpleging. Verder zijn vooral persoonlijke verzorging en huishoudelijke verzorging nodig. Het lukt de transfermedewerker in 2004 om voor 83% van de patiënten de zorg door de zorgaanbieder van eerste voorkeur te laten leveren, in 2005 is dat voor 87% van de patiënten het geval en in 2006 voor 88%.

Voortgaande ontwikkeling

In de eerste vier jaar van het bestaan van de transferpunten is gebleken hoe noodzakelijk de regionale infrastructuur is, niet als keurslijf van afspraken maar als flexibel systeem om afspraken bij te stellen. De veranderde regelgeving en verantwoordelijkheden van de deelnemende organisaties in het transferproces maken voortdurend aanpassingen van de regionale afspraken noodzakelijk. Ook nieuwe inzichten gebaseerd op de ervaringen van de transfermedewerkers en op de uitkomsten van onderzoek en registratie vragen om aanpassingen. Borging betekent voor de transferpunten dan ook allesbehalve steeds hetzelfde doen. De focus - het bieden van de juiste zorg op de juiste plaats op het juiste tijdstip - verandert daar echter niet door en datzelfde geldt voor de afgesproken prestatie-indicatoren.

De aanpassingen betreffen alle fasen in het proces maar de afgelopen periode heeft de nadruk vooral gelegen op de indicatiestelling en zorgtoewijzing. Zo konden er door elkaars werkwijze beter te kennen, regionale afspraken worden gemaakt om indicatieprocedures voor specifieke doelgroepen te verkorten. Later, bij de introductie van de Standaard Indicatie Protocolen (SIP's), werden deze verder geformaliseerd. De komst van het Centrum Indicatiestelling Zorg maakte het noodzakelijk de afspraken over de indicatiestelling aan te passen. Zo bleek het helaas niet langer mogelijk dat indicatiestellers ter plekke op de transferpunten werkten. De komst van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), waardoor de indicatiestelling en toewijzing van de huishoudelijke verzorging een zaak van de afzonderlijke gemeenten zijn geworden,

zet het ontslagproces en de integrale werkwijze van de transferpunten opnieuw onder druk en vraagt om nieuwe afspraken met nieuwe partijen.

Ook de rol van het Zorgkantoor in de zorgtoewijzing is veranderd, van een inhoudelijke naar een meer administratieve. Een uitzondering vormt de zorg voor specifieke doelgroepen, in het bijzonder de zorgtoewijzing voor mensen in de palliatieve terminale fase. Hierover zijn aanvullende afspraken gemaakt. De samenwerking tussen de transferpunten van de verschillende ziekenhuizen maakt het mogelijk de krachten te bundelen, bijvoorbeeld in het organiseren van scholing en het bundelen van kennis. Zo komen bij het organiseren van het ontslag, naast AWBZ gefinancierde zorg, de meest uiteenlopende zaken aan de orde, bijvoorbeeld maaltijdvoorziening, infuusmaterialen of een hondenuitlaatservice. Doordat de kennis van transfermedewerkers over de aanvraag, financiering en uitvoering van dergelijke voorzieningen regionaal wordt verzameld en regelmatig wordt geactualiseerd, wordt onnodig zoeken vermeden.

In het project Transmeer hebben de transferpunten van HagaZiekenhuis, locatie Leyweg en Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde in 2005 hun doelgroep uitgebreid, van in het ziekenhuis opgenomen patiënten naar patiënten van poliklinieken en huisartsen. Medewerkers van poliklinieken en huisartsen konden in dit project de transfermedewerker inschakelen voor advies en ondersteuning bij de indicatiestelling en voor het organiseren van de medisch noodzakelijke zorg voor hun patiënten. Bij de evaluatie (4) na een jaar bleek dat huisartsen niet veel gebruik maakten van de transferpunten. Veel huisartsen wisten zelf de weg naar de zorgorganisaties te vinden. Vanuit de poliklinieken werd wel regelmatig een beroep gedaan op het transferpunt. In de pilot maakten de poliklinieken voor 300 patiënten gebruik van het transferpunt. De huisartsen en de poliklinieken die de transferpunten inschakelden, bleken zeer tevreden en dat gold nog meer voor de patiënten. Beide ziekenhuizen besloten na afloop van het project deze dienstverlening structureel voort te zetten. De expertise van de transfermedewerkers wordt hiermee extra benut door de ziekenhuisorganisatie.

Prioriteiten in de toekomst

Naast het verder verbeteren van de prestaties, staan voor de nabije toekomst met voorrang op het programma:

- POINT: implementeren van ICT ondersteuning
- WMO: verbindingen organiseren met de gemeenten in de regio
- Expertise: optimaliseren en benutten van de expertise van de transfermedewerker

