



Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

jaargang 43, 2008, nummer 1

inhoud

Redactioneel

epidemiologie

Suïcides in Den Haag, 1987-2007

Is er samenhang tussen de vitamine D-status en diabetes bij niet-westerse allochtonen?

volksgezondheid

De Wmo in de praktijk: een jaar verder en een reactie van wethouder Van Alphen

Preventie van vrouwelijke genitale verminking
Hoe gaat dat in Den Haag?

Weekjournaal van een SCEN-arts

Korte berichten

Redactioneel

Gezond leven in Den Haag

Het maartnummer van het bulletin gaat helemaal over Gezond Leven in Den Haag, zij het bekeken vanuit minder voor de hand liggende invalshoeken.

Als eerste treft u een artikel over twintig jaar suïcidegegevens in Den Haag. De trendgegevens over de diverse bevolkingsgroepen gebruiken we om factoren op te sporen die mogelijk van invloed zijn op pogingen tot suïcide. Gezond Leven in Den Haag betekent in dit verband aandacht voor het psychisch welbevinden van specifieke groepen Hagenaars.

Het artikel over de samenhang tussen vitamine-D-tekort en diabetes bij inwoners van niet-westerse afkomst in Den Haag plaatst Gezond Leven in een etnisch en een (maar dat weten we nog niet) genetisch perspectief. Het vermoeden is dat vitamine-D-tekort van invloed is op de kans op diabetes. De onderzochte populatie levert nog geen significante samenhang op, maar de onderzoeksresultaten pleiten wel voor nadere verdieping.

Dan het stuk over het Haagse project Preventie van vrouwelijke genitale verminking, waarin Gezond Leven in Den Haag alles te maken heeft met het culturele perspectief. Interessant is onder andere de vraag in welke mate empowerment trainingen bijdragen aan het oplossen van gesignaleerde problemen, en welke inspanningen voor de middellange termijn het hoogste rendement hebben.

Ruim een jaar na invoering van de Wmo hebben we ervaringen met de nieuw ontstane situatie opgetekend van direct betrokken zorgaanbieders, mantelzorgers en consumenten van zorg in Den Haag. 'Gezond Leven' staat hier geheel in het teken van administratieve afhandeling, klantgerichtheid en dynamiek in landelijk bestuurlijke opvattingen.

Tot slot in dit bulletin het dagboekverslag van een van de SCEN-artsen in de regio Den Haag. Het beoordelen van een consultvraag rond euthanasie is een ingewikkeld proces. Hier betekent Gezond Leven in Den Haag vooral 'menswaardig leven' dan wel het leven op een menswaardige manier beëindigen.

Suïcides in Den Haag, 1987-2007

I. Burger en W.J. Schudel

De GGD Den Haag kent een lange traditie in het bijhouden van suïcidestatistieken. In 1950 legde Dr. N. Speyer als hoofd van de afdeling Geestelijke Volksgezondheid van de toenmalige GG en GD Den Haag samen met de gemeentelijke lijkschouwers de basis voor een registratiesysteem van suïcides in Den Haag. Tot op heden wordt dit systeem gehanteerd, zij het in enigszins aangepaste vorm. In dit bulletin is regelmatig over de uitkomsten van deze registratie gepubliceerd (1)(2)(3). Door 'trends' in het vóórkomen van suïcides in bevolkingsgroepen te volgen trachten we (al dan niet collectieve) situationele factoren op het spoor te komen, die mogelijk aanleiding hebben gegeven tot beëindigen van leven. Mogelijk beïnvloedbare factoren kunnen daarbij aanleiding geven tot nader onderzoek, en worden meegenomen bij een op preventie gerichte benadering van (groepen van) de bevolking. In dit artikel staan de uitkomsten van de Haagse suïcidestatistieken over 1987-2006 centraal, in sommige gevallen aangevuld met cijfers over het jaar 2007. Over de jaren 2002-2007 is niet eerder in het bulletin gepubliceerd.

Methode

De onderzoeksgegevens voor de registratie ontleen de onderzoekers (psychiater en epidemiologisch onderzoeker) aan de verslagen van de lijkschouwers bij *onnatuurlijk* overlijden waarbij sprake kan zijn geweest van een suïcide. Buiten de registratie vallen sterfgevallen waarbij een behandelend arts een verklaring van *natuurlijk* overlijden afgeeft en het overlijden niet in verband is (of kon worden) gebracht met de zelfmoord(poging) van de patiënt. Enige onderrapportage van het feitelijk aantal suïcides kan hiervan het gevolg zijn.

De Haagse suïcidestatistieken omvatten traditiegetrouw alle zelfdodingen die zich hebben voorgedaan binnen de gemeentegrens van Den Haag. De locatie van de (poging tot) zelfdoding is daarbij leidend, niet de locatie van overlijden. Dientengevolge wordt een niet-Hagenaar die zich in de zee bij Scheveningen verdrinkt wel meegeteld. En een niet-Hagenaar die voorbij de Haagse gemeentegrens voor de trein springt, naar een Haags ziekenhuis wordt vervoerd en daar aan de gevolgen van zijn of haar verwondingen overlijdt, niet. Dit laatste geldt eveneens voor ingezetenen van Den Haag die zich buiten Den Haag suïcideren. Dit inclusie criterium is in de Haagse suïcidestatistieken altijd consequent gevolgd.

Conform de definitie van een suïcide had betrokkene de intentie zichzelf te doden of de intentie zichzelf ernstige schade toe te brengen met de dood als mogelijk gevolg, en is betrokkene aan de gevolgen van deze daad overleden. Die intentie en de dood ten gevolge van deze daad moeten blijken uit de verslaglegging van de lijkschouwer of uit aanvullend verkregen informatie van betrokken arts(en) of politie. Over de jaren 1987 t/m 1993 en 1999 t/m 2001 is voor dit laatste ook gebruik gemaakt van de suïcideregistratie van de politie in Den Haag¹. Gezien het bovenstaande zijn een ongeval of een gewelddadig delict door anderen in de onderhavige registratie - redelijkerwijs - uitgesloten.

Net als in de voorgaande publicaties worden in dit artikel absolute en naar bevolkingsomvang gerelateerde cijfers² (per 100.000 persoonsjaren) gepresenteerd naar leeftijd, geslacht en etnische herkomst. De etnische herkomst is gebaseerd op de achternaam en de geboorteplaats van de overledene (en tot 2002 ook op nationaliteit). De onderzoekers beschikken sinds 2002 in de meeste gevallen ook over informatie van het land van herkomst van de ouders. Hiermee wordt maximaal tegemoet gekomen aan de door Dienst Burgerzaken gehanteerde definitie van etniciteit³. Ook wordt in dit artikel weer stilgestaan

¹ Vanaf 2002 vindt deze registratie niet meer plaats. Vergelijking van beide registraties leidde slechts in een enkel geval tot correctie.

² Bevolking Den Haag periode 2002-2006: gemiddelde van de standstatistieken van de Dienst Burgerzaken van 31-12-2002, 31-12-2004 en 1-1-2007.

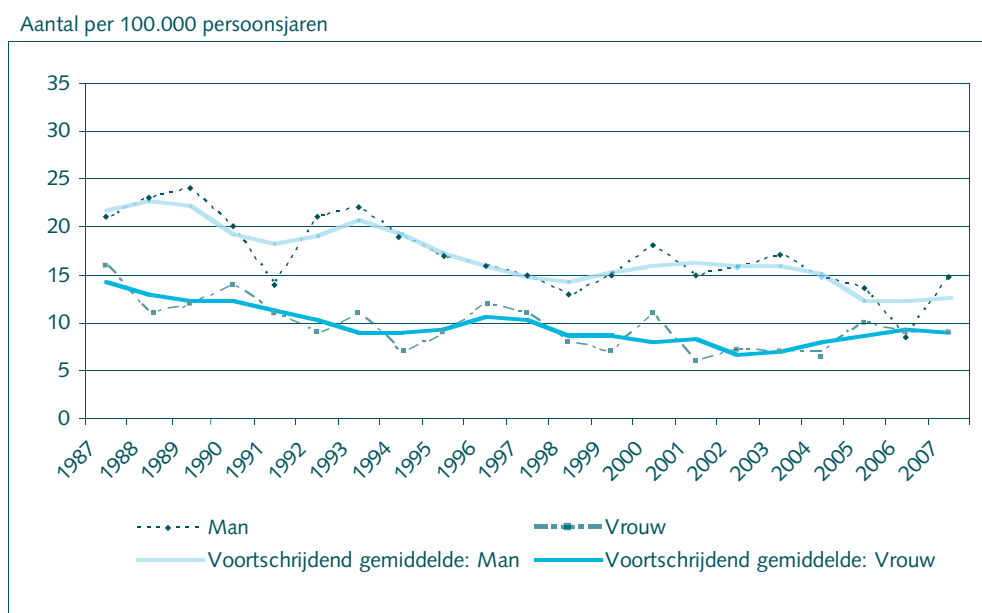
³ Categorie-indeling van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten van 1994 volgens de zogenoemde BiZa systematiek waarbij volgens een vaststaande hiërarchie gebruik wordt gemaakt van het geboorteland van betrokkene, diens moeder en/of diens vader.

Over de auteurs:

Mw. I. Burger, epidemiologisch onderzoeker en prof.dr. W.J. Schudel, emeritus hoogleraar klinische en sociale psychiatrie, Erasmus Universiteit Rotterdam, beiden werkzaam bij de GGD Den Haag, afdeling Epidemiologie, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, Den Haag.

Figuur 1.

Incidentie van suïcides (per 100.000 persoonsjaren van 15 jarigen en ouder). Den Haag 1987-2007.



bij de gebruikte middelen en methoden en ook nu is gekeken naar het verschil in vóórkomen van suïcides naar sociaal-economische status (gebaseerd op de sociaal-economische classificatie van de woonwijk van de overledene⁴).

Resultaten

Geslacht en leeftijd

In de periode 2002-2007 vonden op Haags grondgebied in totaal 257 suïcides plaats; 159 gevallen (62%) betroffen mannen; 98 (38%) waren vrouwen. Per jaar liep het aantal overleden mannen uiteen van 16 tot 32 en het aantal vrouwen van 14 tot 20. De man - vrouw verhouding van 3 : 2 is onveranderd ten opzichte van de bevindingen over 1987-2001 (3). De aantallen suïcides per 100.000 Hagenaars (persoonsjaren van 15 jarigen e.o.) laten sinds 1987 over het algemeen een dalende trend zien, voor de mannen geldt dit wat sterker dan voor de vrouwen (figuur 1). Bij de vrouwen stijgt de incidentie van suïcide de laatste vijf jaar weer licht. Hierdoor nadert de laatste drie jaar de incidentie bij de vrouwen die van de mannen dicht, met een voortschrijdend gemiddelde van 12 per 100.000 mannen en van 9 per 100.000 vrouwen van 15 jaar en ouder in 2006 en in 2007.

Tabel 1 toont over 1987-2006 het absolute aantal suïcides naar leeftijd en geslacht, verdeeld over vier aaneengesloten perioden van vijf jaar. Suïcides bij jongeren onder de 15 jaar hebben zich niet voorgedaan. De afname tussen 1987-1996 en 1997-2006 doet zich het sterkst voor bij de mannen van 65 jaar en ouder. Het aantal suïcides onder hen is tussen beide perioden van tien jaar met ruim de helft afgenomen van 83 naar 34 gevallen. Bij de vrouwen in deze leeftijdsgroep daalt het aantal suïcides ook aanzienlijk en wel met een derde, van 71 (1987-1996) naar 44 gevallen (1997-2006). Behalve bij de 65-plussers zien we tussen beide perioden ook een sterke daling in suïcides onder de 15-34-jarigen (mannen: van 91 naar 65; vrouwen van 58 naar 32). Dit in tegenstelling tot de mannen en vrouwen van 35-54 jaar, onder hen zien we nauwelijks tot geen daling tussen 1987-1996 en 1997-2006.

Figuur 2 toont per vijfjaarsperiode voor mannen en vrouwen afzonderlijk de incidentiecijfers van suïcides voor de leeftijdsgroepen 15-34-jarigen, 35-54-jarigen en de 55-jarigen en ouder. Gerelateerd aan de bevolkingsaantallen, daalt in vrijwel alle onderscheiden leeftijdsgroepen de suïcide-incidentie in

⁴ Achterstandsscore van de 44 Haagse wijken van 2004. Onderzoek Kloek AS&O, 2003.

Tabel 1.

Per leeftijd het aantal suicides in vier vijftiaarsperioden voor mannen (boven) en vrouwen (onder). Den Haag 1987-1991, 1992-1996, 1997-2001 en 2002-2006.

	Mannen			
	Periode			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	2002-2006
Leeftijdsklasse				
0-14 jaar	0	0	0	0
15-24 jaar	14	11	7	8
25-34 jaar	37	29	28	22
35-44 jaar	38	38	30	34
45-54 jaar	22	29	34	32
55-64 jaar	30	19	16	19
65-74 jaar	15	21	8	6
75 jaar e.o	27	20	10	10
Totaal	183	167	133	131

	Vrouwen			
	Periode			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	2002-2006
Leeftijdsklasse				
0-14 jaar	0	0	0	0
15-24 jaar	10	9	5	7
25-34 jaar	25	14	12	8
35-44 jaar	27	10	20	8
45-54 jaar	17	15	15	22
55-64 jaar	8	12	12	10
65-74 jaar	18	10	8	13
75 jaar e.o	21	22	11	12
Totaal	126	92	83	80

Den Haag, zowel bij mannen als bij vrouwen. Het meest uitgesproken is de daling onder de 55-plussers bij de mannen. De incidentie van ± 15 per 100.000 mannen per jaar van 55 jaar en ouder in 1997-2001 en in 2002-2006 is ± 10 per 100.000 per jaar minder dan in de voorliggende vijftiaarsperiode 1992-1996.

Etnische herkomst

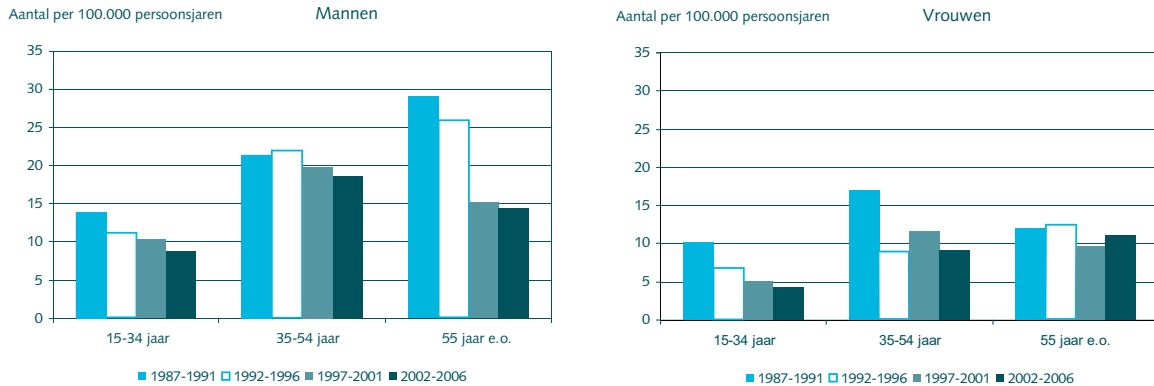
Van de 257 in de jaren 2002-2007 door suicide overleden personen hadden 81 een niet-Nederlandse herkomst. Ruim een derde (28 personen) van de niet-Nederlanders, de grootste groep, was zelf of (één van) de ouders in Suriname geboren, 19 mannen en 9 vrouwen. Hun aantal varieerde van één (2002) tot acht (2004) per jaar. Verder kwamen in volgorde van omvang 16 mensen uit geïndustrialiseerde landen, 15 uit niet-geïndustrialiseerde landen en 8 uit landen in Zuid-Europa. De aantallen uit Turkije, de Nederlandse Antillen en Marokko waren klein, respectievelijk zes, vijf en drie.

Van de 176 Nederlanders die in Den Haag in 2002-2007 door suicide overleden, waren twee van de vijf ouder dan 55 jaar. Het percentage 55-plussers onder de 28 Surinamers lag lager (18%). Bij de Surinamers deden de meeste suicides zich voor onder de 35-54-jarigen (61%). Gerelateerd aan het aantal Haagse Surinamers in die leeftijdsgroep zijn dit er vier per 10.000 35-54-jarige Surinamers per jaar (35-54-jarige autochtone Hagenaars: drie per 10.000).