POINT: implementeren van ICT ondersteuning

De organisaties die deelnemen in de transferpunten hebben gezamenlijk besloten een nieuwe automatiseringsapplicatie voor de transferpunten te ontwikkelen. Met de opgedane ervaringen in het werkproces van de transferpunten groeide de overtuiging dat het beter zou moeten kunnen. Het vele faxen naar elkaar (schatting 20.000 faxen per jaar), het telefoneren (schatting 35.000 telefoontjes per jaar), de aparte registratie van het proces ten behoeve van de prestatie-indicatoren en het toenemend aantal aanvragen, vormden daarvoor de belangrijkste redenen. De applicatie heeft de naam POINT: Punt voor Overdracht, Informatie, Naslag Transfers. Doel van POINT is het werkproces van de transferpunten te vergemakkelijken en de aparte registratie voor de prestatie-indicatoren overbodig te maken. Met POINT worden alle benodigde transfergegevens slechts 1 keer in een centrale database vastgelegd. Deze gegevens kunnen decentraal door geautoriseerde gebruikers worden ingezien en gewijzigd. Op deze wijze wordt tijdens het transferproces een overdrachtdossier opgebouwd, dat bestaat uit de aanvraag van de afdeling, de acties van de transfermedewerker, de indicatiestelling en de verpleegkundige overdracht. Zowel de verpleging van de afdeling, het transferpunt, het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en de zorgaanbieder van voorkeur van de patiënt kunnen de gegevens inzien en benutten. Uit het systeem kunnen de eerder genoemde prestatie-indicatoren en andere gegevens worden afgeleid op basis waarvan een managementrapportage kan worden opgesteld. In het systeem is ook alle relevante informatie over de procesgang ondergebracht, zoals richtlijnen, adressen, veel voorkomende vragen etc. Door het systeem centraal in te richten kunnen onderhoud en applicatiebeheer centraal in de regio plaatsvinden. Inmiddels wordt het systeem op proef in de regio gebruikt. Het is de bedoeling dat per 1 januari 2008 alle ziekenhuizen en het CIZ er mee werken en dat het merendeel van de zorgorganisaties dan is aangesloten. In de tussentijd wordt er gewerkt aan koppelingen met de verschillende informatiesystemen van de deelnemende zorginstellingen met het CIZ.

WMO: verbindingen organiseren met de gemeenten in de regio

De invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) vraagt om het organiseren van nieuwe verbindingen. De indicatiestelling voor de huishoudelijke hulp en de inkoop daarvan is nu de verantwoordelijkheid van gemeenten. Voor transferpunten die met meerdere gemeenten van doen hebben is dit een complicerende factor bij het organiseren van zorg na ontslag. Het is wenselijk dat ook de gemeenten zich aansluiten op POINT voorzover het patiënten betreft die huishoudelijke hulp thuis nodig hebben. Daarmee is de informatie, die voor de gemeenten noodzakelijk is, direct beschikbaar. Daarnaast zal er in gesprekken met de gemeenten gezocht worden naar praktische oplossingen, bijvoorbeeld door afspraken te maken over beperkte mandatering van de indicatiestelling voor de inzet van huishoudelijke hulp.

Expertise: optimaliseren en benutten van de expertise van de transfermedewerker

De expertise van de transfermedewerkers kan nog beter worden benut. Het organiseren van zorg wordt immers steeds complexer. Regelmatig zijn er voor een en dezelfde patiënt diensten nodig die gefinancierd worden door de verzekeraar, de AWBZ en de WMO. Het informeren van patiënten over de mogelijkheden in een vroeg stadium is essentieel. Verpleegkundigen van afdelingen zullen daarom nog meer bedacht moeten zijn op het vroeg inschakelen van het transferpunt. Maar ook anderen, zoals de poliklinieken en de huisartsen kunnen de hulp van het transferpunt inroepen.

Transfermedewerkers lopen daarbij wel steeds meer het risico met tegenstrijdige belangen te maken te krijgen. Daarbij moet worden gedacht aan het streven van het ziekenhuis naar ligduurverkortung, de steeds meer gespecificeerde wensen van de patiënt, de bureaucratische procedures en richtlijnen voor het aanvragen van zorg, en de door de marktwerking gedreven opstelling van de organisaties die de zorg overnemen.

Het is duidelijk dat, gezien de voortdurend veranderende regelgeving, het actueel houden van kennis en vaardigheden van de transfermedewerkers de aandacht verdient.

Afsluiting

De infrastructuur van de transferpunten is in de afgelopen jaren een wezenlijk onderdeel geworden van de regionale patiëntenlogistiek, met een

maatschappelijk belang. Om een dergelijk traject in de regio te organiseren zijn de volgende punten van belang geweest:

- Werken vanuit visie: omschrijven waar je met wie naar toe wilt.
- Creëren van een gezamenlijke focus: de inspanningen richten zich steeds op het organiseren van de juiste zorg, op de juiste plaats, op het juiste tijdstip.
- Realiseren van binding en vertrouwen: integer procesmanagement met een transparante projectstructuur en besluitvorming.
- Aandacht voor inhoud (wat is het optimale werkproces), organisatie (hoe organiseren we het), financiën (wat kost het, wat vervangt het, wie heeft er voordeel van, wie financiert) en informatiestructuur (wie heeft welke informatie in het proces nodig en hoe kunnen we dat ondersteunen met ICT).
- Schakelen tussen verschillende niveaus, bestuur, beleid, en uitvoering.
- Ontwikkelen en doen; evenwicht vinden tussen ontwikkelen, in praktijk brengen en doorontwikkelen.
- Formeel vastleggen van intenties en later van afspraken op regionaal niveau, waarbij het proces van het formuleren van de afspraken zeker zo belangrijk is als de ondertekening.