In tabel 2 staan per etniciteit voor mannen en vrouwen afzonderlijk, de absolute aantallen en de incidentiecijfers van de door suicide overleden personen in 1987-1996 en 1997-2006. Bij alle naar etniciteit onderscheiden groepen zijn meer mannen dan vrouwen door suicide overleden. Met uitzondering van de Surinaamse mannen - met in beide tienjaarsperioden een incidentiecijfer voor suicide van 1,9 per 10.000 - ligt de incidentie van de onderscheiden groepen allochtone Hagenaars duidelijk

Figuur 2.

Incidentie van suïcides (per 100.000 persoonsjaren) naar leeftijdsgroep in vier vijftiaarsperioden voor mannen (links) en vrouwen (rechts). Den Haag 1987-1991, 1992-1996, 1997-2001 en 2002-2006.



lager dan die van de autochtone Hagenaars. Onder hen is de kans in een jaar te overlijden door suïcide betrekkelijk zeldzaam (minder dan 1 op de 10.000). Bij de Turkse mannen (1987-2006), de Marokkaanse mannen en de groep Overige mannen en vrouwen (1997-2006) is de incidentie ten opzichte van de Nederlandse mannen significant lager.

Sociaal-economisch niveau

Bij 221 Hagenaars die in de periode 2002-2007 door suïcide om het leven kwamen en van wie de postcode in Den Haag bekend was (postcodes van psychiatrische instellingen zijn uitgesloten) is het verschil in vóórkomen van suïcide naar sociaal-economische positie onderzocht. Tussen de groep (N=85) met de minste achterstand (zscore ≤ -5) en de groep (N=99) met de meeste achterstand (zscore ≥ 5) is een beperkt verschil gevonden van respectievelijk 8,5 per 100.000 en 9,8 per 100.000.

Gebruikte middelen en methode en locatie/moment van suïcide

Uit figuur 3 blijkt dat in de twee aaneengesloten vijftiaarsperioden 1997-2001 en 2002-2006 vrouwen nog steeds vaker dan mannen voor 'zachte' methoden (medicijnen, al dan niet in combinatie met alcohol, of vergif) van suïcide kiezen (3). Bij de mannen doen zich weinig verschillen voor in methodiek van suïcide tussen beide perioden. Mannen komen vooral door verhangen of verstikken om het leven, in beide perioden de helft van de mannen. Het aandeel vrouwen dat zich via deze weg van het leven berooft neemt tussen 1997-2001 en 2002-2006 toe van 28% naar 45%. Het gebruik van een vuurwapen door vrouwen is zeer zeldzaam.

De mensen die in 2002-2007 kiezen voor een 'zachte' methode (22% van de 257 door suïcide overleden personen) zijn zelden jonger dan 35 jaar: mannen 11% en vrouwen 5%. De etnische herkomst speelt in deze periode bij de keuze van de methode geen duidelijke rol, al kiezen allochtone Nederlanders relatief wat minder vaak dan autochtone Nederlanders voor een 'zachte' methode (allochtonen 16% en autochtonen 25%).

De locatie van suïcide is in verreweg de meeste gevallen in of in de directe omgeving van de eigen woning (2002-2007: 61% in eigen woning en 18% op straat bij eigen woning). In 11% van de gevallen berooft betrokkene zich van het leven in een min of meer gecontroleerde omgeving (psychiatrisch ziekenhuis, penitentiaire inrichting, verzorgingshuis of andere zorginstantie). Er doen zich in de periode 2002-2007 geen opvallende verschillen voor in de maand van overlijden/vinding. De maanden van de 'donkere' dagen of de dagen dat de 'blaadjes van de bomen vallen' laten geen relatieve toename zien in vóórkomen van suïcide.

Beschouwing

Het (trend)onderzoek in dit artikel beperkt zich net als bij voorgaande studies, tot een beschrijving van tamelijk eenduidige sociaal-demografische kenmerken van de door suïcide overleden personen op Haags grondgebied. Buiten beschouwing blijven de aard van het geestelijke en lichamelijke lijden en/of de sociaal-culturele en economische omstandigheden die tot de keuze van beëindiging van het leven kunnen hebben geleid. Deze zijn vanwege de heterogeniteit veel minder gemakkelijk in alle facetten te bevatten en te systematiseren (1)(2)(3). Daarvoor is uitgebreid

Tabel 2.

Incidentie van suïcides (per 100.000 persoonsjaren 15 jaar en ouder) naar etniciteit in twee tienjaarsperioden voor mannen (boven) en vrouwen (onder). Den Haag 1987-1996, 1997-2006.

Etniciteit	Suïcides 1987-1996		Suïcides 1997-2006	
	Absolute aantallen	Incidentie per 100.000 p.j. 15 jaar e.o.	Absolute aantallen	Incidentie per 100.000 p.j. 15 jaar e.o.
Mannen				
Nederlands	282	21,78	187	17,44
Surinaams	24	19,22	31	19,32
Antilliaans	4	19,10	2	5,68
Turks	5	6,29 *	7	6,71 *
Marokkaans	5	8,69	3	3,83 *
Overig	30	14,23	34	9,12 *
Totaal	350	19,57	264	14,48
Vrouwen				
Nederlands	181	12,03	132	11,15
Surinaams	11	8,30	11	6,17
Antiliaans	0	0,00	1	2,68
Turks	1	2,10	3	3,36
Marokkaans	3	8,67	2	3,08
Overig	22	10,08	14	3,51 *
Totaal	218	11,13	163	8,35

* Significant verlaagd in vergelijking tot de Nederlanders ($p < 0.05$)

kwalitatief onderzoek nodig op individueel niveau. De uitkomsten in dit artikel moeten met deze beperking worden beschouwd.

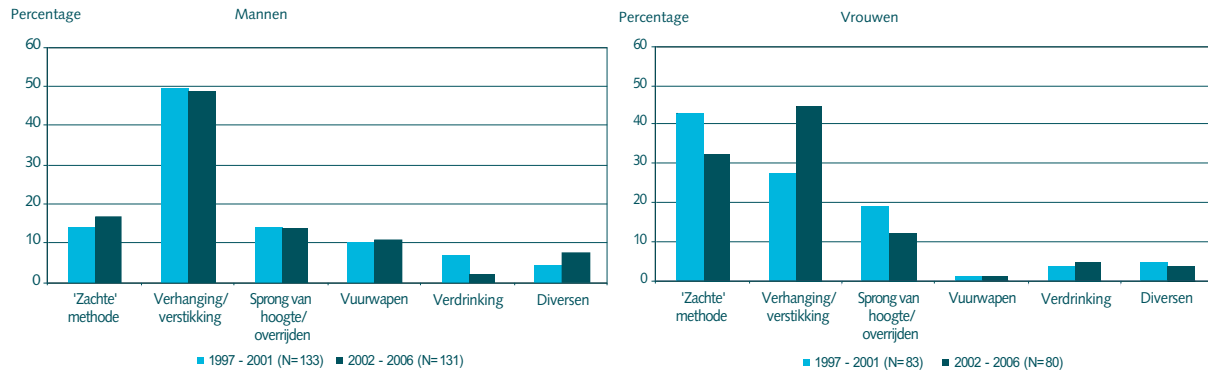
De neerwaartse trend in suïcide-incidentie die herhaaldelijk in dit bulletin is vermeld (1)(2)(3), lijkt zich recent voornamelijk voort te zetten onder de mannen. Bij de vrouwen is de laatste jaren eerder sprake van een lichte toename, met als gevolg dat het aan de bevolkingsaantallen gerelateerde voorkomen van suïcide voor beide geslachten elkaar dicht nadert. De daling in suïcide-incidentie doet zich bij het vergelijken van de vier opeenvolgende onderzoeksperioden van vijf jaar, over het algemeen in alle onderscheiden leeftijdsgroepen voor, maar is - de afgelopen tien jaar weliswaar constant - onder de mannen van 55 jaar en ouder het meest expliciet. De daling in suïcidecijfers onder ouderen is in een eerdere publicatie in verband gebracht met een stijging van euthanasiegevallen (3).

In de periode 1987-2001 blijkt ook in de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder bij beide geslachten - met uitzondering van de mannen in 1994 - sprake van een geleidelijke daling (4)⁵. Vanaf 2001 treedt er landelijk echter juist bij de mannen en niet bij de vrouwen een (hele) lichte toename op. De daling in suïcidecijfers onder ouderen is niet typisch Haags. Het Centraal Bureau voor de Statistiek berekende over de jaren 1986 t/m 2005 voor de leeftijdsgroepen boven de 50 jaar (bij de vrouwen) en boven de 60 jaar (bij de mannen) afnemende aantallen suïcides per 100.000 Nederlanders (4). Bij vergelijkingen met landelijke cijfers dient er echter wel rekening mee te worden gehouden dat een grote stad als Den Haag hogere suïcide-incidentiecijfers kent. Hoogenboezem e.a. stelde voor 1997-2002 vast dat in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag de sterfte door zelfdoding een kwart boven het Nederlandse gemiddelde lag: 11,9 en 9,6 per 100.000 inwoners (5). Ook in gemeenten met een psychiatrisch ziekenhuis is het

⁵ De gegevens over zelfdoding van het Centraal Bureau voor de Statistiek komen tot stand na onderlinge afstemming van de gegevens die zijn ontvangen van de medici (de doodsoorzakenstatistiek) en van politie en rechtbanken (de statistiek van de niet-natuurlijke dood).

Figuur 3.

Gedurende de laatste twee vijftiaarsperioden voor mannen (links) en vrouwen (rechts) de procentuele verdeling van het belangrijkste middel/methode van suïcide. Den Haag 1997-2001 en 2002-2006.



relatieve aantal zelfdodingen over het algemeen hoger dan gemiddeld (5).

Tussen de sociaal-economische positie en het vóórkomen van suïcide is in de onderhavige studie geen relatie van betekenis gevonden. Verschillende malen is in dit bulletin gerapporteerd over, in vergelijking tot hun autochtone leeftijdsgenoten, hogere incidentiecijfers van parasuïcide onder Surinaamse en Turkse meisjes en jonge vrouwen (6)(7)(8). Uit het onderhavige onderzoek blijkt dat ook de afgelopen tien jaar vrouwen uit deze bevolkingsgroepen ten opzichte van Nederlanders geen verhoogd risico hebben om door suïcide te overlijden en dat zeker bij Turkse vrouwen suïcide zeldzaam is. Ook onder veel andere allochtone groepen in Den Haag ligt de suïcide-incidentie zowel bij mannen als bij vrouwen (significant) lager dan in de groep Nederlanders. Uitzondering hierop zijn de Surinaamse mannen die zich suïcideerden in Den Haag. Gedurende 1987-2006 zijn de suïdecijfers per 100.000 Surinaamse Hagenaars nauwelijks verschillend - vanaf 1997 zelfs iets hoger - in vergelijking tot die van hun Nederlandse geslachtsgenoten in Den Haag. Landelijke analyse van doods-oorzaakverklaringen van arts of lijkschouwer waarin over 1996-2004 de relatie tussen etniciteit en zelfdoding werd onderzocht, bracht ook ten opzichte van autochtone Nederlanders significant lagere suïdecijfers voor Marokkanen en Turken aan het licht, evenals significant verhoogde suïdecijfers voor Surinaamse mannen (9). Als mogelijke verklaring voor de hogere suïdecijfers onder Surinaamse mannen noemen Garssen e.a. de migratie van een collectivistische naar een individualistische maatschappij en de teleurstellingen over de mogelijkheden om in de Nederlandse samenleving een plaats te verwerven

(10). Lagere suïdecijfers bij Marokkanen en Turken kunnen verband houden met het verbod op suïcide onder moslims (11). Het feit dat in Engeland onder immigranten uit islamitische staten lagere suïcide-incidentiecijfers zijn gevonden in vergelijking tot immigranten uit landen met een overwegende Boeddhistische of Hindoeïstische godsdienst is hiermee in overeenstemming (12).

Ten slotte het gebruik van middelen en methode, de locatie en de maand van suïcide in Den Haag (2002-2006) in vergelijking met beschikbare landelijke gegevens (1997-2002) (5). Mannen kiezen vaker dan vrouwen voor een meer gewelddadige manier van zelfdoding. Ongeveer de helft van de mannen die door zelfdoding om het leven komt doet dit door ophanging of verstikking, hierin verschillen de lokale en landelijke cijfers nauwelijks. Van de vrouwen die zich in Den Haag in 2002-2006 van het leven hebben beroofd hanteert 45% ook deze 'harde' methode. Dit is meer dan in de voorafgaande vijf jaar (1997-2001: 28%) en ook meer dan landelijk (34%). Veel minder mannen dan vrouwen kiezen voor het innemen van vergif/medicijnen al dan niet in combinatie met alcohol. Dat is landelijk zo (mannen 15% en vrouwen 27%) en in Den Haag (mannen 18% en vrouwen 32%), maar in de residentie is vergeleken met 1997-2001 het verschil tussen mannen en vrouwen in 2002-2006 wel kleiner geworden.

Ook landelijk is aan het einde van het jaar geen sprake van een hoger aantal suïcidegevallen: gedurende de maanden september, oktober, november en december komt suïcide in Nederland juist minder voor. Bij zowel mannen als vrouwen vindt de helft van alle zelfdodingen in Nederland plaats in het eigen huis, de tuin of schuur. In Den Haag geldt dit voor ruim drie

van de vijf suïcides.

Epidemiologisch onderzoek zoals hier besproken, naar het vóórkomen van suïcidegevallen in Den Haag over een lange tijd is van belang voor het signaleren van risicogroepen. Het kan de alertheid voor het verschijnsel vergroten. Op individueel niveau kan dit onderzoek echter geen handvatten aanreiken voor preventief beleid.

Voor effectieve suïcidepreventie is veel meer nodig, zoals herkenning en bespreekbaarheid van suïcidaliteit, vermindering van beschikbaarheid aan middelen, een goed afgestemde nazorg van mensen na een suïcidepoging, het voorkómen of verminderen van

psychische stoornissen, het aanleren van levensvaardigheden hoe met problemen om te gaan (copingstijlen), het signaleren van probleemgedrag op scholen, zorg aan nabestaanden, lotgenoten hulp voor suïcidale mensen enzovoort. Voor effectieve preventie is het ook van belang om op instellingsniveau de beschikbare kennis en richtlijnen systematisch in de werkwijze te integreren (13)(14). Suïcidaliteit is een complex volksgezondheidsvraagstuk dat vraagt om een veelomvattende (nationale) aanpak. In het beleidsadvies 'Vermindering van suïcidaliteit' van december 2007 uitgebracht aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, onderstreept het Trimbos instituut nog eens het belang van een regiefunctie voor de (lokale) overheid in deze en zet negen aanbevelingen op een rij om suïcidaliteit in Nederland met 10% te verminderen (zie ter informatie het kader) (14). Over de vele (en unieke) preventieactiviteiten in Den Haag - waaronder het SUNA-project voor jongeren na een suïcidepoging - is in dit bulletin herhaaldelijk gepubliceerd (15)(16)(17)(18) (19).

Negen aanbevelingen ter vermindering van suïcidaliteit

1. Stel streefcijfers voor preventie van suïcidaliteit, zorg voor overheidsregie bij het nemen van maatregelen en realiseer een strategische aanpak met een landelijke en regionale taakverdeling.
2. Verbeter de kwaliteit van zorg bij suïcidepogingen in algemene ziekenhuizen door de richtlijn voor opvang bij suïcidepogingen te actualiseren en onderdeel van beleid te maken, en door kwaliteitseisen aan personeel te stellen.
3. Verbeter herkenning van suïcidaliteit en adequate hulp door professionals, door kennis te vergroten en vaardigheden aan te leren. Maak suïcidaliteit bespreekbaar en leer professionals met het thema om te gaan.
4. Realiseer een landelijke multidisciplinaire richtlijn suïcidaliteit die de bestaande richtlijnen voor beroepsgroepen aanvult en die als basis dient voor lokale protocollen en richtlijnen binnen zorginstellingen.
5. Verbeter kennis en vaardigheden om met suïcidaliteit om te gaan door hiervoor curricula in uiteenlopende opleidingen voor zorgverleners te maken. Ontwikkel procesindicatoren om de voortgang te kunnen volgen.
6. Onderzoek of de toevoeging van suïcidepogingen aan de prestatie-indicatoren in zowel de zorg als de openbare (geestelijke) gezondheidszorg meerwaarde oplevert.
7. Realiseer regionaal een laagdrempelig en flexibel aanbod voor de opvang van en hulp aan nabestaanden (volwassenen en kinderen), en realiseer lotgenotenhulp voor suïcidale mensen. Waarborg de aanpak met procesindicatoren.
8. Realiseer aanvullend onderzoek naar suïcidaliteit waarover relatief weinig bekend is, beschrijf de ziektebelasting van suïcidaliteit en neem diverse uitkomstmaten van suïcidaliteit mee in lopend onderzoek.
9. Breng ethische en juridische vragen en vraagstukken over gedwongen opname en hulp bij suïcide zorgvuldig in kaart.

Literatuur:

1. Schudel WJ. Suïcide in Den Haag: de laatste cijfers. *Epidemiol Bul Grav* 1995; 30 nr. 3: 24-9.
2. Schudel WJ en JM Vroom-Jongerden. Suïcide in Den Haag 1987-1999. *Epidemiol Bul Grav* 2001; 36 nr. 3: 10-4.
3. Schudel WJ. Suïcides in Den Haag, vijftien jaar gevolgd: 1987-2001. *Epidemiol Bul Grav* 2004; 39 nr. 2: 3-8.
4. Bron gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Suïcidepreventie in Nederland: de stand van zaken. Voordracht door prof.dr. A.J.F.M. Kerkhof. Amsterdam, maart 2007.
5. Hoogenboezem J en W van den Berg. Recente ontwikkelingen rond zelfdoding in Nederland. *Bevolkingstrends, Statistisch kwartaalblad over de demografie van Nederland* 2004; 52 nr. 1: 40-8.
6. Schudel WJ en HWA Struben. Suïcidaal gedrag in Den Haag. *Epidemiol Bul Grav* 1997; 32 nr. 3: 18-25.
7. 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.
8. Burger I, Hemert AM van, Bindraban CA en WJ Schudel. Parasuïcides in Den Haag: meldingen in de jaren 2000-2004. *Epidemiol Bul Grav* 2005; 40 nr. 4: 2-8.
9. Garssen MJ, Hoogenboezem J en AJFM Kerkhof. Zelfdoding onder migrantengroepen en autochtonen in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006; 150 nr. 39: 2143-9.
10. Garssen J, Hoogenboezem J en AJFM Kerkhof. Zelfdoding onder Nederlandse Surinamers en etniciteit. *Bevolkingstrends, Statistisch kwartaalblad over de demografie van Nederland* 2006; 54 nr. 3: 23-8.

11. Lester D. Suicide and Islam. *Archives of Suicide Research* 2006; 10: 77-97.
12. Lester D. Suicide in emigrants from the Indian sub-continent. *Transcultural Psychiatry* 2000; 37: 243-54.
13. Kerkhof AJFM. Matig beleid inzake suïcidepreventie. Commentaar. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2007; 49 nr 3: 167-8.
14. Bool M, Blekman J, Jong de S. Vermindering van suïcidali-teit. Beleidsadvies aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Cultuur. Actualisering van het Advies inzake Suïcide, Gezondheidsraad 1986. Trimbos instituut. Utrecht, december 2007.
15. 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.
16. Ferber M. 'Het is een soort praten zonder woorden, juf', achtergronden van zelfbeschadiging. *Epidemiol Bul Grav* 2004; 39 nr. 4: 15-9.
17. 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.
18. Van Wieringen & Thomas. 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.
19. Burger I, Ferber M. Preventie van suïcidaal gedrag: recente ontwikkelingen in Den Haag. *Epidemiol Bul Grav* 2007; 42 nr. 3: 25-8.

Is er samenhang tussen de vitamine D-status en diabetes bij niet-westerse allochtonen?

I.M. van der Meer, R.M. van Dam, A.J.P. Boeke, P. Lips, B.J.C. Middelkoop

In Nederland komt onder inwoners van niet-westerse afkomst veel vaker een vitamine D-tekort voor dan bij autochtone inwoners. Ook diabetes komt bij een aantal niet-westerse groepen vaker voor. De vraag of er een verband is tussen het voorkomen van de twee aandoeningen, is tot nu toe niet onderzocht voor de niet-westerse groepen die in Nederland wonen. Dit vormde de aanleiding voor het onderzoek waarvan in onderstaand artikel verslag wordt gedaan.

Inleiding

Vitamine D-tekort komt veel voor bij niet-westerse allochtonen in Nederland. Uit onderzoek dat eerder in dit tijdschrift is gepubliceerd bleek dat het vóórkomen van vitamine D-tekort in deze groepen varieert van 19% tot 51% (1)(2). Ter vergelijking: in hetzelfde onderzoek werd bij 6% van de autochtone Nederlanders een vitamine D-tekort gevonden. De bronnen van vitamine D zijn vette vis, margarine, supplementen en direct zonlicht op de huid. De risicofactoren voor vitamine D-tekort zijn hieraan gerelateerd: een geringe hoeveelheid vitamine D via de voeding of via supplementen en zonnijdend gedrag en/of het bedekken van de huid. Daarnaast lopen niet-westerse allochtonen extra risico omdat zij vaak een donkerder huid hebben dan autochtone Nederlanders, en hoe donkerder de huid, hoe minder vitamine D geproduceerd wordt door de huid. Vitamine D-tekort leidt tot spierpijnen en spierzwakte (hypovitaminose D myopathie) en uiteindelijk tot botafwijkingen, zoals botweekheid (osteomalacie) bij volwassenen en Engelse ziekte (rachitis) bij kinderen. Er zijn echter ook aanwijzingen dat vitamine D-tekort de kans op diabetes (suikerziekte) verhoogt (3). Diabetes komt, net zoals vitamine D-tekort, veel voor bij een aantal niet-westerse groepen (4)(5). Echter, de meeste onderzoeken naar de samenhang tussen

vitamine D en diabetes zijn uitgevoerd onder westerse mensen. En de onderzoeken onder niet-westerse mensen vonden plaats onder andere groepen dan die in Nederland wonen, bijvoorbeeld onder Mexicaans-Amerikanen en Afro-Amerikanen (6)(7). Daarom hebben wij onderzoek gedaan naar de samenhang tussen vitamine D en diabetes in een niet-westerse populatie in Nederland.

Methode

Wij hebben gebruik gemaakt van gegevens van het eerder uitgevoerde onderzoek (1)(2). Voor dat onderzoek was een steekproef getrokken onder de volwassenen (18-65 jaar) uit huisartsbestanden in Amersfoort, Amsterdam, Den Haag en Haarlem. De personen in de steekproef werden uitgenodigd op de huisartsenpraktijk voor het invullen van een vragenlijst en het doen van metingen, zoals lengte en gewicht. Daarnaast werd bloed afgenomen voor de analyse van onder andere vitamine D en nuchter glucose.

Voor het onderhavige onderzoek naar de samenhang tussen vitamine D en diabetes hebben wij uit het voorgaande onderzoek een selectie gemaakt van alle niet-westerse personen die 30 jaar of ouder waren. Geen van de personen onder de 30 had diabetes,

Over de auteurs:

Ir. I.M. van der Meer, epidemiologisch onderzoeker, afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn; dr. ir. R.M. van Dam, afdeling Voeding, Harvard School of Public Health, Boston, USA; dr. A.J.P. Boeke, huisarts, Amsterdam en senior onderzoeker, Onderzoeksgroep Huisartsgeneeskunde, EMGO Instituut, Vrije Universiteit (VU) medisch centrum, Amsterdam; prof. dr. P. Lips, internist-endocrinoloog, afdeling Endocrinologie, VU medisch centrum, Amsterdam; prof. Dr. B.J.C. Middelkoop, arts-epidemioloog, afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn en afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), Leiden.

zodat onderzoek naar de samenhang tussen vitamine D en diabetes in deze groep irrelevant is.

De samenhang tussen vitamine D-status en diabetes werd onderzocht met multivariate regressie analyse. Dit is een methode waarbij je rekening kan houden met (corrigeren voor) andere risicofactoren die van belang zijn. De uitkomstmaat van deze methode is de Odds Ratio (OR), zie hiervoor de uitleg in het kader op pagina 13 In dit onderzoek werd gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, BMI¹ (ondergewicht of normaal gewicht, overgewicht, obesitas) en de tijd die iemand buiten doorbracht als maat voor lichamelijke activiteit.

Definities

- Vitamine D-tekort: serum 25-hydroxy vitamine D (25(OH)D) < 25 nmol/l
- Vitamine D insufficiëntie: serum 25(OH)D tussen 25 en 50 nmol/l
- Zelfgerapporteerde diabetes: (via vragenlijst) bevestigend antwoord op de vraag of iemand diabetes heeft én op de vraag of daarvoor medicatie gebruikt wordt
- Diabetes: zelfgerapporteerde diabetes en/of nuchter glucose \geq 7,0 mmol/l
- Overgewicht: body mass index (BMI) tussen 25 en 30 kg/m²
- Obesitas: BMI \geq 30 kg/m²

Deelnemers

In totaal waren er 327 deelnemers: 130 mannen en 197 vrouwen. De etnische groep per categorie staat weergegeven in tabel 1.

Overgewicht (43%) en obesitas (28%) kwamen veel voor onder de deelnemers. De vitamine D-status en

het vóórkomen van diabetes staat per etnische categorie weergegeven in figuren 1a en 1b. In deze figuren is geen rekening gehouden met risicofactoren zoals leeftijd, terwijl het percentage 50-65-jarigen in de Aziatische groep (37%) groter was dan in de Turks/Noord-Afrikaanse en Midden/Zuid-Afrikaanse groepen (beide 23%). In de totale groep was het vóórkomen van vitamine D-tekort 39%, vitamine D-insufficiëntie 45%, zelfgerapporteerde diabetes 11% en diabetes 17%.

Samenhang vitamine D-status en diabetes

In tabel 2 staat de samenhang tussen de vitamine D-status en diabetes weergegeven. In de laatste kolom is hierbij rekening gehouden met andere risicofactoren voor diabetes: leeftijd, geslacht, BMI en tijdsduur buiten. De gevonden odds ratios zijn niet significant, al zit de odds ratio voor vitamine D-insufficiëntie wel op de rand van significantie (borderline significant). De waarden van de odds ratio's zelf zijn (ruim) boven de 1, wat een aanwijzing vormt dat er een grotere kans op diabetes is bij personen met een vitamine D-tekort of vitamine D-insufficiëntie in vergelijking tot personen met voldoende vitamine D.

Bespreking en conclusie

De samenhang tussen vitamine D-status en diabetes is in dit onderzoek cross-sectioneel bestudeerd (dwarsdoorsnede-onderzoek). Door deze onderzoeksopzet kan alleen naar een samenhang worden gekeken, over oorzakelijke verbanden kan op basis van dit onderzoek geen uitspraak worden gedaan. Wel zijn er vanuit de literatuur mechanismen bekend waarlangs vitamine D een oorzakelijk verband zou kunnen hebben met diabetes (3).

Het kan zijn dat de samenhang tussen vitamine D-

Tabel 1.

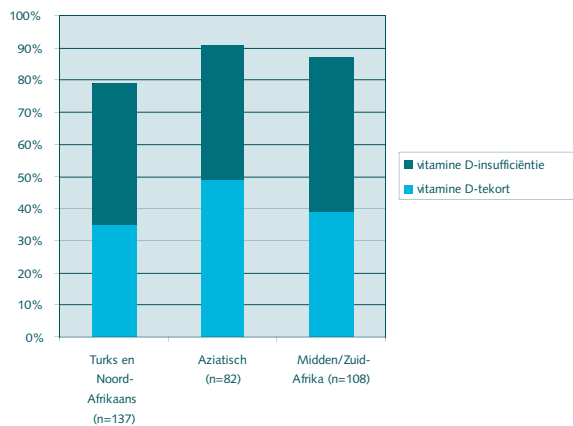
Etnische groep per categorie.

Categorie	Etnische groep
Turks en Noord Afrikaans (n=137)	71 Turks
	62 Marokkaans
	4 overig
Aziatisch (n=82)	78 Surinaams Hindostaans
	4 overig
Midden/Zuid-Afrikaans (n=108)	50 Surinaams Creools
	34 sub-Sahara Afrikaans
	24 overig

¹ Gewicht in kg gedeeld door het kwadraat van de lengte in meters.

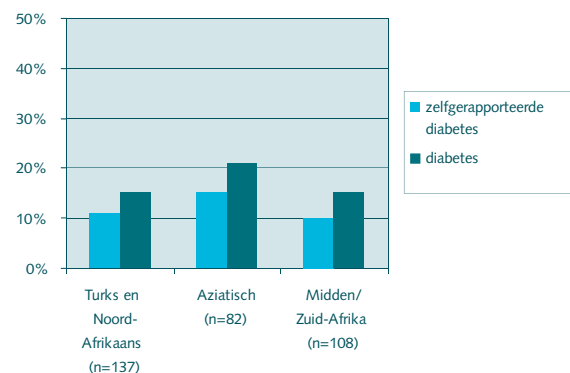
Figuur 1a.

Vitamine D-status per etnische categorie.



Figuur 1b.

(Zelfgerapporteerde) diabetes per etnische categorie.



status en diabetes verschilt per etnische groep. Zo vonden Scragg et al. dat er een negatief verband was tussen vitamine D en diabetes bij blanke Amerikanen en Mexicaans-Amerikanen, terwijl dit verband niet werd gevonden bij de Afro-Amerikanen (6). Dit kan kloppen met de bevinding dat er bij Afro-Amerikanen een beschermingsmechanisme aanwezig is, waardoor zij ondanks een slechte vitamine D-status toch sterke botten hebben (8). Helaas was ons onderzoek niet groot genoeg om de analyses per etnische groep uit te voeren.

De in dit onderzoek gehanteerde grenswaarden van 25 en 50 nmol/l zijn gebaseerd op de referentiewaarde van het laboratorium dat de bepalingen deed (VU medisch centrum) en op de literatuur (9). De deelnemers aan ons onderzoek hadden over het algemeen een slechte vitamine D-status, slechts 16% had een voldoende vitamine D-concentratie (gebaseerd op de huidige grenswaarden). Dit kan er mede toe geleid hebben dat de resultaten niet statistisch significant waren. Op basis van onderzoek onder (met name westerse) ouderen concluderen verschillende onder-

zoekers dat de grens voor een optimale vitamine D-status verhoogd zou moeten worden naar een serum 25-hydroxy-vitamine D-concentratie > 75 nmol/l (10). Het aantal personen met een vitamine D-concentratie > 75 nmol/l in ons onderzoek bedroeg 6, te gering voor een statistische analyse.

Zowel vitamine D-tekort (39%) als diabetes (17%) kwamen vaak voor in deze volwassen (30-65 jaar) niet-westerse populatie. Na correctie voor leeftijd, geslacht, BMI en tijdsduur buiten als maat voor lichamelijke activiteit, zijn er aanwijzingen dat een lagere vitamine D-status samenhangt met meer kans op diabetes, maar deze samenhang was (net) niet statistisch significant. Voordat vitamine D kan worden gebruikt voor het voorkómen van diabetes moet de samenhang sterker worden aangetoond. Om hier meer duidelijkheid over te krijgen is een grotere onderzoekspopulatie nodig, met voldoende aantallen voor analyse per etnische groep, en meer mensen met een hogere vitamine D-concentratie in het bloed.

Tabel 2.

Samenhang tussen vitamine D-status en diabetes.

	% Diabetes	Ruwe OR (95%BI) ^a	Gecorrigeerde OR (95%BI) ^b
Vitamine D-tekort (n=127)	17	2,05 (0,73 – 5,74)	2,01 (0,57 – 7,12)
Vitamine D-insufficiëntie (n=146)	19	2,22 (0,81 – 6,11)	3,47 (1,00 – 11,97)
Voldoende vitamine D (n=54; referentiegroep)	9	1	1

^a Zie kader, OR=Odds Ratio, 95%BI=95% betrouwbaarheidsinterval

^b gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, BMI en tijdsduur buiten als maat voor lichamelijke activiteit

Odds Ratio (OR)

De Odds Ratio is een getal dat de verhouding aangeeft tussen twee Odds: de ene Odds gedeeld door de andere Odds. De Odds geeft de kans aan dat iets wel gebeurt gedeeld door de kans dat iets niet gebeurt.

Indien de Odds gelijk zijn, is de Odds Ratio 1. Een Odds Ratio boven de 1 betekent dat er een *verhoogde* kans is ten opzichte van de referentiegroep, een Odds Ratio tussen de 0 en de 1 betekent dat er een *verlaagde* kans is ten opzichte van de referentiegroep. Een Odds Ratio is alleen statistisch significant als de waarde 1 niet in het 95%-betrouwbaarheidsinterval ligt.