Meer informatie over transferpunten elders in Nederland is beschikbaar op www.integratedcare.nl

Literatuur

1. Burgt A van, Leeuwen M van. Onderzoek naar de substitutiemogelijkheden in het Rode Kruis Ziekenhuis in Den Haag. Den Haag 1988
2. Leeuwen M van. Van Rode KruisZiekenhuiszorg naar Thuiszorg. Den Haag 1991
3. Rapportage prestatieindicatoren transferpunten. Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. Den Haag 2004, 2005 en 2006
4. Peelen E van. Evaluatie van het project Transmeer. Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. Den Haag 2005

Preventie van suïcidaal gedrag

Recente ontwikkelingen in Den Haag

I. Burger en M. Ferber

Eind vorig jaar verscheen het evaluatierapport van het project 'Aan de Grenzen', dat van 2002 tot 2006 in Den Haag is uitgevoerd naar aanleiding van de verontrustende parasuïdecijfers onder Hindostaanse en Turkse meisjes. Het rapport beval aan de pogingen tot zelfdoding in Den Haag continu te monitoren, het 'Kenniscentrum Suïcide en zelfbeschadiging' voort te zetten en de nazorg aan jongeren die een poging hebben gedaan, het SUNA-project, uit te breiden.

Onderstaand artikel beschrijft de stand van zaken bij elk van de aanbevolen maatregelen.

Voorgeschiedenis

Onder auspiciën van de GGD Den Haag is herhaald onderzoek verricht naar het vóórkomen van parasuïcide in de stad (1) (2) (3) (4). Registratie van gebeurtenissen van parasuïcide gedurende 1987-1994 bij de geestelijke gezondheidszorg, ambulancediensten en ziekenhuizen in Den Haag toonde verhoogde cijfers aan onder Haagse Surinaamse (in Den Haag vooral Hindostaanse) en onder - weliswaar in mindere mate - Turkse meisjes en jonge vrouwen (15-24-jarigen). En registratiegegevens van de crisisdienst en de opnameafdelingen van de ziekenhuizen over de periode 2000-2004 lieten zien dat er nog steeds sprake was van een verhoogd vóórkomen onder Haagse Surinaamse 15-24-jarige vrouwen, maar dat dit onder Turkse vrouwen in deze leeftijdsgroep inmiddels hoger lag. Naar aanleiding van deze uitkomsten zijn in de gemeente Den Haag vele initiatieven genomen ter bevordering van het welzijn van deze allochtone jonge vrouwen. Gestreefd werd naar een beter inzicht in de oorzaken, het voorkómen van parasuïcide (en automutilatie) en verbetering van de begeleiding en nazorg (5) (6) (7). Veel initiatieven en activiteiten kregen vorm en inhoud in het project 'Aan de Grenzen' ¹, dat de dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn van de gemeente Den Haag in 2002 formaliseerde en dat liep tot 1 juni 2006. 'Aan de grenzen' bouwde met meer menskracht voort op het project 'Parasuïcide allochtone meiden en jonge vrouwen' dat de gemeente Den Haag in eerste instantie was gestart naar aanleiding van de verontrustende parasuïdecijfers over 1987-1994. Het Epidemiologisch Bulletin publiceerde in 2004,

2005 en 2006 artikelen over de achtergronden van zelfbeschadiging en nieuwe initiatieven als de 'signalen/zorgroutekaart', de 'casuïstiekgroep' en het 'Kenniscentrum Suïcide en Zelfbeschadiging' in Den Haag, alsmede een verslag van een werkbezoek aan Nickerie in Suriname (8) (9) (10).

Evaluatieverslag 'Aan de Grenzen'

In november vorig jaar verscheen een uitgebreid door externen geschreven, evaluatierapport over de vele activiteiten in het kader van het project 'Aan de Grenzen' (7). De voornaamste conclusie was dat het van groot belang is om met alle betrokken partijen over dit (vaak gevoelige) onderwerp in gesprek te blijven, zowel met de (allochtone) jongeren als met de mensen binnen het onderwijs en de zorg. Het rapport beval nadrukkelijk aan door te gaan met het in gang gezette werk, waarin verschillende organisaties en personen in Den Haag door 'Aan de Grenzen' ervaring en expertise hebben opgebouwd. Aan de dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn/GGD Den Haag werden de volgende (bestaande) taken toebedacht:

- continue monitoring van gebeurtenissen van parasuïcide in Den Haag (en andere grote steden) om eventuele veranderingen in de cijfers (toename, andere groepen e.d) snel te kunnen waarnemen;
- voortzetting van het 'Kenniscentrum Suïcide en zelfbeschadiging' bij de GGD/Den Haag, onder andere met het geven van trainingen op dit gebied aan onderwijspersoneel en hulpverleners;
- implementatie van het project 'Nazorg voor jongeren na suïcidaal gedrag' (SUNA-project) ² in Den Haag met uitbreiding van formatie.

Over de auteurs:

Irene Burger is epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie en Marion Ferber is preventiecoördinator en casemanager, afdeling Gezondheidsbevordering; beiden zijn werkzaam bij de GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, gemeente Den Haag.

¹ Het project 'Aan de Grenzen' werd gefinancierd door de Stichting Stimuleringsfonds Openbare Gezondheidszorg, de Provincie Zuid-Holland, Stichting Centraal Fonds RVVZ en de gemeente Den Haag.

² Pilotperiode 1 september 2005 tot 1 juni 2006.

Recente ontwikkelingen

De aanbevelingen van het rapport 'Aan de Grenzen' zijn door de dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn/GGD Den Haag overgenomen en hebben de afgelopen periode in belangrijke mate vorm en inhoud gekregen. De activiteiten en de plannen voor de naaste toekomst worden voor de drie taakonderdelen achtereenvolgens in dit artikel kort toegelicht, waarbij voor het SUNA-project uitgebreider (in een apart kader) wordt ingegaan op de jaarrapportage 2006.