In dit artikel is de groep met de voldoende vitamine D-concentraties (≥ 50 nmol/l) de referentiegroep. Hieronder volgt als voorbeeld de berekening van de Odds Ratio voor de kans op diabetes voor personen met een vitamine D-tekort ten opzichte van de referentiegroep:

De kans dat iemand met een vitamine D-tekort diabetes heeft is 17% (dus 83% kans om dat niet te hebben) en de kans dat iemand met een voldoende vitamine D-concentratie diabetes heeft is 9%. De Odds voor de groep met een vitamine D-tekort is dan $17/83 = 0,20$ en de Odds voor de groep met een voldoende vitamine D-concentratie is $9/91 = 0,10$. De Odds Ratio voor het hebben van diabetes voor de groep met een vitamine D-tekort ten opzichte van de groep met een voldoende vitamine D-concentratie is dan $0,20$ gedeeld door $0,10 = 2,07$. Dit betekent een verhoogde kans op diabetes voor de personen met een vitamine D-tekort (ten opzichte van een voldoende vitamine D-concentratie). Dit is niet statistisch significant, omdat de waarde 1 in het 95%-betrouwbaarheidsinterval ligt (0,73 - 5,74, zie tabel 2).

Literatuur:

- 1 van der Meer IM, Boeke AJP, Lips P, Middelkoop BJC. Etnische groep en leefstijl bepalen vitamine D-status bij niet-westerse allochtonen in Nederland. *Epidemiologisch Bulletin* 2006;41(4):17-20.
- 2 van der Meer IM, Boeke AJP, Lips P, Grootjans-Geerts I, Wuister JD, Devillé WLJM, Wielders JPM, Bouter LM, Middelkoop BJC. Fatty fish and supplements are the greatest modifiable contributors to the serum 25-hydroxyvitamin D concentration in a multi-ethnic population. *Clinical Endocrinology* doi: 10.1111/j1365-2265.2007.03066.x
- 3 Pittas AG, Lau J, Hu FB, Dawson-Hughes B. The role of vitamin D and calcium in type 2 diabetes. A systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab* 2007;92(6):2017-29.
- 4 Middelkoop BJ, Kesarlal-Sadhoeram SM, Ramsaransing GN, Struben HW. Diabetes mellitus among South Asian inhabitants of The Hague: high prevalence and an age-specific socioeconomic gradient. *Int J Epidemiol* 1999;28(6):1119-23.
- 5 Uitewaal PJ, Manna DR, Bruijnzeels MA, Hoes AW, Thomas S. Prevalence of type 2 diabetes mellitus, other cardiovascular risk factors, and cardiovascular disease in Turkish and Moroccan immigrants in North West Europe: a systematic review. *Prev Med* 2004;39(6):1068-76.
- 6 Scragg R, Sowers M, Bell C. Serum 25-hydroxyvitamin D, diabetes, and ethnicity in the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Diabetes Care* 2004;27(12):2813-8.
- 7 Ford ES, Ajani UA, McGuire LC, Liu S. Concentrations of serum vitamin D and the metabolic syndrome among U.S. adults. *Diabetes Care* 2005;28(5):1228-30.
- 8 Harris SS. Vitamin D and African Americans. *J Nutr* 2006;136(4):1126-9.
- 9 Lips P. Vitamin D deficiency and secondary hyperparathyroidism in the elderly: consequences for bone loss and fractures and therapeutic implications. *Endocr Rev* 2001;22(4):477-501.
- 10 Dawson-Hughes B, Heaney RP, Holick MF, Lips P, Meunier PJ, Vieth R. Estimates of optimal vitamin D status. *Osteoporos Int* 2005;16(7):713-6.

Wmo in de praktijk: een jaar verder

Y.K. van Pareren, W. van Rijssel

In januari 2007 is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) van kracht geworden. Daarmee werd de gemeente verantwoordelijk voor de geïndiceerde huishoudelijke hulp, die voorheen onderdeel was van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). In Den Haag is de huishoudelijke hulp als eerste onderdeel van de Wmo uitgewerkt in een beleidsplan (1). Sindsdien heeft de gemeente elf thuiszorgorganisaties geselecteerd voor de uitvoering van de huishoudelijke hulp. Inwoners van Den Haag die in aanmerking komen voor huishoudelijke hulp, kunnen nu kiezen uit deze uitvoerders. Met de geselecteerde organisaties heeft de gemeente een aantal afspraken gemaakt. Een daarvan is een vaste prijs voor de huishoudelijke verzorging, voor alle organisaties dezelfde. De Wmo bestaat in totaal uit negen prestatievelden die ervoor moeten zorgen dat alle mensen kunnen blijven meedoen in de samenleving, waar mogelijk geholpen door vrienden, familie of bekenden. De gemeente zorgt voor de activiteiten en voorzieningen die mensen in staat stellen zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen en te participeren in de samenleving. In de recente lange termijn beleidsnota van de gemeente Den Haag 'Aandacht voor Elkaar' staat hoe Den Haag dit gaat verwezenlijken (2).

Voor het decembernummer van 2006 van dit bulletin hebben wij vier functionarissen geïnterviewd over hun verwachtingen ten aanzien van de nieuwe wet. We spraken met een directeur en een bestuurder van thuiszorgorganisaties, de rayon manager van het centrale indicatieorgaan en een stedelijk coördinator steunpunten mantelzorg. Alle vier waren betrokken bij de veranderingen in de huishoudelijke hulp. Een jaar na invoering van de Wmo hebben we de organisaties opnieuw benaderd en gevraagd naar de ervaringen van het afgelopen jaar. Drie van de geïnterviewden van toen hebben een andere baan. Deze keer hebben we gesproken met Anneke Overvoorde, stedelijk coördinator steunpunten mantelzorg, onderdeel van de Stichting MantelZorg Den Haag, en met Johan Groen, regiodirecteur bij Florence en daar verantwoordelijk voor de Wmo in Den Haag. Albert van Winden, een van de twee directeuren van Meavita, en Pauline de la Court, rayonmanager Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ district Zuid/West) hebben we telefonisch geïnterviewd, evenals Tia Quaedvlieg, de afgelopen acht jaar voorzitter en sinds kort adviseur van de Cliëntenraad van Meavita Thuiszorg en -hulp, tevens actief lid van Zorgbelang Zuid-Holland West en Voor All.

Welke pluspunten ziet u, een jaar na de invoering van de Wmo?

Regiodirecteur Florence: De gemeente heeft gestimuleerd dat we met andere instellingen in gesprek gingen over allerlei thema's. Daardoor is bijvoorbeeld afstemming ontstaan tussen de verschillende soorten hulp van de welzijnsorganisaties en de thuiszorgorganisaties. Florence verzorgt nu dagopvang voor oudere buurtbewoners bij het wijk- en dienstencentrum De Regenvalk en geeft de mensen daar te eten, met hulp van de welzijnsorganisatie. Onder de bezoekers van dit wijk- en dienstencentrum bleek sprake van uitgesproken armoede. Ik merk wel dat het voor een welzijnsorganisatie nog een hele kluit is om zich als 'ondernemer' op te stellen. Dat zie je ook bij de

woningcorporaties, die zich vanuit de Wmo bezighouden met het speerpunt ouderenzorg. Vroeger was alles erg verstaard in clubjes met een enorme vergadercultuur. Nu zoeken we elkaar op omdat we iets met elkaar willen.

Coördinator steunpunten mantelzorg: Mede door de Wmo is er meer aandacht gekomen voor mantelzorg. Onlangs is het Haags MantelZorgakkoord gesloten tussen de Stichting MantelZorg Den Haag, acht zorgorganisaties en wethouder Van Alphen. Daarin staan concrete acties voor verbetering van de mantelzorg, zoals het instellen van een mantelzorgpas, een mantelzorgbrigade en een telefoonlijn waardoor de consulenten mantelzorg beter bereikbaar zijn. Met dit MantelZorgakkoord loopt Den Haag beslist voorop.

Over de auteurs:

Yvonne van Pareren is arts Maatschappij en Gezondheid, werkzaam als medisch adviseur Volksgezondheid bij de GGD Den Haag; Wicky van Rijssel is redactiesecretaris en eindredacteur van het Epidemiologisch Bulletin.

Adviseur Cliëntenraad/Lid Zorgbelang: Voor het eerst is er sprake van een wet die niet uitgaat van het aanbod maar van de vraag: 'wat heb je nodig om je huishouden net zo te doen als vroeger?'. Het is een omslag van collectieve voorzieningen naar individueel maatwerk. Vroeger kon de indicatiesteller zeggen 'laat maar eten komen van Tafeltje-dek-je', in plaats van de keuken aan te laten passen. Nu heeft de indicator van de gemeente een motiveringsplicht als hij die aangepaste keuken niet wil toewijzen. Dat geeft de burger/klant meer houvast. Voor de klant maakt het namelijk veel uit of hij al dan niet zelf kan bepalen wat er in zijn dagelijks leven gebeurt.

Door de Wmo praten de belangenorganisaties en cliëntenraden nu met de indicatiestellers en beleidsambtenaren van de gemeente over het aanbod. En dat gaat om concrete zaken, zoals kan de huishoudelijke hulp voor deze klant boodschappen doen of moet de klant een beroep doen op de boodschappen-begeleidingsdienst? Het klachtrecht van de klanten is ook beter geregeld. In de contracten met de zorgaanbieders heeft de gemeente een eisenpakket verwerkt dat ons houvast biedt.

Rayonmanager CIZ: De gemeente is nu verantwoordelijk voor het inzetten van huishoudelijke hulp vanuit de Wmo. Iedere gemeente heeft hiervoor partijen (thuiszorgorganisaties) gecontracteerd. Vooral nog is er geen sprake van een zogenaamde 'overloop' van de ene zorgvraag naar de andere (de AWBZ-zorg).

Directeur Meavita: Ik ben beduidend minder enthousiast dan mijn voorganger destijds (3). Alleen de medewerkers en de klanten zijn hetzelfde gebleven, maar verder is alles veranderd. Meavita heeft als een van de elf thuiszorgorganisaties in Den Haag de aanbesteding 'overleefd'.

En waar zijn er problemen ontstaan?

Coördinator steunpunten mantelzorg:

Huishoudelijke verzorging kan op twee manieren worden geïndiceerd: in de vorm van 'alleen poetsen' (HV1) of 'poetsen plus ondersteunende zorg' (HV2). Het blijkt dat er het afgelopen jaar veel meer 'poetsen' is voorgeschreven en minder HV2. De verhouding tussen die twee functies is zelfs

omgedraaid, van ongeveer 20% HV1 en 80% HV2, naar 80% HV1 en 20% HV2. Dat is ongunstig voor de mantelzorgers, want die hebben vooral behoefte aan ondersteuning bij hun verzorgende taak. Nu wordt vaak gekeken naar wie er thuis even extra kan inspringen, in plaats van HV2 toe te wijzen. Het lijkt erop dat de HV2 wordt afgeknepen.

Zoals ik in het interview vorig jaar al vreesde, wordt bij de indicering de mantelzorg vaak als 'gebruikelijke voorziening' gezien, terwijl die toch afhankelijk is van de goede wil en bereidheid in iemands omgeving. Onze consultants moeten regelmatig met de indicatiestellers, zowel van het CIZ als van de Gemeente Den Haag, in debat om een indicatie te wijzigen. Soms lukt het een consultant mantelzorg om een indicatietoewijzing te veranderen. Zoals in het geval van een man die voor zijn terminaal zieke vrouw zorgde en daar overspannen van werd. Hij had niets aan poetszorg maar moest worden ondersteund bij de verzorging van zijn vrouw.

Onderdeel van het MantelZorgakkoord is ook een training voor de indicatiestellers om hier meer feeling mee te krijgen. De procedure van indicatiestelling verloopt nog steeds te traag en te vaak via een telefoongesprek. De zorgbehoefte kan dan niet echt goed beoordeeld worden, lijkt mij.

Regiodirecteur Florence: Er was sprake van wantrouwen naar de zorgaanbieders: al die HV2 hulp, is dat wel nodig? En dat merken we nu. De klanten van voor de invoering van de Wmo houden hun indicatie (red.: en hun uitvoerder), maar de meeste nieuwe klanten worden nu geïndiceerd voor HV1. Willen we het als thuiszorgorganisatie kunnen volhouden dan moeten wij een klantenmix hebben van HV1 en HV2. Onze huidige hulpen werken nog voor de oude klanten, de nieuwe klanten komen op een wachtlijst. Voor hen moeten we op zoek naar alfahulpen¹. Die werken goedkoper. Het inzetten van alfahulpen vraagt echter een heel ander gedrag van de cliënten. Bij een alfahulp moeten de cliënten meer zelf regelen en afspreken. Ook als ze klachten hebben moeten ze die zelf bespreken met hun hulp. Het streven van de Wmo is immers mensen meer zelfredzaam te maken. Maar helaas gaat dat bij sommigen niet. Ondertussen blijven de klanten ons bellen met allerlei vragen.

De administratieve lastenverzwaring voor de thuis-

¹ Een alfahulp werkt als freelancer. Hij of zij sluit een contract af met de zorgvrager en deze betaalt hem of haar rechtstreeks. De thuiszorgorganisatie bemiddelt tussen de zorgvrager en de alfahulp. Sociale verzekeringen, zoals pensioen, WW en AOW, moet de freelancer zelf betalen.

zorg die mijn voorganger voorspelde, is er beslist gekomen. We moeten naar alle gemeentes offertes uitbrengen. En door de verschillende factureringssystemen moeten we voor vijf gemeentes op een andere manier de gegevens aanleveren. De terminologie is anders, de prijzen ook, het is een ongeorganiseerde bende.

De verwarring bij de klanten die werd voorspeld, is er ook gekomen. Er is wel een loket voor de Wmo bijgekomen, maar het hele proces van hulp aanvragen is zo ingewikkeld geworden, dat mensen hier bij ons naar binnen lopen met de vraag daarbij te helpen. Bijna niemand vraagt zelfstandig een indicatie aan. Dat doen de zorgorganisaties.

Concluderend kun je stellen dat voor de medewerkers in de huishoudelijke verzorging de invoering van de Wmo een ramp is. Voor het middenmanagement betekent het meer administratieve rompslomp. En voor de manager is het een uitdaging. Als eindoordeel: het is er in de uitvoering niet beter op geworden. Feitelijk zijn de zorgaanbieders tot nu toe bezig alle problemen op te lossen. Je wilt toch goed voor de mensen zorgen, dat zit in de aard van het bedrijf. Zo zorgen we er wel voor dat de wethouder geen probleem heeft. Je kunt ook stellen dat het uitvoeren van de Wmo een 'hardere' houding vergt, die wij nog niet in huis hebben.

Directeur Meavita: Ons personeelsbestand past niet bij de ommekeer die in de toewijzing heeft plaatsgevonden. Wij hebben vooral mensen in dienst die meer kunnen dan alleen schoonmaken, die ook praten met de cliënten en helpen met het regelen van allerlei zaken, zodat de mensen zo lang mogelijk in hun eigen huis kunnen blijven wonen. Voor alleen schoonmaken (HV1) betaalt de gemeente 7 euro per uur minder dan voor HV2. Hiervoor kun je moeilijker mensen krijgen. Waarschijnlijk zullen veel mensen die we inzetten nog steeds proberen om meer te bieden dan alleen poetsen, maar daar worden ze dus niet meer voor betaald. Zeker weten doe ik dat niet, want we hebben er niet echt zicht op.

Alfahulpen zijn enerzijds mantelzorgers die op die manier iets betaald krijgen. Anderzijds zijn het jongeren, veel studenten (11% jongens) die zo wat zakgeld bijverdienen. Omdat alfahulpen maar maximaal negen uur per week mogen worden ingezet, krijgen de klanten meer alfahulpen over de vloer en wellicht niet iedere week dezelfde hulp. Dat gebrek aan continuïteit doet de kwaliteit van de hulp over het algemeen geen goed.

Een alfahulp is in dienst bij de klant, niet bij de thuis-

zorgorganisatie. De organisatie bemiddelt alleen tussen de klant en de alfahulp. Daardoor zijn we voor de feedback aangewezen op klachten van klanten en op ons klanttevredenheidsonderzoek. Maar dat vervangt niet het functioneringsgesprek met een werknemer die je in dienst hebt. Wij kunnen geen begeleiding en scholing bieden en hebben weinig zicht op de kwaliteit van wat ze doen. Uit de klanttevredenheidsonderzoeken komt weliswaar naar voren dat de klanten overwegend tevreden zijn, maar we weten ook dat de mensen vaak al blij zijn dat ze hulp krijgen. Dan komen ze niet gauw met klachten. Ons streven is de mensen zo lang mogelijk in staat te stellen zelfstandig te blijven wonen. Als dat door een tekort aan hulp niet meer lukt, moeten er toch meer mensen naar een verzorgingshuis. Dat is uiteraard veel duurder, maar valt nog wél onder de AWBZ. Vooralsnog hebben we als organisatie de kostprijs aangepakt. Doordat Meavita bestaat uit vier werkmatschappijen -in Den Haag, Utrecht, Groningen en de Achterhoek- kunnen we de kosten van kantoor en overhead zo laag mogelijk houden door uniformering van de werkprocessen in die vier onderdelen. Zo blijft er meer over voor de eigenlijke dienstverlening. Daar hebben we het tot nu toe mee gered, maar met die veranderde indicatiestelling en de daling van het uurtarief voorzie ik ernstige problemen.

Adviseur Cliëntenraad/Lid Zorgbelang: De invoering van de Wmo is bijzonder snel gegaan. De voordelen zijn nog niet gerealiseerd en nu, na een jaar, zijn vooral de problemen in de uitvoering naar voren gekomen. De gemeentelijke loketten in de wijkcentra bijvoorbeeld, functioneren nog niet goed. Wij hebben zorgen om de kwaliteit van de medewerkers en de kwaliteit van de informatievoorziening. Er zijn te weinig folders en het digitaal opzoeken is vooralsnog klantvriendelijk. We hebben ook bezwaren tegen het telefonisch indiceren, dat veel wordt gedaan. Dat is te oppervlakkig, de indicatiestellers moeten vaker op huisbezoek. De Cliëntenraad van Meavita heeft de gemeente aanbevolen om de mensen van tevoren de vragen toe te sturen, zodat ze in ieder geval zijn voorbereid op zo'n telefoongesprek. De situatie is ingewikkelder geworden doordat 450 gemeenten de Wmo op eigen manier mogen invullen. Dat geeft onrust onder de mensen. Die willen vooral weten of ze dezelfde huishoudelijke hulp houden en hetzelfde aantal uren.

Rayonmanager CIZ: De Wmo bemoeilijkt integraal indiceren. Dat vraagt om een goede interne samenwerking en een goede samenwerking met externe partijen (gemeenten, zorgaanbieders).

Wat verwacht u voor ontwikkelingen in de nabije toekomst?

Coördinator steunpunten mantelzorg: Ik ben heel benieuwd of alle verbeterpunten uit het Haags MantelZorgakkoord ook worden gerealiseerd. Door de Wmo-gelden die worden overgeheveld uit de AWBZ hebben de gemeenten wel wat meer armslag. In 2008 zal ook in het stadsdeel Leidschenveen/-Ypenburg een steunpunt mantelzorg worden opgezet dat vanuit Wmo-geld wordt gefinancierd. Dan is er in ieder stadsdeel in Den Haag een steunpunt voor de mantelzorgondersteuning.

Zelf zijn we bezig met een verbreding van onze doelgroep. Enerzijds richten we ons op jongere mantelzorgers, want uit landelijk onderzoek blijkt dat één op de tien leerlingen in het voortgezet onderwijs voor een chronisch zieke of verslaafde ouder zorgt. Anderszijds combineert 43% van de bevolking in de leeftijdscategorie van 45 en 55 jaar arbeid met het zorgen voor een dierbare naaste. Ook zij moeten weten dat er steunpunten mantelzorg zijn, waar ze hun problemen kunnen voorleggen.

Daarnaast proberen we aansluiting te vinden bij allochtone mantelzorgers, via de allochtone organisaties. Daartoe hebben we contacten gelegd met het STIOM², die het project 'Nieuwe Sporen' onder haar hoede heeft. Op stadsdeelniveau proberen onze consultants allochtone mantelzorgers te bereiken door bijvoorbeeld een presentatie te geven tijdens Nederlandse taallessen voor Marokkaanse vrouwen.

Verder dreigt binnenkort de functie ondersteunende begeleiding (OB) in de thuissituatie deels bij de gemeenten te worden neergelegd, zonder extra geld. Mantelzorgers hebben deze AWBZ-zorg hard nodig. OB houdt bijvoorbeeld in dat een professional inspringt als de mantelzorger er even tussenuit moet. Een echte respijtvoorziening. De vraag is hoe de gemeente hierin gaat voorzien.

Adviseur Cliëntenraad/Lid Zorgbelang: Ik ben redelijk positief gestemd. Als patiëntenorganisaties hebben we jaren gelobbyed voor een betere wettelijke

regeling van de zorg. De oude situatie was ondoorzichtig en bevoogdend. De Wmo moet daar verandering in brengen. De uitvoering van zo'n nieuwe wet is een proces, dat nog aan alle kanten moet worden bijgestuurd, dat gaat nog veel energie kosten. Maar de wet biedt een hoop kansen voor een goede invulling, zodat de geboden hulp ook voldoet aan de wensen van de mensen. Als belangenbehartigers en als klant worden we nu serieuzer genomen dan in de oude situatie.

Ik ben wel bezorgd over de komende bezuiniging op de OB, want die raakt vooral de meest kwetsbare groep, de mensen met psychosociale problemen. Ook ben ik bezorgd over de samenhang en afstemming tussen AWBZ en Wmo. Er is sprake van een grijs gebied, waarin met dingen wordt geschoven. Wie bewaakt die afstemming?

Rayonmanager CIZ: In de loop van de tijd is duidelijk geworden dat er enige overlap is ontstaan tussen de AWBZ en verschillende welzijnsactiviteiten. Een voorbeeld is de ondersteunende begeleiding, die is gericht op het behoud of bevorderen van de zelfredzaamheid van een cliënt. Besloten is nu dat OB op somatische grondslag verdwijnt als AWBZ-indicatie. Het gaat om cliënten die vanwege lichamelijke gezondheidsproblemen niet of verminderd in staat zijn hun huishouden te regelen. Daarnaast kan het gaan om begeleiding die moet voorkomen dat een cliënt thuis vereenzaamt omdat hij niet zelfstandig aan het sociale leven kan deelnemen. Het ministerie van VWS beschouwt het verdwijnen van deze AWBZ-indicatie niet als een bezuiningsactie maar als een verschuiving van verantwoordelijkheden, in dit geval naar de Wmo.

Regiodirecteur Florence: Wij hebben de Wmo omarmd in de hele breedte. We doen mee op acht prestatievelden. Zo onderzoeken we op dit moment de mogelijkheden voor opvang van dak- en thuislozen in onze verzorgingstehuizen. We onderzoeken welke en hoeveel daklozen hiervoor in aanmerking komen. Ook zijn we bezig met een begeleidingspakket voor een instelling in de stad voor opvang van psychiatrische patiënten. Voor hen proberen we een pakket te maken van huishoudelijke hulp, financiële begeleiding door het maatschappelijk werk, en psychische begeleiding. Sommige onderdelen kun je uit de Wmo betalen, sommige uit de AWBZ. Over de indicering

² Stichting ter ondersteuning van de gezondheidszorg en maatschappelijk dienstverlening Den Haag.

moet je dan apart gaan praten. Uiteindelijk kan er vaak veel, het kost alleen wel erg veel tijd. Verder kijken we wat we nog meer kunnen doen voor mantelzorgers. Wij willen bijvoorbeeld een aparte opvang opzetten. Mensen kunnen hun familielid dan hier brengen voor een paar uur, zonder dat ze van tevoren allerlei afspraken hoeven te maken. Het tweede is een soort buddysysteem voor mantelzorgers, waarbij een mantelzorger een vaste vrijwilliger krijgt uit dezelfde wijk. De vrijwilligers van Florence werken via een diensten-voor-dienstensysteem. Zij kunnen gebruik maken van onze faciliteiten in hun wijk - bijvoorbeeld van onze acht jeu de boulesbanen - in ruil voor af en toe een klusje. Mensen krijgen zo een relatie met je en dan kun je ze aan een 'maatje' koppelen. Door de Wmo zijn we nog meer wijkgericht gaan werken. De wijk is nu het werkterrein en wij zijn daar ondernemer. We zijn ook een wijkgerichte werving gestart voor alfahulpen, waarbij we de hulpen toch het gevoel geven 'bij een bepaald huis te horen'. Verder proberen we HBO-studenten te interesseren. De alfahulpen krijgen instructie over hoe zij goed kunnen schoonmaken. Onze klanten vinden dat belangrijk. Zo kun je van alles bedenken, maar voor ons blijft het belangrijk een goede klantenmix te hebben en niet alleen maar schoonmaakklanten.

Directeur Meavita: We zijn bezig met een nieuw businessplan. Voor december willen we vaststellen hoe alles nog goedkoper kan. Een belangrijk punt blijft de indicatiestelling door de gemeente. Tot nu toe zijn we bij iedere individuele indicatie die volgens ons niet afdoende was, de discussie aangegaan met de indicatiesteller. De gemeente blijkt daarvoor wel toegankelijk. Onlangs is besloten dat iedereen die per 1 januari 2008 ouder is dan 75 jaar, zijn HV2 behoudt. Dat geeft mij wel weer het vertrouwen dat de ambtenaren oog en oor hebben voor onze klachten.

De huidige aanbesteding geldt voor twee jaar. Dan wordt er uitgebreid geëvalueerd. Zo gaan die dingen natuurlijk ook: een nieuw systeem ontwikkelt zich gaandeweg. Voorlopig kunnen de thuiszorgorganisaties alleen maar hopen dat ze tot die tijd overleven.

Literatuur:

1. Beleidsplan Wmo 2007 Den Haag. Vastgesteld door de gemeenteraad op 14 september 2006.
2. Aandacht voor Elkaar: Meerjaren beleidsplan 2007-2010. Gemeente Den Haag. Vastgesteld door de gemeenteraad op 29 november 2007.
3. De Wmo in de praktijk. Epidemiologisch Bulletin 2006, 41 (4):24-27.

'Niemand is zonder hulp komen te zitten, zelfs niet tijdelijk'

Naar aanleiding van de bovenstaande bevindingen hebben we de Haagse wethouder Volksgezondheid, Bert van Alphen, een aantal vragen voorgelegd.

In hoeverre zijn uw verwachtingen uitgekomen ten aanzien van de invoering van de Wmo in Den Haag?

Ik ben tevreden over de invoering van de Wmo tot nu toe. Vooraf heb ik gesteld dat in 2007 twee zaken voor mij van belang waren: voor de klanten van de Huis-houdelijke Verzorging een soepele overgang van het oude naar het nieuwe systeem, en een breed draagvlak voor het gemeentelijk meerjarenbeleid voor de Wmo. Het eerste is in ieder geval goed gelukt: niemand is zonder hulp komen te zitten, zelfs niet tijdelijk. En door onze wijze van aanbesteden heeft meer dan 90 procent van de mensen - als ze dat wilden - kunnen kiezen voor de eigen vertrouwde zorgaanbieder. Voor de aanbesteding hebben we de nodige tijd genomen, voor grondige politieke besluitvorming vooraf en een correcte uitvoering van het proces van gunning. Deze

combinatie betekende wel dat de aanbesteding onmogelijk voor 1 januari 2007 afgerond kon zijn. Daarom hadden we tijdig met de bestaande aanbieders overgangscontracten afgesloten.

Ook over hoe we het Meerjarenbeleidsplan 2007-2010 hebben ontwikkeld ben ik zeer te spreken. Er zijn heel wat werkbesprekingen met de raadscommissie aan vooraf gegaan, en een brede raadpleging met het veld. Eind 2006 hebben we de eerste concepten van ons nieuwe meerjarenbeleid gepresenteerd, tijdens dertien sessies in de stad met burgers, cliëntenorganisaties en professionele instellingen, met een afsluitende conferentie in maart 2007. Dat heeft halverwege het jaar een conceptplan opgeleverd, dat na de formele inspraak en de discussies met de raadscommissie nogmaals is

bijgesteld. Ik vind dat belangrijk, omdat onderdeel van de Wmo-filosofie is dat de gemeente goed naar de burgers luistert, en dat ook meer partijen dan de gemeente hun verantwoordelijkheid moeten nemen, ook de individuele burger. Dan kun je als gemeente niet vanuit een ivoren toren het beleid dicteren; en moet je de voorzieningen samen met anderen inrichten.

De uitvoering van het Meerjarenplan is natuurlijk al wel gestart. Bijvoorbeeld de loketontwikkeling op stadsdeel- en wijkniveau, het integraal kijken naar de vragen van de klant en achter het loket het op elkaar afstemmen van de verschillende soorten dienstverlening. Op die punten moet de komende jaren nog veel gebeuren, maar de manier waarop dienstonderdelen van de gemeente en de instellingen in de stad elkaar dit jaar steeds meer hebben gevonden, geeft mij vertrouwen in de toekomst.

De bestuurder van Florence geeft aan dat instellingen nu op andere gronden de samenwerking opzoeken. Herkent u dit uit uw eigen gesprekken met uitvoerders?

Ja, maar er valt nog veel te verbeteren. Ik zie op meerdere plekken dat welzijns- en zorginstellingen elkaar vinden in een gezamenlijke aanpak en visie op de cliënt. Dat is een goede ontwikkeling, die we actief zullen stimuleren.

Maar op sommige punten zie ik ook dat de zorginstellingen elkaar juist minder opzoeken. Dat is wel logisch gezien de marktwerking in de zorg en dus onderlinge concurrentie tussen de aanbieders, maar men zou elkaar meer moeten vinden om samen bepaalde voorzieningen in stand te houden die onder druk staan. Bijvoorbeeld: de alarmering en de nacht- en weekend-zorg-op-afroep. Dat zijn dure voorzieningen, waarvan het vrijwel onmogelijk is om ze op meerdere plekken, door meerdere organisaties, vaak in overlappende gebieden, kostendekkend uit te voeren. Tot nu toe worden de tekorten deels uit de algehele exploitatie gedekt, maar in de diverse budgetten zit door de bezuinigingen in de AWBZ steeds minder ruimte.

Wat verwacht u van uitvoerders bij de veranderde vorm van indicatie? Hoe dienen de genoemde knelpunten betreffende HV1 en HV2 te worden opgelost?

Met de uitvoerders is afgesproken dat zij leveren wat geïndiceerd is, niet meer en niet minder. Als zich daarbij problemen voordoen, met name in de capaciteit, informeren zij ons daarover.

Een oplossing voor de knelpunten heb ik niet zomaar. Je ziet in het hele land dat de verschuiving binnen de 'mix HV1 - HV2' iedereen heeft verrast in omvang en snelheid. De personeelsmarkt (voor de alfa-hulpen) is kennelijk te beperkt om dat te kunnen opvangen en de instellingen zien zich vrij plotseling geplaagd voor exploitatieproblemen. Wij zijn wel in gesprek met de instellingen of wij mensen zonder werk, die niet aan de slag kunnen door onvoldoende opleiding, kunnen toeleiden naar met name de eenvoudige zorgfuncties, door middel van scholing en extra begeleiding. Verder is in Den Haag de overgang naar de nieuwe situatie geleidelijk gegaan, doordat wij in de eerste plaats tot oktober 2007 de instellingen nog op de oude (AWBZ) voet hebben betaald; het lagere tarief geldt pas vanaf oktober. De gemeente heeft de instellingen op dezelfde manier betaald als het zorgkantoor doet, namelijk met periodieke voorschotten op basis van een overeengekomen (jaar)-budget. Dit budget is bepaald op historische grondslag conform de opgaven van ministerie en zorgkantoor. Het had daarmee hetzelfde volume als in eerdere jaren onder de AWBZ.

Ten tweede gaat een eventuele overgang van bestaande cliënten naar een lichtere vorm van hulp geleidelijk: de beoordeling van de beperking van een cliënt en de daarbij behorende omvang van de HV vindt voor de overgangsklanten (met een AWBZ-indicatie die de komende tijd nog geldig zou zijn geweest) gefaseerd plaats tot en met 2008. Van mensen van 75 jaar en ouder hebben we de indicatie administratief omgezet. Voor hen zijn het soort verzorging en het aantal uren gelijk gebleven aan die van de AWBZ. Daardoor vindt een eventuele wijziging van de huishoudelijke verzorging bij de individuele cliënten geleidelijk plaats. Hetzelfde geldt voor de daarmee samenhangende omzetsdaling voor de instellingen.

Daar kan dus niet de oorzaak liggen van de acute problemen.