Onderzoek parasuicide in de (regio) Den Haag opnieuw van start

Gezien het verhoogde voorkomen van parasuicide en de ernst van de psychische problematiek die aanleiding kan zijn voor een parasuicide heeft de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag besloten tot het (weer) opzetten van een continue parasuicideregistratie in Den Haag. De registratie richt zich op de gebeurtenissen van parasuicide die gezien worden door hulpverleners op de Spoed Eisende Hulp (SEH) van de algemene ziekenhuizen, de ambulancediensten en de crisisdienst in (de regio) Den Haag. Met de keuze van deze instanties/diensten kan maximaal worden gewaarborgd dat - met uitzondering van de lichtere gevallen waarbij geen medische zorg noodzakelijk is of uitsluitend eerstelijnszorg van de huisarts(post) - geen gebeurtenis van parasuicide wordt gemist. De inhoud van de registratie is vanwege de praktische uitvoerbaarheid eenvoudig en beperkt gehouden en bevat uitsluitend de meest relevante gegevens. De ervaringen en uitkomsten van voorgaande onderzoeken hebben hier richting aan gegeven evenals informatie uit literatuur.

De gevraagde set gegevens omvat naast de datum van parasuicide en van registratie, enkele sociaal-demografische gegevens van de cliënt, de wijze van uitvoering van de parasuicide en de maatregel/verwijzing die dit tot gevolg heeft gehad (opname, nazorg e.d.). De sociaal-demografische kenmerken beperken zich tot het geslacht, de leeftijd, etnische herkomst en woonlocatie. De GGD Den Haag, afdeling Epidemiologie is - net als bij de eerder uitgevoerde onderzoeken - verantwoordelijk voor de opzet en uitvoering van het onderzoek. Zodra de samenwerking formeel is, start in 2007 de registratie.

'Kenniscentrum Suicide en zelfbeschadiging'

Het 'Kenniscentrum Suicide en zelfbeschadiging' bij de GGD Den Haag draagt er zorg voor dat de kennis over suïcidaal gedrag, de ervaring en de vaardigheid om dit gedrag te signaleren en er vervolgens 'goed mee om te

gaan' worden gedeeld en overgedragen. Vanwege het relatief vaker voorkomen van suïcidaal gedrag onder jonge allochtonen is het van groot belang een culturele sensitiviteit te ontwikkelen in het (her)kennen van cultuurgebonden psychosociale problematiek en in de (on)mogelijkheden bij het opbouwen van een vertrouwensband. Ter vergroting van expertise en ter toetsing van de handelwijze is een feedbackgroep gevormd, die iedere drie maanden bijeenkomt. De groep bestaat uit een (externe) psychiater, psycholoog en huisarts. Bijzondere en problematische situaties (naar aanleiding van vragen van het kenniscentrum en problemen van SUNA-jongeren, zie verder) krijgen op deze wijze multidisciplinair aandacht.

Medewerkers van scholen, hulpverleners als ook - de directe omgeving van - jongeren die zich suïcidaal uiten of suïcidale gedachten hebben, kunnen met hun vragen bij het kenniscentrum terecht (telefoonnummer 070 - 353 52 66). Naast dit individuele aanbod bestaat ook de mogelijkheid met groepen over dit onderwerp van gedachten te wisselen. De preventiecoördinator heeft de afgelopen jaren veelvuldig cursussen, voorlichtingsbijeenkomsten en presentaties gegeven. Naast presentaties op congressen en deelname aan programma's op radio en televisie, werden in de periode 1 januari 2005 t/m 1 juli 2007 34 gastlessen/colleges gegeven op hoge scholen en universiteiten (waaronder de politieacademie). Verder waren er ruim 20 voorlichtingsbijeenkomsten/workshops/gespreksgroepen bij het voortgezet onderwijs en een tiental bijeenkomsten bij hulpverlenende instanties (waaronder klinische lessen in algemene ziekenhuizen).

In het najaar verschijnt van de hand van Nelleke Nicolai en Marion Ferber een handboek voor leerlingbegeleiders en hulpverleners om om te gaan met de meest voorkomende problematiek die voortvloeit uit psychosociale problemen bij allochtone en autochtone jongeren. Er wordt onderscheid gemaakt in begeleiding op school en behandeling elders. Leerlingbegeleiders krijgen inzichten aangereikt in wat er op school kan worden gedaan en wanneer moet worden verwezen. Er wordt ook stilgestaan bij methoden waarin jongeren zelf leren hoe ze hun klachten kunnen verminderen en hoe ze op het spoor kunnen worden gezet van effectiever probleemoplossend gedrag. Verder wordt aandacht besteed aan verwijzing (de zogenaamde 'warme overdracht') en de terugkoppeling aan hulpverleners en ouders.

Titel: 'Langs de grenzen van de zorg: omgaan met psychosociale problemen van jongeren op en rondom school' ISBN 978 90 5898 116 5.

Project nazorg voor jongeren na suïcidaal gedrag (SUNA)

SUNA richt zich op jongeren in de leeftijd van 13 tot 25 jaar. Bij een jongere die na een poging tot zelfdoding of zelfbeschadiging op de SEH-afdeling komt van een algemeen ziekenhuis, vraagt de SEH-verpleegkundige expliciet of diens naam en telefoonnummer mogen worden doorgegeven aan het SUNA-casemanagement (momenteel één persoon). Indien de jongere geen toestemming geeft, wordt hij of zij anoniem aangemeld door de verpleegkundige (leeftijd, geslacht, etniciteit en aard incident).