Sommige instellingen hebben niet voldoende geanticipeerd op de veranderingen. De hoogte van het tarief was al bij de inschrijving bekend en de instellingen hebben daarop geoffreerd.

Overigens hebben we de instellingen al in 2005 geïnformeerd dat de gemeente Den Haag naar verwachting aanzienlijk minder geld voor de Wmo zou krijgen dan in de jaren onder de AWBZ. Bij de verdeling van het macro-budget Wmo is Den Haag een zgn. nadeelgemeente. Op basis van de toen bekende gegevens werd op een budget van 40 miljoen

een daling van 5,5 á 6 miljoen verwacht. Ook wisten de instellingen al langer dat de belangrijkste oorzaak van die verwachte daling was dat er onder de AWBZ in de Haagse regio meer aan HV werd uitgegeven dan het landelijk gemiddelde, doordat er in deze regio relatief veel meer HV2 werd geleverd door de instellingen, resp. was ingekocht door het zorgkantoor. De indicatie is daarbij niet altijd maatgevend geweest. In het objectieve verdeelmodel van het rijk is daarmee geen rekening gehouden.

Wat vindt u van de uitspraak van de rayonmanager CIZ dat het niet langer mogelijk is om integraal te indiceren?

Zelf vind ik deze scheiding ook nadelig voor de samenhang in het aanbod; het komt de duidelijkheid en eenduidigheid voor de klant niet ten goede. Dat komt echter niet alleen door de invoering van de Wmo. Al in een eerder stadium heeft het Rijk de indicaties voor de AWBZ bij de gemeenten weggehaald, terwijl wij in Den Haag juist goed op weg waren naar het in elkaar schuiven van de indicatiestelling voor de AWBZ en voor de Voorzieningen Gehandicapten. De reden was dat het Rijk zelf 'aan de kraan' wilde zitten van het AWBZ-budget. Integraal indiceren voor AWBZ-voorzieningen en Voorzieningen Gehandicapten was dus daardoor al eerder niet goed meer mogelijk.

Door de overheveling van de huishoudelijke verzorging van de AWBZ naar de Wmo heeft men vervolgens één van de schotten verplaatst, niet verwijderd. Een deel van de oplossing ligt in de afspraken die wij met het CIZ hebben voor de mensen bij wie er sprake is van een meervoudige indicatie (voor AWBZ- en Wmo-functies.)

Met de Wmo zien wij nu wel goede kansen om op andere aspecten integraal te kijken naar de klant die zorg nodig heeft en bijvoorbeeld schulden heeft gemaakt; of misschien eenzaam is of kampt met een verslaving. Wij zien veel mensen met meerdere problemen, bij onze loketten en bij het vervolgonderzoek kan heel goed worden gekeken naar de relatie tussen die problemen. Vergeet daarbij niet dat de gemeente veel voorzieningen op het terrein van bijvoorbeeld inkomen, opvoeding of welzijn zelf biedt of daarvoor verantwoordelijk is. Daardoor kunnen wij een samenhangend pakket van voorzieningen regelen.

Op welke wijze zal de gemeente Den Haag in respijtzorg gaan voorzien?

Respijtzorg is een zaak voor meerdere partijen. De basis ervan ligt in de AWBZ. Daar is geregeld dat een mantelzorger op gezette tijden ontlast kan worden: de zorg wordt dan door professionele zorgverleners overgenomen. Iemand die bijvoorbeeld in huis een gehandicapt kind of een bedlegerige partner verzorgt, kan dan op vakantie gaan, doordat de patiënt gaat logeren in een verpleeghuis. Of iemand die dementeert gaat per week enkele dagdelen naar de dagopvang. Dat is niet alleen goed voor de cliënt, omdat die dan weer eens wat andere stimuli krijgt, het is ook goed voor de partner die even kan gaan winkelen of sporten en zo weer aan zichzelf toekomt. Er zijn ook 'lichtere' vormen van steun mogelijk, zoals een oppascentrale of andere vormen waarbij zorgvrijwilligers de mantelzorger ontlasten. Het welzijnswerk wordt zeker gestimuleerd om dit verder te ontwikkelen. Op dit terrein moet nog het nodige worden gedaan: ik hoor nog te vaak dat mantelzorgers de bestaande mogelijkheden niet eens kennen, niet weten waar ze voor informatie, ondersteuning en advies naar toe kunnen. De acht mantelzorgsteunpunten in Den Haag vervullen daarin een steeds belangrijkere rol.

Ter aanvulling, welke ontwikkelingen verwacht u in de toekomst op het gebied van de Wmo?

Ik verwacht zeker dat op termijn vanuit de AWBZ de niet strikt medische zorg naar de gemeente zal komen. Ik denk dat dat op zich goed is, omdat het regelen van die zorg, ook in relatie tot de voorzieningen van wonen en welzijn, lokaal heel goed mogelijk is. We kunnen de situatie van de cliënt integraal beoordelen en de voorzieningen in onderlinge samenhang regelen. Bovendien heeft de gemeente al een rol in de openbare gezondheidszorg en de jeugdzorg, en is zij ook in het kader van de Wmo al verantwoordelijk voor de openbare geestelijke gezondheidszorg en de ambulante verslavingszorg. Mijn zorg is wel of bij deze toekomstige overheveling van taken ook voldoende budget mee zal komen.

Ik herken de zorg die Zorgbelang uitspreekt over de gebrekkige aansluiting AWBZ-Wmo. Uit de diverse gesprekken met zorgaanbieders en ook uit eigen waarneming zijn bij de gemeente veel situaties bekend waar mensen tussen wal en schip raken door de diverse regelingen en de versnipperd aangeboden voorzieningen in de zorg, al vóór de komst van de Wmo. Daarom is in het Meerjarenbeleidsplan als

actiepunten opgenomen, dat de gemeente het initiatief zal nemen tot een afstemmingsoverleg over de 'missers' in de zorgketen. Dat plan is door het zorgveld met instemming begroet. De wil is er ook om samen de problemen aan te pakken.

De mogelijkheid bestaat zeker dat de AWBZ verdwijnt, of nog maar heel beperkt blijft bestaan. Het gedeelte dat niet naar de Wmo gaat, wordt dan waarschijnlijk onderdeel van het standaard Zorgverzekeringspakket. Op dit moment ontvangen veel cliënten zorg op basis van drie financiële systemen, waarvoor verzekeraars, het rijk en de gemeente verantwoordelijk zijn. De daarbij horende regelingen sluiten vaak niet aan door verschillen in toelatingseisen, eigen bijdrage etc. En de voorzieningen voor de cliënt worden in de uitvoering vaak niet goed afgestemd doordat bij verschillende aanbieders wordt

ingekocht, die vervolgens meer concurreren dan samenwerken.

Als de AWBZ straks niet meer bestaat, heeft dat als voordeel voor de cliënt dat er nog maar twee geldstromen zijn, en twee verantwoordelijke instanties: zijn verzekeringsmaatschappij en de gemeente. Nadeel is dan wel dat voor ons het zorgkantoor als lokale/regionale gesprekspartner verdwijnt. In de huidige situatie kunnen we in ieder geval lokaal onze beleidsmatige prioriteiten onderling afstemmen en samen heel concrete activiteiten als opvang en behandeling regelen, zoals gebeurt bij het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang of bij preventieve gezondheidsprogramma's. Straks hebben we te maken met meerdere, misschien zelfs vele verzekeraars, die geen lokale binding meer hebben en onderdeel zijn van commercieel opererende conglomeraten.

Preventie van vrouwelijke genitale verminking

Hoe gaat dat in Den Haag?

H. Brits en J. Jansen

Volgens een peiling van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg worden er binnen de Nederlandse grenzen jaarlijks ten minste vijftig meisjes besneden. Vrouwelijke genitale verminking wordt in Nederland gezien als een vorm van kindermishandeling, verboden bij de wet. Om dit gebruik te bestrijden verwacht het kabinet echter meer van preventie dan van de weg van het strafrecht. Daarom wil het kabinet dat in de zes grote steden in Nederland preventieprojecten van de grond komen, die deze complexe problematiek gaan aanpakken. Ter voorbereiding hiervan zijn het afgelopen jaar preventiepilots gestart. Onderstaand artikel bericht over wat er in het eerste jaar van het Haagse pilotproject is gedaan.

Inleiding

Vrouwelijke genitale verminking of meisjesbesnijdenis is de afgelopen jaren het onderwerp geweest van menig onderzoek. Daarbij is duidelijk geworden, dat het gebruik stevig verankerd is in de cultuur van diverse in Nederland gevestigde migrantengroeperingen. Bedoeld zijn hier vooral de culturen van migranten uit Somalië, Ethiopië, Egypte, Soedan, Kenia, Mali, Ghana, Sierra Leone, Guinee en Nigeria. In Nederland wordt vrouwelijke genitale verminking gezien als een vorm van kindermishandeling, die bij wet is verboden. Maar in de genoemde Afrikaanse culturen voldoet het besnijden van meisjes aan waarden en normen met betrekking tot kuisheid, maagdelijkheid, schoonheid en reinheid. Wie zich aan deze collectieve waarden en normen onttrekt, plaatst zich buiten de gemeenschap. Het draagvlak voor de besnijdenissen, zoals die worden uitgevoerd op meisjes uit migrantenfamilies uit de genoemde landen van herkomst, is gelegen in door deze families gekoesterde culturele opvattingen over seksualiteit en huwelijk. Het is buitengewoon moeilijk zulke culturele opvattingen te wijzigen en daarmee het draagvlak voor vrouwelijke genitale verminking te verkleinen.

Volgens een peiling van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg worden ook binnen de Nederlandse grenzen jaarlijks ten minste vijftig meisjes

besneden. Omdat er in Nederland 16000 meisjes wonen met ouders uit de risicolanden, waarvan 2000 in Den Haag, kan men met recht vermoeden, dat er jaarlijks zeker zes Haagse meisjes ergens binnen de Nederlandse grenzen worden besneden.

De aanpak van vrouwelijke genitale verminking in Nederland

Sinds 1993 is er een kabinetsstandpunt over vrouwelijke genitale verminking. In april 2004 werd in een breed debat in de Tweede Kamer gesproken over gezondheidsproblemen bij de jeugd. De rol van de Jeugdgezondheidszorg werd daarbij cruciaal genoemd, niet alleen voor preventie, maar ook voor het opsporen van strafbare feiten, zoals kindermishandeling (waaronder vrouwelijke genitale verminking). In het kader van deze discussie is een motie ingediend, waarin periodieke, verplichte controle wordt voorgesteld van meisjes uit bevolkingsgroepen waarin besnijdenis traditie is. Naar aanleiding van het debat in de Tweede Kamer heeft de toenmalige minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) gevraagd een bijzondere commissie in te stellen. Daarop is de adhoc commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking ingesteld om advies uit te brengen over de wijze waarop vrouwelijke genitale verminking in

Over de auteurs:

H. Brits, senior beleidsmedewerker volksgezondheid, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, gemeente Den Haag en J. Jansen, senior medewerker Gezondheidsbevordering, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, gemeente Den Haag.

ons land effectief kan worden bestreden. In maart 2005 heeft deze commissie haar advies uitgebracht aan het kabinet. Het kabinet nam het advies van de commissie grotendeels over. Grotendeels, want waar de commissie adviseerde meisjesbesnijdenis als gekwalificeerde vorm van mishandeling strafbaar te stellen, stelde het kabinet zich weinig voor bij de preventieve werking, die hiervan uit zal gaan. Het kabinet zocht de preventie via een andere weg en wilde hiervoor projecten van de grond brengen in zes grote steden: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht, Eindhoven en Tilburg. Elk van deze steden heeft subpopulaties van immigranten uit Afrikaanse landen waar meisjesbesnijdenis (VGV) tot het cultuurgood behoort. Vanuit het ministerie van VWS kreeg de gemeente Den Haag de vraag voorgelegd of Den Haag bereid was een preventiepijl op te starten. En zo is Den Haag, net als de andere vijf steden, begonnen met het opstellen van een plan van aanpak.

De aanpak van vrouwelijke genitale verminking in de gemeente Den Haag

Begin 2007 startte de gemeente Den Haag met de preventiepijl 'Vrouwelijke genitale verminking'. De piloot loopt tot december 2008. Medewerkers van de afdeling gezondheidsbevordering van de GGD namen de projectleiding op zich. De projectleidster is van Somalische afkomst. Het projectteam heeft zich voorzien van een klankbordgroep van deskundigen van binnen en buiten de gemeentelijke organisatie. De aanpak ging officieel van start met een conferentie. Hierbij waren veel vertegenwoordigers van de betrokken etnische groepen aanwezig, evenals vertegenwoordigers van ketenorganisaties die een rol kunnen spelen in de aanpak van meisjesbesnijdenis rondom de risicogroepen. Het project richt zich op de zes grootste doelgroepen binnen Den Haag, te weten meisjes uit Nigeria, Soedan, Somalië, Ethiopië, Ghana en Sierra Leone.

Het doel van het preventieproject is het signaleren en bespreekbaar maken van vrouwelijke genitale verminking. En bewustwording tot stand brengen van de gevolgen ervan.

Omdat het draagvlak voor meisjesbesnijdenis wordt gevormd door in de cultuur gewortelde opvattingen

Wat is vrouwelijke genitale verminking?

Vrouwelijke genitale verminking, meisjesbesnijdenis, is een ingreep aan de uitwendige geslachtsorganen.

Er zijn vier typen besnijdenis:

1. Infibulatie (faraonische besnijdenis): het geheel of gedeeltelijk verwijderen van clitoris en kleine schaamlippen. Na aaneenhechting van de resterende schaamlippen blijft een zeer kleine opening over voor urine en menstruatiedood. Van infibulatie zijn meerdere varianten mogelijk.
2. Excisie (clitoridectomie): het verwijderen van de clitoris met gedeeltelijke of volledige verwijdering van de kleine schaamlippen.
3. Circumcisie: het verwijderen van de voorhuid van de clitoris, met of zonder gedeeltelijke of volledige verwijdering van de clitoris.
4. Overige (meng)vormen zoals incisie (het aanbrengen van een prik of sneetje in de clitoris en/of schaamlippen met als doel enkele druppels bloed te laten vloeien), het aanbrengen van brandwonden, inbrengen van bijtende stoffen of kruiden in de vagina.

Besnijdenis vindt meestal plaats bij jonge meisjes, de exacte leeftijd verschilt per land. Bij Somalische meisjes ligt de leeftijd tussen de 6 en 10 jaar, in ieder geval voor de eerste menstruatie.

De ingreep vindt vaak plaats tijdens schoolvakanties, zodat de meisjes tijd hebben om te herstellen.

Mogelijke medische gevolgen na de ingreep zijn:

- menstruatiedochten en moeilijke en/of pijnlijke urinelozing
- urineweginfecties
- chronische pijn in de onderbuik
- chronische infecties
- onvruchtbaarheid door gynaecologische infectie
- littekenvorming
- verhoogde kans op hiv-infectie
- moeilijk inwendig onderzoek (uitstrijkje) en
- medisch ingrijpen om seksuele gemeenschap en bevalling mogelijk te maken

over over seksualiteit en huwelijk¹, kan het alleen verkleinen door verandering te brengen in die

¹ Pharos, landelijk kennis- en adviescentrum op het gebied van de gezondheid van vluchtelingen en nieuwkomers, noemt enkele van die wortels:

- Religieuze overtuiging
- Tegengaan van lustgevoelens bij meisjes
- Argumenten rond reinheid en schoonheid
- Trachten een goede ouder te zijn door via besnijdenis van de dochter haar huwbaar te maken en zo haar toekomst veilig te stellen
- Met het afzien van de besnijdenis van hun dochters moeten moeders onder ogen zien, dat de pijn en andere gevolgen die ze zelf hebben doorstaan, niet noodzakelijk en eigenlijk vermijdbaar waren.

opvattingen. Dat kan door meisjesbesnijdenis bespreekbaar te maken bij migranten uit de risicolanden. Met inschakeling van de eigen culturele en religieuze leiders en met gebruikmaking van gespreksgroepen gebeurt dit in een niet bedreigende sfeer. Ook zijn er sleutelpersonen uit de doelgroepen getraind om zelf voorlichting over meisjesbesnijdenis te verzorgen in hun achterban.

De sleutelfiguren zijn geselecteerd op basis van vooral twee criteria: ze moeten zelf tegenstander zijn van alle vormen van meisjesbesnijdenis en voor het contact met de GGD moeten ze het Nederlands of in elk geval het Engels goed beheersen.