Na een melding probeert het SUNA-casemanagement in contact te komen met de jongere of diens directe omgeving en volgt, steunt, stimuleert, motiveert en adviseert men de jongere, afhankelijk van de situatie. Voor hulp- en zorgverlening verwijst of (be)geleidt SUNA de jongere naar de daarvoor geëigende instanties. SUNA vervult een rol op afstand en volgt de jongere in principe een half jaar. Doel van de SUNA-contacten is te voorkomen dat deze groep kwetsbare jongeren tussen wal en schip terechtkomt en zich eventueel opnieuw beschadigt (secundaire preventie). Het brede netwerk van personen en samenwerkende instanties van het casemanagement helpt daarbij.

Casus 'spitsroeden lopen'

Mara is een intelligente jonge vrouw van allochtone afkomst. Ze is seksueel misbruikt. Haar ouders staan niet aan haar kant en willen haar uithuwelijken. Ze leeft geïsoleerd, haar schoolprestaties zijn slecht. Ze krijgt psychiatrische zorg en medicatie voor haar depressieve klachten.

Mara heeft verschillende suïcidepogingen gedaan. Gedurende een half jaar vindt een bovengemiddeld aantal face-to-face contacten met het SUNA-casemanagement plaats, met vele tussentijdse telefoontjes en sms-jes. Er kan een goede vertrouwensrelatie met haar worden opgebouwd. Met regelmaat uit ze zich bij het casemanagement verontrustend suïcidaal, ook kort na hulpverleningscontacten. Gezocht wordt naar mogelijkheden het 'draadje vast te houden': door te stimuleren, haar te laten beloven geen poging te doen, het belang te benadrukken de therapie vol te houden en medicijnen in te nemen, succesvolle ervaringen van andere jongeren te noemen en een appèl te doen op het verdriet van dierbaren in geval van een suïcide. Met de (psychiatrische) hulpverlening houdt het casemanagement - met medeweten van Mara - nauwgezet contact, in het bijzonder bij ernstige dreigingen. Uitleg over de taakafbakening

(casemanagement is geen hulpverlening) is nodig. Wisseling van hulpverlener en faalangst de therapie met succes te kunnen volgen, maken dat Mara regelmatig de hulpverlening wil stopzetten. Met gebundelde krachten wordt dit voorkomen, waarbij een gedwongen opname wordt overwogen. Na maanden ontstaat er een doorbraak door de gevoelens die terugkomen voor haar zus. Geleidelijk, via een 'warme' overdracht (waarbij het casemanagement aanwezig is bij een hulpverleningscontact) zijn de SUNA-contacten met Mara afgebouwd.

Uitbreiding

Inmiddels is naast de 24-uurszorg en de Centrale Aanmelding en Toeleiding (CAT) van de Parnassia Groep, de spoedzorg van PsyQ en de Stichting de Jutters (jeugd GGZ), binnen het SUNA-project samenwerking van de grond gekomen met de SEH van alle Haagse ziekenhuizen als ook met ambulancediensten in Haaglanden en bureau Jeugdzorg. Deze samenwerking zal in het najaar worden geformaliseerd in een convenant, waarin de zorgplicht en zwijgplicht juridisch zijn uitgewerkt. In de Stuurgroep SUNA, waar op management- of praktijkniveau alle samenwerkende instanties zijn vertegenwoordigd, krijgt de samenwerking vorm en inhoud opdat de jongeren zo goed mogelijk de hulp kan worden geboden die noodzakelijk is. Samen met de Stichting de Jutters zijn de mogelijkheden besproken de formatie te verdubbelen van één naar twee full-time formatieplaatsen (incl. de formatie van het kenniscentrum). De huidige casemanager neemt dan de coördinatie van taken en functies op zich.

Jaarrapportage 2006

In april 2007 is van het SUNA-project een interne jaarrapportage verschenen over de contacten die in 2006 hebben plaatsgevonden.

De registratie over 2006 betreft de contacten naar aanleiding van 73 meldingen (met 5 jongeren die in 2005 waren aangemeld is ook gedurende 2006 contact geweest). De SUNA-jongeren zijn vooral meisjes en jonge vrouwen (man-vrouw verhouding = 1 : 7). De meeste meldingen betreffen adolescenten en jong-volwassenen van Nederlandse (21x), Turkse (20x) of (Hindoestaans-)Surinaamse herkomst (17x). Vijf meisjes waren jonger dan vijftien jaar. De meeste SUNA-jongeren namen (ook) medicijnen in (70%). Zes jongeren hadden in de

pols(en)/band gesneden en 5 meisjes hadden gif ingenomen (chloor/schoonmaakmiddel, aceton of rattengif). Automutilatie werd bij 4 jongeren gerapporteerd.

Bij 54 van de 68 nieuwe meldingen in 2006 (79%) heeft ten minste één telefonisch contact plaatsgevonden met (direct) betrokkene en mocht SUNA ten minste volgen. Zes jongeren (9%) gaven bij de anmeldende instantie geen telefoonnummer af of weigerden van begin af aan bemoeienis van het SUNA-casemanagement. Van eveneens 6 jongeren (9%) was (achteraf) geen of een foutief telefoonnummer beschikbaar; met hen kon geen contact worden opgebouwd. Of bij de overige twee meldingen (3%), aangemeld in december, een SUNA-contact kon worden bewerkstelligd, was bij afsluiting van het rapportagejaar nog niet bekend.

In meer dan de helft van de nieuwe gevallen (57%) bleken de jongeren positief te staan tegenover SUNA en bleven dit ook gedurende de gehele contactperiode. Dat betekent dat deze jongeren SUNA als een belangrijke ruggesteun ervaren. Ook het eerste SUNA-contact verloopt daarbij in de regel vlot, de jongere staat er voor open en wil zo snel mogelijk een afspraak maken. In ongeveer een vijfde van de gevallen stelt betrokkene of diens omgeving, vaak gedurende perioden, zich duidelijk afhoudender op. Dan wordt bijvoorbeeld alleen het telefoonnummer van SUNA genoteerd. Soms mag het SUNA-casemanagement na verloop van tijd wel opnieuw contact opnemen (dus alleen volgen), maar stelt men zich op het standpunt dat het nu goed gaat, het zelf wil oplossen of dat er hulp voorhanden is. Desondanks blijkt regelmatig dat ook een afhoudende houding na enige tijd, vaak tijdens een persoonlijk contact, toch weer om kan slaan in (behoefte aan) steun.

Ten behoeve van de helft (37 jongeren) van de 73 ingeschreven SUNA-jongeren heeft het SUNA-casemanagement in 2006 118 face-to-face-gesprekken gevoerd (bij 13 jongeren 1-2 face-to-face-contacten; bij 17 jongeren 3-4 face-to-face-contacten; bij 7 jongeren > 5 face-to-face-contacten). Tijdens vijf face-to-face-contacten was niet de jongere zelf aanwezig, maar een familielid of iemand uit de naaste omgeving. Buiten deze face-to-face contacten vond er vaak een veelvoud aan telefoontjes, email-contacten en/of sms-jes met of ten behoeve van de jongere plaats.

Van de 59 casussen met ten minste (in 2005 of 2006) één telefonisch contact, is bijgehouden wat de aard van de bemoeienis van het SUNA-casemanagement is geweest. In 36% van de gevallen betrof dit vooral begeleiding naar de (geestelijke) hulpverlening of uitsluitend motivatie voor

hulp, dan wel - in mindere mate - het voorkómen van drop-outs. In dat streven is regelmatig getracht de SUNA-jongere met voorrang, buiten de reguliere procedure om, in aanmerking te laten komen voor een behandelplaats, hetgeen ook verschillende malen is gelukt. In de helft van de gevallen was het doel minder ambitieus en bleef het bij goed opbouwen en houden van contact. Of, wanneer dat tot stand was gekomen, het geven van steun en begeleiding. Bij één op de zeven was de rol van het casemanagement wat meer op afstand en vooral volgend. Het SUNA-casemanagement vervulde soms via netwerkcontacten een interveniërende rol bij het zoeken en vinden van huisvesting, het regelen van financiën of het (opnieuw) naar school gaan/cursussen volgen. In het bereik van de SUNA-jongeren doen zich naar leeftijd, geslacht en etnische herkomst geen opvallende verschillen voor.

Referenties:

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. Burger I, AM van Hemert, CA Bindraban, WJ Schudel. Parasuicides in Den Haag; meldingen in de jaren 2000-2004. Epidemiol Bul Grav 2005; 40 nr. 4: 2-8.
5. Krikke H, Nijhuis HGJ en Wesenbeek R. Aan de Grenzen. Suïcidaal gedrag onder allochtone meisjes en jonge vrouwen. Bureau Public Health, Gemeente Den Haag 2000.
6. Salverda B. 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. Den Haag 2004.
7. Grensverleggend? Evaluatie van het project 'Aan de Grenzen': voorkomen van (para)suïcidaal gedrag en psychosociale problemen bij allochtone jongeren door het versterken van hun identiteitsvorming. Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, juli 2006.
8. Ferber M. 'Het is een soort praten zonder woorden, juf', achtergronden van zelfbeschadiging. Epidemiol Bul Grav 2004; 39 nr. 4: 15-9.
9. Ferber M. Preventie van suïcidaal gedrag en automutilatie bij allochtone jongeren. Project 'Aan de grenzen', enkele nieuwe initiatieven. Epidemiol Bul Grav 2005; 40 nr. 2: 22-5.
10. Cueva van der Beek B. Suïcidaal gedrag onder Hindostanen. Werkbezoek aan Nickerie en Suriname. Epidemiol Bul Grav 2006; 41 nr. 1: 24-6.

korte berichten

Jubileum

In de volgende versnelling

Het tijdschrift *Den Haag Transmuraal* bestaat tien jaar en viert dit op 27 september a.s. met een symposium dat als thema heeft 'In de volgende versnelling; samen zorgen voor de toekomst'.

Samenwerking, in het bijzonder de meerwaarde van samenwerking in de zorgketen, daar wil Transmuraal met dit symposium de aandacht op vestigen. Op het programma staan bijdragen van de directeur-generaal van VWS, drs. M.J. van Rijn ('Het toekomstscenario van VWS'), de directeur van Plexus Medical Group drs. W. Balestra ('Innovatie door concurrentie of door samenwerking'), de directeur van de Academie voor Gezondheid van de Haagse Hogeschool mw. drs. M. van de Werke ('De jeugd heeft de toekomst') en van drs. W. Wansink, redacteur Gezondheidszorg van Elsevier ('Stuurt het geld de zorg, zijn het de patiënten of misschien de media?').

Het symposium wordt gehouden op 27 september, van 16.00 tot 21.00 uur, in de aula van de Haagse Hogeschool, Johanna Westerdijkplein 75, Den Haag. Aanmelden kan via info@transmuralezorg.nl.