Deze sleutelfiguren houden voorlichtingsbijeenkomsten, leggen contacten en gaan op huisbezoek. Ze informeren hun eigen achterban en lichten ze voor over het beleid in Nederland. Op basis van hun ervaringen in de voorlichtingssessies selecteren de sleutelpersonen de mensen bij wie ze aansluitend een huisbezoek gaan afleggen. Dat zijn met name de mensen bij wie de dreiging van besnijdenis van de dochters in het gezin naar de inschatting van de sleutelpersonen duidelijk aanwezig is. Inmiddels hebben alle doelgroepen hun eerste voorlichtingsbijeenkomsten achter de rug, en zijn de sleutelpersonen ook al een aantal keren op huisbezoek geweest.

Ook de mannen uit de doelgroepen worden betrokken bij het onderwerp vrouwelijke genitale verminking. Het Haagse projectteam organiseerde daartoe onder andere een zaalvoetbaltoernooi tussen teams uit de Somalische, Soedanese, Nigeriaanse, Ethiopische en Ghanese subpopulaties en teams uit de subpopulaties van Djiboeti en Burundi. Tijdens de prijsuitreiking was er gelegenheid voor discussie over meisjesbesnijdenis. Het werd een gedenkwaardige discussie. De mannen en jongens verklaarden zich weliswaar tegenstanders van meisjesbesnijdenis, maar hoe diep vervlochten zij zijn met hun cultuur bleek toen zij de vraag of zij zouden willen trouwen met een onbesneden vrouw, nadrukkelijk ontweken.

Naast voorlichting en huisbezoeken door sleutelfiguren en pogingen mannen in de discussie te betrekken, wordt er in het pilotproject samengewerkt met de ketenpartners, zoals de Jeugdgezondheidszorg

(JGZ), het Advies en Meldpunt Kindermishandeling, de Raad voor Kinderbescherming en verloskundigen. Medewerkers van de JGZ hebben een training gekregen in het gebruik van het door het projectteam opgestelde 'gespreksprotocol vrouwelijke genitale verminking'. Dit is een handleiding voor artsen en verpleegkundigen binnen de JGZ, om het onderwerp meisjesbesnijdenis ter sprake te brengen in contacten met ouders en familie van meisjes uit de risicolanden. De JGZ-medewerkers worden, evenals andere professionals en intermediairen, gecompenseerd voor de uren dat zij voorlichting geven over meisjesbesnijdenis. Voor lang niet alle steden is dat vanzelfsprekend. Om vroegsignalering, melding en afhandeling te verbeteren, is er vanuit het project contact gelegd met het Advies en Meldpunt Kindermishandeling en de Raad voor Kinderbescherming. Vrouwelijke genitale verminking valt juridisch onder kindermishandeling. Daarom zou het moeten worden opgenomen in het protocol kindermishandeling. Voor zowel de dochters als de moeders uit de doelgroepen organiseert het projectteam empowerment trainingen. Dit zijn trainingen waarin wordt geleerd om weerstand te bieden aan zware druk vanuit de omgeving (vanuit bijvoorbeeld familie, om meisjes te laten besnijden). De nadruk ligt op het trainen van de assertiviteit en op het leren maken van eigen keuzes.

In het komende, tweede projectjaar zal vooral aandacht worden besteed aan de voorlichting van en de contacten met de ketenpartners: Advies- en Meldpunt Kindermishandeling, politie, openbaar ministerie, Raad voor de Kinderbescherming en Bureau Jeugdzorg.

Juist omdat meisjesbesnijdenis zo stevig is geworteld in de cultuur van de risicolanden, is de verwachting gewettigd, dat het minstens één of meer generaties zal duren eer het onder deze migranten normaal is hun dochters niet langer te laten besnijden. Het zou mooi zijn, als het Haagse preventieproject eraan zou bijdragen dit proces ietwat te versnellen.

Meer informatie over de preventie-pilot 'Vrouwelijke genitale verminking' kan worden opgevraagd bij het projectteam. Het projectteam is te bereiken via het telefoonnummer: 070-3535255 en 3537857.

Weekjournaal van een SCEN-arts

W.J. Schudel

Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding zijn in Nederland mogelijk, mits de betrokken arts zorgvuldig handelt binnen het kader van de wet. Zo is de arts verplicht om vooraf een collega te consulteren en wordt zijn handelen achteraf nog eens getoetst door een regionale toetsingscommissie. Bij dit alles komt meer kijken dan algemeen bekend is, zo blijkt uit onderstaand artikel.

Een van de deelnemende artsen aan SCEN (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland) in de regio Den Haag hield voor het bulletin een weekjournaal bij.

Inleiding

De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding vereist dat een arts bij een euthanasieverzoek advies inwint van een andere, onafhankelijke collega. Mede daartoe heeft de artsenorganisatie KNMG ruim tien jaar geleden het initiatief genomen om artsen specifiek voor dit doel te trainen en te begeleiden. Dit initiatief kreeg de naam Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (kortweg SCEN) en omvat momenteel ruim 600 gecertificeerde artsen (ongeveer 500 huisartsen en 100 specialisten), die samen jaarlijks meer dan 2500 keer een consultvragende collega bijstaan in diens besluitvorming betreffende een vraag om euthanasie of hulp bij zelfdoding. In groot Den Haag betreft het zo'n 100 tot 125 gevallen per jaar. Alvorens als SCEN-arts te mogen optreden volgt men een training van driemaal een dag waarin alle juridische, medisch-ethische en medisch-inhoudelijke aspecten van het euthanasievraagstuk worden behandeld, mede aan de hand van casuïstiek. Ook wordt er geoefend met voorbeelden uit de consultatiepraktijk en met de verslaglegging. Pas daarna gaat de arts deel uitmaken van het SCEN-team in zijn of haar regio. De Haagse regio telt momenteel 24 SCEN-deelnemers onder wie 18 huisartsen.

Zondag

Aangezien morgenochtend mijn SCEN-dienst begint en de vorige keer al weer zo'n week of acht geleden is (we doen altijd dienst met z'n drieën), zoek ik mijn papieren bij elkaar en kijk ik op het schema met welke collegae ik ben opgesteld. Als een van de anderen buiten Den Haag woont (Rijswijk, Voorburg, Zoetermeer en Wassenaar behoren tot onze regio) heeft die wellicht een voorkeur voor een consultatie

bij hem of haar in de buurt. En aangezien ik deze week als 'nummer 1' op de lijst sta, komen alle telefoontjes bij mij en kan ik in zekere zin de taken verdelen. Omdat je nooit weet hoeveel verzoeken er zullen binnenkomen, maar je toch ten minste een gemiddelde van twee per week moet aanhouden, heb ik door de week heen tijd vrij gehouden in mijn agenda om een consultatie zo nodig helemaal te kunnen afwerken. Daar is doorgaans minstens vier uur mee gemoeid. Natuurlijk behoort euthanasie in principe geen haastklus te zijn; immers, de arts en zijn patiënt moeten er al veel langer over gesproken hebben, de arts moet zijn oordeel zorgvuldig hebben gevormd en de wens tot levensbeëindiging moet weloverwogen en duurzaam zijn. Toch is dat niet altijd mogelijk: zo herinner ik mij het geval van een patiënt met een uitgezaaide kanker en veel pijn, die desondanks zo lang mogelijk zijn onafhankelijkheid wilde behouden en euthanasie beschouwde als iets voor de verdere toekomst. Tot plotseling ten gevolge van een wervelfractuur een dwarslaesie dreigde en zijn behandelend huisarts hem dat nou juist wilde besparen. In zo'n geval doe je als SCEN-consulent er alles aan om de procedure binnen 48 uur af te ronden. Aan de andere kant komt het ook voor dat de behandelend arts zonder noodzaak onder tijdsdruk wordt gezet, als regel door de patiënt, maar soms zelfs door de familie. Als consulent heb je dan vooral de taak de behandelend arts te ondersteunen en te behoeden voor onnodige haast.

Maandag

In de loop van de morgen belt een van de twee dienstdoende collegae; hij verzoekt om zo mogelijk vroeg in de week gebeld te worden, aangezien hij vooral vrijdag een erg drukke dag heeft. Later op de

Over de auteur:

prof. dr. W.J. Schudel is emeritus hoogleraar klinische en sociale psychiatrie, Erasmus Universiteit Rotterdam, en tevens werkzaam bij de GGD Den Haag, afdeling Epidemiologie, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn.

dag wordt hij op zijn wenken bediend: er komt een consultatieverzoek binnen en bovendien uit zijn woongebied. Ik geef hem het telefoonnummer van de aanvrager door. Verder vandaag een telefonisch verzoek om informatie van een (jongere?) collega die vragen heeft over de SCEN-procedure maar nog geen actueel verzoek om hulp of advies. Ik geef hem naar ik hoop de informatie die hij nodig heeft.

Dinsdag

Vanmorgen het tweede consultverzoek van deze week: ik besluit deze vraag zelf op te pakken. Ik bel de aanvragend huisarts terug op zijn GSM.

Het blijkt te gaan om een man van in de zestig met een snel om zich heen grijpend recidief van darmkanker. Hij is enkele jaren geleden geopereerd en heeft nadien zowel bestralingen als chemotherapie gehad. Sinds kort heeft hij heftige buik- en botpijnen die nauwelijks reageren op pijnstillers, de huisarts vreest dat ook de morfine onvoldoende is. Al vroeg in zijn ziekte heeft hij met de huisarts over euthanasie gesproken en hij heeft al maanden geleden een wilsverklaring opgemaakt. De huisarts vraagt om een SCEN-consult, maar geeft tevens aan dat hij de patiënt nog niets heeft toegezegd, behalve dat er een onafhankelijk arts zal worden ingeschakeld. Ik spreek met de huisarts af dat ik morgen (woensdag) naar de praktijk kom voor een persoonlijk overleg, maar dat ik graag vandaag nog de ziektegeschiedenis en in het bijzonder de specialistenbrieven per fax wil ontvangen. Dat blijkt te lukken want 's avonds rolt een compleet overzicht inclusief de voorgeschreven medicatie uit mijn fax. Ik neem mij voor na het gesprek met de huisarts eventueel ook de behandelend specialist te bellen, vooral met het oog op de prognose ten aanzien van de levensverwachting. Vanavond ook nog een telefoontje van een andere collega bij wie ik twee maanden geleden een consultatie heb gedaan. Zij vertelt me dat de betreffende patiënt, nadat hij van haar (de huisarts) had gehoord dat de SCEN-arts na zijn consultatie geen beletselen zag voor euthanasie, zó opgelucht was dat hij het ondanks zijn pijn en zijn benauwdheid nog een paar weken heeft volgehouden en uiteindelijk met behulp van palliatieve sedatie is overleden. Elke SCEN-arts kent soortgelijke verhalen uit zijn/haar praktijk.

Woensdag

Vandaag geen nieuwe meldingen, het lijkt een relatief rustige week te worden. Begin van de middag tref ik de consultvragende huisarts na zijn spreekuur. Naar

aanleiding van de informatie die ik gisteren kreeg toegestuurd vraag ik hem nadere gegevens over de ziektegeschiedenis en zijn ervaringen met deze patiënt. Hoe lang is hij al in de praktijk, wat voor andere contacten zijn er geweest, hoe en wanneer heeft hij te horen gekregen dat hij kanker had, hoe heeft hij daarop gereageerd en sinds wanneer en hoe is euthanasie aan de orde gesteld. Vindt de huisarts dat de patiënt het verzoek tot levensbeëindiging weloverwogen en zonder druk van derden (familie) heeft gedaan? Zijn er enige twijfels omtrent de wilsbekwaamheid van de patiënt? Staat of stond de huisarts zelf onder druk om mee te werken of ervaart hij nog steeds de vrijheid om van euthanasie of hulp bij zelfdoding af te zien, mocht ik hem dat met klem adviseren? Als het tot levensbeëindiging komt, hebben de patiënt en hijzelf daar concrete ideeën over? Kiest de patiënt in dat geval voor een actieve rol, dat wil zeggen: hulp bij zelfdoding, of behoudt de dokter de regie over de uitvoering? Verder vraag ik hem nog of hij zich voldoende voorgelicht acht over de momenteel gangbare medicatie en toedieningsvormen in beide gevallen van levensbeëindiging. Tenslotte vraag ik hem de patiënt te willen berichten dat ik hem morgen of vrijdagochtend zal bezoeken maar dat ik eerst zal bellen voor een precieze afspraak. Aan het eind van ons gesprek laat ik een kopie van ons euthanatica-advies achter en ik zeg toe dat ik mijn SCEN-verslag, opgemaakt conform de actuele richtlijnen, zo mogelijk tijdens het weekend zal faxen en tegelijkertijd per post zal versturen. Ik bied hem aan nader met mij te overleggen als hij daar op enig moment behoefte aan heeft en zeg hem dat ik het op prijs stel als hij mij bij gelegenheid laat weten hoe het verder is gelopen.

Vanavond bel ik de patiënt en maak mede op diens verzoek een afspraak voor een bezoek thuis op vrijdagochtend.

Donderdag

Aan het eind van de morgen toch nog een nieuwe melding, die ik doorgeef aan de derde dienstdoende collega. Vanavond hebben wij het periodiek (vier maal per jaar) overleg van onze SCEN-regio. Ruim de helft van de collegae en onze coördinator/gespreksleider zijn aanwezig. Ook nu weer bestaat de hoofdmoot van ons samenzijn uit gevalbesprekingen: een vorm van intervisie waarin wij elkaars mening vragen over recent uitgevoerde SCEN-consulten met een meer dan gebruikelijke moeilijkheidsgraad. Elke keer blijkt hoe vaak hetzelfde soort problemen voorkomt: dwingerige patiënten of familieleden die vinden dat er

een recht bestaat op euthanasie, patiënten die al een datum van overlijden in gedachten hebben en daar niet van af willen wijken, behandelaars die in de loop van het ziekbed (en soms al eerder) zo dicht bij de patiënt zijn gekomen dat hun vrijheid van beslissen en handelen daardoor in het gedrang komt, en patiënten en artsen die zolang hebben gewacht met het vragen van een consultatie dat de patiënt inmiddels niet meer voldoende oordeelsbekwaam is. Elk van ons kent er voorbeelden van, die hebben geleid tot een afwijzend oordeel. Soms laten wij ook elkaar onze laatste SCEN-verslagen lezen om feedback te krijgen, en verder bespreken wij kritisch het laatste rondschrijven vanuit de KNMG en de opmerkingen vanuit de regionale toetsingscommissies euthanasie, die menen ook op ons werk te moeten toezien. Tot onze spijt moeten wij opnieuw constateren dat verzoeken om een SCEN-consultatie uit de ziekenhuizen en verpleeghuizen in de regio Haaglanden nog steeds een grote zeldzaamheid vormen, terwijl in dergelijke instellingen toch met grote regelmaat patiënten overlijden.

Vrijdag

In de loop van de morgen bezoek ik de patiënt thuis. Hij ligt in bed in de woonkamer, alleen zijn echtgenote is bij hem. De huisarts heeft hen goed geïnformeerd, beiden weten wat ik kom doen en ik kan eerst alleen met de patiënt praten. Hoewel hij er zwak en mager uit ziet en zacht spreekt, is hij uiterst coöperatief en mededeelzaam. Zonder aarzeling vertelt hij zijn ziektegeschiedenis en beschrijft vervolgens desgevraagd zijn levensloop in hoofdlijnen. Ook nu weer ben ik onder de indruk van de genuanceerde wijze waarop iemand onder deze

omstandigheden wil en kan vertellen over zijn beroep, gezinsleven en hobbies. Hij geeft aan dat hij door de jaren heen een uitstekend contact heeft met zijn huisarts en reeds geruime tijd geleden met hem het onderwerp euthanasie heeft aangesneden. Zijn vrouw en volwassen kinderen zijn van zijn wens om binnenkort te overlijden op de hoogte en respecteren zijn keuze. Hij toont mij zijn wilsverklaring en zegt daar nog altijd volledig achter te staan. Ik constateer voor mijzelf dat ik de patiënt oordeelsbekwaam acht en dat hij weliswaar verdrietig is maar geenszins depressief. Aan het eind van ons gesprek, waar zijn echtgenote inmiddels bij aanwezig is, bedank ik de patiënt voor zijn openhartigheid en vertel dat de huisarts binnen enkele dagen bericht van mij krijgt.

Hoewel ik weinig twijfel heb over de rechtvaardiging van euthanasie in deze casus, bel ik in de loop van de middag toch met de behandelend specialist. Die bevestigt dat alle curatieve behandelopties zijn uitgeput en dat palliatie de kwaliteit van leven nauwelijks meer kan bevorderen. Hij schat de huidige levensverwachting op enkele weken, misschien een maand.