Cursussen

Samenwerking en procesmanagement

Loopt u aan tegen weerstand, gebrek aan motivatie en andere prioriteiten in een samenwerkingsverband? Verbeter

de samenwerking door meer zicht te krijgen op het samenwerkingsproces en op uw persoonlijke rol en vaardigheden hierin.

Doelgroep:

Gezondheidsbevorderaars, preventiemedewerkers, beleidsadviseurs, artsen en verpleegkundigen.

Data: woensdag 26 september en 3 oktober 2007

Kosten: € 620

Locatie: NSPOH te Amsterdam

Informatie:

www.nspoh.nl/gezondheidsbevordering, tel. 020-5664949, info@nspoh.nl

Middagsymposium:

Professionalisering in epidemiologie en public health

De NSPOH organiseert dit middagsymposium ter gelegenheid van het afscheid van dr. Dick H.J. Blom, arts maatschappij en gezondheid en epidemioloog. Dick Blom gaat met vervroegd pensioen, na ruim 30 jaar werkzaam te zijn geweest in de sociale geneeskunde en epidemiologie, als onderzoeker, opleider en begeleider.

Doelgroep: epidemiologen, artsen M&G, professionals werkzaam in de public health en andere belangstellenden.

Datum: vrijdag 28 september 2007, 14.00-17.00 uur

Geaccrediteerd: 3 uur voor (her)registratie door de AbSg voor de categorie maatschappij & gezondheid

Kosten: € 95

Locatie: AMC, Amsterdam

Link:

<http://www.nspoh.nl/page.ocl?pag eid=32&id=301>

Informatie: www.nspoh.nl, tel. 020-5664949, info@nspoh.nl

Adviesvaardigheden: doelgericht adviseren in de public health

Dé module als u zich wilt bekwamen in adviesvaardigheden over beleid: hoe zorgt u dat uw advies daadwerkelijk wordt opgevolgd? Aan de hand van theorieën, inzichten in benodigde vaardigheden en gesprekstechnieken leert u beter advies uit te brengen aan externe partijen.

Doelgroep: professionals of managers die binnen hun takenpakket te maken hebben met beleidsadvisering aan vooral externe partijen.

Data: dinsdag 13 en 20 november en 11 december 2007

Kosten: € 1.170

Locatie: NSPOH te Amsterdam

Informatie:

www.nspoh.nl/gezondheidsbevordering, tel. 020-5664949, info@nspoh.nl

Introductie in de openbare gezondheidszorg

Deze module is bedoeld als een eerste kennismaking met de publieke gezondheidszorg. Het gaat daarbij om de algemene kaders en wetgeving en de dynamiek tussen landelijk en lokaal beleid. Daarnaast wordt een globaal overzicht gegeven van de spelers op dit terrein en de praktijk van lokaal gezondheidsbeleid. Speciale aandacht gaat uit naar de samenwerking tussen gemeenten en GGD-en bij het lokale gezondheidsbeleid.

Doelgroep: ambtenaren volksgezondheid en GGD-

beleidsmedewerkers die nieuw zijn in het veld van de publieke gezondheidszorg.

Data: woensdag 28 november 2007

Kosten: € 310

Locatie: NSPOH te Amsterdam

Informatie: www.nspoh.nl, tel.

020-5664949, info@nspoh.nl

Introductie in de medische milieukunde

Module om uw kennis te verbreden. Maak kennis met het werkgebied van de medische milieukunde: het interpreteren van en adviseren over signalen of ongerustheid - risicoanalyse, risicobeoordeling en risicocommunicatie.

Doelgroep: professionals en beleidsadviseurs in de public health en geïnteresseerden in de medische milieukunde uit de publieke gezondheidszorg (inclusief GHOR).

Data: vrijdag 30 november en 7 december 2007

Geaccrediteerd: 12 uur voor (her)registratie door de AbSg voor de categorie maatschappij & gezondheid

Kosten: € 620

Locatie: NSPOH te Amsterdam

Link:

<http://www.nspoh.nl/page.ocl?pag eid=32&id=271>

Informatie: www.nspoh.nl, tel.

020-5664949, info@nspoh.nl

Aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Meldingen tijdens het tweede kwartaal van 2007, voor de stad Den Haag

De hieronder besproken cijfers en analyse zijn gebaseerd op de gegevens van Osiris, de database van het RIVM waar alle

aangifteplichtige meldingen worden ingevoerd.

Het aantal aangifteplichtige infectieziekten, door de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het 2de kwartaal 2007 gemeld (91, exclusief de meldingen van TBC), is hoger dan het aantal in dezelfde periode in 2006 (48). Dit verschil is hoofdzakelijk toe te schrijven aan een verhoogd aantal gevallen van chronische hepatitis B en kinkhoest. Het aantal legionellose patiënten is ook hoger dan in het 2de kwartaal van 2006.

Hieronder volgen commentaren op de gemelde infectieziekten.

Bacillaire dysenterie

Vier vrouwen van diverse leeftijden werden gemeld. De besmetting vond plaats respectievelijk in Bolivia, Egypte, India en Nederland.

Buiktyfus

Bij 1 man van 50 jaar is buiktyfus vastgesteld, opgelopen in Indonesië.

Hepatitis A

Er zijn 1 man en 2 vrouwen met hepatitis A aangegeven. De man is in Nederland besmet, de vrouwen in het buitenland.

Hepatitis B

Het aantal chronische hepatitis B meldingen (41 chronische gevallen) is vergelijkbaar met het vorige kwartaal. Er betrof tweemaal zoveel mannen als vrouwen. Op enkele patiënten na ging het om personen afkomstig van landen waar de ziekte veel voorkomt. De besmettingsbron was doorgaans niet bekend. Waarschijnlijk gaat het vaak om transmissie binnen het gezin.

Twee mannen en 1 vrouw liepen in Nederland acute hepatitis B op. Eén man is waarschijnlijk door wisselende seksuele contacten besmet, bij de andere 2 is de besmettingsbron niet achterhaald.

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (29) was hoger dan dat in hetzelfde kwartaal van 2006 (20). Het betrof bijna allemaal gevaccineerde personen, meestal boven de 10 jaar.

Legionellose

Er werden dit kwartaal 7 gevallen van legionellose gemeld. Bij 4 gevallen van deze ernstige longziekte was de bron een besmetting in het waterleidingsstelsel van een groot ziekenhuis. Eén van hen is overleden. Uitgebreide maatregelen zijn genomen om de legionellabesmetting in dit waterleidingsstelsel te bestrijden. Eén geval was in het buitenland besmet. Voor de overblijvende twee gevallen die in Nederland zijn besmet werd geen bron aangetoond.

Malaria

Het betrof 2 volwassenen die in Ghana zijn besmet. Bij deze patiënten kon de besmetting toegeschreven worden aan het niet innemen van profylaxe.

Meningokokkose

Bij 1 man van 42 jaar werd meningokokkose (hersenvliesontsteking) gemeld. De patiënt was besmet door een meningokok van het type B, waartegen nog geen vaccin bestaat.

Infectieziekten gemeld door instellingen

De onderstaande tabel geeft een overzicht van de meldingen door instellingen in het 1ste kwartaal 2007.

Ziektecategorie	overig	School	Verpleeghuis	KDV	Kindercentrum	Verzorgingshuis	totaal
Ringworm				1			1
MRSA						1	1
Gastro-enteritis			3	1		3	7
Vlekjesziekten	1	4		5	2		12

Het aantal meldingen uit instellingen is vergelijkbaar met het aantal meldingen gedurende het 2de kwartaal 2006. De gastro-enteritis betreft 6 explosies van buikgriep in verpleeg- en verzorgingshuizen, bijna allemaal veroorzaakt door het norovirus. Bij vlekjesziekten gaat het meestal om vermoedens op de vijfde ziekte, rodehond en roodvonk. Het waren dan ook vooral kinderdagverblijven en scholen die deze aandoeningen gemeld hebben.

Meldingen tijdens het tweede kwartaal van 2007, voor de regio Zuid-Holland West

Bacillaire dysenterie

In het tweede kwartaal waren er 5 meldingen van Bacillaire dysenterie. In beide gevallen betrof het een *Shingella sonnei*. Een patiënt was in Egypte geweest, de andere patiënt was niet in het buitenland geweest. De bron is niet gevonden.

Hepatitis B

Er waren 13 meldingen van hepatitis B waarbij er twee keer sprake was van acute hepatitis B. In beide gevallen was de transmissie een éénmalig heteroseksueel contact.

Kinkhoest

Er zijn 88 meldingen van kinkhoest geweest. Het aantal kinkhoestmeldingen in het tweede kwartaal is verdubbeld ten opzichte van de kwartalen daarvoor. Het is de vraag of deze stijging verder doorzet. De stijging is voornamelijk te vinden in Westland en Midden-Delfland.

Legionellose

Er zijn 2 meldingen van legionellose geweest. De meest waarschijnlijk bronnen waren het verzorgingshuis en verblijf in het buitenland.

Meningokokkose

Er waren 2 meldingen van meningokokkose. Het betrof een kind van een jaar en een kind van drie jaar. Rond patiënten zijn alle preventiemaatregelen genomen. In beiden gevallen ging het om een meningokok type B.

Malaria

Er was één melding van malaria. *Plasmodium vivax*, opgelopen in Papoea-Nieuw-Guinea. De profylaxe was volgens voorschrift ingenomen.

Tuberculose

Er zijn 9 meldingen van tuberculose geweest.

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 tweede kwartaal 2007			De voorgaande 4 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
		2e kw. 2007	2e kw. 2007	2e kw. 2007	2e kw. 2006 **)	3e kw. 2006**)	4e kw. 2006 **)	1e kw. 2007**)	2e kw. 2007	2e kw. 2006**)
B-ziekten	bacillaire dysenterie	4	5	9	3	10	9	10	9	3
	buiktyfus	1		1		2	1	1	1	
	cholera									
	Creutzfeld-J's disease							2		
	hepatitis A	3		3	1	13	11	2	3	1
	hepatitis B *)	44	13	57	29	52	66	55	57	29
	hepatitis C					1		1		
	kinkhoest	29	88	117	41	57	85	68	117	41
	legionella pneumonie	7	2	9	1	6	7	8	9	1
	mazelen									
	meningokokkose	1	2	3	4		1	3	3	4
	paratyfus A									
	paratyfus B (C)									
	tuberculose	33	9	42	40	30	33	38	42	40
	voedselvergiftiging of voedselinfectie				3	8	2	5		3
C-ziekten	brucellose									
	E.coli 0157				2					2
	leptospirose				1		2			1
	malaria	2	1	3	6	7	1	8	3	6
	ornithose/psittacose				2	1	1			2
	Q-koorts									
	rode hond									
totaal		124	120	244	133	192	220	201	244	133

*) 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, 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).