Zaterdag

In de loop van de dag maak ik op de gebruikelijke wijze mijn SCEN-verslag, waarbij ik de gevoerde gesprekken nogmaals de revue laat passeren. Ik zie geen reden om de huisarts mijn steun te onthouden: hij heeft geheel overeenkomstig de richtlijnen gehandeld. Ik verstuur mijn verslag per fax en per post en berg een kopie ervan op, in het besef dat ook het verhaal van deze patiënt mij zal bijblijven. Over zeven weken mag ik weer.

korte berichten

Actueel

Lector Gezonde Stad

Per 1 februari is dr. J.J.M. ten Dam benoemd tot lector Gezonde Stad bij de Hogeschool Windesheim te Zwolle.

Het lectoraat Gezonde Stad is nieuw en heeft als doel het bestuderen en beïnvloeden van de factoren die in de stad van belang zijn voor een gezonde leefstijl. Ten Dams speciale aandacht gaat uit naar het aanjagen van kennisontwikkeling tussen instellingen in de stad voor zorg, sport, welzijn en onderwijs. Ten Dam werkt sinds 2000 bij het NIGZ en heeft ruime ervaring met de wijkgerichte aanpak van gezondheidsverschillen en het ontwikkelen van effectieve interventies en ketenbenadering voor een gezonde leefstijl.

In 2001 was Ten Dam oprichter van het Steunpunt Lokale Aanpak gezondheidsverschillen (SLAG) van het NIGZ. De werkwijze van SLAG was de opmaat voor het programma Lokaal Gezond (2005-2008), een convenant tussen de VNG, GGD Nederland en het NIGZ, onder auspiciën van het ministerie van VWS. Dit convenant ondersteunt gemeenten en gezondheidsdiensten bij de versterking van lokaal gezondheidsbeleid.

In 2006 ontwikkelden Ten Dam en anderen de methodiek wijkSlag in samenwerking met de G31. Deze methodiek wordt op dit moment in het kader van het Grotestedenbeleid met subsidie van het ministerie van VWS gevalideerd en geëvalueerd in de gemeenten Den Haag, Groningen, Den Bosch en Helmond (2007-2010).

Meldpunt (her)indicatie

Door de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning zijn gemeenten bezig om ruim 300.000 mensen te voorzien van een nieuwe indicatie huishoudelijke verzorging. Onlangs heeft een aantal organisaties een Meldpunt geopend, waar de betrokken mensen hun ervaringen met het indicatiebesluit kwijt kunnen.

De betrokken organisaties roepen mensen op zowel positieve als minder positieve ervaringen te melden, zodat zij een zo goed mogelijk beeld krijgen van het (her)indicatieproces.

Melden kan op www.meldpuntherindicatie.nl of op telefoonnummer 0900-2437070, het centrale nummer van de afdelingen informatie en klachtopvang van de Zorgbelangorganisaties (10 cent per minuut). Deze meldactie is een initiatief van: Chronisch zieken en Gehandicapten Raad, Zorgbelang Nederland, Platform Lokale Versterking GGZ, Landelijke organisatie Cliëntenraden, VG Belang, en de Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties.

Cursussen

Schrijfvaardigheid en argumentatie

Werk aan een eigen (beleids-)notitie, publicatie of final paper en leer hoe u helder, onderbouwd en overtuigend kunt schrijven.

Doelgroep: de professional of beleidsadviseur in de public health
Data: vrijdag 28 maart, 4 en 18 april 2008

Kosten: € 945

Effectief invloed uitoefenen in de public health

Oefen effectiever invloed uit bij het creëren van draagvlak voor een gezondheidsprobleem of interventie. Centraal staat het analyseren van een krachtenveld, het kunnen verplaatsen in de belangen van een ander en persoonlijke effectiviteit bij beïnvloeding.

Doelgroep: afdelingshoofden, projectleiders en overige public health professionals, die meer invloed willen uitoefenen richting belangrijke actoren uit hun omgeving.

Data: woensdag 2, 16 april en dinsdag 20 mei 2008

Kosten: € 1.170

Financiering voor uw project

Pak de zoektocht naar financiering voor uw project weldoordacht aan. Welke financieringsbronnen zijn kansrijk voor uw public health project? Hoe vindt u ingangen voor financiering en hoe vergroot u de kans van slagen?

Doelgroep: professional of beleidsadviseur in de public health

Data: dinsdag 8 en 22 april 2008

Kosten: € 780

Public health in de Europese Unie

Public health overstijgt de nationale grenzen. Raak in deze Nederlandstalige module - met inbreng van internationale docenten - vertrouwd met de betekenis en impact van het Europese volksgezondheidsbeleid voor Nederland.

Doelgroep: professional of beleidsadviseur in de public health
Data: maandag 14, 21 april en 19 mei 2008

Kosten: € 1.050

Adviesvaardigheden: doelgericht adviseren in de public health

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

Doelgroep: de professional of beleidsadviseur in de public health
Data: woensdag 28 mei, 4 en 25 juni 2008
Kosten: € 1.170

Alle cursussen worden gegeven op de locatie NSPOH Amsterdam.
Nadere informatie via www.nspoh.nl, telefoon 020-5664949 en info@nspoh.nl.

Aangiften infectieziekten regio Den Haag

Meldingen tijdens het hele jaar 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 ingevoerd worden.

Het aantal aangifteplichtige

infectieziekten dat de GGD Den Haag in 2007 meldde (exclusief de meldingen van TBC) bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (453), is veel hoger dan in 2006 (332). Deze toename is vooral toe te schrijven aan een stijging van het aantal meldingen van kinkhoest. Ook zijn er in 2007 significant meer gevallen gemeld van legionellose en bacillaire dysenterie.

In Den Haag heeft dit jaar in een ziekenhuis een uitbraak van legionellose plaatsgevonden, waarbij vier gevallen betrokken waren. De oorzaak van de stijging van het aantal gevallen van legionellose is echter niet bekend.

De stijgende trend in het aantal meldingen door instellingen sinds 2003 is niet voortgezet. Er waren in de meeste categorieën wat minder meldingen. Voor deze beperkte trendbreuk is geen aanwijsbare reden. Alleen zijn er wel wat meer meldingen van maag-darmaandoeningen. Gastro-enteritis blijft de belangrijkste aanleiding om te melden. Het gaat meestal om kleine epidemieën van buikgriep in verpleeghuizen. Bij huidziekten gaat het dikwijls om enkele gevallen van krentenbaard of schimmelinfecties in kinderdagverblijven. Vlekjesziekten betreft

dikwijls vermoeden van vijfde ziekte, rode hond en roodvonk in kinderdagverblijven.

Meldingen tijdens het vierde kwartaal 2007, voor de stad Den Haag

Het aantal aangifteplichtige infectieziekten (exclusief de meldingen van TBC), door de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het vierde kwartaal 2007 gemeld (124), is vergelijkbaar met het aantal in dezelfde periode in 2006 (116).

Bacillaire dysenterie

Tien gevallen werden gemeld, vooral in de leeftijdsgroep tussen 20 en 50 jaar. Bij 2 gevallen had de besmetting in het buitenland plaatsgevonden. Van de patiënten die in Nederland zijn besmet is geen bron achterhaald. De helft van de zieken zijn van niet-westerse herkomst.

Buiktyfus

Er is 1 patiënt gemeld met buiktyfus, die in Bangladesh was besmet.

Hepatitis A

Er zijn 3 gevallen van hepatitis A aangegeven, allen tussen 5 en 19

Infectieziekten gemeld door instellingen

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen over de vijf laatste jaren.

ziektecategorie	2003	2004	2005	2006	2007
Ander	1	2	2		
Geelzucht	6	1	1		
Hersenvliesontsteking	1	3	2	6	1
Huidziekten	8	6	14	21	16
Invasieve pathogenen	2		2	5	1
Luchtweginfecties	4	5	5	4	4
Maag-darmaandoening	17	18	20	31	34
Vlekjesziekten	6	20	18	29	20
Totaal	45	55	64	96	76

jaar. Van deze patiënten zijn er 2 besmet tijdens de vakantie in Marokko en Turkije. Een van hen heeft de derde patiënt, zijn broer, in Nederland besmet.

Hepatitis B

Het aantal hepatitis B meldingen is vergelijkbaar met de aantallen gemeld in de voorbije kwartalen. In de categorie chronische gevallen zijn er tweemaal meer mannen gemeld dan vrouwen. De leeftijd is doorgaans tussen 20 en 49 jaar. De besmettingsbron is meestal niet bekend. Soms wordt verticale transmissie (via de moeder tijdens de zwangerschap) vermoed. Meestal betreft het personen afkomstig uit niet-westerse landen, waar de ziekte veel voorkomt. Er zijn geen patiënten gemeld met de acute vorm van hepatitis B.

Hepatitis C

Er is 1 geval gemeld van een hepatitis C, waarschijnlijk opgelopen via intraveneus druggebruik.

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (69) is bijna het dubbele van het aantal gevallen in het zelfde kwartaal van 2006 (39). Over het hele jaar is een stijging te zien van ongeveer 80% vergeleken met 2006, een trend die ook landelijk bestaat. Het betreft bijna allemaal gevaccineerde personen

van alle leeftijden, maar hoofdzakelijk boven de leeftijd van 4 jaar.

Legionellose

Gedurende het vierde kwartaal is 1 geval gemeld, de betreffende persoon was besmet tijdens vakantie in Turkije.

Malaria

Er zijn 4 gevallen gemeld van malaria, 3 Afrikanen die in hun thuisland zijn besmet en 1 westerling die in Brazilië is besmet.

Ornithose

Eén geval van deze infectieziekte die door vogels aan de mens wordt overgedragen werd gemeld. Het betreft een persoon die houder is van een grote voliëre. De besmettingsbron is echter niet achterhaald.

Voedselinfecties

Er zijn 3 voedselinfecties gemeld. Hierbij zijn resp. 2 en 3 mensen ziek geworden. De derde melding betrof een patiënt die werkzaam is in de voedselketen en daarom gemeld moet worden. De besmettingen hebben in Nederland plaatsgevonden maar de besmettingsbronnen zijn nooit met zekerheid vastgesteld.

Infectieziekten gemeld door instellingen

In de onderstaande tabel wordt

een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het vierde kwartaal 2007.

Maag-darmaandoeningen waren de belangrijkste aanleiding om te melden. Het aantal was driemaal hoger dan in het vierde kwartaal 2006. Er waren 10 explosies van buikgriep in verpleeg- en verzorgingshuizen, wat voor veel overlast zorgde bij zowel bewoners als personeel van deze instellingen. Bijna al deze explosies zijn veroorzaakt door het norovirus. Ook landelijk is een sterke toename vastgesteld van deze vorm van buikgriep, die zich in 2007 vroeger dan gewoonlijk over het land heeft verspreid. Vlekjesziekten en huidsuitslag betroffen meestal vermoedens van de vijfde ziekte, ringworm, roodvonk en impetigo bij kinderen.

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

Bacillaire dysenterie

In het vierde kwartaal zijn er 4 meldingen geweest van Bacillaire dysenterie. Het ging in 3 gevallen om een *Shigella sonnei*. Twee patiënten waren in het buitenland geweest, in India en Tanzania. Eén patiënt was niet in het buitenland geweest. Bij de vierde patient ging het om een *Shigella flexneri*, opgelopen in India.

Infectieziekten gemeld door instellingen

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het vierde kwartaal 2007.

Ziektecategorie 2007	school	verpleeghuis	ziekenhuis	KDV	verzorgingshuis	Totaal
Huidziekten	3					3
Maag-darmaandoening		5	2	2	5	14
Vlekjesziekten	1					1
Totaal	4	5	2	2	5	18

Ebec (E-coli o157)

Hiervan zijn 2 gevallen gemeld. Beide meldingen hoorden bij een landelijk cluster van meldingen.

Hepatitis A

Er waren 2 meldingen van hepatitis A. Eén patiënt heeft het waarschijnlijk opgelopen via een homoseksueel contact in het buitenland (Belgie). De andere patiënt heeft waarschijnlijk in Frankrijk hepatitis A opgelopen.

Hepatitis B

Er zijn 15 meldingen van hepatitis B geweest, waarvan er 1 keer sprake was van een acute hepatitis B na een homoseksueel contact en 14 keer van dragerschap.

Kinkboest

Er zijn 75 meldingen van kinkhoest geweest. De stijging van het aantal meldingen is niet doorgezet.

Legionellose

Vier meldingen van Legionellose. Mogelijke bronnen bevonden zich in Venezuela en Nederland.

Malaria

Er waren 4 meldingen van malaria (*Plasmodium falciparum*). Het betrof een gezin dat negen maanden in Ghana was geweest. Als profylaxe heeft het gezin waarschijnlijk alleen chloroquine gebruikt.

Psittacose

De patiënte hield thuis vogels.

De VWA heeft bij die vogels geen psittacose aangetoond maar mevrouw heeft ook andere vogels in huis gehad die niet meer konden worden achterhaald.

Tuberculose

Er is in het vierde kwartaal 1 tuberculose melding geweest.

Voedselinfectie

Er was 1 melding van een voedselinfectie, waarbij 4 van de 5 gezinsleden na een maaltijd ziek waren geworden.

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 vierde kwartaal 2007			De voorgaande 4 kwartalen				t/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar	
		GGD Den Haag 4e kw. 2007	GGD-Zuid-Holl. West 4e kw. 2007	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2007	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2006 **)	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2007 **)	Tot. regio Haaglanden 2e kw. 2007 **)	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2007 **)	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 4e kw. 2007	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 4e kw. 2006 **)
B-ziekten	bacillaire dysenterie	10	4	14	9	10	9	13	46	27
	buiktifus	1		1	1	1	1	2	5	4
	cholera									
	Creutzfeld-J's disease					2			2	1
	hepatitis A	3	2	5	11	2	3	6	16	27
	hepatitis B *)	39	15	54	66	55	57	52	218	202
	hepatitis C	1		1	1			2	3	2
	kinkhoest	61	75	136	85	68	117	165	486	241
	legionella pneumonie	1	4	5	7	8	9	10	32	17
	mazelen									
	meningokokkose				1	3	3	4	10	10
	paratyfus A					2			2	3
	paratyfus B (C)					2			2	2
	tuberculose	25	1	26	33	38	42	40	146	137
	voedselvergiftiging of voedselinfectie	3	1	4	2	5		8	17	14
C-ziekten	brucellose				1					1
	E.coli 0157		2	2					2	2
	leptospirose				2					3
	malaria	4	4	8	1	8	3	14	33	20
	ornithose/psittacose	1	1	2	1			1	3	4
	Q-koorts									
	rode hond									
totaal	149	109	258	220	203	244	317	1023	717	

*) 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).

Colofon

maart 2008, 43ste jaargang nr. 1

Redactie

dr. G.A.M. Ariëns, GGD Den Haag (kernredacteur)
mw. A.S.T. Boersma, beleidsmedewerker
volksgezondheid dienst OCW (kernredacteur)
mw. I. Burger, GGD Den Haag (kernredacteur)
mw. F.L. van Leeuwen, arts, Stichting Transmurale
Zorg Den Haag e.o.
prof. dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Den Haag
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
secretariaat EMG;
tel.: 070-353 71 05, fax: 070-353 72 92
e-mail: i.burger@ocw.denhaag.nl
*Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij
mw. Burger.*

Epidemiologisch Bulletin op internet:

www.denhaag.nl/smartsite.html?id=35469

Ontwerp en productie

Multimedia | FAD
Intern Dienstencentrum

Uitgave

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, GGD Den Haag
Directeur Volksgezondheid

Via het bulletin wil de redactie de communicatie aanmoedigen tussen hulpverleners, leidinggevend, 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	
Suïcides in Den Haag, 1987-2007 <i>I. Burger, W.J. Schudel</i>	2
Is er samenhang tussen vitamine D-status en diabetes bij niet-westerse allochtonen? <i>I.M. van der Meer, R.M. van Dam, A.J.P. Boeke, P. Lips, B.J.C. Middelkoop</i>	10
Volksgezondheid	
De Wmo in de praktijk: een jaar verder en een reactie van wethouder Van Alphen <i>Y.K. van Pareren, W.G.H. van Rijssel</i>	14
Preventie van vrouwelijke genitale verminking Hoe gaat dat in Den Haag? <i>H. Brits, J. Jansen</i>	22
Weekjournaal van een SCEN arts <i>W.J. Schudel</i>	25
Korte berichten	28